



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES**

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS
ADOLESCENTES NICARAGÜENSES: SUS EMBARAZOS Y
SU ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD
REPRODUCTIVA**

Tesis presentada por:

Lidia Lorena Legall Torres

Para optar por el grado de

DOCTORA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Co-Directoras de Tesis

**Dra. Ivonne Szasz Pianta
Dra. Olga Lorena Rojas Martínez**

México, D.F.

Noviembre de 2011



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES**

Constancia de aprobación

Co-directoras de tesis: Dra. Ivonne Rosa Szasz Pianta
Dra. Olga Lorena Rojas Martínez

Aprobada por el jurado examinador:

Dra. Ivonne Rosa Szasz Pianta _____

Dra. Olga Lorena Rojas Martínez _____

Dr. Manuel Ordorica Mellado _____

Dra. Carolina Martínez Salgado _____

Dr. Juan Guillermo Figueroa (suplente) _____

Dedicatoria

A la memoria de mis tíos maternos Guillermo y Saturnino Torres Silva (q.e.p.d.), que a pesar de no haber tenido acceso a la educación formal en sus vidas, se esmeraron para que yo pudiese experimentar la diferencia de tenerla.

AGRADECIMENTOS

A mis Directoras de Tesis Dra. Ivonne Szasz Pianta y Dra. Olga Lorena Rojas Martínez, por haber creído en mí.

Al Dr. Manuel Ordorica Mellado, por sus valiosos consejos y acertados aportes durante todo el curso de mi investigación doctoral.

A los excelentes Coordinadores del Doctorado en Estudios de Población y Desarrollo de El Colegio de México: Dr. Javier Echarry Cánovas, Dra. Silvia Elena Giorguli Saucedo, Dra. Fátima Juárez Carcano, Dra. María Estela Rivero y Dra. María Eugenia Zavala, por el apoyo integral y sistemático que me otorgaron a lo largo de mis estudios en el CEDUA.

A todo el gremio administrativo y académico de El Colegio de México, por la oportunidad de compartir conmigo sus conocimientos y solidaridad.

A la Secretaría de Relaciones Exteriores de México, por el apoyo para poder realizar mis estudios de doctorado en El Colegio de México.

Al Institute of International Education, por el apoyo complementario para mi Doctorado.

Al Dr. José Luis Castrejón Caballero y al Lic. Jaime García por compartir conmigo fraternamente sus vastos conocimientos estadísticos.

A la Sra. Estela Esquivel Arredondo por su colaboración en el diseño final de mi tesis.

A las mujeres y prestadoras de servicio entrevistadas por su compartir conmigo sus experiencias.

A toda mi familia, especialmente a mi madre Mercedes Torres, mi hijo Linbergh, mis hermanas Silvia y Elby, mi tía Romelda y mi prima Lorraine Gilroy.

A todos mis compañeros y amigos de El Colegio de México, especialmente a Enedina, Lilliana, Héctor, Telésforo, Leo y Sofía. A mis amigas Patricia y Filena

Resumen

Esta tesis tuvo como finalidad identificar y analizar de manera rigurosa los principales condicionantes sociodemográficos y culturales de la elevada incidencia del embarazo adolescente en Nicaragua a comienzos del siglo XXI, vinculándolo con el inicio de la vida sexual, marital y reproductiva de las adolescentes y con el uso de los servicios de salud. La fuente principal de datos estadísticos para el análisis descriptivo y multivariado cuantitativo fue la Encuesta Nicaragüense Demográfica y de Salud (ENDESA) levantada en Nicaragua en el año 2001. Además, se analizaron cualitativamente las narrativas de mujeres que experimentaron un embarazo en la adolescencia para profundizar en las dimensiones culturales, en especial en las normas sobre las relaciones de género que influyen en las experiencias sexuales, conyugales y reproductivas de las jóvenes, así como en las percepciones de prestadores de servicios de salud para adolescentes.

El momento inicial consistió en el desarrollo de un enfoque analítico sobre el embarazo adolescente. La elaboración de este enfoque retomó la discusión teórica en torno a las diferentes visiones que debaten sobre cómo comprender este fenómeno, culminando en la definición de los principales ejes de análisis que se usaron a lo largo de la investigación. Adicionalmente se propuso un amplio marco conceptual para la evaluación de los servicios de salud, que retoma las perspectivas de género y de salud reproductiva. Esta propuesta de marco conceptual solamente fue utilizada de manera parcial en esta investigación, para caracterizar el uso de servicios preventivos por parte de las adolescentes, pero se considera una propuesta útil para ser aplicada de manera integral en investigaciones futuras.

El aspecto medular del análisis estadístico descriptivo consistió en asociar la fecundidad, el embarazo y la sexualidad en la adolescencia con ciertos ejes de diferenciación social que guiaron el análisis estadístico de acuerdo con el enfoque conceptual desarrollado. Estos ejes de diferenciación fueron el grupo de edad, la generación, el lugar de residencia y de socialización rural o urbana, el estrato socioeconómico, el nivel de escolaridad y la situación conyugal de las mujeres que se embarazaron en la adolescencia. El análisis bivariado permitió ubicar los niveles de los principales factores que determinaron la fecundidad de las adolescentes en el país a finales del siglo XX y comienzos del XXI, así como posibles pautas socioculturales del comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres que pueden incidir en la tendencia a la maternidad temprana que prevalece en Nicaragua. A este análisis bivariado siguió un análisis multivariado de los factores sociodemográficos y socioeconómicos que inciden en la fecundidad, el embarazo y el inicio sexual en la adolescencia, realizado mediante cinco modelos estadísticos de regresión logística. Se realizó también un análisis estadístico descriptivo de algunos factores sociodemográficos relacionados con el acceso a los servicios de salud reproductiva por parte de las mujeres de 15 a 19 años, con su conocimiento y uso de anticonceptivos y con su opinión acerca de la calidad de los servicios que reciben de manera preventiva y durante el embarazo y el parto. El análisis se enfocó a las adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual, con el fin de apreciar la magnitud en que esa vida sexual se inicia de manera desinformada o carente de medios preventivos apropiados. Este análisis consistió un primer acercamiento a la calidad de los servicios de salud reproductiva para adolescentes en Nicaragua, desarrollado con base en el

marco conceptual propuesto y sujeto a las limitaciones de la fuente de información utilizada.

El análisis cualitativo está basado en una exploración sistemática de las narrativas de 18 mujeres que se embarazaron durante su adolescencia, de diferentes generaciones y socializadas en medios rurales y urbanos, y en entrevistas a prestadores de servicios de salud para adolescentes y a informantes clave de los servicios de salud. Este análisis contó con el profundo conocimiento de las construcciones culturales prevalecientes, adquirido por la autora en su experiencia profesional de más de dos décadas de provisión de servicios médicos en zonas urbanas y rurales de Nicaragua. Las entrevistas a mujeres que tuvieron su embarazo en la adolescencia giraron en torno a la sexualidad, el embarazo, la unión marital y la maternidad. Se exploraron también las primeras experiencias con los servicios de salud de estas mujeres, así como las visiones de prestadores e informantes clave de los servicios públicos de salud sobre estos temas y sobre el uso de anticonceptivos entre las adolescentes. Se tomaron en cuenta las diferencias en las experiencias de las mujeres entrevistadas según su edad actual y según si crecieron en contextos rurales o urbanos, y se elaboró una primera exploración sobre los significados culturales más persistentes que se mantienen presentes para las adolescentes contemporáneas. El análisis realizado permitió reconstruir algunas normas culturales subyacentes a las prácticas de inicio sexual temprano y de embarazo, unión conyugal y maternidad adolescente en Nicaragua.

Las conclusiones más relevantes de este estudio señalan que el descenso de la fecundidad de las mujeres adolescentes tiende a ser más lento que el observado entre las mujeres de 20 años o más, y que el país sigue presentando tasas específicas de fecundidad adolescente que sobresalen en el contexto latinoamericano por ser muy elevadas a fines del siglo XX y comienzos del XXI. La fecundidad rural y la fecundidad de las mujeres más pobres sigue superando a la fecundidad urbana y de las jóvenes de clases medias y altas, y una amplia proporción de las adolescentes sigue residiendo en contextos rurales y teniendo baja escolaridad. Tanto el inicio de la vida sexual como la unión marital y la maternidad antes de los 20 años sigue siendo el patrón prevaleciente en el país y se relaciona con la concentración de tres cuartas partes de la población en los estratos socioeconómicos bajos y muy bajos, con la baja escolaridad promedio de la población y a una persistente pauta sociocultural de unión marital temprana para las mujeres, que suele coincidir con el inicio de su vida sexual y que condiciona sus opciones de vida. Las representaciones de las adolescentes sobre la unión conyugal y la sexualidad se ven condicionadas por el limitado acceso que tienen a la escolaridad, especialmente en los estratos bajos y muy bajos, a la escasa proporción de adolescentes mujeres que trabajan, y a la falta de oportunidades de trabajo remunerado para los jóvenes en general. Únicamente entre las adolescentes pertenecientes a los estratos altos la asistencia a la escuela disminuye la probabilidad de tener embarazos. Más que un problema de embarazos entre adolescentes solteras, lo que presenta Nicaragua es un patrón social generalizado de unión marital temprana, con inicio inmediato de la reproducción, y un patrón de unión marital casi universal a partir de los 30 años. Los embarazos en la adolescencia de mujeres solteras son minoritarios, y entre las jóvenes de los estratos medios y altos son casi inexistentes, pues una abrumadora mayoría de las adolescentes se une antes del primer embarazo. Entre las mujeres jóvenes, la unión consensual es mucho más frecuente que el matrimonio y se concentra en los estratos menos favorecidos, y las madres más jóvenes tienen una probabilidad ligeramente mayor de tener un hijo fuera de una unión que quienes fueron madres después de cumplir los 20 años. A partir de los 20 años, casi todas las mujeres están o han estado unidas maritalmente y el

embarazo en soltería tiende a decrecer con la edad. El embarazo temprano tiende a ocurrir más entre adolescentes residentes en el medio rural, entre las que pertenecen a los estratos socioeconómicos bajos y muy bajos, entre quienes han abandonado los estudios antes del embarazo y entre quienes iniciaron su vida sexual y conyugal antes de los 17 años. Entre quienes se embarazaron en la adolescencia y pertenecen a los sectores pobres mayoritarios, dos tercios se han unido maritalmente antes de cumplir 17 años. De esta manera, el análisis estadístico confirma que la residencia rural y las desigualdades en los niveles socioeconómicos y educativos son las dimensiones de mayor peso que influyen en que la mitad de las mujeres de Nicaragua tengan su primer embarazo en la adolescencia.

El inicio de la vida sexual de la mayor parte de las adolescentes transcurre sin protección anticonceptiva, tanto porque comienza junto con la vida marital en la mayor parte de los casos, como por las normas culturales que limitan el acceso a los servicios de salud de las mujeres solteras y reprueban su acceso a las relaciones sexuales en el noviazgo. El embarazo en la adolescencia no se desvía de las normas sobre posponer la sexualidad hasta tener una unión socialmente reconocida, sino que responde a las pautas de inicio temprano de la vida conyugal como un proceso de tránsito a la vida adulta para las mujeres, especialmente en los estratos bajos y muy bajos y entre las jóvenes con una escolaridad inferior a los 9 años de estudios. Las adolescentes nicaragüenses sexualmente activas tienen poco contacto con las unidades de salud y el acceso que tienen se relaciona mucho más con la salud de sus hijos que con la propia. La calidad de los servicios recibidos desciende en la medida en que baja el nivel socioeconómico de las adolescentes o que se trata de jovencitas residentes en zonas rurales. Para acudir a los servicios requieren la compañía de otras personas y prefieren la atención de proveedoras mujeres. Entre las adolescentes existe un conocimiento casi universal sobre los métodos anticonceptivos, pero la mayoría no hace uso de esos métodos, porque están iniciando su vida conyugal y reproductiva. Los servicios de salud se brindan mucho más a las adolescentes que ya han estado unidas maritalmente, siendo las solteras sexualmente activas quienes tienen menos conocimientos y hacen menos uso de los anticonceptivos, lo que se relaciona con el rechazo social existente hacia la sexualidad femenina ejercida fuera de una unión conyugal.

Finalmente, la reconstrucción de las normas culturales que subyacen a estos comportamientos revela que las normas de género prevalecientes en el país condicionan fuertemente el embarazo y la unión temprana, sobre todo en los ámbitos rurales y los urbanos de baja escolaridad. Estas normas expresan un sentido de propiedad o pertenencia a un hombre que adquieren las mujeres al haber tenido relaciones sexuales, sean éstas voluntarias o no, deseadas o no, y sea que ocurran dentro o fuera de una unión conyugal. El ejercicio de la sexualidad tiene un gran sentido simbólico de apropiación masculina de una mujer, independientemente de que el varón sea o no su esposo, sea unido o soltero, y se haga o no responsable de la procreación.

ÍNDICE

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO I: DIFERENTES ENFOQUES SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE Y MARCO CONCEPTUAL SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

INTRODUCCIÓN.....	7
ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ADOLESCENCIA.....	9
VISIONES EXISTENTES SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	10
<i>El enfoque de la salud reproductiva respecto de la población adolescente.....</i>	12
Salud reproductiva de las y los jóvenes.....	14
La salud reproductiva y los derechos humanos.....	15
<i>Enfoque predominante.....</i>	17
<i>Un enfoque intermedio.....</i>	19
<i>Enfoque emergente.....</i>	21
CONSIDERACIONES FINALES SOBRE LOS ENFOQUE PARA ESTUDIAR EL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	22
VISIONES CONCEPTUALES SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA.....	24
<i>Contexto histórico del surgimiento de las propuestas.....</i>	24
<i>La incorporación de la mirada de género y salud reproductiva en la evaluación de la calidad de la atención.....</i>	26
<i>La calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva.....</i>	29
<i>Marco conceptual sobre la calidad de los servicios de salud reproductiva.....</i>	35
<i>Consideraciones finales.....</i>	51

CAPÍTULO II: ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA FECUNDIDAD, EL EMBARAZO Y LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE EN NICARAGUA

INTRODUCCIÓN.....	55
II.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN Y DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE.....	56
II.2 FECUNDIDAD, embarazo Y LA SEXUALIDAD DE LAS ADOLESCENTES NICARAGÜENSES A COMIENZOS DEL SIGLO XXI.....	76
<i>La fecundidad de las adolescentes.....</i>	76
<i>Fecundidad adolescente y nupcialidad.....</i>	81
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	89
SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.....	95
II.3 FACTORES ASOCIADOS CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE. UN ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA.....	100

<i>Factores socioeconómicos y demográficos asociados con el embarazo en la adolescencia para la muestra total de mujeres.....</i>	108
<i>Factores socioeconómicos y demográficos relacionados con el embarazo en la adolescencia según estrato socioeconómico.....</i>	114
II.4 CONSIDERACIONES FINALES DEL CAPÍTULO.....	120

**CAPÍTULO III:
LAS ADOLESCENTES NICARAGÜENSES Y LA CALIDAD
DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA**

INTRODUCCIÓN.....	126
III.1 LAS MUJERES ADOLESCENTES Y LOS SERVICIOS DE SALUD.....	127
III.2 LAS ADOLESCENTES Y LA ANTICONCEPCIÓN.....	139
III.3 ACCESO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	151
III.4 ATENCIÓN PRENATAL DURANTE EL PARTO.....	161
III.5 PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.....	174
CONCLUSIONES PRELIMINARES SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA.....	177

**CAPÍTULO IV:
REPRESENTACIONES CULTURALES EN NICARAGUA: SIGNIFICADOS DEL
NOVIAZGO, LA SEXUALIDAD, LA UNIÓN MARITAL, EL
EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN LA
ADOLESCENCIA**

INTRODUCCIÓN	182
IV.1 LOS DIVERSOS SIGNIFICADOS DE LA SEXUALIDAD, EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD SEGÚN LA CONDICIÓN DE UNIÓN.....	184
<i>La antesala amorosa de la unión marital: el cortejo y el noviazgo.....</i>	184
LA SEXUALIDAD.....	186
<i>Entorno afectivo de la primera experiencia sexual de las adolescentes.....</i>	186
<i>La virginidad ¿recompensa o castigo?.....</i>	195
LAS UNIONES MARITALES.....	199
<i>Del noviazgo a la unión matrimonial.....</i>	199
<i>La unión marital de las adolescentes ¿un fin a un medio?.....</i>	204
<i>El embarazo adolescente y la unión conyugal.....</i>	210
<i>La adolescente y la unión de visita.....</i>	214
<i>La percepción del comienzo de una unión marital.....</i>	216
EL EMBARAZO.....	218
<i>Impacto del embarazo en la vida de las adolescentes solteras.....</i>	218
<i>Cuando el embarazo desencadena una unión.....</i>	224
<i>Planeación o deseo del primer embarazo: las adolescentes unidas maritalmente.....</i>	226
<i>¿De qué manera impacta la maternidad la vida de las adolescentes?.....</i>	229

IV.2 UNA EXPLORACIÓN PRELIMINAR DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS Y DEL PERSONAL DE SALUD CON LOS SERVICIOS Y LA ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA.....	232
<i>Primeras experiencias con servicios de salud reproductiva en la adolescencia...</i>	232
<i>¿Por qué las adolescentes nicaragüenses no inician su vida sexual con protección.....</i>	239
CONSIDERACIONES FINALES.....	247

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES: LA COMPLEJIDAD DEL ABORDAJE DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN NICARAGUA.....	251
ANEXOS.....	269
1. Anexo 1.....	270
2. Anexo 2	290
3. Anexo 3.....	308
4. Anexo 4.....	309
5. Anexo 5.....	326
BIBLIOGRAFÍA.....	333
INDICE DE CUADROS	342
INDICE DE GRAFICOS	348

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes en el país es relativamente reciente como tema de investigación, siendo escasos los estudios que tratan sobre el tema desde el punto de vista de los derechos reproductivos. A su vez, no es sino hasta en los últimos años que la legislación nacional ha incluido instrumentos jurídicos que tienen que ver con los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. Se trata de un objeto de estudio prioritario por la importancia numérica de los jóvenes en este grupo de edad en Nicaragua y porque la fecundidad de las mujeres nicaragüenses menores de 20 años figura como la más alta de la región latinoamericana desde hace casi cuatro décadas. Estos hechos, aunados a la importancia que han adquirido los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes en el ámbito internacional en las últimas dos décadas, lo definen como un problema de investigación de primera prioridad para el país.

Aunque la fecundidad general en el país ha disminuido considerablemente en los últimos años, la disminución de la fecundidad de las mujeres adolescentes se ha efectuado a un ritmo más lento que el observado entre las mujeres mayores de 20 años, dejando al descubierto que una importante proporción de mujeres en el país parece recorrer el trayecto de la unión marital y de la maternidad tan pronto como inician su vida sexual (Guzmán, Contreras y Hakkert, 2001) De la misma manera, la investigación pertinente ha encontrado que los servicios de salud reproductiva en el país para la población adolescente, son insuficientes en cantidad y adolecen de una calidad deficiente (Pizarro, 2004).

Todo ello ha motivado el presente trabajo, que tiene que ver con los condicionantes sociales y culturales de la sexualidad y la reproducción de las adolescentes de Nicaragua y con el análisis de la actitud de los prestadores de servicios de salud reproductiva en torno a esa sexualidad, así como la utilización de los servicios de prevención por parte de las jovencitas. Se trata de comprender las vías o mecanismos a través de los cuales las normas culturales, las desigualdades sociales y las actitudes de los prestadores de servicios pueden limitar el uso de los servicios de salud reproductiva por parte de las mujeres más jóvenes. Las cuestiones que nos planteamos son las siguientes: ¿Cómo se relacionan algunas dimensiones de la desigualdad social con el embarazo adolescente y la unión marital temprana de las mujeres nicaragüenses? Es decir ¿cómo

varían las magnitudes y características del embarazo en la adolescencia según la residencia urbana o rural, la escolaridad, el estrato socioeconómico y el estado conyugal de las mujeres que se embarazan antes de los 20 años y cuáles son los factores más determinantes? ¿cuál es la atención que brindan los servicios de salud reproductiva en Nicaragua a las adolescentes en relación con la sexualidad y la vida reproductiva, y cuál es la búsqueda de servicios de prevención por parte de ellas?; ¿cuáles son las normas culturales sobre las relaciones de género que subyacen tras el comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres adolescentes en el país?

Para responder a estas preguntas consideramos apropiado complementar metodologías de orden cuantitativo referidas al conjunto de las adolescentes del país con herramientas cualitativas, en especial para develar las normas culturales que subyacen al comportamiento de las adolescentes. El análisis de las encuestas recientes nos permitió caracterizar el comportamiento sexual, nupcial y reproductivo de las adolescentes nicaragüenses y su asociación con las características sociodemográficas de las jóvenes, al mismo tiempo que analizar la calidad de servicios de salud reproductiva que estas adolescentes reciben, utilizando tanto el análisis bivariado descriptivo como el análisis multivariado. Por otro lado, el uso de técnicas cualitativas permitió complementar este análisis con una exploración preliminar de las representaciones culturales existentes sobre la sexualidad, la vida conyugal y el embarazo temprano entre mujeres que se embarazaron en la adolescencia y entre prestadoras de servicios de salud reproductiva que atienden adolescentes.

El presente trabajo de tesis se encuentra estructurado en cinco capítulos. En el primero de ellos se presenta la discusión teórico-analítica en torno a las diferentes visiones acerca del embarazo adolescente, y sobre los enfoques más destacados acerca de la calidad de la atención en salud reproductiva. Decidimos iniciar el trabajo con la discusión de estos enfoques tomando en cuenta que el embarazo constituye, en países como Nicaragua, el final de una tríada que se inicia con la unión marital o con la primera experiencia sexual de las adolescentes, de manera que es antecedido o seguido de una unión marital, y que la calidad de servicios de salud reproductiva que reciben las mujeres más jóvenes en el país forma parte integrante de nuestro tema de investigación.

Los enfoques sobre el problema del embarazo adolescente revisados permitieron conceptualizar la vida reproductiva de las mujeres adolescentes como vinculada a todos los aspectos de su vida, en íntima relación con el ejercicio de la sexualidad, la nupcialidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva, y como parte de sus derechos sexuales y reproductivos. Reconocimos la importancia que tienen las actitudes de los prestadores de servicio, las oportunidades con que cuentan las jovencitas en los diferentes contextos socioculturales y económicos, así como el nivel de vida de las muchachas y sus propias aspiraciones educativas. Son precisamente los sectores más desfavorecidos de la sociedad los que muestran los más altos índices de embarazo adolescente. La mayor proporción de embarazos tempranos ocurre después de que las adolescentes han abandonado el sistema escolar, pero la sanción moral que los sectores más tradicionales de la sociedad hacen sobre el ejercicio de la sexualidad pre marital de las mujeres más jóvenes conduce a una valoración negativa del embarazo adolescente y a su construcción como un problema social, en lugar de asociarlo con la desigualdad social y la pobreza y con los grupos más vulnerables.

Por su parte, en la segunda parte del primer capítulo estructuramos una propuesta de enfoque para el análisis de la calidad de la atención en salud reproductiva, a partir de los marcos conceptuales de la calidad de la atención propuestos por Judith Bruce (1990) y María Isabel Matamala (1995). El marco conceptual de evaluación de la calidad de la atención al cual arribamos comprende los siguientes aspectos: selección de métodos y oferta apropiada de servicios, competencia técnica, información dada a usuarias y usuarios, relaciones interpersonales, y conciencia y respeto de derechos, en particular los derechos sexuales y reproductivos. Si bien este marco conceptual no se pudo aplicar en su integridad por limitaciones de la información analizada, su planteamiento queda propuesto para futuras investigaciones en el país.

En el segundo capítulo, se analizan los niveles y tendencias de la fecundidad, el embarazo y la sexualidad adolescente en Nicaragua, así como los factores sociodemográficos y económicos que determinan variaciones de estos indicadores. Para ello, recurrimos a las fuentes de carácter nacional más recientes, destacando entre ellas las Encuestas Nicaragüenses Demográficas y de Salud realizadas en 1998 y 2001, y el VII Censo Nacional de Población y III de Viviendas implementado en 1995. De acuerdo con el

enfoque teórico desarrollado en el primer capítulo, todo el análisis es realizado en función de cuatro ejes de diferenciación socioeconómica y demográfica de las mujeres adolescentes: el lugar de residencia, el estrato socioeconómico, el nivel de escolaridad y la situación conyugal de las mujeres. El análisis se afianza al establecer comparaciones con datos provenientes de otros países de la región de Latinoamérica y el Caribe, cuando la información disponible lo permitió. La información analizada condujo a la identificación de los principales factores que pueden determinar la fecundidad de las mujeres menores de veinte años en el país, destacando la edad a la primera unión, el inicio de la vida sexual, el uso de métodos anticonceptivos y el acceso a servicios de salud reproductiva. Asimismo, permitió establecer posibles patrones culturales que intervienen en el ejercicio de la sexualidad y la vida reproductiva de las mujeres nicaragüenses y que pueden influir en la maternidad adolescente. Para hacer más completo el análisis, recurrimos al final del capítulo a la regresión logística, con el fin de analizar los factores sociodemográficos y económicos que explican con mayor fuerza el embarazo adolescente en Nicaragua.

A su vez, dado que el análisis de la calidad de los servicios de salud reproductiva a los cuales acceden las adolescentes nicaragüenses forma parte de los objetivos del presente trabajo, decidimos estructurar el tercer capítulo de la investigación con la finalidad de explorar la calidad de la atención en salud reproductiva que reciben las adolescentes en el país. En la primera parte del capítulo, se identifican las características sociodemográficas de las mujeres jóvenes que logran acceder al sistema de salud. Se muestran las principales barreras que las adolescentes identifican como obstáculos para poder solicitar atención en salud. Posteriormente, se muestran algunos de los servicios con que cuentan las adolescentes y los niveles de utilización de ellos por parte de estas. El análisis del uso de los servicios incluye la anticoncepción -en cuanto a la información recibida por las adolescentes-, el acceso a los programas de control de la natalidad, la fuente de abastecimiento de métodos anticonceptivos y el costo que representa para las usuarias la decisión de postergar o espaciar los nacimientos.

Otros de los servicios explorados en el tercer capítulo, tiene que ver con la atención durante el embarazo y el parto que obtienen las mujeres más jóvenes del país, destacando el tipo de persona que proporciona la atención y los niveles de mortalidad neonatal, post neonatal, infantil y en la niñez de los hijos procreados por mujeres jóvenes. También se

considera el uso de los servicios por parte de las adolescentes para prevenir el cáncer del cuello de la matriz. A lo largo del capítulo el análisis realizado destaca las diferencias según el lugar donde viven las adolescentes, el estrato socioeconómico al cual pertenecen, el nivel de escolaridad logrado y la situación conyugal. De igual manera, la información obtenida se compara con la correspondiente para mujeres de otros grupos de edad y, en algunos casos, con datos de países de la región latinoamericana.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de una primera exploración cualitativa de las normas culturales que subyacen al comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes nicaragüenses. Aunque la aproximación cuantitativa desarrollada en los capítulos anteriores constituye el principal acercamiento al logro de los objetivos del presente estudio, consideramos necesario complementarla con una aproximación que permitiese explorar más profundamente las representaciones culturales expresadas por mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia y por personas que brindan la atención en salud reproductiva en torno al ejercicio de la sexualidad por parte de las adolescentes, el inicio de la vida marital en esta etapa de la vida y el embarazo antes de los 20 años. Se realizaron 18 entrevistas en profundidad a mujeres que se embarazaron siendo adolescentes, 9 de ellas socializadas en contextos rurales y otras 9 socializadas en una ciudad. En cuanto a las personas que brindan atención en salud reproductiva a la población adolescente, entrevistamos a 4 que laboran en unidades de salud en el medio urbano y 4 que realizan su trabajo en zonas campesinas. Además, se efectuaron 5 entrevistas abiertas a informantes claves, seleccionados bajo el criterio de que estuvieran al frente de instituciones o programas que pudiesen influir de alguna manera u otra el ejercicio de la sexualidad y la vida reproductiva de la población adolescente (ver anexos metodológicos). Con base en esta exploración cualitativa, en el capítulo cuarto presentamos los resultados del análisis de las entrevistas, que trazan indicios sobre las principales normas culturales que podrían determinar el comportamiento sexual y reproductivo de las jóvenes nicaragüenses, así como algunas actitudes del personal que está al frente de los programas de salud sexual y reproductiva hacia el ejercicio de la sexualidad, la experiencia de la unión conyugal y del embarazo de las mujeres menores de 20 años, y el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes.

Finalmente, en el capítulo V desarrollamos sucintamente las conclusiones finales a las cuales arribamos luego de realizar la investigación, puntualizando los aspectos más relevantes del análisis.

A continuación de los capítulos de contenido de la tesis y antes de la bibliografía, añadimos los anexos metodológicos pertinentes: 1) los instrumentos para el trabajo de campo: el guión para las entrevistas en profundidad a mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia; el guión para las entrevistas a los y las proveedores de servicios; y el guión para las entrevistas a los informantes clave. 2) el informe del trabajo de campo, donde se describe el proceso de diseño de los instrumentos, las características de las personas entrevistadas y un relato sintético de la experiencia de trabajo de campo. 3) Un anexo metodológico en el cual se señalan las fuentes de las cuales obtuvimos los datos cuantitativos y el instrumento utilizado para procesar la información, enfatizando la manera cómo logramos construir o reconstruir algunas variables introducidas en los modelos de regresión logística, y el por qué consideramos apropiada la reconstrucción de esas variables. De la misma manera, se describen las técnicas empleadas para procesar y analizar la información de orden cualitativo.

CAPÍTULO I: DIFERENTES ENFOQUES SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE Y SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo da cuenta, en primer lugar, de las diferentes perspectivas de investigación en torno al tema del embarazo en la adolescencia desde que surgió como fenómeno social de interés para la comunidad internacional.

El primer enfoque analizado sobre el embarazo adolescente es el de la salud reproductiva¹, producto de los esfuerzos de la comunidad internacional reunida en El Cairo en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994 (CIPD). Este enfoque vincula la reproducción de las mujeres jóvenes como de los otros grupos poblacionales a todos los aspectos de su vida, en íntima relación con el ejercicio de la sexualidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva, y como parte de sus derechos sexuales y reproductivos.

También consideramos conveniente incluir el enfoque que ha predominado en el mundo sobre el tema del embarazo en las mujeres jóvenes y al cual se han sumado hasta finales del siglo pasado la mayoría de investigadores, resaltando los supuestos básicos a partir de los cuales el embarazo adolescente, en este enfoque dominante, ha sido considerado como un problema de salud pública.

Una tercera visión del fenómeno, tomada en cuenta en esta investigación, es la que propone el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) a fines del siglo XX y que enfatiza en causales como: las condiciones económicas de las adolescentes, las oportunidades de que dispongan en la vida y sus propias aspiraciones educativas.

¹ La Organización Mundial de la Salud (1994) define la Salud Reproductiva como “El Estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos (y no nada más la ausencia de enfermedades o molestias) en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad”.

Decidimos finalmente conducir nuestra investigación en torno al enfoque más reciente sobre el embarazo entre las adolescentes, propuesto por Stern y García (1999), el cual cuestiona el carácter de la asociación entre el fenómeno y las consecuencias que puedan derivarse de él para las madres jóvenes y sus hijas e hijos según los supuestos del análisis dominante, brindando una visión diferente. La visión de Stern y García retoma tanto el enfoque de El Cairo como el del FNUAP y agrega nuevos elementos que son retomados en esta investigación.

Una segunda parte del capítulo está referida a los marcos conceptuales de la calidad de los servicios, de los cuales partimos para proponer una exploración de la calidad de los servicios de salud reproductiva para adolescentes en Nicaragua.

El marco para la evaluación de la calidad de los servicios de salud reproductiva en Nicaragua en nuestra investigación, resulta de un esfuerzo por retomar los ejes fundamentales de la calidad propuestos por Judith Bruce (1990) y María Isabel Matamala (1995).

Bruce (1990) plantea que la calidad de los servicios de salud reproductiva está determinada, entre otros factores, por las consideraciones que las personas prestadoras de atención tengan en cuenta acerca de las particularidades inherentes a los diferentes grupos que demandan el servicio. De interés especial para nuestra investigación son, además, las denominadas “barreras médicas” impuestas por proveedoras y proveedores, sin fundamento científico, a quienes buscan el servicio; la importancia de que el personal que atiende las demandas en salud reproductiva de la población pueda promover el empoderamiento de las mujeres, tomando en cuenta la situación de desventaja que éstas puedan tener frente a sus parejas, sus familias y el personal de salud; y la integración de la comunidad y de los medios de comunicación para hacer efectiva la calidad de los servicios.

Matamala (1995) incorpora la perspectiva de género en su propuesta de calidad de los servicios de salud reproductiva y la de los derechos sexuales y reproductivos, en tanto parte integral de los derechos humanos. La propuesta de la autora parte de experiencias con mujeres en el contexto latinoamericano, en el sentido de proponer dimensiones de los servicios de salud reproductiva que puedan ser modificadas desde la perspectiva de las usuarias.

Consideramos la complementación de ambas propuestas y proponemos un marco conceptual que puede aproximarnos a explorar la calidad de los servicios de salud reproductiva para adolescentes en Nicaragua.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ADOLESCENCIA

El concepto de adolescencia surgió a finales del siglo XIX e inicios del XX en los países occidentales y hacía referencia a un grupo específico de la población joven, perteneciente por lo general, a un nivel socioeconómico elevado y que llevaban a cabo una preparación académica prolongada antes de asumir los papeles adultos. No obstante, desde la antigüedad hasta nuestros días, en muchas sociedades el ingreso a la edad adulta se inicia muy temprano, con fuertes responsabilidades económicas y familiares, que en ocasiones incluyen las uniones, sean éstas consensuales o matrimoniales (Falconier de Moyano, Guzmán y Contreras, 2001).

Al referirse a la adolescencia, con frecuencia se ha tendido a privilegiar el criterio de la edad biológica, dejando en un segundo plano otros parámetros determinantes como los de tipo social y cultural. Con esto, si bien se establecen parámetros aplicables a diferentes contextos y países con una utilidad comparativa, también se cae en el error de pretender obtener una visión homogénea de dichos grupos, estableciendo un rango de edad como criterio central, lo que implícitamente denota la idea de que las categorías de edad establecidas comparten intereses y experiencias comunes y que poseen formas iguales de expresarlos (Esteinou, 2005).

En lo concerniente a las y los adolescentes, las diferencias entre distintas sociedades y dentro de una misma sociedad son pronunciadas y las generalizaciones quizás menos útiles que en lo respectivo a otros grupos de edades. Algunas sociedades apenas reconocen una prolongada transición hacia la adultez; mientras que en otras, la adolescencia parecería abarcar desde los últimos años de la infancia hasta etapas posteriores a los 20 años (FNUAP, 2003).

Las características y duración de la etapa de la adolescencia dependen entonces de varios factores, entre ellos, la clase social, el entorno sociocultural, el sexo y la etnia, entre otras; por lo tanto, se trata de una construcción cultural sujeta a la variación de ambientes y contextos (Falconier de Moyano, Guzmán y Contreras, 2001).

Actualmente se considera que para que las y los adolescentes desarrollen idealmente su capacidad para transformarse en miembros bien equilibrados, responsables y productivos de la sociedad a la que pertenecen, se hace necesario un componente esencial de este proceso, como contar con una adecuada salud sexual y reproductiva. La salud sexual y reproductiva se encuentra vinculada a muchos aspectos primordiales para la población joven, como finalizar su educación, encontrar empleo, lograr una adecuada posición económica, entablar relaciones seguras y llegado el momento, establecer su propia familia. La falta de una adecuada salud sexual y reproductiva implica riesgos para las y los adolescentes, tales como las perspectivas de matrimonios precoces, procreación temprana y educación incompleta, además de la amenaza del VIH/SIDA (FNUAP, 2003).

La salud reproductiva adquiere dimensiones claramente diferenciadas en cada sexo, lo cual tiene sus propias implicaciones para las y los adolescentes. Precisamente, la fecundidad adolescente tiene mayor incidencia en mujeres que en varones, aun cuando éstos inician su vida sexual más temprano (Guzmán, Contreras y Hakkert (2001).

Uno de los grandes aportes de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD) consiste en que entre otras cosas destacó la importancia de la adolescencia para asegurar la salud sexual y reproductiva a lo largo de todo el ciclo vital. Por primera vez en un acuerdo internacional se reconoció que las y los adolescentes tienen necesidades de salud específicas que difieren en aspectos importantes de las que tienen los adultos y se destacó que la equidad de género es un componente imprescindible de las acciones para satisfacer dichas necesidades (FNUAP, 2003). Además del reconocimiento de la CIPD a los derechos de las y los adolescentes en materia de salud reproductiva y de las recomendaciones a los gobiernos, resulta conveniente tener presente que un verdadero entendimiento de dichas necesidades debe hacerse sólo con referencia al contexto social y cultural en que ellos viven (Falconier de Moyano, Guzmán y Contreras, 2001; FNUAP, 1999).

VISIONES EXISTENTES SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE

El tema del embarazo adolescente como fenómeno social en el mundo es relativamente reciente, puesto que antes de la década de los ochenta no figuraba como tópico de interés en las agendas de la comunidad internacional. El tema ha sido abordado a partir de diferentes

perspectivas, predominando la visión que lo considera un problema de salud pública, que afecta la salud de las madres jóvenes y de su descendencia, y que limita las oportunidades de las mujeres adolescentes que dan a luz, en todas las esferas de su vida social. Énfasis especial ha sido puesto en la interferencia del embarazo adolescente con las actividades educativas de las jóvenes madres, y como mecanismo para la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Por su parte, el enfoque de salud reproductiva de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, muestra el alcance limitado de esta visión dominante que se ha manejado sobre el abordaje de la salud reproductiva, al limitarlo a los programas de planificación familiar dirigidos de manera exclusiva a mujeres unidas y en edad reproductiva. Dos principios rectores de este enfoque son la igualdad y equidad de género y la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos. El concepto de salud reproductiva, además de extenderse a todas las etapas de la vida de las personas, las considera sujetos, en el sentido de su involucramiento en la toma de decisiones.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) en 2003, propone que además de la desigualdad de género como factor condicionante de la fecundidad de las adolescentes, existen otros factores como las oportunidades con que cuentan las mujeres jóvenes en los diferentes contextos socioculturales y económicos. El FNUAP considera además que las aspiraciones en torno a la educación que tengan las adolescentes mismas y su situación económica, pueden ser factores que influyan el comportamiento de la fecundidad de las mujeres jóvenes.

En el último lustro de los noventa surge un nuevo enfoque acerca del tema del embarazo en la adolescencia, que considera que los problemas que se han asociado al fenómeno responden menos a la edad en la cual ocurren los embarazos tempranos y más a las condiciones de desigualdad social imperantes en las sociedades, y que afectan en mayor medida a los grupos sociales que coexisten en una situación de pobreza. La pobreza los hace más vulnerables a las consecuencias que pueda tener el embarazo de las mujeres jóvenes, tanto en su salud como en la de sus hijos e hijas.

Para nuestra investigación y tomando en consideración resultados del análisis empírico de fuentes de información de países en la región latinoamericana, así como de experiencias observadas en la práctica médica de la autora, hemos decidido tomar como

punto de partida este nuevo enfoque alrededor del embarazo adolescente, con la particularidad de adaptarlo a las condiciones socioculturales y económicas de Nicaragua y de completar la información requerida con datos de orden cualitativo que se obtendrán en el trabajo con las adolescentes entrevistadas y con proveedoras y proveedores de salud.

El enfoque de la salud reproductiva respecto de la población adolescente

En la práctica, la salud reproductiva ha sido operacionalizada en los países de América Latina, fundamentalmente a través de los programas de planificación familiar. Los gobiernos depositaron la planificación familiar, prácticamente de manera total, en las instituciones de salud, dando como resultado una medicalización de la reproducción y el hecho de que dichos programas, por la misma dinámica de atención de las instituciones de salud, hayan sido excluyentes de algunos grupos sociales. Además de los varones, hasta hace poco se habían excluido de los servicios y de la atención en el ámbito de la salud reproductiva a aquellas mujeres cuyo estado civil, momento del ciclo vital o condición reproductiva no coincide con el perfil de la mujer tradicional, de condición ama de casa unida maritalmente y en edad fértil, hacia la cual se han dirigido primordialmente tales programas. Entre ellas, están las mujeres púberes, las adolescentes hijas de familia, las mujeres adultas sin pareja, las mujeres que no han tenido hijos, las mujeres infértiles y operadas, y las mujeres mayores de 49 años (Lerner y Szasz, 2001).

La definición de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir del enfoque adoptado en El Cairo, además de que precisa más el ámbito que contempla, se ha ampliado en términos de las condiciones que abarca, dando cuenta de dimensiones como aquellas relacionadas con el hecho de que las personas tengan la capacidad de tener una vida sexual segura y satisfactoria, y la capacidad de decidir con libertad cuándo y cuán a menudo reproducirse, en caso de querer hacerlo. Estas condiciones implican el derecho al acceso a servicios de salud apropiados (Naciones Unidas, 1994).

Se podría afirmar que el enfoque actual de salud reproductiva expresa, de manera más adecuada y realista que el enfoque de planificación familiar, las necesidades y demandas de los individuos en los componentes básicos de sus vivencias reproductivas, y por tanto, tiene implicaciones sumamente relevantes y sobre todo novedosas que plantean grandes retos, tanto en el campo de las políticas públicas y los movimientos sociales como

en el campo de la producción y la difusión de conocimientos científicos y en su traducción en políticas y acciones de la sociedad civil.

El enfoque de salud reproductiva conlleva ciertas implicaciones claves tales como el hecho de que privilegia la igualdad y equidad de género como un principio básico y dominante; la incorporación que hace de la dimensión de los derechos humanos, en la cual destacan de manera especial los conceptos de derechos sexuales y reproductivos; el rescate de la dimensión de la sexualidad y de las condiciones y prácticas de riesgo de la misma relacionadas con la salud de los individuos; la necesidad de conjuntar algunas acciones, como las relativas al control de la fecundidad con las de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, afianzando una visión integral de la atención a la salud reproductiva; la necesidad de su ampliación para dar cuenta de las percepciones, necesidades y demandas de varios grupos de población, que con anterioridad eran omitidos, entre ellos los jóvenes, y la acertada inclusión de los varones en la participación en la toma de decisiones reproductivas y sexuales y como usuarios de métodos anticonceptivos (Lerner y Szasz, 2001).

Desde esta perspectiva, la salud sexual y reproductiva constituye un elemento fundamental de la salud de las mujeres y varones durante toda su vida. El bienestar sexual y el grado de satisfacción sobre la capacidad reproductiva de cada individuo se encuentran asociados a la evolución biológica, la maduración psicológica y el desarrollo social de sí mismos. En tal sentido, la adolescencia podría ser el momento de mayor trascendencia para el reconocimiento de la sexualidad, el aprendizaje del cuerpo y muy frecuentemente, para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas (Camacho, 2000).

Un gran porcentaje de los hombres y mujeres jóvenes afrontan riesgos en su salud sexual y reproductiva, siendo específicos los riesgos que corren las mujeres debido a factores biológicos, a la discriminación que sufren respecto al acceso a información y servicios, y debido a los límites que las sociedades imponen en su comportamiento. De esta manera, se hace evidente la vulnerabilidad femenina a la triple amenaza de embarazo no deseado, aborto en condiciones de riesgo e infecciones de transmisión sexual que pueden provocar su infertilidad, su morbilidad o su muerte (De Bruyn, 2001; Creel y Perry, 2003). En tal sentido, mejorar la comprensión de los determinantes sociales y culturales de las prácticas sociales sobre sexualidad y reproducción de adolescentes es central para diseñar las acciones. A su vez, la atención que se proporciona a la salud reproductiva de las

y los jóvenes es esencial para el bienestar social y económico del planeta de cara al futuro (Creel y Perry, 2003).

Salud reproductiva de las y los jóvenes

En 1994 la comunidad internacional representada en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo, reconoció por primera vez el derecho que tienen las y los jóvenes a la salud reproductiva. Las recomendaciones priorizadas a los gobiernos solicitan brindar, a este grupo de personas, orientación y servicios adecuados sobre las cuestiones sexuales y reproductivas, de acuerdo con las necesidades expresadas, con el objetivo final de que éstos disfruten de una sexualidad sana y satisfactoria (Camacho, 2000).

El Plan de Acción de la CIPD plantea que en lo concerniente a las necesidades de la juventud, en particular de las mujeres jóvenes, deben procurarse el apoyo, orientación y participación apropiados por parte de las madres y los padres, la familia, la comunidad, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el sector privado, en el desarrollo e implementación de planes nacionales, regionales y locales. En este contexto, las prioridades deben ser otorgadas a programas en educación, generación de oportunidades de ingreso, entrenamiento vocacional y servicios de salud, incluyendo los relacionados a la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes. Quizás, un reto vinculado directamente a los derechos de la gente joven, es la necesidad que la CIPD propone, de incluir a los jóvenes en el diseño, implementación y evaluación de dichos planes o programas (Population and Development Review, 1999).

Para ciertos investigadores, los esfuerzos desarrollados por los gobiernos después de la CIPD para abordar las necesidades especiales de los y las adolescentes han sido insuficientes (Reinoso y Alcalá 1999 y Pizarro, 2004). Existe la necesidad general de un enfoque integral con perspectiva de género dirigido a este grupo poblacional, que tome en cuenta la heterogeneidad del grupo en términos de sexo, origen étnico, condiciones socioeconómicas, subgrupos de edad, estado conyugal, posición en la familia, nivel educativo, estructura familiar y lugar de residencia. Se menciona la necesidad de promulgar leyes para destruir las barreras que obstaculizan la educación y servicios de salud sexual y

reproductiva, especialmente la eliminación de las barreras legales y culturales que se basan en la edad o el estado civil (Reinoso y Alcalá, 1999).

Blanc (2001), refiriéndose a la necesidad de tomar en cuenta la presencia de subgrupos entre las adolescentes para la efectividad de las intervenciones en salud sexual y reproductiva, hace mención por un lado, a las adolescentes solteras que ocasionalmente tienen relaciones sexuales y que generalmente hacen esfuerzos para prevenir un embarazo y por otro lado, a las adolescentes unidas o casadas, que tienen relaciones sexuales de manera regular y que intentan la maternidad. La autora propone asimismo, considerar que las parejas de las adolescentes casadas o unidas, frecuentemente son hombres mayores que ellas, lo cual podría exacerbar el desbalance de poder en la relación.

La salud reproductiva y los derechos humanos

Para operacionalizar el concepto de El Cairo de salud reproductiva, ha sido necesaria la inclusión de la dimensión de los derechos humanos, destacando de manera especial los conceptos de derechos sexuales y reproductivos². Los derechos reproductivos pueden entenderse a la luz de la construcción de nuevos criterios de referencia para la convivencia social y también como un medio de instituir la responsabilidad pública en otras instancias de la vida social. En esta nueva construcción el tema de la universalidad resulta muy importante en tanto método, ya que derechos universales pueden alcanzarse sólo en la medida en que cada grupo o población haga su propia contribución para ello (Ávila, 1999).

Algunos autores consideran que en el campo de los derechos humanos persisten aspectos que no se han resuelto en lo político y en lo teórico. Rojas (2001) por ejemplo, señala el aspecto de la universalización y la relación entre lo normativo y lo práctico como cuestiones no resueltas teóricamente en el campo de los derechos humanos. Para la autora, la relación entre lo normativo y lo político debería tomar en cuenta el tipo de sujeto que se requiere para que se respeten y ejerzan los derechos sexuales y reproductivos de una manera empoderada, así como resolver el problema entre lo privado y lo público a partir de la disposición que tengan los individuos de abrirse al discurso público en lo privado.

² El concepto de derechos reproductivos es reciente y da cuenta de los derechos básicos de las parejas e individuos que se vinculan con el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción humanas, independientemente de la edad, condición social, raza y religión (Gysling, 1994).

Figuroa (1995), por su parte, considera que en las formulaciones acerca de los derechos reproductivos no se explicitan los cambios radicales necesarios para que el principio de igualdad pueda no solamente ser plasmado en leyes, sino puesto en práctica en las relaciones cotidianas.

Conviene aquí señalar, que los derechos reproductivos desde una perspectiva feminista, parten de la toma de conciencia sobre las tensiones y múltiples perspectivas que rodean el campo conceptual de dichos derechos y los definen en términos de poder para tomar decisiones informadas acerca de la propia fecundidad, tener hijos y criarlos, la salud ginecológica y la actividad sexual, y recursos para que tales decisiones sean llevadas a cabo de manera segura y efectiva. En esta noción de los derechos reproductivos, cobran relevancia las relaciones con los hijos, las parejas sexuales, la familia, la comunidad y la sociedad en general (Correa y Petchesky, 1994).

Entre los principios fundamentales de El Cairo en materia de salud y derechos reproductivos, se mencionan el derecho a la opción libre e informada, así como el respeto a la integridad física y el derecho a la no discriminación o coerción en todo lo relativo con la vida sexual y reproductiva de las personas. También se precisan algunas estrategias que incluyen la puesta en práctica de todas las políticas y medidas para hacer realidad estos derechos, como las relacionadas con el aseguramiento universal del cuidado de la salud reproductiva, y las medidas encaminadas a la reducción de la pobreza, el fomento del desarrollo económico, el mejoramiento de la condición de las mujeres y el aseguramiento de la enseñanza y los servicios básicos para todos los grupos de población (Alcalá, 1994).

Dentro del marco de derechos humanos establecido y aceptado por la comunidad mundial, ciertos derechos son particularmente pertinentes para adolescentes y jóvenes, así como respecto a las oportunidades y los riesgos que ellos y ellas enfrentan, incluyendo el derecho a la igualdad de género, a la educación y a la salud. Lo anterior implica contar con servicios de salud sexual y reproductiva e información apropiada a su edad, a su capacidad y a sus circunstancias.

El Programa de Acción de la CIPD exhorta a los gobiernos y los sistemas de salud a establecer, ampliar o ajustar los programas de tal modo que estos puedan satisfacer las necesidades de salud reproductiva y sexual de las y los adolescentes, respetar sus derechos

al carácter privado y confidencial de los servicios, y velar porque las actitudes de los agentes de salud no restrinjan su acceso a la información y a los servicios (FNUAP, 2003).

Enfoque predominante

Cuando el embarazo adolescente se reconoció en el continente como un problema social, la preocupación giraba en torno a las consecuencias negativas para las jóvenes madres desde el punto de vista de su salud y de la de sus hijos e hijas, de la madurez social y emocional de ellas, y de la interferencia con sus actividades educativas. Todo ello podría, al final, redundar en menores oportunidades sociales para las jóvenes madres (CORA, 1986).

El enfoque predominante considera que las complicaciones asociadas al embarazo son más frecuentes entre las adolescentes que entre las mujeres de mayor edad, debido a una combinación de factores, entre los cuales destacan ser primeriza y no haber completado la etapa final de crecimiento, con el consecuente desarrollo incompleto del esqueleto y de la pelvis. Además, diversos estudios han encontrado que las jóvenes madres pueden interrumpir sus estudios y no obtener empleos bien remunerados. Todo ello podría contribuir también a la gran cantidad de abortos de adolescentes, la mayoría de ellos realizados en condiciones de riesgo (De Bruyn, 2001).

En 2002 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia concluyó que el embarazo en las mujeres con edades entre 15 y 19 años constituye una amenaza para su desarrollo educativo. Les impide el disfrute de sus derechos y tiene implicaciones negativas en el bienestar de las familias y de la sociedad entera (UNAM, 2002).

Singh (1998) comparte la idea de que el embarazo y la maternidad temprana tienen una fuerte e indeseable asociación con bajos niveles educacionales y un impacto negativo en la posición y en la potencial contribución de las adolescentes a la sociedad. Sin embargo, la autora reconoce que la edad por debajo de la cual los riesgos físicos para las jóvenes son considerados significativos, varía en función de las condiciones generales de salud y el acceso a servicios prenatales de calidad. En este sentido, un embarazo a los 15 ó 16 años puede no ser significativo en sociedades que presentan buenos niveles nutricionales y amplio acceso a servicios prenatales de calidad. Por el contrario, en países donde la anemia y la malnutrición son comunes y el acceso a servicios es pobre, la maternidad a los 18 ó 19

años puede relacionarse con un crecimiento físico incompleto y ser causa de riesgos de salud elevados para las mujeres.

El porcentaje de madres adolescentes que no han planeado su embarazo varía ampliamente dentro de cada región y entre una región y otra. En América Latina y El Caribe por ejemplo, de 25 a 50 por ciento de las madres jóvenes indican que su embarazo no fue planeado, mientras que en África del Norte y el Medio Oriente, este porcentaje varía aproximadamente entre 15 y 30 por ciento. A su vez, India, Indonesia y Pakistán refieren cifras que fluctúan entre 10 y 16 por ciento, y el resto de Asia entre 20 y 45 por ciento (Alan Guttmacher Institute, 1998).

Investigaciones en la región latinoamericana han encontrado que en algunos países, las mujeres con bajos niveles de educación y con condición socioeconómica desfavorable, son más proclives a tener embarazos no planeados que aquellas con mejores niveles de educación y condición económica alta (Eggleston, 1999).

Al estudiar las razones por las cuales las mujeres jóvenes recurren al aborto en ciertos países de la región latinoamericana, los hallazgos ubican tres razones en orden de importancia: las razones socioeconómicas ocupan el primer lugar e incluyen el sentimiento de las mujeres de no ser capaces de afrontar la crianza del hijo; una segunda razón mencionada se refiere a los problemas que existen en la relación con la pareja; y, para otras mujeres, el ser demasiado joven es una tercera causa de interrumpir el embarazo. Las dos primeras categorías se han relacionado con la alta prevalencia de uniones consensuales en América Latina entre las mujeres jóvenes (Bankole, Singh y Haas, 1998)

En el Reporte Mundial de la Juventud de 2003 publicado por la Organización de Naciones Unidas se afirma que los embarazos tempranos conllevan un alto riesgo de enfermedad o muerte. El informe hace alusión a la relación de embarazos precoces y tasas de aborto elevadas. Las adolescentes tienden a retrasar la búsqueda del aborto hasta después del primer trimestre del embarazo y con frecuencia buscan ayuda de proveedores no calificados y hacen uso de técnicas de autoinducción (Helve, 2004).

A partir de la revisión de estudios empíricos acerca del posible nexo entre maltrato y embarazo adolescente en mujeres jóvenes en diversos países del mundo, el abuso sexual, el uso de sustancias tóxicas, la pobre salud mental y los comportamientos delictivos, han sido asociados a la violencia durante el embarazo. El embarazo en estos casos puede ser

resultado directo de la violencia, de patrones familiares disfuncionales, puede estar relacionado a las condiciones de género y la socialización sexual, que hacen que la valoración de la mujer se relacione con su sexualidad, o ser el resultado de una baja autoestima por parte de las adolescentes. En algunos casos, el embarazo puede ser planeado por la adolescente soltera con el fin de escapar de una situación de abuso. Adolescentes maltratadas en este caso, tienen una mayor probabilidad de embarazarse y de presentar consecuencias adversas del embarazo, como una pobre asistencia o deserción escolar, en comparación con aquellas que no han recibido maltrato (Blinn-Pike, *et al*, 2002).

El principal inconveniente de este enfoque dominante es que sitúa las causas del problema del embarazo en la adolescencia en una supuesta “conducta desviada” de los y las adolescentes: el enfoque supone que todas las jovencitas menores de 20 años están estudiando, que inician las relaciones sexuales siendo hijas de familia con otros adolescentes de su misma edad, también estudiantes, y que por tanto transgreden las normas sociales que señalan a los menores de 20 años quienes viven con sus padres que deben abstenerse de relaciones sexuales antes de ser adultos, y que si las tienen, las deben tener de manera protegida. Sin embargo, las propias investigaciones inspiradas en este enfoque han demostrado que un elevado porcentaje de jovencitas en países latinoamericanos dejan de estudiar desde los 15 o 16 años y se unen maritalmente antes de cumplir los 20 años, de manera que la mayor parte de los embarazos “adolescentes” ocurren cuando esas jóvenes menores de 20 años ya están en una unión conyugal.

Un enfoque intermedio

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (2003) propuso recientemente un enfoque respecto del fenómeno del embarazo adolescente que hemos denominado “intermedio”. Con base en este enfoque, concluye que las diferencias en las tasas de fecundidad entre las adolescentes son consecuencia de muchos factores, entre ellos, las oportunidades disponibles en la vida, el acceso a los servicios, las actitudes de los prestadores de servicios, las expectativas socioculturales, las desigualdades de género, las aspiraciones educacionales y los niveles económicos.

En las sociedades patriarcales, el término mujer y madre se confunden, pues no se concibe a las mujeres fuera de la maternidad. Lo que es una potencialidad, una posibilidad,

se impone a millones de mujeres en el mundo como su único o más importante destino. La desvalorización y el desprecio hacia las mujeres se transforma cuando éstas se convierten en madres, y entonces el culto y el ensalzamiento de la maternidad cobra gran relevancia.

La problematización del embarazo en la adolescencia no debe generalizarse. Una gran parte de las afirmaciones que se hacen sobre el tema se basan en experiencias como las de los Estados Unidos, que presenta diferencias sociales y culturales importantes con el contexto de América latina y el Caribe. A menudo se asume que la gran mayoría de los embarazos en la adolescencia no fueron deseados ni planeados. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, más de 50 por ciento de los hijos nacidos vivos de adolescentes son deseados y considerados oportunos, mientras que menos de 15 por ciento son rechazados por las madres. Esta tendencia se acentúa en los países que presentan tasas más elevadas de fecundidad y entre los estratos de menor nivel educativo (Hakkert, 2001).

Aunque en ciertos estudios se ha encontrado que algunas adolescentes refieren que sus hijos o hijas son deseados/as (FNUAP/INIM, 1999), es documentado a partir de otros, que parte de los embarazos adolescentes no son deseados y se dan como consecuencia de muchos factores, entre ellos la falta de acceso oportuno a información y servicios anticonceptivos y la carencia de opciones de vida más allá de la construcción temprana de una familia. En estos casos, la persistencia de tasas de embarazo adolescente elevadas puede ser interpretada como una de las dimensiones de la desigualdad social, como expresión de la marginación de grandes grupos de jóvenes de los beneficios sociales, culturales y económicos (Falconier de Moyano, Guzmán y Contreras, 2001).

Para Hughes y McCauley (1998), la salud y el desarrollo de la población adolescente en su conjunto, están determinados por varios factores, de los cuales los programas de salud constituyen sólo una parte. Entre los factores considerados están las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas de la sociedad, la situación de vida de las y los adolescentes, incluyendo su estado conyugal, su educación y el nivel de ingreso. Los programas de salud sexual y reproductiva deben enfocarse a la obtención, por parte de las y los jóvenes de información, construcción de oportunidades, orientación y servicios para las necesidades clínicas. Deben ser capaces de trascender al ámbito no clínico. En este sentido, pueden ser ofrecidos en hogares, escuelas, lugares de trabajo y otros escenarios de la comunidad, así como en servicios de atención primaria en salud.

Como vemos, resultaría limitada la visión que estima al embarazo adolescente como un problema universal, ya que éste forma parte de un contexto valorativo construido socialmente, y su significado varía entre las diferentes culturas. Existen contextos en los cuales el embarazo no sólo no es un problema adicional, sino que se constituye en la base de la construcción del único proyecto de vida disponible, basado en la procreación y el matrimonio, porque las adolescentes no encuentran otras alternativas de vida futura atractivas y viables (Falconier de Moyano, Guzmán y Contreras, 2001).

Enfoque emergente

Stern y García (1999) en lo que denominan un “enfoque emergente” (mismo que nosotros retomaremos en nuestra investigación, junto con el enfoque intermedio y el de la salud reproductiva), analizan varios de los supuestos del enfoque predominante sobre el embarazo adolescente. Los autores señalan que el aparente incremento de los embarazos adolescentes en México obedece al enorme crecimiento de la cohorte de adolescentes y la fuerte disminución de la fecundidad en las generaciones mayores en las últimas décadas, con lo cual se visibiliza más el embarazo de las mujeres jóvenes. Además, señalan que los embarazos a edades tempranas se concentran en los sectores más pobres de la sociedad, en los que la fecundidad es muy elevada, independientemente de la edad en que la mujer inicie su vida reproductiva.

En relación a la asociación de los embarazos adolescentes con la mortalidad y morbilidad materno-infantil, el nuevo enfoque insiste en que éstas son más una manifestación de la desigualdad social y de la pobreza que enfrentan los grupos más desprotegidos que una consecuencia de la edad a la que ocurren los embarazos. Respecto de la responsabilidad que se le imputa al embarazo adolescente en la obstaculización de las posibilidades de lograr una escolarización suficiente, se plantea que el embarazo adolescente no contribuye en gran medida a la deserción escolar, ya que la mayor proporción de los embarazos tempranos ocurre después de que las adolescentes abandonan los estudios.

Una consideración particularmente interesante en la propuesta de Stern y García (1999), tiene que ver con la valoración negativa que según ellos conlleva el embarazo

adolescente, y que está relacionada con una sanción moral tradicional negativa al ejercicio de la sexualidad pre marital, particularmente entre las mujeres más jóvenes.

Adicionalmente, se plantea la necesidad de implementar políticas y programas dirigidos a los grupos cada vez mayores de la población, a fin de que tengan acceso a condiciones que permitan posponer la paternidad y la maternidad, y que la población adolescente y joven tenga el acceso necesario a la información sobre los métodos para prevenir embarazos no previstos y partos no deseados.

Consideraciones finales sobre los enfoques para estudiar el embarazo adolescente

Mi interés en el tema del embarazo adolescente se centra en reflexionar en los motivos que han llevado a convertirlo en un problema de orden social en Nicaragua y en las verdades encubiertas que existen detrás de ello.

Una mujer adolescente que se casa y luego se embaraza tendrá una posición más privilegiada a los ojos de la sociedad Nicaragüense que aquella que tiene un embarazo fuera de una unión establecida. Una mujer de clase media o alta tendrá más posibilidades de continuar estudiando después de un embarazo que una mujer que proviene de un estrato socioeconómico más bajo, así como de practicarse un aborto en condiciones más seguras (en la medicina privada) si no desea el embarazo. Finalmente, una adolescente que se embaraza siendo soltera será inicialmente estigmatizada, pero su posición de madre la hará más respetable socialmente que tener relaciones sexuales con uno o más novios sin unirse maritalmente. A su vez, las limitaciones en el acceso a la anticoncepción moderna y las complicaciones asociadas al embarazo y al parto serán más frecuentes entre las mujeres adolescentes pobres, porque carecen de las condiciones de nutrición adecuadas y su acceso a servicios de salud reproductiva con calidad es muy limitado.

Se hace necesario que las y los jóvenes de Nicaragua no sean excluidos de las políticas públicas y que estas políticas contemplen los mecanismos necesarios para llevarlas a la práctica en una propuesta en la que participen las y los jóvenes. En las condiciones sociales de Nicaragua, es especialmente necesario que las personas adultas y las diferentes instituciones de la sociedad no sigan culpando del ejercicio de la sexualidad, especialmente el de las adolescentes mujeres, sobre todo si la gran mayoría deja de estudiar mucho antes de los 20 años. Por el contrario, deben procurar que quienes están estudiando reciban

información apropiada acerca de la sexualidad y la reproducción y que las jovencitas que no tienen acceso a continuar más de diez años de estudios tengan otras opciones de desarrollo personal, diferentes a la unión conyugal y la maternidad temprana. Es necesario que existan servicios de salud diferenciados para las menores de 20 años, distinguiendo entre unidas y solteras, con calidad, que respondan a la demanda adolescente en salud reproductiva. Y se necesita también que el criterio de la edad no continúe siendo sinónimo de incapacidad en toda la sociedad y por el contrario, se reconozca que las y los adolescentes tienen sus propias necesidades y derechos y que muchas adolescentes ya se encuentran unidas maritalmente antes de los 20 años. Es indispensable que los gobiernos no criminalicen a las jovencitas que interrumpen un embarazo no previsto, y que ofrezcan servicios de anticoncepción variados y seguros y servicios de aborto confiables para aquellas mujeres que no desean el embarazo y no tienen recursos para pagar la medicina privada. Finalmente, es necesario que la unión, la maternidad y la paternidad no sean la única opción de realización para las y los adolescentes.

Con base en los enfoques conceptuales no dominantes (salud reproductiva, intermedio y emergente), definimos como principales niveles de análisis cuantitativo de las mujeres nicaragüenses que se han embarazado en la adolescencia, los siguientes ejes de desigualdad social: 1) las diferencias entre las adolescentes nicaragüenses socializadas en áreas rurales y las que viven en zonas urbanas; 2) la posición que ocupan esas mujeres jóvenes en la estratificación social y sus niveles de escolaridad; 3) algunos indicadores de equidad o de desigualdad de género; 4) la generación de pertenencia, que hace variar el acceso a la anticoncepción moderna y la valoración del matrimonio y la maternidad tempranas, cambiando también la valoración de una escolaridad prolongada para las mujeres jóvenes. La hipótesis que orienta esta investigación propone que entre mayor sea la escolaridad y el estrato socioeconómico, y siempre que la residencia sea urbana, la tendencia a una unión marital temprana y un embarazo en la adolescencia será menor. Desde el punto de vista cualitativo, también se tomarán en cuenta las diferentes representaciones culturales que han construido estas mujeres, según si residían en contextos urbanos o rurales cuando se embarazaron por primera vez siendo adolescentes, si estaban unidas maritalmente o eran solteras cuando iniciaron su vida sexual, o según si pertenecían a generaciones más recientes o más antiguas. Nuestra hipótesis es que las mujeres más

urbanas y con mayor escolaridad tendrán representaciones culturales sobre el embarazo adolescente diferentes de aquellas socializadas en contextos rurales, quienes generalmente establecieron una unión marital a muy temprana edad. A su vez, las concepciones sobre las relaciones de género serán más equitativas entre las más jóvenes y entre quienes residen en zonas urbanas, tuvieron una escolaridad mayor y no se sintieron presionadas por la pareja o por la familia para tener una unión marital temprana a pesar de tener un embarazo en la adolescencia.

*VISIONES CONCEPTUALES SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA*

Contexto histórico del surgimiento de las propuestas sobre calidad de la atención

El interés de la comunidad internacional de población de mejorar la calidad de los servicios desde la perspectiva de los derechos reproductivos de usuarias y usuarios, y como medio para incrementar el uso y continuidad de anticonceptivos, se empezó a escuchar en el ámbito internacional apenas a mediados de los años ochenta (Bertrand *et al.*, 1995). Autores como Bessinger y Bertrand (2001), señalan que es apenas en la década de los noventa cuando la calidad de los servicios se convirtió en un foco central para la comunidad internacional interesada en la planificación familiar y la salud reproductiva.

Haciendo una revisión de las experiencias que han conducido el interés de la comunidad internacional en la calidad de los servicios de salud reproductiva, Matamala (1995), enfatiza el papel desempeñado desde los años ochenta por las organizaciones sociales u organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en salud o derechos, en el sentido de retomar la voz de las usuarias vinculadas a ellas, que expresaban sus frustraciones por los atropellos de que eran objetos en los servicios de salud. En este contexto, la autora resalta el papel de la construcción de conocimiento por parte de mujeres profesionales feministas, pertenecientes a los campos de la salud y de las ciencias sociales. Su interés dio como producto un análisis crítico del modelo de abordaje de la salud en los sistemas públicos y privados.

En este proceso integral de desarrollo del conocimiento en torno a la importancia de la calidad de la atención, surgieron las propuestas de evaluación de la calidad de los servicios de salud reproductiva de Judith Bruce en 1990 y de María Isabel Matamala en 1995.

La propuesta de Judith Bruce (1990) sobre la calidad de los servicios, hace énfasis en los servicios de planificación familiar. No obstante, los aspectos centrales de los seis elementos que conforman el marco de evaluación de los servicios, contemplan ejes fundamentales de la calidad retomados recientemente por notables investigadores interesados en la calidad de los servicios de salud reproductiva.

Es importante, a propósito, tener en mente que en la práctica, la salud reproductiva se venía operacionalizando fundamentalmente a través de los programas de planificación familiar, delegados por los gobiernos casi de manera total en las instituciones de salud. Por la misma naturaleza y dinámica de dichas instituciones, han sido excluyentes de algunos grupos sociales, entre ellos las y los adolescentes (Lerner y Szasz, 2001). La propuesta de Bruce (1990) trasciende el ámbito institucional e involucra, entre otros, a la comunidad y a quienes hacen uso de los servicios, así como el interés en grupos específicos, como las y los adolescentes. Prueba de ello es que la propuesta parte de la experiencia de las usuarias y los usuarios que han logrado contacto con los servicios de salud reproductiva.

Mientras la propuesta de Bruce (1990), parte de la experiencia de personas que han tenido acceso a los servicios, Matamala (1995), hace su propuesta desde la perspectiva de las experiencias de mujeres sanas y enfermas, jóvenes y mayores, en su relación con los servicios de salud reproductiva del sistema público, contrastándolas con sus necesidades de salud integral.

El marco propuesto por Matamala (1995), se caracteriza porque integra la categoría de análisis de género, así como el discurso actual de derechos humanos, que incluye los derechos sexuales y reproductivos. Ambos aspectos permean las cinco categorías contenidas en el marco que propone Matamala. La propuesta de Bruce (1990), por su parte, aunque no es fundamentada en el género, retoma algunos aspectos relativos al respeto de los derechos y empoderamiento de las mujeres, ya que enfatiza la necesidad de facilitar opciones libres e informadas.

El tema de la calidad de los servicios de salud reproductiva apareció en las prioridades de investigación apenas en las últimas décadas del pasado siglo. Desde entonces se han propuesto diversas aproximaciones a las principales cualidades de un servicio con calidad. La respuesta institucionalizada a las necesidades reproductivas de las mujeres que para entonces se manejaba, se restringía a los programas de planificación familiar. Consideraba como factores necesarios para un servicio con calidad el acceso y se limitaban a aspectos físicos de las instalaciones. Se hacía necesario escuchar la voz de las personas que demandaban el servicio, a fin de conocer sus expectativas sobre lo que significa un servicio brindado con calidad a la comunidad. En tal sentido, tanto la propuesta de Bruce (1990) como de Matamala (1995), parten de experiencias de usuarias y usuarios con los servicios de salud reproductiva. Para efectos de esta investigación, consideramos que los marcos conceptuales de Bruce y Matamala nos permiten explorar algunas dimensiones de la calidad de los servicios de salud reproductiva en Nicaragua, porque se trata de un país pobre, con grandes desigualdades socioeconómicas y de género, con un amplio porcentaje de población rural, y donde la gran mayoría de las personas deben recurrir a las instituciones públicas porque sus ingresos no les permiten recurrir a la salud privada. Los elementos que consideran ambas autoras que deben estar presentes en las evaluaciones de los servicios de salud reproductiva son parte de las realidades de las mujeres nicaragüenses que demandan servicios públicos de salud, por lo que con base en esas propuestas exploraremos algunas características de los servicios que tradicionalmente se les han ofrecido.

La incorporación de la mirada de género y salud reproductiva en la evaluación de la calidad de la atención

La visión de Bruce (1990) sobre la calidad de los servicios contempla seis elementos que usuarias y usuarios consideran deben ser garantizados en la atención para que el servicio tenga calidad (selección de métodos por parte de usuarias y usuarios, información dada a usuarias y usuarios, competencia técnica de proveedoras y proveedores, relaciones interpersonales, mecanismos de seguimiento y continuidad, y constelación apropiada de servicios). Si bien la autora hace referencia a servicios de planificación

familiar, el análisis de cada uno de los elementos que conforman su marco de calidad de los servicios contempla aspectos que van más allá del aseguramiento del abasto de métodos anticonceptivos en los servicios públicos. Toma en cuenta el escaso poder de decisión de las mujeres en determinados contextos socioculturales; agrega la responsabilidad de proveedoras y proveedores de involucrar a las mujeres en la toma de decisiones acerca de sus necesidades a través del empoderamiento; propone la necesidad de brindar atención diferenciada a los distintos grupos que demandan el servicio; e incluye el acceso a los servicios como una dimensión que involucra aspectos referidos más allá de la condición física, tales como la participación de la comunidad y de los medios para hacer más efectiva la calidad, así como poner al descubierto actitudes del personal que pueden constituirse en barreras para que la población haga uso de los servicios. Prácticamente, la propuesta de Matamala (1995) toma en cuenta todos los elementos contemplados por Bruce (1990) y los caracteriza introduciendo a lo largo de su marco de análisis la perspectiva de género y de los derechos sexuales y reproductivos. De tal manera que desde la perspectiva de la autora informar a las mujeres usuarias sobre sus derechos sexuales y reproductivos y los mecanismos para ejercerlos es una prioridad de los servicios para poder asegurar la calidad, e insiste en el derecho de las mujeres a ser escuchadas e informadas sobre todo lo referente a su sexualidad y a la inclusión de los varones en el proceso de información y la toma de decisiones.

Matamala (1995) evidencia barreras al servicio para las mujeres que comúnmente no se mencionan y que deben tomarse en cuenta por proveedoras y proveedores, como la interferencia de la atención con las labores domésticas de las mujeres. Las categorías del marco conceptual de la calidad de los servicios de salud reproductiva, para Matamala, incluyen, además de las relaciones interpersonales y la competencia técnica, la dignificación de las usuarias, conciencia y ejercicio de derechos, en particular los derechos sexuales y reproductivos y la potenciación de comportamientos favorables. La dignificación de las usuarias y la conciencia y ejercicio de derechos están en estrecha relación con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Ambas autoras incorporan así la mirada de género y salud reproductiva que se procura retomar en esta investigación.

Estas miradas surgieron inicialmente en el movimiento de mujeres a nivel internacional. Desde la voz de las mujeres y en particular desde el feminismo, se han hecho algunas objeciones al reduccionismo de las políticas y programas que identifican cuerpo y salud de las mujeres con las condiciones biológicas y fisiológicas de la reproducción, asegurando que se han identificado ámbitos clave en los cuales se construyen socialmente y se concretizan la identidad y la desigualdad entre hombres y mujeres. Desde esta perspectiva, en la experiencia reproductiva de las personas, se articulan el cuerpo y la sexualidad, con toda la carga genérica que le imprime la organización socio cultural (Matamala, 1995).

Gómez y Largaespada (2003), a propósito, analizan cómo en las sociedades patriarcales los términos mujer y madre se confunden, al no concebirse a la mujer fuera de la maternidad. Lo anterior supone que a millones de mujeres en el mundo se les impone como único destino, o el más importante, una dimensión que es una potencialidad, una posibilidad. Matamala (1995) señala, que en la reproducción se instalan las principales formas de control sobre los cuerpos y sobre la sexualidad, que fundamentan y perpetúan el ordenamiento del sistema de géneros. En este ámbito, la responsabilidad de los trabajos inherentes a la reproducción se asigna a las mujeres como elementos centrales de su rol femenino, sin que a la par, exista un reconocimiento y respeto unánimes en cuanto a su derecho a tomar decisiones reproductivas.

Refiriéndose a la atención en salud, Matamala (1995) considera que las personas prestadoras de servicios de salud reproductiva tienen el reto cotidiano de incorporar en cada consulta los trasfondos que ésta implica. Esto requiere tener presente la existencia de un poder corporal y de voluntariedad realizado o negado; de una sexualidad que puede ser vivida con plenitud o en un contexto de deber u obligación genital; y la posibilidad de un trabajo invisible, desvalorizado, o no reconocido.

Introducir la perspectiva de género y de los derechos sexuales y reproductivos en la atención en salud reproductiva, evidencia la responsabilidad de proveedoras y proveedores de promocionar y difundir los derechos sexuales y reproductivos; promocionar y operacionalizar la equidad entre hombres y mujeres; apoyar la participación de los hombres en las responsabilidades en torno a la reproducción; erradicar prácticas discriminatorias; entregar información pertinente; alentar y respaldar la autodeterminación de las mujeres

respecto de su vida sexual y reproductiva; proveer servicios eficientes con visión integral; y brindar una atención especial a adolescentes y adultas mayores (Matamala, 1995).

Un obstáculo frecuente a esta propuesta de integralidad de los servicios de salud reproductiva es que el propio personal no está capacitado, muchas veces, para poder abordar realmente los temas relativos a la sexualidad. En muchas ocasiones, los prestadores de servicios actúan desde su visión personal, partiendo en muchos casos de sus propios prejuicios, su escala de valores y sus fundamentos religiosos (Gómez y Largaespada, 2003).

La calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva.

En este apartado presentaremos los principales criterios de Bruce (1990) y Matamala (1995) que definen la calidad de un servicio de salud reproductiva ofrecido a la comunidad, demostrar cómo esos criterios son retomados por investigadores del tema en los últimos años, mencionar los diversos actores que intervienen en el proceso de la calidad del servicio, y la importancia de incluir en este proceso la mirada de género y los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Se hará referencia igualmente a barreras relacionadas con la actitud de los/as prestadores/as de atención y de algunas particularidades propias del contexto sociocultural que pueden interferir con la calidad del servicio que se brinda.

Para Bruce (1990), la calidad de los servicios de salud reproductiva no se reduce a las actitudes y habilidades de los/as proveedores/as sino que involucra también a la comunidad, y una adecuada interacción de ambos resultará en una mayor aceptación inicial y un mayor uso sostenido con la consecuente satisfacción de usuarias y usuarios comprometidos con los programas, lo que finalmente tendrá como consecuencia una mayor prevalencia anticonceptiva y una reducción de la fecundidad.

Matamala (1995) a su vez, define la calidad de la atención, como un atributo o característica de la atención en salud que satisface un conjunto de necesidades explícitas o implícitas que la población sana o enferma coloca para ser resueltas en la institución de salud mediante actividades de atención en los diferentes niveles. Dichas necesidades deben ser resueltas en grado variable por el conjunto de las personas prestadoras, profesionales y

no profesionales, que intervienen en el proceso de atención, lo cual se traduce en el mayor o menor bienestar de quienes consultan.

Aunque la efectividad de los programas de planificación familiar sobre la base de la reducción de la fecundidad y la prevalencia anticonceptiva constituye un objetivo central de la propuesta de Bruce (1990), la autora considera la importancia de tomar en cuenta factores específicos de usuarias y usuarios, tales como la edad, el sexo, la intención anticonceptiva, y las condiciones preexistentes de salud de quienes buscan atención en salud reproductiva.

Matamala (1995), insiste a lo largo de su propuesta de evaluación de la calidad en que la salud y el bienestar integrales de las mujeres deben constituir el objetivo final de la atención. En este contexto, pensar en salud integral refiere a todo un conjunto de aspectos psicológicos, sociales, biológicos, ambientales y culturales del bienestar. Por ello, su marco de la calidad de la atención enfatiza que una valoración y trato integrales de las mujeres sólo será posible a través del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos mediante la garantía del ejercicio de ciudadanía. Esta perspectiva de la calidad de la atención de Matamala (1995) podría estar más en consonancia con las condiciones de derecho al acceso a servicios de salud apropiados que la definición de la OMS propone a partir del enfoque de salud reproductiva adoptado en El Cairo en 1994, en tanto es fundamentada en el género y los derechos sexuales y reproductivos (Naciones Unidas, 1994).

Lerner y Szasz (2001), plantean que el enfoque de El Cairo sobre la salud reproductiva afianza una visión integral de la atención a la salud reproductiva, además de la necesidad de su ampliación, para dar cuenta de las percepciones, necesidades y demandas de varios grupos de población que anteriormente eran omitidos, entre ellos las y los jóvenes, y la inclusión de los varones, tanto en la participación de la toma de decisiones, como en su condición de usuarios de métodos anticonceptivos

La condición excluyente de ciertos grupos de los programas de planificación familiar, puede dar cuenta de barreras que se reflejan en el nivel del acceso de las mujeres y de los hombres a los servicios de salud. La cultura patriarcal ha depositado la responsabilidad de la salud reproductiva de manera exclusiva en las mujeres, lo cual puede traducirse en el hecho de que los hombres no tomen participación en los programas de planificación familiar o que, al no tomar parte en el proceso de información, subvaloren los

riesgos que pueden tener y causar en los contactos múltiples sin protección (MINSA, 2004).

En cuanto al bienestar integral de las personas que consultan, Matamala (1995) incorpora la necesidad de resolver las necesidades de prevención o sanación requeridas en la atención; la satisfacción de las expectativas de las personas consultantes; el reconocer, promover y respetar los derechos humanos de la población usuaria; y el empoderamiento de las personas que consultan, contribuyendo a deconstruir las relaciones sociales y aumentando los grados de autodeterminación de las personas. La autora reconoce que en las expectativas de la población usuaria existe una clara influencia del contexto socio cultural y de la condición psicosocial de las personas.

Respecto a las dimensiones que deben ser tomadas en cuenta en lo que concierne a la calidad de la atención, Jain, Bruce y Mensch (1992), concluyen que en el proceso de evaluación de la calidad, la determinación de estándares no debe limitarse a aspectos técnico-clínicos, sino comprender los aspectos de orden afectivo de los servicios, en un proceso explícito que se operacionaliza a través de interacciones, que incluyen a los/as administradores/as y proveedores, permitiendo un espacio para la voz de usuarias y usuarios.

Por otro lado, Creel, Sass y Yinger (2002), relacionan la calidad de la atención con la habilidad de proveedores/as para entender y respetar las necesidades, actitudes e inquietudes de usuarias y usuarios, tomando en cuenta sus percepciones y cómo éstas pueden verse afectadas, a su vez, por factores personales, sociales y culturales.

La calidad de la atención y la salud reproductiva en el enfoque de Matamala (1995), están relacionadas estrechamente con el desarrollo, entendido éste como un proceso que necesita verificarse en todos los planos que componen la vida social. La noción de desarrollo entendida aquí excede ampliamente el crecimiento económico, e incorpora la equidad, la justicia social, el ejercicio de los derechos humanos, la democracia verdadera y la armonía con la naturaleza.

Refiriéndose al desarrollo económico, Stephenson y Ong Tsui (2002), consideran que en el campo de la salud reproductiva, el primero se encuentra positivamente relacionado con un incrementado poder de decisión de las mujeres y a través de actitudes positivas hacia el uso de servicios de salud. A su vez, las características de la

infraestructura de los servicios de salud de la comunidad pueden influenciar el comportamiento individual a través del acceso a los servicios.

Desde la perspectiva de la salud reproductiva, el desarrollo implica para Matamala (1995), considerar a las personas como los sujetos y no los objetos de la salud reproductiva, traspasando el enfoque biomédico y enfocándose más en el ser humano que en la enfermedad. Aunque en este proceso se considera que toda la sociedad tiene responsabilidades, se requiere de un esfuerzo especial del Estado, en forma de marcos éticos, políticas públicas, programas y acciones, sin obviar la participación de la sociedad civil, en particular, aquellas organizaciones que trabajan con las mujeres en las evaluaciones y decisiones de salud.

Diversas barreras a la calidad de la atención en salud reproductiva podrían surgir en el contexto anterior. En principio, puede haber una inexistencia de políticas, programas o acciones. Puede haber situaciones en las cuales dichos instrumentos existen, pero careciendo de factibilidad operativa, y por lo tanto, de la capacidad de llegar de manera práctica a la población que demanda atención.

Matamala (1995), valora en la evaluación de la atención, la importancia de considerar las circunstancias, tanto de quienes demandan como de quienes prestan el servicio. La autora distingue tres ámbitos, en los cuales y desde los cuales es posible modificar la calidad de la atención: el sistema en general, las personas prestadoras de salud y la población usuaria o consultante.

Lo ámbitos mencionados se encuentran influenciados por la presencia de diversos factores. En el sistema de salud, por ejemplo, la autora reconoce que estos factores asumen las formas de estructura, contexto político institucional, marcos éticos, intersectorialidad, distribución y ejercicio del poder, cultura predominante, mitos, tabúes, prejuicios, símbolos del poder, valoraciones, expresiones cotidianas del ejercicio de ciudadanía, programas, planes, normas, registros y evaluaciones. En este contexto, el desbalance de poder entre los géneros aflora en las relaciones que establece la institución de salud con las usuarias, hecho mismo que limita la plena satisfacción de las necesidades de estas últimas y el completo goce de su bienestar. Los estereotipos genéricos pueden verse reforzados con los mensajes cotidianos emitidos por la institución, como suele suceder con la negación del saber de las

mujeres, la no incorporación de la sexualidad en los programas y normas, y la naturalización de los procedimientos invasivos sobre sus cuerpos.

Al nivel de las personas prestadoras, los factores condicionantes pueden tomar la forma de condiciones de trabajo, procesos de socialización que han vivido, procesos de formación técnica y profesional, edad, composición por sexo de la fuerza de trabajo, ubicación social, grado de conciencia de derechos, forma de ejercer el poder, capacidad de comunicación, valores, prejuicios, participación en las decisiones, circunstancia de su cotidianidad, existencia de doble o triple jornada, situación de salud, etc. Prestadoras y prestadores interactúan con las mujeres que buscan atención en función de su propia construcción de género, poniendo en juego en la relación sus atributos y carencias genéricas. Por consiguiente, las políticas para el cambio en el tema de la calidad tienen que ver con cambios culturales que modifiquen la actual aproximación a la salud y los estereotipos de género de quienes intervienen en el proceso de atención.

En lo que respecta a las usuarias, estos procesos, según Matamala (1995), asumen diferentes formas, como los procesos de socialización vividos, conocimientos, grado de conciencia de derechos, ubicación social, etnia, edad, experiencia en el cuidado de la salud, experiencia en su relación con el poder, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana, proceso por el cual consultan, expectativas, etc.

Creel, Sass y Yinger (2002), identifican barreras que los prestadores de salud deben tener presente y que pueden interferir con la atención, aún antes de que las mujeres intenten hacer uso de los servicios de salud reproductiva. Los autores mencionan la falta de poder de decisión de las mujeres en muchas partes del mundo y la dependencia de la aprobación de sus parejas para el uso de anticonceptivos, o en el caso de las adolescentes solteras, del apoyo por parte de las familias. Otros factores mencionados son las creencias de las personas que demandan atención, factores que a menudo no son entendidos y respetados por las personas que prestan el servicio, lo cual les impide finalmente hacer los ajustes necesarios en los servicios, como aclarar los malentendidos que surjan en cada comunidad.

Stephenson y Ong Tsui (2002) consideran, por su parte, que los determinantes demográficos y socioeconómicos del uso de servicios de salud reproductiva son mediados necesariamente por influencias culturales que actúan sobre las actitudes de búsqueda de

servicios de salud, y que conforman la manera cómo el individuo percibe su propia salud y la disponibilidad de servicios.

Retomando la mirada de género, Matamala (1995) hace alusión al impacto que pueda tener en la calidad de la atención la condición por sexo de las personas prestadoras. En este sentido la autora resalta las situaciones de desventaja en las cuales podrían ubicarse las mujeres que prestan servicios en relación a los varones involucrados en la atención, al enfrentar condiciones más desfavorables de vida y de trabajo. Los factores que pueden mencionarse al respecto, son los salarios insuficientes y las cargas laborales excesivas, y a que las mujeres prestadoras de salud deben, al igual que muchas usuarias, acomodarse a la doble jornada.

En la relación interpersonal con las usuarias, las proveedoras, a partir de una posición de poder, pueden manifestar sus opresiones, así como la competitividad y probablemente apreciaciones desfavorables respecto a los sectores populares más carenciados. Tanto usuarias como proveedoras a menudo no reparan en aquello que puede acercarlas, como la identidad genérica, y más bien ponen de relieve las diferencias que las enfrentan. Esto se pone de manifiesto en las afirmaciones de la gran mayoría de usuarias que expresan experiencias negativas en términos del trato relacionadas con las mujeres prestadoras. La autora considera que los prestadores del sexo masculino, son quienes más intervienen en la relación de atención a las mujeres usuarias. Al respecto, deben de considerarse diferentes escenarios, ya que en algunos países como Nicaragua, esta relación (al menos en el nivel primario de atención) se da generalmente entre médicas mujeres y usuarias. No obstante, es prudente tomar en cuenta que las mujeres profesionales de la salud pueden estar formadas en conceptos masculinos o androcéntricos.

Matamala (1995), expresa la importancia que tiene en la prestación del servicio por parte de proveedores varones, el haber sido socializados como hombres y el hecho de que al hacerlo, internalizan ideas socialmente deseables acerca de ellos mismos, de las personas de su mismo sexo y de las personas del sexo femenino. En tal sentido, estos proveedores asumen como un hecho natural la condición de dependencia de las mujeres, suponiendo que carecen de conocimientos relevantes y de racionalidad, lo cual contribuye a situarlas en una relación de subordinación. Algo crucial en este enfoque de Matamala (1995), que puede considerarse como un “atributo” de la condición de masculinidad socialmente aceptada, es

que proveedores del sexo masculino orientan todos los elementos del contexto social de sus vidas, en este caso la preparación académica, a dar contención a sus emociones, al dolor, y en general, a la posibilidad de conectarse con la subjetividad de las personas, particularmente las mujeres. Lo anterior se expresa en un distanciamiento de estos proveedores respecto de los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica la coyuntura de salud de las mujeres que demandan atención.

Marco conceptual para estudiar la calidad de los servicios de salud reproductiva

Consideramos pertinente, luego de revisar las propuestas de Bruce (1990) y de Matamala, (1995), conjuntar los aspectos centrales de ambas propuestas y plantear un marco conceptual para explorar la calidad de los servicios en salud reproductiva para adolescentes en Nicaragua. La ejecución de esta propuesta deberá tomar en cuenta las particularidades del contexto sociocultural e institucional del país y reflejar la evaluación de la calidad del servicio desde la perspectiva de las mujeres adolescentes, que acuden o no a los servicios, así como del personal involucrado en la atención.

Creemos que las propuestas de las que partimos surgieron en contextos que permiten su complementación. Bruce (1990), desarrolló su marco conceptual de evaluación de la calidad desde la experiencia de usuarias y usuarios que han logrado acceder a los servicios, retomando los elementos que deben de caracterizar a un servicio con calidad. En tal sentido, puede ser de utilidad la voz de las personas que tuvieron contacto con los servicios, en relación a lo que pudieron obtener en la atención, y lo que esperaban o consideraban oportuno.

Matamala (1995), elabora también su propuesta a partir de las experiencias de mujeres que han tenido relación con los servicios de salud reproductiva, e intenta identificar lo que las usuarias consideran que debe ser modificado. Su propuesta incorpora la categoría de análisis de género, así como el discurso actual de derechos humanos que incluye los derechos sexuales y reproductivos. Esta última característica del enfoque puede permitirnos lograr una visión de la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva, integrando los conceptos de salud reproductiva adoptados en El Cairo en 1994 y de los derechos sexuales y reproductivos.

Bruce (1990), destaca que los aspectos que conforman la calidad se encuentran interrelacionados y a menudo la calidad es determinada por factores básicos comunes, por políticas de programas, por estilos de operaciones administrativas y por limitaciones de recursos. Matamala (1995), al igual que otros autores (Creel, Sass y Yinger 2002a; Bertrand *et al.*, 1995), insiste en la importancia del papel que juegan los intereses desde los cuales se parte al realizar el proceso de la evaluación de la calidad de la atención. La autora señala de manera crítica, que desde la perspectiva de las personas prestadoras de salud, estos intereses podrían centrarse en coberturas o metas, sin dar cuenta de la visión integral de la salud reproductiva y dejando de un lado la satisfacción de las necesidades y el ejercicio de derechos de usuarias y usuarios

Matamala (1990) enfatiza que la evaluación de la calidad de la atención implica buscar resultados, tanto al nivel del sistema de salud, como de las personas prestadoras de servicio, así como de las usuarias y usuarios. Los resultados a nivel del sistema deben reflejarse en medidas institucionales, orientadas a erradicar las desigualdades entre hombres y mujeres y a hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos. A nivel de personas prestadoras y usuarias, el interés se debe orientar a impactar favorablemente en conocimientos, comportamientos, percepciones, actitudes, empoderamiento, satisfacción y participación.

Jain, Bruce y Mensch (1992), al referirse a programas caracterizados por una mejor calidad, insisten en el rol que juega en estos programas el intento continuo de proveedoras/es por aprender más de las necesidades específicas de las/os usuarias/os. En tal sentido, la calidad no es un atributo fijo, sino que se ajusta al dinamismo de los programas que se encuentran siempre en evolución. Creel, Sass y Yinger (2002a), consideran que la calidad de la atención es multidimensional y, en consecuencia, puede medirse de distintas formas, según las prioridades de los interesados. Bertrand *et al.* (1995), en consonancia con las afirmaciones anteriores, resaltan que en cuanto a la calidad de los servicios, es importante quién o quiénes la definen, y que la perspectiva de usuarias y usuarios es la más importante.

Con base en la bibliografía revisada, el marco conceptual para explorar la calidad de la atención que proponemos en esta investigación comprende cinco aspectos, y cada uno de ellos involucra la perspectiva de género y la de salud reproductiva.

1. Selección de métodos y oferta apropiada de servicios.
2. Competencia técnica.
3. Información dada a usuarias y usuarios (incluye lo relacionado con los derechos sexuales y reproductivos).
4. Relaciones interpersonales.
5. Conciencia y respeto de derechos, en particular los derechos sexuales y reproductivos.

A continuación, desarrollamos cada uno de estos cinco aspectos para explorar la calidad de los servicios de salud reproductiva:

- 1) Selección de métodos y oferta apropiada de servicios.

La dimensión del acceso fue una de las primeras hacia la cual se enfocaron las investigaciones acerca de la calidad de los servicios. En los años setenta la atención de las investigaciones de la comunidad internacional de población estaba dirigida al acceso a los servicios de planificación familiar, a partir de la hipótesis de que un mayor acceso incrementaría la utilización de éstos (Bertrand *et al.* 1995).

Las primeras investigaciones sobre el acceso se enfocaron en el aspecto físico. En la actualidad, el acceso es visto como una construcción multidimensional. Además de la accesibilidad geográfica o física, algunos autores subrayan la importancia de la accesibilidad económica, la accesibilidad administrativa, la accesibilidad cognitiva y la accesibilidad psicosocial. Al nivel administrativo podrían salir a luz algunas barreras que tienen que ver con las normas y regulaciones que inhiben la selección anticonceptiva. En el plano cognitivo, destaca la medida en que usuarias y usuarios están conscientes de los puntos o lugares de prestación de servicios disponibles en la comunidad. Mientras la dimensión psicosocial se refiere a lo relacionado con que usuarias y usuarios no tengan restricciones psicológicas, de actitudes o de factores culturales al buscar servicios de salud reproductiva (Bertrand *et al.* 1995).

Bruce (1990), considera que la selección de métodos es el elemento fundamental en la provisión de servicios con calidad. Para la autora, un amplio rango de métodos

provistos de manera competente, producirá una mayor aceptación, un uso sostenido y mayor satisfacción entre usuarias y usuarios. Este proceso implica no sólo estándares de cuidados técnicos, sino también interpersonales.

El proceso de selección, para Bruce (1990), se refiere tanto a la cantidad de métodos anticonceptivos ofrecidos sobre una base confiable, así como a la consideración por parte de prestadoras y prestadores acerca de las particularidades de los grupos que demandan atención, como la edad, el género, la intención anticonceptiva, el perfil de salud, el ingreso de las personas usuarias cuando el costo debe ser considerado, etc. Garantizar la selección no significa necesariamente que cada programa debe proveer todos los métodos, pero el esfuerzo general de un programa debe ser suficiente para que usuarios y usuarias prospectivos tengan un razonable, acceso a una adecuada variedad de métodos.

A propósito de la importancia de una provisión adecuada en calidad y cantidad de opciones anticonceptivas, Bruce (1990) resalta el hecho de que los individuos y parejas atraviesan diferentes etapas en su ciclo de vida reproductiva y sus necesidades y valores pueden cambiar. El interés por retrasar la maternidad en algunos casos puede cambiar a otro por espaciar los embarazos y, en otro momento a terminar la maternidad. Todo ello sin obviar situaciones como la disolución de uniones y formación de otras, o la migración, que en ocasiones conduce a la separación de las parejas. La posibilidad y habilidad de los individuos de cambiar de métodos es clave para su satisfacción y su capacidad para practicar la anticoncepción a largo plazo.

En relación con la dimensión del costo del servicio, éste no se limita a lo que puedan tener que pagar usuarias y usuarios por los métodos en sí, sino que incluye otros aspectos como las tarifas para transportarse, y puede representar también una barrera. Incluso los servicios de bajo costo implican gastos, y hay que tener también en cuenta el costo de oportunidad que representa el tener que dejar de realizar actividades remuneradas (en el caso de mujeres que trabajan), en el día o la hora de la consulta (Creel, Sass y Yinger, 2002).

Bruce (1990) concluye que los programas que carecen de un rango oportuno de métodos, resultan inadecuados para lograr los objetivos de fecundidad individuales, y que la prevalencia anticonceptiva depende de la cantidad de métodos disponibles en múltiples puntos de servicio en un país.

Para Matamala (1995), el concepto de “opción informada” refleja de manera concreta la incorporación de la categoría de género en este proceso. Su premisa parte de la base de reconocer la inequidad del orden de género por el sistema de salud, y la necesidad de modificar esa inequidad tomando en cuenta criterios de justicia en salud reproductiva. Estos criterios se refieren a la distribución equitativa y a los beneficios y responsabilidades relacionados con las decisiones reproductivas.

Matamala (1995) propone una visión integral en relación al acceso, como parte de la calidad de la atención, que hace posible identificar en este aspecto diversos elementos que pueden interferir como barreras en la calidad del servicio. Es interesante cómo para la autora el acceso implica también la información que la población usuaria tiene acerca de la oferta de servicios, la cobertura institucional a la cual tienen derecho las usuarias, la distribución de la red de establecimientos y la adecuación de la red de transporte. Retomando la presencia del enfoque de género en el abordaje del problema, la autora señala un aspecto importante que se debe tomar en cuenta y que se refiere a los horarios en los cuales se brinda la atención, y que pueden agregar una pesada carga al trabajo reproductivo de las mujeres. En esta visión del acceso, Matamala (1995) diferencia, además, la posibilidad de acceder al sistema respecto del acceso a la prestación misma de salud. Algunas barreras a las que hace referencia en este contexto son el rechazo de la atención, las esperas prolongadas, la adecuación de las referencias y contrarreferencias y la no gratuidad de los servicios de salud reproductiva en los servicios públicos de salud.

Creel, Sass y Yinger (2002), mencionan cómo el poder de decisión de las mujeres, y la falta de acceso a los recursos materiales necesarios para obtener servicios de planificación familiar, pueden limitar su acceso a los servicios.

Para Bruce (1990), el juicio acerca de lo adecuado de “la oferta de servicios” es el más condicionado por el contexto. La limitación geográfica, en este sentido, no debe ser una barrera, ya que en diversos contextos las configuraciones de los servicios pueden ser aceptables y aún deseables.

Una barrera posible, con la que frecuentemente tienen que lidiar usuarias y usuarios, es la ausencia de una buena disponibilidad de métodos y de proveedores, lo cual puede interferir con la probabilidad de que una mujer encuentre un proveedor aceptable en términos de costo y accesibilidad física (Stephenson y Ong Tsui 2002; Bruce, 1990). Para

Creel, Sass y Yinger (2002), una oferta de métodos anticonceptivos diversos puede permitir a usuarias y usuarios encontrar el que mejor se ajusta a sus necesidades médicas, sus preferencias y sus tipos de vida; mientras que la escasez de existencia puede dar lugar a la insatisfacción. Esta insatisfacción puede hacer que algunas y algunos usuarias y usuarios dejen de usar todo tipo de métodos de planificación familiar.

Resulta interesante, a propósito de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, cómo Bruce (1990) relaciona la oferta apropiada de servicios con la información que debe brindarse a usuarias y usuarios sobre su sexualidad. Las personas que demandan atención pueden relacionar problemas en el ejercicio de su sexualidad con el método anticonceptivo que utilizan.

En los servicios de salud reproductiva, las barreras pueden presentarse de acuerdo a lo oportuno o inoportuno de la prestación del servicio, o en función del tiempo en el cual éste se oferta. Bruce (1990) ilustra adecuadamente esta situación, haciendo referencia a experiencias que pueden surgir en momentos en los cuales las mujeres no están preparadas para dar una información adecuada porque su condición de salud no lo permite. La naturaleza del contacto que las adolescentes comúnmente tienen con los servicios de salud puede hacer que no retornen al chequeo posterior. Una opción sería la búsqueda de mecanismos propios de acuerdo con las mujeres jóvenes.

Un obstáculo que suele observarse frecuentemente en la atención de salud es la carencia de habilidades de proveedoras y proveedores para integrar los diversos servicios ofrecidos. Lo anterior se hace más necesario en el caso de las mujeres, quienes suelen dar más prioridad a la salud de hijos e hijas que a la de ellas mismas (Bruce, 1990; Matamala, 1995). La tasa de retorno de las mujeres podría ser más alta si se hace una combinación adecuada de los servicios ofrecidos.

2) Competencia técnica.

A pesar de que para Bruce (1990) la calidad involucra aspectos afectivos, la autora se remite a este elemento en el sentido técnico-clínico de los proveedores y la atención que ellos prestan a los protocolos, y asegura que este aspecto es el menos juzgado por los usuarios y usuarias, ya que podrían evaluar más a los proveedores en el tiempo que les dedican y en las actitudes que adoptan, que en sus habilidades técnicas. Sin embargo,

aunque usuarias y usuarios a menudo no notan condiciones adversas en este campo por carecer de las habilidades necesarias, pueden percibir consecuencias de una pobre técnica. La falta de competencia técnica la perciben en aspectos como dolores innecesarios, infecciones, sangrados, falta de efectividad u otros efectos adversos y, en algunas circunstancias, la muerte.

Vista por Matamala (1990), la competencia técnica está relacionada con la capacidad del sistema de salud y sus integrantes de garantizar conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías, acordes con el desarrollo científico y humano de la sociedad, así como de aplicarlos para resolver las demandas biomédicas, psicológicas, sociales, sexuales, ambientales, culturales y espirituales que suponen el bienestar de la población a cargo, tomando en cuenta sus particularidades. En este contexto, la competencia técnica es contemplada integralmente, incorporando todos los aspectos señalados como necesidades de salud.

Matamala (1995) al operacionalizar esta categoría, hace alusión a aspectos relacionados con la capacidad del personal, el respeto de los procedimientos según las normas, lo adecuado del equipo e instrumentos utilizados, el apoyo de proveedores en instrumentos educativos, la accesibilidad de las indicaciones para las usuarias, la disponibilidad amplia de anticonceptivos, el cumplimiento de horario según normas establecidas, la participación de las usuarias en la negociación de citas posteriores, la adecuación o no de las referencias, la resolución del motivo de consulta, la consideración de las usuarias en torno a la calidad técnica de prestadoras/es de atención, y su disposición a continuarse atendiendo en el establecimiento.

Una buena evaluación de la calidad de los servicios debe tomar en cuenta la posibilidad de las bajas expectativas de muchas usuarias y usuarios, quienes pueden no estar habilitados para juzgar la competencia técnica de proveedoras y proveedoras de servicio. En tal sentido, aunque los expertos podrían estar mejor posicionados para evaluar objetivamente los elementos de la calidad de los servicios, no son capaces de captar directamente lo que usuarias y usuarios perciben (Bertrand *et al.* 1995; Bruce, 1990 y Matamala, 1995). Creel, Sass y Yinger (2002) señalan que en la impresión de usuarias y usuarios acerca de los servicios, intervienen sus valores, experiencias previas y el concepto que pueden tener del papel de los sistemas de salud, así como la relación con sus

proveedores de atención. Todo ello puede afectar la valoración que las usuarias y usuarios hacen de los riesgos y beneficios de recibir atención. En este caso, la satisfacción de las usuarias y usuarios no significa necesariamente que la calidad de los servicios sea buena, ya que ellas y ellos podrían tener expectativas bajas o nunca haber conocido otra calidad de atención.

En la visión de Matamala (1995), en el caso de las mujeres lo anterior es consecuencia de la carencia de autoestima, de la falta de capacidad de las mujeres para desear y decidir por ellas mismas, aunadas a la condición de pobreza. Las mujeres en este sentido, anhelan el servicio, no quieren ser rechazadas ni maltratadas. Creel, Sass y Yinger (2002), consideran que las diferencias de clase social y educación existentes entre los proveedores de atención y las y los usuarios, podrían limitar la capacidad de estos últimos para evaluar el servicio que reciben.

En lo relativo a la competencia técnica de proveedoras y proveedores de servicios, podemos encontrarnos con la presencia de diversas barreras médicas que se observan en la atención. Matamala (1995), hace referencia a las prácticas invasivas del cuerpo y su relación con la libertad que resulta de la cabal comprensión de tales procedimientos por parte de las mujeres. Una vez más insiste la autora en la importancia de la incorporación del marco ético de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos.

Bertrand *et al.* (1995) identifican estas barreras como factores claves en la cadena de eventos, en la cual los individuos interesados en la regulación de la fecundidad deciden buscar servicios, adoptar un método y mantener el uso de anticonceptivos. Los autores destacan aquellos procesos que pueden incluir obstáculos. Menciona, por ejemplo: exámenes físicos y pruebas de laboratorios que deben realizarse las usuarias a fin de obtener anticonceptivos; el manejo inapropiado de efectos colaterales; y las preferencias de algunos métodos por parte de las personas que prestan el servicio.

Las barreras médicas hacia las mujeres adolescentes merecen especial atención, ya que los valores culturales de quienes brindan el servicio podrían limitar la atención que las jóvenes reciben (Creel y Perry, 2003). Por su parte, Creel, Sass y Yinger (2002), subrayan que tanto mujeres como varones se sienten más a gusto si se respeta su intimidad en las sesiones de consulta, los exámenes y los procedimientos médicos

Como con otros aspectos de la salud reproductiva, en el caso de las y los adolescentes u otras poblaciones, el estigma que supone buscar atención médica es una barrera que afecta a los varones de forma diferente que a las mujeres. Las adolescentes pueden tener miedo a procedimientos clínicos como las exploraciones. Los varones, por su parte, pueden sentir temor a que su asistencia a los servicios de salud sea considerada como una debilidad femenina, en oposición al estereotipo social de virilidad (Barker, 2000, citado en Creel y Perry, 2003).

Barreras frecuentes son la inapropiada aplicación de estándares médicos y de medicalizaciones. Proveedoras y proveedores pueden hacer uso de criterios muy restrictivos para acceder al control de la fecundidad de las mujeres, tales como negarles la inserción del Dispositivo Intra Uterino (DIU) con el argumento de que pueden estar embarazadas, o negarles la píldora anticonceptiva si no han sangrado. Las mujeres deben ser revisadas, en ocasiones, por varios médicos, lo cual puede resultarles muy incómodo (Bruce, 1990).

Un obstáculo poco reconocido y que Bruce (1990) cita, se refiere a situaciones en las cuales los proveedores, a pesar de poseer conocimientos y habilidades, por razones no muy bien conocidas, no los emplean favorablemente. Algunos de ellos continúan realizando procedimientos que saben que son inseguros y aún dañinos para usuarias y usuarios. Aún cuando Bruce (1990) asegura que el entrenamiento de los proveedores no da cuenta necesariamente de la calidad del servicio, reconoce conveniente un tipo de entrenamiento mediante el cual se evalúe el nivel de habilidad, y no el tiempo invertido en el entrenamiento o la cantidad de procedimientos completados. Este tipo de entrenamiento, basado en la competencia, hace que esta última se asegure de manera continua después de completar las sesiones de entrenamiento. De esta manera, los conocimientos y habilidades de proveedoras y proveedores deben ser utilizados regularmente y monitoreados periódicamente. Una característica de este tipo de entrenamiento es que permite capacitar a otras clases de proveedores, sin grado médico, a prestar importantes servicios en el campo. Tal es el caso de las parteras.

Creel y Perry (2003) proponen, en el caso de las y los jóvenes, mejorar las destrezas y conocimientos acerca de ellos y ellas por parte del personal de salud, y reducir los obstáculos en la prestación de servicios, a fin de que obtengan los servicios que necesitan

para satisfacer sus necesidades de salud reproductiva y que lleguen en condiciones sanas y seguras a tener una vida productiva como adultos. Los autores plantean que para lograr lo anterior, se requiere de una mejora en la calidad de los servicios, que tome en cuenta políticas orientadas a las y los jóvenes, a fin de eliminar los obstáculos sociales, legales y de otro tipo en la provisión de servicios de salud reproductiva a ese sector de la población.

En esta propuesta conceptual de evaluación de la calidad de los servicios, los mecanismos de seguimiento y continuidad forman parte de la competencia técnica de proveedoras y proveedores, y la forma cómo se implementen garantizará en gran medida la búsqueda de servicios por parte de mujeres y hombres cuando sea pertinente, así como la referencia de potenciales usuarios y usuarias.

Bruce (1990), toma en cuenta la importancia de que usuarias y usuarios se encuentren bien informados por parte de las personas que brindan la atención, a fin de que el proceso de continuidad sea promovido en ellos, ya sea desde su propia perspectiva o a través de mecanismos formales dentro del programa, que pueden incluir el sistema de citas o visitas en los hogares por parte de los trabajadores. Resalta lo útil que para la autora puede resultar el papel de los medios de comunicación y de la comunidad en el proceso de continuidad y seguimiento.

La propuesta de Bruce (1990) insiste en la importancia de que los programas centrados en objetivos demográficos pueden estar diseñados sobre la base de reclutar usuarias y usuarios, más que en mantener el uso. Una opción que propone es la definición de una pequeña cantidad de usuarias y usuarios, a quienes se les proporcionen buenos servicios, para aumentar su satisfacción y mejorar las tasas de continuidad.

Lantis, Green y Joyce (2002), hacen eco de la propuesta de Bruce (1990) acerca de los mecanismos de seguimiento y continuidad, en cuanto a que los proveedores de salud no se limitan al personal médico o paramédico, sino a otros miembros de la comunidad que contribuyen a brindar servicios de salud reproductiva y planificación familiar en la comunidad, como las parteras.

La falta de persistencia por parte del personal de salud podría ser una barrera para el uso del servicio, en el sentido que usuarias y usuarios pueden rechazar el servicio en el primer contacto y aceptarlo en visitas subsiguientes. Otra barrera podría darse en relación al tiempo de espera de usuarias y usuarios, el cual en actividades de reabastecimiento o de una

consulta que requiera de una respuesta rápida, podría reducirse, y atenderse por separado de aquella situación en la cual se busque un contacto inicial (Bruce, 1990).

Aunque Matamala (1995) menciona más de una vez en el desarrollo de su propuesta la importancia de la satisfacción de las usuarias en su disponibilidad para continuar atendándose en un establecimiento específico, los mecanismos de seguimiento y continuidad son subrayados por la autora en su categoría referida a la potenciación de comportamientos favorables que las personas prestadoras del servicio deben fomentar entre las mujeres que buscan atención, a través del empoderamiento de las usuarias respecto de su salud y sus derechos reproductivos.

Es conveniente reflexionar, acerca del papel que desde Bruce (1990) desempeñan las y los trabajadores en el trabajo de campo en los servicios de salud reproductiva, al constituirse este esfuerzo en otra dimensión afectiva del rol que ellos y ellas desempeñan.

Proveedoras y proveedores deben tener la capacidad de generar, en la interacción prestador/a usuarias, resultados que van a plasmarse en el cumplimiento de las recomendaciones y en cambios que tienen que ver con percepciones, valoraciones y comportamientos de las mujeres. Todo esto se va a reflejar en el cuidado de su salud por las mujeres, en lo individual y lo colectivo. Los cambios obtenidos se hacen evidentes en diversos signos de empoderamiento de las mujeres respecto de su salud y sus derechos reproductivos, que cuando son asumidos efectivamente, se proyectan hacia la pareja o el entorno familiar, y la motivación de las mujeres para promover y defender activamente la salud y los derechos sexuales y reproductivos de otras mujeres (Matamala, 1995).

3) Información brindada a usuarias y usuarios.

Este aspecto, en la perspectiva de Bruce (1990), se refiere a la información impartida durante el contacto en el servicio, que capacita a usuarias y usuarios a seleccionar y emplear la anticoncepción con satisfacción y competencia técnica. En tal sentido, es deber de proveedores informar a usuarias y usuarios acerca del rango de métodos disponibles, sus contraindicaciones científicamente documentadas, ventajas y desventajas, investigación acerca de selecciones inseguras para usuarias específicas, y proveer detalles de cómo usar el método seleccionado.

Dos aspectos frecuentemente dejados de lado, y que Bruce (1990) retoma, son el posible impacto de los métodos con la práctica sexual de quienes solicitan un método determinado y la información explícita acerca de lo que las y los usuarias/os pueden esperar de los proveedores respecto de la consejería sostenida, el suministro, y lo referido a otros métodos y servicios relacionados, si las condiciones de las usuarias lo ameritan. Usuarías y usuarios satisfechas/os con la interrelación entre ellas/os y los proveedores tendrán una mejor disposición de regresar al servicio. En este caso, el contacto subsecuente puede ser promovido por la satisfacción específica en la entrevista inicial.

El impacto de la información, para Bruce (1990), podría extenderse a situaciones más allá del intercambio directo proveedores-usuarias/os, puesto que la autora considera la participación de los medios de comunicación en este proceso de brindar información, así como la importancia de que los prestadores de servicio no se limiten a la palabra hablada, sino se auxilien de elementos gráficos. Podrían salir a luz en este contexto algunas de las llamadas “barreras médicas”, que Bruce (1990) denomina “barreras al servicio”, mediante las cuales los proveedores de servicio realizan impedimentos o negativas del uso anticonceptivo, careciendo de un fundamento científico que lo justifique. Puede darse el caso en que los prestadores de servicio hagan contraindicaciones que ya no son válidas para algunos métodos, prohibiciones formales o informales al uso de métodos anticonceptivos particulares, tales como las relacionadas con la edad de las mujeres, la paridad o el consentimiento de la pareja.

Las usuarias y los usuarios quieren recibir información que se corresponda con sus necesidades, anhelos y forma de vida. Creel, Sass y Yinger (2002), plantean que usuarias y usuarios tienen distintos objetivos de reproducción y actitudes sobre la planificación familiar, así como diferentes capacidades para tomar decisiones y otros factores que afectan el método que eligen. Por lo anterior necesitan información que se ajuste a sus necesidades particulares.

Las y los jóvenes con frecuencia son excluidos de la política nacional de salud, a pesar del consenso internacional sobre su derecho a recibir información y servicios de salud reproductiva. En algunos países existen restricciones legales al acceso e información en salud reproductiva para adolescentes; en otros, el contexto normativo puede ser más favorable, pero no es bien conocido por el personal de salud. Pueden existir además

actitudes culturales o religiosas de los/as proveedores/as que los hacen dudar sobre la conveniencia de proporcionar información sobre salud reproductiva y anticoncepción a adolescentes, especialmente si se trata de mujeres solteras (Creel y Perry, 2003).

Es documentada la relación inversa que existe en algunos contextos entre el conocimiento de anticonceptivos y el nivel de uso por parte de la población (FNUAP/INIM, 1999). Bruce (1990), hace referencia a la información deficiente que proveedores y proveedoras brindan a usuarias y usuarios, observando que el conocimiento expandido de los anticonceptivos no se corresponde con el conocimiento de la seguridad y el uso efectivo. Lo anterior puede revelar un amplio mal entendimiento y mal uso de métodos con consecuencias serias, tanto para usuarias y usuarios, como para el esfuerzo del programa en general. La autora reconoce en estas situaciones, además, la posibilidad de que se presenten percepciones relacionadas con los conceptos culturales, que tienen que ver con los rumores y la mala información.

4) Relaciones interpersonales

Bruce (1990), define las relaciones interpersonales como “el elemento afectivo de la interacción entre usuarias/os y proveedoras/es”. Reconoce que las relaciones entre ambos están fuertemente influenciadas por la misión e ideologías de los programas, el estilo de gerencia, la disposición de recursos, la razón trabajadores/usuarios y la estructura de supervisión. Las relaciones interpersonales en la atención están fuertemente influenciadas, a su vez, por la cantidad de servicios existentes, es decir, que juegan un papel preponderante tanto la cantidad como la naturaleza del contacto entre las usuarias/os y los proveedores

En la propuesta de Matamala (1995), este elemento es denominado “vínculo interpersonal”. La autora lo describe como la articulación o desarticulación que se produce en el proceso de interacción de los/as prestadores/as y usuarias. Matamala (1995), reconoce factores condicionantes en esta categoría, tales como factores biográficos, la identidad de género, la voluntad, la habilidad comunicacional, las emociones, la racionalidad, los afectos, las jerarquías de poder, la búsqueda de dignidad y la coyuntura particular en la que proveedoras/es de servicio y usuarias participan en la interacción. La evaluación de la

calidad de la atención valora la capacidad relacional de prestadoras y prestadores de servicio.

Lantis, Green y Joyce (2002) reconocen además, que al igual que quienes hacen uso de los servicios, las personas que proporcionan la atención se ven influenciadas por la cultura de su entorno, por lo que reflejan las creencias y prejuicios locales de género, nivel social, origen étnico, etc., y frecuentemente se ven limitados por todo ello. En cuanto a las y los adolescentes, con frecuencia proveedoras y proveedores comparten algunos sesgos sociales, como el relativo a una actitud en contra de la sexualidad adolescente, careciendo por lo general de las habilidades necesarias para comunicarse con la gente joven acerca de tópicos sensitivos.

Algunas barreras que pueden influenciar las relaciones interpersonales tienen que ver con atributos deseables de las personas que brindan consejería; entre otros, el entendimiento, el respeto y la honestidad. Todo ello con miras a que usuarias y usuarios reporten una credibilidad en la competencia de proveedoras/es, confianza, y una disposición a volver a tener contacto nuevamente con ellas/os o aún referir a otros/as. Algunas mujeres manifiestan sufrimientos al tener que quitarse la ropa interior o esperar en el corredor para un examen pélvico. Otras plantean insultos a su modestia y sentido de privacidad al no contar con la oportunidad de ser entrevistadas en un cuarto separado (Bruce, 1990).

Refiriéndose a la actitud del personal con el cual tratan las y los usuarios, Bruce (1990) considera que dicha actitud no es producto exclusivamente de la personalidad del proveedor. Las decisiones gerenciales juegan un importante rol. Aquí pueden mencionarse las normas mismas de entrenamiento, las descripciones del trabajo, la estructura de supervisión y algo que no se practica de manera frecuente, como el sistema de recompensas a trabajadoras y trabajadores

Resultan importantes para Matamala (1995), en esta categoría, la atención que las personas prestadoras de atención hagan de las opiniones de usuarias y por consiguiente, que las mujeres que demandan atención se sientan protagonistas. En este sentido, cobra valor el respeto a la subjetividad y estado de ánimo de las usuarias. Otros aspectos que la autora considera, son la valoración misma que las usuarias hacen del vínculo interpersonal, y lo que les hubiese gustado expresar, así como la posición adoptada por las usuarias en la

interacción, de acuerdo con su percepción. Proveedoras y proveedores deben colocarse en el lugar de las usuarias.

Bruce (1990) añade que proveedoras y proveedores pueden contribuir a mitigar las barreras al servicio, empoderando a las mujeres para que tomen sus propias decisiones reproductivas, extendiendo para ello su intervención a la perspectiva personal de ellos y ellas. El prestador de servicio asume, en este caso, el papel de un aliado y mediador que incentiva a las mujeres a encontrar su propia voz y expresarse por sí mismas, y les proporciona ideas que pueden utilizar para discutir por sus derechos a practicar la anticoncepción. Esta tarea, para la cual muchos/as trabajadores/as no están formalmente preparados, es esencial cuando las mujeres están en una posición inferior en las familias y temen consecuencias por practicar la anticoncepción. En este elemento, sería prudente tomar en cuenta la sugerencia de Lantis, Green y Joyce (2002), en cuanto a que proveedoras y proveedores reciban una capacitación exitosa, que ponga énfasis en mejorar la comunicación, tomando en cuenta que deben de trabajar estrechamente con usuarias y usuarios en una variedad de temas sensibles.

5) Conciencia y respeto de derechos, en particular los derechos sexuales y reproductivos.³

Matamala (1995), denomina “dignificación de las usuarias” al resultado de la interacción entre institución de salud y mujeres usuarias, lo cual impacta también a la institución y a los proveedores y proveedoras. Esta interacción se hace efectiva en el fortalecimiento de la individuación, la autovaloración y autoestima de las usuarias, con el fin de potenciar su empoderamiento y lograr su autodeterminación.

Al respecto, se pueden identificar algunas barreras frecuentes en la prestación de servicios. Las usuarias podrían ser rechazadas en el mismo contacto con los servicios de salud, carecer de privacidad en las exámenes, o las instalaciones podrían no ser

³ Los derechos sexuales y reproductivos son entendidos aquí por Matamala (1995) como aquellos que garantizan la posibilidad de vivir la sexualidad en forma autodeterminada, plena, segura, equitativa y placentera; vivir la sexualidad independiente de la reproducción, contando con los conocimientos acerca de la propia corporalidad, sexualidad y reproducción, que informan el cuidado y las decisiones libres sobre las mismas.; a disponer de los elementos y servicios que aseguran la salud sexual y reproductiva en todas las etapas del ciclo vital; a decidir libremente y sin coerción sobre la propia capacidad reproductiva en cuanto a tener o no hijas/os, a su oportunidad y espaciamento; a contar con políticas públicas, medios y mecanismos que permitan operacionalizar las decisiones sexuales y reproductivas, particularmente aquellas referidas a la regulación de la fecundidad.

apropiadas. También deben considerarse la integración de la sexualidad, la actitud activa de la usuaria al interesarse por información pertinente a su demanda de consulta, el recibir la información necesaria para poder tomar decisiones y el interés de las usuarias por continuar atendiendo en ese centro. Otros aspectos hacen referencia al tiempo de la mujer que busca atención, desde el desplazamiento al servicio hasta que la obtiene.

Una barrera que podría mencionarse es la que identifican Creel, Sass y Yinger (2002), al referirse al prejuicio de proveedoras/es cuando éstas/os creen saber mejor que usuarias y usuarios cuál método es el más apropiado para ellas o ellos o cuando tienden a recomendar ciertos métodos por sobre otros. Esto podría impedir que las mujeres usen los métodos más apropiados para sus circunstancias y necesidades. Las personas prestadoras de servicio son responsables de proporcionar a usuarias y usuarios la información que necesitan para tomar decisiones, con conocimiento de causa, sobre los métodos anticonceptivos que usarán. El objetivo final de esta interacción (que es el proporcionar servicios de alta calidad), puede ser afectado por factores como las tradiciones y costumbres locales, las costumbres médicas en que se desenvuelven las personas que brindan el servicio, así como por el sistema de salud (Lantis, Green y Joyce, 2002).

Los/as proveedores/as deben desarrollar en las usuarias la capacidad de asumirse como sujetos de derecho, a través de su ejercicio y defensa, y promocionar el reconocimiento, defensa y aceptación del ejercicio de derechos por otras u otros (Matamala, 1995). En lo que respecta a este elemento, Matamala (1995) considera importantes la habilidad y disposición de proveedoras/es para facilitar y potenciar las decisiones de las usuarias, la valoración de la opinión de las usuarias acerca de la anticoncepción, la información brindada acerca de la consulta o acerca de sus derechos, los comentarios que las personas prestadoras de servicio comparten con las usuarias acerca de lo escrito en los expedientes clínicos, las actividades de acompañamiento según preferencias de las usuarias, la asertividad y la defensa de derechos por parte de las usuarias, y la inclusión de la sexualidad.

Al reflexionar sobre lo pertinente a este elemento, podemos deducir que el proceso de información y el tipo de relaciones interpersonales que se establezca juegan un rol preponderante para hacer realidad el empoderamiento de las mujeres en lo que respecta al conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Quizás la primera

barrera que hay que tratar de combatir es la referida a la capacitación insuficiente de los mismos trabajadores de la salud en el tema de los derechos sexuales y reproductivos. Ávila (1999), refiriéndose a la importancia de la dimensión de los derechos humanos, en la que destacan de manera especial los derechos sexuales y reproductivos, admite que su inclusión ha sido necesaria para operacionalizar el concepto de salud reproductiva adoptado en El Cairo. Según la autora estos derechos pueden ser entendidos a la luz de la construcción de nuevos criterios de referencia para la convivencia social, y también como un medio de instituir la responsabilidad pública en otras instancias de la vida social.

Debemos recordar también que la comunidad internacional acepta derechos particulares de adolescentes y jóvenes, que incluyen la igualdad de género, el derecho a la educación, a la salud y al acceso a servicios de salud reproductiva y sexual (FNUAP, 2003).

Consideraciones finales: las posibilidades de estudiar la calidad de la atención en Nicaragua.

Reflexionando sobre los aspectos contenidos en los marcos conceptuales propuestos principalmente por Bruce (1990) y Matamala (1995), podemos observar que constituyen herramientas con una validez prácticamente universal, que les permite ser utilizadas como punto de partida en la evaluación de la calidad de los servicios de salud reproductiva. Por otro lado, es necesario destacar el papel de la Conferencia Internacional de Desarrollo de 1994 de El Cairo en la toma de conciencia sobre la importancia de la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos en todo lo relacionado con la salud reproductiva de las personas. Matamala (1995) acertadamente incluye en su propuesta la perspectiva de género para enfocar los derechos sexuales y reproductivos, vistos como parte integral de los derechos humanos, lo que permite tener una visión integral de la atención en salud reproductiva de las personas.

Consideramos que la calidad de los servicios de salud reproductiva de las adolescentes puede tener incidencia en la magnitud y características de la incidencia del embarazo adolescente en Nicaragua. Inicialmente nos propusimos que constituyera una de las dimensiones centrales de nuestra investigación, tomando en cuenta que las carencias a que hacen referencia los marcos conceptuales sobre la calidad de la atención de Bruce

(1990) y Matamala (1995) se observan frecuentemente en la prestación de servicios en el país. Debido a la ausencia de estudios específicos enfocados al tema, nos propusimos proponer un marco conceptual para estudiar la calidad de la atención en salud reproductiva para las adolescentes en Nicaragua. Si bien esta propuesta no se pudo utilizar en su plenitud en esta investigación, aportará luces para futuras investigaciones que pueden ser tomadas en cuenta para intervenciones en salud reproductiva de las mujeres jóvenes por parte del gobierno y de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan el tema.

Lamentablemente, las carencias del principal instrumento cuantitativo que empleamos en este estudio, únicamente permitieron explorar de manera limitada y parcial algunas de las dimensiones de la calidad de la atención de los servicios de salud reproductiva en Nicaragua. Las dimensiones exploradas fueron: los conocimientos de las adolescentes sexualmente activas sobre algunos aspectos de la reproducción y la anticoncepción, el análisis de si estas adolescentes visitaron o no alguna unidad de salud en los últimos 12 meses, las principales razones que tuvieron para no visitar estas unidades si no lo hicieron, el hecho de haber sido informadas sobre planificación familiar o no entre las que sí las visitaron, y si les hicieron o no el Papanicolaou en los seis meses anteriores a la encuesta. Para las adolescentes sexualmente activas usuarias de anticonceptivos, se exploró si la fuente de abastecimiento de los métodos fue el sector público o el privado, y cual fue el costo monetario que tuvo el método para ellas (inferior o superior a dos dólares). Para las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años, se analizó quien fue la persona que proporcionó la atención prenatal y quien fue la persona que atendió el parto, distinguiendo entre médico general, ginecólogo, enfermera, comadrona, familiar o amigo o sin atención. Cada una de estas dimensiones, a su vez, fue diferenciada según la residencia urbana o rural de las mujeres, según el estrato socioeconómico de pertenencia, según su nivel de escolaridad y según su condición de unión marital o soltería.

Los indicios sobre la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva para las adolescentes fueron muy pobres, pero permitieron establecer diferencias entre las mujeres y adolescentes según estos ejes de diferenciación social.

Desde el abordaje cualitativo, se exploraron algunas experiencias en el primer contacto con los servicios de salud reproductiva de las mujeres entrevistadas (mujeres de

dos generaciones, urbanas y rurales, que se embarazaron en la adolescencia), así como algunas representaciones culturales -tanto de las mujeres entrevistadas como de personal de salud que atiende a las adolescentes- que permiten comprender parcialmente por qué las menores de 20 años no iniciaron su vida sexual con protección anticonceptiva.

Debido a la ausencia de información en el instrumento cuantitativo utilizado en la investigación, y debido a la limitación de recursos materiales y de tiempo para el trabajo cualitativo, no fue posible incluir las vivencias y sugerencias de los varones adolescentes de manera directa. No obstante, nos aproximamos a ellas desde la perspectiva de mujeres que se embarazaron en la adolescencia y de personas que brindan atención en salud reproductiva a este grupo poblacional.

Queda planteado nuestro marco conceptual para futuros estudios que indaguen sobre las distintas dimensiones de la calidad de la atención que consideramos prioritarias: el acceso a los servicios, la oferta informada de una amplia gama de métodos según las necesidades diferenciadas de las adolescentes, la competencia técnica del personal que brinda los servicios de salud reproductiva para adolescentes, la calidad de la información proporcionada a las usuarias y usuarios, la calidad de las relaciones interpersonales en los servicios, la promoción de la autonomía y la capacidad decisoria, y el conocimiento del personal sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como su respeto y promoción de los mismos entre las adolescentes.

CAPÍTULO II: ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA FECUNDIDAD, EL EMBARAZO Y LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE EN NICARAGUA

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente capítulo es analizar los niveles y tendencias de la fecundidad, el embarazo y la sexualidad adolescente en Nicaragua en los últimos años, así como los factores sociodemográficos y económicos que podrían determinar sus variaciones o su estabilidad en el tiempo. Las fuentes utilizadas en el análisis son: la Encuesta sobre Salud Familiar de 1993, el VII Censo Nacional de Población y III de Viviendas implementado en 1995, la Encuesta sobre Medición del Nivel de Vida de 2001 y las Encuestas Nicaragüenses Demográficas y de Salud realizadas en 1998 y en 2001.

En la primera parte del análisis se intenta caracterizar de manera general a la población nicaragüense y sus niveles de fecundidad y fecundidad adolescente. Se utilizaron algunos datos de la región latinoamericana y del Caribe para situar en contexto la importancia del embarazo adolescente en Nicaragua. En la segunda parte se analiza la fecundidad y la maritalidad adolescente de la población femenina en edad reproductiva en Nicaragua. En particular, para las mujeres que tuvieron su primer embarazo en la adolescencia se detalla el comportamiento frente a la fecundidad, el embarazo y la sexualidad en la adolescencia. Estas tres dimensiones se estudiaron en su asociación con cuatro ejes de diferenciación social fundamentales, que han de guiar el análisis a lo largo de toda la investigación de acuerdo con los enfoques conceptuales planteados en el capítulo I. Estos ejes de diferenciación son, además del grupo de edad, el lugar de residencia rural o urbano, el estrato socioeconómico, el nivel de escolaridad y la situación conyugal de las mujeres que se embarazaron en la adolescencia. El análisis bivariado permitió ubicar los niveles de los principales factores que pueden determinar la fecundidad de las adolescentes

en el país, tales como la edad de la primera unión, el inicio de las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y el acceso a servicios de salud reproductiva, así como posibles pautas socioculturales del comportamiento sexual y reproductivo que pueden incidir en la tendencia a la maternidad temprana entre las mujeres nicaragüenses. Finalmente, en la tercera parte de este capítulo se realizó un análisis multivariado de los factores que inciden en el embarazo en la adolescencia en Nicaragua. El análisis cuantitativo de la fecundidad, el embarazo y la sexualidad de las adolescentes de Nicaragua concluye así con la implementación de cinco modelos estadísticos de regresión logística. Mediante estos modelos, se analizan los factores sociodemográficos y económicos que explican con mayor fuerza el embarazo adolescente en Nicaragua.

II.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN Y DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Aún cuando en Nicaragua la esperanza de vida se ha incrementado en las últimas cuatro décadas, pasando de 48 años en el quinquenio 1960-1965 a 68 años para el quinquenio 1995-2000, un nicaragüense recién nacido tiene una expectativa de vida ocho años menor que un costarricense, aunque cuatro años mayor que un guatemalteco (PNUD, 2000). En este sentido, el proceso de envejecimiento en el país, aunque más lento que en otras naciones, ha ido en avance (Gráficos 2.1, 2.2 y 2.3). La presencia del grupo de personas de 60 años y más ha aumentado porcentualmente en el transcurso del periodo 1995 a 2001 (5.7, 6.1 y 6.3 por ciento respectivamente).

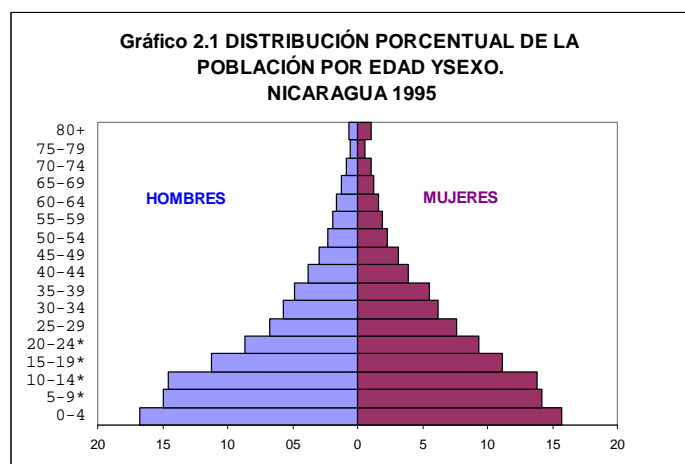
El crecimiento de la población nicaragüense puede dividirse en dos etapas: la primera, de 1906 a 1940, caracterizada por un crecimiento discreto de la población, y la segunda etapa, de 1940 a la actualidad, caracterizada por un crecimiento acelerado de la población, principalmente debido a la disminución acelerada de la tasa bruta de mortalidad. Esto último está relacionado estrechamente con la introducción de mejores medicinas al país y la implementación de prácticas sanitarias más eficientes, que produjeron un mejoramiento sustantivo, principalmente en la salud materno-infantil (PROFAMILIA, 1993).

En la década de los cincuenta, Nicaragua experimentó un crecimiento poblacional acelerado. Ha sido establecido que para entonces se inició la segunda etapa de la transición demográfica en el país, caracterizada por altas tasas de crecimiento, a expensas de un

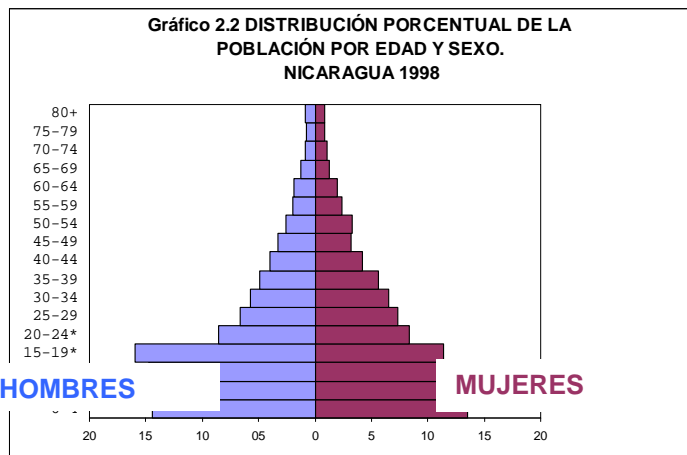
descenso acelerado de la mortalidad y un lento descenso de la natalidad (PROFAMILIA, 1993).

Las fuentes de información de la década de los noventa e inicios del siglo XXI sobre Nicaragua muestran a un país con una estructura muy joven de su población. Con base en la información del VII Censo Nacional de Población y III de Viviendas de 1995, podemos observar que el grupo de personas menores de 20 años superaba el 56 por ciento de la población total del país (Gráfico 2.1), situación similar a lo observado en 1998 a partir de la Encuesta Nicaragüense Demográfica y de Salud de 1998 (ENDESA 1998) (Gráfico 2.2). Por su parte, la información de la ENDESA de 2001 muestra una disminución de las personas de este grupo de edad, ya que para ese año las personas menores de 20 años aportaron el 53 por ciento del total de la población (Gráfico 2.3). Puede relacionarse esta situación con la disminución de la fecundidad en los últimos años, ya que la proporción del grupo de personas menores de cinco años ha descendido en el país de 16 por ciento en 1995 a 12 por ciento de la población total en 2001 (Gráficos 2.1, 2.2 y 2.3).

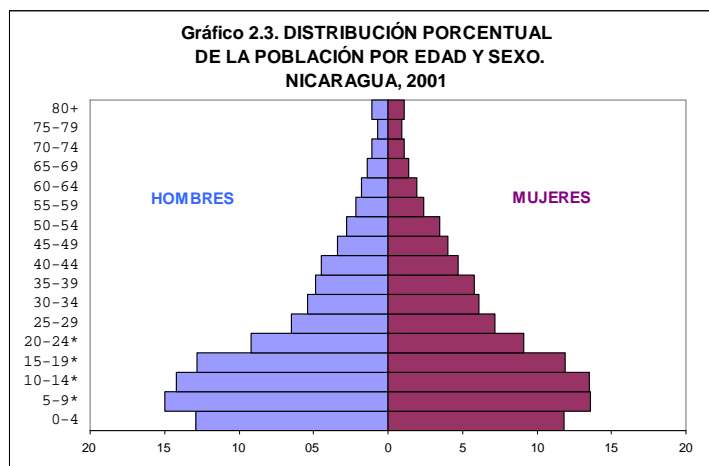
La población adolescente constituye el cuarto grupo mayoritario del país, superado solamente por los tres primeros grupos quinquenales de edad. La población de 15 a 19 años de edad en 1995, 1998 y 2001 aportó 11.2, 13.7 y 12.4 por ciento respectivamente al total de la población. La proporción mayor registrada en la segunda encuesta se debe a una mayor presencia masculina adolescente en 1998 respecto de los otros dos años analizados. De cualquier manera, podemos ver cómo en este grupo de edad la presencia masculina es ligeramente mayor que la femenina, tal como sucede en todos los grupos de edad precedentes.



Fuente: Elaboración propia con base en el VII Censo Nacional de Población y III de Viviendas, Nicaragua 1995.



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nicaragüense Demográfica y de Salud 1998 (ENDESA).



Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

El índice de masculinidad observado en Nicaragua para 1993 fue de 98 hombres por 100 mujeres, en tanto en 1998 fue de 96 y en 2001 su valor fue de 97 hombres por 100 mujeres (INEC, 2001). El valor de este índice ha sido considerablemente superior en el área rural respecto de la urbana (Cuadro 2.1). Probablemente esto se relaciona con el comportamiento de la migración en el país. Desde 1993 el componente femenino de la migración interna es más elevado que el masculino. En especial, los movimientos rural-urbanos tienen un componente mayor de población femenina (INEC, 2001).

Cuadro 2.1
Índice de masculinidad según área de residencia. Nicaragua 1993, 1998 y 2001

<i>Año</i>	<i>País</i>	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>
1993	98	94	103
1998	96	90	104
2001	97	91	106

Fuente: Informe General Encuesta sobre Medición del Nivel de Vida Nicaragua 2001; EMNV 2001.

Otro factor que es diferencial según la residencia rural o urbana es la incidencia de la mortalidad materna en el país según zonas de residencia. Padilla y McNaughton (2003), al analizar la mortalidad materna en Nicaragua en el período de 2000 a 2002, encontraron que según la procedencia de las mujeres, por cada muerte materna a nivel urbano se reportaban tres muertes en el área rural.

En las zonas rurales parece existir mayor sobrevaloración de los varones y una tendencia mayor que en las áreas urbanas a limitar el destino de las mujeres a la vida reproductiva. Las mujeres en el campo se integran menos que las mujeres urbanas al trabajo fuera del hogar, y las labores que realizan no son reconocidas como productivas. En consecuencia, la inversión en salud y nutrición de las mujeres puede ser un tema menos prioritario en las zonas rurales que en las urbanas. A lo anterior se suma el hecho de que, en Nicaragua como en otros países pobres, existe una brecha muy amplia entre el acceso a la educación, la salud y los servicios básicos de la población que vive en zonas rurales y la población que reside en localidades más urbanizadas (Naciones Unidas, 2003).

Se ha demostrado ampliamente que la discriminación en contra de las mujeres tiene profundas raíces históricas y culturales. En muchas culturas los niños han sido valorados más que las niñas desde el momento de su nacimiento. La inadecuada nutrición y los cuidados médicos y la maternidad temprana, constituyen factores discriminatorios que pueden condicionar, en algunos contextos, que la cantidad de hombres adultos sea mayor que la de mujeres adultas (Naciones Unidas, 2003).

Al observar la distribución de las mujeres en edad fértil entre 1993 y 2001 en Nicaragua, debido a la joven estructura por edad de la población, las mujeres de 15 a 19 años constituyen el grupo más numeroso. El grupo de mujeres de 15 a 19 años (y el de 35 a 39 años) aumentaron ligeramente en el mismo período. Por el contrario, el aporte de las

mujeres de 20 a 34 años al total de mujeres en edad reproductiva sufrió una ligera disminución al final del período analizado. Esto podría estar relacionado con la integración de las mujeres de este grupo de edad a la migración. Finalmente, la proporción de mujeres de 40 a 49 años experimentó un crecimiento en 2001 respecto de 1993, lo que puede deberse en parte al aumento de la longevidad y la disminución de la mortalidad materna. (Cuadro 2.2).

Cuadro 2.2
Porcentaje de mujeres en edad fértil por grupos quinquenales según años seleccionados. Nicaragua 1993, 1995, 1998 y 2001

<i>Edad</i>	<i>1993</i>	<i>1995</i>	<i>1998</i>	<i>2001</i>
15-19	23.2	23.8	24.6	24.1
20-24	21.1	19.9	17.9	18.4
25-29	16.5	16.4	15.7	14.9
30-34	13.2	13.2	13.8	12.8
35-39	11.8	11.7	11.9	12.2
40-44	7.5	8.4	9.2	9.6
45-49	6.7	6.6	6.9	8.2
Total	100	100	100	100

Fuente: Informe Final de la Encuesta sobre Salud Familiar de Nicaragua, ESF 1993; Resultados Finales del VII Censo Nacional de Población y III de Viviendas, Nicaragua 1995; Informe Final de la ENDESA 1998; Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

En los últimos años, a consecuencia de la migración hacia las ciudades, ha aumentado la proporción de mujeres en edad reproductiva que habita en las zonas urbanas (INEC, 1998). Mientras en 1995 el 60 por ciento de las mujeres en edad fértil vivía en las ciudades, para 2001 este indicador fue de 63 por ciento. Observando la distribución de las mujeres por grupos de edad en los distintos ámbitos de residencia, resalta el aumento en las zonas urbanas de aquellas mujeres que están iniciando su ciclo reproductivo (Cuadro 2.3). Además del efecto migratorio, podrían asociarse otros factores como la mayor mortalidad materna en el campo, en donde la pobreza, la desnutrición, la falta de educación, el sistema social patriarcal y la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud tienen una dimensión mayor que en las ciudades (Padilla y McNaughton, 2003).

Cuadro 2.3
Porcentaje de mujeres en edad fértil por grupos de edad según área de residencia.
Nicaragua 1995, 1998 y 2001

<i>Grupos de edad</i>	<i>Urbano</i>			<i>Rural</i>		
	<i>1995</i>	<i>1998</i>	<i>2001</i>	<i>1995</i>	<i>1998</i>	<i>2001</i>
15-19	57.0	56.7	61.7	43.0	43.3	38.3
20-24	58.6	55.5	63.2	41.4	44.5	36.8
25-29	61.3	57.1	60.9	38.7	42.9	39.1
30-34	64.0	60.1	63.9	36.0	39.9	36.1
35-39	61.9	57.6	63.6	38.1	42.4	36.4
40-44	62.3	59.6	66.1	37.7	40.4	33.9
45-49	59.7	58.7	66.1	40.3	41.3	33.9

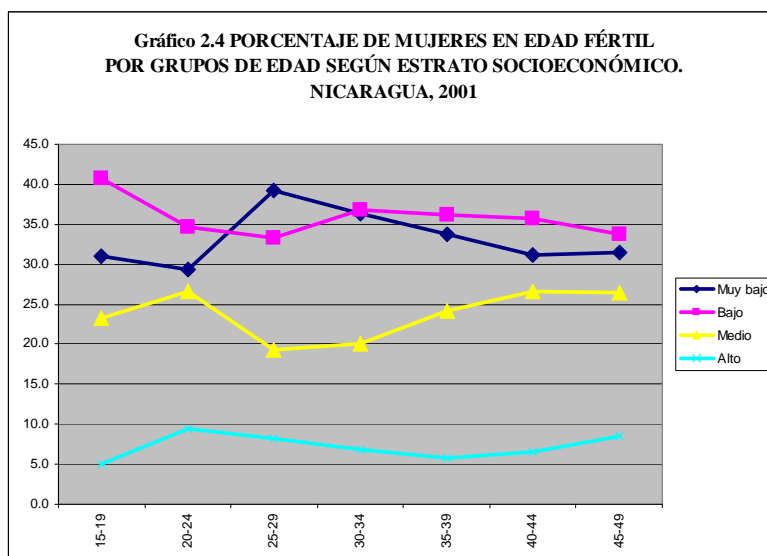
Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Se ha documentado la relación circular que existe entre las condiciones socioeconómicas y la salud sexual y reproductiva de las personas. Las malas condiciones socioeconómicas determinan una deficiente salud sexual y reproductiva, y a su vez, una pobre salud sexual y reproductiva condiciona una situación socioeconómica precaria (Langer y Nigenda, 2000). En Nicaragua existe una gran heterogeneidad de condiciones materiales de vida de la población femenina que afectan su salud reproductiva. De acuerdo con el enfoque conceptual que adoptamos para el análisis del embarazo adolescente en el país, hemos decidido incorporar la estratificación social como un eje fundamental en el análisis de las distintas dimensiones de la salud reproductiva de las mujeres nicaragüenses, en particular de las adolescentes. Al respecto retomamos la metodología de estratificación social⁴ propuesta por Carlos Echarri para el diagnóstico de la salud reproductiva en México en la década de los noventa, adaptándola a la naturaleza de nuestra fuente de información (Echarri, 2008).

⁴Para la construcción de los estratos socioeconómicos en el presente trabajo se partió de dos índices: el índice de calidad de la vivienda y el índice de escolaridad relativa por sexo y edad. El índice de calidad de la vivienda refleja el promedio en acceso a servicios básicos en función de siete tipos de servicios: material del piso, cuarto de baño exclusivo de la vivienda y en el interior de la misma, cuarto exclusivo para cocinar, hacinamiento, agua para tomar disponible dentro de la vivienda, drenaje conectado a la calle o fosa séptica y electricidad. El índice de escolaridad relativa por sexo y edad refleja el promedio de escolaridad acumulada para la misma generación y sexo de cada uno de los miembros con relación a una población estándar. Utilizando la técnica de cluster se construyeron cuatro estratos. Las mujeres del estrato muy bajo tienen en promedio acceso a 1.8 de los servicios mencionados y han aprobado 3.1 años de educación; las del estrato bajo tienen en promedio acceso a 3.3 servicios y han aprobado 5.1 años de educación; en el estrato medio el número promedio de servicios es de 4.9 y la escolaridad de 8.6 años y en el estrato alto se accede en promedio a 5.8 servicios y se han aprobado 12.9 años de educación. (Ver anexo metodológico).

Las fuentes recientes indican que, de acuerdo con la línea de pobreza nacional, tanto la pobreza extrema como la pobreza general disminuyeron en Nicaragua entre 1993 y 2001. En 2001 vivía en condiciones de pobreza extrema 15.1 por ciento de la población nacional, en tanto en 1993 este indicador fue de 19.4 por ciento (INEC, 2001). No obstante, en Latinoamérica y el Caribe, Nicaragua se caracteriza por tener a la mayor parte de su población en condiciones de pobreza y es superada solamente por Haití (CEPAL/UNIFEM, 2004).

La gran mayoría de las mujeres nicaragüenses pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos, y nuestra hipótesis es que esta distribución influye en los elevados porcentajes de embarazos adolescentes. De acuerdo con nuestra clasificación en estratos, en 2001 el 33 por ciento de las mujeres en edad reproductiva del país se ubicaban en el estrato muy bajo, 36.4 por ciento en el estrato bajo, 23.6 por ciento en el estrato medio y solamente 7 por ciento en el estrato alto.



Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

La realidad socioeconómica de las mujeres nicaragüenses responde claramente a un patrón nacional de pobreza, ya que en 2001, el 42.6 por ciento de la población del país vivía con menos de un dólar al día, y 77.8 por ciento lo hacía con menos de dos dólares (CEPAL/UNIFEM, 2004).

En general el país muestra un rezago del nivel educativo con respecto al promedio de la región latinoamericana. El analfabetismo se distribuye de forma heterogénea según la zona de residencia y el sexo, siendo las regiones más afectadas aquellas con un menor nivel de urbanización. A nivel nacional, un tercio de la población campesina es analfabeta, en tanto en las ciudades esta tasa se reduce a 10.3 por ciento para los hombres y 12.4 por ciento para las mujeres (PNUD 2000).

La tendencia del nivel de instrucción de las distintas generaciones de mujeres en el país en 2001 coincide con lo señalado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2000), el cual reconoce que en Nicaragua se han realizado esfuerzos para la ampliación del nivel educativo de la población que han rendido sus frutos y que se manifiestan en el índice de instrucción de las generaciones jóvenes, el cual es superior al de los grupos de mayor edad. No obstante, la media de escolaridad de la población nicaragüense de 10 años y más para 2000 era de 4.9 años, inferior al promedio latinoamericano, estimado en 5.2 años para 1995 (PNUD, 2000).

Cuadro 2.4
Distribución porcentual de las mujeres por grupos de edad según nivel de escolaridad.
Nicaragua, 2001

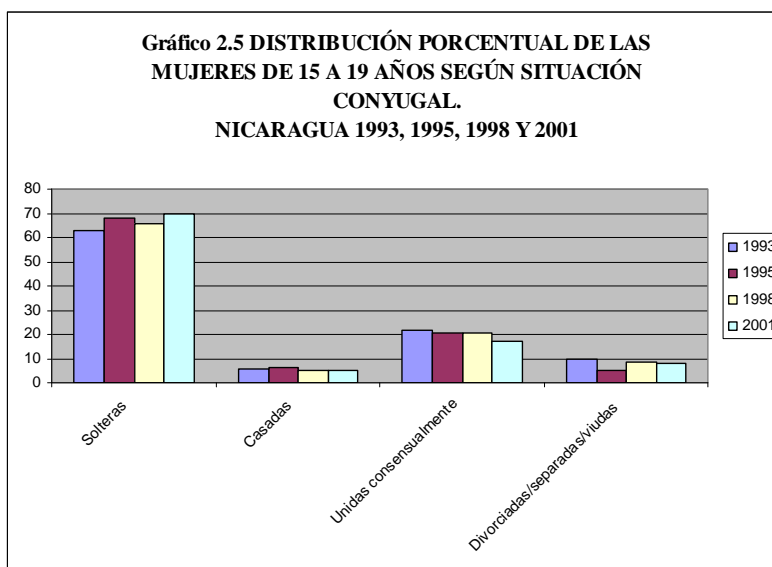
Escolaridad	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
analfabeta	6.4	10.6	15.5	13.4	19.1	24.3	28.9
1-3 años	10.6	10.2	14.8	16.5	16.9	19.5	20.0
4-6 años	29.5	25.8	23.7	23.0	21.1	24.6	23.4
7-9 años	36.2	18.9	18.4	20.3	16.6	11.1	10.7
10-11 años	14.6	19.8	14.7	14.1	13.2	10.4	8.0
superior	2.7	14.6	12.9	12.6	13.1	9.9	9.1
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

La información del cuadro 2.4 indica claramente que el nivel de escolaridad de las mujeres nicaragüenses en 2001 en Nicaragua fue inferior entre las generaciones mayores. El analfabetismo alcanza a 3 de cada 10 mujeres de 45 a 49 años, en tanto, en las generaciones más jóvenes menos de 1 de cada 10 mujeres no sabe leer ni escribir. La proporción de mujeres que logra acceder a la educación secundaria decrece conforme aumenta la edad: más de 50 por ciento de las mujeres menores de 20 años ha cursado la educación secundaria en el país, cifra que no llega a 20 por ciento entre las mujeres de 45 a

49 años. (Cuadro 2.4). Una mujer nicaragüense que no ha interrumpido su trayectoria escolar está preparada para entrar al sistema educativo superior a los 18 años, sin embargo, solo un porcentaje reducido de mujeres en edad reproductiva reportan algún nivel de educación universitaria.

Nicaragua se caracteriza por tener una elevada proporción de adolescentes unidas o casadas. La situación conyugal de las mujeres de 15 a 19 años de 3 de cada 10 unidas o casadas en 2001. Las diferentes fuentes utilizadas muestran que entre 1993 y 2001 hubo una disminución en la proporción de mujeres unidas de 15 a 19 años, de 4 de cada 10 a 3 de cada 10. Después de las solteras, la categoría con mayor representación es la de unión libre, la cual supera ampliamente a la proporción de casadas y a las separadas (Gráfico 2.5).



Fuentes: Informe Final de la ESF 1993; Resultados Finales del VII Censo Nacional de Población y III de Viviendas, Nicaragua 1995; Informe Final de la ENDESA 1998; Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Lo anterior es común a los países de la región. Diversas investigaciones han demostrado que la alta prevalencia de mujeres adolescentes que convive en unión libre, en los países latinoamericanos y del Caribe, responde a un patrón histórico en el estado civil de las mujeres más jóvenes del área. La mayor incidencia de uniones consensuales entre adolescentes ha sido asociada a una mayor inestabilidad conyugal de las adolescentes respecto de las mujeres mayores, y relacionada estrechamente con condiciones socioeconómicas desfavorables y altas tasas de fecundidad. Nicaragua, República

Dominicana, Honduras y El Salvador, que atraviesan una etapa incipiente de la transición demográfica, presentan en la región latinoamericana las proporciones más elevadas de mujeres adolescentes en unión libre (Contreras y Hakkert, 2001)

La supremacía de la unión libre sobre la figura del matrimonio en Nicaragua parece continuar como costumbre entre las generaciones más jóvenes. En el grupo de mujeres de 20 a 24 años, el 20 por ciento están unidas por medio del matrimonio, mientras 35 por ciento lo están por la vía de la unión consensual. A partir de los 25 años el matrimonio es más frecuente entre las mujeres unidas, Así, un 47 por ciento de las mujeres de 45 a 49 años se encuentran casadas, en tanto que, 24 por ciento de estas mujeres vive en unión libre (INEC, 2001). Podríamos pensar, entre otras, en la posibilidad de la legalización de las uniones en función de la presencia de un mayor número de hijos o hijas, o de la consolidación de la unión de la pareja.

Si bien la unión consensual es relevante en la actualidad entre las mujeres nicaragüenses más jóvenes, diversos estudios han demostrado que en la región latinoamericana se produjo un incremento de las mujeres en edad fértil unidas por esta vía en las últimas décadas del siglo pasado (Cuadro 2.5). La magnitud del fenómeno ha sido considerable en gran parte de países de Centroamérica y el Caribe en donde al parecer este tipo de unión ha revestido desde hace mucho tiempo mayor importancia que los matrimonios (García y Rojas, 2004).

Además de comparar una década con otra precedente, el cuadro 2.5 permite observar la evolución de la unión consensual entre los países analizados, comparando la década de los setenta con la de los noventa. De esa manera, puede señalarse que de los 19 países seleccionados en la investigación de García y Rojas, solamente cuatro muestran una reducción en la proporción de uniones consensuales en 20 años (Panamá, Honduras, Guatemala y México). El resto de los países exhiben un incremento en la proporción de mujeres en unión libre. Nicaragua se encuentra entre los países con mayor proporción de uniones libres en 1990 (García y Rojas, 2004).

Cuadro 2.5
América latina y el caribe (19 países): uniones consensuales entre mujeres de 15 a 49 años
de edad en unión marital. Décadas de 1970 a 1990

<i>País</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	<i>Cambio</i>	
				<i>1970-1980</i>	<i>1980-1990</i>
República Dominicana	51.8	57.0	59.7	10.0	4.7
El Salvador	52.6	57.6	56.4	9.5	-2.1
Nicaragua	40.8	-	56.3	-	-
Panamá	56.0	53.5	53.6	-4.5	0.2
Honduras	56.1	-	50.1 ^a	-	-
Colombia	19.8	31.5	45.9	59.1	45.7
Guatemala	54.0	45.9	40.1 ^b	-15.0	-12.6
Cuba	40.9	37.5	-	-8.3	-
Venezuela	32.9	33.4	34.8	1.5	4.2
Perú	29.0	26.7	32.1	-7.9	20.2
Ecuador	27.4	29.2	29.6	6.6	1.4
Paraguay	24.5	25.4	29.2	3.7	15.0
Bolivia	-	17.0	22.1	-	30.0
Argentina	10.5	12.3	21.1	17.1	71.5
Costa Rica	16.7	19.0	21.0	13.8	10.5
Brasil	7.5	12.0	15.3 ^c	60.0	25.0
México	16.1	14.4	15.3	-10.6	6.3
Uruguay	8.8	12.6	-	43.2	-
Chile	5.0	7.1	11.6	42.0	63.4

Fuente: En García y Rojas (2004), sobre la base de Teresa Castro Martín (1997), "Marriage without papers in Latin America", documento presentado en la Conferencia General de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP), Beijing.

^a 1988.

^b Mujeres de 15-44 años de edad. 1987.

^c 1986.

Sin embargo, la gráfica 5 señala que la proporción de mujeres adolescentes en unión consensual disminuyó ligeramente en Nicaragua entre 1993 y 2001, aumentando el porcentaje de las que permanecen solteras.

Como ya se señaló reiteradamente, es característico de las mujeres nicaragüenses que se unan maritalmente a una edad temprana (Cuadro 2.6).

Cuadro 2.6
Edad mediana a la primera unión por grupos de edad.
Nicaragua 1993, 1998 y 2001

<i>Edad</i>	<i>1993</i>	<i>1998</i>	<i>2001</i>
20-24	18.6	18.0	18.7
25-29	18.6	18.3	18.1
30-34	18.4	18.3	18.2
35-39	18.4	18.4	18.0
40-44	18.2	18.1	18.0
45-49	18.2	18.5	18.5

Fuentes: Informe Final ESF 1993, Informe Final ENDESA 1998, Informe Final ENDESA 2001.

La edad mediana a la primera unión de las mujeres de 25 a 49 años, para 2001, fue de 18.2 años (Cuadro 2.6). Este indicador no tiene variaciones significativas a lo largo de los últimos 25 años (INEC, 2001).⁵

La edad a la primera unión muchas veces coincide con la iniciación de las relaciones sexuales en las mujeres, y constituye una aproximación al comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva, con un efecto importante sobre la fecundidad. Cuanto más joven forma pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de hijos a lo largo de la vida.

Al comparar los diferentes grupos de edad, se observa que ha habido en el país un cambio importante en el porcentaje de mujeres que se unen antes de los 15 años, sobre todo en aquellas mujeres menores de 20 años. El porcentaje de mujeres menores de 20 años que ya se había unido en el país antes de cumplir 15 años disminuyó en 2001 respecto de 1998, pasando de 13 por ciento a 10 por ciento; la disminución fue importante también entre las mujeres de 20 a 24 años, puesto que en 1998, 16 por ciento se había unido antes de los 15 años, en tanto, en 2001 lo hizo el 13 por ciento (Cuadro 2.7). El porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que ya se había unido antes de los 20 años en 2001 fue de 60 por ciento, mientras que en 1998 fue de 66 por ciento. Aunque la unión marital en la adolescencia sigue siendo mayoritaria, puede hablarse de una leve tendencia a posponer la unión entre

⁵ Resultados de las Encuestas Demográficas y de Salud implementadas en Latinoamérica y el Caribe en los años noventa, permiten apreciar que en los países de Centroamérica y el Caribe la edad mediana a la primera unión de las mujeres de 25 a 49 años es menor que en el resto de los países del área (Contreras y Hakkert, 2001).

las generaciones más jóvenes de mujeres, aunque los datos se sitúan todavía muy por encima de los reportados para otros países latinoamericanos (INEI, 2000).

Cuadro 2.7
Porcentaje de mujeres por edad a la primera unión según grupos de edad.
Nicaragua, 1998 y 2001

<i>Edad</i>	<i>1998</i>			<i>2001</i>		
	<i>< 15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>	<i><15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>
<i>15-19</i>	13.1			9.4		
<i>20-24</i>	16.0	50.3	65.6	13.3	43.2	60.0
<i>25-29</i>	14.3	46.8	66.7	15.6	48.6	66.4
<i>30-34</i>	16.0	46.6	65.6	12.9	47.5	65.2
<i>35-39</i>	14.9	46.5	64.2	16.0	50.0	65.3
<i>40-44</i>	17.3	49.4	67.4	16.6	50.1	70.5
<i>45-49</i>	15.1	45.7	64.9	13.9	45.5	64.9

Fuentes: Informe Final ENDESA 1998; elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Los datos del cuadro 2.8 muestran una tendencia al establecimiento de una unión más temprana de las mujeres que viven en contextos rurales respecto de aquellas que residen en zonas urbanas, lo cual es generalizable a todos los grupos de edad. En 2001, 13 por ciento de las mujeres menores de 20 años que vivían en el campo se había unido antes de los 15 años, mientras que en las ciudades este valor era de 7 por ciento. El porcentaje de mujeres que declaró haberse unido por primera vez antes de los 15 años en el grupo de 45 a 49 años en las zonas campesinas, prácticamente duplicó al del área urbana (20.2 y 10.8 por ciento, respectivamente). La diferencia entre las mujeres más jóvenes del contexto urbano y el área rural que se unieron por primera vez antes de cumplir 20 años fue de 20 puntos porcentuales, 53 y 73 por ciento respectivamente. Esta realidad puede confirmar la existencia de un proyecto de vida más ligado al establecimiento de una relación formal de pareja en el campo que en las ciudades. García y Rojas (2004), coinciden con que la residencia rural-urbana constituye uno de los ejes de diferenciación social que determina la existencia de distintos patrones en la edad promedio a la unión, mostrando los sectores sociales pobres y marginados del ámbito rural y urbano un patrón de nupcialidad más precoz.

Cuadro 2.8
Porcentaje de mujeres por área de residencia y edad a la primera unión según grupos de edad. Nicaragua, 2001

<i>Edad</i>	<i>Urbano</i>			<i>Rural</i>		
	<i>< 15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>	<i>< 15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>
15-19	7.4			12.6		
20-24	9.9	36.5	52.6	19.1	55.0	73.0
25-29	12.2	40.2	60.0	21.1	61.7	76.2
30-34	11.5	43.8	61.3	15.1	53.8	72.1
35-39	13.5	44.7	60.4	20.5	58.9	73.7
40-44	14.2	45.0	65.6	21.2	60.1	80.0
45-49	10.8	40.4	61.6	20.2	55.7	71.7

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

La edad de la primera unión parece posponerse cuando las mujeres tienen una posición económica más privilegiada (Cuadro 2.9). Antes de los 15 años, 17 por ciento de las mujeres del estrato muy bajo había tenido su primera unión, frente a menos de 1 por ciento de mujeres del estrato alto que lo hicieron antes de esa edad. A su vez, 8 de cada 10 mujeres nicaragüenses de 20 a 24 años, se habían unido antes de cumplir 20 años en el estrato muy bajo, valor que resultó ser tan solo de 30 por ciento para las mujeres del estrato alto. Los datos coinciden con hallazgos para la región latinoamericana y del Caribe, que refieren que una menor edad de la primera unión de las mujeres se asocia con mayores niveles de pobreza (Contreras y Hakkert, 2001; García y Rojas, 2002).

La gran mayoría de las mujeres de los estratos bajo y muy bajo de Nicaragua se unen maritalmente en la adolescencia, y así lo hacen la mitad de las jóvenes de los estratos medios y un 30 por ciento de las de ingresos altos (Cuadro 2.9). Lo anterior sugiere que la elevada fecundidad adolescente que presenta el país se relaciona estrechamente con un patrón social de unión marital en la adolescencia, sobre todo en los estratos pobres.

Cuadro 2.9
Distribución porcentual de mujeres por estrato socioeconómico y edad a la primera unión según grupos de edad. Nicaragua, 2001

<i>Edad</i>	<i>Muy bajo</i>			<i>Bajo</i>			<i>Medio</i>			<i>Alto</i>		
	<i>< 15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>	<i>< 15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>	<i>< 15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>	<i>< 15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>
15-19	16.6			7.7			4.7			0.6		
20-24	24.3	66.3	79.3	12.2	44.3	61.6	6.6	27.7	48.1	3.6	13.4	29.5
25-29	26.1	68.1	83.6	14.4	49.1	68.6	4.0	25.0	42.7	1.3	10.1	28.5
30-34	19.1	60.0	77.9	13.3	49.8	69.7	4.5	30.3	48.3	5.3	21.9	24.6
35-39	24.8	62.5	75.8	15.1	51.0	68.7	7.1	35.7	50.7	9.9	31.9	45.1
40-44	25.1	64.6	81.4	17.6	52.3	69.6	9.4	37.2	61.0	1.2	25.9	63.0
45-49	24.1	62.0	76.5	13.8	52.0	71.9	7.5	28.0	54.1	0.0	10	25.6

Fuente: Elaboración propia con base en la. ENDESA 2001.

Estudios realizados en la región señalan que, de todas las características socioeconómicas relacionadas con la edad a la primera unión de las mujeres, la escolaridad marca las diferencias más pronunciadas. Las mujeres con mayor nivel tienen su primera unión 4 años más tarde que aquellas con secundaria, y 6 a 8 años más tarde que las que cuentan con educación primaria o no tienen escolaridad (Contreras y Hakkert, 2001).

La información del cuadro 2.10, permite inferir una tendencia a posponer la edad de entrada en unión de las mujeres hasta después de los 15 años conforme su nivel de educación aumenta. De tal manera que en Nicaragua en 2001, el 26 por ciento de las mujeres analfabetas menores de 20 años manifestó haberse unido por primera vez antes de cumplir 15 años, indicador que desciende a 13 por ciento cuando las mujeres han aprobado de 4 a 6 años de estudios, 4 por ciento si han estudiado 7 a 9 años y tan solo 1 por ciento si tienen 10 años o más de educación. La escolaridad marca una diferencia importante también en la proporción de mujeres que ya se había unido antes de los 20 años, pues prácticamente 8 de cada 10 mujeres que no habían estudiado o que habían logrado un nivel máximo de escolaridad de 6 años, se unieron antes de cumplir los 20 años, al igual que casi 7 de cada 10 que estudiaron entre 7 y 9 años. En tanto, este valor fue menor a 4 entre aquellas mujeres con algún nivel universitario o con 10 o más años de estudios.

Cuadro 2.10
Porcentaje de mujeres por nivel de escolaridad y edad a la primera unión según grupos de edad.
Nicaragua, 2001

<i>Edad</i>	<i>Sin educación</i>			<i>1-3 años</i>			<i>4-6 años</i>		
	<i>< 15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>	<i><15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>	<i><15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>
<i>15-19</i>	26.0			20.4			13.2		
<i>20-24</i>	29.4	69.8	80.0	24.8	68.3	81.3	17.9	59.7	77.9
<i>25-29</i>	29.9	72.1	81.7	24.3	67.0	83.0	19.8	55.7	75.4
<i>30-34</i>	25.1	65.9	80.7	19.9	63.4	79.0	15.4	56.3	74.7
<i>35-39</i>	30.4	70.3	81.8	20.5	63.1	77.6	17.6	55.2	73.7
<i>40-44</i>	29.3	66.8	82.2	16.8	60.7	80.3	18.5	54.2	76.3
<i>45-49</i>	22.1	61.4	76.9	20.2	58.2	79.3	12.4	45.8	65.9
	<i>7-9 años</i>			<i>10-11 años</i>			<i>Superior</i>		
<i>15-19</i>	4.3			1.1			1.2		
<i>20-24</i>	9.9	44.2	66.6	4.0	20.1	38.8	2.6	7.1	19.4
<i>25-29</i>	12.3	49.7	69.6	3.2	21.8	46.3	1.2	15.2	32.8
<i>30-34</i>	7.4	47.8	69.0	5.1	23.7	45.8	3.8	16.7	28.6
<i>35-39</i>	12.9	49.4	70.3	6.2	25.8	38.8	0.5	19.3	30.9
<i>40-44</i>	8.6	40.3	68.3	3.8	26.2	46.2	1.6	12.1	33.1
<i>45-49</i>	2.6	26.3	54.4	0.0	20.0	38.82	4.1	12.4	27.8

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Debido a que en Nicaragua la mayor parte de la población es pobre, y a que a pesar de los progresos el nivel de escolaridad promedio sigue siendo bajo, las proporciones de uniones maritales en la adolescencia de las mujeres siguen siendo elevadas, especialmente entre las jóvenes que estudian menos de diez años (Cuadro 2.10).

Entre las mujeres unidas, la mayor proporción de quienes se unieron antes de los 15 años o en la adolescencia se da entre las que están unidas consensualmente (Cuadro 2.11). Mientras que 19 por ciento de las mujeres casadas de 15 a 19 años tuvo su primera unión antes de los 15 años, entre las mujeres unidas consensualmente este valor fue de 35 por ciento. El porcentaje de mujeres en unión libre que se unió por primera vez antes de los 20 años es superior al referido por las mujeres casadas o divorciadas, separadas o viudas en todos los grupos de edad.

Estos hallazgos fueron evidenciados en estudios previos realizados en la región centroamericana en la década de los noventa, los cuales permiten apreciar que las mujeres unidas consensualmente habían iniciado su primera unión aproximadamente un año antes en Guatemala, y casi dos años antes en El Salvador y Nicaragua, comparadas con las mujeres que estaban en una unión formal (Castro, 2000). En estos países, y en especial en

Nicaragua, la forma más común de iniciar la vida sexual para las mujeres es a través del establecimiento de una unión consensual.

Cuadro 2.11
Porcentaje de mujeres unidas por situación conyugal y edad a la primera unión según grupos de edad.
Nicaragua, 2001

<i>Edad</i>	<i>Casada</i>			<i>Unida consensualmente</i>			<i>Divorciada, separada o viuda</i>		
	<i>< 15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>	<i>< 15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>	<i>< 15</i>	<i>< 18</i>	<i>< 20</i>
15-19	18.5			34.9			31.0		
20-24	18.3	55.8	82.9	20.8	65.7	88.8	15.7	63.6	86.4
25-29	14.3	52.6	73.1	21.1	61.2	80.1	18.2	48.7	70.6
30-34	10.2	46.8	66.0	15.7	56.6	74.7	17.4	47.0	66.1
35-39	14.8	48.6	65.1	17.6	60.6	74.9	18.3	43.3	59.8
40-44	11.8	47.1	71.5	19.6	58.0	79.4	21.9	50.9	66.0
45-49	14.8	45.0	64.4	15.5	57.8	74.0	13.2	41.6	65.4

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

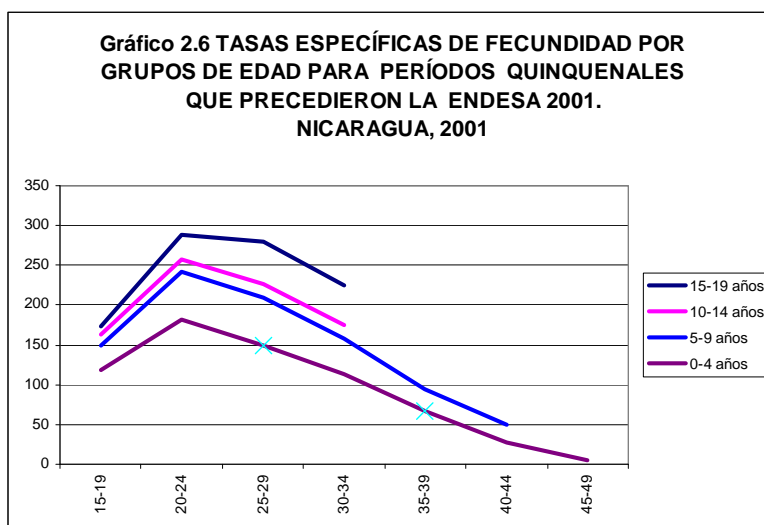
Las relaciones que se han establecido entre pobreza, residencia rural y mayores proporciones de uniones maritales en la adolescencia se pueden observar también en relación con la fecundidad. La incipiente tendencia hacia una disminución de las uniones maritales en la adolescencia se expresa también en una menor fecundidad.

De acuerdo con el informe de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 2000), en 1998 la pobreza alcanzaba al 72.6% de los hogares de Nicaragua, siendo mayor (80.2 por ciento) en los hogares rurales que en los urbanos, donde abarcaba al 66.8 por ciento de los hogares. Estas diferencias en la pobreza según zonas de residencia urbanas y rurales se asociaban con diferencias en la fecundidad, más elevada en las zonas rurales, y en la mortalidad materna. En las zonas donde es más elevada la mortalidad materna también hay mayor fecundidad, menor cobertura institucional del parto y más demanda insatisfecha de anticonceptivos. Se trata de zonas donde el acceso a servicios de salud es más difícil, hay más carencias en la infraestructura sanitaria y de vías de comunicación, hay menos medios de transporte y mayores carencias de personal de salud calificado (PNUD 2000).

La fecundidad general en Nicaragua, medida por la tasa global de fecundidad (TGF), ha experimentado un descenso notorio entre 1993 y 2001. El número de hijos

nacidos vivos (HNV) por mujer pasó de 4.6 en 1993, a 3.6 en 1998 y 3.2 en 2001 (PROFAMILIA, 1993, INEC 2001), con un descenso de 21.7 por ciento en 1998 respecto de 1993 y de 11.1 por ciento en 2001 respecto de 1998.

Podemos analizar las tendencias de la fecundidad en el país a partir de las tasas específicas para períodos quinquenales que precedieron a la ENDESA 2001 (Gráfico 2.6). Tomando el período más alejado (15 a 19 años antes de la encuesta) y calculando el porcentaje de reducción de las tasas con respecto a las tasas actuales, se puede tener un conocimiento relativo a las edades en las cuales el descenso de la fecundidad tiene mayor importancia. Esta reducción es de un 31 por ciento para el grupo de mujeres de 15 a 19 años, 37 por ciento en el de 20 a 24 años, 47 por ciento en el de 25 a 29 años y 49 por ciento en el de 30 a 34 años. Es decir, puede notarse que existe una tendencia a la disminución de la fecundidad que es más lenta en el grupo de las mujeres más jóvenes.



Fuente: Informe Final de la ENDESA 2001.

Echando un vistazo a las tasas específicas de fecundidad para México y varios países de Centroamérica durante la década de los ochenta, se observa que en el grupo de las mujeres adolescentes, la tasa específica de fecundidad de Nicaragua fue la más elevada, del orden de 158 nacimientos por cada mil mujeres, mientras en Costa Rica este valor era de 87 y en México de 84 (Cuadro 2.12).

La elevada tasa de fecundidad del grupo de mujeres más jóvenes en Nicaragua sobresale no sólo respecto al área centroamericana, sino en la región latinoamericana y del

Caribe desde antes de la década de los ochenta. A partir de una revisión exhaustiva de todas las fuentes disponibles para los años setenta y noventa, que incluyen las Encuestas Demográficas y de Salud, Guzmán, Contreras y Hakkert (2001) describen tres grupos de países en América Latina y El Caribe.

Cuadro 2.12
Tasas específicas de fecundidad para Centroamérica y México 1982-1987 a 1988-1993

<i>Grupos de edad</i>	<i>Guatemala 1982-87</i>	<i>Honduras 1988-91</i>	<i>Nicaragua 1987-92</i>	<i>Belice 1985-90</i>	<i>El Salvador 1988-93</i>	<i>México 1981-86</i>	<i>Costa Rica 1988-92</i>
15-19	139	132	158	137	124	84	87
20-24	275	264	251	240	221	202	179
25-29	265	232	198	212	168	203	159
30-34	212	191	148	149	126	143	105
35-39	150	134	103	111	86	97	71
40-44	83	74	41	51	39	34	31
45-49	*	16	13	*	3	5	*

Fuente: Informe Final de la ESF 1993.

Un primer grupo aglutina a aquellos países en los cuales los valores de la tasa de fecundidad adolescente se sitúan por encima de los 100 nacimientos por cada mil mujeres con edades entre 15 y 19 años. Entre estos países se cuentan, además de la mayoría de las naciones centroamericanas, Jamaica y Belice, siendo Nicaragua el que presenta la fecundidad adolescente más alta. Un segundo grupo cuenta con tasas entre 75 y 100 por mil, y finalmente se habla de un tercer grupo de países con tasas por debajo de los 75 por mil, que incluye a Cuba, Trinidad y Tobago, Barbados, Guyana y Suriname, y aquellos del Cono Sur, cuya transición de una fecundidad alta a una baja se inició muy tempranamente en el siglo pasado (Cuadro 2.13).

Cuadro 2.13
Tasas de fecundidad adolescente (15-19 años). América Latina y el Caribe 1970-1975 y 1990-1995

<i>País</i>	<i>Tasas de fecundidad adolescente (por mil)</i>		<i>País</i>	<i>Tasas de fecundidad adolescente (por mil)</i>	
	<i>1970-75</i>	<i>1990-95</i>		<i>1970-75</i>	<i>1990-95</i>
Argentina	68.3	69.7	Haití	65.7	76
Barbados	87.4	50.5	Honduras	150.8	126.5
Belice	146.9	117	Jamaica	140	100.3
Bolivia	94.7	94	México	116.3	76.6
Brasil	68.3	82.4	Nicaragua	157.9	157.2
Chile	84.1	67.3	Panamá	134.6	90.7
Colombia	89.9	92	Paraguay	95.8	95
Costa Rica	105.8	89	Perú	86.3	74.5
Cuba	140.7	67.2	República Dominicana	116.7	91.2
Ecuador	120	79.4	Suriname	110	52
El Salvador	150.6	123	Trinidad y Tobago	87.5	54.6
Guatemala	143	126.4	Uruguay	65.4	70.5
Guyana	98	65.9	Venezuela	102.6	101.4

Fuente: Guzmán, Contreras y Hakkert (2001). Estimaciones realizadas sobre la base de proyecciones nacionales de población de los países de CELAD., Encuestas DHS y otras fuentes.

Ahora bien, a partir de la información del cuadro 2.13, podemos analizar la evolución de la fecundidad adolescente en la región latinoamericana y del Caribe en función de la fluctuación observada en los distintos países en los 20 años de referencia. De esta manera, podemos notar que existen países en la región que presentaron una disminución drástica de las tasas de fecundidad adolescente de 1970 a 1990. Tal es el caso de Cuba y Suriname, donde el descenso fue superior a 50 por ciento, y Barbados, donde la disminución de la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años fue de más de 40 por ciento. Estos países podrían contar con un mayor acceso de las mujeres a servicios para regular los nacimientos.

Puede considerarse moderada la disminución en países como Belice, Chile, Ecuador, Guyana, Jamaica, México, Panamá, República Dominicana y Trinidad y Tobago, que presentaron descensos en este indicador entre 20 y 35 por ciento. En un tercer grupo de países, entre ellos Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, y Perú el descenso fue menor a 20 por ciento. Una cuarta categoría tiene que ver con países que prácticamente no experimentaron cambio alguno en la fecundidad adolescente, como Argentina que presentaba tasas de fecundidad bajas, Bolivia, Paraguay y Venezuela que tenían una fecundidad moderada, y Nicaragua, con tasas de fecundidad adolescente elevadas.

Finalmente, llama la atención que existen países en la región en los cuales la fecundidad de las mujeres más jóvenes sufrió un ligero aumento, como Brasil, Colombia, Haití y Uruguay.

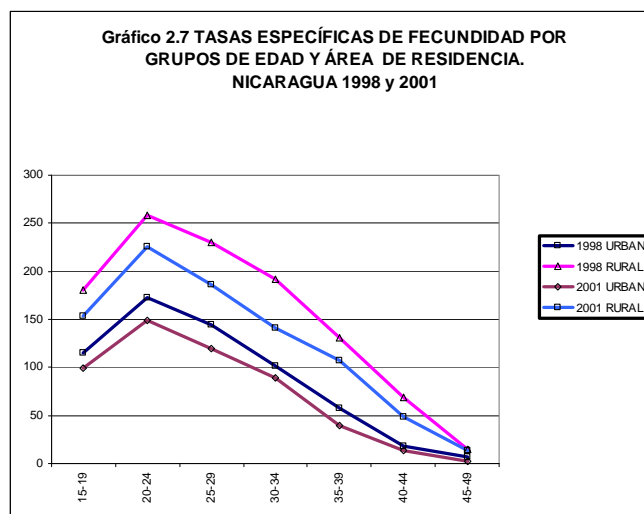
Esta última diferenciación propone un análisis de la evolución de la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años mediante el cual se puede relativizar el comportamiento del indicador entre y dentro de los países mismos. La heterogeneidad social y económica de los países puede contribuir a argumentar en favor de la implementación de medidas de orden institucional dirigidas a mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y su acceso a la anticoncepción.

II.2 LA FECUNDIDAD, EL EMBARAZO Y LA SEXUALIDAD DE LAS ADOLESCENTES NICARAGÜENSES A COMIENZOS DEL SIGLO XXI.

La fecundidad de las adolescentes

La tasa global de fecundidad de Nicaragua en 2001 (3.2 hijos por mujer) enmascara niveles muy diferentes según el área de residencia de las mujeres. La fecundidad rural supera a la urbana en 69 por ciento, siendo de 4.4 hijos, en tanto que la urbana fue de 2.6 hijos por mujer. El mayor descenso del indicador en 2001 respecto de 1998 se observó en el área rural, puesto que en ese tiempo la TGF en las localidades rurales era del orden de 5.4 hijos por mujer, en tanto que en las urbanas fue de 3.1 hijos por mujer (INEC, 2001).

Según la estructura de la fecundidad por grupos de edad en Nicaragua, el aporte de cada grupo de mujeres a la fecundidad total se mantiene prácticamente estable de 1998 a 2001: las mujeres adolescentes contribuyeron con alrededor del 18 por ciento.



Fuentes: Informe Final de la ENDESA 1998; elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

La diferencia por área de residencia de la fecundidad total, muy probablemente esté relacionada con una mayor contribución de las mujeres rurales de mayor edad a la fecundidad total del área, pues, a partir de los 35 años la diferencia en el aporte a la fecundidad total de las mujeres es considerablemente superior en las zonas rurales respecto de las urbanas: 20 y 13 por ciento en 1998, y 19 y 11 por ciento en 2001 respectivamente (Gráfico 2.7).

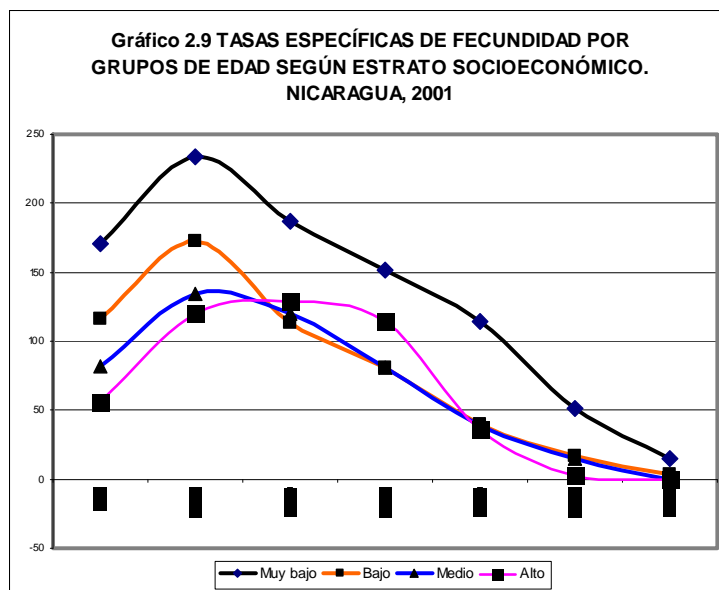
A pesar de su aporte relativamente elevado a la fecundidad total, la fecundidad adolescente en Nicaragua ha disminuido considerablemente en los últimos años. La tasa específica de fecundidad (TEF) para mujeres de 15 a 19 años en Nicaragua para 1998 fue de 130 hijos nacidos vivos por mil mujeres, en tanto, en 2001 se redujo a 119. El descenso fue mayor en el área rural que en la urbana, puesto que en las ciudades la TEF adolescente sufrió una disminución del 14 por ciento, mientras que en el campo el descenso fue del orden del 16 por ciento.

Las diferencias de la fecundidad de las mujeres entre el campo y la ciudad se confirman al observar el promedio de hijos nacidos vivos (HNV) por mujer en cada grupo de edad en las dos áreas. El promedio de HNV por mujer en todos los grupos de edad es notablemente mayor en las zonas rurales que en las urbanas. De tal manera que al final de su vida reproductiva, las mujeres en el área rural tienen en promedio 2.5 hijos más que las mujeres del área urbana (Gráfico 2.8).



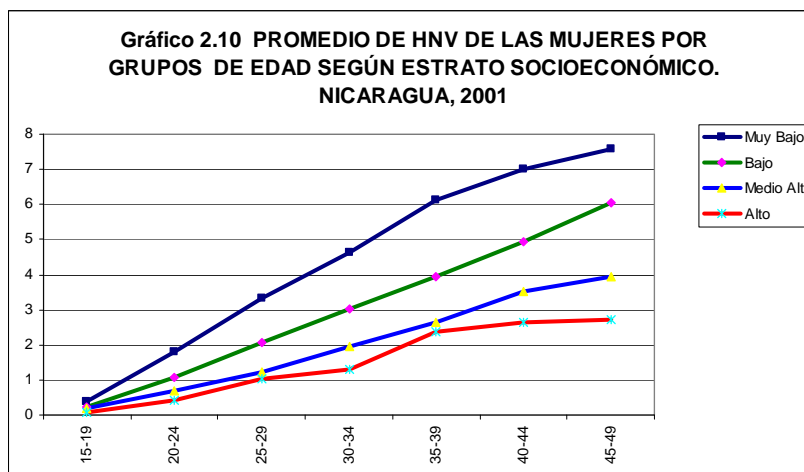
Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

El comportamiento de la fecundidad en los diferentes estratos socioeconómicos puede permitarnos apreciar si en Nicaragua existe una relación del entorno socioeconómico con la fecundidad de las mujeres, y en caso de existir, cómo es esa relación. Claramente, la fecundidad total de las mujeres que tienen condiciones socioeconómicas más favorables es más baja que la de las mujeres que viven en condiciones adversas (Gráfico 2.9). La tasa global de fecundidad de las mujeres del estrato muy bajo es de 4.6 hijos nacidos vivos por mujer (el doble de la fecundidad total observada en los estratos medio y alto).



Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

El gráfico 2.9 permite observar que un mejor nivel de vida influencia el inicio más tardío de la vida reproductiva en las mujeres nicaragüenses. Las mujeres que tienen una mejor posición económica y que probablemente son profesionistas o tienen educación media superior posponen los nacimientos de sus hijos y concluyen más tempranamente su vida reproductiva que las mujeres más pobres. La fecundidad adolescente, medida ésta por la tasa específica de fecundidad en los estratos bajo, medio y alto es 32, 52 y 67 por ciento más baja respecto del estrato muy bajo.



Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

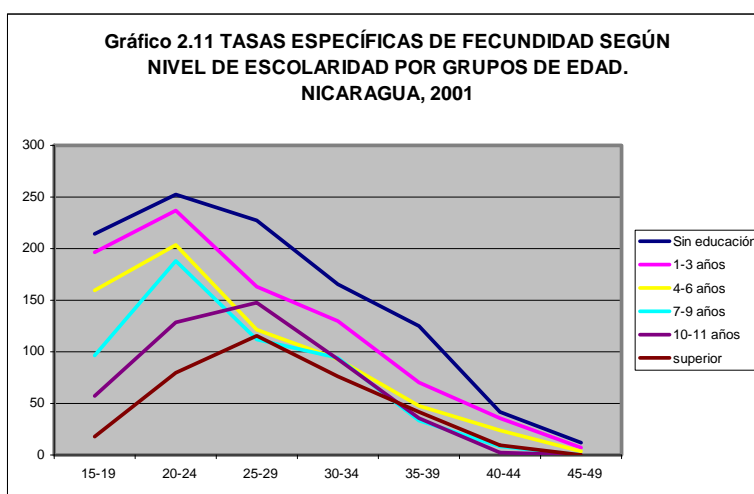
La literatura existente da cuenta de una relación inversa entre el nivel socioeconómico de las mujeres y la fecundidad (PROFAMILIA, 1993; FNUAP, 2000; INEC, 2001). A medida que aumenta el nivel socioeconómico de las mujeres, la fecundidad disminuye. El promedio de hijos nacidos vivos por mujer según diferentes estratos socioeconómicos confirma la estrecha relación que existe entre los factores propios del contexto socioeconómico y el nivel de fecundidad de las mujeres en el país (Gráfico 2.10).

Al concluir su vida reproductiva las mujeres de los estratos muy bajo, bajo, medio y alto tendrán 8, 6, 4 y 3 hijos respectivamente. El promedio de hijos nacidos vivos para las mujeres de 15 a 19 años es 38, 51 y 78 por ciento más bajo en los estratos bajo, medio y alto respecto del estrato muy bajo.

Por otro lado, al tomar en cuenta la relación entre la educación y la fecundidad de las mujeres en Nicaragua, observamos que el nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres marca diferencias notables en su fecundidad, mostrando un efecto inverso del nivel de escolaridad con esta última.

La tasa global de fecundidad de las mujeres sin educación es de 5.2 hijos por mujer, 3.3 la de aquellas que han aprobado 4-6 años de educación formal, 2.7 y 2.3 cuando el nivel de escolaridad de las mujeres es de 7-9 años y 10-11 años respectivamente, y menos de dos hijos por mujer si éstas tienen estudios superiores (Gráfico 2.11).

Del gráfico 2.11 podemos inferir que al inicio de la vida reproductiva existen diferencias muy precisas en la fecundidad de las mujeres en las distintas categorías según el



Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

nivel de escolaridad, iniciándose de forma más tardía el proceso reproductivo en aquellas mujeres que tienen mayor educación. El comportamiento de las tasas específicas de fecundidad exhibe dos tipos de cúspides según la edad en la cual las mujeres tienden a tener el mayor promedio de hijos: cuando las mujeres no tienen educación o han logrado aprobar como máximo 7-9 años de estudio la cúspide se presenta a los 20 a 24 años, mientras que, en el caso de las mujeres que han estudiado 10 o más años, la fecundidad es más elevada entre los 25 y 29 años. Puede observarse también que la declinación de la fecundidad no se da por igual en todas las mujeres, ya que, esta empieza a descender prácticamente con la misma intensidad a partir de los 30 años cuando las mujeres tienen 4 o más años de estudios, mientras que, en las mujeres con 0-3 años de escolaridad muestra valores muy altos a lo largo de todo el período reproductivo. En otras palabras, un mayor nivel educativo parece retrasar el inicio de la vida reproductiva en las mujeres e incidir en un cese más temprano de ésta.

La valoración que se da a la maternidad dentro de la unión parece ser un rasgo importante entre las mujeres latinoamericanas. Esta vinculación estrecha entre la unión y la fecundidad no es exclusiva de las mujeres adolescentes, pues existe en todos los grupos etáreos. En 2001, las diferencias entre la edad mediana de la primera unión y el primer hijo, en ningún país de la región latinoamericana eran mayores de dos años (Contreras y Hakkert, 2001). Ha sido evidenciado a través de estudios realizados en Nicaragua que la maternidad se constituye en meta de primer orden para muchas adolescentes que han establecido una relación de pareja, lo cual puede estar relacionado estrechamente con factores de orden social y cultural. Entre estos factores sobresalen la situación de la familia como entidad social, la concepción del papel de la mujer, las representaciones y los conocimientos sobre la sexualidad que tienen las adolescentes, la falta de oportunidades de estudios y de trabajos bien remunerados y probablemente el deseo de estabilizar la relación de pareja como opción de vida (FNUAP/INIM, 1999).

Fecundidad adolescente y nupcialidad

En el Cuadro 2.14 observamos que el promedio de hijos nacidos vivos por mujer aumenta sensiblemente cuando se trata de mujeres unidas. En 2001, en el país, el promedio de hijos nacidos vivos por mujer en el grupo de mujeres menores de 20 años que nunca se

habían unido fue de 0.03, mientras que, entre las mujeres unidas o alguna vez unidas de la misma edad, el indicador fue de 0.76. Puede notarse que las diferencias aumentan con la edad de las mujeres (en el grupo de 45 a 49 años las mujeres unidas/alguna vez unidas tuvieron en promedio 5 hijos más que las mujeres que no habían estado unidas). Para el total de mujeres que declaró tener o haber tenido alguna vez vida marital, el promedio de HNV por mujer resultó ser de 3.33, en tanto, este valor entre las mujeres nunca unidas, fue de tan solo 0.12. Lo anterior podría explicar de alguna manera la propensión de la mujer nicaragüense a vivir su sexualidad e iniciar su reproducción en estrecha relación con su vida marital.

Cuadro 2.14
Promedio de hijos nacidos vivos por grupos de edad según condición de unión de las mujeres. Nicaragua, 2001

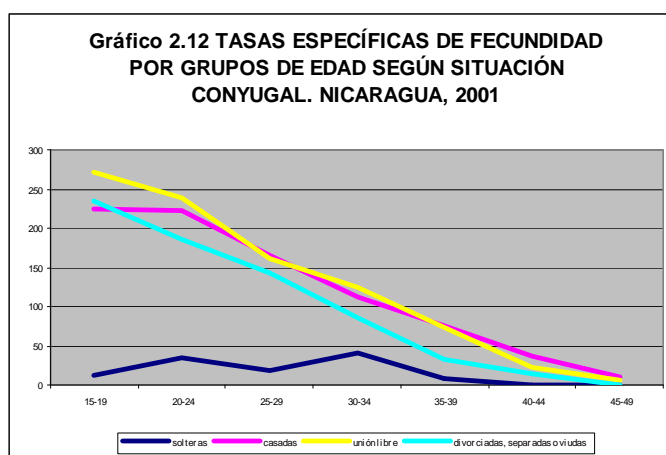
Grupos de edad	Nunca unidas	Unidas o alguna vez unidas
15-19	0.03	0.76
20-24	0.13	1.57
25-29	0.25	2.59
30-34	0.63	3.45
35-39	1.09	4.36
40-44	1.21	5.18
45-49	0.59	5.86
Total	0.12	3.33

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

El porcentaje de mujeres que se une y su contraparte, el porcentaje de mujeres que permanece soltera, forman parte de los factores relacionados con la nupcialidad que afectan la fecundidad. La unión formal o consensual usualmente marca el comienzo de la formación de la familia y como tal afecta la fecundidad directamente, bajo el supuesto que las mujeres en unión tienen una vida sexual regular que las expone al riesgo de embarazo (Bay, Del Popolo y Ferrando, 2003).

Las tasas específicas de fecundidad para el total de la población femenina expresan los nacimientos por cada mil mujeres independientemente de su estado civil. Sin embargo, si consideramos el estado civil de las mujeres, la fecundidad específica para las mujeres solteras en edad reproductiva para 2001 fue considerablemente menor que la de aquellas que habían iniciado la unión marital. En el caso de las mujeres solteras, para el grupo menor de 20 años el indicador fue de 1.3 HNV por cada mil mujeres, en tanto, entre las

mujeres adolescentes en unión libre fue de 2.72. El gráfico 2.12 permite confirmar la tendencia de un inicio de la vida reproductiva más temprano entre las mujeres unidas consensualmente, aunque, a partir de los 25 años, la evolución de la fecundidad tanto entre las mujeres en unión libre como entre las casadas es similar. La fecundidad disminuye ligeramente cuando las mujeres se han separado o han experimentado la viudez. En 2001, la tasa global de fecundidad para las mujeres solteras de 15 a 49 años fue de 0.06 HNV por mujer, mientras que, para las mujeres casadas, las unidas consensualmente y las alguna vez unidas, el valor del indicador fue de 4.2, 4.5 y 3.5 respectivamente.



Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

En el caso de las mujeres casadas, unidas consensualmente y separadas o viudas, las mujeres de 15 a 19 años proporcionan el mayor aporte a la fecundidad total (27, 30 y 34 por ciento respectivamente). Cuando las mujeres de 15 a 19 años son solteras, las adolescentes contribuyen solamente con 11 por ciento a la fecundidad total.

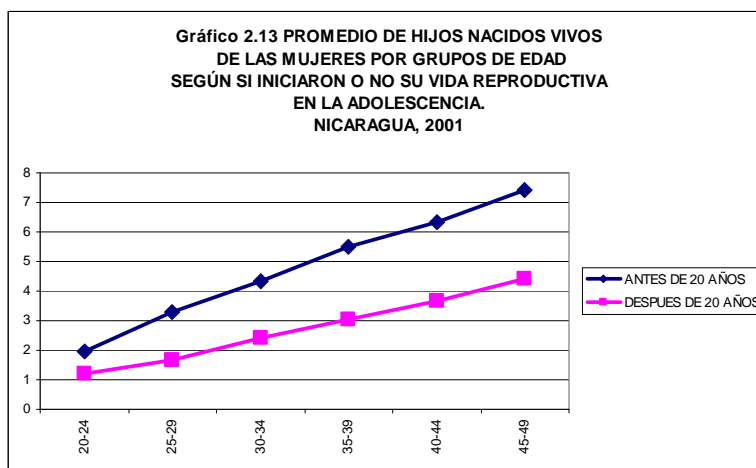
En 2001, a nivel nacional, más de la mitad de las mujeres mayores de 19 años había experimentado ya la maternidad, de manera que el embarazo adolescente no es una excepción entre las mujeres del país. La información que proporciona el cuadro 2.15 permite observar la evolución de la fecundidad adolescente en el país a partir del cálculo del porcentaje de mujeres que tuvo su primer hijo antes de los 20 años de edad en diferentes generaciones. Más del 80 por ciento de las mujeres nicaragüenses de 25 a 49 años había tenido su primer hijo nacido vivo antes de los 25 años.

Cuadro 2.15
 Porcentaje acumulado de mujeres por grupos de edad según edad al primer hijo nacido vivo. Nicaragua, 2001

Edad en años cumplidos	Grupos de edad					
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Antes de 16	9.6	11.6	11.5	12.8	14.0	10.9
Antes de 17	17.5	20.2	20.8	21.5	21.3	20.1
Antes de 18	28.1	31.0	30.8	33.2	33.2	29.3
Antes de 19	38.8	43.5	42.6	45.7	44.5	40.2
Antes de 20	47.9	53.7	54.7	53.9	56.2	48.4
Antes de 21	-	62.3	63.6	61.5	66.6	60.6
Antes de 22	-	68.4	70.2	69.2	72.3	67.8
Antes de 23	-	74.4	76.0	74.3	78.0	73.9
Antes de 24	-	77.7	80.0	79.3	81.9	79.2
Antes de 25	-	80.5	82.7	83.2	84.5	83.4

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Welti (2000), señala que la fecundidad adolescente impacta a nivel agregado el crecimiento de la población, en la medida en que las mujeres que inician su historia genésica antes de los 20 años tienen al final de su período reproductivo un número de hijos significativamente mayor que las mujeres que tienen su primer hijo a edades mayores. En el caso de Nicaragua, a partir de los datos de la ENDESA 2001, observamos que el inicio de la maternidad temprana marca una diferencia notable en la fecundidad total de las mujeres. Al final del período reproductivo, las mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia tienen poco más de tres hijos más que las mujeres que fueron madres después de los 20 años (Gráfico 2.13).



Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Información reciente de la región latinoamericana confirma la tendencia relativamente estable de la proporción de madres adolescentes, mostrando muy poca variación al interior de los países y comportamientos muy diversos según países (Chackiel, 2004). En Nicaragua, en los últimos años, el porcentaje de mujeres adolescentes que ha experimentado la maternidad ha sido claramente superior en zonas rurales del país respecto de las localidades urbanas (Cuadro 2.16). En 1998, 19 y 28 por ciento de las mujeres menores de 20 años del área urbana y de la rural respectivamente ya habían sido madres. En 2001, el indicador en ambas zonas fue de 18 y 26 por ciento respectivamente. Podríamos hablar de una disminución ligera en los últimos años del porcentaje de mujeres nicaragüenses menores de 20 años que han sido madres, tanto en localidades urbanas como en zonas rurales. La disminución en 2001 respecto de 1998 fue prácticamente igual en las dos áreas, 7.4 y 7.5. La mayor proporción de madres jóvenes en zonas rurales puede responder a la mayor probabilidad de unirse que tienen las adolescentes en estos contextos (Contreras y Hakkert, 2001)

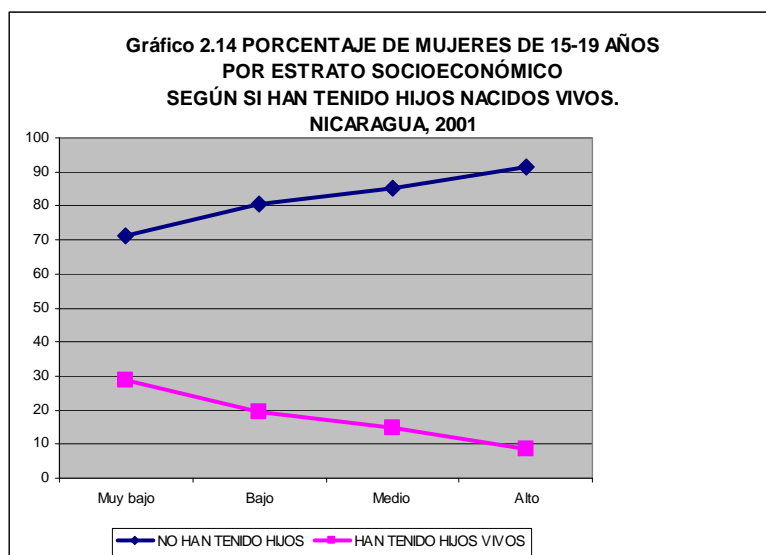
Cuadro 2.16
Porcentaje de mujeres de 15-19 años por lugar de residencia según si han tenido hijos nacidos vivos. Nicaragua 1998 y 2001

	<i>Urbano</i>		<i>Rural</i>	
	<i>1998</i>	<i>2001</i>	<i>1998</i>	<i>2001</i>
No han tenido hijos	81.2	82.6	72.1	74.2
Han tenido 1 o más hijos	18.8	17.4	27.9	25.8
Total	100	100	100	100

Fuente: Informe Final ENDESA 1998; elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Estudios realizados en países latinoamericanos han evidenciado que la edad de inicio de la vida reproductiva se encuentra estrechamente relacionada con las condiciones socioeconómicas de la población femenina (Welti, 2005). Utilizando la metodología desarrollada por el Banco Mundial para el estudio de las diferencias en salud, nutrición y fecundidad entre individuos pertenecientes a distintos grupos económicos, la información de la ENDESA 2001 indica que las adolescentes nicaragüenses en el grupo socioeconómico

más desfavorecido, están teniendo 3 veces más hijos al año que aquellas que pertenecen al estrato económico superior (INEC, 2001).

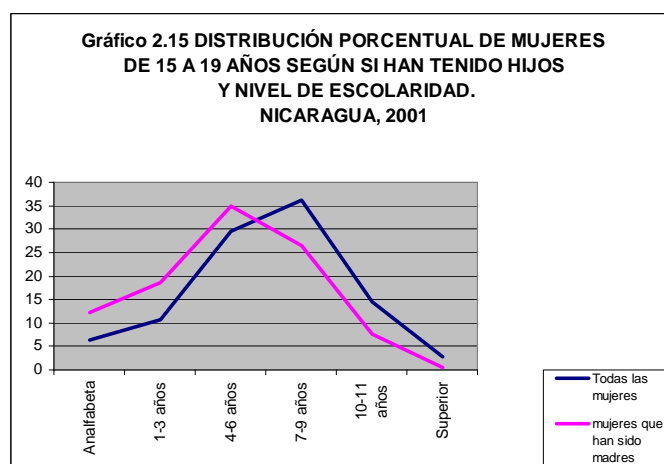


Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

El gráfico 2.14 muestra la relación inversa que existe entre las condiciones socioeconómicas y la proporción de mujeres adolescentes que han sido madres en el país. En 2001, en el país, en el estrato muy bajo 30 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años había iniciado su vida reproductiva. Por su parte, en el estrato alto el indicador fue menor a 10 por ciento. En los estratos bajo y medio a su vez, 20 y 15 por ciento de las mujeres respectivamente ya eran madres. Entre las adolescentes que viven en condiciones sociales y económicas más favorables, la maternidad podría constituirse en una posibilidad de darle sentido a su existencia, o estar impulsada por su necesidad de afecto. A veces, también en estos sectores los embarazos son parte de una unión marital temprana. Entre las adolescentes menos favorecidas de los estratos bajo y muy bajo, que son la mayoría de las adolescentes, el embarazo es parte de una unión conyugal temprana y se relaciona con que las jóvenes no tienen otras opciones de trayectoria de vida más que la unión y la maternidad.

Diversas investigaciones acerca de la fecundidad adolescente encuentran que el nivel de educación de las mujeres jóvenes es el principal factor asociado con la probabilidad de dar a luz durante la adolescencia (Welti, 2000). Al parecer, la educación es

la variable que más discrimina el nivel de fecundidad de las mujeres y por tanto conduce a brechas mayores entre grupos extremos (Chackiel, 2004).



Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

En nuestro análisis, el nivel de escolaridad de las mujeres de 15 a 19 años que han iniciado su vida reproductiva es inferior al observado para las mujeres adolescentes en general (Gráfico 2.15), pues a lo más obtienen en promedio la educación primaria. Por su parte, entre las adolescentes que no han tenido hijos, hay una mayor proporción que alcanza un nivel de 7 años de escolaridad o más.

En el caso de las mujeres de 15 a 49 años que fueron madres por primera vez durante la adolescencia, su nivel de escolaridad es inferior al observado para el total de mujeres. Apenas un tercio de las adolescentes que ya habían sido madres en 2001 concluyó los estudios de primaria (Cuadro 2.17). La información del cuadro 2.17 sugiere que un nivel de escolaridad media o superior puede ser un factor que protege a las mujeres nicaragüenses de la fecundidad y la unión tempranas.

Otra forma de aproximarnos a la relación existente entre la unión y la fecundidad es observando el porcentaje de adolescentes que han sido madres según condición de unión. De 1998 a 2001 en el país, de manera general ha disminuido el porcentaje de adolescentes que han sido madres, independientemente de su estado conyugal, en tanto que, entre las adolescentes unidas, este porcentaje ha aumentado. De 1998 a 2001, hubo un descenso de 7

Cuadro 2.17
Distribución porcentual de las mujeres que iniciaron su vida reproductiva en la adolescencia por grupos de edad según escolaridad. Nicaragua, 2001

Escolaridad	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
analfabeta	12.2	16.1	21.4	19.0	25.6	31.1	37.7
1-3 años	18.6	16.1	18.8	21.9	21.2	23.0	25.4
4-6 años	34.7	35.6	27.8	26.4	24.9	26.6	22.1
7-9 años	26.4	20.1	19.3	19.9	16.9	10.4	7.8
10-11 años	7.6	10.3	8.2	8.6	6.9	5.3	4.1
superior	0.5	1.8	4.5	4.3	4.4	3.6	2.9
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

por ciento del total de las mujeres de 15 a 19 años que tuvieron al menos un hijo nacido vivo, mientras que entre las mujeres unidas durante el mismo período la relación fue inversa, ya que la proporción de mujeres unidas que tuvieron al menos un hijo nacido vivo aumentó en 5 por ciento (Cuadro 2.18).

Cuadro 2.18
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años por situación conyugal según si han tenido hijos vivos. Nicaragua 1998 y 2001

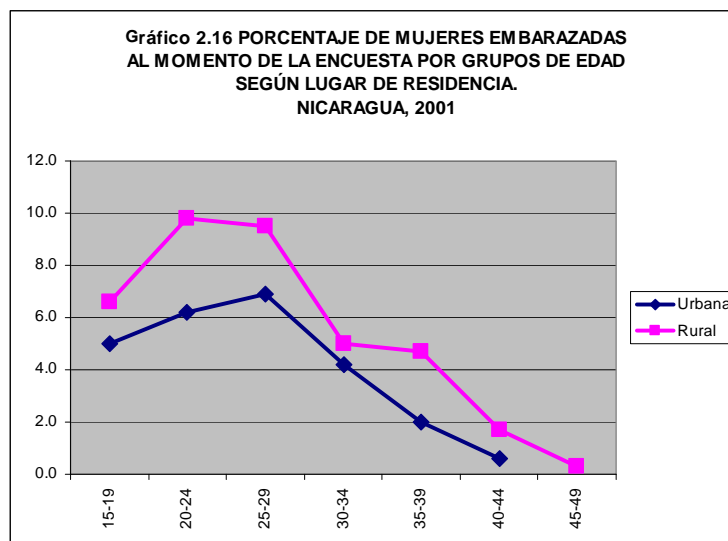
Año	<i>Todas las mujeres</i>		<i>Mujeres en unión</i>	
	1998	2001	1998	2001
No han tenido hijos	77.9	79.4	38.7	35.9
Han tenido 1 o más hijos	22.1	20.6	61.3	64.1
Total	100	100	100	100

Fuentes: Informe Final de la ENDESA 1998; elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Contreras y Hakkert (2001), a propósito de la relación estrecha entre sexualidad, unión y reproducción en Latinoamérica, encuentran resultados no homogéneos entre los países. Los autores califican de “moderno” el comportamiento de mujeres con un alto nivel de escolaridad que residen principalmente en países con una transición demográfica media o avanzada, quienes al parecer separan su vida sexual y la vida conyugal de la reproducción. En otro grupo de países, entre los cuales destacan República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras y principalmente Nicaragua, los autores afirman que la fecundidad adolescente y el inicio de la actividad sexual, se hallan muy relacionados con el estado conyugal.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La incidencia del embarazo en Nicaragua es mayor en el campo que en las ciudades (Gráfico 2.16). La distribución de las mujeres embarazadas en 2001 en los diferentes grupos de edad es un tanto diferente según si las mujeres viven en zonas rurales o en localidades urbanas. El mayor porcentaje de mujeres embarazadas que viven en zonas urbanas se concentra en las edades de 25 a 29 años (6.9 por ciento), en cambio, entre las mujeres de 20 a 24 años que viven en localidades campesinas, la proporción de embarazos es mayor (9.8 por ciento). Después de los 25 a 29 años, los porcentajes de mujeres embarazadas empiezan a disminuir en los dos ámbitos, aunque con menor intensidad en el área rural que en la urbana. Esto confirma la tendencia a un inicio más tardío y un cese más temprano de la maternidad en localidades urbanas, respecto de zonas rurales. Entre los 35 a 39 años, el porcentaje de mujeres embarazadas en localidades urbanas era de tan solo 2 por ciento, mientras que, en zonas rurales el indicador es de 5 por ciento. Por su parte, 5 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años del área urbana se encontraban embarazadas, cifra que alcanzó a 7 por ciento de las adolescentes campesinas.

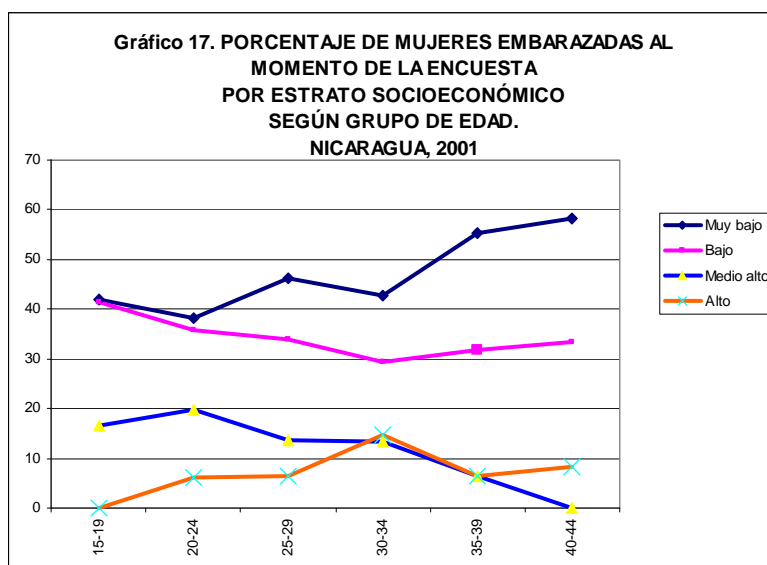


Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

A nivel mundial, se estima que 8 de cada 10 nacimientos de mujeres con edades entre 15 y 19 años proceden de países en vías de desarrollo (Census Bureau, 2000). En ciertos contextos, como las áreas rurales o las zonas de pobreza, el embarazo se constituye en la base de la construcción del único proyecto de vida disponible, porque las adolescentes

no encuentran otras alternativas de vida futura atractivas y viables (Falconier de Moyano, Guzmán y Contreras, 2001). Investigaciones realizadas en Nicaragua han encontrado que en los sectores más pobres el proyecto de vida de las adolescentes es primero sobrevivir, y hacerlo en un mundo con menos oportunidades para las mujeres que para los hombres. Estas necesidades, así como las de reconocimiento y legitimidad social, y el problema de identidad, se resuelven al parecer por la vía de la unión temprana, el embarazo temprano y la asunción del rol de madre y el de señora o esposa (FNUAP/INIM, 1999).

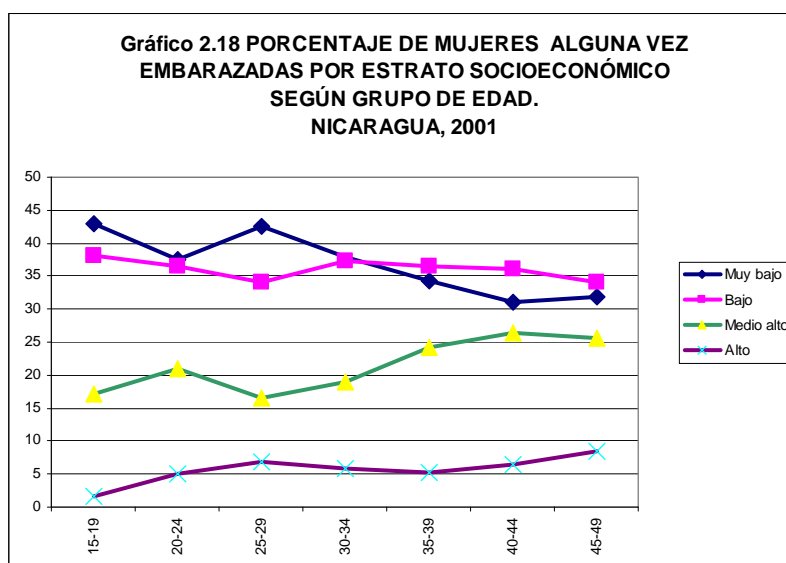
Aunque nuestro interés es el embarazo adolescente, entrando más en detalle observamos que la incidencia del embarazo tanto en la adolescencia como en edades mayores se encuentra asociada estrechamente con las condiciones socioeconómicas de las mujeres en el país (Gráfico 2.17). De esta manera, al momento de la ENDESA 2001, 4 de cada 10 mujeres de 15 a 19 años se encontraban embarazadas en los estratos muy bajo y bajo, en tanto que, en el estrato alto no se reportó ninguna adolescente embarazada. Llama la atención también, que en los estratos medio y alto la proporción de mujeres embarazadas disminuye notoriamente a partir de los 35 a 39 años, mientras que, en los estratos muy bajo y bajo, el porcentaje de mujeres embarazadas es significativamente alto todavía a los 40 a 44 años (58 y 33 por ciento respectivamente).



Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Las desigualdades socioeconómicas de las mujeres en Nicaragua, se reflejan también en las diferencias de los niveles de prevalencia del embarazo. Así, en 2001, 43 por ciento de la población femenina adolescente del país que vive en condiciones más adversas, manifiesta haber estado alguna vez embarazada, valor que no llega a 2 por ciento entre las mujeres más jóvenes del estrato alto (Gráfico 2.18). Existe una clara tendencia entre las mujeres de los estratos medio y alto a posponer los embarazos a edades más maduras. Por su parte, en los estratos muy bajo y bajo, la proporción de mujeres que han estado alguna vez embarazadas se mantiene prácticamente constante en todos los grupos de edad.

Los datos del cuadro 2.19, indican una tendencia a la mayor incidencia del embarazo entre las mujeres solteras adolescentes que entre las mujeres mayores de 20 años que nunca se han unido. En 2001, el 9 por ciento de las mujeres nicaragüenses solteras de 15 a 19 años se encontraban embarazadas, indicador que fue de 2 por ciento entre las mujeres de 25 a 29 años. Conviene mencionar, que no se reportó en el país ninguna mujer soltera embarazada mayor de 30 años. Las proporciones de mujeres embarazadas que nunca



Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

han estado unidas, o las que se encuentran separadas, son mayores entre las mujeres de menor edad respecto de los otros grupos de mujeres. Este panorama podría colocar a las mujeres adolescentes en una situación de mayor vulnerabilidad, al ser más frecuente entre ellas el no compartir con una pareja las responsabilidades que implica la maternidad. Puede

asimismo guardar relación con la mayor legitimidad de la unión en función de la mayor cantidad de hijos o hijas en las parejas, y de la duración de la unión.

Cuadro 2.19
Porcentaje de mujeres embarazadas al momento de la encuesta por estado conyugal según grupos de edad. Nicaragua, 2001

<i>Grupos de Edad</i>	<i>Soltera</i>	<i>Casada</i>	<i>Unida consensualmente</i>	<i>Divorciada, Separada o viuda</i>
15-19	9.1	15.3	56.8	18.8
20-24	3.3	30.4	54.1	12.2
25-29	1.9	44.8	43.5	9.8
30-34		53.3	40.0	6.7
35-39		46.8	38.3	14.9
40-44		38.5	53.8	7.7

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

El 90.9 por ciento de las adolescentes embarazadas captadas en la ENDESA 2001 estaban unidas maritalmente o lo habían estado alguna vez, y solamente un 9 por ciento estaban experimentando un embarazo en soltería. Lo anterior sugiere que si bien la fecundidad adolescente es elevada en el país, la unión conyugal temprana también lo es. Mientras que el embarazo entre adolescentes que viven con sus padres es muy minoritario y excepcional.

Por otra parte, existe un desbalance de género en la sexualidad y la nupcialidad de los adolescentes. No estaría de más conocer las edades de los hombres que embarazan a las adolescentes. En Latinoamérica, en el caso de los varones existe una tendencia marcada a separar el inicio de la vida sexual y la unión conyugal, al contrario que entre las mujeres. Además, la unión conyugal de los hombres ocurre por lo general a mayor edad que entre las mujeres (Contreras y Hakkert, 2001).

De las adolescentes alguna vez unidas que han estado embarazadas, 75 por ciento ha logrado una escolaridad máxima de primaria (Cuadro 2.20). Lo anterior parece sugerir que el embarazo de las adolescentes no parece ser una barrera para continuar estudios secundarios, medios o superiores, pues un 91 por ciento de quienes se embarazaron ya estaban unidas y apenas un 12 por ciento de ellas cursó 7 o más años de estudios. Entre las pocas embarazadas solteras, ese porcentaje llega al 51.4 por ciento, sugiriendo que el embarazo no ha limitado su escolaridad.

Cuadro 2.20
Distribución porcentual de mujeres de 15 a 19 años alguna vez embarazadas por situación conyugal según escolaridad. Nicaragua, 2001

Escolaridad	Soltera	Casada	Unida Consensualmente	Divorciada, separada o viuda
Analfabeta	9.7	5.5	16.0	7.9
1-3 años	15.3	15.6	19.4	18.2
4-6 años	23.6	30.5	31.2	49.7
7-9 años	29.2	30.5	27.4	21.2
10-11 años	20.8	17.2	5.6	2.4
Superior	1.4	0.8	0.5	0.6
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Para hacer nuestro análisis más completo sería necesario contar con información que dé cuenta de si las mujeres que inician su vida reproductiva a edades tempranas en el país han interrumpido su educación antes del evento genésico o se han visto obligadas a hacerlo posteriormente. El enfoque predominante, que reconoce en el embarazo adolescente un problema de salud pública, plantea entre otras cosas que las mujeres a consecuencia de la maternidad temprana, pueden interrumpir su formación escolar, lo cual redundaría en menores oportunidades sociales para ellas y sus hijos e hijas (De Bruyn, 2001). Claudio Stern y García (1999) argumentan que lo anterior no es necesariamente cierto, ya que son las mujeres que primero dejan de estudiar las que posteriormente se embarazan. Hallazgos similares a los de Stern y García han encontrado Menkes, Suarez y Núñez (2004), y Stern y Menkes (2008) en estudios sobre la fecundidad y el embarazo adolescente en México. Algunos estudios en países en desarrollo han comprobado que existe una asociación entre el embarazo de alumnas y el bajo rendimiento escolar previo al embarazo, y que en realidad, puede no ser el embarazo que lleva a las adolescentes a abandonar la escuela, sino la falta de oportunidades sociales y económicas para adolescentes mujeres. Además de las demandas domésticas a las cuales están sujetas. A lo anterior se suman las desigualdades de género del sistema educativo, que pueden resultar en experiencias escolares insatisfactorias,

bajo desempeño académico y la opción por la unión y la maternidad temprana. En Guatemala, por ejemplo, una mujer con 5 años o menos de educación, normalmente ya no está en la escuela en el momento de embarazarse de su primer hijo (Hakkert, 2001).

Una manera de observar la relación entre fecundidad adolescente y estado conyugal de las mujeres, es a través de la estimación del intervalo protogenésico, es decir, el lapso que transcurre entre el inicio de la unión y el nacimiento del primer hijo. El punto de inicio de este intervalo es la fecha de la unión conyugal, porque la mayor parte de los nacimientos ocurre después de que la mujer se une. Sin embargo, en algunos casos el nacimiento del primer hijo ocurre antes de la unión y en esta situación se genera un intervalo protogenésico negativo (Welti, 2000).

Del total de mujeres nicaragüenses que hacia 2001 había tenido al menos un hijo, las que fueron madres en la adolescencia tienen un intervalo protogenésico negativo superior al de aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 20 años. Además, 12 por ciento de las mujeres que estaban embarazadas al momento de unirse fueron madres adolescentes y ese porcentaje se reduce a 4 por ciento para quienes tuvieron a su primer hijo después de los 20 años. Tanto las que fueron madres en la adolescencia como quienes tuvieron a su primer hijo a los 20 años o más, siguieron una trayectoria conyugal normativa, pues más del 93 por ciento tuvieron a su primer hijo cuando ya estaban unidas o casadas. (Cuadro 2.21).

Cuadro 2.21
Porcentaje de mujeres de 20 años o más que han tenido al menos un hijo según amplitud del intervalo protogenésico. Nicaragua, 2001

<i>Edad al primer hijo</i>	<i>Intervalo protogenésico</i>					<i>Total</i>
	<i>negativo</i>	<i>0-7 meses</i>	<i>8-12 meses</i>	<i>13-24 meses</i>	<i>> de 2 años</i>	
<-20	6.1	12.1	29.6	33.3	18.9	100
20-24	3.2	8.7	27.9	29.5	30.7	100
25-29	1.7	6.0	25.9	28.5	37.9	100
30-34	1.5	3.8	19.8	22.2	52.7	100
35 y +	*	*	27.8	16.7	55.5	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

El significado de la sexualidad se ve afectado por los roles prevalecientes para las mujeres y los hombres, los cuales varían en diferentes momentos históricos y en diferentes subgrupos dentro de una misma cultura. La distinta concepción de la sexualidad entre las y los adolescentes de acuerdo a su sexo influye en la manera y la temporalidad, así como en las condiciones en las que se inicia la vida sexual. Las sociedades latinoamericanas se caracterizan por fomentar las relaciones sexuales tempranas entre los varones, independiente de su estado conyugal, en tanto que la actividad sexual de las mujeres tradicionalmente se acepta sólo dentro del matrimonio o de la unión consensual. (Mi KIM, *et al*, 2001). Entre las mujeres de Nicaragua, en una abrumadora mayoría la edad mediana a la primera relación sexual coincide con la edad mediana a la primera relación conyugal, obedeciendo a la norma social que proscribe las relaciones sexuales para las jóvenes solteras y fomenta la unión marital temprana para ellas.

A nivel nacional, la edad mediana de las mujeres a su primera relación sexual es cercana a los 18 años. Existió una leve disminución de la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25 a 49 años entrevistadas en 2001. Mientras en la encuesta de 1998 esa mediana era de 18.2 años, en 2001 era de 17.9 años. (Cuadro 2.22).

Cuadro 2.22
Edad mediana de las mujeres a la primera relación sexual
por grupos quinquenales de edad. Nicaragua, 1998 y 2001

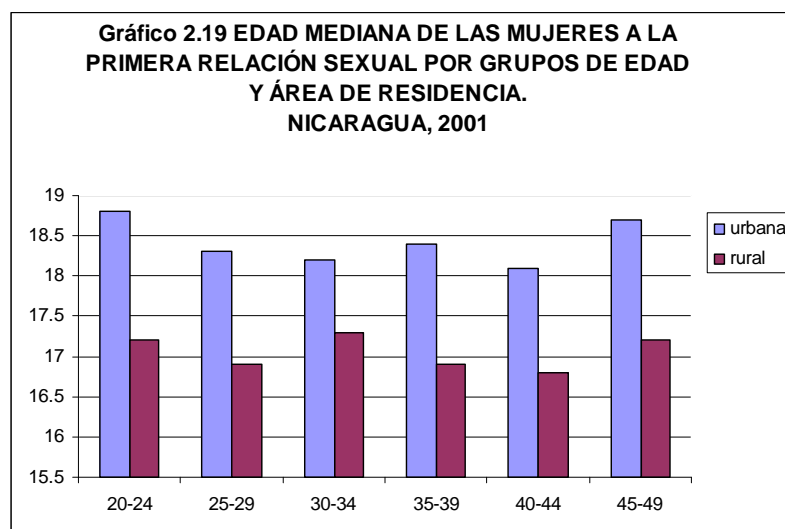
<i>Grupos de edad</i>	<i>1998</i>	<i>2001</i>
25-29	18.2	17.8
30-34	18.3	17.9
35-39	19.3	17.8
40-44	17.9	17.6
45-49	18.2	18.2
Total	18.2	17.9

Fuente: Informe final de la ENDESA 1998 y de la ENDESA 2001.

Estimaciones basadas en información de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) en ocho países de Latinoamérica a finales de los noventa, evidenciaron que en todos los países, a mayor nivel de escolaridad, menor pobreza y residencia urbana, la edad

mediana a la primera relación sexual de las mujeres se incrementa (Contreras y Hakkert, 2001).

En Nicaragua, en 2001, la edad mediana de las mujeres a la primera relación sexual por área de residencia presenta diferencias, puesto que las mujeres de 20 a 49 años que viven en ámbitos rurales tuvieron su primera relación un año y tercio más temprano que aquellas mujeres que habitan en zonas urbanas (Gráfico 2.21). En todos los grupos de edad, las mujeres en las zonas rurales iniciaron su vida sexual antes que las mujeres de áreas urbanas. Estudios realizados en la región latinoamericana muestran también una tendencia al inicio más temprano de las relaciones sexuales entre las mujeres más jóvenes que viven en áreas rurales respecto de aquellas que habitan en localidades urbanas (Contreras y Hakkert, 2001).



Fuente: Informe Final de la ENDESA 2001.

En la región latinoamericana aproximadamente tres de cada diez mujeres de 15 a 19 años han iniciado su vida sexual. En algunos países de la región como Guatemala, Nicaragua y la República Dominicana, la mayor proporción de adolescentes que ha tenido relaciones sexuales son mujeres que regularmente tienen bajo nivel de escolaridad, que viven predominantemente en áreas rurales y que están unidas o casadas (Contreras y Hakkert, 2001).

Además, en las generaciones más jóvenes la tendencia no es a rejuvenecer la edad de la primera relación sexual, sino que tiende a ser más tardía. En 2001, en Nicaragua, una de cada diez mujeres adolescentes nicaragüenses se había iniciado sexualmente antes de los 15 años de edad, mientras que esa cifra alcanzaba a dos de cada diez mujeres de generaciones mayores (INEC, 2001).

Siendo nuestro interés las mujeres adolescentes, hemos calculado el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas⁶ por edad a la primera relación sexual, según estrato socioeconómico. Los resultados fueron los esperados: 7 de cada 10 mujeres adolescentes sexualmente activas que pertenecen al estrato muy bajo iniciaron su vida sexual antes de los 16 años, frente a 3 de cada 10 mujeres en el estrato alto. La tendencia es a un retraso en la edad a la primera relación sexual conforme aumenta el nivel socioeconómico de las mujeres (Cuadro 2.23).

Cuadro 2.23
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas por estrato socioeconómico según edad a la primera relación sexual.
Nicaragua, 2001

<i>Edad de la primera relación sexual</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>			
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
Antes de 15	41.0	27.9	19.6	13.8
Antes de 16	69.2	53.7	44.8	24.1
Antes de 17	86.3	79.7	69.1	58.6
Antes de 18	95.4	93.9	88.7	89.7

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

La edad mediana de la primera relación sexual entre las mujeres nicaragüenses aumenta conforme el nivel de escolaridad es mayor (Cuadro 2.24). En 1998, las mujeres de 20 a 49 años que habían aprobado de 1-3 años de escolaridad, iniciaron su vida sexual un año más tarde que las mujeres analfabetas, en tanto que, las mujeres que habían tenido acceso a la educación secundaria, se iniciaron sexualmente dos años después que las que habían aprobado entre 4 y 6 grados de educación formal.

⁶En el presente estudio se consideran sexualmente activas aquellas mujeres que han iniciado su vida sexual.

Cuadro 2.24
Edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres
de 20 a 49 años según nivel de escolaridad. Nicaragua, 1998
y 2001

<i>Nivel de Escolaridad</i>	<i>Año</i>	
	<i>1998</i>	<i>2001</i>
analfabetas	16.3	16.0
1-3 años	17.2	16.5
4-6 años	17.4	17.4
Secundaria	19.5	18.9
superior	22.5	---

Fuente: Informe Final de la ENDESA 1998 y de la ENDESA 2001.

La información de la ENDESA 2001 muestra que entre las mujeres nicaragüenses sexualmente activas de 15 a 19 años, las casadas iniciaron su vida sexual más tarde que las que viven en unión libre, que las solteras y que las alguna vez unidas (Cuadro 2.25). De las adolescentes que declararon haber iniciado su vida sexual, 35 por ciento de las unidas consensualmente y alguna vez unidas, tuvo su primera relación sexual antes de cumplir 15 años, mientras que, entre las mujeres casadas esa proporción fue de 15 por ciento. Entre las mujeres adolescentes sexualmente activas la gran mayoría se inició sexualmente antes de cumplir 18 años: 95 por ciento de las unidas consensualmente y de las alguna vez unidas y 92 y 89 por ciento respectivamente de las adolescentes solteras y casadas.

Cuadro 2.25
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas por situación
conyugal según edad a la primera relación sexual. Nicaragua, 2001

<i>Edad de la primera relación sexual</i>	<i>Situación conyugal</i>			
	<i>Soltera</i>	<i>Casada</i>	<i>Unida consensualmente</i>	<i>Divorciada, separada o viuda</i>
Antes de 15	26.8	15.0	35.5	35.2
Antes de 16	54.3	42.5	59.4	64.8
Antes de 17	76.1	67.5	82.1	86.2
Antes de 18	92.0	88.8	94.8	95.7

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Hasta ahora, el análisis estadístico descriptivo que hemos hecho de la ENDESA 2001 y otras fuentes nos permite responder claramente a nuestras dos primeras preguntas de investigación: la magnitud y características de la unión temprana y del embarazo en la adolescencia están claramente determinadas por sus condiciones de vida: para las jovencitas del campo, las magnitudes son mayores y empiezan más temprano que para las adolescentes de las ciudades; las diferencias entre sectores socioeconómicos son de tal magnitud que entre las adolescentes del estrato alto casi no existe el embarazo adolescente, y entre las de los sectores medios solamente se presenta en una proporción minoritaria, semejante a la de otros países latinoamericanos más desarrollados. Entre quienes logran permanecer diez años o más en el sistema escolar tampoco existe una gran magnitud de embarazo adolescente; y por último, casi todos los embarazos previos a los 20 años ocurren entre jovencitas que ya están unidas maritalmente, siendo muy baja la fecundidad entre las adolescentes hijas de dominio. El comienzo de la vida sexual coincide, para la gran mayoría de las jovencitas, con la unión marital con un hombre.

En la siguiente sección de este capítulo analizaremos, a través de modelos multivariados, cuáles factores sociales son los más determinantes para que una adolescente quede embarazada. Hasta este punto del análisis, los datos de la ENDESA 2001 que analizamos nos permiten responder a nuestras dos primeras preguntas de investigación: las condiciones sociales en que se desarrolla la vida de las adolescentes nicaragüenses son decisivas. Aún en el siglo XXI las magnitudes de las uniones maritales antes de los 20 años y de los embarazos previos a esa edad son muy altos en Nicaragua. Sin embargo, sus dimensiones varían considerablemente según se trate de jovencitas que viven en el campo o en la ciudad, según el estrato socioeconómico de pertenencia, según el nivel de escolaridad que alcanzan y según si ya se encuentran maritalmente unidas antes de tener 20 años o si continúan siendo hijas de dominio durante la adolescencia. Las proporciones de adolescentes que se embarazan en las zonas rurales son considerablemente mayores que en las zonas urbanas. En el sector socioeconómico de altos ingresos prácticamente no existe el embarazo previo a los 20 años y en los sectores socioeconómicos medios, tanto la unión temprana como el embarazo afectan a una proporción significativa, pero minoritaria, de las adolescentes. En otras palabras, si todas las jovencitas nicaragüenses tuvieran las condiciones de vida de los sectores medios y altos, el embarazo adolescente sería tan

moderado en el país como en otros países latinoamericanos con mejores condiciones de bienestar material y social. En cambio, en los sectores sociales bajo y muy bajo, donde se agrupa la mayor parte de la población de Nicaragua, tanto la unión marital temprana como el embarazo en la adolescencia siguen siendo la norma. Y son las cifras de estos sectores de la población las que influyen en el total de embarazos en la adolescencia. En la siguiente sección de este capítulo, analizaremos mediante un análisis multivariado, cuales son los factores más determinantes en esta alta magnitud del embarazo adolescente en Nicaragua.

II.3 FACTORES ASOCIADOS CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE. UN ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Hallazgos en estudios realizados en la región latinoamericana apuntan a una asociación de la maternidad temprana con las características del contexto económico, social y cultural, en donde cobran especial relevancia la inequidad de género y otros aspectos socioculturales relacionados con las condiciones de desigualdad de las mujeres, agravados en un contexto de pobreza y falta de oportunidades (Menkes y Suárez, 2003).

Con el fin de verificar cuáles son las características sociodemográficas asociadas al embarazo adolescente en Nicaragua, hemos hecho una caracterización de las mujeres nicaragüenses de 15 a 49 años que tuvieron su primer embarazo antes de cumplir los 20 años. Algunas variables se han tomado tal como vienen definidas en la ENDESA 2001 y como se han manejado a lo largo de este capítulo, sin embargo, a lo largo del análisis daremos cuenta de otras que se han reestructurado tomando en cuenta la ocurrencia del primer embarazo.

Con el propósito de indagar la presencia de posibles elementos sociales y culturales, así como de actitudes y creencias de las mujeres que puedan responder a un marco histórico determinado, hemos decidido considerar la generación de las mujeres en lugar de su edad cronológica. En este caso, puede observarse que entre las mujeres nacidas entre 1951-1955 y las nacidas entre 1956-1960 (aquellas que al momento de la entrevista habían sobrepasado los 40 años de edad), el embarazo adolescente se manifiesta en proporciones inferiores respecto de las mujeres nacidas posteriormente (Cuadro 2.38). De esta manera, 7 y 12 por ciento respectivamente de estas mujeres, expresaron que su primer embarazo ocurrió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que, entre las generaciones siguientes se

observa un aumento sostenido en la proporción del fenómeno con un pico de 19 por ciento entre aquellas mujeres nacidas entre 1976-1980. Esta situación nos remite a pensar en la probabilidad de errores de omisión que pueden afectar el proceso normal de implementación de las encuestas cuando se intenta obtener información acerca de un fenómeno que ocurrió largo tiempo atrás.

Pudiese ser el caso también que un embarazo que no alcanzó la madurez necesaria por cualquier causa o un producto que no pudo desarrollarse y vivir sean excluidos por algunas mujeres del total de sus embarazos. Otra explicación sería la posible incomodidad de las mujeres mayores al reconocer el inicio de su vida sexual a edades tempranas. La aparente reversión de la tendencia entre las mujeres más jóvenes, de las cuales 15 por ciento reporta el evento (Cuadro 2.38), habría que valorarla cuidadosamente, puesto que muchas de estas mujeres que no se habían embarazado eran adolescentes todavía y, por tanto, expuestas al riesgo de embarazarse antes de cumplir 20 años.

En cuanto a la situación conyugal de las mujeres, hemos incluido en la primera y segunda sección de este capítulo la que las mujeres reportaron al momento de la entrevista. Sin embargo, para efectos de la regresión logística, tomaremos la situación conyugal de las mujeres respecto del primer embarazo que tuvieron.

Tal como lo demuestran otros estudios realizados en países de la región latinoamericana (Contreras y Hakkert, 2001; Welti, 2000), un porcentaje significativo de uniones entre mujeres nicaragüenses adolescentes no es atribuible a la presión de un hijo ya nacido o de un embarazo en curso. Observamos con más frecuencia que el embarazo ocurrió entre mujeres que se habían unido previamente y, de manera especial, durante el primer año de unión (52 por ciento); 25 por ciento de los embarazos a su vez, se presentó cuando las mujeres habían estado conviviendo por más de un año con sus parejas. El porcentaje de mujeres que se embarazó antes de unirse es menor (21 por ciento), de manera que en el momento del nacimiento del primer hijo, más del 95 por ciento se encontraban

Cuadro 2.26
Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años que se embarazaron por primera vez antes de los 20 años por características sociodemográficas. Nicaragua, 2001

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
Generación	1951-1955	6.9	402
	1956-1960	12.0	699

	1961-1965	14.1	824
	1966-1970	15.6	910
	1971-1975	17.5	1020
	1976-1980	18.6	1082
	1981-1986	15.3	893
Situación conyugal y embarazo	Embarazo antes de la unión	21.3	1244
	Embarazo durante primer año de unión	52.0	3030
	Embarazo posterior al primer año de unión	24.5	1426
	Tuvo embarazo y nunca se ha unido	2.2	131
Lugar de residencia	Urbana	55.5	3237
	Rural	44.5	2593
Lugar de socialización	Urbana	55.9	3223
	Rural	44.1	2541
Situación escolar y embarazo	No asistía a la escuela al momento del embarazo	90.1	5253
	Asistía a la escuela al momento del embarazo y no continuó	4.1	238
	Asistía a la escuela al momento del embarazo y continuó	5.8	337
Deseaba la primera relación sexual	Deseaba la primera relación	86.1	5010
	Aceptó pero no la deseaba	9.5	554
	Fue forzada	4.4	258
Edad de primera relación sexual	10-13	12.0	679
	14	18.0	1017
	15	22.3	1263
	16	19.5	1102
	17	16.5	932
	18	10.0	563
	19	1.8	100
Estrato Socioeconómico	Muy bajo	44.4	2572
	Bajo	37.0	2145
	Medio	15.9	921
	Alto	2.7	157

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

unidas maritalmente. Son muy pocas las mujeres que vivieron la experiencia de un embarazo antes de los 20 años y permanecieron solteras hasta el momento de la entrevista: solamente 2 por ciento de las mujeres (Cuadro 2.26).

Si bien el embarazo en soltería no es la causal principal de la unión temprana entre las adolescentes nicaragüenses, en la mayoría de los casos el intervalo protogenésico no supera el primer año, con lo cual, una buena parte de las niñas nicaragüenses asume, como

muchas otras de la región latinoamericana, el papel de esposa y madre sin haber atravesado previamente un período de transición a la adultez prolongado (Contreras y Hakkert, 2001). Atkin, Ehrenfeld y Pick (1996), hacen alusión a este fenómeno, destacando por un lado, el rechazo de las relaciones sexuales de las mujeres solteras por parte de la sociedad latinoamericana y, por otra parte, el valor central de la unión y la procreación dentro del funcionamiento social en la región. En consonancia con lo anterior, investigaciones realizadas en países latinoamericanos revelan que el inicio de la vida sexual en las mujeres parece asociarse claramente con un proyecto de vida en unión y con la maternidad (Szasz, 2001).

Para ciertos investigadores, hablar de contextos rurales o urbanos implica todo un estilo de vida, que remite a aspectos como el acceso al trabajo, a la educación y a los mensajes de los medios de comunicación; así como las perspectivas ofrecidas a las mujeres fuera del hogar y la mayor o menor igualdad entre los sexos (Pantelides, 2004). Ha sido documentada la tendencia entre las adolescentes residentes en áreas rurales de la región latinoamericana a unirse maritalmente y embarazarse antes que sus coetáneas de las ciudades, y a presentar tasas de fecundidad más elevadas que estas últimas (Guzmán, Contreras y Hakkert, 2001). Algunos autores destacan al respecto las normas culturales que prevalecen en los distintos contextos y que pueden incidir, por ejemplo, en una iniciación sexual y conyugal más temprana de las mujeres del campo respecto de las mujeres urbanas (Pantelides, 2004). Otros autores señalan el relativo bajo uso de anticoncepción entre las mujeres jóvenes de comunidades rurales (Atkin, Ehrenfeld y Pick, 1996; Szasz, 2001a). La información obtenida a lo largo del presente capítulo concuerda con los hallazgos de los autores mencionados (Gráfico 2.7, Cuadro 2.16, Gráfico 2.16, Gráfico 2.19).

Más de 60 por ciento del total de mujeres entrevistadas en la ENDESA 2001 fueron socializadas y residían en contextos urbanos al momento de la entrevista (Cuadro 2.3). La distribución de mujeres que tuvo su primer embarazo durante la adolescencia muestra una tendencia al aumento del fenómeno entre aquellas mujeres que vivieron su infancia y pubertad en el campo respecto de las que lo hicieron en las ciudades. En 2001, 56 por ciento de las mujeres que se embarazaron en la adolescencia vivían en zonas urbanas, pero equivalían únicamente al 39 por ciento del total de mujeres urbanas. El restante 44 por ciento de mujeres que tuvieron un embarazo adolescente residían en zonas rurales, pero se

trataba del 54 por ciento del total de mujeres rurales, mostrando que en el campo el embarazo y la unión previas a los 20 años son la norma, mientras que en las ciudades solamente 4 de cada diez mujeres responde a esa norma del embarazo y la unión temprana. Los resultados son similares atendiendo al área de socialización de las mujeres (Cuadro 2.26).

El nivel de escolaridad de las mujeres fue otra característica que se consideró en el análisis descriptivo precedente. Para efectos del análisis multivariado, tomaremos en cuenta la asistencia de las mujeres a la escuela al momento de presentarse el embarazo y su continuidad o no en el sistema escolar posterior al embarazo, en lugar del nivel de escolaridad en el momento de la entrevista. Esta información como tal no fue recolectada en el instrumento de información, pero nos aproximamos a ella construyendo la escolaridad estimada de las mujeres a partir de los años de estudio declarados, y comparando éstos con un patrón de escolaridad estándar que corresponde a la ubicación de la población nicaragüense en el sistema escolar conforme a su edad (ver anexo metodológico).

El embarazo no parece ser la detonante del abandono escolar entre las adolescentes nicaragüenses, ya que conforme a la relación establecida inferimos que la gran mayoría de las mujeres había abandonado el sistema escolar antes del embarazo (90 por ciento). Apenas 4 por ciento de ellas asistía a la escuela al momento del embarazo, pero no continuó por alguna causa en el sistema escolar y 6 por ciento siguió estudiando (cuadro 2.26). Lo anterior respalda los postulados de diferentes investigadores en cuanto a que las mujeres que se embarazan en la adolescencia no se separan del sistema escolar precisamente a causa de su embarazo, sino que son mujeres que, por lo general, han interrumpido sus estudios previamente a quedar embarazadas (Stern y García, 1999; Lucker, 1997; Hakkert, 2001; Pantelides, 2004; Engle y Smidt, 1998). Los autores que se suman a esta visión proponen que la incidencia del embarazo adolescente es mayor entre los grupos de la sociedad más vulnerables, en los cuales la fecundidad ha sido siempre más elevada, y reconocen que el abandono escolar es resultado de las condiciones de desigualdad de la sociedad y de la pobreza en que viven los sectores más desfavorecidos.

A su vez, el deseo de la primera relación sexual prima entre las mujeres nicaragüenses que se embarazaron durante la adolescencia, puesto que, un porcentaje elevado de estas mujeres (86 por ciento) expresó haber deseado su primera experiencia

sexual. Hay que tomar en cuenta que en una abrumadora mayoría de los casos esta primera relación sexual se dio en el contexto de una relación marital. Otro 10 por ciento de ellas participó en la primera relación sexual sin desearla, y un 4 por ciento tuvo su primera experiencia sexual de una manera forzada (cuadro 2.26). Sería conveniente conocer los motivos de las mujeres para involucrarse sexualmente por primera vez con sus compañeros, y averiguar el significado de la relación para ellas, si se trató del deseo sexual propiamente dicho, o del deseo de complacer a un esposo o un novio, o el deseo de asegurar una relación con fines conyugales.

En contextos latinoamericanos se ha encontrado que la sexualidad en las mujeres antes de una unión marital aflora como algo conflictivo que las lleva a buscar un embarazo o una unión. Esto deja al descubierto normas sociales que rechazan el deseo sexual por parte de las mujeres, y que operan tratando de eliminar la distancia entre el inicio de la vida sexual, el embarazo y la vida conyugal (Szasz, 2001). Para algunas mujeres de la región, la aceptación de la primera relación sexual se equipara con la entrega de lo más preciado que tienen en la vida, y en muchos casos, acceden a esa entrega cuando tienen la certeza de una unión marital o para presionar a que ésta se realice (Castañeda, Castañeda y Brindis, 2001). En sociedades en las cuales la sexualidad de las mujeres se encuentra profundamente imbricada en la vida conyugal y la procreación, el inicio de la vida sexual de las mujeres condiciona casi de manera inmediata el ejercicio de la maternidad.

Entre los factores sociodemográficos ligados al inicio más temprano de las relaciones sexuales o de la unión marital entre las adolescentes figuran: el lugar de residencia, los niveles de pobreza y el nivel de escolaridad (Contreras y Hakkert, 2001). Entre las mujeres con mayores recursos, las relaciones sexuales pre maritales se acompañan de manera frecuente con el uso de anticonceptivos (Pantelides, 2004).

En Nicaragua, en 2001, más de 70 por ciento de las mujeres que se embarazaron durante la adolescencia debutaron sexualmente o se unieron maritalmente antes de cumplir 17 años. El 22 por ciento lo hicieron a los 15 años de edad y 30 por ciento a los 14 años o antes. Solamente un 2 por ciento inició su vida sexual o marital a los 19 años (Cuadro 2.26). Por lo general, las mujeres de 15 años o menos no recurren a los métodos de planificación familiar y muchas desconocen su existencia o la forma de conseguirlos (Welti, 2005).

Como ya se mencionó en el análisis descriptivo, el embarazo antes de los 20 años es más frecuente entre las mujeres de los estratos muy bajo y bajo: 44 y 37 por ciento respectivamente. Por lo que se refiere a las mujeres de los estratos medio y alto, el embarazo adolescente afecta únicamente a 16 y 3 por ciento de ellas, respectivamente (cuadro 2.26). Esta distribución porcentual es mayor en números absolutos, puesto que 70 por ciento de las mujeres en edad reproductiva del país en 2001 pertenecían a los estratos muy bajo y bajo, 24 por ciento al estrato medio y solo 7 por ciento se ubicaban en el estrato alto.

Resulta comprensible que entre las mujeres de sectores más relegados socialmente la tarea de unirse y de procrear se inicie a edades más tempranas, dada la tendencia demostrada entre estas mujeres a presentar patrones de nupcialidad más precoces que aquellas con mejores oportunidades (Atkin, Ehrenfeld y Pick, 1996; Welti, 2005; García y Rojas, 2004). No debemos olvidar también que las mujeres de los sectores más pobres de la sociedad suelen vivir muy en el presente, en un mundo en el cual la sobrevivencia se convierte frecuentemente en su principal aspiración. La idea de unirse con un hombre y de traer un hijo al mundo puede ser para ellas la única manera de sobrevivir, además de darle un sentido a su existencia (FNUAP/INIM, 1999; Welti, 2005).

Con el fin de verificar cuáles son las características socioeconómicas y demográficas que explican con mayor fuerza el embarazo en la adolescencia en Nicaragua, se empleó el modelo de regresión logística utilizando los datos de la Encuesta Nicaragüense Demográfica y de Salud (ENDESA 2001). A partir de varios ítems de la encuesta se construyó la variable dicotómica que se refiere a la experiencia de un embarazo antes de los 20 años.

Las características de las mujeres que se pensaron asociadas a la probabilidad de un embarazo antes de los 20 años fueron: 1) la generación a la cual pertenecen las mujeres, construida a partir de la edad referida al momento de la entrevista y que comprende seis categorías según los grupos de edad de las mujeres en edad reproductiva (exceptuando a las mujeres más jóvenes); 2) la situación conyugal de las mujeres en el momento del primer embarazo, considerando cuatro posibilidades: el embarazo se produjo antes de la unión, durante el primer año de unión, después del primer año de unión, o si la mujer se embarazó sin estar unida y no se unió durante el embarazo; 3) el lugar de residencia al momento de la

entrevista, definido como urbana y rural; 4) el lugar en el cual vivieron las mujeres hasta los 12 años de edad (lugar de socialización), variable subdividida también en las categorías urbano y rural; 5) la situación escolar de las mujeres al momento de su primer embarazo, dividida en tres categorías: la mujer no asistía a la escuela al momento del embarazo, asistía a la escuela al momento del embarazo pero no continuó, y asistía al momento del embarazo y continuó asistiendo. 6) Otra variable tomada en cuenta fue el deseo de la primera relación sexual por parte de las mujeres, que comprende tres categorías: deseaba la primera relación sexual, no deseaba la primera relación sexual pero aceptó tenerla, y fue forzada a tenerla. 7) Finalmente, se consideró la edad de la primera relación sexual, que coincide mayoritariamente con la primera unión marital, para la cual se utilizó el criterio de subdividirla en edades individuales antes de los 20 años, obteniendo 7 categorías.

La primera parte del análisis estadístico muestra el comportamiento porcentual de estas variables, incluida la variable dependiente con la cual se inicia la descripción de frecuencias (Cuadros 2.27 y 2.29). La segunda parte del análisis consiste en el ajuste de cinco modelos de regresión logística, uno para la muestra general y cuatro diferenciados para cada uno de los estratos socioeconómicos (muy bajo, bajo, medio y alto). En lo que respecta a la importancia de las variables explicativas propuestas, el modelo general resultó adecuado.

Factores socioeconómicos y demográficos asociados con el embarazo en la adolescencia para la muestra total de mujeres

Generación:

El modelo general de regresión logística ajustado muestra que la probabilidad de experimentar un embarazo antes de los 20 años aumenta entre las generaciones más jóvenes. En el caso de las mujeres nacidas entre 1956-1960 y 1966-1970, los momios son 70 por ciento mayores ($p < 0.01$) respecto del grupo de referencia (el de la cohorte de 1951-1955). Para las mujeres nacidas entre 1961-1965, 1971-1975 y 1976-1980, las probabilidades son 40 por ciento mayores ($p < 0.05$), 90 por ciento mayores ($p < 0.01$) y 80 por ciento mayores ($p < 0.01$), respectivamente, que para la cohorte de mayor edad.

Situación conyugal y embarazo

Como se demostró anteriormente, en Nicaragua la fecundidad se encuentra estrechamente relacionada con la condición de unión de las mujeres, siendo las mujeres solteras las que menos contribuyen a la fecundidad total del país. En este caso, se usó como referencia el haberse embarazado antes de una unión marital. La información del cuadro 2.28 permite inferir que las probabilidades de embarazarse antes de los 20 años son significativamente menores ($p < 0.01$) si el primer embarazo se produjo después de la unión marital o si las mujeres no se unieron durante el embarazo. Los momios son 40 por ciento menores cuando el primer embarazo se produjo durante el primer año de unión y 90 por ciento menores si el embarazo se presentó posterior al primer año de unión, en relación con las mujeres cuyo primer embarazo se produjo antes de unirse. El mayor riesgo de experimentar un embarazo antes de los 20 años entre las mujeres que ya estaban embarazadas al momento de unirse, puede indicar un patrón cultural que solamente permite la procreación dentro de la pareja, que es donde ocurre mayoritariamente el embarazo adolescente en Nicaragua, y que además, excepcionalmente institucionaliza o estabiliza a las parejas de mujeres adolescentes en función de la llegada de hijos o hijas, quedando fuera de los patrones la maternidad en soltería, que con el tiempo llega a ser muy marginal.

Cuadro 2.27
Distribución porcentual de las variables socioeconómicas y demográficas de las mujeres de 15 a 49 años. Nicaragua, 2001

Variable	Categoría	n	%
Edad de primer embarazo	20 o más años	3328	36.3
	Menos de 20 años	5830	63.7
Generación	1951-1955	867	9.2
	1956-1960	1243	13.1
	1961-1965	1519	16.1
	1966-1970	1660	17.6
	1971-1975	1897	20.1
	1976-1980	2266	24.0
Situación conyugal y embarazo	Embarazo antes de la unión	1697	18.5
	Embarazo durante primer año de unión	4555	49.7
	Embarazo posterior al primer año de unión	2678	29.2
	Tuvo embarazo y nunca se ha unido	228	2.5
Lugar de residencia	Urbana	63.1	8247
	Rural	36.9	4813
Lugar de socialización	Urbano	8035	62.2
	Rural	4882	37.8
Situación escolar y embarazo	No asistía a la escuela al momento del embarazo	8219	89.8
	Asistía a la escuela al momento del embarazo y no continuó	462	5.0
	Asistía a la escuela al momento del embarazo y continuó	473	5.2
Deseaba la primera relación sexual	Deseaba la primera relación	8905	87.7
	Aceptó pero no la deseaba	898	8.9
	Fue forzada	346	3.4
Edad de primera relación sexual	10-13	754	9.5
	14	1159	14.7
	15	1508	19.1
	16	1398	17.7
	17	1253	15.9
	18	1082	13.7
	19	747	9.5

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Lugar de residencia

En Nicaragua, como en muchos países en desarrollo, el acceso a servicios e información

Cuadro 2.28
Razón de momios asociados al embarazo antes de los 20 años respecto de las variables socioeconómicas y demográficas de las mujeres de 15 a 49 años. Nicaragua, 2001

Variable	Categoría	Significancia	Razón de momios
Generación	1951-1955	-----	1.0
	1956-1960	0.0020	1.7
	1961-1965	0.0213	1.4
	1966-1970	0.0006	1.7
	1971-1975	0.0000	1.9
	1976-1980	0.0001	1.8
Situación conyugal y embarazo	Embarazo antes de la unión	-----	1.0
	Embarazo durante primer año de unión	0.0001	0.6
	Embarazo posterior al primer año de unión	0.0000	0.1
	Tuvo embarazo y nunca se ha unido	0.0000	0.1
Lugar de residencia	Urbana	-----	1.0
	Rural	0.0045	1.3
Lugar de socialización	Urbana	-----	1.0
	Rural	0.4479	0.9
Situación escolar y embarazo	No asistía a la escuela al momento del embarazo	-----	1.0
	Asistía a la escuela al momento del embarazo y no continuó	0.8860	1.0
	Asistía a la escuela al momento del embarazo y continuó	0.3172	1.2
Deseaba la primera relación sexual	Deseaba la primera relación	-----	1.0
	Aceptó pero no la deseaba	0.6095	0.9
	Fue forzada	0.2013	1.4
Edad de primera relación sexual	*10-13	-----	1.0
	14	0.5554	1.1
	15	0.3606	0.8
	16	0.0005	0.5
	17	0.0000	0.2
	18	0.0000	0.1
	19	0.0000	0.0

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

sobre salud reproductiva para la población campesina es limitado, y el nivel de instrucción mucho menor que en las ciudades. A pesar del incremento de la migración femenina rural hacia las ciudades en el país en los últimos años, 37 por ciento de las mujeres nicaragüenses en edad reproductiva residían en áreas rurales en 2001. Los datos dan cuenta de un mayor

riesgo de las mujeres que residen en zonas rurales de iniciar la maternidad temprana que aquellas que viven en localidades urbanas (Cuadro 2.28), con lo cual se corrobora la hipótesis propuesta. Para el caso de las mujeres que viven en el campo, las probabilidades de embarazarse en la adolescencia son 30 por ciento mayores respecto de las mujeres que viven en áreas urbanas ($P < 0.01$).

Lugar de socialización

El lugar donde vivieron las mujeres hasta los 12 años de edad no parece influir significativamente ($p > 0.05$) en que éstas se embaracen antes de los 20 años.

Situación escolar y embarazo

Contrario a lo esperado, la probabilidad de un embarazo adolescente no varía significativamente ($p > 0.05$) si las mujeres asistían a la escuela al momento del embarazo o si ya habían abandonado el sistema escolar cuando se embarazaron.

Deseo de la primera relación sexual

El deseo o no de la primera relación sexual por parte de las mujeres no es un factor que afecte significativamente la ocurrencia de un embarazo en la adolescencia en Nicaragua ($P > 0.05$). Podría considerarse la existencia de un patrón de sexualidad orientada más a la maternidad y la unión que al placer.

Edad de la primera relación sexual

Los datos corroboran que la edad de inicio de la vida sexual tiene un impacto inverso en la probabilidad de un embarazo en la adolescencia (cuadro 2.28). A partir de los 16 años, las probabilidades de tener un embarazo en la adolescencia tienden a disminuir conforme la edad de la primera relación sexual de las mujeres se atrasa ($p < 0.01$). Es mucho más

probable tener un embarazo adolescente si se tuvo la primera relación sexual a edades muy tempranas, que cuando las mujeres retrasan su debut sexual.

Cuadro 2.29
Distribución porcentual de las variables socioeconómicas y demográficas de las mujeres de 15 a 49 años
por estrato socioeconómico. Nicaragua, 2001

Variable	Categoría	Muy bajo		Bajo		Medio		Alto	
		%	N	%	n	%	n	%	N
Edad de primer embarazo	20 o más años	23.9	806	34.4	1124	52.1	1003	69.9	364
	Menos de 20 años	76.1	2 572	65.6	2145	47.9	921	30.1	157
Generación	1951-1955	8.0	255	8.9	292	10.6	234	10.8	79
	1956-1960	12.0	381	13.5	444	14.9	327	11.5	84
	1961-1965	16.1	512	16.1	528	17.2	378	12.1	89
	1966-1970	18.8	595	18.7	615	15.1	332	14.8	109
	1971-1975	23.5	744	19.8	649	16.2	357	17.7	130
	1976-1980	21.6	685	23.0	754	26.0	573	33.0	242
Situación conyugal y embarazo	Embarazo antes de la unión	21.3	720	16.2	528	18.2	351	15.9	83
	Embarazo durante primer año de unión	47.7	1 611	50.6	1655	52.2	1004	48.9	255
	Embarazo posterior al primer año de unión	29.2	985	30.2	988	26.5	509	33.6	175
	Tuvo embarazo y nunca se ha unido	1.8	62	3.0	98	3.1	59	1.7	9
Lugar de residencia	Urbana	27.7	1 187	70.1	3310	91.8	2807	95.9	876
	Rural	72.3	3 091	29.9	1409	8.2	250	4.1	37
Lugar de socialización	Urbana	32.5	1 377	67.4	3153	86.9	2626	93.1	825
	Rural	67.5	2 866	32.6	1523	13.1	394	6.9	61
Situación escolar y embarazo	No asistía a la escuela al momento del embarazo	99.7	3 366	94.0	3070	75.5	1453	52.7	275
	Asistía a la escuela al momento del embarazo y no continuó	0.2	6	3.6	118	10.8	207	23.9	124
	Asistía a la escuela al momento del embarazo y continuó	0.1	4	2.4	80	13.7	264	23.4	122
Deseaba la primera relación sexual	Deseaba la primera relación	88.8	3 218	86.4	3 106	87.8	1 930	89.2	585
	Aceptó pero no la deseaba	7.2	262	9.8	352	10.3	226	8.0	52
	Fue forzada	4.0	145	3.9	139	2.0	43	2.8	19
Edad de primera relación sexual	*10-13	15.1	476	6.5	187	5.5	82	2.3	7
	14	19.4	613	14.4	412	7.4	110	6.2	20
	15	21.7	687	19.5	557	14.3	213	13.0	43
	16	16.7	527	18.6	534	18.0	269	17.1	56
	17	12.4	391	17.1	490	20.1	299	17.9	59
	18	9.3	294	14.2	406	19.6	292	22.4	73
19	5.5	174	9.7	278	15.1	224	21.0	69	

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Factores socioeconómicos y demográficos relacionados con el embarazo en la adolescencia según estrato socioeconómico

Generación

Los resultados indican que según el estrato socioeconómico, la generación a la cual pertenecen las mujeres afecta significativamente la probabilidad de un embarazo adolescente en el estrato muy bajo y en el medio. En lo que respecta al estrato muy bajo, las probabilidades de tener un embarazo adolescente en comparación con la generación de referencia (nacida entre 1951 y 1955) son significativamente mayores ($p < 0.05$) en 70 por ciento para las mujeres nacidas entre 1956-1960, y 2.5, 3.5 y 4.7 veces mayores ($p < 0.01$) para las mujeres nacidas entre 1966-1970, 1971-1975 y 1976-1980, respectivamente. A su vez, entre las mujeres del estrato medio las probabilidades de un embarazo adolescente entre las mujeres nacidas entre 1956-1960 son 3.2 veces mayores ($p < 0.01$) y 2.1 veces mayores ($p < 0.05$) para las mujeres nacidas entre 1966-1970 respecto de la cohorte de referencia. En el caso del estrato de ingresos bajos, no existe gran diferencia en las probabilidades de tener un embarazo adolescente en las distintas generaciones nacidas a partir de 1956. (Cuadro 2.30).

Situación conyugal y embarazo

La tendencia en todos los estratos socioeconómicos es la misma que para la muestra general: el riesgo de un embarazo antes de los 20 años es menor para aquellas mujeres que se embarazan después de haberse unido o cuando las mujeres se embarazan y no se unen, en relación a si la unión se produce posterior al embarazo. Entre las mujeres del estrato muy bajo los momios son 50 por ciento menores ($p < 0.01$) si el embarazo se produce durante el primer año de unión, y 90 por ciento menores ($p < 0.01$) cuando el embarazo se presenta posterior al primer año de unión. Relativo al estrato bajo, los momios de un embarazo temprano disminuyen significativamente en 90 por ciento ($p < 0.01$) si el embarazo se da luego del primer año de unión respecto de si las mujeres se unen posterior al embarazo. Entre las mujeres del estrato medio, por su parte, la probabilidad de un embarazo adolescente es 50 por ciento menor ($p < 0.05$) cuando las mujeres se embarazan

durante el primer año de estar unidas y disminuye en 100 por ciento ($p < 0.01$) si estas mujeres se embarazan después del primer año de unión. En tanto, entre las mujeres del estrato alto, las probabilidades de un embarazo antes de los 20 años disminuyen significativamente ($p < 0.01$), en 90 y 100 por ciento respectivamente, cuando el embarazo se presenta en el primer año de unión de las mujeres o posterior al primer año de unión, en relación a las mujeres que se unen luego del embarazo.

Lugar de residencia

Controlado por estrato socio económico, el tipo de localidad de residencia de las mujeres al momento de la entrevista influye significativamente en la probabilidad de un embarazo antes de los 20 años ($p < 0.05$) solamente entre las mujeres pertenecientes al estrato bajo. En este caso, los momios de un embarazo adolescente son 40 por ciento mayores para las mujeres que viven en contextos rurales respecto de las mujeres que viven en las ciudades. El lugar de residencia de las mujeres no afecta significativamente la ocurrencia de un embarazo entre las mujeres de los demás estratos (cuadro 2. 30).

Lugar de socialización

El lugar en el cual residieron las mujeres hasta los 12 años no parece ser un factor determinante en la probabilidad de un embarazo temprano en ninguno de los estratos socioeconómicos.

Situación escolar y embarazo

Los resultados de los modelos ajustados según los diferentes estratos socioeconómicos en cuanto a la escolaridad de las mujeres al momento del primer embarazo, muestran que en el caso de las mujeres del estrato muy bajo, la asistencia y/o continuidad en el sistema escolar de estas mujeres al momento de su primer embarazo no marca una diferencia en la probabilidad de un embarazo antes de los 20 años, en relación al hecho de haber abandonado los estudios antes del embarazo. En tanto, entre las mujeres del estrato bajo,

los momios de un embarazo adolescente aumentan 4.6 veces ($p<0.05$) entre aquellas mujeres que al momento de su embarazo asistían a la escuela pero no continuaron, respecto de aquellas que ya habían dejado la escuela al momento de embarazarse (cuadro 2.30).

Cuadro 2.30
Razón de momios asociados al embarazo antes de los 20 años en mujeres de 15 a 49 años por estrato socioeconómico. Nicaragua, 2001

Variable	Categoría	Embarazo antes de los 20 años			
		Muy bajo	Bajo	Medio	Alto
Generación	1951-1955	1.0	1.0	1.0	1.0
	1956-1960	1.7*	1.2	3.2**	1.4
	1961-1965	1.6	1.3	1.5	0.8
	1966-1970	2.5**	1.0	2.1*	1.1
	1971-1975	3.5**	1.3	1.2	0.3
	1976-1980	4.7**	1.1	1.5	0.3
Situación conyugal y embarazo	Embarazo antes de la unión	1.0	1.0	1.0	1.0
	Embarazo durante primer año de unión	0.5**	0.9	0.5*	0.1**
	Embarazo posterior al primer año de unión	0.1**	0.1**	0.0**	0.0**
	Tuvo embarazo y nunca se ha unido	0.1**	0.2**	0.0**	0.0
Lugar de residencia	Urbana	1.0	1.0	1.0	1.0
	Rural	1.2	1.4*	0.9	4.5
Lugar de socialización	Urbana	1.0	1.0	1.0	1.0
	Rural	0.9	0.8	1.1	0.5
Situación escolar y embarazo	No asistía a la escuela al momento del embarazo	1.0	1.0	1.0	1.0
	Asistía a la escuela al momento del embarazo y no continuó	5.6	4.6*	1.7	0.2*
	Asistía a la escuela al momento del embarazo y continuó	11.3	0.8	2.2**	1.2
Deseaba la primera relación sexual	Deseaba la primera relación	1.0	1.0	1.0	1.0
	Aceptó pero no la deseaba	0.6	1.5	0.6	17.6**
	Fue forzada	1.4	1.1	2.1	1.2
Edad de primera relación sexual	*10-13	1.0	1.0	1.0	1.0
	14	1.1	0.9	1.1	0.8
	15	0.7	0.7	1.3	0.0
	16	0.6	0.3*	0.9	0.0
	17	0.3**	0.2**	0.8	0.0
	18	0.1**	0.0**	0.1**	0.0
19	0.0**	0.0**	0.0**	0.0	

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001
* $p<0.05$ ** $p<0.01$

A su vez, en el estrato medio, los momios de experimentar un embarazo antes de los 20 años son 2.2 veces mayores entre las mujeres que al momento de su embarazo asistían a la escuela y continuaron, en relación a aquellas mujeres que ya no estaban en el sistema escolar al momento de embarazarse (cuadro 2.30). Esta situación puede estar relacionada con un proyecto de vida concebido por la mayoría de las mujeres nicaragüenses ligado estrechamente a la unión y la reproducción independientemente de su situación escolar y en estrecha relación con la falta de oportunidades económicas y laborales para la juventud. Por su parte, entre las mujeres del estrato alto que al momento de su primer embarazo asistían a la escuela aunque no continuaron, los momios de un embarazo adolescente son 80 por ciento menores ($p < 0.01$) respecto de cuando estas mujeres habían abandonado los estudios antes de su embarazo, lo cual podría reflejar por un lado un estilo de vida diferente de estas mujeres y probablemente un mayor uso y acceso a los métodos anticonceptivos.

Deseo de la primera relación sexual

En cuanto al deseo de la primera relación sexual por parte de las mujeres, éste afecta la probabilidad de un embarazo adolescente solamente entre las mujeres que pertenecen al estrato alto. En este caso, las probabilidades de un embarazo temprano aumentan significativamente ($p < 0.01$) 17.6 veces cuando las mujeres no deseaban la primera relación sexual pero la aceptaron, en relación a si deseaban la relación sexual. Esta situación, puede vincularse con mayores prácticas de prevención del embarazo por parte de las mujeres de los sectores sociales más favorecidos económicamente.

Edad de la primera relación sexual

Partimos de la hipótesis que las mujeres que inician más tempranamente su vida sexual tienen un mayor riesgo de embarazarse antes de los 20 años, especialmente si pertenecen a estratos socioeconómicos más bajos, lo cual se muestra en los resultados de los modelos ajustados. En efecto, la tendencia es una disminución en las probabilidades con el aumento de la edad de inicio de la vida sexual de las mujeres. Puede observarse también cómo, a medida que aumenta el status económico de las mujeres, el inicio de la vida sexual no

parece estar relacionado directamente con la probabilidad de que se embaracen, lo que podría estar vinculado a una mayor utilización de métodos anticonceptivos por parte de estas mujeres cuando inician su vida sexual.

En el caso de las mujeres que viven en condiciones más adversas (estrato muy bajo) los momios de quedar embarazadas en la adolescencia son 70 por ciento menores ($p < 0.01$) cuando su primera relación sexual es a los 17 años respecto a la categoría de referencia (10 a 13 años); 90 por ciento menores ($p < 0.01$) si se inician sexualmente a los 18 años, y 100 por ciento menores ($p < 0.01$) si lo hacen a los 19 años. En cuanto a las mujeres del estrato bajo, los momios disminuyen 70 por ciento ($p < 0.05$) si las mujeres tienen su primera relación sexual a los 16 años que si la tienen antes de los 14 años, 80 por ciento si la tienen a los 17 años ($p < 0.01$), 90 por ciento a los 18 años ($p < 0.01$) y 100 por ciento a los 19 años ($p < 0.01$). En el estrato medio por su parte, los momios son 90 y 100 por ciento menores ($p < 0.01$) cuando la vida sexual se inicia a los 18 y 19 años respectivamente (cuadro 2.30).

En síntesis, el análisis multivariado nos muestra que las dimensiones sociales que más influyeron en la probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia entre las mujeres en edad fértil que ya tenían 20 años o más en el año 2001 (nacidas entre 1951 y 1980) son la unión conyugal, la residencia rural y el estrato socioeconómico bajo o muy bajo. La generación de pertenencia también fue importante, señalando una probabilidad mayor para la generación de quienes nacieron entre 1966 y 1980.

Debido a que alrededor del 40 por ciento de las mujeres de los estratos bajos y muy bajos tuvieron a su primer hijo en la adolescencia y casi siempre lo hicieron después de haberse unido maritalmente, éstas dimensiones tienen especial importancia para la mayoritaria población de adolescentes en Nicaragua, pues cerca del 70 por ciento de ellas pertenece a esos estratos. A la prioridad que se debe dar a la atención hacia las adolescentes más pobres, y sobre todo a las que se unen maritalmente temprano, sobre todo en el medio rural, se deben señalar aspectos más específicos del análisis multivariado. La probabilidad aumenta para las generaciones más jóvenes sobre todo si se trata de mujeres de los estratos bajo y muy bajo. A la inversa, haberse unido maritalmente antes del embarazo protege especialmente a las mujeres de los estratos medio y alto, mientras que entre las de los estratos bajo y muy bajo, las probabilidades de tener un embarazo antes de los 20 años siguen siendo altas aunque no exista unión o si esa unión se produjo durante el embarazo.

La residencia rural define que aumenten las probabilidades de tener un embarazo en la adolescencia, pero estas probabilidades son especialmente significativas para las mujeres del estrato bajo, mientras que para las mujeres de los estratos medio y alto, el residir en contextos rurales no fue necesariamente definitorio de un embarazo temprano. Esto ocurrió a pesar de que hasta fines del siglo XX, unirse y embarazarse en la adolescencia era normativo para las adolescentes rurales, ya que la mayoría seguían teniendo a su primer hijo (y casi siempre su primera unión) antes de los 20 años. La asistencia a la escuela en el momento del embarazo tuvo poca influencia, debido a que 90% de quienes tuvieron a su primer hijo en la adolescencia ya habían dejado la escuela, y el diez por ciento restante se dividió de manera similar entre quienes continuaron asistiendo a la escuela después de embarazarse y quienes la dejaron a partir del embarazo. Sin embargo, al dividir a las mujeres por estrato socioeconómico, se observó que continuar asistiendo a la escuela después de embarazarse se asoció con menores probabilidades de que el primer embarazo de la mujer haya ocurrido en la adolescencia en los estratos bajo y medio, sugiriendo que en esos estratos hay mujeres que continuaron sus estudios por lo menos hasta los 20 años, y que algunas lo hicieron a pesar de haber tenido a su primer hijo durante la adolescencia, lo que es alentador en un país mayoritariamente pobre como es Nicaragua. Los aspectos problemáticos del embarazo y la unión en la adolescencia de las mujeres parecen concentrarse entonces en el estrato socioeconómico muy bajo, que es donde se produce la mayor proporción de embarazos adolescentes y donde las mujeres tienen menos oportunidades de escolaridad. Otros factores, tales como la edad a la primera relación sexual, que generalmente coincide con la edad a la primera unión marital, solamente fueron influyentes para los estratos bajo y medio, probablemente porque las de los estratos muy bajos en su mayor parte siempre tienen al primer hijo en la adolescencia y las del estrato alto posponen tanto la sexualidad como la unión marital hasta los 20 años o más... o bien tienen un mejor acceso a la anticoncepción moderna y a la interrupción de los embarazos no previstos. Cabe resaltar que más de 60% de las mujeres de 20 años y más que habían tenido algún hijo en el año 2001, y que en 98 por ciento de los casos eran mujeres unidas maritalmente, tuvieron su primera relación sexual o su primera unión marital (casi siempre coincidentes) antes de los 17 años, y no solamente antes de los 20 años, lo que sugiere un patrón cultural muy marcado de iniciar la vida sexual y matrimonial (o marital) en la mitad

de la adolescencia. Esa norma cultural, unida a la persistente pobreza de una amplia mayoría de las adolescentes de Nicaragua contemporáneas, hacen que a pesar del incremento de la escolaridad se pueda esperar que las magnitudes y tendencias del embarazo en la adolescencia se mantengan todavía por algunas décadas.

II.4. CONSIDERACIONES FINALES DEL CAPÍTULO.

El análisis de las distintas fuentes utilizadas pone en evidencia que la fecundidad tuvo un significativo descenso a partir de la última década del siglo pasado. No obstante, el descenso de la fecundidad de las mujeres adolescentes que se han unido maritalmente antes de los 20 años, tiende a ser más lento que el observado entre las mujeres unidas o alguna vez unidas de 20 años o más, y el país sigue presentando tasas específicas de fecundidad de mujeres de 15-19 años que están entre las más altas de la región latinoamericana desde los años setenta del siglo XX hasta comienzos del siglo XXI.

En 2001, la fecundidad rural superó a la urbana en un 69 por ciento, a pesar de que la disminución de la fecundidad total ha sido más pronunciada en zonas rurales que en localidades urbanas, donde todavía reside cerca del 40 por ciento de la población adolescente, a pesar de la mayor presencia femenina en los movimientos migratorios del campo hacia las ciudades. El aporte de las mujeres de mayor edad a la fecundidad total en el campo es superior al de las mujeres mayores que viven en áreas urbanas, lo que sugiere que en las generaciones de mayor edad la fecundidad rural era más alta que la urbana en una proporción aún mayor a la actual.

La tríada inicio de la vida sexual-unión-maternidad antes de los 20 años parece ser el patrón que prevalece entre las mujeres del país, lo cual, nos remite a la concentración de la población en los estratos socioeconómicos bajos y muy bajos, a la baja escolaridad promedio de la población, y también a una pauta socio cultural de unión marital temprana que condiciona el comportamiento sexual y reproductivo de la población femenina. Las representaciones y los conocimientos que tienen las adolescentes sobre el matrimonio y la sexualidad se ven así condicionados por el limitado acceso que tienen a la educación,

especialmente en los estratos bajos y muy bajos, y a la falta de oportunidades de trabajo bien remunerado para los jóvenes en general, y para las adolescentes que ya no estudian en especial.

Más que un problema de embarazo adolescente, lo que presenta Nicaragua es un patrón social generalizado de unión marital en la adolescencia, pues la inmensa mayoría de las mujeres que han tenido a su primer hijo antes de los 20 años estaban unidas en el momento de embarazarse, y una pequeña proporción se unieron a partir del embarazo, siendo casi inexistente el embarazo entre las adolescentes que son hijas de dominio, especialmente en los sectores medios y altos.

Entre las mujeres unidas, y especialmente entre las más jóvenes, es más frecuente la unión consensual que el matrimonio. Este último se presenta únicamente en los estratos de ingresos altos o entre las mujeres mayores de 25 años. Este tipo de unión más formalizada solamente se alcanza en las parejas conforme aumenta el número de hijos e hijas. La mayor frecuencia de la unión consensual, sobre todo en los estratos socioeconómicos medios y bajos, es equivalente a menores derechos de las mujeres jóvenes y su descendencia en los estratos menos favorecidos.

Una proporción muy importante de las mujeres nicaragüenses inicia su vida reproductiva en la adolescencia incluso en el presente. Al final de su período reproductivo, quienes se unieron y embarazaron en la adolescencia tienen la probabilidad de tener 3 hijos más que aquellas que fueron madres por primera vez después de cumplir los 20 años. La mitad de las mujeres de 20-24 años del país en 2001 declaró que tuvo a su primer hijo o hija antes de los 20 años, proporción que es ligeramente mayor entre las mujeres mayores de 25 años. Antes de cumplir 25 años, más de 80 por ciento de las mujeres nicaragüenses ha experimentado la maternidad, independientemente de su estado civil, su nivel de escolaridad y su condición económica. Por otro lado, las mujeres que declararon en 2001 que tuvieron su primer hijo nacido vivo en la adolescencia, tuvieron un intervalo protogenésico negativo superior al de aquellas que fueron madres por primera vez después de los 20 años, con lo cual, las madres más jóvenes tienen una probabilidad ligeramente mayor de tener un hijo fuera de la unión que las mujeres que fueron madres después de cumplir los 20 años, aunque en la mayoría de los casos se unen después de haber tenido su primer hijo. Al momento de la encuesta, 98 por ciento de las mujeres de 40 años o más

estaba maritalmente unida, lo que nos habla de un patrón de unión marital universal entre las mujeres nicaragüenses del siglo XXI.

Aunque el embarazo adolescente en soltería es muy poco frecuente, la proporción de adolescentes solteras embarazadas es superior que la de las mujeres solteras mayores de 20 años. Sin embargo, como se señaló anteriormente, la fecundidad de las adolescentes solteras ha tendido a disminuir entre 1998 y 2001, y el problema de embarazo adolescente que persiste es el que se refiere a mujeres que se unieron maritalmente en la adolescencia, generalmente antes de su primera relación sexual y su primer embarazo. A partir de los 20 años, casi todas las mujeres nicaragüenses están unidas maritalmente o lo han estado alguna vez, y el embarazo en soltería tiende a disminuir con la edad. Es así que en 2001, 9 por ciento de las mujeres solteras de 15 a 19 años manifestó estar embarazadas, en tanto solo 2 por ciento de mujeres solteras (nunca unidas) de 25 a 29 años reportó un embarazo al momento de la entrevista. El embarazo entre las mujeres solteras (nunca unidas) mayores de 30 años es muy infrecuente en el país y el porcentaje de solteras es insignificante. A pesar de la gran proporción de uniones maritales en la adolescencia, las solteras de 15 a 19 años están más expuestas a tener un embarazo en soltería que quienes tienen entre 20 y 24 años y siguen solteras, pero la proporción de solteras va siendo menor en los grupos de edad de 25 y más años, hasta casi desaparecer a los 40, siendo las adolescentes las que están más expuestas a ser estigmatizadas por tener un embarazo siendo hijas de familia.

El embarazo adolescente es más frecuente entre las mujeres nacidas después de los años sesenta respecto a las que nacieron antes de esa década, pero menos frecuente entre las nacidas entre 1975 y 1980 que entre quienes nacieron entre 1970 y 1974. Como ya se ha señalado reiteradamente, el embarazo no parece haber sido la causa primaria de unión entre las mujeres, puesto que, de acuerdo con nuestras estimaciones sobre la edad a la primera unión, la gran mayoría de ellas se unió antes de embarazarse.

El embarazo temprano tiende a ocurrir más entre adolescentes nacidas en contextos campesinos. La gran mayoría de mujeres de 20 a 49 años que en 2001 refiere un primer embarazo antes de los 20 años, había abandonado la escuela previamente a la gestación. Más de un 70 por ciento de ellas ya se había unido maritalmente (y debutó sexualmente) antes de cumplir 17 años, aunque la edad mediana de la primera relación sexual y de la

primera unión se sitúa alrededor de los 18 años para quienes tenían entre 20 y 29 años en 2001.

El embarazo adolescente es más frecuente entre las mujeres de los sectores más pobres. El análisis descriptivo nos señala que por lo general quienes se embarazan en la adolescencia también se unen maritalmente antes de los 20 años (casi siempre antes del embarazo), que el embarazo y la unión adolescentes son la norma entre la población rural, y que proporciones muy altas (de 40 por ciento o más) de las adolescentes rurales, y de las urbanas de los estratos socioeconómicos bajo y muy bajo, están en riesgo de embarazarse y de unirse maritalmente antes de los 20 años. No debe olvidarse que esos estratos concentran a cerca de dos tercios de las adolescentes de Nicaragua. Si bien la proporción de jovencitas de los estratos medio y alto que se embarazan y se unen siendo adolescentes es muy minoritaria (16 por ciento y 3 por ciento respectivamente), no debe olvidarse que la población de mujeres adolescentes en esos estratos socioeconómicos es una minoría (24 por ciento y 7 por ciento de las mujeres adolescentes, respectivamente). La gran mayoría de las adolescentes que se embarazan en Nicaragua ya han abandonado la escuela y ya se encuentran unidas maritalmente con un hombre. El inicio de la vida sexual de las mujeres nicaragüenses coincide casi siempre con el inicio de su vida marital.

El análisis multivariado de la ENDESA 2001 demostró que el embarazo adolescente y la unión marital tempranas son fenómenos asociados con las mujeres que viven en localidades rurales, que tienen un nivel educativo de 9 años o menos, y que pertenecen a los estratos socioeconómicos más desprotegidos y mayoritarios. La probabilidad de experimentar un embarazo adolescente es mayor entre las mujeres campesinas de los estratos bajos, entre las que se unen o se inician sexualmente en edades tempranas de la adolescencia, y la asistencia a la escuela hasta edades avanzadas de la adolescencia solamente favorece a las jovencitas del estrato alto. Pero aún en los estratos medio y alto, mientras más temprano se unan maritalmente e inicien su vida sexual las adolescentes, mayor es el riesgo de que se embaracen antes de los 20 años.

Otro análisis multivariado de la ENDESA 2001 confirma que las desigualdades en niveles educativos y estatus socioeconómico de las adolescentes nicaragüenses y la residencia rural son las dimensiones de mayor peso que influyen en que la mitad de las

mujeres de 20 a 24 años reporten que tuvieron un embarazo en la adolescencia (Lion, Prata y Stewart (2009).

Aunque la asociación existente entre las condiciones materiales y sociales de vida de las adolescentes y la probabilidad de tener una unión marital y un embarazo antes de los 20 años aparecen muy claras en nuestro análisis estadístico de la ENDESA 2001, consideramos que es también importante realizar investigaciones similares que se complementen con estudios cualitativos. En esta investigación se inició una primera exploración cualitativa con mujeres que se embarazaron en la adolescencia, pero es necesario hacer más investigación sobre los significados de la sexualidad, la unión marital y el embarazo en la adolescencia por parte de la comunidad, los prestadores de servicios, las mujeres menores de 20 años y la población masculina del país.

**CAPÍTULO III:
LAS ADOLESCENTES NICARAGÜENSES Y LA CALIDAD
DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA**

INTRODUCCIÓN

Nuestra investigación persigue entre otras cosas, explorar la calidad de los servicios de salud reproductiva con que cuentan las adolescentes nicaragüenses y el presente capítulo constituye un primer acercamiento a este fin. Nos proponemos analizar algunos factores sociodemográficos relacionados con el acceso a los servicios de salud reproductiva por parte de las mujeres nicaragüenses de 15 a 19 años, con su conocimiento y uso de anticonceptivos y con su opinión sobre la calidad de los servicios que reciben durante el embarazo y en el parto.

Si bien la salud sexual y reproductiva involucra acciones que deben ser tomadas en cuenta en todas las etapas de la vida de los individuos, en el presente capítulo hemos priorizado a las mujeres adolescentes que ya iniciaron su vida sexual, a fin de apreciar en qué medida las consecuencias de una sexualidad desinformada o carente de medios preventivos apropiados para ejercerla libremente, puede determinar consecuencias que, de haber sido evitadas, ahorrarían a las adolescentes situaciones penosas innecesarias como las relativas a uniones maritales precipitadas, infecciones transmitidas sexualmente, embarazos no esperados, descendencia por encima de lo deseado y, en ocasiones, la desventura de enfrentarse a la muerte misma por no tener la oportunidad de obtener el apoyo necesario para detectar alguna anomalía durante el proceso de gestación o el parto.

Hemos considerado adecuado diseñar el capítulo en función de momentos decisivos en el ciclo de vida de las mujeres adolescentes, empezando por sus conocimientos sobre el ciclo ovulatorio y sobre los anticonceptivos, y por el momento en que éstas entran en contacto con el sistema de salud en busca de apoyo para su propia salud, o la de sus hijos e hijas. Esta decisión la hemos hecho tomando en cuenta que la asistencia de las adolescentes solteras y unidas a las unidades de salud entraña una excelente oportunidad para que las y los proveedores de atención den a conocer a las jóvenes los servicios de salud reproductiva existentes, y para que éstas puedan optar por algún método de regulación de la fecundidad que les sea conveniente o necesario. Nos parece de utilidad señalar, en este punto, las principales barreras que impiden a las adolescentes nicaragüenses sexualmente activas, especialmente a la minoría de ellas que no están unidas maritalmente, acudir a los servicios de salud cuando lo necesitan.

En segundo lugar, se intenta analizar la situación de las adolescentes del país en lo que se refiere al acceso a la planificación familiar, haciendo énfasis en el conocimiento y uso de anticonceptivos y a la información que reciben al respecto cuando contactan las unidades de salud. Analizamos también las principales fuentes de abastecimiento para las adolescentes usuarias de anticonceptivos y el costo económico de los métodos para estas mujeres. Posteriormente, se examinan la atención prenatal y durante el parto que reciben las adolescentes en el país, información que complementamos con datos de la región latinoamericana acerca de la mortalidad infantil. Finalmente, exploramos el tema de la prevención del cáncer cérvico uterino entre las adolescentes nicaragüenses. El capítulo concluye con una breve reseña de los principales hallazgos encontrados.

III. LAS MUJERES ADOLESCENTES Y LOS SERVICIOS DE SALUD

Cuando las mujeres visitan las unidades de salud pueden hacerlo por el interés hacia su propia salud, por el interés sobre la salud de sus hijos e hijas en el caso de las que ya son madres o, como sucede con la mayoría de las mujeres, por apoyar en el cuidado de la salud de otros miembros de la familia. En cualquiera de los casos, el contacto con la prestación de salud influye seguramente en la probabilidad de que las mujeres puedan acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, ya sea porque en las instalaciones se brinde información sobre esta necesidad y derecho de las mujeres, o bien, por el estímulo que puede recibir la mujer para hablar sobre ella misma al tener la oportunidad de hacerlo.

La influencia de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y de la Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, han sido decisivas para el establecimiento de leyes, políticas y programas para atender las necesidades de salud reproductiva de la población en la región de América Latina y el Caribe. La tendencia más reciente de las políticas y programas es hacia la integración de los diferentes servicios de salud reproductiva, de manera que se asegure a la población demandante que acude a las unidades de salud por un requerimiento específico, todos los servicios ajustados a sus necesidades. Sin embargo, en la práctica son pocos los programas nacionales que ofrecen una gama completa de servicios: complicaciones del parto por ejemplo, deben ser referidas a un nivel separado porque los servicios de atención primaria y secundaria no trabajan integradamente en la mayoría de países en la región, o acciones encaminadas a prevenir el

VIH y las infecciones de transmisión sexual no se implementan conjuntamente con los de atención materna, la planificación familiar y la educación anticonceptiva (Langer y Nigenda, 2000).

Ha sido demostrado que la integración de servicios puede reducir el costo de la atención proporcionada a los y las mismos usuarios y usuarias en visitas múltiples, y resultar más cómodo para éstos y éstas. En la práctica, se pierden muchas oportunidades para brindar una mayor variedad de servicios debido a que usuarios y usuarias tienden a pedir una sola prestación en sus consultas clínicas y los proveedores, a su vez, tienden a ofrecerles solo ese servicio. Si se diera información a las usuarias sobre los demás servicios a su disposición, se podría reducir el costo a largo plazo, tanto para las personas que solicitan el servicio como para la gestión del programa (Raney, Joyce y Townsend, 2003; Kane y Colton, 2005).

La integralidad de la atención puede concebirse respecto a la oferta de los servicios necesarios o convenientes en un mismo nivel de atención. En Nicaragua por ejemplo, las normas del programa de atención integral para la adolescencia, han sido diseñadas para aplicarse en el primer nivel de atención (MINSAL, 1999). Aunque se propone un enfoque multidisciplinario y multisectorial en la atención a los muchachos y muchachas, la única forma de hacer realidad este proyecto es a través del mecanismo de referencia y contrarreferencia, puesto que la mayoría de las unidades del primer nivel de atención del país no cuentan con la presencia de profesionales especialistas. Continuando con las y los adolescentes, existen programas en la región latinoamericana que contemplan también la posibilidad de la integralidad desde la prestación del servicio por un trabajador de la salud que tenga una visión interdisciplinaria (CENEP, 2000).

La asistencia de las adolescentes a los centros de salud durante el último año

En Latinoamérica y el Caribe una importante proporción de adolescentes no tiene acceso a los servicios de salud reproductiva y muchos de los servicios que se brindan a esta población carecen de la calidad técnica requerida (CENEP, 2000). Estudios realizados en Latinoamérica concluyen que la salud sexual y reproductiva de la población adolescente muestra indicadores muy dispares entre los diferentes subgrupos de adolescentes,

correspondiendo los peores a los sectores más pobres, marginados y que tienen menor nivel educativo (Schutt-Aine y Magdaleno, 2003).

En 2001, en Nicaragua, 5 de cada 10 mujeres adolescentes sexualmente activas manifestaron haber visitado los servicios de salud públicos o privados durante el último año por alguna necesidad de salud personal, y en el caso de las que ya eran madres, por causas relacionadas con la salud de sus hijos o hijas (Cuadro 3.1). La relativa poca asistencia de las mujeres adolescentes a las unidades de salud podría explicarse por un lado, al considerar que muchas veces las mujeres que ya son madres dan más prioridad a la salud de sus hijos e hijas que a la de ellas mismas (Bruce, 1990; Matamala, 1995). Por otro lado, como el sistema de salud en el país atiende de manera conjunta la morbilidad general y las demandas en materia de salud sexual y reproductiva de la población, las adolescentes podrían sentir temor de que su visita a las unidades de salud sea identificada con sus necesidades más íntimas, mismas que quizás prefieran mantener en el anonimato (Pathfinder, 1998). Finalmente, no estaría de más prestar atención a investigadores que aseguran que un rasgo característico de la población adolescente es la relativa buena salud de la que gozan (FOCUS, 2001).

Cuadro 3.1
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por lugar de residencia según si visitaron una unidad de salud en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001

	<i>Lugar de residencia</i>		<i>Total</i>
	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	
Visitó prestaciones de salud	56.3	48.5	52.8
No visitó prestaciones de salud	43.7	51.5	47.2
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Langer y Nigenda (2001), señalan que una limitación de los programas y servicios de salud reproductiva en la región latinoamericana y del Caribe es que no responden a las necesidades de las poblaciones más vulnerables, como las rurales e indígenas, que presentan una morbilidad y una mortalidad reproductivas mucho más altas que las poblaciones de zonas urbanas.

Respecto al lugar de residencia al momento de la entrevista de las mujeres nicaragüenses adolescentes sexualmente activas, la información del cuadro 3.1 evidencia la tendencia a una mayor utilización de los servicios de salud entre las mujeres más jóvenes que viven en las ciudades respecto de aquellas que habitan en contextos rurales. En efecto, en las localidades más urbanizadas del país existe una red de infraestructura más amplia y más opciones de transporte que facilitan el contacto de la población con las unidades de atención (PNUD, 2000), y por tanto, las mujeres adolescentes nicaragüenses campesinas estarían en una posición desfavorable en cuanto a la oportunidad de cuidar de su salud sexual y reproductiva, así como de atender las necesidades de salud de sus hijos e hijas.

Ahora bien, en lo relativo a la condición socioeconómica de las mujeres menores de 20 años que visitaron una unidad de salud en los últimos 12 meses, la información del cuadro 3.2 pone de manifiesto que las mujeres pertenecientes a los estratos bajo y medio solicitan con mayor frecuencia atención para su salud o la de sus hijos e hijas que las mujeres de los estratos muy bajo y alto. En el caso de las mujeres de sectores más pudientes las causas pueden descansar en dos hechos: estas mujeres inician su vida sexual más tarde que el resto de las mujeres y en consecuencia también su vida reproductiva (Capítulo II, Gráfico 2.9); por otra parte, muy probablemente las condiciones alimentarias y nutricionales de estas mujeres son superiores a las del resto de la población femenina adolescente, con lo cual, sus requerimientos de atención en salud son más limitados. Hay que considerar también que las mujeres del estrato alto pueden preferir la atención en la medicina privada. A su vez, una buena proporción de las mujeres adolescentes del estrato muy bajo, seguramente pertenece a sectores rurales y vive en localidades con escasez de servicios de salud, lo cual le impide solicitar atención en caso de necesidad.

Cuadro 3.2
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por estrato socioeconómico según si visitaron una unidad de salud en los últimos 12 meses.
Nicaragua, 2001

	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Visitó prestaciones de salud	48.6	56.2	56.7	50.0	53.1
No visitó prestaciones de salud	51.4	43.8	43.3	50.0	46.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Investigaciones implementadas en la región latinoamericana evidencian el impacto positivo de la educación de las mujeres en la utilización de los servicios de salud reproductiva (Mensch, Kuening y Jain, 1996).

La hipótesis de que las mujeres más escolarizadas tienen una mayor probabilidad de acceder a los servicios de salud en Nicaragua no está muy presente entre las adolescentes de Nicaragua, puesto que, un mayor nivel educativo influye muy poco en la mayor utilización de los servicios de salud (Cuadro 3.3). En 2001, en el país, poco más de la mitad de las mujeres menores de 20 años que habían iniciado su vida sexual y aprobado entre 6 y 10 años en la educación formal, acudió a los servicios de salud durante los últimos 12 meses, casi igual que entre quienes no terminaron la primaria. La afluencia de las adolescentes a las prestaciones de salud se incrementa ligeramente cuando éstas han concluido sus estudios de bachillerato.

Cuadro 3.3
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por nivel de escolaridad según si visitaron una unidad de salud en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001

	<i>Años aprobados</i>			<i>Total</i>
	<i>0-5</i>	<i>6-10</i>	<i>11 y +</i>	
Visitó prestaciones de salud	53.1	52.2	56.9	52.9
No visitó prestaciones de salud	46.9	47.8	43.1	47.1
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

En cuanto a la situación conyugal declarada por las adolescentes al momento de la encuesta, los datos del cuadro 3.4 parecen indicar una tendencia hacia el mayor uso de los servicios de salud entre las mujeres adolescentes unidas respecto de las mujeres solteras. En el país, en 2001, 56 por ciento de las adolescentes sexualmente activas que ya estaban unidas maritalmente declaró haber visitado una unidad de salud durante el último año, proporción que alcanzó a 44 por ciento de las adolescentes solteras. Esta situación podría explicarse en parte por el apoyo que podrían recibir las mujeres unidas por parte de sus parejas, que les permite afrontar los gastos que requiere el cuidado de su salud y la de sus hijos e hijas, o por temor de las solteras de ser estigmatizadas en los servicios de salud por

tener relaciones sexuales. Pero no debe olvidarse que la proporción de embarazos adolescentes entre mujeres solteras es mínima en Nicaragua.

Es importante tener presente también, que el hecho de estar unidas determina un promedio superior de hijos nacidos vivos entre las adolescentes nicaragüenses (Capítulo II, Cuadro 2.14), y en consecuencia mayores requerimientos de atención en salud para ellas o para sus hijos. Por otra parte, en una sociedad que condena la sexualidad fuera del matrimonio, las mujeres podrían sentirse con mayor libertad de expresar sus necesidades sexuales y de reproducción cuando forman parte de una unión aceptada socialmente. Gómez y Largaespada (2003), reconocen que la visión personal de las personas que facilitan los servicios de atención reproductiva a la población femenina puede convertirse en un obstáculo frecuente para que muchas mujeres accedan a los servicios, en el sentido que esa visión puede reflejar sus prejuicios, su escala de valores y sus fundamentos religiosos. Bertrand *et al.* (1995), hacen referencia a las restricciones que pueden imponer algunos prestadores de servicios de salud reproductiva al acceso de las mujeres sin pareja, al demandar el consentimiento de los maridos para algunos procedimientos como la entrega de métodos anticonceptivos.

Cuadro 3.4 Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por condición de unión según si visitaron una unidad de salud en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001

	<i>Situación conyugal</i>		<i>Total</i>
	<i>Solteras</i>	<i>Unidas</i>	
Visitó prestaciones de salud	44.2	55.5	53.6
No visitó prestaciones de salud	55.8	44.5	46.4
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Diferentes factores pueden contribuir para que las adolescentes no utilicen los servicios de salud, tanto para prevenir como para tratar cualquier problema relacionado con su salud en general, o en particular con sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva. Para Creel, Sass y Yinger (2001), el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva puede verse frustrado desde antes que las jóvenes intenten hacer uso de estos servicios, a causa de la falta de poder de decisión que tienen estas

mujeres en muchos lugares del mundo, la dependencia de la aprobación de sus parejas o, en el caso de las solteras, la falta de apoyo familiar. Stephenson y Ong Tsui (2002), agregan que las influencias culturales actúan directamente sobre las actitudes de búsqueda de servicios de salud, determinando la manera cómo las personas perciben su propia salud y la disponibilidad de servicios de salud.

Con base en la ENDESA 2001, hemos identificado algunas barreras que las mujeres adolescentes nicaragüenses reconocen como importantes para poder acceder a los servicios de salud en el país, destacando las dificultades relacionadas con el costo de la atención, la distancia de los servicios, el transporte, el problema que representa para las adolescentes tener que acudir solas a las unidades de salud y la situación incómoda para las mujeres jóvenes cuando la persona que brinda el servicio no es de su mismo sexo (Cuadro 3.5).

La calidad de los servicios de salud reproductiva contempla el acceso a dichos servicios como un factor fundamental, que involucra entre otros el costo apropiado del servicio según las particularidades de los grupos que demandan atención (Bertrand *et al.*, 1995). Estudios realizados con adolescentes en Latinoamérica indican que el costo económico de los servicios de salud reproductiva es sustancialmente mayor a sus posibilidades de pago (Belmonte *et al.*, 2000).

El costo del servicio es referido por las adolescentes nicaragüenses como el principal obstáculo en la búsqueda de atención para su salud, ya que, 65 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas, reconoce que conseguir dinero para costear el servicio representa para ellas un gran problema (Cuadro 3.5). En el campo, 71 por ciento de las mujeres más jóvenes acepta que el costo de los servicios es un problema mayor para poder acceder a ellos en caso de necesidad, proporción que disminuye a 61 por ciento en las ciudades.

Muchas mujeres no pueden llegar fácilmente a las clínicas que brindan atención en salud reproductiva, porque éstas suelen estar muy separadas entre sí. Algunos países cuentan con facilidades de transporte público, pero puede ser que la sociedad no considere apropiado que las mujeres viajen solas, y la necesidad de recorrer largas distancias puede dificultar para algunas la obtención de servicios en secreto. Las posibilidades de acceder a los servicios de salud reproductiva para las mujeres rurales pueden verse limitadas también por razones financieras o carencia de transporte en esas zonas (Creel, Sass y Yinger, 2001).

La distancia de los servicios y las limitaciones de transporte constituyen impedimentos frecuentes para que las mujeres adolescentes nicaragüenses busquen atención para su salud, especialmente en el campo, en donde 54 y 57 por ciento respectivamente de las jovencitas pueden quedar excluidas de los servicios de salud a causa de la lejanía de éstos y la carencia de medios para movilizarse. La distancia de los servicios y la limitación de transporte afectan por su parte a 33 y 31 por ciento, respectivamente, de la población adolescente femenina que reside en las ciudades.

Cuadro 3.5
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por características seleccionadas según principales razones para no acudir a los servicios de salud. Nicaragua, 2001

<i>Es gran problema para acudir a los servicios</i>	<i>Lugar de residencia</i>		<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Escolaridad</i>			<i>Situación conyugal</i>		
	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	<i>0-5 años</i>	<i>6-10 años</i>	<i>11 y + años</i>	<i>Solteras</i>	<i>Unidas</i>	<i>Total</i>
Costo	60.7	70.8	72	67.3	52.6	21.4	69.7	63.2	48.5	58	64.2	64.8
Distancia	32.6	54.4	52.3	37.4	35.4	17.9	47.4	40.7	19.7	39.9	44.8	42.8
Transporte	31.1	56.6	54.4	36.3	35.6	3.6	52.8	35.9	21.5	31.2	44.1	42.5
Ir sola	26.4	38.9	36	32.2	24.6	25	38	28.4	16.9	34.8	31.8	32.1
Sexo proveedor	42.4	42.3	45.1	42.2	39.2	21.4	42.6	43.4	30.8	40.6	42.7	42.3

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Por su parte, 3 de cada 10 adolescentes nicaragüenses encuentran muy problemático tener que acudir solas a las unidades de salud, situación más sensible entre las jóvenes campesinas que entre las adolescentes urbanas. En este caso, las adolescentes pueden sentir vergüenza de que los vecinos de las comunidades las miren entrar solas a una unidad de salud, por el vínculo posible que personas conocidas puedan establecer con el inicio de las relaciones sexuales por parte de las jóvenes (Belmonte, 2003).

Investigaciones llevadas a cabo en el mundo en desarrollo demuestran que muchos usuarios y usuarias de servicios de salud reproductiva se identifican con proveedores y proveedoras de su mismo sexo (Bruce, 1990). Resulta muy interesante, que para 4 de cada 10 mujeres adolescentes nicaragüenses, el sexo de la persona que proporciona la atención en salud sea un factor muy determinante para solicitar el servicio. El valor del indicador aplica por igual en el campo y la ciudad.

Considerando el nivel de vida de las mujeres, los datos del cuadro 3.5 permiten concluir que condiciones como el costo de los servicios, la distancia y el transporte, relacionadas directamente con la capacidad adquisitiva de las mujeres jóvenes, afectan de preferencia a las adolescentes del estrato muy bajo, pero en importante medida también a las del estrato bajo y medio. Las mujeres adolescentes del estrato alto parecen disponer más de recursos que les permiten pagar los costos asociados a la atención médica y vivir en comunidades donde la oferta de servicios de salud públicos o privados es más amplia y las opciones de transporte son más diversificadas. No obstante, otras situaciones que pueden estar asociadas más con la realidad cultural y la condición de género de las adolescentes, tales como la necesidad de ser acompañadas por otras personas y la preferencia de ser atendidas por mujeres, resultan relevantes aún para las adolescentes de los sectores más acomodados. Asistir acompañadas a los servicios de salud, además de una preferencia de las adolescentes, podría reflejar, en alguna medida, falta de reconocimiento de la sociedad y de los prestadores de servicios de salud acerca de la capacidad y derechos de las mujeres jóvenes de desplazarse solas y de cuidar de su propia salud.

Es sabido que las mujeres más educadas acceden más a los servicios de salud reproductiva que aquellas con un bajo nivel de escolaridad, aún cuando en las comunidades exista menor disponibilidad de servicios. Las mujeres más preparadas, por lo general, se sienten más motivadas a controlar su fecundidad y recurren en una proporción mayor a los

métodos anticonceptivos (Mensch, Arends-Kuenning y Jain, 1996). Es probable que entre las mujeres con un nivel superior de escolaridad, la expectativa de un proyecto de vida diferente de la procreación ocurra con mayor frecuencia que entre las mujeres con baja o nula escolaridad.

En Nicaragua, en 2001, el costo del servicio fue el principal obstáculo referido por las adolescentes para acudir a las prestaciones de servicios de salud sin importar la educación que estas habían recibido (Cuadro 3.5), aunque la situación al respecto de las mujeres jóvenes menos preparadas es más crítica. En este sentido, más de 60 por ciento de las mujeres adolescentes sin ningún grado de educación formal o que han recorrido hasta 6 a 10 años en el sistema escolar, no acude a los servicios de salud en caso de necesidad por no contar con los recursos económicos para hacerlo. En tanto que la mitad de las adolescentes que han logrado concluir el decimoprimer año de estudios, manifiesta que la imposibilidad de pagar la atención les impide tener contacto con los servicios de salud.

Conviene señalar al respecto, además de la carencia de posibilidades laborales para la juventud, la falta de independencia de las adolescentes aún en el seno de las familias más acomodadas, y que puede influir en un sistema de control del gasto que éstas hacen por parte de sus esposos o sus progenitores. Los esposos, los padres y las madres en este caso, querrían seguramente estar presentes en cualquier consulta que tenga que ver con la salud de las muchachas, y ellas optarían probablemente por confidencialidad, especialmente si son solteras o si sus esposos no están de acuerdo con sus decisiones reproductivas, pues la razón de consulta tiene que ver con su salud sexual y reproductiva.

La lejanía de los servicios, a su vez, impide a más de 40 por ciento de las adolescentes nicaragüenses que ha permanecido en el sistema educativo por un máximo de 10 años acudir a consultar por algún problema relacionado con su salud o para prevenirlo (Cuadro 3.5). Las más favorecidas al respecto son las jóvenes con más de 10 años de escolaridad y las que ya han ingresado a la universidad. Por su parte, el servicio de transporte que se oferta en el país parece ser insuficiente, o muy caro, para satisfacer la demanda de la población adolescente femenina, especialmente de aquellas mujeres que por razones diversas no lograron terminar sus estudios de primaria. Más de la mitad de estas mujeres se ven privadas del derecho de recibir atención para su salud por la falta de medios de transporte que les permitan llegar a las unidades de salud, o por la incapacidad de pagar

los que se ofertan. Esta dificultad disminuye conforme aumentan los niveles de escolaridad de las adolescentes: las que han tenido la oportunidad de permanecer por más tiempo en el sistema educativo reportan menos dificultades con el costo de los servicios y el transporte. No debemos olvidar que la población más escolarizada reside por lo común en zonas con mayor disponibilidad de centros de atención para la salud, tanto del estado como privados, y que estas personas pueden también contar con movilidad privada, que les facilite el desplazamiento físico.

A su vez, no contar con el acompañamiento de alguna persona restringe considerablemente la búsqueda de apoyo para la prevención o el tratamiento de alguna dolencia por parte de las mujeres nicaragüenses más jóvenes, sobre todo cuando las muchachas tienen menos instrucción (Cuadro 3.5). El mayor requerimiento de compañía de las adolescentes menos escolarizadas quizás responda a pautas culturales más tradicionales en los sectores sociales más vulnerables del país, en los cuales las reglas de familia pueden definir patrones de control para las esposas jóvenes y las hijas mujeres. Estos controles suelen ser más rígidos que en el caso de las familias con mayor desahogo económico. Conviene señalar, que la atención por parte de médicos varones es una barrera muy frecuente para que todas las adolescentes consulten los servicios de salud y aunque su intensidad disminuye cuando las mujeres han concluido los estudios de secundaria (11 años y más), este obstáculo es el segundo en orden de importancia para privarse de la atención en salud para las mujeres con mayor preparación. Las adolescentes con mayor nivel educativo podrían estar mejor posicionadas para elegir no solamente la unidad en la cual quieren atenderse, sino el profesional que les proporcione el servicio.

La condición de unión se asocia ligeramente con las limitaciones materiales para acudir a los servicios (costo, distancia, transporte), en el sentido que afectan más a las adolescentes unidas maritalmente que a las solteras (Cuadro 3.5). En Nicaragua, el promedio de hijos nacidos vivos entre las mujeres adolescentes unidas es mucho mayor que entre las solteras sexualmente activas (Capítulo II, Cuadro 2.14), y es posible que las mujeres que tienen marido tengan mayores necesidades de servicios médicos (por la salud de sus hijos) que las mujeres solteras. Por otra parte, el ingreso familiar, en el caso de las adolescentes unidas, deberá designarse también para el resto de las necesidades del hogar. En cuanto a las razones vinculadas con cuestiones de género que dificultan el acceso a

servicios (necesidad de compañía y sexo del proveedor), no hay diferencias entre adolescentes solteras y adolescentes unidas. Las mujeres adolescentes nicaragüenses solteras y las que forman parte de una unión establecida, demandan en proporciones similares la compañía de alguna persona y la atención de parte de prestadoras mujeres para recibir algún servicio de salud en caso necesario.

III. 2 LAS ADOLESCENTES Y LA ANTICONCEPCIÓN

Antes de analizar algunas experiencias en los servicios de salud, en este apartado examinaremos la influencia de los ejes de diferenciación de las adolescentes nicaragüenses (residencia rural o urbana, estrato socioeconómico, escolaridad y condición de unión) en su conocimiento del ciclo ovulatorio y de la anticoncepción y en el uso de métodos anticonceptivos.

El conocimiento que tengan las mujeres sobre la fisiología reproductiva provee una herramienta básica para el éxito en el uso de los llamados métodos naturales, como la abstinencia periódica, el método de amenorrea por lactancia y aquellos que en alguna medida se relacionan con el coito, como el retiro, el condón y los métodos vaginales (INEC, 2001). Para que las mujeres conozcan cómo funciona su sistema reproductivo se precisa de campañas educativas y de información en salud sexual y reproductiva que lleguen a las mujeres en todas las etapas de su vida reproductiva, desde el sistema escolar, la familia, los centros de trabajo, la comunidad y por supuesto, las instituciones de salud.

La educación en salud sexual y reproductiva por parte de las instituciones se ve dificultada por valores culturales de género tradicionales, como los dobles estándares hacia la sexualidad basados en género, permisibles hacia la sexualidad masculina y punitivos para la sexualidad femenina (Rani, Figueroa y Ainsle, 2003; Zelaya *et. al.*, 1997). O como la normatividad social de que solamente la pareja de la mujer puede introducirla en los conocimientos sobre su cuerpo y la reproducción (Szasz, 2001). También interfiere con la receptividad de las mujeres a los conocimientos e información los controles sobre la actividad sexual de las jovencitas. En el caso de los y las adolescentes, cuando éstos reciben información acerca del ciclo menstrual, la ovulación y la fecundación, esta información suele ser escasa, confusa y abstracta (Schiavón, Jiménez y Pérez 1997).

Tomando en cuenta que la espontaneidad acompaña de manera frecuente la primera relación sexual entre las adolescentes que no están unidas (FNUAP/INIM, 1999; Schiavón, Jiménez y Pérez 1997), y que la desinformación acerca de las técnicas de uso de los diferentes métodos es común incluso entre las adolescentes unidas, resulta preocupante observar que las mujeres nicaragüenses de 15 a 19 años desconocen en una importante proporción cuándo se produce en la mujer el período fértil. En 2001, 34 por ciento de las adolescentes nicaragüenses manifestó no saber nada acerca del período fértil, en tanto, solo 18 por ciento de las mujeres de mayor edad ignoraba el momento en el cual las mujeres pueden quedar embarazadas (Cuadro 3.6). Además, solamente un 11.5 por ciento de las adolescentes respondieron correctamente que el periodo fértil está en la mitad del ciclo ovulatorio, mientras que entre las mujeres de veinte años y más este porcentaje es mayor.

Cuadro 3.6
Porcentaje de mujeres por grupos de edad según conocimiento del ciclo ovulatorio. Nicaragua, 2001

<i>Conocimiento del período fértil</i>	<i>Grupos de edad</i>						
	<i>15-19</i>	<i>20-24</i>	<i>25-29</i>	<i>30-34</i>	<i>35-39</i>	<i>40-44</i>	<i>45-49</i>
Durante el período	4.7	1.6	1.8	1.3	1.3	1.6	1.3
Después de finalizar período	27.6	35.2	37.0	38.1	39.6	39.3	38.9
En la mitad del ciclo	11.5	15.3	15.6	18.1	17.9	15.4	15.5
Antes de empezar período	9.8	11.6	11.7	12.3	11.7	11.4	14.2
En cualquier tiempo	11.6	9.9	10.7	9.4	8.7	11.3	9.3
Otros	0.9	2.1	2.0	2.1	2.2	2.8	2.7
No sabe	33.9	24.3	21.2	18.7	18.6	18.2	18.1
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

La residencia en áreas rurales se asocia con un conocimiento aún menor de las adolescentes sobre el ciclo ovulatorio. Mientras que 28 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años residentes en localidades urbanas refería no saber nada respecto del momento en el cual podían quedar embarazadas, este porcentaje entre las mujeres adolescentes rurales superó el 42 por ciento (Cuadro 3.7). El porcentaje de mujeres adolescentes de las ciudades que conocía correctamente el momento en el cual podía presentarse un embarazo duplicaba al observado entre las adolescentes del campo (14 y 7 por ciento, respectivamente). Esta situación puede estar vinculada a la baja escolaridad de los sectores rurales respecto de los contextos más urbanizados y a la mayor carencia de campañas educativas en salud sexual y reproductiva para las personas que viven en localidades rurales.

Cuadro 3.7
Porcentaje de mujeres de 15-19 años por lugar de residencia
según conocimiento del ciclo ovulatorio. Nicaragua, 2001

<i>Conocimiento del período fértil</i>	<i>Lugar de residencia</i>	
	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>
Durante el período	5.7	3.1
Antes de empezar período	11.5	7.2
En la mitad del ciclo	14.3	7.0
Después de terminar período	29.1	25.1
En cualquier tiempo	10.2	14.1
Otros	0.9	0.8
No sabe	28.3	42.7
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

En cuanto a la asociación entre los conocimientos y la estratificación socioeconómica, la información del cuadro 3.8 confirma que hay un mayor conocimiento de la fisiología de la reproducción conforme las adolescentes tienen mejores condiciones de vida. Casi la mitad de las mujeres de 15 a 19 años del estrato muy bajo manifiesta no tener idea alguna acerca del momento propicio para que se produzca un embarazo, proporción que duplica prácticamente a la correspondiente entre las adolescentes del estrato alto. Tan solo 5 por ciento de las mujeres adolescentes del sector muy bajo tienen conocimiento adecuado acerca del momento de mayor riesgo para que una mujer se embarace, en tanto, entre las mujeres del sector alto, esta proporción asciende a 32 por ciento.

Cuadro 3.8
Porcentaje de mujeres de 15-19 años por estrato socioeconómico según
conocimiento del ciclo ovulatorio. Nicaragua, 2001

<i>Conocimiento del período fértil</i>	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
Durante el período	2.6	6.6	4.5	2.6
Antes de empezar período	7.0	9.5	15.3	6.4
En la mitad del ciclo	5.4	11.8	14.6	31.4
Después de terminar período	22.9	30.0	30.2	28.2
En cualquier tiempo	15.0	10.3	10.2	7.7
Otros	0.5	1.3	0.7	----
No sabe	46.6	30.5	24.5	23.7
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

El nivel de escolaridad de las mujeres nicaragüenses menores de 20 años, parece ser la condición que marca mayores diferencias en cuanto al conocimiento respecto al tiempo

en el cual el cuerpo de una mujer está preparado para un embarazo. A medida que el nivel de escolaridad de las adolescentes nicaragüenses se incrementa, aumentan los conocimientos que éstas tengan sobre su propio cuerpo. De esta manera, mientras que solamente 2 por ciento de las adolescentes analfabetas respondieron acertadamente acerca del momento propicio para que la mujer se embarace, esta proporción fue de 18 por ciento entre las jóvenes con un nivel escolar de 10-11 años, y de 40 por ciento entre aquellas que habían logrado algún nivel universitario. A su vez, 58 por ciento de las mujeres analfabetas de 15 a 19 años aceptó no saber nada acerca del tema, y esta proporción entre las jóvenes que habían estudiado 10 a 11 años fue de 20 por ciento y de 7 por ciento entre las universitarias (Cuadro 3.9).

Cuadro 3.9
Porcentaje de mujeres de 15-19 años por nivel de escolaridad según conocimiento del ciclo ovulatorio.
Nicaragua, 2001

<i>Conocimiento del período fértil</i>	<i>Analfabetas</i>	<i>1-3 años</i>	<i>4-6 años</i>	<i>7-9 años</i>	<i>10-11 años</i>	<i>Superior</i>
Durante el período	2.5	1.2	4.1	6.7	4.8	1.2
Antes de empezar período	4.5	6.0	8.1	11.9	12.0	15.5
En la mitad del ciclo	2.0	6.3	9.6	11.1	18.3	40.5
Después de terminar período	14.6	22.9	26.9	29.4	33.4	28.6
En cualquier tiempo	17.7	17.2	12.6	9.3	10.0	7.1
Otros		0.6	1.0	0.9	1.3	
No sabe	58.7	45.8	37.7	30.7	20.2	7.1
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Esta falta de conocimientos no parece ser exclusivo de las mujeres adolescentes nicaragüenses. Encuestas realizadas en otros países de la región latinoamericana indican que la proporción de mujeres en edad fértil que conoce apropiadamente el momento en que se produce un embarazo es mayor a medida que aumenta el nivel de instrucción (Family Health International, 1999).

Por su parte, en lo que respecta al estado conyugal de las mujeres nicaragüenses de 15 a 19 años, parece ser un factor que influye decididamente en un mayor o menor conocimiento de las adolescentes acerca del funcionamiento de su sistema reproductivo, puesto que 36.5 por ciento de las solteras dijo no tener conocimientos sobre el período fértil, porcentaje que se reduce a 28% entre las unidas y alguna vez unidas. Sin embargo, esta respuesta puede no tener que ver con conocimientos, sino con las reglas de género que

limitan la información sobre sexualidad para las jóvenes solteras. La proporción de adolescentes solteras que sabía del momento en el cual las mujeres pueden quedar embarazadas, era ligeramente superior a la correspondiente para las unidas o alguna vez unidas: 11.8, 10.9 y 10.2 por ciento respectivamente (Cuadro 3.10).

Cuadro 3.10
Porcentaje de mujeres de 15-19 años por situación conyugal según conocimiento del ciclo ovulatorio. Nicaragua, 2001

<i>Conocimiento del período fértil</i>	<i>Solteras</i>	<i>Casadas/Unidas consensualmente</i>	<i>Divorciadas, separadas o viudas</i>
Durante el período	5.4	3.0	3.1
Antes de empezar período	10.3	8.9	8.3
En la mitad del ciclo	11.8	10.9	10.2
Después de terminar período	23.8	36.5	35.4
En cualquier tiempo	11.5	11.6	13.0
Otros	0.7	1.4	0.8
No sabe	36.5	27.7	29.2
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Hacia 1970, el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres era relativamente escaso en ciertos países de la región y se concentraba entre los círculos sociales más acomodados de las grandes ciudades. La difusión de la planificación familiar a través de los agentes institucionales de salud y de los medios masivos de comunicación, facilitó que el conocimiento se extendiera, incluso entre los grupos menos favorecidos de la sociedad (CONAPO, 2000).

Contreras, Guzmán y Hakkert (2001), mencionan que existen factores socioeconómicos y culturales que impiden el uso eficaz de anticonceptivos por parte de las adolescentes solteras. Los autores destacan entre esos factores las relaciones sexuales repentinas, la dificultad de discutir ampliamente sobre el tema, la actitud negativa hacia los anticonceptivos y la escasez de proveedores de métodos adecuados en tiempo y lugar. Entre las adolescentes unidas, el menor uso de anticoncepción podría estar asociado al deseo de tener hijos a temprana edad.

Pizarro (2004) se refiere a las limitaciones de los servicios de salud reproductiva para adolescentes en Nicaragua, afirmando que en el sistema de salud público del país a pesar de existir una oferta de anticonceptivos modernos y seguros, han habido prolongados períodos de desabastecimiento debido a problemas de almacenaje, distribución y falta de recursos.

En relación al nivel de conocimiento y uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes nicaragüenses sexualmente activas, esperábamos diferencias notorias de estos indicadores entre el campo y la ciudad, pero los datos dan cuenta de un elevado conocimiento de los métodos anticonceptivos tanto para las que viven en las ciudades como en medios rurales. Las cifras indican también porcentajes semejantes de uso de métodos anticonceptivos modernos, cercanos al 40 por ciento, tanto entre las adolescentes urbanas como entre las rurales (Cuadro 3.11). Un porcentaje ligeramente superior de las adolescentes que habitan en localidades urbanas recurren a los métodos tradicionales de planificación en relación a las mujeres jóvenes campesinas.

Cuadro 3.11
Porcentaje de mujeres de 15-19 años sexualmente activas por lugar de residencia según conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Nicaragua, 2001

	CONOCIMIENTO			<i>Total</i>
	<i>Conoce modernos</i>	<i>No conoce</i>		
Urbano	99.3	0.7		100
Rural	97.4	2.6		100

	USO			<i>Total</i>
	<i>No usa</i>	<i>Usa modernos</i>	<i>Usa tradicionales</i>	
Urbano	56.6	40.5	2.9	100
Rural	59.8	39.0	1.2	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Estudios realizados en la región latinoamericana muestran que el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes es sensible a los niveles de pobreza, si bien no siempre en forma lineal (Pantelides, 2004). En el caso de Nicaragua, si consideramos el estrato socioeconómico al cual pertenecen las mujeres adolescentes que han iniciado su vida sexual, hay diferencias importantes. A mejores condiciones de vida de las

adolescentes, corresponden tasas más altas de utilización de métodos modernos de planificación familiar (Cuadro 3.12). Mientras que, 34 y 41 por ciento, respectivamente, de las mujeres nicaragüenses de 15 a 19 años sexualmente activas de los estratos muy bajo y bajo se declararon usuarias de anticonceptivos, en los estratos alto y muy alto 50 y 54 por ciento de las adolescentes sexualmente activas utilizaban algún método moderno de planificación familiar.

Las adolescentes de los sectores sociales más pudientes manifestaron recurrir a métodos tradicionales de planificación en mayor proporción que las adolescentes de los sectores más pobres, aunque en todos los estratos es bajo el uso de estos métodos: 0.9 y 1.7 por ciento en los estratos muy bajo y bajo y 5.6 y 3.6 en los estratos medio y alto. Puede ser que las mujeres adolescentes de los sectores más beneficiados económicamente del país, por conocer más acerca de la fisiología de la reproducción, tengan mayor información respecto de cómo funcionan los diferentes métodos tradicionales (Cuadro 3.12)

Cuadro 3.12
Porcentaje de mujeres de 15-19 años sexualmente activas por estrato socioeconómico según conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Nicaragua, 2001

	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
CONOCIMIENTO				
Conoce modernos	97.0	99.1	100.0	100.0
No conoce	3.0	0.9	---	---
Total	100	100	100	100
USO				
No usa	65.5	57.5	44.6	42.9
Usa modernos	33.6	40.9	49.7	53.6
Usa tradicionales	0.9	1.7	5.6	3.6
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Por su parte, el nivel de escolaridad de las adolescentes, discrimina los niveles de conocimiento que éstas tienen acerca de los métodos de planificación modernos, y en mayor medida, los niveles de utilización de éstos (Cuadro 3.13). Tanto los índices de utilización como de conocimiento aumentan cuando las mujeres adquieren más educación.

Cuadro 3.13
 Porcentaje de mujeres de 15-19 años sexualmente activas por nivel de escolaridad según conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Nicaragua, 2001

	<i>Analfabetas</i>	<i>1-3 años</i>	<i>4-6 años</i>	<i>7-9 años</i>	<i>10-11 años</i>	<i>Superior</i>
CONOCIMIENTO						
Conoce modernos	91.2	97.8	99.2	100.0	100.0	100.0
No conoce	8.8	2.2	0.8	----	----	----
Total	100	100	100	100	100	100
USO						
No usa	64.3	62.2	59.6	55.3	48.3	41.7
Usa modernos	35.7	37.3	38.8	43.0	41.6	50.0
Usa tradicionales	----	0.5	1.6	1.6	10.1	8.3
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

En cuanto al uso de los métodos de anticoncepción modernos, menos de 36 por ciento de las que no han accedido a la educación formal (analfabetas), y menos del 40 por ciento de las que han cursado algún grado de primaria (hasta 6^o grado), refiere utilizar algún método moderno en sus relaciones sexuales, en tanto que, 50 por ciento de aquellas con un nivel universitario hace uso de ellos y otro 8 por ciento hace uso de métodos tradicionales. El uso de métodos tradicionales se eleva a 10 por ciento entre las que tienen entre 10 y 11 años de escolaridad.

Observando el estado conyugal de las mujeres al momento de la ENDESA 2001, nos damos cuenta que en Nicaragua la gran mayoría de las mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas reportó tener conocimiento sobre los métodos anticonceptivos modernos independientemente de su situación conyugal. Al analizar el nivel de uso de métodos anticonceptivos modernos por parte de estas mujeres, resulta algo desalentador darse cuenta que 8 de cada 10 mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas que al momento de la entrevista se encontraban solteras o manifestaron haber estado unidas alguna vez, no recurrían a ningún tipo de métodos modernos de anticoncepción (Cuadro 3.14).

Cuadro 3.14
Distribución porcentual de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas por situación conyugal según conocimiento y uso de anticonceptivos. Nicaragua, 2001

	<i>Soltera</i>	<i>Casada</i>	<i>Unida consensualmente</i>	<i>Divorciada, separada o viuda</i>
CONOCIMIENTO				
Conoce modernos	98.6	97.5	97.9	99.6
No conoce	1.4	2.5	2.1	0.4
Total	100	100	100	100
USO				
No usa	80.4	37.9	46.7	83.0
Usa modernos	18.1	56.5	52.0	15.0
Usa tradicionales	1.5	5.6	1.3	2.0
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Las adolescentes casadas y las unidas consensualmente hacen un mayor uso de la anticoncepción moderna (57 y 52 por ciento respectivamente). Esta situación podría estar relacionada con que las solteras y las alguna vez unidas no tienen una vida sexual regular. Destaca el hecho de que sean las mujeres adolescentes casadas las que recurren en mayor proporción a los métodos anticonceptivos modernos y tradicionales. El uso de estos últimos puede vincularse con una mayor seguridad por parte de las adolescentes de contar con el apoyo de la pareja cuando la relación ya se ha formalizado.

Una consideración a tener en cuenta respecto al bajo uso de anticoncepción por las adolescentes es la estigmatización de que podrían ser víctimas las adolescentes solteras por parte de los prestadores de servicio. En el país existe la tendencia a una valoración negativa de las mujeres que tienen relaciones sexuales fuera de una unión establecida, así como de aquellas que no han experimentado la maternidad. Esta situación puede extenderse a los prestadores de servicios, puesto que las adolescentes solteras muchas veces acuden a centros de salud ubicados en barrios que no son los suyos en busca de métodos de planificación familiar para no ser reconocidas por las personas que prestan el servicio, o en el caso del campo, a comunidades alejadas (Testimonios recogidos en la práctica médica de la autora de 1988 a 1996). Otra cuestión a considerar es que aún en países latinoamericanos que muestran un uso de anticonceptivos elevado entre mujeres adolescentes unidas, este

uso es menor que entre las mujeres de 20 años y más, por el hecho de que antes de los 20 años las mujeres unidas están iniciando su vida reproductiva y probablemente están deseando tener hijos (Contreras, Guzmán y Hakkert, 2001).

Considerando las mujeres de todos los grupos de edad, la tendencia en los últimos años en la región latinoamericana, ha sido al aumento de las mujeres que recurren a la anticoncepción. El nivel de uso en Nicaragua se ubica por encima del observado en países como Bolivia, Guatemala y Haití, y muy cercano al de países como Brasil y Colombia (Cuadro 3.15).

La experiencia de haber tenido un embarazo no parece alterar la tendencia en el uso de anticonceptivos entre las mujeres Nicaragüenses de todos los grupos de edad. En cambio, el hecho de estar unidas o casadas se relaciona con un uso mucho mayor de anticonceptivos en todos los grupos de edad. Al igual que en el caso de las adolescentes, todas las mujeres de 20 años o más que han estado alguna vez

Cuadro 3.15
Porcentaje de mujeres de 15-49 años que utilizan métodos de
planificación familiar en países seleccionados de América Latina.
1994-2001

<i>País</i>	<i>Cualquier método</i>	<i>Métodos modernos</i>
Brasil 1996	77	70
Colombia 2000	77	64
Colombia 1995	72	59
Nicaragua 2001	69	67
Nicaragua 1998	60	57
República Dominicana 1996	64	59
Perú 2000	69	50
Perú 1996	64	41
Bolivia 1998	48	25
Bolivia 1994	45	18
Guatemala 1998-99	38	31
Guatemala 1995	31	27
Haití 2000	28	22
Haití 1994-95	18	13

Fuente: Informe Final de la ENDESA 2001.

embarazadas y que comparten una relación estable de pareja, hacen un mayor uso de los anticonceptivos que las solteras y que las alguna vez unidas que han experimentado un embarazo (Cuadro 3.16).

En 2001, en Nicaragua, 8 de cada 10 mujeres solteras en edad reproductiva que habían estado alguna vez embarazadas manifestaron no hacer uso de ningún método de anticoncepción. La proporción de mujeres que no recurría a la anticoncepción después de haber tenido un embarazo fue más alta entre las mujeres más jóvenes. Solamente 14 y 13 por ciento de las mujeres de 15 a 19 y 20 a 24 años respectivamente, utilizaban algún método anticonceptivo moderno luego de la experiencia de algún embarazo. El nivel de uso de anticonceptivos entre las mujeres solteras que han estado embarazadas una o más veces en su vida, aumenta con la edad de las mujeres hasta los 35 a 39 años, edad en la cual se registran los mayores índices de utilización por parte de todas las mujeres, tanto de métodos modernos como tradicionales.

Cuadro 3.16
Distribución porcentual de mujeres alguna vez embarazadas por
grupos de edad según uso de métodos anticonceptivos y
situación conyugal. Nicaragua, 2001

<i>Grupos de edad</i>	<i>No usa</i>	<i>Usa modernos</i>	<i>Usa tradicionales</i>	<i>Total</i>
SOLTERAS				
15-19	85.9	14.1		100
20-24	87.3	12.7		100
25-29	77.8	22.2		100
30-34	78.1	21.9		100
35-39	31.6	42.1	26.3	100
40-44	78.6	21.4		100
45-49	77.8	22.2		100
Total	79.4	18.6	2.0	100
CASADAS/UNIDAS CONSENSUALMENTE				
15-19	43.1	55.6	1.3	100.0
20-24	31.7	66.2	2.1	100.0
25-29	29.6	68.3	2.1	100.0
30-34	23.4	73.8	2.8	100.0
35-39	23.5	73.8	2.7	100.0
40-44	29.3	67.4	3.3	100.0
45-49	40.9	56.8	2.3	100.0
Total	30.0	67.6	2.4	100.0
DIVORCIADAS, SEPARADAS O VIUDAS				
15-19	79.4	20.0	0.6	100
20-24	79.3	20.7		100
25-29	62.0	37.7	0.3	100
30-34	60.5	39.5		100
35-39	63.7	36.3		100
40-44	61.4	38.6		100
45-49	62.5	37.2	0.3	100
Total	65.9	34.0	0.1	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Entre las mujeres casadas o unidas consensualmente que ya han gestado se presentan los más altos porcentajes de métodos anticonceptivos modernos. Las adolescentes en este caso recurren menos a la anticoncepción que las mujeres mayores de 20 años (56 por ciento), en tanto que, 7 de cada 10 mujeres de 30 a 39 años, utiliza algún método anticonceptivo moderno. Puede existir, entre las mujeres unidas de esas edades, la sensación de haber colmado sus expectativas respecto de la unión.

Al establecer una relación entre el nivel de fecundidad y el primer uso de métodos, los datos indican que las mujeres más jóvenes planifican antes del primer hijo nacido vivo

en mayor proporción que las mujeres de mayor edad (Cuadro 3.17). Antes del primer hijo vivo, casi seis de cada diez mujeres adolescentes comenzaron a planificar su descendencia, en tanto en el grupo de 45 a 49 años solamente lo hizo una de cada diez mujeres. Existe la tendencia, en todos los grupos de edad, al espaciamiento de los nacimientos después del primer hijo nacido vivo.

Cuadro 3.17
Distribución porcentual de mujeres por grupos de edad según hijos vivos al primer uso de métodos anticonceptivos. Nicaragua, 2001

<i>Hijos vivos al primer uso</i>	<i>Grupos de edad</i>						
	<i>15-19</i>	<i>20-24</i>	<i>25-29</i>	<i>30-34</i>	<i>35-39</i>	<i>40-44</i>	<i>45-49</i>
0	57.6	39.8	24.9	19.1	13.0	10.7	9.7
1	38.4	48.2	47.5	46.0	42.5	39.2	35.8
2	3.6	8.7	15.7	15.7	16.6	15.1	15.0
3	0.3	2.3	5.8	7.0	10.1	9.8	11.3
4+	0.1	1.0	6.1	12.1	17.8	25.2	28.1
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Finalmente, se observa que un importante porcentaje de adolescentes usuarias de anticonceptivos han hecho el primer uso de anticonceptivos antes de tener hijos (57.6 por ciento). (Cuadro 3.17).

III.3 ACCESO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Una vez examinado el conocimiento y uso de anticonceptivos, en este apartado analizaremos algunos elementos que aporta la ENDESA 2001 sobre el acceso de las adolescentes a los servicios de anticoncepción que brindan las instituciones de salud en Nicaragua, y sobre la calidad de los mismos.

A propósito de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo de 1994, destaca que los gobiernos y sistemas de salud deben velar porque las actitudes de proveedores y proveedoras de servicios no restrinjan el acceso de esta población a la información y los servicios adecuados (FNUAP, 2003). En materia de anticoncepción, es

importante que la información proporcionada sea acorde a la etapa del ciclo de vida que atraviesan las personas, ya que sus necesidades y valores pueden cambiar (Bruce, 1990). Los prejuicios culturales y religiosos pueden hacer que los proveedores no encuentren apropiado brindar información sobre salud reproductiva y anticonceptivos a las y los adolescentes (Creel y Perry, 2003; Lantis, Green y Joyce, 2002).

La asistencia de las adolescentes a los servicios de salud puede ser una oportunidad excelente para que éstas reciban información acerca de la importancia de la planificación familiar y de las opciones disponibles de métodos anticonceptivos. En tal sentido, la información de la ENDESA 2001 sugiere que este espacio ha sido poco aprovechado por proveedores y proveedoras de servicios de salud en Nicaragua, puesto que, de 10 mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas que visitaron las unidades de salud durante el último año, solo 5 de ellas recibieron información acerca de la planificación familiar (Cuadro 3.18). Desagregando la información por lugar de residencia, los datos coinciden con lo esperado, en el sentido que la anticoncepción es más difundida entre las adolescentes urbanas que entre las jovencitas rurales. En este caso, proveedoras y proveedores hablaron sobre los programas de planificación familiar existentes a más de la mitad de las adolescentes sexualmente activas que acudieron a los servicios en localidades urbanas, en tanto que esta información se difundió entre 41 por ciento de las muchachas campesinas.

Quizás las personas que facilitan la atención a las adolescentes en el campo no encuentren productiva la difusión de los programas de planificación familiar entre las jóvenes del área rural por considerar que las mujeres campesinas de todas maneras elegirán la maternidad como opción prioritaria en sus vidas. También podría pasar que las distancias

Cuadro 3.18
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas que visitaron una unidad de salud durante los últimos 12 meses por lugar de residencia según si fueron informadas sobre planificación familiar. Nicaragua, 2001

	<i>Lugar de residencia</i>		<i>Total</i>
	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	
Fue informada	55.2	41.4	49.5
No fue informada	44.8	58.6	50.5
Total	100	59	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

en el campo determinen el flujo de las mujeres adolescentes a las unidades de salud en horarios diferidos durante el día, y que muchas de ellas pierdan la oportunidad de escuchar las charlas que se ofrecen a las y los usuarios antes de iniciar la jornada de trabajo. En otros contextos, se ha identificado como un obstáculo frecuente al acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud reproductiva el establecimiento de horarios inconvenientes a las necesidades de este grupo que ofrecen las unidades de atención (Belmonte, 2000; Senderowitz, 1997; FOCUS, 2001). Otra situación posible es que el aspecto informativo de los programas de salud reproductiva se organice en Nicaragua con base en metas de cobertura. Esta situación ha sido identificada por algunos estudiosos de la calidad de los servicios de salud reproductiva como una deficiencia de los programas (Matamala, 1995).

Para Jain, Bruce y Mensch (1992), un elemento clave del éxito de los programas de salud reproductiva lo constituye el esfuerzo de las personas que proveen la atención por aprender lo más posible acerca de las necesidades específicas de las usuarias y usuarios. Blanc, (2001) y Bruce (1990), plantean que cuando los administradores de los programas de salud reproductiva para adolescentes consideran la presencia de subgrupos con necesidades diferentes, la efectividad de las intervenciones se garantiza en mayor grado. Los investigadores destacan al respecto, las necesidades diferentes de las adolescentes solteras que ocasionalmente tienen relaciones sexuales y que generalmente hacen esfuerzos para prevenir un embarazo y, por otro lado, las de las adolescentes unidas o casadas que tienen relaciones sexuales de manera regular y que intentan la maternidad.

En Nicaragua, en 2001, los programas de planificación familiar, fueron poco difundidos por los proveedores y proveedoras de salud entre las mujeres adolescentes que tienen condiciones de vida más desfavorables (Cuadro 3.19). El 56 por ciento de las jóvenes del estrato muy bajo no recibió orientación sobre la importancia de la planificación familiar cuando acudieron a los servicios de salud, misma que se difundió entre un poco más de la mitad de las muchachas de los estratos bajo y medio. Podría estarse desaprovechando en el país un espacio muy rico para la información a usuarios y usuarias, como es el contacto personal con el personal médico y de enfermería.⁷

⁷ Las jóvenes del estrato alto recibieron aún menos información que las del estrato muy bajo, pero no destacamos esta información porque solamente constituyen el 7 por ciento de las adolescentes entrevistadas en la ENDESA y tienen mayor acceso a la salud privada.

Cuadro 3.19
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas que visitaron una unidad de salud durante los últimos 12 meses por estrato socioeconómico según si fueron informadas sobre planificación familiar. Nicaragua, 2001

	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Fue informada	44.3	54.4	51.8	23.1	49.5
No fue informada	55.7	45.6	48.2	76.9	50.5
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Atendiendo al nivel escolar de las adolescentes, las personas encargadas de brindar información sobre anticoncepción en las unidades de salud, parecen ser de la opinión que las mujeres que tienen más necesidad de información sobre anticoncepción son las adolescentes que tienen entre 6 y 10 años de escolaridad, quienes fueron informadas en un 53 por ciento. En cambio, menos de la mitad de las que tenían 5 años de estudio o menos y de las que tenían 11 años y más de escolaridad recibieron información sobre planificación familiar (Cuadro 3.20).

Cuadro 3.20
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas que visitaron una unidad de salud durante los últimos 12 meses por nivel de escolaridad según si fueron informadas sobre planificación familiar. Nicaragua, 2001

	<i>Años aprobados</i>			<i>Total</i>
	<i>0-5</i>	<i>6-10</i>	<i>11 y +</i>	
Fue informada	46.9	52.5	43.2	49.4
No fue informada	53.1	47.5	56.8	50.6
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Entre los proveedores de los servicios de salud puede existir la percepción de que las mujeres más preparadas tienen mayores posibilidades de acceder a la medicina privada y pagar el costo de los métodos anticonceptivos. Pero no se entiende por qué es baja la difusión de la planificación familiar entre las mujeres con menor escolaridad (5 años o

menos), puesto que los anticonceptivos son proporcionados gratuitamente en las unidades de salud del estado.

Referido a la condición de unión de las mujeres adolescentes nicaragüenses sexualmente activas, la información del cuadro 3.21 conduce a la conclusión de que aparentemente los servicios de salud en el país no hacen discriminación alguna según este aspecto de la vida de las jóvenes para ofrecerles

Cuadro 3.21
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas que visitaron una unidad de salud durante los últimos 12 meses por condición de unión según si fueron informadas sobre planificación familiar. Nicaragua, 2001

	<i>Condición de unión</i>		<i>Total</i>
	<i>Solteras</i>	<i>Unidas</i>	
Fue informada	50.8	50.5	50.6
No fue informada	49.2	49.5	49.4
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

información sobre los servicios de planificación familiar con que cuentan. Según la ENDESA 2001, los programas se difunden a una proporción igual de mujeres unidas y solteras, que es la mitad de las adolescentes que visitaron una unidad de salud en el último año.

Otro aspecto de nuestro análisis es el suministro de métodos anticonceptivos. Tal como sucede en otros países en desarrollo, a raíz de la puesta en marcha de los programas oficiales de planificación familiar (CONAPO, 2000; Robey, Wilson y Salter, 1994), la principal fuente de suministro de métodos anticonceptivos para las mujeres nicaragüenses usuarias ha sido el sector público, el cual durante la última década ha asegurado la provisión de métodos anticonceptivos a más de 60 por ciento de las mujeres que recurren a ella (INEC, 2001).

En lo que tiene que ver con las mujeres nicaragüenses menores de 20 años, la información de la ENDESA 2001 muestra que en ese año, 7 de cada 10 adolescentes sexualmente activas usuarias de anticonceptivos se abastecieron de métodos de planificación familiar en los centros de salud y hospitales del estado (Cuadro 3.22). Las posibilidades económicas más restringidas en zonas rurales parecen determinar que las

mujeres campesinas acuden más a centros del sector público de salud que las mujeres urbanas para obtener los métodos anticonceptivos que utilizan, ya que mientras en las ciudades el sistema de salud garantizó la planificación familiar a 66 por ciento de las adolescentes usuarias, en el área rural 76 por ciento de estas mujeres se apoyó en el estado para espaciar o limitar su descendencia.

A su vez, los datos del cuadro 3.22, muestran que las adolescentes mejor posicionadas en la escala social, lo están también para optar por sistemas alternativos de abastecimiento de métodos anticonceptivos, diferentes al que propone el sistema nacional de salud. No obstante, las proporciones de mujeres jóvenes de los estratos muy bajo, bajo y medio que se apoyan en los recursos del ministerio de salud para planificar son considerablemente altas, puesto que 82, 71 y 62 por ciento respectivamente de las mujeres adolescentes pertenecientes a estos sectores, identificaron en 2001 a una unidad de salud del estado como el lugar más reciente donde consiguieron los anticonceptivos que utilizan. Mejores condiciones de vida podrían estar en consonancia con una mayor libertad por parte de las mujeres jóvenes de seleccionar fuentes de provisión que les garanticen no solamente los métodos preferidos, sino también algunas condiciones como el respeto, la privacidad y la confidencialidad, requerimientos de salud comunes entre las adolescentes. (IPPF, 2001; Senderowitz, 1998; FOCUS, 2001). Sin embargo, la gran mayoría de las adolescentes nicaragüenses que usan algún método parecen tener a las instituciones públicas como única fuente de abastecimiento de anticonceptivos.

En concordancia con las diferencias que se observan según el estrato socioeconómico, el nivel educativo de las adolescentes marca diferencias en cuanto a su capacidad de acceder a los servicios privados como fuente de

Cuadro 3.22
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años usuarias de anticonceptivos por características seleccionadas según última fuente de abastecimiento. Nicaragua, 2001

<i>Última fuente de métodos anticonceptivos</i>	<i>Lugar de residencia</i>		<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Escolaridad</i>			<i>Situación conyugal</i>		
	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	<i>0-5 años</i>	<i>6-10 años</i>	<i>11 y + años</i>	<i>Solteras</i>	<i>Unidas</i>	<i>Total</i>
Sector público	66.2	77.5	81.6	71.3	62.1	26.7	81.8	68.2	31	43.5	71.7	70.8
Sector privado	33.8	22.5	18.4	28.7	37.9	73.3	18.2	31.8	69	56.5	28.3	29.2
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

suministro de los métodos anticonceptivos (Cuadro 3.22). En este sentido, 8 de cada 10 mujeres de 15 a 19 años con un nivel escolar de primaria incompleta satisfacen sus necesidades de planificación familiar en clínicas y hospitales del sector público de salud, mientras que, el indicador corresponde a 7 de cada 10 adolescentes con 6-10 años aprobados en la escuela, y tan solo a 3 de cada 10 mujeres jóvenes que han concluido los estudios de bachillerato. Es de suponer que una mayor estancia en el sistema escolar se asocia con otros factores socioeconómicos, como una mayor capacidad de adquisición que favorece la posibilidad de que las adolescentes con mayor escolaridad utilicen los servicios privados de salud reproductiva.

Hasta ahora, parecería que la utilización o no de los servicios privados de salud reproductiva para la obtención de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres adolescentes depende, más que todo, de la capacidad que tengan las adolescentes de pagar ese servicio. Sin embargo, al observar el comportamiento de los indicadores según la condición de unión de las adolescentes, nos motiva a pensar en otros factores como las pautas culturales y sociales que podrían confluir para que la mayoría de las mujeres jóvenes solteras que ha iniciado su vida sexual prefiera pagar por sus métodos en lugar de obtenerlos gratuitamente en el sistema de salud (Cuadro 3.22). En efecto, mientras 57 por ciento de las mujeres solteras de 15 a 19 años sexualmente activas, acude a farmacias privadas a comprar los anticonceptivos que utiliza, solamente 28 por ciento de las adolescentes que tienen una pareja establecida utiliza este mecanismo para satisfacer sus expectativas de planificación familiar. Por un lado, las adolescentes que solicitan métodos para planificar implícitamente están reconociendo que tienen vida sexual activa y quizás en el país, el ejercicio de la sexualidad femenina sea aceptado como legítimo solo cuando ocurre dentro de una unión marital, como se analizará en el siguiente capítulo.

Si bien, en general las adolescentes nicaragüenses sexualmente activas acuden principalmente a establecimientos de salud del estado para conseguir sus métodos anticonceptivos, una importante proporción de ellas, especialmente de las solteras y las del estrato alto, optan por servicios de atención privados para este fin. Conviene señalar, que asegurar la anticoncepción a través de fuentes privadas, implica riesgos para las adolescentes, especialmente para aquellas que compran los métodos en farmacias. La investigación al respecto demuestra que en los países de América Latina y el Caribe la

práctica de estos expendios está escasamente controlada. Cuando brindan información y consejería generalmente estas son de mala calidad y, a veces, incluso peligrosas, como en el caso de prescripciones medicamentosas innecesarias e ineficientes (Langer y Nigenda, 2000).

Investigaciones realizadas en el mundo en desarrollo indican que la principal razón del no uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres latinoamericanas es el costo que deben pagar por ellos (Bongaarts y Bruce, 1995). La provisión de métodos de anticoncepción debe considerar las particularidades de los grupos que los solicitan, entre las cuales destacan la capacidad presupuestaria de los usuarios y usuarias. En la dimensión del costo, además del pago directo por los métodos, deben incluirse las tarifas para la movilidad de las personas (Bruce, 1990).

La mayoría de las mujeres nicaragüenses sexualmente activas menores de 20 años obtiene los métodos de planificación familiar sin ningún costo económico o en su defecto no paga más de 2 dólares por ellos (Cuadro 3.23). En 2001, el 95 por ciento de las adolescentes sexualmente activas y usuarias de anticoncepción obtuvo de manera gratuita los métodos que utilizaba, o a lo sumo pagó por ellos una cantidad inferior a dos dólares. Aunque la diferencia entre el campo y la ciudad no es significativa, la proporción de adolescentes campesinas que obtiene los métodos gratuitamente supera a la de jóvenes urbanas que no paga nada por ellos, señalando que la presencia del estado como fuente de suministro es superior en el campo (Cuadro 3.22).

Cuadro 3.23
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas usuarias de anticonceptivos por lugar de residencia según cantidad pagada por el método. Nicaragua, 2001

<i>Costo del método</i>	<i>Lugar de residencia</i>		<i>Total</i>
	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	
0-1.9 dólares	93.8	97.6	95.4
2 dólares o más	6.3	2.4	4.6
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Respecto al nivel socioeconómico de las mujeres, pertenecer al estrato alto parece ser la condición social que marca una diferencia notable en el precio que las adolescentes

nicaragüenses pagan por la anticoncepción, ya que, 30 por ciento de las muchachas que viven con más comodidades paga más de dos dólares por los métodos que utiliza (Cuadro 3.24), mientras que, la proporción de adolescentes de los estratos muy bajo, bajo y medio que paga esa cantidad, no sobrepasa el 8 por ciento. Lo anterior es comprensible atendiendo al hecho de que el proveedor principal de anticoncepción de las jóvenes del estrato alto es el sector privado (Cuadro 3.22). Además, las adolescentes del estrato alto representan una fracción muy pequeña del total, y 70 por ciento de ellas obtiene anticonceptivos gratuitos o de bajo costo.

Cuadro 3.24
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas usuarias de anticonceptivos por estrato socioeconómico según cantidad pagada por el método. Nicaragua, 2001

<i>Costo del método</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
0-1.9 dólares	97.7	96.2	92.5	70.0	95.1
2 dólares o más	2.3	3.8	7.5	30.0	4.9
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Ahora bien, considerando el nivel de escolaridad de las mujeres adolescentes, la tendencia en las diferencias observadas hasta ahora se valida también en lo que tiene que ver con la inversión económica que hacen las adolescentes en anticoncepción. Solamente entre las muchachas con 11 y más años de escolaridad aumenta la proporción de quienes pagan dos dólares o más por los métodos anticonceptivos, pero aún entre ellas quienes pagan esas cantidades son menos del 20 por ciento. En tal sentido, la vasta mayoría de mujeres nicaragüenses menores de 20 años sexualmente activas, cuando invierten dinero para obtener anticonceptivos no paga más de dos dólares por vez.

Siendo las mujeres adolescentes solteras las que más recurren a la anticoncepción privada (Cuadro 3.22), no es de extrañar que sean ellas las que más dinero expenden para

Cuadro 3.25
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas usuarias de anticonceptivos por nivel de escolaridad según cantidad pagada por el método. Nicaragua, 2001

<i>Costo del método</i>	<i>Años aprobados</i>			<i>Total</i>
	<i>0-5</i>	<i>6-10</i>	<i>11 y +</i>	
0-1.9 dólares	97.4	96.1	81.5	95.6
2 dólares o más	2.6	3.9	18.5	4.4
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

proveerse de métodos: 14 por ciento de las mujeres solteras afirmó haber gastado más de dos dólares por el método anticonceptivo que utilizó, en tanto que la proporción de mujeres unidas que invirtió esa cantidad fue de 5 por ciento (ENDESA, 2001).

Dado que las oportunidades de empleo en el país se han deteriorado en las últimas décadas, es importante observar que la mayor parte de las adolescentes usuarias de anticonceptivos los pueden obtener gratuitamente o a bajo costo en servicios públicos. Sin embargo, más de la mitad de las adolescentes solteras que usan anticonceptivos emplean como fuente de abastecimiento al sector privado (Cuadro 3.22), posiblemente porque las visiones culturales tradicionales, que niegan el derecho a ejercer la sexualidad para las jóvenes solteras, están vigentes también entre el personal de los servicios públicos de salud. Planificar para las adolescentes nicaragüenses solteras podría ser prácticamente un lujo, tanto por las dificultades sociales y culturales que deben sortear para encontrar un centro donde obtener sus métodos, como por la búsqueda de recursos monetarios para lograrlo.

III.4 ATENCIÓN PRENATAL Y DURANTE EL PARTO

La salud materna engloba todos los fenómenos que ocurren alrededor del embarazo, el parto y el puerperio. Estos procesos implican importantes ajustes para la mujer en los planos biológico, psicológico y social y no están exentos de riesgo. En el terreno de la salud, las complicaciones son comunes. Lamentablemente, las tecnologías que permiten detectar y tratar la mayoría de estas complicaciones en los países en desarrollo, no están siempre al alcance de quienes más las necesitan, sobre todo, de las mujeres de los estratos más pobres (Langer y Nigenda, 2000; MINSA/UNICEF, 1999).

En la mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Sin embargo, existen condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo o hija. Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido (CONAPO, 2000).

Los controles prenatales consisten en un conjunto de actividades que se realizan con la embarazada a fin de obtener el mejor estado de salud para ésta y su hijo o hija. El objetivo es vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad (INEC, 2001; Reynolds, Wong y Tucker, 2006). Estudios implementados en países en desarrollo dan cuenta de la asociación que existe entre la edad de la mujer al nacimiento del hijo y la probabilidad de recibir atención prenatal adecuada. En tal sentido, las mujeres adolescentes tienden a recibir cuidados de atención prenatal en menor volumen y calidad que las mujeres que dan a luz después de los 20 años (Reynold, Wong y Tucker, 2006).

Claramente, vivir en comarcas o pueblos pequeños, entraña para las mujeres adolescentes nicaragüenses riesgos superiores para su salud reproductiva que los que podrían experimentar las adolescentes de las ciudades. La diferencia de cuidados prenatales por personal calificado valida la hipótesis de que el acceso a los servicios de salud reproductiva es más restringido para las mujeres jóvenes campesinas respecto de sus homólogas de las ciudades (Cuadro 3.14). En los cinco años que precedieron la ENDESA 2001, el 85 por ciento de las adolescentes nicaragüenses se controló el embarazo más reciente con médicos o enfermeras, sobresaliendo el médico general como la figura asistencialista que se relacionó más con las embarazadas.

Del total de adolescentes nicaragüense que se embarazaron durante ese tiempo, 77 por ciento de las que residían en las ciudades recibieron atención prenatal para su último embarazo con personal médico, mientras que en las áreas rurales la atención médica prenatal solamente se brindó a un poco más de la mitad (54 por ciento) de las adolescentes. Además de esta importante diferencia entre zonas urbanas y rurales, se observa otra: los médicos ginecobstetras nicaragüenses ejercen su labor de atención prenatal de preferencia

en las ciudades, ya que, 20 por ciento de los embarazos adolescentes fueron vigilados por este tipo de profesionales en las zonas urbanas. Únicamente el 8 por ciento de las muchachas rurales accedió a controlar con ginecólogos su último embarazo. Es posible también que para las adolescentes rurales sea más difícil asumir el costo de las consultas con un especialista (Cuadro 3.26).

Cuadro 3.26
Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por lugar de residencia según persona que proporcionó la atención prenatal. Nicaragua, 2001

	<i>Lugar de residencia</i>		
	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	<i>Total</i>
Médico general	56.9	46.7	52.2
Ginecólogo	20.4	7.7	14.6
Enfermera	11.8	25.6	18.1
Comadrona	0.3	1.1	0.7
Sin atención	10.5	18.6	14.2
Sin información	0.2	0.2	0.2
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Otra diferencia importante entre el campo y las ciudades son las proporciones de atención prenatal por enfermeras en el área rural, que alcanzan a más del 25 por ciento, mientras que en las ciudades el porcentaje de atención por enfermeras es menos de la mitad. Debido a que la mayor parte de la atención a la salud en zonas rurales es pública y que la gran mayoría de la población nicaragüense es pobre y solamente se puede atender en las instituciones estatales, se puede pensar que el personal médico es más escaso en los servicios rurales y debe ser suplido por enfermeras, especialmente en los lugares más remotos. Si bien enfermeras y enfermeros están entrenados para valorar la evolución de un embarazo, detectar los posibles trastornos asociados, y transferir a las mujeres en caso necesario, los embarazos de riesgo (entre ellos los de las mujeres menores de 19 años) han sido priorizados por el sistema de salud de Nicaragua, por el riesgo potencial para la madre o el producto (MINSAL, 1997). Los resultados de la ENDESA 2001 sugieren que es posible que los embarazos de algunas mujeres adolescentes campesinas no sean atendidos según los protocolos establecidos, pues 19 por ciento de ellas reportan que no tuvieron atención

prenatal (Cuadro 3.26). A su vez, las comadronas no parecen involucrarse mucho en los aspectos que anteceden al parto de las mujeres jóvenes.

Por su parte, los embarazos de una proporción minoritaria pero significativa de adolescentes nicaragüenses, transcurren sin ningún tipo de observación clínica que facilite la prevención y detección oportuna de complicaciones para madres e hijos. El 11 por ciento de las adolescentes nicaragüenses urbanas quedó exento de atención durante el último embarazo y el indicador ascendió a 19 por ciento entre las adolescentes rurales, como ya se señaló. Es decir, que 2 de cada 10 mujeres adolescentes nicaragüenses que viven en el campo no tienen la posibilidad de saber si el hijo o hija que están esperando se desarrolla de manera normal dentro de su cuerpo; si ellas están capacitadas físicamente para la experiencia del parto o si deberán trasladarse previo al parto a una ciudad cercana porque el nacimiento de su hijo o hija debe ser intrahospitalario.

En cuanto a las desigualdades socioeconómicas, en la medida que mejoran las condiciones materiales de las adolescentes, aumentan las probabilidades de que el control de sus embarazos descansa en manos de médicos o médicas y disminuye la atención por parte de enfermeras y la falta de atención prenatal (Cuadro 3.27). En 2001, la mitad de las adolescentes nicaragüenses del estrato muy bajo, admitió haber recibido atención prenatal de manos de médicos o médicas en su último embarazo, en tanto que, 76 por ciento de las jóvenes del estrato bajo tuvieron la misma experiencia. La proporción de mujeres de los estratos medio y alto controladas por personal médico supera el 80 por ciento.

Cuadro 3.27
Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por estrato socioeconómico según persona que proporcionó la atención prenatal. Nicaragua, 2001

<i>Persona que realizó el control</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Médico general	45.7	59.0	53.2	61.3	52.6
Ginecólogo	3.8	16.6	33.0	22.6	14.6
Enfermera	27.3	14.8	7.3	3.2	18.2
Comadrona	1.3	0.2	0.5	-	0.7
Sin atención	21.8	9.2	6.0	12.9	13.8
Sin información	0.2	0.2	-	-	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Las mayores proporciones de quienes no tuvieron atención prenatal o solamente la tuvieron con enfermeras se presentan en el estrato muy bajo: 22 por ciento no tuvieron atención y 27 por ciento la tuvieron con enfermeras. Curiosamente, 1 de cada 10 mujeres adolescentes que viven con las mejores comodidades en el país, quedó fuera de los beneficios de la atención prenatal durante su último embarazo, posiblemente por motivos diferentes a las del estrato muy bajo.

El planteamiento hipotético de que las adolescentes más educadas acceden a servicios de salud reproductiva de mayor calificación, se cumple en el caso de los cuidados prenatales que éstas reciben durante sus embarazos. En tal sentido, mientras que la mitad de las adolescentes con primaria incompleta fueron observadas por médicos y médicas en sus controles prenatales, prácticamente 8 de cada 10 mujeres adolescentes del país con estudios de primaria completa o superiores accedieron a este tipo de servicio (Cuadro 3.28). Un nivel de instrucción de 11 años y más entre las adolescentes por su parte, parece determinar la mayor intervención de médicos especialistas en esta tarea, puesto que, prácticamente 4 de cada 10 adolescentes con ese nivel educativo manifestaron atención prenatal con ginecólogos.

Cuadro 3.28
Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por nivel de escolaridad según persona que proporcionó la atención prenatal. Nicaragua, 2001

<i>Persona que realizó el control</i>	<i>Años aprobados</i>			<i>Total</i>
	<i>0-5</i>	<i>6-10</i>	<i>11 y +</i>	
Médico general	48.6	57.1	46.1	52.2
Ginecólogo	4.9	21.2	38.2	14.6
Enfermera	24.1	13.2	10.1	18.2
Comadrona	1.1	0.4	-	0.7
Sin atención	21.0	8.2	5.6	14.1
Sin información	0.4	-	-	0.2
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Resulta considerable, a su vez, que 2 de cada 10 mujeres jóvenes con una estancia de 5 años o menos en el sistema escolar, no obtuvieron cuidado alguno para su último embarazo.

De acuerdo con los cuadros anteriores; probablemente muchas de ellas habitan en contextos rurales y tengan condiciones de vida muy desfavorables.

Atendiendo a la condición de unión de las mujeres, los datos del cuadro 3.29 muestran una de las posibles caras de la desigualdad de género en el país. Mientras que en 2001, 7 de cada 10 mujeres adolescentes nicaragüenses en unión estable declararon haberse realizado sus controles prenatales con médicos y médicas, tan solo 5 mujeres adolescentes solteras de cada 10 dijeron haber recibido ese beneficio. Las adolescentes solteras, además, accedieron menos a los servicios especializados, y quedaron excluidas de cualquier tipo de atención en mayor medida que las adolescentes unidas. Podría ser que la ausencia del padre de las criaturas en la vida de las mujeres repercuta sensiblemente para que la sociedad nicaragüense señale la maternidad en soltería como un acto punible. Esto sugiere que el temor de las adolescentes solteras a la censura social interfiera con su derecho a recibir cuidados adecuados para su salud reproductiva.

Cuadro 3.29
Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por condición de unión según persona que proporcionó la atención prenatal. Nicaragua, 2001

<i>Persona que realizó el control</i>	<i>Condición de unión</i>		<i>Total</i>
	<i>Solteras</i>	<i>Unidas</i>	
Médico general	47.3	54.0	53.4
Ginecólogo	5.4	15.2	14.4
Enfermera	18.9	17.8	17.9
Comadrona	-	0.6	0.5
Sin atención	28.4	12.2	13.5
Sin información	-	0.2	0.2
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Las muertes maternas⁸ representan el extremo del espectro de la enfermedad. La probabilidad de una mujer de Latinoamérica y El Caribe de morir por causas ligadas al embarazo o al nacimiento de sus hijos es de 1 en 79. Las muertes maternas se concentran en mujeres que adolecen de falta de información, con un limitado poder para decidir,

⁸ Muerte materna se considera la defunción de una mujer a consecuencia de condiciones asociadas o agravadas por embarazo, parto y puerperio (Langer y Nigenda, 2000).

movilizarse y acceder a recursos materiales, así como para hacer respetar sus derechos como usuarias de servicios de salud (Langer y Nigenda, 2000). Por su carácter evitable y su injusticia, la muerte materna ha sido calificada como la evidencia más clara de la inequidad social (Padilla, McNaughton y Rodríguez, 2004). Un análisis sobre las muertes ocurridas en Nicaragua en 1998 revela que, si bien las muertes se distribuyen por igual entre embarazo, parto y puerperio, al categorizar las muertes según el momento y el tipo de causa, la mayor parte de las muertes de índole obstétrica directa ocurre durante el parto. La mayoría de las muertes maternas nicaragüenses a su vez, ocurre fuera de los servicios hospitalarios. De éstas, más de un tercio ocurre en los domicilios y casi un 10 por ciento directamente en la vía pública (MINSAL/UNICEF, 1999).

Con fundamento en un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSAL) y la UNICEF, se estimó para 1998 una tasa preliminar de mortalidad materna en el país de 133 por cada 100,000 nacidos vivos, con la advertencia de que el valor real podría situarse alrededor de 200. Las diferencias en los datos oficiales sobre la maternidad podrían explicarse a partir del subregistro de muertes maternas y de nacidos vivos registrados, así como de la inclusión en el cálculo de la tasa de mortalidad materna (TMM) de muertes que no necesariamente son de origen obstétrico. Al margen de las diferencias observadas en el reporte de cifras, la TMM de Nicaragua se ubica en un nivel intermedio con respecto a los otros países centroamericanos. Presenta tasas más bajas de mortalidad materna que Guatemala, El Salvador y Honduras, pero aún no alcanza a los países que tienen mejores indicadores (PNUD, 2000). En el año 2002 en Nicaragua, se reportaron 32 defunciones maternas en adolescentes, que representan 24 por ciento del total del país, y una tasa de mortalidad materna en este grupo de mujeres de 11 por cada 10,000 nacidos vivos. De las adolescentes fallecidas, 67 por ciento no tuvieron atención prenatal (MINSAL, 2003).

La atención hospitalaria del parto constituye un servicio elemental en el cuidado de la salud materna e infantil, ya que asegura la presencia de personal calificado que brinde asistencia especializada en el caso de una complicación. Según las normas del Ministerio de Salud en Nicaragua, se considera que un parto tiene una asistencia adecuada si lo asiste un/a médico/a, un/a enfermero/a profesional o un/una auxiliar de enfermería. A nivel nacional en 2001, 67 por ciento de los partos fueron atendidos por personal calificado, lo

cual representa un aumento de más de 2 puntos porcentuales desde 1998. El aumento es debido, sobre todo, al aumento de atención por personal médico, especialmente por el médico general, ya que la proporción de partos atendidos por médico obstetra disminuyó de 24 por ciento en 1998 a 19 por ciento en 2001 (INEC, 2001).

En 2001, el 71 por ciento de las mujeres adolescentes que dieron a luz durante los últimos cinco años, aceptaron que su último parto fue atendido por médicos o médicas (Cuadro 3.30), especialmente por profesionales de la medicina general. El indicador nacional enmascara diferencias notorias según se trate de adolescentes que viven en zonas urbanas o en el campo. Así, los/as médicos/as, apoyaron en sus partos a 87 por ciento de las adolescentes urbanas y tan solo a 54 por ciento de las que viven en comarcas o poblados pequeños.

Muy apremiante resulta la situación de las adolescentes en el campo, donde más de 4 de cada 10 de ellas recurrieron a la atención tradicional para asegurar el nacimiento de su último hijo o hija. El 29 por ciento lo hicieron con la ayuda de parteras y 14 por ciento fueron apoyadas en el evento por familiares o amistades (Cuadro 3.30). Dada la frecuente presencia de personas de la comunidad en el auxilio que reciben las adolescentes rurales durante sus partos, sería interesante indagar hasta qué punto estas personas reciben entrenamiento por parte del sistema de salud. Para algunos investigadores, los proveedores de salud no se limitan al personal médico o paramédico, sino a otros miembros de la

Cuadro 3.30
Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por lugar de residencia según persona que proporcionó la atención al parto. Nicaragua, 2001

<i>Persona que atendió el parto</i>	<i>Lugar de residencia</i>		<i>Total</i>
	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	
Médico general	86.4	53.4	71.2
Ginecólogo	0.5	0.2	0.3
Enfermera	2.0	2.8	2.4
Comadrona	8.2	28.8	17.6
Familiar/amigo	2.7	13.7	7.7
Sin atención	0.2	0.9	0.5
Sin información	0.2	0.2	0.2
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

comunidad que contribuyen a brindar servicios de salud reproductiva, como las parteras (Lantis, Green y Joyce; 2002 y Bruce, 1990).

La concentración del nivel secundario de atención del país en las grandes ciudades, puede mermar las posibilidades de que las mujeres adolescentes campesinas puedan contactar los hospitales, debido a las distancias y la falta de opciones adecuadas de transporte. Por otra parte, el traslado anticipado de las jóvenes a las ciudades implica inversiones económicas que quizás no estén al alcance de su capacidad presupuestaria. No podría dejarse fuera de la reflexión el marco referencial cultural que tienen las adolescentes en el campo, y que involucra la práctica de programar anticipadamente la atención de los partos con comadronas. Esto último puede ser ventajoso para las adolescentes desde el punto de vista cultural, en el sentido de que pueden contar en un momento tan importante de sus vidas con la presencia de una persona conocida y, al mismo tiempo, entraña riesgos para la salud de ellas y de sus bebés, ya sea por el infortunio de una complicación que amerite atención especializada, o a causa de factores asociados a una higiene insuficiente.

Por su parte, un mejor nivel de vida entre las adolescentes parece determinar una atención de mejor calidad en sus partos (Cuadro 3.31). El personal médico acompañó a 52 y 82 por ciento respectivamente de las jovencitas de los estratos muy bajo y bajo durante su último alumbramiento, en tanto que, el indicador alcanzó a 90 por ciento de las adolescentes de los estratos medio y alto. A su vez, una elevada proporción de mujeres adolescentes que viven con las condiciones más adversas de vida (45 por ciento), optó por la ayuda de parteras, familiares o amistades para el nacimiento de su último hijo o hija. La figura del ginecólogo parece ser un privilegio en el país, reservado a jóvenes de clases sociales muy acomodadas.

Servicios de atención al parto de menor calidad para las mujeres con niveles desfavorables de vida no son realidad exclusiva de Nicaragua. Langer y Nigenda (2000), afirman que en muchos países de la región latinoamericana y del Caribe, existen todavía amplios sectores de la población femenina que no reciben atención médica durante el nacimiento de sus hijos e hijas, o solo acceden a servicios de calidad deficiente.

Ahora bien, la educación de las adolescentes, como se esperaba, condiciona diferenciales en el acceso a servicios calificados para el nacimiento de sus hijos e hijas. Cuanto mayor es el logro obtenido por éstas en la educación, mayores son las

probabilidades de conseguir atención adecuada para sus partos (Cuadro 3.32). De ese modo, el personal médico y de enfermería brindó atención a 56 por ciento de los partos de las adolescentes que no han logrado concluir sus estudios de primaria en el país, mientras que este servicio fue proporcionado a 90 y 96 por ciento respectivamente de las adolescentes con algún grado de educación secundaria y superior. Entre las adolescentes menos escolarizadas se observa el mayor porcentaje de partos atendidos por comadronas, familiares y amistades. Seguramente, muchas de las mujeres con poca educación son campesinas y, como tales, adolecen de condiciones que posibiliten sus partos en hospitales.

Cuadro 3.31
Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por estrato socioeconómico según persona que proporcionó la atención al parto. Nicaragua, 2001

<i>Persona que atendió el parto</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Médico general	51.9	81.9	90.9	80.6	71.3
Ginecólogo	-	0.2	-	9.7	0.3
Enfermera	2.5	2.9	1.4	-	2.4
Comadrona	29.9	11.2	5.0	9.7	17.6
Familiar/amigo	14.6	3.6	1.4	-	7.6
Sin atención	0.6	-	1.4	-	0.5
Sin información	0.4	0.2	-	-	0.3
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Cuadro 3.32
Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por nivel de escolaridad según persona que proporcionó la atención al parto. Nicaragua, 2001

<i>Persona que atendió el parto</i>	<i>Años aprobados</i>			<i>Total</i>
	<i>0-5</i>	<i>6-10</i>	<i>11 y +</i>	
Médico general	53.5	86.3	93.3	71.0
Ginecólogo	-	0.8	-	0.3
Enfermera	2.3	2.7	2.2	2.5
Comadrona	28.7	8.2	2.2	17.6
Familiar/amigo	14.4	1.5	2.2	7.8
Sin atención	0.5	0.6	-	0.5
Sin información	0.5	-	-	0.3
Total	100	100.0	100.0	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA.

En cuanto a la condición de unión de las adolescentes, esta no influye significativamente en el tipo de servicio que las jovencitas reciben para que nazcan sus hijos o hijas (Cuadro 3.33). Conviene señalar que esta es la única característica de las mujeres que no hace discriminación por categoría en lo que tiene que ver con servicios tradicionales de atención, puesto que más de 20 por ciento de las adolescentes, independiente de estar solteras o unidas, se apoyó en parteras o en familiares y amistades durante su último parto. El hecho de que casi una cuarta parte de las mujeres unidas maritalmente acudan a la atención tradicional, hace pertinente pensar si además de los factores mencionados anteriormente, exista la posibilidad de un intento, por parte de las parejas de las mujeres adolescentes unidas, de evitar la posible observación y contacto del cuerpo de las mujeres por personal médico masculino en los hospitales.

Cuadro 3.33
Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por condición de unión según persona que proporcionó la atención al parto.
Nicaragua, 2001

<i>Persona que atendió el parto</i>	<i>Condición de unión</i>		
	<i>Solteras</i>	<i>Unidas</i>	<i>Total</i>
Médico general	75.7	71.7	72.0
Ginecólogo	-	0.5	0.4
Enfermera	1.4	2.6	2.5
Comadrona	13.5	17.7	17.4
Familiar/amigo	9.5	6.5	6.7
Sin atención	-	0.7	0.7
Sin información	-	0.4	0.3
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA.

Existe cierta controversia sobre la vinculación entre el embarazo adolescente y la mortalidad infantil. Por un lado, están los estudios que insisten en que la maternidad temprana conlleva riesgos para la salud de la madre como para la de sus hijos e hijas (De Bruyn, 2001). Ha sido establecido al respecto, que los/as hijos/as de madres adolescentes presentan 30 por ciento más probabilidades de morir en el primer año de vida que los de mujeres adultas (Langer y Nigenda, 2000). Habría que considerar, que la mayoría de nacimientos de madres adolescentes se observan entre los sectores más desprotegidos de la

sociedad en los cuales el acceso a una buena nutrición y servicios de salud adecuados continúa siendo muy limitado.

Por otro lado, existen investigaciones que plantean que todo aumento del riesgo de mortalidad infantil o materna está más relacionado con factores socioeconómicos que con los efectos de la edad en sí misma. Es decir, los factores relacionados con las tasas de mortalidad infantil más elevadas se presentan entre hijos/as de mujeres adolescentes que tienen mayores probabilidades de pertenecer a grupos sociales marginados, y no en todas las adolescentes. Autores como Makinson (1985, citado en Hakkert 2001) y Stern y García (1999), se suman a esta visión, asegurando que la mortalidad y morbilidad materno infantil asociadas al embarazo adolescente son más una manifestación de la desigualdad social y de la pobreza que enfrentan los grupos más desprotegidos, que una consecuencia de la edad a la que ocurren los embarazos, sobre todo porque ocurren más embarazos tempranos entre los sectores pobres.

En Nicaragua, la atención en salud ha progresado en calidad y grado de cobertura, incidiendo en un descenso de los índices de mortalidad infantil. En un periodo de 24 años, las tasas de mortalidad infantil y de la niñez han descendido de manera constante. La disminución de estos indicadores obedecen a un incremento en el control de las enfermedades prevenibles a través de la vacunación, así como a la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas y a la atención oportuna de las complicaciones de salud durante el embarazo y el parto (PNUD, 2000). En 2001, en el país, la mortalidad infantil entre los residentes de la zona rural fue 54 por ciento mayor que la de aquellos que viven en el área urbana (43 y 28 por mil respectivamente). En lo concerniente a la escolaridad existe una tendencia decreciente en el riesgo de morir cuando aumentan los años de estudios de la madre (INEC, 2001).

Los datos del cuadro 3.34 muestran cómo en Nicaragua, entre las mujeres en edades reproductivas, los niños de madres muy jóvenes o las de edades mayores, presentan tasas más altas de mortalidad en comparación con los hijos de madres de 20 a 29 años. Se ha determinado que en el país, otros factores asociados a la mortalidad prematura, además de la edad de la madre al nacimiento del hijo, son el orden de los nacimientos y la duración del intervalo intergenésico. En este sentido, los primeros nacimientos y nacimientos de alta paridez tienen tasas de mortalidad neonatal mayores que el resto de nacimientos, y los

intervalos intergenésicos cortos están asociados con una mayor mortalidad durante y después de la infancia (INEC, 2001).

Cuadro 3.34
Mortalidad neonatal, postneonatal, infantil y en la niñez^a para los diez años anteriores a la encuesta según edad de la madre al nacimiento. Nicaragua 2001

<i>Edad de la madre al nacimiento</i>	<i>Mortalidad Neonatal¹</i>	<i>Mortalidad Post-neonatal²</i>	<i>Mortalidad Infantil³</i>	<i>Mortalidad En la niñez⁴</i>
<20	22	19	42	54
20-29	14	15	29	38
30-39	16	26	42	49
40-49	21	24	45	62

Fuente: Informe Final de la ENDESA 2001.

^a Se refiere a todos los nacidos vivos durante los últimos diez años.

El nivel de la tasa de mortalidad infantil encontrado para el total nacional para los cinco años anteriores a la ENDESA 2001 (período 1996-2001) es de 31 por mil nacidos vivos. En el cuadro 3.35 podemos observar que en comparación con otros países de América Latina, Nicaragua se ubica en una posición ventajosa con respecto a Perú, Haití, Bolivia, República Dominicana y Guatemala, aunque presenta tasas más elevadas que las encontradas para Brasil y Colombia.

¹ Defunciones que ocurren antes de cumplir 29 días por 1000 nacidos vivos.

² Defunciones que ocurren después de 28 días y antes de cumplir un año de edad por 1000 nacidos vivos.

³ Defunciones que ocurren antes de cumplir un año de edad por 1000 nacidos vivos.

⁴ Defunciones que ocurren entre un año y cinco años de edad por 1000 hijos que sobrevivieron a su primer cumpleaños.

Cuadro 3.35
Tasas de mortalidad infantil y en la niñez para países seleccionados de América Latina. 1994-2001

País	Año	Mortalidad infantil	Mortalidad en la niñez
Haití	1994-95	74	131
Haití	2000	80	119
Bolivia	1994	75	116
Bolivia	1998	67	92
República Dominicana	1996	47	57
Guatemala	1995	51	68
Guatemala	1998-99	45	59
Perú	1996	43	59
Perú	2000	33	47
Nicaragua	1998	40	50
Nicaragua	2001	31	40
Brasil	1996	39	49
Colombia	1995	28	36
Colombia	2000	21	25

Fuente: Informe Final ENDESA 2001.

Nota: Tasas de mortalidad por mil nacimientos para los cinco años anteriores a la encuesta.

III.5 PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

Es sabida la importancia que reviste el hecho de que las mujeres que han iniciado su vida sexual se realicen un reconocimiento ginecológico anual para detectar posibles alteraciones, como infecciones de transmisión sexual, que pueden predisponer al desarrollo de complicaciones, incluyendo el cáncer cérvico uterino. Para crear conciencia de la importancia de la salud reproductiva en las mujeres, las campañas educativas públicas, la información a las mujeres cuando acceden a los servicios de salud por cualquier causa, y el acceso a los servicios, juegan un papel decisivo.

La práctica de prevenir el cáncer cérvico uterino, al menos a través del estudio citológico del papanicolaou, no parece ser un hábito frecuente entre las mujeres

adolescentes nicaragüenses que han iniciado su vida sexual. En 2001, menos de 18 por ciento de las mujeres menores de 20 años sexualmente activas reconoció haberse realizado un examen semejante durante los últimos 12 meses (Cuadro 3.36). Este comportamiento podría explicarse en parte por la ausencia de servicios diferenciados para las mujeres más jóvenes y la creencia de que la juventud es un factor de protección para las enfermedades de transmisión sexual. Si bien la situación es alarmante para todas las jóvenes, las muchachas campesinas acudieron en una proporción menor que las adolescentes de la ciudad a solicitar la prueba mencionada: 12 y 23 por ciento,

Cuadro 3.36
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por lugar de residencia según si se realizaron papanicolaou en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001

<i>Realización de papanicolaou en últimos 12 meses</i>	<i>Lugar de residencia</i>		<i>Total</i>
	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	
Si	22.5	12.4	17.9
No	77.5	87.6	82.1
Total	100	100	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

respectivamente. En el campo, a la escasez de servicios se suma la baja escolaridad de las mujeres, que influye negativamente en la valoración que estas pueden hacer acerca de la importancia de esta prueba clínica para su salud reproductiva. También podrían existir en los sectores rurales prácticas más conservadoras entre las adolescentes, que se manifiesten en un rechazo a ser revisadas en sus partes íntimas.

Ahora bien, al controlar la información según el nivel de vida de las mujeres jóvenes, son las adolescentes del estrato medio las que solicitaron más la prueba clínica (Cuadro 3.36). En efecto, a 32 por ciento de estas muchachas les fue practicado el examen en el último año, mientras que la proporción de adolescentes de los otros sectores que respondió afirmativamente, no alcanza el 20 por ciento. Las personas que otorgan los servicios de salud reproductiva en el país podrían no escapar de los tabúes sociales que existen alrededor de la sexualidad de las adolescentes, lo cual, puede impedir que estas personas ofrezcan este servicio a mujeres menores de 20 años.

Cuadro 3.37

Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por estrato socioeconómico según si se realizaron papanicolaou en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001

<i>Realización de Papanicolaou en últimos 12 meses</i>	<i>Estrato Socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Si	15.1	14.3	32.3	17.9	18.0
No	84.9	85.7	67.7	82.1	82.0
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Un logro educacional mayor entre las adolescentes nicaragüenses a su vez, se relaciona directamente con una probabilidad superior de que estas soliciten su revisión ginecológica anual (Cuadro 3.38). En este caso, 11 por ciento de las adolescentes nicaragüenses que iniciaron su vida sexual y han cursado 5 años de escolaridad o menos, acudió con un profesional de la salud para obtener una prueba de papanicolaou, mientras que la proporción de adolescentes con 6 a 10 años de estudios en condición similar fue de 17 por ciento. El indicador por su parte, obtuvo un valor de 31 por ciento entre las muchachas que habían cursado 11 o más años de estudio. Mayor educación de las adolescentes puede determinar una exposición más frecuente y completa de estas a mensajes alusivos a la importancia del papanicolaou para detectar alteraciones que, de forma inmediata o a futuro, puedan incluso poner en riesgo sus vidas.

Cuadro 3.38

Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por nivel de escolaridad según si se realizaron papanicolaou en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001

<i>Realización de papanicolaou en últimos 12 meses</i>	<i>Nivel de escolaridad</i>			<i>Total</i>
	<i>0-5</i>	<i>6-10</i>	<i>11 y +</i>	
Si	10.5	17.3	31.1	17.9
No	89.5	82.7	68.9	82.1
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

Ahora bien, considerando la condición de unión de las adolescentes y la tendencia observada hasta ahora en cuanto a la obtención de servicios por parte de estas, no sorprende que el beneficio de la prueba del papanicolaou llegue más a las mujeres cuando están

unidas (Cuadro 3.39), aún cuando la brecha entre las categorías de esta variable no sea tan marcada como esperábamos. La diferencia entre la realización de la prueba para solteras y unidas es de 7 puntos porcentuales (13 y 20 por ciento respectivamente). Quizás,

Cuadro 3.39
Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por condición de unión según si se realizaron papanicolaou en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001

<i>Realización de Papanicolaou en últimos 12 meses</i>	<i>Condición de unión</i>		<i>Total</i>
	<i>Solteras</i>	<i>Unidas</i>	
Si	13.0	20.4	19.2
No	87.0	79.6	80.8
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2001.

para las adolescentes en general, esta prueba resulte muy incómoda por la manipulación de sus genitales que implica. De otro lado, las adolescentes unidas podrían además, tener que lidiar con la oposición de sus maridos a ser observadas por terceras personas. La sexualidad de las adolescentes puede ser censurada por la sociedad y las personas prestadoras de servicios de salud reproductiva. La censura más fuerte ocurre no solamente cuando ésta es ejercida fuera de la unión, sino también puede haber censura para las unidas maritalmente, por no considerar a las adolescentes como sujetos de derecho a causa de su edad. Esta censura puede estar relacionada con los bajos porcentajes de adolescentes sexualmente activas que se realizaron la prueba en los últimos 12 meses antes de la encuesta, además de los otros factores analizados.

CONCLUSIONES PRELIMINARES SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA.

Las adolescentes nicaragüense sexualmente activas tienen relativamente poco contacto con las unidades de salud, puesto que solamente la mitad de ellas visitó una unidad de salud durante el último año, a pesar de que la gran mayoría están unidas o casadas. Sin embargo, este porcentaje es mayor que para las mujeres de 20 años o más. En cuanto a la búsqueda de apoyo para su propia salud, la relación con los centros que brindan atención se reduce

aún más, ya que muchas de las jóvenes sexualmente activas ya están unidas y experimentaron la maternidad, por lo que consultan por problemas de salud de sus hijos e hijas.

La escasa oferta de servicios de salud, tanto públicos como privados, en las áreas rurales, limita la búsqueda de apoyo de las adolescentes del campo para su salud y la de sus niños y niñas. A su vez, formar parte de una unión reconocida socialmente aumenta las probabilidades de que las adolescentes contacten las unidades de salud, probablemente a causa de que la norma social no concibe el ejercicio de la sexualidad sino como parte de la vida en pareja y encaminado a la procreación. Asociado a ello podría estar el hecho de que las mujeres que más demandan atención en salud no sean las que viven con más comodidades, puesto que entre estas muchachas es más frecuente la soltería y un inicio más tardío de la vida reproductiva.

El costo de la atención es revelado por la mayoría de las adolescentes nicaragüenses sexualmente activas como el impedimento más grande para solicitar atención para su salud, aunque otros obstáculos relacionados directamente con la capacidad presupuestaria de las jóvenes, como la lejanía de los servicios y las limitaciones de transporte para movilizarse, frustran de manera importante el derecho de las adolescentes de obtener apoyo para sus requerimientos de salud. Las más afectadas al respecto son las adolescentes que están unidas y que viven en condiciones socioeconómicas más desfavorables.

Para las adolescentes nicaragüenses parece ser de mucho valor el acompañamiento de alguna persona cuando van a solicitar atención para su salud, especialmente para las más pobres, las que viven en el campo y las menos estudiadas, que en la práctica resultan ser la mayor parte de las adolescentes. Asimismo, las adolescentes se identifican más con las proveedoras mujeres, y cuando esta condición no está garantizada se convierte en un obstáculo mayúsculo para que una importante proporción de mujeres adolescentes acceda a los servicios de salud en el país.

Entre las adolescentes del país sexualmente activas (y casi todas unidas maritalmente) existe un conocimiento prácticamente universal sobre los métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, solamente 4 de cada diez de esas mujeres hacen uso de métodos anticonceptivos, lo que puede relacionarse con el hecho de que muchas pueden estar apenas iniciando su vida reproductiva con una pareja. Además de tener buenos

conocimientos sobre la anticoncepción, las adolescentes con vida sexual activa visitan las unidades de salud en mayor proporción que las mujeres de 20 años o más.

Este mayor contacto de las mujeres adolescentes con los servicios de salud no parece ser aprovechado suficientemente por proveedoras y proveedores de servicio para difundir entre ellas los programas de planificación familiar. Del total de mujeres que visitaron una unidad de salud en los últimos 12 meses previos a la encuestas, solamente la mitad recibió información sobre la anticoncepción. En zonas rurales, las personas encargadas acostumbran divulgar aún menos los beneficios de la planificación familiar entre las adolescentes. A su vez, parece ser que los y las prestadoras de servicio de salud reproductiva suponen un conocimiento mayor de lo relativo a la planificación familiar entre las mujeres de sectores sociales mejor posicionados, ya que los programas son divulgados con menor frecuencia entre estas muchachas.

Por su parte, la principal fuente de suministro de métodos anticonceptivos para las adolescentes es el sector público. Las jóvenes que viven más cómodamente y que han superado la escuela secundaria acceden en una proporción elevada a servicios privados para satisfacer sus necesidades de planificación familiar. La inmensa mayoría de las adolescentes obtiene estos métodos sin costo alguno o con un precio inferior a dos dólares.

En cuanto al proceso de gestación de las adolescentes nicaragüenses, este es vigilado más frecuentemente por médicos generales que por especialistas. La atención por ginecólogos es reducida y se observa más a menudo entre jovencitas con mejores niveles de vida. No es despreciable la proporción de muchachas, especialmente campesinas, con poca escolaridad y solteras, que quedan fuera de la atención durante este período. Las parteras no se involucran significativamente en los cuidados previos al parto de las adolescentes.

Los médicos generales, a su vez, son los profesionales que más se relacionan con las adolescentes en el momento del parto. La presencia de un médico es mayor cuanto mejores son los niveles de vida de las mujeres. Además del estrato socioeconómico, influye la residencia urbana o rural. Entre las adolescentes campesinas, es casi cotidiano que parteras, familiares o amistades las auxilien con el nacimiento de sus hijos.

En lo que respecta a la prevención del cáncer cérvico uterino, lamentablemente las adolescentes nicaragüenses que ya iniciaron su vida sexual y que generalmente ya están unidas, por razones diversas no parecen tener entre sus prioridades este procedimiento. Las

mujeres de zonas campesinas, las más pobres y las solteras, solicitan en menor proporción la prueba clínica, la cual, además de representar una incomodidad para las jóvenes, podría no ser ofrecida por las personas que otorgan el servicio por su corta edad. Esto puede afectar especialmente a las adolescentes que no tienen pareja conyugal.

En suma, el desbalance económico del país se manifiesta en desigualdades, tanto en el volumen de servicios de salud reproductiva que reciben las adolescentes sexualmente activas, como en la calidad de los mismos. La tendencia general ubica los mejores indicadores entre los sectores poblacionales que tienen un nivel de vida más digno, niveles que solamente alcanzan menos de un tercio de las adolescentes de Nicaragua. .

**CAPÍTULO IV:
REPRESENTACIONES CULTURALES EN NICARAGUA:
SIGNIFICADOS DEL NOVIAZGO, LA SEXUALIDAD, LA
UNIÓN MARITAL, EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN
LA ADOLESCENCIA.**

INTRODUCCIÓN

El análisis exhaustivo de las entrevistas en profundidad a 18 mujeres de dos diferentes generaciones que se embarazaron durante la adolescencia, y de las entrevistas a proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva y a informantes clave en los servicios, se sumó al profundo conocimiento de las construcciones culturales adquiridos por la autora en su experiencia como proveedora de servicios médicos para la elaboración de este capítulo.

Las entrevistas a las 18 mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia giraron en torno al embarazo, la maternidad, la unión marital y la sexualidad, y se obtuvieron para estos temas las opiniones de algunos prestadores de salud e informantes clave de los servicios. Además, se exploraron las primeras experiencias de las mujeres con los servicios de salud reproductiva y las visiones de los prestadores de servicios sobre el uso o no uso de anticonceptivos entre las adolescentes. Gracias a la experiencia de la autora y el análisis riguroso de las entrevistas, se pudieron reconstruir de manera exploratoria algunas normas culturales subyacentes a la sexualidad, el embarazo, la unión marital y la maternidad en la vida de las adolescentes nicaragüenses. Estas facetas yuxtapuestas en las vidas de las jovencitas conforman un proceso que determina el paso hacia la condición de ser mujer en las muchachas, y que establece su identidad como personas (ver el anexo 4 sobre informe del trabajo de campo).

Tomando en cuenta las diferencias en las experiencias de las mujeres entrevistadas según su edad actual y según si crecieron en contextos rurales o urbanos, se trató de elaborar una primera exploración sobre los significados culturales más persistentes en el tiempo. En la experiencia de la autora como prestadora de servicios de salud y para el personal de salud entrevistado, los significados que se describen se mantienen presentes para las adolescentes contemporáneas, con algunos cambios que se señalan a lo largo del análisis.

Iniciamos nuestro análisis con lo que denominamos “la antesala amorosa de la unión marital”, que describe al noviazgo como un espacio de acercamiento de las parejas que puede ser previo a una unión marital, aunque puede no existir noviazgo antes de una unión. A continuación analizamos los relatos de las mujeres sobre sus primeras

experiencias sexuales. Posteriormente, se describe el escenario ideal que la sociedad y la cultura nicaragüense encuentran apropiados para que una muchacha inicie su vida marital. De igual manera, se caracterizan las principales vías alternativas por las cuales una adolescente se puede convertir en señora por primera vez, profundizando en el significado que cada una de ellas tiene, tanto para la jovencita, como para su pareja, la familia y la comunidad.

A su vez, el embarazo y la maternidad adolescentes son examinados alrededor del significado de ser madre en la adolescencia y el significado del embarazo en esa etapa de la vida como ejes de análisis. Se analizan en este apartado la experiencia del embarazo, el deseo de ese embarazo y su planeación, así como la experiencia de ser madres. Por último, se analizan las experiencias de atención en los servicios de salud y algunas dimensiones culturales que inhiben el uso de anticonceptivos en la adolescencia. Entre las diferencias centrales que matizan esas experiencias y su interpretación, destacan el estado conyugal que tenían las jóvenes en el momento del embarazo o del nacimiento, y las reacciones de la pareja y de la familia de la jovencita ante el embarazo.⁹

Un aspecto significativo del análisis fueron las normas culturales sobre la sexualidad de las adolescentes, puesto que cuando las muchachas se inician sexualmente emerge en ellas el sentimiento de ser mujer, sentimiento que habrá de afianzarse con la unión marital y observará su culminación en la experiencia de la maternidad.

El análisis enfatiza tres aspectos relacionados con el ejercicio de la sexualidad de las mujeres menores de veinte años: el primero se refiere al entorno afectivo de la primera experiencia sexual de las adolescentes; los otros dos tienen que ver con el significado de la virginidad en la cultura social nicaragüense y con las construcciones culturales que permiten comprender las prácticas sexuales sin protección anticonceptiva por parte de las jovencitas.

De los relatos de las entrevistadas se desprende que, en general, las mujeres que se embarazaron en la adolescencia vivieron la sexualidad dentro de una unión marital.

⁹ Como se señaló, también hay diferencias según el lugar de residencia y la edad actual de las mujeres. Por ejemplo, las mujeres que se embarazaron siendo adolescentes hijas de familia hace unos 20 años atrás o más, especialmente si pertenecen a un contexto campesino, refieren normas más tradicionales y no tuvieron acceso a anticonceptivos, a escolaridad, ni a servicios públicos de salud. En cambio, las mujeres que se embarazaron en la adolescencia en fechas más recientes y en contextos urbanos interpretan de manera menos rígida sus experiencias.

Aquellas que tuvieron experiencia sexual previa a unirse con un hombre, experimentaron un ambiente social y conyugal punitivo como consecuencia de esa experiencia. La censura social se relaciona tanto con el rechazo cultural existente hacia la sexualidad de las jovencitas fuera del matrimonio, como con la pérdida que representa para ellas la experiencia sexual previa respecto del tipo de unión marital al que pueden aspirar.

IV.1 LOS DIVERSOS SIGNIFICADOS DE LA SEXUALIDAD, EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD SEGÚN LA CONDICIÓN DE UNIÓN.

La antesala amorosa de la unión marital: el cortejo y el noviazgo.

El cortejo suele darse a iniciativa del varón, ya sea en sitios públicos donde acostumbra reunirse la población, tales como parques, plazas o iglesias, en los centros escolares y en otros lugares a los cuales tienen acceso tanto varones como mujeres. El ritual del enamoramiento incluye el acceso de cualquiera de las partes por los lugares que frecuenta el otro. En este caso, mujeres y varones procuran ser notorios uno al otro, acudiendo a lugares que frecuentan o atravesando la calle o el camino donde vive la persona que les atrae, dirigiendo miradas sugestivas al pasar frente a la persona que le interesa o frente a su vivienda. Esta experiencia generalmente es aprovechada, en el caso de los varones, para decir frases amorosas a las muchachas. En muchos casos, amigas y amigos actúan como facilitadores del inicio del noviazgo portando información en ambas direcciones. Es común durante el noviazgo que los varones inviten a las muchachas a comer o tomar algo o que concierten una cita para ir de paseo con ellas. Los gastos económicos durante este período corren por lo general a cuenta del varón.

Una vez iniciado el noviazgo, es aspiración de la nueva pareja de novios que su relación sea reconocida como lícita por los demás, especialmente por los progenitores de ambos y, sobre todo, por los de la chica. Al respecto, los varones suelen intentar primero el acercamiento al hogar de las muchachas bajo cualquier pretexto. Cuando la joven estudia, alguna tarea académica puede ser suficiente para que el novio justifique su presencia en la casa de la familia de ella. Entre las adolescentes que viven en el campo, la cercanía suele ocurrir a partir del contacto del novio con cualquier familiar varón de la joven. En cualquier caso, el contacto de cualquiera de las partes con familiares y amistades del otro, ha sido y

continúa siendo una fructífera estrategia de acercamiento familiar. La asidua presencia del varón en la casa de la novia da por sentado ante los familiares de ésta que la relación ha trascendido la amistad. Estas costumbres en el inicio del noviazgo se observan en los relatos de las entrevistadas:

E: Háblame ¿cómo te enamoraste con tu marido?

-Bueno, yo ya lo conocía a él porque ellos no vivieron tan largo de la casa y jugábamos con ellos...Después él llegaba [...] Mi papá me decía “ve, este es un buen muchacho” y él llegaba y no se dirigía a mí, sino que era a mi papá. El zalamereaba más a mi papá para que él le abriera las puertas, y así fue... *Julia, 35 años, rural, casada.*

E: ¿Cómo te enamoró tu esposo?

-Él era amigo del novio de mi hermana,...entonces le decía a mi hermana que yo le gustaba y que cómo hacía para acercarse... ya él me empezó a hablar y entonces él ya llegaba y yo me salía y me acompañaba a hacer mandados, así me enamoró. Después, me invitaba a salir, me traía cosas, regalos pues, caramelos, juguetes, bombones... hasta que me dijo que yo le gustaba. *Carla, 24 años, urbana, unida.*

Para las mujeres de mayor edad por lo general, la condición de novia concluía con la primera experiencia sexual, que solía ir de la mano con la primera unión conyugal. Es posible que muchas de estas mujeres hayan vivido la experiencia del noviazgo en un contexto diferente al de las mujeres más jóvenes y por tanto, reprueben la permisividad de las relaciones sexuales entre ciertas parejas modernas durante el período previo a la unión conyugal. Entre las mujeres de mayor edad, la primera relación sexual coincidió con el inicio de la vida marital y no hubo relaciones sexuales en el noviazgo:

E: ¿Cuántos novios tuviste antes de embarazarte?

-Dos. No, tres, digamos novios pues, lo que se llama novios, que nada que ver porque ahora no es novio, si ya es novio ya sabés lo que pasa. Noviecillos de la manito, así... *Marcia, 36 años, rural, soltera.*

E: ¿Cómo la enamoró su primer novio?

-Salimos a una fiesta; era muy bonito antes, era diferente, y entonces, ahí bailando uno se va enamorando.

E: ¿En qué sentido piensa que era diferente antes? -Los novios...pues, que los novios eran novios de verdad, no como ahora que las mujeres ya se meten con el hombre y siendo novios y quieren seguir aparentando que todavía que son señoritas. Antes había como más pureza (digo yo) cuando uno era novia de algún muchacho, porque si era novia, era novia y punto, nada de otra cosa. *Isidra, 36 años, rural, soltera.*

LA SEXUALIDAD

Entorno afectivo de la primera experiencia sexual de las adolescentes.

Cuando las adolescentes se fugan con su pareja antes de su primera relación sexual, el vínculo que une a una muchacha con el hombre con el cual se inicia sexualmente suele ser el noviazgo, situación que caracteriza la etapa adolescente de la vida de las jóvenes. La experiencia sexual suele suceder luego de un tiempo prudencial, durante el cual la muchacha concluye que está muy enamorada de su novio y éste la ha convencido de que el sentimiento es recíproco. El evento puede ser precedido por una etapa en la que el romance se hace más intenso en la pareja y el varón puede manifestar a la chica que es la mujer de su vida, que a nadie ha querido ni querrá como a ella; que su mayor anhelo es que ella sea la madre de sus hijos, etc. A pesar de que la joven puede estar de acuerdo con iniciar la experiencia sexual, la iniciativa usualmente proviene del varón. Lo contrario puede generar dudas en este último acerca de la virginidad de la jovencita e influir negativamente sobre la actitud que él adopte frente a ella una vez consumada “la entrega” de la chica. Las mujeres entrevistadas más instruidas reconocieron su co-participación en la decisión, pero siempre afirmando que la responsabilidad más importante en la iniciativa fue del varón.

E: ¿De quien fue la idea de tener la relación?

-De él. Él me conquistó y “vámonos”, y usted sabe que yo tenía que hacer lo que él decía.

E: ¿Se sintió presionada?

-No porque como yo lo quería... él me decía “vamos”, y entonces “vamos pues”.

Isidra, 36 años, rural, soltera.

E: ¿Considerás que estaban enamorados ustedes en ese momento?

-En ese tiempo sí...

E: ¿De quién fue la idea?

-Fue de él, pero, también yo estaba de acuerdo. *Dora, 43 años, urbana, unión de visita.*

E: Contame, ¿tuviste relaciones sexuales con alguno de esos tres novios?

-No, para nada, con ninguno; cuando ya perdí la cabeza fue con el papá de la niña...

E: ¿De quien fue la idea?

-De los dos; mas de él sí. *Marta, 20 años, urbana, soltera*

El escenario físico de un inicio sexual no marital suele ser el hogar de cualesquiera de los novios, algún sitio adonde la pareja acostumbra recrearse y que puede brindarles la privacidad necesaria, u otro lugar escogido por el hombre. Si la primera experiencia sexual de la joven ocurre con un hombre que tiene una relación formal con otra mujer, este puede procurar un lugar más privado, a fin de prevenir posibles sospechas en terceras personas que conozcan su situación conyugal.

E: Contame, ¿cómo se dio la unión con tu marido?

-Quedamos solos en la casa, esa fue la primera vez... y después buscamos un lugar donde nos íbamos a ver. *Julia, 35 años, rural, casada.*

E: ¿Hablame un poquito sobre tu primera experiencia sexual?

-Bueno, cuando yo me fui con él me llevó a un motel, allí me llevó y estuvimos como dos o tres días. *Juana, 33 años, rural, unión de visita.*

E: ¿Contame un poquito de tu primera experiencia sexual?

-Fue para el día de mi promoción. Nos venimos aquí a la casa de mi abuelo porque había una reunión, y después nos fuimos al mar a una fiesta que habíamos planeado con mi novio, unos amigos y unas amigas... y después como yo iba a pasar el fin de semana en la noche, nos fuimos a la arena... *Carla, 24 años, urbana, unida.*

Muy seguramente, la adolescente intentará mantener en secreto a toda costa el inicio de su vida sexual extramarital, mientras que la actitud del varón al respecto puede variar. Estará íntimamente ligada al amor que sienta por ella, a la convicción que tenga sobre la virginidad de la muchacha y al interés por parte suya de continuar la relación con la joven.

E: ¿Hablaste alguna vez con alguien sobre tu primera relación sexual?

-No, porque si uno habla ya es el periódico de todos, entonces decidimos quedarnos callados, aunque si él habló yo no lo sé, aunque no lo creo, porque él era una persona muy callada, entregada en sí mismo de lo que hacía. *Blanca, 30 años, urbana, unión de visita.*

Por su parte, la experiencia en sí puede dar lugar a sentimientos encontrados en las adolescentes: al enamoramiento, el deseo o el placer que pudiesen sentir en ese momento se anteponen el temor y la vergüenza. El temor y la vergüenza parecen ser los sentimientos más marcados que permean el inicio de la vida sexual no marital de las adolescentes. El temor es polifacético y en su diversidad puede combinar aspectos como el temor de la adolescente a ser descubierta por su familia, el temor de quedar embarazada, el temor al

dolor físico, el temor de no gustarle a la pareja, o peor aun, el pánico de ser abandonada por su compañero. Muy seguramente, el varón tomará como suya la tarea de calmar a la joven a fin de convencerla de que sus temores son infundados. A su vez, la chica puede avergonzarse de su propio cuerpo, ya que la experiencia podría constituir para ella la primera oportunidad de ser observada íntimamente por ojos ajenos a los suyos.

E: ¿Cuentéme un poquito sobre su primera relación sexual?

-Para mí no fue algo valioso... y como lo hacíamos escondidos entonces, no podíamos hacerlo libre, sin problemas... No supe disfrutarlo mucho yo en lo personal mío, porque, fíjese que cuando me metí con ese hombre todo era como de más miedo, haciéndolo escondida como que alguien nos descubriría...[...] y escondido de mi mamá, de mi papá, de mis hermanos, tenía miedo de que se dieran cuenta y tenía miedo de que me fuera a engañar... *Luz, 28 años, rural, casada.*

E: ¿Contame un poquito sobre tu primera experiencia sexual?

-Al principio me dio temor, pero, ya cuando él me dijo que todo está bien como que me dio confianza... al principio me dolió, pero él me dijo que cada vez que lo hiciéramos yo iba a sangrar un poco y que cada vez le dijera yo si me dolía o no me dolía...

E ¿Considerás que hubo cambios en tu vida después de tu primera experiencia sexual?

-Sí, porque aparte de los cambios que tiene uno en su cuerpo, tenía que cuidarme de no salir embarazada y de que además no se dieran cuenta de que teníamos relaciones, que solo los dos nosotros supiéramos. *Eva, 23 años, urbana, unida.*

E: ¿Hablame un poquito sobre tu primera experiencia sexual?

:- ... Entonces, fue algo bonito por una parte y horrible por la otra. Como es primera vez uno se siente mal, como con pena, y es algo doloroso.

E: ¿Por qué te sentías mal?

-La pena que me dio.

E: ¿Vos deseabas tener esa relación?

-Sí, pero me daba como miedo porque yo no sabía nada de eso. ¿Cómo es esto?, ¿Cómo es lo otro? Entonces, me sentía un poquito rara. *Juana, 33 años, rural, unión de visita.*

Al parecer, la actitud que asuma el hombre con el cual la adolescente tiene su primera relación sexual no marital es lo más importante para ella, puesto que a él le ha entregado un elemento fundamental de su vida,preciado tesoro sin el cual el futuro de ella como mujer se torna incierto, en el sentido de que si su pareja decide no continuar la relación con ella, sus expectativas de casamiento se reducen o, al menos, su capacidad de elegir a su futuro esposo se estrecha. Es decir, la joven podrá unirse posteriormente sin

estar precisamente enamorada, aceptando la primera oferta matrimonial que la vida le brinde, o resignándose a vivir en una unión consensual.

En este sentido, aun si una muchacha no tiene pretensiones de participar de una convivencia de pareja en ese momento, o aunque ni siquiera lo desee, su mayor aspiración es escuchar del varón que quiere casarse con ella, o al menos que continuarán como pareja hasta que se unan un día en matrimonio. A su vez, lo peor que puede acontecer para la jovencita es que el hombre decida terminar la relación. En este caso la experiencia puede tornarse traumática para la muchacha, quien puede cargar durante toda su vida la afrenta de haberse entregado a un hombre que solo quería” hacerle el mal”. Conviene señalar en este caso que, aunque la decisión haya sido compartida, desde la perspectiva de las mujeres la culpa del daño recae solamente sobre el varón, y cuando reconocen alguna cuota de responsabilidad por parte suya, generalmente asumen una posición de víctimas, acusándose de haber sido tonta y “haber caído”.

E: ¿Podrías hablarme un poco de esa experiencia sexual?

-Sí, él solo me hizo el mal y se fue por ahí, vivía donde yo trabajaba. Después él se reía de mí solo me miraba y se reía.

E: ¿Cómo crees que se sintió él después?

-No sé, porque después se burlaba él de mí, se reía en mi cara porque yo era señorita y después de lo que me hizo él ya no era nada, y siempre se reía de mí cuando me miraba, se tiraba carcajadas, se burlaba de mí y yo no podía hacer nada porque él tiene fuerza.

Esperanza, 26 años, rural, unida.

E: ¿Por qué cree que el papá de su niña se unió con usted?

-No sé si fue por amor o por causarme el daño, así eran las cosas.

Elba, 40 años, rural, separada-

E: ¿Por qué considera usted que se juntó con él?

-Pues yo creo que fueron debilidades mías, chavaladas, por eso; pero yo reflexioné tarde porque había cometido un error.

E: ¿Cuáles razones piensa que él tuvo para juntarse con usted?

-¡Ideay!, lo que él buscaba era aprovechamiento porque él ya era casado, entonces, él siempre lo que quería era aprovecharse de mi amistad y dañarme (pienso yo), porque ¿qué más podría ser?, dañarme, porque él no me tenía amor.

Luz, 28 años, rural, casada

Por su parte, si la relación de la pareja continúa, podría haber un mayor acercamiento entre ambos novios a partir de tener intimidad sexual. En ocasiones este

acercamiento puede ser un arma de doble filo, puesto que el hombre se puede sentir con mayores derechos de controlar la vida de la muchacha y puede tratar de establecer límites basados en su conveniencia sobre la vida social de ésta, incluyendo la exclusión de personas de su círculo amistoso, especialmente del sexo masculino. De otro lado, el varón puede mostrar durante cierto tiempo manifestaciones de cariño más intensas hacia la joven, que pueden incluir el obsequio de pequeñas cuotas de dinero, o de regalos que no acostumbraba hacer antes.

E: ¿Considerás que la vida del muchacho cambió luego de que tuvieron relaciones sexuales?

-Sí, porque ya me compraba cosas a mí, ya me compraba ropa, zapatos, ya me celaba más, me cuidaba más.

E: ¿Cambió la relación de ustedes después de tener relaciones sexuales?

-Estábamos mejor, ya nos tratábamos mejor y ya éramos más serios.

Leticia, 14 años, urbana, unida.

E: ¿Háblame un poquito de tu primera experiencia sexual?

-Al comienzo con él todo fue bonito, color de rosa.

Marta, 20 años, urbana, soltera.

E: ¿Considerás que cambió la vida de él después de tener relaciones sexuales con vos?

-Más responsable se volvió él y además más dominante, más soberbio conmigo, porque solo era acapararme él. Entonces, hubieron muchos cambios, ni llevarme a la calle, ni nadie tenía que meterse, solo él. *Eva, 23 años, urbana, unida.*

La adolescencia se ha transformado en un periodo de la vida de los jóvenes que genera temores frecuentes en los padres y madres de familia nicaragüenses. Esos temores se manifiestan cuando toman conciencia de que sus hijas e hijos transitarán por la etapa de la adolescencia. La preocupación se torna más intensa cuando se trata de hijas mujeres y puede dar lugar a un intento desesperado por parte de los progenitores de las muchachas de controlar la vida de ellas con el fin de separarlas de personas que puedan, en su opinión, influenciarlas para que den un mal paso. Dar un mal paso, en estos casos, se traduce para las jovencitas en iniciarse sexualmente con un hombre, mientras que para los hijos varones la intranquilidad tiene que ver más que todo con la posibilidad de que puedan adquirir alguna adicción como el alcohol u otras drogas más fuertes.

Dado que la prueba tangible que tiene la sociedad para comprobar el ejercicio de la sexualidad de una mujer es el embarazo, no es infrecuente observar cómo ciertas madres nicaragüenses parecen iniciar una cuenta regresiva cada año desde que sus hijas empiezan la adolescencia y permanecen todavía en sus hogares de origen, observación que seguramente compartirán orgullosas con sus amistades y vecinos: “ya tiene dieciséis y todavía está aquí”, “a pesar de todo no me ha salido tan loca”. La satisfacción familiar puede ser mayor cuando las muchachas permanecen en el sistema escolar y cuando no acostumbran salir a menudo a sitios donde puedan alternar con varones, o si lo hacen regresan temprano a sus hogares.

Pero la cuenta regresiva de la que hablamos tiene una expectativa de final, un punto en el cual el cuidado de los padres finaliza y lo que se espera es que la chica se una maritalmente. Para muchachas estudiantes, la conclusión de una formación académica técnica, media o superior puede garantizar a los padres y a las madres la satisfacción de haber hecho lo que les correspondía de su parte. Si la joven no estudia, su inserción en el mercado laboral puede otorgar a sus progenitores la percepción de haber concluido sus obligaciones con ella. Curiosamente, la pauta puede marcarla también el deseo de los progenitores de la joven, especialmente de la madre, de “querer ver sus nietos”, lo cual acontece generalmente cuando las muchachas sobrepasan los veinte años de edad, y se observa tanto en el campo como en la ciudad.

Todo parece indicar que en generaciones anteriores, la preocupación central de los padres y madres de familia respecto del inicio de la vida sexual de sus hijas mujeres no era la edad de éstas, sino la condición de unirse en matrimonio con “el hombre que las hizo mujeres”, esto es, con el hombre con el cual tuvieron su primera experiencia sexual. En las últimas décadas esta aspiración se mantiene, pero se ha sumado a esta premisa una prohibición social más moderna hacia el ejercicio de la sexualidad por parte de las mujeres adolescentes, por considerarlas inmaduras y no aptas para asumir la consecuencia social más temida de la práctica sexual femenina en soltería: el embarazo. En tal sentido, se ha extendido un cierto tipo de consenso social, especialmente entre los educadores y los prestadores de servicios de salud, acerca de que la vida sexual para una mujer no debe empezar antes de una unión, o por lo menos, no antes de los veinte años. Cuando la

comunidad sospecha que una adolescente soltera tiene vida sexual activa, esta puede ser catalogada como vaga o “loca”, término popular para designar a mujeres promiscuas.

E: ¿Cuándo tenías menos de veinte años, qué pensaban en tu comarca si una chavala jovencita tenía relaciones sexuales con un hombre sin estar viviendo con él?

-Antes no sé. Yo digo que los padres querían, preferían que se casaran. Ahí te tenías que casar, no hay vuelta de hoja, había que casarse y de velo y corona, no es cuestión de que... ¡y obligados los muchachos a casarse! *Julia, 35 años, rural, casada.*

E: ¿Cuál consideras es la edad apropiada para que una mujer inicie su vida sexual?

-Ya cuando una mujer está formada y tiene la edad apropiada y la mentalidad, ya es más responsable.

E: ¿Cuál sería esa edad?

-Mayor de veinte años. *Carmen, 47 años, urbana, auxiliar de enfermería.*

E: ¿Para usted hay un momento adecuado para que las mujeres inicien su vida sexual?

-La edad, tiene que ver con la edad.

E: ¿Cuál considera que es la edad apropiada?

-Los veinte años.

E: ¿Y en el caso de un hombre?

-En el hombre es diferente porque no importa la edad para que ellos tengan relaciones; pero es diferente con la mujer porque cuando decimos que es edad, es porque no está apto su cuerpo. Con el hombre no, porque lo puede hacer a cualquier edad, lo que importa es el grado de responsabilidad... *Silvia, 40 años, médica general, maestra en salud pública, urbana.*

Las preocupaciones sociales contemporáneas por las prácticas sexuales de las mujeres adolescentes no se refieren únicamente a la intranquilidad por la actividad sexual en sí, sino que consideran la pérdida de todo un conjunto de posibles beneficios sociales para ellas, como la posibilidad de continuar estudios. Las posibles pérdidas van más allá de las oportunidades académicas y confluyen en expectativas sobre el futuro de la muchacha. Se temen los resultados no deseados de las relaciones sexuales de las adolescentes solteras, que originan una estrechez de su horizonte. Una de esas consecuencias es la práctica del matrimonio o la unión marital a temprana edad, que aunque sigue siendo la práctica de la mayor parte de las jóvenes, empieza a ser una aspiración menos deseada en el país que ocurra muy temprano, sobre todo en los estratos medios y altos. La otra consecuencia es la condición de madre soltera, situación que es más reprobada. Se considera que una muchacha que ya es madre tiene menos posibilidades de encontrar un hombre que se

acerque a ella con “buenas intenciones”; es decir, que desee entablar una relación formal con ella y “se haga cargo” de su hijo o hija. De esta manera, el discurso cultural aparece más matizado por la actualización que exige la modernidad, pero en la importancia de tener una pareja masculina formal sigue siendo semejante al que había hace casi un siglo: para que una mujer sea persona debe existir un hombre dispuesto a dar fe de ello, reconociendo frente a una autoridad civil o eclesiástica, o frente a su familia de origen y su comunidad, que desea vivir su vida al lado de ella.

A su vez, las normas culturales en cuanto a la iniciación sexual del varón adolescente no solamente son más flexibles, sino que puede decirse que esas normas fomentan las relaciones sexuales de estos. Prácticamente se espera que el varón comience su vida sexual durante la adolescencia, y tanto amigos y conocidos del joven como ciertos familiares pueden hacer alusiones sarcásticas sobre él cuando existe sospecha de que “aun no ha estado con ninguna mujer”, insinuaciones que por lo general se refieren a dudas sobre la virilidad del muchacho. En años recientes, gracias a iniciativas de organizaciones de la sociedad civil que trabajan con adolescentes y más recientemente de otras impulsadas por el ministerio de salud, ha surgido un interés por parte de los padres y madres de familia y de algunos adolescentes acerca de la prevención de los muchachos contra infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH.

E: ¿Para usted cuál es el momento adecuado para que una mujer inicie su vida sexual?
-Después de los veinte años.

E: Y si se trata de un hombre ¿cuál considera es la edad adecuada?
-Es diferente, porque él es hombre; las que tenemos mayor riesgo de perder algo somos las mujeres, las mujeres somos las que podemos salir embarazadas y somos las que podemos tener los problemas, entonces el hombre puede tener vida sexual en cualquier momento pero nosotras no, porque corremos mayor riesgo, somos las que vamos a enfrentar toda la problemática de los embarazos, los riesgos de ese embarazo, el cuidado de ese niño, y si estás estudiando te atrasas en tus estudios, y ahí quedó todo porque ya no es igual. *Berta, 40 años, urbana, auxiliar de enfermería.*

E: ¿Piensa que las consecuencias de la primera relación sexual son las mismas para el hombre que para la mujer?
-Claro que no son las mismas, porque él no va a salir embarazado, no son las mismas, pero psicológicamente puede afectar a los dos, pero no son las mismas. *Sandra, 43 años, rural, médica general.*

E: ¿Considera usted que las consecuencias de la primera relación sexual son las mismas para los hombres que para las mujeres?

-No, las consecuencias yo pienso que son mayores para las mujeres porque el hombre la mayoría de veces solo el hijo pone y quien sufre las transformaciones físicas, psicológicas y del parto es ella. Entonces, yo pienso que las mayores consecuencias las lleva la mujer. *Victoria, 32 años, rural, licenciada enfermería.*

Cuando la protagonista de la primera experiencia sexual es una adolescente que se ha casado previamente con su pareja, la iniciación sexual de la muchacha puede provocar en ella un sentimiento de satisfacción por haberse entregado al hombre que la llevó de velo y corona al altar, el hombre que le demostró públicamente que quería hacer una vida para siempre con ella, que le probó que la quería para madre de sus hijos. La satisfacción puede llegar al grado de disipar cualquier temor previo de la muchacha, puesto que de alguna manera llegar señorita al altar garantiza, frente al hombre que la ha desposado y frente a la sociedad misma, que es una mujer digna y honrada. Cuando el embarazo aflore, los hijos serán reconocidos legalmente por el padre y tendrán legitimidad social. Las molestias físicas en la primera relación sexual, si existen, pueden ser más llevaderas para la chica y su preocupación central puede ser el esmero de hacer las cosas bien para asegurar la continuidad de la relación.

E: ¿Cuénteme un poquito sobre su primera relación sexual?

-Cuando lo hice quería que no se separara de mí y cuando él llegaba yo lo besaba y así, como le digo, de esa manera. Solo duré tres meses con él juntos. *Andrea, 45 años, rural, unida.*

E ¿Piensa que una mujer debe estar casada antes de tener su primera relación sexual?

-Para mí, según lo que me enseñaron, a estas alturas yo pienso que sí.

E: ¿Considera que puede haber consecuencias especiales para una mujer si no está casada o unida con un hombre?

-Sí, yo pienso que sí... porque a mí me asusta cuando les pregunto sobre el apellido del papá del niño, ¡ni saben el apellido del hombre con el que viven o con el que tuvo la relación! *Sandra, 43 años, rural, médica general.*

E: ¿Consideras que una mujer debe estar casada o unida antes de tener su primera relación sexual?

-Pienso que es mejor, porque como madre soltera es un riesgo que presenta porque después queda como madre soltera con todas las consecuencias. *Carmen, 47 años, urbana, auxiliar de enfermería.*

Sin embargo, a pesar de todo el control desplegado por los progenitores de las adolescentes para evitar la iniciación sexual de éstas cuando son hijas de dominio y están

solteras, y a pesar de la reprobación social de la sexualidad femenina durante este período, la adolescencia continúa siendo una etapa durante la cual una parte pequeña pero significativa de las mujeres nicaragüenses experimentan su primera relación sexual con un hombre siendo solteras, y esto ocurre especialmente entre las adolescentes más pobres y de menor escolaridad.

La virginidad ¿recompensa o castigo?

La virginidad ha sido valorada por la sociedad nicaragüense como una especie de garantía que toda mujer tiene para asegurar que el vínculo que la unirá a una pareja no sea transitorio, que sus hijos e hijas serán reconocidos legalmente por el hombre que los engendró y que tendrán mayores probabilidades de recibir ayuda económica por parte de su pareja. La sociedad parece tener sus propios parámetros de medida acerca de la certeza de la virginidad de una muchacha soltera, parámetros que están conformados por diversos aspectos del comportamiento de la chica y que se convierten en la práctica en artículos de una ley no escrita. Del cumplimiento de esos parámetros puede depender la honra o deshonor de una muchacha. En tal sentido, la comunidad puede referirse a una muchacha virgen como a una muchacha honrada u honesta y, a una jovencita sospechosa de haberse iniciado sexualmente y que continúa con su vida de soltera, como a una vaga, una loca, una mujer que no es de fiar.

E: ¿Contame un poquito sobre el papel que tiene para vos la virginidad en la vida de una adolescente?

-Yo creo que en la antigüedad, o sea, en mis tiempos, yo creo que es vital para un matrimonio; para una muchacha, según esa época la iba a honrar más el hombre.

[...] yo siempre a mi hija le inculco buenos principios, pero allá ella si no los escucha [...] Para mí hay que conservar la virginidad, ¡claro que sí!, para que el que se case no hable de ella ni la critique. *Marcia, 36 años, rural, soltera.*

E: ¿Cuál es para vos la importancia que tiene la virginidad en la vida de una mujer?

-Que haya una responsabilidad para que esa relación sea estable. *Carmen, 47 años, urbana, auxiliar de enfermería.*

E: ¿Considera que la virginidad tiene importancia en la vida de una mujer?

-Sí, yo creo que sí tiene importancia.

E: ¿Por qué?

-Es que eso también depende de cómo le formaron esa idea a la joven, pero depende de cómo le enseñaron, es importante estar virgen para después tener una relación formal o un casamiento como dicen, yo pienso que sí. *Sandra, 43 años, rural, médica general.*

Algunos de los aspectos que las normas culturales consideran como válidos para juzgar la conducta sexual de una adolescente están relacionadas con el tipo de amistades del sexo femenino que ella frecuenta; otros se refieren a la catalogación previa que públicamente se tiene de esas muchachas; unos más se vinculan con la mayor o menor diversidad de amistades masculinas que tienen las jovencitas; otros se refieren a la costumbre de asistir con frecuencia a fiestas informales o a otros eventos durante la noche; mientras que otros son sobre el tipo de ropa que habitualmente usan las muchachas, o si alguien ya las ha visto tomando cerveza o cualquier otro tipo de bebidas alcohólicas.

Esta percepción sobre la importancia de la virginidad está muy imbuida en la sociedad, pero puede ser diferente en algunas personas, especialmente entre mujeres que no tuvieron un inicio sexual o marital acorde a los cánones establecidos por la sociedad y que experimentaron por ello en carne propia la discriminación social o el abandono por parte de sus parejas, o bien entre mujeres que han tenido varias parejas sexuales o han procreado hijos con diferentes hombres. Las opiniones sobre la importancia de la virginidad pueden ser también más matizadas en el caso de mujeres con alto nivel de escolaridad, entre mujeres que viven en la ciudad y para mujeres más jóvenes. Pero estas opiniones más abiertas pueden ser temporales a lo largo de la vida, puesto que muchas de estas mujeres pueden retomar el discurso normativo cuando sus hijas se hacen adolescentes.

E: ¿Podrías hablarme del papel que tiene para vos la virginidad en la vida de una mujer?

-Para mí, actualmente eso no tiene ningún valor, porque en el transcurso de la vida aprendí que al final eso no tiene importancia en la vida de una mujer, pero sí sé que para la sociedad, el vecindario en que vivimos y en la situación en que vivimos en el país los hombres le dan mucha importancia. *Dora, 43 años, urbana, unión de visita.*

E: ¿Qué importancia tiene para vos la virginidad en la vida de una mujer?

-Para mí no lo veo tan importante, porque para mí él te tiene que querer como sos, a como venís, pero yo digo que eso tiene que ver con la decisión de cada quien, eso depende de uno de que tenía que llegar virgen al matrimonio o no; y como yo le dije a mi mamá, la juventud viene cambiando y hoy se dice una cosa y mañana es otra. *Carla, 24 años, urbana, unida.*

Otra consecuencia social de la sospecha de actividad sexual en una adolescente soltera puede ser el hostigamiento de otros hombres. Cuando los varones de la comunidad y

del ambiente social de una joven sospechan que ésta ha debutado sexualmente, posiblemente se acerquen más a ella que de costumbre y la adulen intentando una relación de carácter sexual, ya que esa muchacha no entraña para ellos peligro de reclamos o demandas morales por parte de la chica o de su propia familia. Desafortunadamente para la muchacha, es posible que las actitudes de los varones no se limiten al intento de hacerla suya, sino que pueden involucrar toda una gama de ultrajes verbales y físicos que le recuerdan públicamente a la adolescente que su papel como “señorita” ha quedado atrás para siempre. El irrespeto puede ser mayor cuando la joven no accede a las demandas sexuales de los hombres. Estas prácticas discriminatorias parecen haber sobrevivido en la cultura hasta tiempos recientes en diferentes escenarios sociales.

E: ¿Y los hombres de la comarca qué decían si sabían que una chavala ya tenía relaciones sexuales?

-Enamorarlas, independientemente con quién estaban la enamoraban para que tuvieran relaciones. *Elba, 40 años, rural, separada.*

E: ¿Y los hombres de la comarca qué hubieran pensado de una chavala soltera que tenía relaciones sexuales sin estar viviendo con un hombre?

-Me imagino que todos hubieran querido con ella, porque hubieran dicho “esa maje es fácil porque ya vive con fulano”, entonces hubieran hecho eso, porque en la finca es diferente que en la ciudad, allí ya dicen quién es fácil y quién no.

E: ¿Creés que la situación es diferente en la ciudad?

-Bueno, yo digo que aquí en León es un poquito menos...no como en el campo que para andar detrás de una chavala es diferente. *Juana, 33 años, rural, unión de visita.*

E: ¿Y los varones de tu barrio que pensarían de una chavala soltera que ya tiene relaciones sexuales?

-A la hermana mía que ha sido como alocada han dicho que es loca, que anda alborotada, ya le dicen un mal apodo “mirá, fulana de tal”, cosas así, que la manosean y todo, porque saben que ha tenido relaciones con varios; como que no la aceptan. *Leticia, 14 años, urbana, unida.*

Bajo este sistema de normas subyace que lo que a fin de cuentas otorga sentido al cambio de la identidad de las niñas nicaragüense hacia su propia condición de mujer es el inicio de la vida sexual con un hombre. Con la pérdida de la virginidad, al margen del dolor físico y de los temores asociados, la primera experiencia sexual de las adolescentes nicaragüenses parece constituir la punta inicial del hilo conductor de un proceso que, atravesando o no la etapa de la unión marital, las llevará finalmente a la condición de mujer

y a la maternidad. Es precisamente después de la primera experiencia sexual que emerge en las muchachas nicaragüenses el sentimiento de ser mujer, y esa será seguramente la principal percepción de cambio que las jovencitas notarán en ellas. Pero este cambio no parece ser redentor para las muchachas en el sentido de mayor libertad de decisión o de autonomía para ellas, sino que al contrario, no hace sino afianzar el destino de pertenencia a un hombre que la cultura social tiene reservado para ellas y señalar el incierto camino para lograrlo.

E: ¿Cree que cambió su vida después de juntarse con este muchacho?

-Sí, porque no fue igual que cuando soltera, ya era más distinto porque de ser señorita pasé a ser mujer. Cambia uno.

E: ¿En qué sentido cambia?

-Es distinto porque uno antes no tenía relaciones. *Isidra, 36 años, rural, soltera.*

E: ¿Cambió de alguna manera tu vida después de haber tenido relaciones sexuales?

-Sí cambió. Porque, por lo menos, yo ya no me sentía como antes, como una chavala, sino que como toda una mujer, no sé, más responsable, más seria, yo creo que sí cambié porque ya me sentía una mujer. Antes de tener relaciones yo me sentía como que podía jugar, cuando ya tuve relaciones yo me sentía que ya no podía jugar o andar bromeando o jugando. *Juana, 33 años, rural, unión de visita.*

E: ¿Te parece que cambió tu vida de alguna manera después de que tuvieron relaciones sexuales?

-Sí, porque ya no era una niña que andaba de besitos ni nada, ni andaba pensando en cosas infantiles, y pensaba en otras cosas. *Leticia, 14 años, urbana, unida.*

De esta manera, la muchacha se hace mujer en tanto se ha “entregado” a un hombre; esto es, ya pertenece a alguien; ya no puede hacer por sí misma las elecciones que tengan que ver con su propia vida, porque su vida ya no es materia solamente de su incumbencia y la persona destinada a tomar las principales decisiones ya “ha tomado posesión de su cargo”.

La adolescente enamorada que tiene la suerte de no ser abandonada por su pareja inmediatamente después de haber iniciado una relación sexual, probablemente vivirá el primer tiempo de su nueva condición de mujer con alegría, puesto que el hombre le ha demostrado que no solamente quería sacar provecho de ella, sino que sus sentimientos e intenciones eran serios. Puede asimismo conformarse en la muchacha una nueva noción de “responsabilidad” que se irá afianzando paulatinamente en su conciencia durante el resto de

su vida. Las atenciones de la jovencita hacia su pareja trascienden al plano doméstico: ella puede empezar a preparar algún tipo de comida ligera al varón cuando este la visita en su hogar; lavarle la camisa porque se le manchó con comida, o planchársela si amerita. Es posible a su vez, que la jovencita considere oportuno compartir con su pareja que tiene alguna necesidad económica y que sus padres no desean o no pueden colmarla, algo que usualmente el varón interpreta como normal, y lo más común es que éste intente por todos los medios de satisfacer la insinuación de la jovencita. La relación entonces habrá trascendido para ambos: ella ya es mujer; pero no mujer para sí, sino mujer de él. El por su parte da por hecho que ella ya es su mujer.

LAS UNIONES MARITALES

Del noviazgo a la unión matrimonial

Generalmente, una mujer nicaragüense con una relación marital establecida tiempo atrás, que ha procreado hijos e hijas con su pareja, al ser interpelada por alguna persona sobre las razones que tuvo para unirse a ese hombre, reconocerá de inmediato su amor por él como la motivación única por parte suya, y si los hijos han crecido, asisten a la escuela o trabajan, intentará con orgullo convencer a su interlocutor/a que su decisión ha sido la más acertada. No obstante, en pláticas posteriores, podría evidenciarse alguna situación particular que pudo haber estimulado la decisión de la muchacha de unirse a su pareja por primera vez.

Idealmente, en el ámbito normativo de la cultura nicaragüense, la experiencia de una muchacha de unirse o “juntarse” con un hombre por primera vez, es un acto que debería ser precedido por una etapa de enamoramiento mutuo. Se espera que en ese periodo, la joven pareja goce del tiempo necesario para conocerse, divertirse juntos en fiestas o actividades similares, conocer del otro su círculo familiar y amistoso y, en la medida de lo posible, ser aceptado/a por ese círculo. Este tiempo es equivalente al período del noviazgo y socialmente se le concibe como el tiempo más feliz de una pareja, el tiempo carente de problemas y de responsabilidades. Es el tiempo “color de rosa” y puede tener un final igualmente feliz cuando concluye con el enlace matrimonial de los novios.

E: ¿Considera que la vida de una pareja cambia cuando empiezan a vivir juntos?

-Sí. De novios es una cosa, lo más lindo es jalar: ya se habla de enamoramiento, ilusiones, fantasías en el noviazgo, todo eso...ya todo eso cambia porque ya en el hogar surgen problemas que en verdad, que falta para la comida, que no hay para el jabón, que no hay para esto.... no es lo mismo la etapa de un noviazgo que la etapa de un hogar, son mayores responsabilidades. *Victoria, 32 años, rural, licenciada enfermería.*

E: ¿Piensa que cambia la vida de una mujer cuando se casa o se une con un hombre?

-Sí porque es diferente, cuando es novio es una cosa y hasta que ya está la pareja conviviendo con la otra pareja a veces no terminamos de conocer a la otra pareja, y también cuando ya estamos con la pareja es diferente porque ya viene el maltrato intrafamiliar porque como el hombre es machista, y porque es mujer ella tiene que hacer esto o lo otro; entonces hay un cambio también en eso. *Berta, 40 años, urbana, auxiliar de enfermería.*

E: ¿Le parece que la relación de una pareja cambia cuando inician una vida juntos?

-No, ya no es lo mismo que cuando ellas estuvieron por separado.

E ¿Considera que el cambio es igual cuando se trata de una mujer que cuando se trata de un varón?

-En el varón yo digo que no, porque él estando conviviendo por separado o con una familia él va a seguir haciendo lo mismo, las que nos sometemos más somos las mujeres, los hombres no. *Silvia, 40 años, médica general, maestra en salud pública.*

No obstante, cuando la primera unión marital de la adolescente se consolida a través del vínculo matrimonial, la experiencia toma matices disímiles tanto para la jovencita como para su pareja y su propia familia.

Una muchacha soltera cuyo novio le propone matrimonio y “pide la mano” de la joven a los progenitores de ésta, se puede sentir como un ser privilegiado; privilegio que con certeza compartirá con sus amistades y conocidos /as y, en el supuesto caso de consumación de la ceremonia matrimonial, estos últimos seguirán paso a paso los preparativos requeridos. En estos casos, suele existir una motivación, por parte de las jovencitas, de hacer público el tipo de interés que la pareja tiene en ellas, es decir, tratan de mostrar que sus novios no las quieren solamente para un rato, no se quieren burlar de ellas.

Por su parte, en estos casos de petición matrimonial la familia de la chica reconocerá “las buenas intenciones” de la pareja de la jovencita, y estará atenta a la seguridad económica que el hombre pueda ofrecer a la muchacha. En el caso de las adolescentes de generaciones más recientes, (especialmente de la ciudad y entre quienes tienen acceso a una escolaridad prolongada), cobran importancia también las expectativas de los progenitores de la chica acerca de la superación académica de la adolescente, lo que

a su vez, podría en algunos casos, motivar la negativa familiar. Sin embargo, cuando la adolescente y su pareja logran convencer a los padres de ella de que el matrimonio es lo más conveniente para su hija, los progenitores harán todo lo necesario para que se divulgue en su comunidad y en su círculo de personas allegadas que su hija llegará de velo y corona al altar.

En la sociedad a su vez ocurre otro tanto. La suerte de la jovencita se convierte en el ejemplo propuesto por madres y padres de la comunidad para sus hijas mujeres de lo que deben aspirar en la vida: encontrar hombres que les den “su lugar”. Aun así, la joven no escapará del seguimiento de las personas de su comunidad y de su círculo social, quienes estarán atentas a descubrir la causa real de la ceremonia; es decir, si se trata de una boda planificada por amor, por interés del hombre en la muchacha, o si el matrimonio se efectuará para cubrir una falta de la chica descubierta por sus progenitores, como un embarazo o en algunos casos, relaciones sexuales con la pareja durante el noviazgo.

E: ¿Cuál consideras que es la principal causa por la cual las adolescentes quieren iniciar una vida en unión con un hombre?

-A veces hay principios morales, religiosos, en el cual debemos de tener primeramente que dar ese primer paso, y en segundo, que tanto la iglesia como casarse eso es algo formal que lo tenemos que tomar con seriedad. *Carmen, 47 años, urbana, auxiliar de enfermería.*

E: ¿Para usted cuál es principal motivo por el cual las adolescentes quieren casarse o unirse con un hombre?

-Porque tal vez los padres al darse cuenta las echan de la casa y no tienen otra alternativa que juntarse con su pareja, o se queda sola, o tal vez los padres le ponen la condición de que se quede con su pareja o se queda con ellos, y algunas deciden irse con él y otras se quedan con su familia. *Berta, 40 años, urbana, auxiliar de enfermería.*

En las ciudades y en los sectores más acomodados, si la trama de la petición matrimonial involucra a una jovencita menor de 20 años, que depende económicamente de su familia y que asiste a la escuela todavía, puede dar lugar a actitudes ambivalentes por parte de adultos y jóvenes solteros de la comunidad y del círculo social de la muchacha. La celebración social de la suerte de la muchacha porque se unirá en matrimonio puede ir de la mano con la preocupación de vecinos, conocidos y amistades de la chica por la probable pérdida de oportunidades escolares de ella. Cuando la pareja que desposará a la joven es un adolescente que no ha concluido sus estudios y no trabaja, la pena social se hace extensiva a él. Las personas adultas lamentarán que el joven deba interrumpir sus estudios para poder

mantener a su mujer, y sus contemporáneos se referirán a él como un ejemplo que no quieren seguir, como alguien que “hasta ahí llegó”, que “ya lo amarraron”. En cambio, si el futuro esposo es un adulto con independencia económica, la reacción social puede limitarse a destacar la suerte de la muchacha. Si ésta es la situación, cualquier desliz de orden sexual de la jovencita con su pareja será minimizado por la sociedad, e incluso justificado en los casos en que el embarazo preceda al matrimonio.

E: ¿Usted cree que los cambios son iguales para una muchacha adolescente que para una mujer mayor de veinte años?

-Si se junta con uno de mayor experiencia yo pienso que no, porque el de mayor experiencia es que va a llevar él cómo es que van a vivir de ahí en adelante pues. *Berta, 40 años, urbana, auxiliar de enfermería.*

Ahora bien, ¿qué sucede mientras tanto con la pareja que llevará al altar a la adolescente? La respuesta a esta pregunta depende de varios factores, tales como la edad de él, su grado de dependencia económica, su nivel de escolaridad y su condición social; y de otros que tienen que ver más con situaciones específicas de la muchacha. Entre estos últimos sobresalen los antecedentes sexuales de la jovencita y su nivel socioeconómico.

Generalmente, las parejas de las adolescentes son hombres algo mayores que ellas que ya trabajan, puesto que no es bien visto en la cultura nicaragüense las uniones de las mujeres con hombres menores que ellas, aun tratándose de mujeres adultas. Sin embargo, algunas veces las muchachas tienen novios con edades cercanas a las suyas que pueden llegar a convertirse en sus primeros esposos, situación que usualmente va de la mano con un embarazo accidental. Cuando esto ocurre, la nueva situación conyugal del varón, tiende por lo general a obligarlo a interrumpir estudios e iniciar una actividad laboral con el fin de asegurar la provisión de los bienes básicos de la nueva familia. Sin embargo, si la familia del muchacho tiene condiciones económicas favorables, los padres de él pueden asumir la responsabilidad económica de su hijo y apoyarlo para que prosiga con sus estudios. La seguridad que tenga el joven de ser la primera experiencia sexual de la jovencita determina muchas veces su decisión de casarse con ella o no. Por su parte, los hombres un poco más adultos que se casan con chicas adolescentes, suelen hacerlo aunque medie o no un embarazo de su pareja. Permanece constante en este tipo de hombres el ser o pretender ser la primera pareja sexual de las adolescentes para decidir una unión marital con ellas.

Independiente de la razón por la cual las adolescentes nicaragüenses se unen en matrimonio por primera vez a un hombre, la experiencia de casarse siempre será motivo de orgullo para la mayoría de ellas y de satisfacción para sus familias.

E: ¿Cómo fue que se juntó con el primer señor, con su primer marido?

-Me casé por la iglesia y por civil, por las dos cosas.

E: Cuénteme ¿cómo era su vida antes de su primer embarazo? -¿Cómo era?, bueno, no recuerdo de qué manera pero me sentía bien porque estaba recién casada, me sentía bien

E: ¿Cómo eran las relaciones que tenía con su familia?

-Pues bien. Mi mamá mucho me quería y estaba de acuerdo con que me casé; no tuve problemas ni nada. *Andrea, 45 años, rural, unida.*

Ahora bien, este derrotero matrimonial no es la ruta más común por la cual transitan las relaciones amorosas de las adolescentes nicaragüenses que inician la vida conyugal con un hombre. Los resultados del análisis de la ENDESA 2001 señalan que a comienzos del siglo XXI la inmensa mayoría de los embarazos adolescentes se producían dentro de uniones maritales, pero solamente una fracción minoritaria de esas uniones eran matrimonios. La principal forma de unirse para las adolescentes nicaragüenses es la unión consensual sin matrimonio (irse a vivir con un hombre), y en algunos casos, el embarazo ni siquiera se produce dentro de una unión, sino que la adolescente sigue siendo hija de dominio después del embarazo y después de tener a su hijo o hija. Entre nuestras entrevistadas, una buena parte de las primeras experiencias de vida marital que comienzan en la adolescencia tienen que ver con situaciones menos legítimas socialmente que el matrimonio, y a veces relataron experiencias poco gratas para las adolescentes. Nos referimos aquí a diversas circunstancias que pueden precipitar el inicio de la vida marital de las chicas mediante la fuga con un hombre. Normativamente, no se consideran experiencias color de rosa para ellas, pero terminan en la forma de unión marital que aún es la más frecuente en Nicaragua. Tal vez estos comportamientos se relacionan con que todavía una proporción importante de la población vive en áreas rurales y la gran mayoría de las adolescentes viven en contexto de pobreza, sea rural o urbana. El análisis de la ENDESA 2001 realizado en el capítulo II sugiere que la unión por matrimonio es un privilegio que disfrutaban una minoría de jovencitas, que muchas veces son también las que logran una mayor escolaridad y mejores condiciones materiales de vida.

La unión marital de las adolescentes: ¿un fin o un medio?

Las diversas rutas que conducen a la unión marital entre las adolescentes nicaragüenses, dependerán de ciertos factores determinados por la cultura, las normas sociales subyacentes, el nivel educativo de las muchachas y su condición económica, entre otros. La modalidad de “la fuga” de la adolescente con su pareja es una práctica común que ha trascendido fronteras temporales, y cuando se produce un embarazo durante el noviazgo la fuga se transforma en una necesidad para las muchachas.

Usualmente, la muchacha que “se va con el novio”, lo hace a petición de éste y en algunos casos es el embarazo la causa que precipita la decisión. En los casos en que el novio le pide que se vayan a vivir juntos, el deseo del varón de iniciar relaciones sexuales con la joven y de “hacerla su mujer” parece ser la razón principal.

E: ¿Cómo te sentiste después de haberte juntado con tu marido?

-Bueno, es que uno ni sabe cómo responder en ese momento (digo yo). Imaginate que él de pronto, de la noche a la mañana me dice “yo ya no quiero seguir así, yo lo que quiero es que estemos juntos”. Y así fue. Quedó conmigo “tal día, en tal lugar”, y me fui con él. *Elisa, 39 años, urbana, casada.*

E: ¿Cómo fue que se dio tu unión con ese muchacho?

-Lo planeamos.

E: ¿Antes del embarazo?

-Sí, solo quedamos “tal día te llevo a traer”, y todavía no teníamos ninguna relación de pareja, sino que solo éramos novios, entonces lo planeamos, “tal día te llevo a traer”, y así fue que se dio. *Marcia, 36 años, rural, soltera.*

Otra condición que puede motivar a la pareja a iniciar una vida en común es la oposición de la familia de ella a la relación de la pareja, oposición que continúa observándose aun entre jovencitas de la ciudad.

El embarazo durante el noviazgo es una causa que puede motivar que una adolescente decida irse a vivir con su novio, y si éste es el caso, la misma muchacha le puede pedir a su pareja que “se haga cargo de ella”.

Cualquiera sea la ruta que culmina en la fuga de la adolescente con su novio, y a pesar de ser el patrón más frecuente de formación de uniones en Nicaragua, la fuga resta mérito al prestigio de la muchacha frente a su familia, a la de su pareja, y frente a la

sociedad misma, que al final resulta ser el gran juez de todo el proceso. La discriminación contra la joven persistirá por un tiempo, aun cuando el hombre con el cual se fugó de cuenta de la manutención económica de ella, y la culpa será atenuada tan solo con el paso del tiempo y la llegada de los hijos. Puede acontecer también, que la integridad de la joven se devalúe frente a su misma pareja, quien puede recriminarle haber sido una chica fácil que accedió a sus deseos sin más ni más, y esto afecta la calidad de las relaciones de pareja. Al demostrarse socialmente la solidez de la relación, y con ello la intención del hombre de “no dejar desamparada a la muchacha”, o bien, cuando la relación quede sellada por la descendencia de la pareja, o incluso por el vínculo matrimonial, la mujer recupera su legitimidad social.

E: ¿Tu familia estaba de acuerdo con que eligieras a ese hombre para ser tu marido?

-No, mi mama sí sabía la relación que tenía con el muchacho, pero talvez ella quería otra cosa, talvez que yo me casara o pasara más tiempo, pero como no fue así, entonces eso fue el rechazo que ella tuvo, pero sí sabía que yo andaba jalando con él, todo mundo sabía.
Marcia, 36 años, rural, soltera.

Con frecuencia, las parejas que se fugan establecen su domicilio en la casa de la familia del varón, la cual controlará en adelante, junto al hombre, la vida de la adolescente. La muchacha puede ser o no del agrado de la familia del marido, lo que puede determinar el grado de integración que tendrá en su nuevo hogar. Cuando la jovencita es aceptada por la familia de su pareja sin dificultad alguna, la fidelidad de los familiares del hombre con la muchacha podría convertirse en un mecanismo de control para él, especialmente en lo que se refiere a la posibilidad de otras relaciones paralelas. La muchacha por su parte, compartirá todas las actividades domésticas de ese hogar con las otras mujeres de la familia, además de las referidas exclusivamente a las necesidades del marido.

E: ¿De qué manera cambió tu vida con el nacimiento de tu hijo?

-En todo. Tenía que lavarle a mi niño, plancharle a mi niño, prestarle atención, atender al muchacho, plancharle, lavarle, darle de comer, ayudar en la casa de mis suegros... .. allí vivía también la hija de ella, la mayor y tenía tres hijos... también habían tres niños más que los habían dejado solos y entonces yo me hice cargo de los seis niños de mis cuñadas...
Eva, 23 años, urbana, unida.

E: ¿La familia de tu pareja te insinuó alguna vez que tuvieras un hijo?

-No me insinuaban pero sí se alegraron... y mi suegra y mi cuñada alegres...pero ella como estaba en el trabajo no llegaba, pero ella alegre, nunca me despreció, ella no permitía que él

llegara tarde, que llegara tomado, que lo llegaran a visitar mujeres, porque él me tenía a mí y él me tenía que respetar. *Carla, 24 años, urbana, unida.*

A pesar de que la fuga es la forma más frecuente de unión marital entre las adolescentes de Nicaragua, ésta tiene costos temporales también para la relación de la muchacha con su familia de origen. En un primer tiempo, la familia de la adolescente que se marchó con su novio se sentirá traicionada por la decisión de la joven y aun cuando el noviazgo era conocido y contaba con la aprobación del padre y la madre de la joven, estos se considerarán defraudados por la pareja de la muchacha. La madre de la adolescente se quejará seguramente ante sus amistades y vecinas del daño que le hizo su hija. El padre, por su parte, reaccionará probablemente de manera violenta, depositando en la madre la culpa por cualquier posible permisividad excesiva que se le haya brindado a la muchacha, y cerrando las puertas del hogar a un posible retorno de la hija, al menos de manera temporal.

E: ¿Cómo era la relación con tu familia antes de embarazarte?

-Bueno... mi mamá ni yo podía estar feliz porque no tenía una relación buena con ella.

E: ¿Por qué no tenías una relación buena con tu mamá?

-Porque ella no estaba contenta con lo que yo había hecho.

E: ¿Qué habías hecho?

-Juntarme con él pues,irme con él; eso. *Marcia, 36 años, rural, soltera.*

Por lo general, a petición de la madre de la adolescente, hermanos y hermanas de la chica u otros familiares suelen ir a visitarla a su nuevo hogar a fin de conocer las condiciones de vida de la joven y transmitirle la preocupación de la madre por su bienestar, así como la situación que ha provocado en el hogar el escape de la chica con el hombre, especialmente en el padre de ella. Una preocupación central de la familia de la adolescente es la confirmación de la existencia o no de un embarazo como causa de la partida de la joven con su pareja y de ello puede depender la actitud de sus progenitores, en términos de aceptar o no la reintegración pronta de la chica a su hogar de origen, y en términos de aprobar y apoyar la unión marital de los jóvenes. En tal sentido, algunas familias (especialmente de la ciudad), pueden pedir a la adolescente que no se ha embarazado que retorne al hogar familiar y continúe con sus actividades cotidianas, siempre y cuando rompa definitivamente la relación con su pareja. Para otras chicas, sin embargo, no se discute la

alternativa del regreso al hogar paterno y la consolidación de la unión de los jóvenes, o la descendencia, es la única condición que permite el perdón familiar.

Los adultos de la comunidad, por su parte, a pesar de delegar parte de la culpa en las libertades que los progenitores otorgaban a la adolescente, seguramente terminarán solidarizándose con ellos y considerándolos como víctima de la decisión de su hija, quien les ha “pagado mal”. El chisme comunitario estará encaminado a comprobar la existencia o no de un embarazo previo a la fuga y, en general, el límite más alto del valor social de la chica pasará a coincidir, en adelante, con el momento en el cual se marchó con su pareja.

La actitud de la pareja que “se llevó” a la adolescente puede relajarse en cuanto a la decisión de casarse con ella. El hombre, al sentirse seguro de tenerla como mujer porque socialmente ya es conocido que él se la llevó y ella aceptó, puede eludir casarse con ella (aun cuando se lo haya prometido). Entre algunas parejas que se unen de esta manera, el hombre espera para ofrecer matrimonio a su mujer hasta cuando se siente seguro de la fidelidad y entrega de ella, lo cual acontece generalmente cuando ambos son maduros y tienen varios hijos. En otras palabras, la pérdida de valor social de una jovencita que se va a vivir con un hombre sin casarse la sitúa a ella en una posición de inferioridad en términos de relaciones de género con su pareja. Cuando la mujer ha permanecido al lado del hombre de manera irreprochable a pesar de todas las faltas que haya cometido él, incluyendo infidelidades o violencia, es posible que se case con ella. Es decir, la mujer ha probado estar con él “en las duras y en las maduras”, la mujer le ha aguantado todo, y por lo tanto merece recuperar su valor social. Ciertas veces acontece que las mujeres involucradas en este tipo de relaciones conyugales, se integran a edades adultas en círculos religiosos que juzgan como ilícitas las relaciones fuera del matrimonio; pudiendo en este caso ser ellas las portadoras de la iniciativa de la relación matrimonial en la pareja. De jóvenes sin embargo, las muchachas que viven en unión libre suelen sostener frente a los demás su satisfacción con el tipo de relación que tienen con su pareja, ya sea porque tienen una buena convivencia o con el fin de protegerse de los comentarios sociales.

E: ¿Cómo se dio la unión con tu marido?

-Como nosotros nos habíamos ido a la casa de su familia y luego al poco tiempo lo del embarazo... él me dijo que no me preocupara, que él de todos modos se iba a casar conmigo y la prueba es que aquí estamos; con hijos, con nietos (porque ya somos abuelos), y hasta hoy estamos casados; claro que para eso uno tiene que pasar por muchas pruebas en la vida, pero aquí estamos juntos gracias a Dios y él se casó conmigo a como me prometió.
Elisa, 39 años, urbana, casada.

E: Contame, ¿por qué te fuiste a vivir a la casa de la familia de tu pareja?

-Porque dice el dicho que el que se casa, casa quiere...Quedamos en trámite de matrimonio, pero como una familiar de él se enfermó, invertimos un dinero que nosotros teníamos recogido. Entonces, él me dijo que nos fuéramos y después nos casábamos; ahí nomás salí embarazada y él me dijo que antes que naciera el niño nos íbamos a casar, pero yo le dije que no, así más adelante cada quien coge su rumbo y así no vamos a tener problemas (le dije yo) Y así decidimos solamente quedarnos unidos. *Blanca, 30 años, urbana, unión de visita.*

También los aspectos emocionales pueden ayudar a comprender por qué la mayor parte de las adolescentes nicaragüenses optan por formar una unión marital mediante la fuga con el novio. Al reflexionar sobre las diferentes causales que pueden orillar a una adolescente nicaragüense a iniciar su vida marital de esta manera, conviene detenernos un tanto en cierto tipo de condiciones propias del contexto emocional en el cual están sumergidas las jovencitas en su hogar de origen, previo a la decisión de abandonar sus familias y convertirse en las mujeres de sus hombres. No son infrecuentes en la sociedad nicaragüense casos de niñas y adolescentes que sufren de maltrato físico y psicológico de parte de sus progenitores u otros miembros de su familia. Estas muchachas pueden ser más vulnerables a aceptar el ofrecimiento de un hombre de marcharse con él, y lo pueden hacer aun sin estar enamoradas, con la esperanza de encontrar tan solo una mejor opción de vida.

E: ¿Cuál considera es la principal causa por la cual las adolescentes quieren casarse o unirse con un hombre?

-Pienso que como es una desintegración la que han vivido ya ni miran a la pareja con tal de no seguir con su familia. *Silvia, 40 años, médica general, maestra en salud pública.*

E: ¿Cuál considera que es el principal motivo por el cual las muchachas adolescentes quieren casarse o unirse con un hombre?

-A veces porque están enamoradas; por su entorno familiar, si este no es muy bueno y el muchacho te dice cosas bonitas uno cree que es la maravilla y se va con él. A veces, por desconocimiento o porque ya tuvieron relación y tienen que irse. *Nidia, 40 años, médica general, rural.*

E: Contame ¿cómo era tu vida antes de tu primer embarazo?

-[...] Digamos que mi vida era como un desastre; para mí solo vivía pensando “¿cuándo llegará el día que me vaya de esta casa Dios mío?”. ¿Sabés?, yo creo que a lo mejor por eso se van muchas muchachas de sus casas, no porque quieran irse con un hombre, porque eso es lo más fácil, sino que se van con el primero que les habla para huir del infierno en que viven. *Julia, 35 años, rural, casada.*

Otras jovencitas, a su vez, provienen de hogares extremadamente pobres, y encontrar un hombre que les asegure un cambio de vida a otra con mayores comodidades materiales puede ser uno de sus mayores anhelos en la vida, sin importar mucho para ellas el precio que deban pagar por ello, que no excluye la posibilidad de violencia física y psicológica para ellas y sus hijos. Por lo general, las parejas de estas mujeres conocieron la situación económica de ellas con su familia de origen, y pueden usarla como un argumento permanente del varón ante cualquier intento de reproche por parte de la muchacha frente a alguna falta cometida por él.

E: ¿Cuál le parece es el principal motivo por el que una jovencita quiere casarse o unirse con un hombre?

-A veces puede ser porque...bueno tenemos aquí una muchacha como de dieciséis y está casada con un señor como de cuarenta años, y ese señor ya ha venido con otra adolescente y ya no es la misma adolescente, ahora es otra. Entonces, me imagino que debe ser lo económico, porque talvez este señor le debe dar algo, algún dinero; en este caso pienso que debe ser la situación económica... *Sandra, 43 años, rural, médica general.*

E: Platicame un poquito ¿cómo era tu vida antes de tu primer embarazo?

-No tan feliz porque toda la vida he trabajado; trabajé porque mi papá nos dejó solo con mi mamá...solo vivía trabajando donde una tía mía que no me cuidaba ni nada, entonces al primero que me susurró al oído con ese primero me fui. *Esperanza, 26 años, rural, unida.*

Sea cual fuere la situación y/o la decisión que tomen tanto los padres como la propia adolescente que inicia su vida marital de esta manera, la tormenta social y familiar se terminará luego de un tiempo prudencial, cuya duración estará determinada no solo por la intensidad del dolor de la familia de la muchacha, sino por el curso que tome la nueva relación de la pareja. Para muchas jovencitas, la víspera del primer parto o el nacimiento del primer hijo pueden originar un punto de inflexión a su favor respecto de la quebrantada comunicación con sus familias de origen. Incluso, algunas de ellas pueden intentar retornar a sus hogares de origen con su primer hijo cuando su primera experiencia marital ha sido desagradable para ellas.

E: ¿Cómo reaccionó tu familia al saber que había nacido tu hijo?

-Yo me vine donde doña Simona Cuadra...yo lavaba la ropa de las mujeres del otro lado y planchaba y estaba bien. Pero se dio cuenta mi mamá de que yo estaba allí y me dice que "ve, figurate, que no se qué, ayudame"...!Después de que me habían corrido y todo! *Ivonne, 51 años, urbana, casada.*

El embarazo adolescente y la unión conyugal

La ideología de la modernización ha dado lugar en décadas recientes en la sociedad nicaragüense a concepciones más permisivas en cuanto a la actitud de los adultos hacia muchas prácticas de las y los adolescentes, incluyendo la de la sexualidad. Esta permisividad, no obstante, encierra un discurso de doble moral. Por un lado, los padres de las muchachas y muchachos censuran frente a sus hijos el libertinaje de la sociedad moderna, valiéndose como recurso de prueba de la suerte que han corrido jóvenes conocidos (especialmente del sexo femenino), quienes a causa de un embarazo temprano han debido renunciar a privilegios, como el estudio o el apoyo familiar, y pasar a condiciones de vida menos favorables.

Por otro lado, algunos progenitores permiten a sus hijas adolescentes cierta libertad aparentemente controlada, con el fin de evitar que las muchachas opten por decisiones radicales. Generalmente, las adolescentes que gozan de estos privilegios reciben visitas en sus hogares, de supuestos amigos o enamorados, y pueden obtener permiso para salir con la pareja a sitios como el cine o el parque. La familia de la adolescente puede sospechar que la pareja ha iniciado relaciones sexuales pre maritales, pero permite la continuidad de la relación, limitándose a proferir discursos familiares impersonales y a veces amenazantes que aluden a las medidas morales y materiales que se implementarán en la familia para cualquiera de las hijas que abusen de la confianza que el padre, madre o persona encargada de los cuidados de las jóvenes ha depositado en ellas. Conviene agregar que aun cuando exista la sospecha en los padres que alguna muchacha tiene vida sexual activa, y a pesar de que el embarazo de una hija soltera es considerado por la sociedad como una experiencia no deseada, no es costumbre en la cultura nicaragüense que los progenitores hablen con sus hijas sobre las formas de evitar un embarazo.

E: ¿Contame un poquito sobre tu primer embarazo?

-Bueno, cuando yo me embaracé mi mamá...se dio cuenta no porque yo le dije, sino porque a mí me dieron achaques...Pero ella no me decía nada hasta que un día nos agarró a los dos, a mí y al papá de la niña... *Carla, 24 años, urbana, unida*

Así, algunas jovencitas en el país, continúan embarazándose antes de los 20 años y antes de unirse (de acuerdo con el análisis realizado en el capítulo II, en 2001 esta situación

aún afectaba a una minoría significativa de las jóvenes de Nicaragua, aunque la mayor parte se unen o se casan antes de embarzarse). De acuerdo con los significados culturales que se desprenden de las entrevistas, si las relaciones sexuales o un embarazo precipitan una unión marital, puede decirse que es un evento que la adolescente protagonista experimenta con vergüenza; con el dolor de haber defraudado a sus padres o a quienes esperaban de ella “lo mejor”, es decir, salir de su casa sin haber tenido relaciones sexuales y para casarse. Aunque se unan maritalmente mediante una fuga para reparar su transgresión sexual, lo hacen con cierta impotencia ante la pérdida segura de derechos familiares y sociales y con la incertidumbre de cómo responderá su pareja frente a la nueva experiencia.

De manera general, la norma social impone la unión marital de la adolescente que se embaraza por primera vez con una pareja. Como el embarazo adolescente parece ocurrir ocasionalmente de modo accidental, no siempre la vida marital inicia de una manera satisfactoria o deseada para las adolescentes que se han embarazado. Para algunas de estas muchachas, asumir el rol de “mujer de su pareja” puede constituir un verdadero martirio, puesto que el maltrato durante el noviazgo y las primeras etapas de la unión marital no es un fenómeno infrecuente en la sociedad nicaragüense. Si no existe embarazo, pero ya se han tenido relaciones sexuales, es posible que la adolescente se sienta obligada a continuar relaciones pre maritales poco satisfactorias, a causa del derecho que la relación sexual le confiere a la pareja masculina sobre la vida de la jovencita. En este sentido, podemos afirmar que algunas de las uniones que se producen como consecuencia de un embarazo temprano o a partir de una fuga sin matrimonio, no siempre representan un suceso satisfactorio en la vida de las adolescentes. Sin embargo, posiblemente por la prevalencia de la pobreza, la unión sin matrimonio sigue siendo la manera más frecuente de vida en pareja para las adolescentes.

Por otro lado, algunas de las adolescentes que se embarazan durante el noviazgo, no desean casarse ni unirse con los varones que las embarazaron y pueden acceder a una unión marital no deseada por la presión de sus padres, a fin de no arriesgar la pertenencia a su familia de origen. En el caso de las adolescentes que son expulsadas del hogar sin miramientos o sin posibilidad alguna de negociación, a veces se unen maritalmente como única alternativa para asegurar su sobrevivencia y la de su criatura.

E: ¿Cómo reaccionó tu familia cuando supo que estabas embarazada?

-Cuando ellos se dieron cuenta es que ya me miraron la barriga y es que tomaron la decisión de casarme por la iglesia y por el juez para seguir siendo parte de la familia.

E: ¿Vos deseabas casarte en ese momento?

-Sinceramente no. Yo solo quería seguir contando con lo que me daba mi familia, entonces para no sentirme fuera de mi familia yo iba a hacer lo que sea. *Dora, 43 años, urbana, unión de visita.*

A su vez, el embarazo se convierte en el instrumento mediante el cual la sociedad comprueba que la muchacha ha iniciado vida sexual fuera de una unión legalmente constituida y se convierte en motivo suficiente para que la integridad moral de la muchacha quede marcada de manera negativa, aun cuando la joven contraiga nupcias posteriores con el hombre que la embarazó.

Conviene señalar que desde la perspectiva de los varones que embarazan a las adolescentes, el matrimonio no constituye la respuesta más común al problema, excepto cuando están muy enamorados de las chicas o cuando son orillados a ello por la coacción de los padres de la menor. La presión de la familia de la chica para forzar a un varón a casarse o unirse con ella ocurre tanto en las ciudades como en las comunidades campesinas, donde es más común que acepten o propicien la convivencia de la pareja aun sin matrimonio. Las normas culturales señalan que un hombre que embaraza a una adolescente debe llevársela consigo, y el nuevo hogar de la chica debe ser el de la familia de origen del varón, iniciando la pareja una vida en unión consensual. Este tipo de arreglo puede ser para la jovencita el único tipo de unión que logre experimentar con ese hombre. El varón podría sostener paralelamente relaciones con otras mujeres, incluso casarse en cualquier momento con alguna de ellas. Puede acontecer también, como se señaló anteriormente, que el hombre ofrezca matrimonio a la muchacha que embarazó luego de procrear varios hijos con ella y estar seguro de querer envejecer a su lado. En otras palabras, en una unión marital sin matrimonio, ya sea que se inició con un embarazo de la joven o simplemente con una fuga, el varón puede no sentirse tan obligado por las normas culturales a ser fiel a su pareja.

E: ¿Considerás que la mayoría de las adolescentes que se embarazan y se unen a su pareja se van a vivir a la casa de la pareja, a la de su propia familia o viven solos?

-Eso depende de las condiciones de ellos. Por lo general se van a la casa de de él, porque es él que le corresponde llevarse el paquete por factores de la costumbre de la sociedad, que es

el hombre el que tiene que llevarse esa carga. *Carmen, 47 años, urbana, auxiliar de enfermería.*

E: ¿Contame un poco sobre tu primera unión?

-Yo vivía en la casa de mi mamá, pero él me llevó a la casa de mi suegra, porque como le dijo a mi mamá que se iba a hacer cargo de mí... y además, para que la gente no dijera que me iba a dejar botada, entonces nos fuimos a la casa de él. *Carla, 24 años, urbana, unida.*

E: ¿Tu pareja estuvo con vos durante el embarazo?

-No, él se metió con una muchacha, se fue con ella y digamos que nos separamos en ese tiempo; llegó al final del embarazo, digamos que cuando fui a tener al niño, porque le avisaron la familia que ya iba a tener. *Eva, 23 años, urbana, unida.*

Puede ocurrir también que una adolescente quede embarazada por primera vez de un hombre que ya estaba unido con otra mujer. En tal caso, la vergüenza de la muchacha recién embarazada es doble, puesto que debe enfrentar ante su familia y ante la sociedad “haberse entregado” a un hombre comprometido, quien probablemente no abandonará a su familia para hacerse cargo de ella. Otros pretendientes de las chicas embarazadas de esta manera las dejan tan pronto se enteran de su preñez, y lo mismo puede ocurrir cuando sin existir embarazo, existe la sospecha de que una joven que no tiene novio no es virgen o que ya tuvo relaciones sexuales con un hombre comprometido. Un nuevo novio que logre relaciones sexuales con ella puede abandonarla, alegando argumentos sobre promiscuidad de la joven, sobre no haberla encontrado virgen, o sembrando la duda de que el embarazo no es suyo. Pero incluso cuando las jovencitas no han tenido otras parejas, un novio las puede dejar después de haber tenido relaciones sexuales con ellas, y puede eludir sus responsabilidades alegando que el bebé no es de él.

E: ¿Tuviste relaciones sexuales con otros muchachos antes de quedar embarazada por primera vez?

-Tenía relaciones solo con el que me casé.

E: ¿Cómo reaccionó tu pareja al saber que estabas embarazada?

-Es que no se dio cuenta hasta que él nació, porque como él se fue de aquí... como él volvió al año, ya estaba él nacido aquí y no se dio cuenta hasta que vino.

E: ¿Cuál fue la reacción de tu marido cuando supo que había nacido el niño?

-Dijo que no era de él..., él no me ayudó ni un peso... *Ricarda, 45 años, urbana, soltera.*

En el siguiente apartado nos referiremos más detalladamente a la odisea que deben vivir las adolescentes solteras que se embarazan por primera vez. Intentaremos tratar en profundidad lo concerniente al embarazo de una adolescente que vive con sus padres.

Las adolescentes y la unión de visita

Además del matrimonio y la convivencia sin matrimonio, en el país existen uniones en las cuales el varón no convive con la mujer. Este tipo de uniones se llaman “de visita” en los países del Caribe, y aunque en Nicaragua no se le llama así, consiste en una de las alternativas para formar una familia. Las mujeres involucradas en relaciones de este tipo se resisten a aceptar que el hombre con el cual comparten su vida íntima se relaciona con ellas solamente de manera ocasional y prácticamente con límites que no sobrepasan el plano sexual. Lo que define la seriedad y estabilidad de la relación es el aporte económico del varón. Al ser cuestionadas acerca de su situación conyugal, aquellas que sobreviven enteramente gracias al apoyo económico de su pareja se declaran de inmediato como unidas, en tanto que quienes reciben un tipo eventual de cooperación económica pueden reconocerse frente a otros y frente a sí mismas como solteras (con hijos).

La modalidad de la unión de visita entre las adolescentes no suele observarse de manera frecuente como primera experiencia de vida marital, y cuando ocurre generalmente es precedida por un embarazo. Esta opción puede funcionar como alternativa cuando la pareja que embarazó a la muchacha declara ante los padres y ante la joven que no cuenta con los recursos económicos para emprender una vida independiente con ella, cuando la familia de la pareja de la jovencita no está de acuerdo con la relación y decide no aceptar al hombre en su hogar ni dejar que su hija se vaya, o cuando la pareja que embarazó a la chica es un hombre unido por cualquier vía con otra mujer. Cuando la unión de visita es la primera experiencia marital de la chica, se trata de un tipo de relación socialmente devaluadora para la joven y favorable para el hombre, ya que éste puede fácilmente controlar la vida de la muchacha sin tener que sacrificar para ello su propia independencia.

E: ¿Cómo fue que te uniste con tu marido?

-Bueno, como yo trabajaba allí, él me dijo que no siguiera trabajando, que me iba a sacar de allí. [...] Nosotros alquilábamos desde que me fui con él, porque antes yo vivía en su casa

de su señora porque le trabajaba a ella, pero al juntarme con él, ya me llevó. Tenía la niña como dos años cuando se separó de la mujer que él tenía, que era la esposa; se separó de ella y ya se fue sólo a vivir conmigo, pero después llegó otra vez, se juntó con otra y así quedamos, como estamos ahorita. *Juana, 33 años, rural, unión de visita.*

Este tipo de unión tiene menor valor social para las mujeres que la convivencia sin matrimonio. Puede ser considerado por la comunidad como una relación casi informal, como una condición de vida degradante para la muchacha, y suele originar comentarios de vecinos y conocidos de la joven sobre la posible causa que orilló al varón a no iniciar un tipo de unión más formal con la chica. Generalmente, los rumores ponen en duda la virginidad de la adolescente o la paternidad del varón sobre sus hijos.

A su vez, la pareja de una adolescente embarazada que no asume un rol proveedor puede asumir una posición cómoda, suponiendo que los padres u otras personas que se hagan cargo de la jovencita estarán presentes para cualquier necesidad eventual que surja durante el desarrollo del embarazo. En especial, las uniones de visita en las cuales el hombre no asume la obligación de proveer resultan desventajosas para la joven, por la escasa perspectiva de futuro de este tipo de uniones.

En cuanto a las familias de las adolescentes embarazadas que aceptan una unión de visita, no lo hacen por considerar que es una buena alternativa, sino por creer que es peor aún que la chica sea abandonada por la pareja. Es posible que acepten la nueva situación de la muchacha con el fin de proteger la integridad de la joven y el futuro de su embarazo, ya que si la muchacha mantiene la relación con el hombre que la embarazó, será considerado socialmente como una señal de que el hombre “dio la cara por ella”; es decir, acepta sin dudas que la niña o el niño es suyo y que la chica era virgen. Puede acaecer también que este tipo de unión ocurra como consecuencia del rechazo de los padres a la pareja de la adolescente, por considerar que una unión marital con ese hombre no sería conveniente para ella. En estos casos, los padres de ella pueden permitir temporalmente la unión de visita con la esperanza de que el hombre que embarazó a la joven desista de su intención de juntarse o casarse con ella.

La percepción del comienzo de una unión marital

Hemos considerado hasta ahora las distintas formas de unión a través de las cuales una adolescente nicaragüense puede iniciar socialmente una vida como señora, como mujer de un hombre determinado, bajo el supuesto de un proyecto de vida que involucra el papel procreador de la muchacha, función que parece dar sentido a su condición de mujer.

Pero, ¿cuándo ocurre subjetivamente para una adolescente nicaragüense su primera unión? ¿Cuál es el fenómeno que marca el límite de la soltería de la muchacha? Cualquiera que sea la respuesta, no puede generalizarse a todas las jovencitas adolescentes que se unen maritalmente. Sin embargo, encontramos que entre algunas muchachas, incluyendo algunas que alcanzaron niveles elevados en la educación formal, la concepción de la primera unión estaba relacionada directamente con la primera experiencia sexual, independientemente si la relación con la pareja de entonces no trascendió socialmente la frontera del noviazgo. Aun cuando no existió evidencia de un embarazo y la chica continuó viviendo en su hogar de origen y desempeñando sus actividades cotidianas, para algunas la percepción suele ser que dejó de ser soltera cuando empezó a tener relaciones sexuales. .

E: Háblame, ¿cómo fue que se dio tu primera unión?

-Porque estuve estudiando. Conocí a ese muchacho porque fuimos compañeros de clase y éramos muy buenos amigos. El venía a la casa pero empezamos a jalar por jalar, porque él empezó a trabajar, no terminó sus estudios.

E: ¿Sabía tu familia que convivías con este muchacho?

-Es que yo no convivía con él, teníamos relaciones y punto (cómo se dice), por eso es que yo digo que estábamos unidos. *Blanca, 30 años, urbana, unión de visita.*

Algunas chicas, aunque no se unieron formalmente por ninguna vía a la pareja con la cual iniciaron su vida sexual, percibirán en adelante que ese fue su primer hombre y probablemente incluyen esa relación en su propia historia de vida marital. La pareja de la adolescente por su parte, puede considerar que tenía más derechos sobre la vida de la jovencita que aquellos que suelen tener los novios que aun no gozan del privilegio de las relaciones sexuales. Cuando este es el caso, el noviazgo puede convertirse en un verdadero martirio para la jovencita, quien puede vivirlo sujeta a los caprichos y los celos de su pareja. En ocasiones, este tipo de relaciones en las cuales no se produce un embarazo de la

chica, que pueden o no ser aceptadas por los progenitores de la joven, en un momento determinado llegan a término, especialmente por iniciativa de las muchachas. Se trata de relaciones en las cuales el prestigio social queda marcado por la duda, ya que no existe prueba tangible de la gestación de la muchacha o de su fuga con el hombre. El final de este tipo de noviazgo conlleva por lo general la resistencia por parte del varón, debiendo en muchos casos interferir la familia de la jovencita.

E: ¿Cuántos novios tuviste antes de embarazarte?

-Dos.

E: ¿Platicame un poco de tus noviazgos?

-Comencé como a los doce años... nos llevábamos muy bien... Después de tres años él cambia completamente... él quería que ni saliera del cuarto y que si me miraba en la calle o en una fiesta haciendo algo, “te voy a dejar o le voy a decir a tal persona para que te expulsen del colegio”... Mi mamá me mandó a esconder y me fui a vivir donde ella para que él no me buscara, le decía que yo estaba fuera del país para que él se fuera. [...]

E: ¿Antes de conocer al papá de tu niño tuviste relaciones sexuales con otra persona?

-Con él, con el que andaba. *Eva, 23 años, urbana, unida.*

E: Platicame ¿cómo fue la relación con esa pareja?

-Quedamos solos en la casa, esa fue la primera vez. Ahí ya quedamos unidos, y él me hacía visita como normal, y después, buscamos un lugar donde nos íbamos a ver. *Blanca, 30 años, urbana, unión de visita.*

No obstante, algunas veces la ruptura de la relación puede ocurrir por iniciativa del varón, generalmente cuando éste no está enamorado de la muchacha o desea iniciar una nueva relación con otra joven que encuentra más interesante para él. La experiencia suele ser devastadora para la jovencita, en el sentido que menoscaba su valor como mujer, limitando sus expectativas a futuro en cuanto a la posibilidad de ser respetada por otro hombre. La percepción es que la vida de la muchacha queda marcada y una posterior pareja podría sentirse con todo el derecho de maltratarla psicológica y físicamente por esa causa.

E: ¿Consideras que una mujer debe estar casada o unida antes de su primera relación sexual?

-Pienso que es mejor, porque como madre soltera es un riesgo que presenta porque después queda como madre soltera con todas las consecuencias. *Carmen, 47 años, urbana, auxiliar de enfermería.*

E: ¿Tuviste relaciones sexuales con otro hombre antes de conocer al papá de tu niña?

-Sí, como a eso de los quince años.

E: ¿Tuviste hijos con ese hombre?

-No, no tuve hijos.

E: ¿Podrías hablarme un poco de esa experiencia sexual?

-Sí, él solo me hizo el mal y se fue por allí, vivía donde yo trabajaba. Después él se reía de mí solo me miraba y se reía. *Esperanza, 26 años, rural, unida.*

E: ¿Cuántos novios tuvo antes de conocer al papá de su primer hijo?

-Uno. Bueno, tuve ese primer novio, ya después me salió el otro como a los dieciocho años y hice la trastada.

E: ¿Tuvo relaciones sexuales antes de conocer al papá de sus hijos?

-Solamente con el señor que le conté.

E: ¿Por qué considera que ese hombre se juntó con usted?

-No sé si fue por amor o por causarme el daño, así eran las cosas. *Elba, 40 años, rural, separada.*

Las percepciones sugieren que la cultura patriarcal en el país deposita en el acto de “entrega” de la virginidad de las muchachas, la consumación del sentido de pertenencia de la mujer al hombre y de posesión del hombre sobre ella. No se trata tan solo de que la sociedad tenga elementos de prueba que respalden el status de mujer que se otorga a una adolescente que deja de serlo, como un embarazo o la fuga de la muchacha con su pareja. En estas ocasiones, basta con que la joven esté conciente de que su condición de niña, de “chavala”, quedó atrás cuando decidió o aceptó, por la razón que fuese, experimentar en su cuerpo la dimensión del ejercicio de la sexualidad por primera vez.

EL EMBARAZO

Impacto del embarazo en la vida de las adolescentes solteras.

Cuando un embarazo ocurre entre muchachas adolescentes solteras que viven en sus hogares de origen, afianza la condición de pertenencia de las mujeres a sus parejas. El embarazo da inicio en la práctica al sentimiento de ser mujer, sentimiento a veces no grato para las adolescentes, ya que se asocia con una pérdida casi total de libertad y de derechos. La mujer embarazada no tiene muchas opciones en su vida y el rumbo que ésta última tome dependerá tanto de la actitud de la pareja que la embarazó como de la de su propia familia.

Si la adolescente es soltera, probablemente su familia reaccionará negativamente por la afrenta de tener una hija que se embarazó sin estar unida maritalmente, hecho éste que podría precipitar a la joven a fugarse con el hombre, es decir, a trasladar su residencia al hogar de origen de su pareja. Otra opción es que se le permita permanecer con la familia de origen, pero perdiendo sus libertades y derechos de hija de familia, o que deba afrontar la vida sin apoyo de quién la embarazó y sin apoyo de su familia de origen.

E: Contame ¿cómo era tu vida antes de tu primer embarazo?

-Me sentía libre porque yo no sentía presión de nada, porque a mí, mi abuela no me decía nada, ni mi abuelo; se enojaba pero no me decía nada. Yo lo que hacía era bañarme, desayunaba y me iba a la escuela y hacía lo que tenía que hacer, después en la noche regresaba aquí, me volvía a bañar y ya después ya me iba otra vez. *Eva, 23 años, urbana, unida.*

E: Contame ¿cómo era tu vida antes de tu primer embarazo?

-Me sentía bien, porque como no tenía marido ni nada... Ya después que salí embarazada es que yo me sentí sola, que el papá de la niña no me estaba ayudando... *Erlinda, 19 años, rural, soltera.*

El embarazo suele trastocar la vida de las adolescentes si éstas se encuentran solteras al momento de confirmar la gestación. En tal situación, el primer evento genésico se convierte en una experiencia traumática para muchas adolescentes, en el sentido que se ven privadas de algunas concesiones que sus familias les otorgaban por ser “hijas de dominio”, connotación que incluye la fidelidad de mantenerse vírgenes hasta el matrimonio. Las muchachas en esta situación pueden sentir que han traicionado la confianza de sus progenitores y, en general, de toda la familia. Muchas familias condicionan la aceptación del embarazo de las jovencitas a cambio de que se casen con el hombre que las embarazó o de que éste procure la satisfacción de las necesidades materiales de ellas. La afrenta familiar puede ser tal, que no faltarán familias que presionen a la adolescente para deshacerse del producto.

E: ¿Cuál fue la reacción de tu familia cuando supo que estabas embarazada?

-Pues con mi familia no me sentí nada bien... me maltrató mi hermano mayor y mi mamá...mi hermano cuando vino casi me mata, entonces mi mamá oyó y casi me remata...fueron a la policía que el hombre se casara... entonces se pusieron bravos conmigo porque yo dije que no quería casarme. [...] Mi mamá quería que abortara, ay me daba garrotazos y me golpeaba mientras no se había destapado todo, ¡hay que botar a ese hijo de la gran puta! *Ivonne, 51 años, urbana, casada.*

E: ¿Cómo reaccionó tu familia cuando quedaste embarazada?

-Me querían matar, ¡qué barbaridad! (decían), ¡tanto que has sufrido!, ¡tanto que has trabajado! y saliste embarazada, “¿y ahora qué vamos hacer?”. Y reaccionaron mal porque también me decían que lo botara, que estaba joven, que yo estaba para estudiar y no para tener hijos... *Esperanza, 26 años, rural, unida.*

La actitud de las familias de las adolescentes que se embarazan no es ajena a la reacción de la sociedad en su conjunto. A pesar de que muchas mujeres en el país han experimentado y continúan experimentando la maternidad antes de los veinte años, el embarazo entre las adolescentes solteras es censurado por la población nicaragüense, cuando ocurre fuera del contexto matrimonial o de una unión. Cuando es del dominio de la comunidad que una mujer adolescente soltera se ha embarazado, las personas empiezan a murmurar o a comentar frente a la misma jovencita a manera de preocupación acerca del daño que ésta ha hecho a su propia vida, a la de sus progenitores y a la del niño o niña que nacerá. Es frecuente escuchar en tal situación alusiones a la pérdida de oportunidades por parte de las adolescentes, lo cual se torna más oscuro para aquellas muchachas que acudían a la escuela al momento de embarazarse. Se enfatiza la traición hacia el padre y la madre de la joven y, quizás lo más trascendental y nuclear de los comentarios se refiere a la censura abierta o solapada que se hace del ejercicio de la sexualidad por parte de la adolescente.

E: ¿Cuál fue la actitud de sus vecinos al conocer de su embarazo?

-A criticar. Porque usted sabe que la gente se mete a criticar y a decir que yo era tan contenta, tan alegre y que me gustaban los viejos. Ellos son criticones. *Isidra, 36 años, rural, soltera.*

E: ¿Cómo consideras que reaccionaron tus amistades al saber que estabas embarazada?

-Se asustaron y “la encavó la Carla”, y no tanto por el hecho de que me embarazara, sino por el hecho que había dejado de estudiar y estaba bien chavala para estar embarazada... *Carla, 24 años, urbana, unida.*

El embarazo parece entonces ser la detonante de sentimientos sociales que culpabilizan a la adolescente soltera por haber iniciado su vida sexual. Estos sentimientos son de condena hacia todas aquellas mujeres con experiencias similares, aunque no necesariamente sean tan jóvenes. En este contexto, es común escuchar de mujeres que han tenido vivencias similares, frases de arrepentimiento por no haber escuchado los consejos de sus progenitores acerca de no tener sexo antes de vivir con un hombre, o de no haber

terminado sus estudios, o de haber acudido a actividades sociales durante las cuales podían socializar con varones, tales como fiestas o actividades similares y, en el mejor de los casos, de haber desoído los consejos que recibieron de sus familiares para evitar un embarazo. El embarazo en estas circunstancias es valorado como la causa de todos los problemas de las adolescentes. Algunas familias deciden apoyar a las embarazadas, aunque lo hacen gruñonamente. La molestia de los padres puede orillar a las jóvenes a optar por residir en la casa de la familia de su pareja, iniciando así su vida marital, o puede llevarlas a buscar otra alternativa domiciliar a fin de liberarse de los reproches constantes por parte de su familia

Se espera que el hombre que embaraza a la adolescente “se haga cargo de ella”, es decir, que sea capaz de proporcionarle un techo, alimentación y vestimenta. Cuando esta condición se cumple, la censura social es “suavizada” con un toque de justificación de la conducta errática de la joven. La familia de ella pasa a ser menos vulnerable al reproche de la comunidad, que acostumbra delegar en los progenitores de la muchacha una buena dosis de culpa por “haberle permitido demasiada libertad”.

Es conveniente señalar que generalmente, el reproche social no incluye al producto del embarazo. En tal situación, la actitud más frecuente es la compasión hacia el niño o la niña que va a nacer y no faltan frases como “el niño no tiene la culpa”, “él no tiene que pagar por los errores de la madre”, etc.

En los casos en que la relación no termina al producirse el embarazo, el varón que embarazó a la muchacha espera de ella que “esté pendiente de él”. En la práctica, esto significa ser el centro de la vida de ella. Es posible que la mujer se vea de esta manera obligada a renunciar a algunas de sus amistades masculinas y femeninas con el fin de no atentar contra la estabilidad de su relación de pareja, así como garantizar las actividades domésticas que pueda demandar su pareja. Si la adolescente cambia su residencia al hogar de la familia de su pareja, muy probablemente deberá asumir también actividades domésticas de la familia de su marido y ser objeto de un control múltiple, puesto que la familia del hombre asume la tarea de “cuidar de los bienes de él”. Algunas mujeres piensan que este itinerario de vida es propio de generaciones anteriores o de mujeres campesinas. Sin embargo, esta norma cultural de vieja data en ocasiones trasciende fronteras espaciales y académicas y sobrevive en una sociedad modernizada, en la cual el discurso oficial

integró hace más de una década el reconocimiento a las y los adolescentes como un grupo con derechos y necesidades especiales.

E: ¿Considerás que cambió tu vida al confirmar la noticia de tu embarazo?

-Sí, ya no es feliz uno; y eso que antes de que uno no tiene embarazo lo encierran, ahora cuando ya se tiene un embarazo que ya lo encierran más.[...] Lo que pasa es que esa gente es de finca (y como él era de finca) son gente que creen que la mujer es para que esté en la casa haciéndoles la comida, haciéndole esto y lo otro, y no la sacan a divertirse y como que se afrentan ¡que sé yo!, así me sentía yo. *Marcia, 36 años, rural, soltera.*

E: Contame, ¿cómo era un día en tu vida antes de tu primer embarazo?

-No tenía ningún problema porque prácticamente lo tenía todo, con el único problema de que yo no podía platicar con nadie, me dejaba sola y a veces me dejaba enllavada, sólo con acceso al patio pero a la calle no. Nada más que eso sí, tenía todo adentro yo: agua, comida, música, televisión, todo tenía yo...pero eso sí, ¿ver a la gente que pasaba por la calle?, eso sí que no, porque me encerraba, se llevaba la llave y hasta en la noche que él llegaba. *Blanca, 30 años, urbana, unión de visita.*

Cuando un varón que embaraza a una adolescente no tiene interés en la muchacha, el embarazo puede ser aprovechado por el primero para abandonarla. Esta suele ser una experiencia muy difícil para la joven, ya que el abandono por parte del hombre durante el primer embarazo puede generar la duda acerca de la virginidad de la muchacha antes del embarazo, sugiriendo que el abandono fue motivado por que la chica no era virgen y eso le da derecho al hombre de no reconocer como suyo el embarazo. En consecuencia, un abandono durante el primer embarazo pone en entredicho el honor de la jovencita ante la sociedad. La familia de él, por su parte, apoyará muy probablemente la decisión de su hijo.

E: ¿La familia de tu marido supo que estabas embarazada?

-Sí se dio cuenta, pero dijeron que lo tenía que resolver él y no ella, que lo esperara que viniera, y cuando vino medio le platicó y entonces él dice que a lo mejor no es de él...

E: ¿Te apoyó la familia del papá del niño?

-No.

E: ¿Que te dijeron?

-Que si él no lo aprobaba mucho menos ella.

E: ¿Quién es ella?

-Ella, la mamá de él. *Ricarda, 45 años, urbana, soltera.*

A su vez, aquellas adolescentes embarazadas que por alguna razón continúan viviendo en el hogar de origen pueden ver limitadas sus posibilidades de acceso a los bienes familiares. No es infrecuente en este caso la suspensión de alguna mesada que recibían las muchachas anteriormente o del apoyo monetario para el pago de colegiatura o gastos asociados cuando la joven asiste a la escuela, así como la pérdida por parte de las adolescente de ciertos derechos comúnmente permitidos a todos los miembros de la familia, como seleccionar un programa en el televisor o en el radio de la casa o asistir a paseos y reuniones familiares. Cuando esto ocurre, algunos familiares de la adolescente pueden hacer alusiones a terceros para indicar que esta última ha perdido sus derechos por su nueva condición, puesto que ella “ya es harina de otro costal”.

E: ¿Cambió tu vida con la noticia de tu embarazo?

-Cambió bastante porque ya no era la misma sino que ya era mujer, era diferente. Ya la gente lo miraba mal, hasta mis hermanos ya no querían andar conmigo porque decían “¿ves? ésta ya no es una señorita”, ¿cómo si yo tenía una enfermedad!...porque ni a la esquina a la venta les gustaba ir conmigo porque les daba pena y decían que me había pasado eso... *Esperanza, 26 años, rural, unida.*

E: ¿Consideras que tu vida cambió de alguna manera con la noticia de tu primer embarazo?

-Sí, dejé de estudiar, hacía cursos pero no era lo mismo...

E: ¿Por qué dejaste de estudiar?

-Porque mis abuelos ya no me quisieron seguir ayudando, por eso, ¿cómo iba a hacer yo sola?, no podía. *Eva, 23 años, urbana, unida.*

Por su parte, la suerte de la adolescente que se unió al hombre en matrimonio o unión libre antes de embarazarse, será diferente. El desencanto familiar (si lo hay) puede aflorar especialmente si los padres han invertido en la educación de la hija, fenómeno por lo tanto más visible entre mujeres más jóvenes y residentes en las ciudades. Con todo ello, es posible que la familia haga alarde de que la joven no se unió por razón del embarazo y que “salió de velo y corona de su casa”. En cuanto se unen, estas jovencitas por lo general, son asediadas constantemente por amistades y conocidos con la expectativa de un embarazo inmediato: a quién se parecerá el hijo o hija, para cuándo será “encargado”, etc. El primer embarazo para una adolescente casada parece ser un acontecimiento esperado y prácticamente deseado por la sociedad y por las familias de la jovencita y de su pareja.

A su vez, aún cuando la legislación nicaragüense prohíbe la expulsión de una muchacha de la escuela a causa del embarazo, no es común cuando una joven se embaraza que continúe con sus estudios y, en todo caso, es más probable que ello suceda entre jóvenes que cursan estudios universitarios. En este caso, la presión que ejercen la mofa y la censura de compañeros y compañeras de clase, así como también de ciertos educadores y padres y madres de familia, puede contribuir a limitar las aspiraciones educativas de la adolescente.

E: ¿Cómo reaccionaron tus amistades al saber que estabas embarazada? -...

-¡ni sé como reaccionaron!, porque las que reaccionaron (que no eran mis amistades) fueron las monjas que me corrieron porque era un colegio de señoritas y era un mal ejemplo para las señoritas y me expulsaron, y al expulsarme ya los padres me veían como una niña que había sido expulsada y me quedé sin amistades. *Dora, 43 años, urbana, unión de visita.*

Cuando el embarazo desencadena una unión

En todo caso, para muchas adolescentes, el primer embarazo puede constituir el fin de su soltería, entendida ésta como una condición de vida durante la cual las jóvenes gozan de ciertos privilegios tanto en el seno familiar como en el medio social y en la propia relación de pareja. El embarazo puede no solo marcar el límite de la soltería entre las adolescentes, sino el de su propia juventud. En Nicaragua, se es “chavala” o “muchacha” a partir de la adolescencia y la primera unión o el primer embarazo otorgan de inmediato la categoría de “mujer”, es decir, se pasa a ser mujer cuando se es capaz de probar ante la sociedad la propia capacidad reproductiva.

E: ¿De que manera pensás que cambió tu vida con la noticia de tu primer embarazo?

-Mi vida cambió porque yo sentía que estaba perdiendo mi juventud y que adquiriría más responsabilidad y que ya todo no iba a ser igual porque ya no era aquella condición de la muchachita de la casa, de esto, de lo otro, y más, la reacción de la familia, entonces, eso me dio como que más responsabilidad. *Ivonne, 51 años, urbana, casada.*

E: ¿Te parece que tu vida cambió cuando confirmaste que estabas embarazada?

-Sí, no me sentía lo mismo como antes.

E: ¿Por qué?

-Porque estaba chavalita, y es que la niña (o sea yo) ya no era como antes porque iba a ser mamá. *Erlinda, 19 años, rural, soltera.*

Sin embargo, aun cuando, la noticia del embarazo puede impactar negativamente la vida de las adolescentes, la situación también puede mejorar para ellas conforme sus familias y la comunidad “asimilan” el suceso. En este contexto, la actitud hostil de la familia generalmente mejora conforme el embarazo avanza y el lugar del “pecado” cometido por la jovencita puede irse llenando poco a poco con la ilusión de ver a la nieta o el nieto. Por su parte, en la comunidad ocurre otro tanto, pues ésta centra la atención en la criatura que vendrá al mundo. No es infrecuente en esta etapa de perdón escuchar reflexiones de las personas que rodean a la adolescente acerca de lo cotidiano que resulta el embarazo a edades jóvenes y fuera del matrimonio. La proximidad del parto podría ser un buen motivo para la reconciliación de las muchachas con sus familias y puede incluir la compra de obsequios para el bebé, la visita de las muchachas que cambiaron su residencia a otro domicilio, la decisión familiar de acompañarla durante el parto y, en algunos casos, el regreso de las jóvenes al hogar de origen.

E: ¿Cómo reaccionó tu familia al saber que estabas embarazada?

-Mi mamá se puso peor, pero porque yo oía rumores de que ella no quería que yo llegara a la casa, pero se le pasó, porque cuando yo tenía el embarazo más grande ya llegué a la casa y ella me recibió, no con bombas y platillos pero sí me recibió y ya le pasó. *Marcia, 36 años, rural, soltera.*

E: ¿Y tu familia como reaccionó?

-Bueno, yo no quería ir a la casa, pero yo llegué a visitar a una prima mía y ella me convenció para que fuéramos y ya llegué. Ya tenía como tres meses de embarazo y ellos me preguntaron que por qué no había dicho nada... y yo les dije que me fui donde él porque me daba pena y que me disculparan, entonces me dijeron que si no me sentía bien estar allá que me fuera para la casa... *Marta, 20 años, urbana, soltera.*

A su vez el embarazo, en los casos en que el hombre no abandonó a la chica, puede afianzar la relación de pareja de las jóvenes, al cristalizar un vínculo que para la sociedad nicaragüense se considera de por vida: el hijo o la hija. El hombre puede tornarse más atento con la mujer mientras ésta está embarazada, como una manera de proteger al hijo que está por nacer. Es posible que no solamente la joven modifique sus actividades cotidianas, sino también el hombre, quien muchas veces renuncia o limita, al menos mientras dura el embarazo, ciertos placeres que se permitía mientras eran novios, tales como reuniones con amigos y fiestas.

E: ¿Te parece que cambió la vida de tu pareja al confirmar tu embarazo?

-Pues gracias a Dios él reaccionó bien, llegaba puntual, temprano. El me traía comida y me decía “pedí algo de lo que vos necesités”... él me decía “¿quierés esto?, ¿quierés lo otro?, es que yo quiero que estés satisfecha”... los amigos lo llegaban a buscar para ir a tomar y él ya no quería...ya casi no salía. *Blanca, 30 años, urbana, unión de visita.*

E: ¿Considerás que la vida de tu marido cambió cuando quedaste embarazada?

-Sí cambió, porque ya él trabajaba y ya él llegaba a la casa y era distinto porque estando soltera aunque anduviera conmigo él se iba a vagar y regresaba otra vez y se volvía a ir, y ya casado se venía a quedar aquí. *Julia, 35 años, rural, casada.*

Conviene señalar, que no todas las adolescentes estaban conformes con la vida que tenían antes del embarazo. La violencia contra niños, niñas y adolescentes es un fenómeno reconocido en la legislación nicaragüense en las últimas décadas y, a pesar de los esfuerzos realizados por organizaciones de mujeres y asociaciones que defienden los derechos de la niñez y la adolescencia, continua siendo un flagelo que deteriora visiblemente la calidad de vida de niños y adolescentes en el país. Es sabido que muchas adolescentes sufren de maltrato por parte de sus familias, otras deben realizar trabajos extenuantes e inadecuados para su edad a fin de asegurarse los medios básicos de supervivencia.

E: Contame ¿cómo era tu vida antes de tu primer embarazo?

-¡Ufff! ¿cómo era mi vida?, horrible, muy triste...tiene que ser horrible una vida donde te están pegando a cada rato y te tenés que levantar a trabajar a la huerta desde las 3 de la mañana y después tener que ir a trabajar a la casa y aguantar a una madrastra que no te quiere. *Julia, 35 años, rural, casada.*

El embarazo en estos casos puede significar para las jóvenes la posibilidad de construir un proyecto de vida, que afiance entre ellas la expectativa de tener algo propio, y el hijo o la hija puede colmar el vacío de afecto sufrido por la joven.

Planeación o deseo del primer embarazo: las adolescentes unidas maritalmente.

La planeación o no del embarazo por parte de las jóvenes o de la pareja va de la mano, por lo general, con la situación conyugal de éstas. En este contexto, el embarazo podría ser el paso que legitima una unión reconocida socialmente. Nos referimos aquí a todas aquellas condiciones en las cuales la sociedad reconoce como lícito el derecho de las muchachas de

mantener relaciones sexuales con un hombre, condiciones que incluyen el matrimonio, la unión consensual y las uniones de visita en la cuales el hombre contribuye económicamente con la manutención de la adolescente o funciona como el proveedor absoluto. El hijo o la hija pueden considerarse, en estos casos, como la “prueba” por parte de la jovencita de que está dispuesta a formar un hogar con su pareja para siempre o, en el caso de la unión de visita, de no mantener la relación solamente a causa del apoyo económico que éste le brinda. El deseo de la muchacha de ser madre puede ser moldeado dentro de una gama de requisitos culturales y sociales que determinan el momento propicio de la maternidad.

E: ¿Pensás que ese embarazo fue planeado?

-No lo planeamos, se llegó y punto y además que toda mujer sabía que para eso se metía con un hombre y si es por el hombre lo mismo, cada quien sabía a lo que iba. *Julia, 35 años, rural, casada.*

E: ¿Cómo reaccionó tu marido cuando supo que estabas embarazada?

-Sí, bien porque lo planeamos juntos, yo quería salir embarazada y dejé de tomar lo que tomaba y me embaracé.

E: ¿Tu pareja deseaba que quedaras embarazada?

-Sí... El me decía “cuando tengamos un año, te dejás de beber la pastilla y salís embarazada”, y salí rápido, entonces él ya sabía. *Juana, 33 años, rural, unión de visita.*

En tanto, entre las adolescentes solteras cuya relación con la pareja es de noviazgo, el embarazo por lo general no es planeado y ocurre fortuitamente mientras mantienen relaciones sexuales sin protección o cuando falla por cualquier causa el método anticonceptivo que utilizan. Diversos escenarios causales pueden interferir en esta situación: la joven o la pareja no querían pensar en consecuencias de las relaciones sexuales y no hablaron de anticoncepción; no estaban adecuadamente informados sobre la fisiología de la reproducción y creían tener sus relaciones sexuales en el momento propicio para que un embarazo no se produjera; él o ella prescindían de cualquier método por los efectos secundarios que éste pudiese ocasionarles; temor de la adolescente de sentirse descubierta en el ejercicio de su sexualidad si usaba algo; y, algo muy importante, temor de la joven de perder a su pareja si recurría a cualquier opción anticonceptiva.

E: ¿Estaban utilizando vos o tu pareja algún método anticonceptivo cuando quedaste embarazada?

-No.

E: ¿Por qué considerás que no utilizaban ningún método anticonceptivo?

-Bueno, él no usaba condones porque decía que no le gustaban, que “¿para qué?”, y yo no le puse nunca atención porque como decían que las pastillas engordaban y daban náuseas, y como yo estaba delgada yo no quería engordar. *Carla, 24 años, urbana, unida.*

E: ¿Antes de embrazarte deseabas tener un hijo?

-No es que yo no lo hubiera deseado, sino que yo dije que ojalá no saliera cierto lo del embarazo... él abrió el examen, entonces dije yo “ni modo, voy a tenerlo”, pero yo estaba aterrorizada ...

E: ¿Tu pareja deseaba que quedaras embarazada?

-Sí, porque él decía que se cuidaba y a la hora que él decía que se cuidaba le tuve una niña... *Marta, 20 años, urbana, soltera.*

Por su parte, para algunas adolescentes que ya han iniciado su vida sexual, que están muy enamoradas y que mantienen una relación estable con el novio, puede existir el deseo de quedar embarazadas de ese hombre aunque no se hayan unido a él todavía. Por lo general, este deseo suele acompañarse del deseo manifiesto del varón de engendrar un hijo con ella. En este contexto cabe preguntarse: ¿el deseo de la maternidad por parte de la adolescente está sujeto al deseo de su pareja de ser padre?, ¿se embarazan las adolescentes para conservar su relación de pareja? o al contrario, ¿buscan algunas jovencitas el escenario amoroso propicio para satisfacer su deseo de ser madres?

Quizás todas las anteriores sean situaciones posibles de encontrar entre las adolescentes nicaragüenses que se embarazan. De acuerdo al contexto en el cual se origina el embarazo será la evolución del deseo por el hijo o hija por parte de la embarazada, y muy seguramente, el nivel de satisfacción de la jovencita durante el embarazo. Un embarazo deseado podría, en todo caso, atenuar la culpa que la sociedad y la misma familia de la adolescente encuentren meritoria por el “error” cometido por la chica.

Conviene señalar que entre las adolescentes que conciben a su hijo o hija sin desear ser madres, el surgimiento del deseo por la maternidad puede emerger conforme el feto se desarrolla en su vientre. En tal sentido, el producto de la gestación puede convertirse poco a poco en el centro de la vida de la adolescente y la tragedia imprevista de la confirmación del primer embarazo para la muchacha soltera puede ser sustituida por la “bendición de traer un hijo al mundo”. En tal caso, la muchacha es portadora de ese producto, lo cual, la convierte automáticamente en “una persona bendecida” y hasta cierto punto elegida para que se cumpliera esa voluntad divina. El niño o la niña entonces, pasa a constituirse en la

razón de ser de la muchacha y seguramente parte de la asimilación del suceso girará en torno a las ventajas que representa para ella ser madre a edad temprana. El movimiento del feto en el seno materno puede precipitar estos sentimientos.

E: ¿Cuando confirmaste que estabas embarazada cambió el deseo por el hijo?

-No. Asumí mi embarazo, no deseaba estar embarazada... Cuando ya asumí (y fue hasta los siete meses), ahí empecé a desear a mi hija. *Dora, 43 años, urbana, unión de visita.*

E: ¿Al conocer la noticia de tu embarazo deseabas tener un hijo?

-No, no estaba preparada para tener un hijo, por eso nos cuidábamos, y él tampoco. Al comienzo yo no aceptaba, aun no lo quería, pero yo lo andaba en el vientre... entonces fue hasta como a los siete meses que le fui tomando cariño y ahí sí me salía a mí sobarle, hablarle...ese era el momento que se movía el niño... *Eva, 23 años, urbana, unida.*

Ahora bien, para una madre nicaragüense por lo general resulta incómodo expresar ante terceros que no deseaba alguno de sus embarazos. Cuando este es el caso, la mujer intenta por todos los medios convencer a sus interlocutores que su falta de interés en la gestación no significa desinterés por el hijo o la hija y no faltan argumentos de la madre que justifiquen la importancia que tiene para ella haber dado a luz a ese bebé.

E: ¿Deseabas tener un hijo antes de quedar embarazada?

-No, yo no pensaba en eso, ni siquiera pensaba en eso, pero no me arrepiento de mis hijas.

E: ¿Cuándo supiste que estabas embarazada deseabas a tu hija?

-Sí, porque era carne de mi carne, ya cuando yo supe que venía yo la quería mucho; yo quiero mucho a mis hijas. *Esperanza, 26 años, rural, unida.*

E: ¿Cambió el deseo por el niño conforme transcurría el embarazo?

-Sí, porque él no tuvo la culpa de lo que él y yo andábamos haciendo... y la quise pues a la niña, y la quiero a la vez porque es una niña bien tranquila y se sabe llevar a la gente. *Marta, 20 años, urbana, soltera.*

¿De qué manera impacta la maternidad la vida de las adolescentes?

Usualmente, la conciencia de ser madre puede colmar de alegría tal a la adolescente que cualquier sentimiento doloroso acumulado durante la experiencia del embarazo es desplazado de su vida al menos por un tiempo. Esta alegría involucra el recibimiento jubiloso que familiares y allegados de la joven madre prodigan al recién nacido. Por lo

general, las atenciones se vuelcan hacia la muchacha y su hijo o hija y sobran sugerencias sobre los cuidados para preservar la salud y el bienestar de ella y de la criatura. De la misma manera, no faltarán familiares de la muchacha o de su pareja, por lo general mujeres, que asuman las actividades domésticas que la adolescente y su hijo requieran.

E: ¿Cómo te sentiste cuando nació tu primera hija?

-Feliz, porque al no tener hijo y de repente una niña..., es una experiencia muy bonita tener hijo.

E: ¿Hubo algún cambio en tu familia cuando tu hija nació?

-Sí, ya cuando nació me la querían todas, me la quería la una, la otra, ¡todas me la querían a la niña!...*Esperanza, 26 años, rural, unida.*

E: ¿Cómo te sentiste cuando nació tu primera hija?

-Feliz, a pesar de todo lo que pasé durante los siete meses de mi embarazo.

E: ¿Cómo consideras que se sintió tu pareja con el nacimiento de la niña?

-Feliz todo el mundo, no solo él y yo, sino que todos felices. Había un montón de gente esperando el nacimiento... Bueno, todo el vecindario estaba a la expectativa del nacimiento de mi hijo y hasta el jefe del papá de mi niña. Era todo un acontecimiento, había música, bulla...y hasta había fiesta en la casa, que yo ni la oí porque estaba tan cansada. *Dora, 43 años, urbana, unión de visita.*

El padre del bebé a su vez, muy seguramente celebrará con sus amigos la paternidad, lo cual, resulta más relevante cuando se trata de la primera vez, y se sumará al festejo familiar. En el supuesto de fracturas en la relación de la pareja, éstas no serán impedimento para que el varón intente acercarse a conocer a su hijo o hija y celebre con orgullo su condición de padre. Incluso, el nacimiento podría precipitar la reconciliación entre ambos. Resulta notorio cómo el júbilo de la sensación de ser madre no se opaca aun cuando la nueva experiencia imponga responsabilidades extras a las adolescentes, tales como verse obligadas a iniciar labores asalariadas o privarse de actividades sociales consideradas como propias de la juventud.

E: ¿Cambió la relación que tenías con el muchacho cuando quedaste embarazada?

-Sí, porque ya él no volvió, cuando se dio cuenta de que estaba embarazada ya no quiso nada conmigo, salió huyendo.

E: ¿Cómo pensás que se sintió el papá de tu primera hija cuando ella nació?

-Ese día llegó atrevidamente porque yo estaba recién criando...yo no lo quería ver en mi casa, pero él estaba alegre porque era igualita a él. *Esperanza, 26 años, rural.*

E: ¿Cómo se sintió cuando nació su primera hija?

-Alegre, yo me sentí alegre...para mí me causó mucha alegría tener a mi hija.

E: ¿Cambió su vida de alguna manera cuando nació la niña?

-Cambió como le digo, porque como yo era una mujer sola... y cambió porque pensando en mi marido yo me puse a trabajar sola con ella, o sea que cuando yo ya tuve hijos tuve que trabajar fuera de donde mi mamá porque estando ella enfermita los dos teníamos que trabajar. *Luz, 28 años, rural, casada.*

En los casos en que no hay abandono por parte de la pareja, algunas veces la alegría demostrada por el varón durante el primer embarazo puede dar un giro drástico de desvalorización de la muchacha. Existen casos en que el hombre, aunque no pierde el vínculo con el hijo o hija, ya no dedica la misma calidad ni cantidad de tiempo a la chica que fue madre y puede iniciar relaciones simultaneas con otras jovencitas.

E: ¿Consideras que se modificó tu relación de pareja con el nacimiento de la niña?

-Sí, cambió en el momento que nació, pero después como que pensó que quien la debería de criar no era él sino que era yo...y él no me dejaba ir donde yo quería ir, pero él ya tenía su pareja, su novia... Porque es verdad que mensual él le pasa, pero el hecho de que le de él no tiene derecho de meterse en mi vida... *Marta, 20 años, urbana, soltera.*

Por su parte, a pesar de todas las ventajas que puede significar ser varón en una cultura patriarcal como la nicaragüense, algunas de las entrevistadas que se embarazaron siendo adolescentes preferían que su primer bebé fuera una niña. Dos fueron las razones que por lo general respaldaban esta preferencia reproductiva de las muchachas: por un lado, expresaron que una hija mujer asume una actitud más sumisa u obediente en la vida, no solamente respecto de los varones, sino también de la misma familia. Por otro lado, consideran que la madre puede contar con la solidaridad de una hija en momentos de dificultad durante toda su vida, incluyendo compañía en la vejez, así como que una hija implica la probabilidad de tener al marido más consigo, puesto que se considera que una hija mujer es más apegada al padre.

E: Contame ¿cuando nació tu niña como te sentiste?

-Alegre porque la tenía y porque a mí me gustan más las hijas mujeres, poco los varones...

E: ¿Por qué te gustan más las hijas mujeres?

-Porque le sirven más a uno y le hacen más compañía. Cuando los hombres se casan se olvidan de las madres, es como si ya estuvieran perdidos y fueran solo de sus mujeres, las niñas siempre ven más por las madres, es la ley de la vida. *Julia, 35 años, rural, casada.*

E: ¿Cómo te sentiste cuando nació tu niña?

-Primero, alegre porque nació mujercita, entonces yo estaba feliz porque era niña y ya iba a tener con quien estar hablando y jugando o tener alguien que me acompañara, entonces, me sentí feliz.

E: ¿Por qué querías tener una niña?

-Porque no sé, a mí me gustaban las niñas porque son como mas llevaditas digo yo... entonces me gustaba, y ya que fue igual que yo...*Juana, 33 años, rural, unión de visita.*

Es decir, las adolescentes nicaragüenses se debaten en una sociedad que condena por un lado, el ejercicio de la sexualidad de las jóvenes fuera de una unión socialmente reconocida, pero que alienta y prescribe, al mismo tiempo, las relaciones sexuales de las muchachas en cualquier contexto conyugal, si éstas son encaminadas a la procreación. El resultado de estas presiones contradictorias es la persistencia de la unión marital previa a los 20 años para una importante proporción de las adolescentes, y para algunas el embarazo pre marital en la adolescencia.

IV.2 UNA EXPLORACIÓN PRELIMINAR DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS Y DEL PERSONAL DE SALUD CON LOS SERVICIOS Y LA ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

Primeras experiencias con servicios de salud reproductiva en la adolescencia.

El primer contacto de la adolescente embarazada con los servicios de salud reproductiva sean estos públicos o privados, modernos o tradicionales, suele ocurrir luego que la familia de ella, la de su pareja o sus amistades cercanas conocen de la existencia del embarazo. Comúnmente, la búsqueda de atención para el embarazo se realiza a petición de la madre, la suegra, la pareja o la persona que le brindó asilo durante el embarazo, raramente por iniciativa de la muchacha embarazada.

E: ¿Cuándo y cómo confirmaste que estabas embarazada?

-Como a los cuatro meses es que yo me di cuenta porque no me bajaba, entonces yo no le pedí consejos a nadie, sino que a la única que le conté fue a mi suegra y ella simplemente me llevó a Corinto donde un ginecólogo para ver si eran las hormonas o estaba embarazada... *Eva, 23 años, urbana, unida.*

E: ¿Dónde le controlaron su primer embarazo?

-En el Mántica.

E: ¿De quién fue la idea de ir a ese lugar para atenderse su embarazo?

-De mi jefa, porque yo trabajaba con unos médicos y ellos también me veían, entonces ellos me dijeron que fuera para cualquier cosa... *Isidra, 36 años, rural, soltera.*

Salvo aquellas jóvenes cuyo entorno inmediato goza de ciertos privilegios económicos que les permiten el acceso a la atención privada especializada, las jovencitas que viven actualmente en las ciudades acuden por lo general a los servicios de salud pública. En cualquiera de los posibles escenarios de atención, no es la costumbre que la muchacha determine quién será el proveedor que la asistirá durante el embarazo, misión generalmente asumida por las personas que costearán el servicio, o por los profesionales del sistema nacional de salud cuando la atención prenatal se lleva a cabo en unidades de salud del Estado.

En lo referido a las chicas oriundas del campo, la extensión de los servicios públicos de salud a zonas campesinas durante las últimas décadas permite que algunas de ellas controlen sus embarazos en puestos o centros de salud de atención primaria ubicados cerca de sus áreas de residencia. Algunas de estas jovencitas serán convencidas de que el hospital es el mejor sitio para que nazca su hijo o hija y junto a su familia prepararán las condiciones para que el parto sea en la ciudad, lo cual puede incluir el traslado de residencia durante los últimos días de la gestación a la casa de amistades o de algún familiar que vivan en una zona más accesible al centro hospitalario.

Es posible que para muchas jóvenes campesinas la asistencia del embarazo combine mecanismos tradicionales y modernos. En este caso, las jóvenes asisten a la unidad de salud a controlar su embarazo y paralelamente reciben cuidados propinados por parteras, tales como masajes e infusiones para asegurar que el producto se encuentre en la posición adecuada y la madre no tenga problemas al momento del parto. Otra opción entre las jóvenes campesinas puede ser recibir atención durante todo el proceso del embarazo solamente por parte de parteras de sus comunidades y trasladarse a la ciudad para parir.

Finalmente, existen algunas muchachas del campo que acuden a las unidades de salud por primera vez después de que su hijo o hija ha nacido, con el fin de asegurar la administración de las vacunas al recién nacido.

E: ¿Por qué considerás que no te atendiste durante el embarazo?

-No sé, como que la gente no buscaba mucho allá pues, en el campo. Eso sí, yo dije una vez que no me gustaba que una mujer me partiera, es decir como partera, yo dije que vendría al hospital. *Marcia, 36 años, rural, soltera.*

E: ¿Recibió algún tipo de atención durante el embarazo?

-Pues fíjese que yo no recibí ningún control porque antes no había control como ahora.

E: ¿La sobó alguien durante el embarazo?

-No, nada de eso tampoco.

E: ¿Dónde nació su hija?

-En el hospital, eso sí que tenía que ser en el hospital porque a mí me daba como miedo tenerla allá y Dios sabe lo que hace porque me la sacaron por cesárea, ella no nació normal. *Elba, 40 años, rural, separada.*

Las adolescentes solteras que residen en las ciudades por lo general confirman su embarazo mediante pruebas clínicas especializadas luego de esperar un tiempo prudente, durante el cual la ansiedad por la sospecha las agobia. El novio, en estos casos, puede ofrecer a la chica el estudio clínico para calmar la ansiedad producida por la sospecha. Si el embarazo ha surgido durante el noviazgo, en este período es costumbre que los gastos económicos de la pareja corran a cuenta del varón. Algunas veces, esas pruebas son realizadas en laboratorios privados a fin de evitar cualquier sospecha por parte de conocidos que laboren en las unidades de salud. Para la adolescente que reside en el campo, las posibilidades se limitarán más a las unidades de salud públicas, o simplemente confirmarán empíricamente el embarazo por la ausencia de menstruación y otros signos asociados.

E: ¿Dónde y cómo te diste cuenta que estabas embarazada?

-...yo le dije y él me dio dinero y no entramos a clase y me fui de civil a una clínica privada...

E: ¿Quién decidió que fueras a ese lugar a hacerte el examen?

-El, porque yo le decía a él "si voy al Mántica allí trabaja mi tía que es enfermera, si voy a la Primero de Mayo allí trabajó ella y la conocen, si voy a la Recolección ella llega allí a

dejar papanicolao que se hacen las mujeres, si voy a Guadalupe allí me va a ver tu mamá”. Entonces, “mejor vamos a un privado” (me decía él), “porque si no querés ir a ningún lado, mejor un privado”. *Marta, 20 años, urbana, soltera.*

E: Contame, ¿cómo confirmaste tu embarazo?

-Al estar casi cuatro meses con achaques y no bajarme, él se preocupaba por mí y teníamos miedo de estar y no estar, y por fin él me dijo que me hiciera el examen y me lo hice y salió positivo.

E: ¿Dónde te hiciste el examen?

-En una clínica privada, porque si no estaba, ¿para qué despertar sospechas?, era con la esperanza de que no estuviera embarazada?

E: ¿De quién fue la idea de hacerte el examen en esa clínica?

-De él, él me dijo que fuéramos. *Carla, 24 años, urbana, unida.*

Como se señaló, entre las mujeres que vivían en el campo cuando se embarazaron, se recurría más a las señales físicas que suelen acompañar a un embarazo.

E: Cuénteme ¿cómo confirmó que estaba embarazada?

-Nada, mi embarazo fue que no sentía nada, solo me decían “vos estás embarazada”, pero no sentía nada, hasta que ya me sentí la barriga, pero no me dio nada, ninguna de las cosas.

E: ¿Quién le decía que estaba embarazada?

-La gente y mi familia, todos los que me miraban, y como sabían que tenía hombre... *Andrea, 45 años, rural, unida.*

E: Cuénteme ¿cómo supo que estaba embarazada?

-Como a los dos meses de estar esperando y nada, “entonces estoy embarazada” dije. *Elba, 40 años, rural, separada.*

Generalmente, cuando las adolescentes acuden acompañadas a las unidades de salud para recibir atención prenatal, lo hacen con familiares suyos del sexo femenino. En ciertas ocasiones la pareja puede hacerlo también, pero no es una práctica generalizada en todo el período del embarazo. La situación es más crítica para aquellas jóvenes que no tienen apoyo ni de su familia ni de sus parejas. En estos casos, las muchachas acuden solas a los controles prenatales.

El ministerio de salud de Nicaragua (MINSa) ha puesto en marcha en los últimos años el Programa de Atención Integral al Adolescente, lo cual parece haber generado entre los y las trabajadores y trabajadoras de salud del Estado la visión de que las necesidades de la población adolescente en materia de salud requieren un abordaje especial. En este sentido, el MINSa organiza capacitaciones periódicas entre las personas que están al frente

de los programas en las unidades de salud. Sin embargo, la responsabilidad del programa no recae necesariamente en el proveedor o proveedora que brinda la atención médica general a las muchachas y muchachos, y esta última no se realiza de manera diferenciada en todas las unidades de salud, puesto que la mayoría de centros y puestos de salud no cuentan con personal médico suficiente. Por lo general, la médica o el médico que atiende las demandas de salud de la población adolescente es responsable también de otros programas. No obstante la amplia cobertura del Programa de Atención Integral al Adolescente, en el departamento de León únicamente dos unidades de salud están equipadas con consultorios exclusivos para la atención a las jovencitas y jovencitos menores de 20 años.

En lo que respecta a la asistencia médica de las adolescentes nicaragüenses durante el embarazo, salvo los embarazos tipificados como de Alto Riesgo Obstétrico, en los cuales todos los controles prenatales son responsabilidad del médico, los primeros y últimos controles son realizados por el médico encargado y los otros son competencia del personal de enfermería. Esta rutina de atención es válida aun en aquellas unidades con atención diferenciada para adolescentes y, según las normas vigentes, los criterios para determinar si un embarazo es de alto riesgo obstétrico son mucho más estrechos que antes. Conviene señalar que el acceso masificado a la atención primaria en salud en el país se consolidó apenas a inicios de la década de los ochenta. Es decir, que con anterioridad la atención obstétrica por parte de personal calificado era un privilegio para las mujeres ciudadanas en las unidades hospitalarias, sin que muchas mujeres tuvieran acceso alguno a la atención calificada durante su embarazo.

Las reacciones emotivas de los prestadores de servicios frente a una adolescente primeriza que acudía a los servicios de salud en busca de atención han adquirido matices variados, en especial antes de la implementación de los programas para el control de la natalidad. De un lado, algunos prestadores de servicio censuraban el ejercicio de la sexualidad de la muchacha, relacionándolo con la consecuente pérdida de oportunidades en la vida, como la interrupción de la educación escolar, la necesidad de trabajar para mantener al hijo o hija o simplemente la pérdida de apoyo por parte de la familia. De otro lado, algunos trabajadores de la salud que se “compadecían” de la muchacha argumentando que “un mal paso lo da cualquiera” y, finalmente, algunos lo consideraban como algo normal que tiene que pasar toda mujer, especialmente en zonas campesinas.

La implementación de los programas de planificación familiar por parte del Estado parece haber introducido la variante de depositar la “culpa” de no haber evitado la concepción en las jóvenes embarazadas. El argumento de que “con tantos métodos que había, salía embarazada la que quería” pasó a permear en adelante el discurso médico. En cierto sentido, puede pensarse que esta interpretación de los programas de control de la natalidad reforzó en alguna medida la institucionalización de la desigualdad de género, al promover el sentimiento de que todo lo concerniente a la reproducción es un asunto meramente femenino.

E: ¿Estaban utilizando vos o tu marido algún método anticonceptivos cuando te embarazaste?

-Ni los conocíamos, ¡nada!, ni sabíamos qué eran los anticonceptivos.

E: ¿Te parece que es diferente ahora?

-Ahora la que sale panzona es porque quiere, porque ay les viven hablando a las mujeres que no tengan hijos, que usen esto, que usen lo otro; ya es problema de cada quien. *Julia, 35 años, rural, casada.*

E: ¿Utilizaban vos o el papá de tu niño algún método anticonceptivo cuando te embarazaste?

-Ni los conocía. [...], talvez los conocía, pero nunca me llamó la atención eso de ponerme nada, ¡jamás!

E: ¿Por qué?

-Porque la verdad, eso no se usaba mucho, la gente no pensaba en eso como hoy, ¿quién te iba a decir como ahora que tomaras algo?, eso no se oía casi. *Ricarda, 45 años, urbana, soltera.*

En cuanto a la experiencia del primer parto, ésta suele comenzar con la preparación de la muchacha primeriza mediante pláticas exploratorias con otras mujeres que han vivido una situación similar. Al respecto, una preocupación central de la adolescente embarazada puede ser su “buen comportamiento” durante el trabajo de parto. En este contexto, portarse bien, significa para la adolescente reprimir al máximo sus emociones: evitar el llanto o los gritos aunque sienta mucho dolor durante las contracciones; no manifestar disconformidad por cualquier procedimiento aun cuando esté en desacuerdo con él; etc. Una jovencita con el perfil anterior es tildada por lo regular de “chavala valiente” por el personal de salud y catalogada como “ejemplo” para las parturientas multíparas que coinciden con ella en la misma sala hospitalaria. Las adolescentes que paren en hospitales públicos, además, deben

enfrentarse casi obligatoriamente a la desagradable experiencia de ser revisadas constantemente por estudiantes de medicina durante el trabajo de parto.

E: ¿Cómo consideras que fue la atención que recibiste durante el parto?

-Pues yo la sentí bien, porque yo no era de esas personas escandalosas, no pegaba gritos ni nada...

E: ¿Pensás que si te hubieran escuchado gritar te hubieran tratado diferente?

-Sí, porque a otras que decían “ay, me duele, no aguanto”, “¿quién las manda a andar pariendo?”, les decían, “ahora aguanten”. Entonces yo decía “ay Dios mío, mejor me quedo callada, si no, me dicen algo”. *Carla, 24 años, urbana, unida.*

E: ¿Cómo considerás que te trataron en el hospital?

-Bueno, a mí no me trataban mal, pero sí me incomodaba que me examinaban a cada rato médicos que no son médicos sino que eran estudiantes que te estaban lastimando. Yo sentía que era malo. *Juana, 33 años, rural, unión de visita.*

Con todo, existe cierta mayor tolerancia de parte de algunos proveedores de salud con las adolescentes primerizas. No es raro en tal situación que el personal médico invierta tiempo para explicar a las muchachas lo que acontecerá alrededor del parto. La paciencia de las parteras puede asimismo ser mayor cuando se trata del primer parto de la joven.

E: ¿Te parece que el trato fue diferente porque eras chavala o porque eras pobre?

-Me atendió muy bien él, hasta me dijo “esto es así, así, así, no crea que de esto se va a morir, porque aquí esta un médico después de Dios, primero él y después yo”, y, pues, palabras de aliento que te dan. Vos te sentís ya con ánimo y ya como todo lo resolvió él... *Ricarda, 45 años, urbana, soltera.*

A su vez, aunque durante el embarazo la adolescente puede acudir sola a las unidades de salud a recibir atención, siempre habrá una persona dispuesta, sea o no de la familia, para acompañarla hasta el hospital a atender el parto y esperar hasta que el bebé nazca. El parto entraña la expectativa de una nueva vida y es inaceptable en las reglas culturales resistirse a acompañar a la parturienta en un momento así. Salvo cuando la chica reside en un sitio muy alejado del hogar de su familia de origen, la madre de la jovencita encabeza la lista de los posibles acompañantes y, cuando la pareja está presente en el hogar al momento del inicio del trabajo de parto, muy seguramente acompañará también a la muchacha. La compañía en unidades médicas, en cualquier caso, concluye en el momento en que la adolescente es ingresada a la sala de labor y se reanuda una vez que el bebé ha

nacido, puesto que la rutina médica en Nicaragua no permite el ingreso de familiares o de cualquier acompañante a la sala de parto. Cuando la adolescente es dada de alta, seguramente se han sumado a la espera nuevos familiares y amistades. Para los familiares de las adolescentes cuyos hijos nacen con ayuda de parteras resulta más viable la alternativa de acompañar a la parturienta en el momento del parto, incluyendo a veces a sus parejas, pero puede anteponerse la vergüenza del varón o de la misma adolescente. Generalmente, cuando alguien ingresa al recinto de parto suele ser otra mujer que seguramente colaborará con el parto.

Por lo demás, salvo el caso de un hospital capitalino con reconocida experiencia en materia de salud sexual y reproductiva adolescente, no existe aun en las unidades de salud públicas del segundo nivel de atención, un tratamiento diferenciado para el parto de las adolescentes y el itinerario de abordaje es similar al que se implementa cuando llega a parir una mujer mayor.

¿Por qué las adolescentes nicaragüenses no inician su vida sexual con protección?

En la actualidad, para muchas de las personas adultas de la sociedad nicaragüense está presente la idea de que tanto las jovencitas como los muchachos adolescentes deberían utilizar algún método anticonceptivo cuando inician su vida sexual. La razón que fundamenta estas ideas en lo que respecta a las adolescentes descansa sobre la opinión de que un embarazo temprano puede constituir el final de toda perspectiva de superación para la chica y el comienzo de una etapa de su vida para la cual no está preparada todavía. La preocupación puede girar también alrededor del posible costo económico que puede significar la nueva criatura para la familia de la muchacha en caso de un embarazo inesperado. Por su parte, la preocupación respecto de los varones adolescentes parece limitarse a la probabilidad que tienen de contraer una infección de transmisión sexual, especialmente la del VIH. Sin embargo, este tipo de preocupación social moderna se quebranta cuando se trata de las propias hijas mujeres. Es decir, el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes adquiere validez cuando tiene que ver con las hijas de otros progenitores, pero no con las propias. En cambio, la premisa acerca de la utilización del

condón por parte de los muchachos, se menciona precisamente pensando en los hijos propios.

E: ¿Que pensás acerca del uso de anticonceptivos por parte de chavalas y chavalos menores de veinte años?

-Como ahora en la actualidad hay tantas enfermedades, por lo menos, el hombre tiene que cuidarse, y si es la mujer también.

E: Y en el caso de una muchacha que vive todavía con sus padres, ¿qué te parece si utiliza anticonceptivos?

-¿Si está viviendo conmigo en la casa? No. Es tramposa, no me gustaría. Porque la verdad es que si ella quiere tener su marido que se vaya con él y ya con un marido que tenga a su hijo y ¡qué sé yo!, pero la verdad, es que eso es trampa, eso de estar viviendo en una casa conmigo y que esté dándome la vuelta como dicen. No me gustaría. *Marcia, 36 años, rural, soltera.*

E: ¿Cuál es su opinión sobre el uso de métodos anticonceptivo por parte de los y las adolescentes?

-Yo creo que es importante porque así se evitan mayor riesgo entre ellos, porque para una adolescente tener un embarazo es bastante riesgo un embarazo precoz, lo importante es que ellas se avoquen a un centro de salud para evitar estos riesgos. *Carmen, 47 años, urbana, auxiliar de enfermería.*

Es posible que muchas mujeres que inician su vida sexual durante la adolescencia, compartan las ideas de algunos adultos en cuanto a lo inoportuno que sería para ellas un embarazo en esta etapa de su vida. Pero una buena parte de ellas no recurre por iniciativa propia a la anticoncepción durante un tiempo considerable de su vida sexual. Las mujeres de mayor edad justifican no haber usado anticonceptivos en la adolescencia por la ausencia de programas para el control de la natalidad en tiempos pasados, pero el uso de anticoncepción sigue siendo infrecuente en las jóvenes actuales. Algunas mujeres jóvenes pueden argumentar la negativa de su pareja al uso del condón, su propio desinterés en los anticonceptivos o el deseo de engendrar un hijo o hija. Pero hay barreras culturales que parecen ir más allá del interés y el deseo de las jóvenes de tener sexo con protección y dejan al desnudo la implacable censura que la sociedad nicaragüense hace sobre la sexualidad de las mujeres adolescentes, y el escepticismo social acerca de la capacidad de las personas menores de veinte años de ser protagonistas de su propia vida.

Esta censura se hace presente a través de diversas prácticas culturales. Cuando la comunidad se entera de que una muchacha adolescente soltera recurre a la anticoncepción,

seguramente se dará a la tarea de difamar a la joven tildándola de “loca”, “zorra” o “prostituta”. Emerge en estos casos la aparente preocupación social por la traición que la hija descarriada hace a sus progenitores y por la desfachatez de la jovencita que pretende “engañar a la todo el mundo haciéndose pasar por señorita”. Como en todo lo relativo al ejercicio de la sexualidad, los padres de la muchacha, especialmente la madre, serán los chivos expiatorios del juego una vez agotados todos los recursos que inculpan a la joven, y no es infrecuente que la imprudencia social llegue al extremo de descubrir la vida sexual de la joven frente a su propia familia. Es muy probable que vecinos de la adolescente no resistan la tentación de insultarla cuando ésta transite cerca de ellos sola o en compañía de otras personas, acción que generalmente se hace de manera indirecta haciendo alusión a terceras personas sin mencionar el nombre de la muchacha, pero evidenciando algún detalle propio de la vida de la joven que deja por sentado que se trata de ella.

A su vez, al ser descubierta de cualquier manera la sexualidad de una adolescente por sus progenitores, la madre sufrirá por partida doble: de un lado, la temible posibilidad de las consecuencias de un embarazo temprano de su hija, y por otro lado, la segura reprensión del marido y resto de familiares, quienes seguramente la juzgarán como la principal responsable del mal paso que dio la joven. Además de la reprenda moral, es posible que tanto el padre como la madre castiguen físicamente a la adolescente, la cual, en adelante escuchará cada día reproches y amenazas verbales. Podría asimismo desplegarse una suerte de control familiar extremo sobre la vida de la adolescente, con un intento desesperado de estrechar al máximo los posibles espacios sociales de la muchacha.

E: ¿Cuál habría sido la actitud de la familia de una adolescente que utiliza anticonceptivos?
-La matan a vergazos. O sea, por lo menos en mi etapa de adolescencia ni sabía que existieran, si solo por tener una relación era un caos, ahora por usar anticonceptivos... hasta creo que hubiera sido peor que tener un embarazo. *Dora, 43 años, urbana, unión de visita.*

E: ¿Y qué consideras que pensarían las familias de estas chavalas al saber que usan anticonceptivos?
-Hay familias que no les importa lo que andan haciendo sus hijos y les da igual, y hay otras que no, talvez les pegan, las regañan... hay madres que son diferentes. *Leticia, 14 años, urbana, unida.*

En lo que respecta al Estado, a partir del último quinquenio del pasado siglo el ministerio de salud (MINSA) ha puesto en marcha el Programa de Atención Integral a los

Adolescentes que comprende de manera general la promoción de estilos de vida saludables entre este grupo poblacional e incluye lo relativo a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. El Ministerio de Educación (MINED) por su parte, ha incluido en los últimos años en la currícula escolar un apartado sobre educación sexual que puede ser retomado por los maestros y las maestras o implementado en conjunto con el MINSA. De esta manera, en algunas escuelas se brindan charlas educativas a muchachos y muchachas que comprenden diversos temas de salud sexual y reproductiva. Los esfuerzos se iniciaron con estudiantes de secundaria y desde hace algunos años las charlas se han extendido a los últimos años de primaria.

Como resultado de ese esfuerzo conjunto se han conformado en algunos sectores los llamados clubes de adolescentes, especialmente con escuelas de la comunidad pero que pueden incluir en ocasiones a jóvenes que están fuera del sistema escolar. Por parte del MINSA, al frente de estos clubes se encuentran profesionales de la salud que reciben capacitaciones cada cierto tiempo y que se supone están sensibilizados sobre las necesidades de las y los adolescentes.

Sin embargo, estas iniciativas están lejos de cubrir las necesidades anticonceptivas de las adolescentes. Algunos proveedores de servicios no comparten la idea de que los y las adolescentes tienen el derecho de recibir información veraz y amplia sobre todo lo concerniente a su vida sexual. Algunos de estos trabajadores incluso se oponen a la anticoncepción por parte de las adolescentes solteras, y como mucho, pueden aceptar que las jovencitas utilicen métodos naturales para el control de la natalidad. Irónicamente, para las adolescentes solteras que viven todavía con sus familias, es frecuente que una buena proporción de los y las trabajadoras de la salud sean parte de la comunidad en la cual están situadas las unidades de salud y sean vecinos o conocidos de las familias de las muchachas.

E: ¿Considera que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las y los adolescentes podría generar la promiscuidad o la infidelidad?

-...yo pienso que a los adolescentes no se les debe dar toda la información sobre los métodos de planificación familiar...es muy probable que al darles los métodos anticonceptivos les estemos promoviendo la promiscuidad, y eso se está viendo. [...] Porque por ejemplo yo no estoy de acuerdo con ese spot que dice que ‘sin un condón mejor ni lo pienses’, porque estamos generando propiamente eso. La verdad es que yo soy un poquito anticuada en relación a esas cosas. *Miriam, 38 años, urbano, médica general.*

E: ¿Cuál es su opinión sobre el uso de anticonceptivos por parte de los y las adolescentes?

-En mi caso personal cuando los adolescentes vienen aquí yo les promuevo la abstinencia, porque no han terminado de formar su cuerpo y ellos tienen que estudiar y tienen que desarrollarse. Esa es mi opinión personal. *Sandra, 43 años, rural, médica general.*

E: De estas adolescentes que vienen ¿sabe cuál es la situación conyugal de la mayoría?

-Mire: aquí nosotros...con muchos problemas pues porque la mayoría de las personas que trabajan son de aquí, entonces a veces es difícil cuando las chavalas ya tienen relaciones, porque desde mis estadísticas son del pueblo, entonces es difícil para nosotros porque vienen muchachas que tienen relaciones sexuales, tal vez a escondidas... *Nidia, 40 años, médica general, rural.*

No sorprende por tanto que muchas de las muchachas adolescentes solteras que llegan a utilizar métodos anticonceptivos modernos se sirvan de farmacias privadas para este fin, acción que también tiene sus bemoles para las chicas, por el riesgo de ser sorprendidas por terceros en la farmacia, o por vendedores o vendedoras que las conocen, o porque no tienen consejería médica sobre el anticonceptivo adecuado para ellas. Las chicas podrían, en estos casos, sortear de todas las formas posibles las dificultades que amenazan la privacidad de su vida sexual. Una alternativa puede ser enviar a amigas que viven en comunidades alejadas o que ya son madres a buscar el anticonceptivo a la unidad de salud o a comprarlo en alguna farmacia privada. Otra alternativa, cuando el método se obtiene de proveedores privados, puede ser la compra por la misma pareja de la muchacha. Es posible que las jóvenes se sientan menos vulnerables al comprar sus anticonceptivos en farmacias que tienen dependientes más jóvenes. Lamentablemente, los y las dependientes de las farmacias suelen limitar el aspecto informativo sobre los medicamentos, y en el mejor de los casos, entregan a las muchachas los prospectos que los laboratorios adjuntan al método.

E: ¿Las muchachas adolescentes también acostumbran venir de noche?

-No, pero ellas vienen a preguntar, “es que mi amiga está teniendo relaciones sexuales y ella quiere saber si puede planificar y con qué puede planificar”, y ahí nomás entra cuando ella quiere empezar a planificar y no quiere tener hijos. *Victoria, 32 años, rural, licenciada enfermería.*

E: Cuando tenías menos de veinte años ¿qué decían los expendedores de una farmacia si una chavala adolescente llegaba a comprar anticonceptivos?

-Depende de la farmacia y el vendedor, porque por lo menos, aquí en León hay vendedores que te lo venden normal, pero hay otras farmacias que son más viejas y allí como son señoras las que te venden te quedan viendo y pero lo critican un poco, porque te dicen y “¿para que lo querés?”. Pero hay otras farmacias con jóvenes que te atienden bien, te sacan de todo tipo de pastillas, de colores, “están estas inyecciones” y te las sacan toditas, te las explican toditas, y existen papeles que te los dan para que vos sepás cuál es el mejor método. *Eva, 23 años, urbana, unida.*

Por su parte, las pocas adolescentes solteras que obtienen sus anticonceptivos en unidades de salud del Estado, deben llenar un protocolo burocrático engorroso para ser integradas en el programa de planificación familiar, que inicia con la interrogación del trabajador de salud encargado acerca de sí ya tiene relaciones sexuales con un hombre. Posteriormente se abre el expediente clínico a la muchacha y se decide con quién tendrá la consulta dependiendo del motivo de la visita. Si bien se informa a la jovencita sobre los métodos existentes en la unidad, se hace hincapié en el método que se considera apropiado para ella. En cambio, cuando los varones adolescentes solicitan condones se les entregan sin ningún miramiento y no existe la práctica de integrarlos al programa de planificación familiar ni de abrirles expediente clínico, lo cual confirma que la feminización de los servicios de salud sexual y reproductiva constituye tan solo uno de los pisos de una pirámide cultural que deposita en la mujer todo lo que concierne al cuidado de la práctica sexual y la responsabiliza de las consecuencias.

E: ¿Platíqueme sobre la última vez que atendió a una adolescente sobre su salud sexual y reproductiva?

-Bueno, tuve el caso de una adolescente que venía por consulta... después en el abordaje con ella (porque como no me trajo a ningún familiar) ella ya me dijo que no, que venía a planificar, y yo le decía “¿ya tenes marido?”, y ella me decía que no, “pero si vos no tenés marido ¿por qué vas a planificar?” le decía yo, entonces ella no me daba mucha información y de tanto insistir ella me dijo que no, que vivía con su mamá...y que ya tenía relaciones...*Silvia, 40 años, médica general, urbana, maestra en salud pública.*

E: ¿Y a los varones?

-los varones igual: planificación familiar... por lo general a los hombres no los ingresamos con un expediente, sino que vienen a solicitar un condón.

E: ¿Por qué piensa que en el programa de planificación familiar a los varones no se les lleva un registro tal como se les lleva a las mujeres?

-Porque siempre andan con el tiempo y porque no están acostumbrados y nosotros mismos los hemos acostumbrados...y entonces preferimos que se lleven el condón y que no quede registrado en el centro... *Miriam, 38 años, urbano, médica general.*

Pero, ¿cuándo empiezan a planificar sus embarazos las adolescentes nicaragüenses? A partir de la implementación de los programas de control de la natalidad en el país, parece evidenciarse una preocupación extrema del sistema de salud por la planificación familiar desde el momento mismo que una muchacha da a luz, al punto que la joven puede ser dada

de alta del hospital en el cual parió “con su método puesto”, muchas veces sin ser consultada al respecto y sin información alguna sobre las posibles reacciones adversas. En las unidades de atención primaria, el interés de los trabajadores de la salud para que la muchacha que ya tuvo un hijo planifique no baja de tono, y parece formar parte de la norma de atención.

A su vez, familiares, amistades y conocidos/as de la jovencita que ha dado a luz expresarán a ésta seguramente que “ahora tiene que planificar”, “que la vida está dura y que con dos no se puede”, etc. Es muy probable que la misma muchacha muestre un interés inmediato por evitar un nuevo embarazo y al margen de la opinión de su marido puede intentar por todos los medios acercarse a la unidad de salud y solicitar la anticoncepción. Las mujeres de mayor edad también buscaron iniciar la planificación familiar cuando ya tenían hijos, pero por las limitaciones de la oferta médica de su tiempo, no pudieron hacerlo después del primer hijo, sino luego de tener varios hijos o hijas.

E: ¿Hábleme del procedimiento que utilizan para atender a una mujer que ha dado a luz recientemente?

-Lo mismo: se le pesa, se le toma su presión, se le hace su revisión vaginal, se le toma la temperatura, se le revisa el color del sangrado y se le ofrece su método de planificación. *Lorena, 36 años, rural, auxiliar de enfermería.*

E: ¿Cuál es el procedimiento que utilizan para atender a una mujer que ha dado a luz recientemente?

-Es atendida por el puerperio. Se le toma todo lo necesario en relación a su parto, signos vitales, se le brinda consejería de planificación familiar, a veces traen método del hospital a veces no, también se les habla de la lactancia materna, del cuidado del niño. *Nidia, 40 años, médica general, rural.*

E: ¿Estas mujeres que están en el puerperio aceptan la planificación familiar?

-Yo no sé si la aceptan, porque últimamente lo que he visto es que casi siempre vienen con el método de planificación del hospital, el hospital podríamos decir que a partir del inicio de este año, a todas les están poniéndole método...

E: ¿La inyección la aplica el hospital por iniciativa de la mujer o porque ellos lo determinaron?

-Yo creo que por parte del hospital, porque cuando vienen ellas les pregunto “¿te pusieron una inyección?” y ellas me dicen que sí, pero que no saben para qué es esa inyección, no les dan mucha información en el hospital. *Silvia, 40 años, médica general, urbana, maestra en salud pública.*

Conviene señalar que ni el matrimonio, ni la unión consensual, ni la maternidad, ni la misma edad constituyen una garantía para la mujer en cuanto a verse libres de juicios

sociales si deciden utilizar anticoncepción. No es infrecuente que el uso de anticonceptivos por parte de adolescentes unidas despierte sospechas en algunas personas de la comunidad y en sus mismas parejas acerca de la fidelidad de las muchachas, situación que refleja la asociación que las concepciones culturales suelen hacer entre el uso de anticonceptivos y la propensión de las mujeres a ser infieles o promiscuas. Resulta interesante, en este sentido, observar cómo ciertas muchachas ingresan a los programas de planificación familiar a escondidas del marido, y no es difícil imaginar la enorme lista de obstáculos que estas mujeres deben sortear para poder ejercer el derecho de espaciar sus embarazos, evitando, al mismo tiempo, ser descubiertas por el cónyuge o por amistades de éste.

E: ¿Las adolescentes unidas o casadas vienen también a escondidas a solicitar el servicio?

-No, una vez estuve con una muchacha de diecinueve años que el marido no la dejaba planificar y mientras la muchacha estaba aquí adentro el marido estaba al otro lado de la malla, y él le decía “cuidadito te van a poner algo para planificar”, pero no es muy frecuente que vengan con la pareja y que pasen por eso. *Sandra, 43 años, rural, médica general.*

E: ¿Y si la muchacha ya hubiese estado unida a un hombre?

-...Si la mujer ya tiene hijo y no tiene marido pasa lo mismo porque pueden pensar que andaba con otro hombre y que no quiere salir embarazada y que no es con el papá del niño que anda, sino que con otro y que nadie se da cuenta, pero que ella está teniendo relaciones sexuales con otro hombre y que después de su hijo anda con otro hombre. *Juana, 33 años, rural, unión de visita.*

E: ¿Considerás que las mujeres adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos tienen mayor posibilidad de andar con un hombre y con otro?

-Sí lo considero, porque en vez de evitar un cáncer o otra cosa, ellas con tal de andar virriando, a ellas les vale inyectarse, tomar algo...

E: ¿Te parece que el uso de anticonceptivo por parte de las mujeres adolescente puede provocar infidelidad con la pareja?

-Claro que sí, porque tomando anticonceptivos yo puedo estar en la casa con mi maridito sin salir embarazada, pero cuando él se vaya el que pueda viene a hacer lo que hace falta... *Blanca, 30 años, urbana, unión de visita.*

Con tantas barreras culturales, resulta razonable entender por qué las adolescentes nicaragüenses no recurren generalmente a la prevención anticonceptiva en sus primeras relaciones sexuales y por qué la unión consensual o la maternidad constituyen para la mayoría de las mujeres la experiencia que sigue después de esas experiencias sexuales desprotegidas. No puede ser de otra manera en un país en el cual ser madre agrega el punto final al proceso de la conversión en mujer de una muchacha, y parece otorgarle también el

título de persona. Es apenas después de ser señora o ser madre que una mujer, a pesar de la persistencia de muchos obstáculos, ya puede al menos tomar por cuenta propia decisiones sobre algunos aspectos de su vida reproductiva, sin ser catalogada por todos de incapaz, de inmadura, de vaga o de “loca”.

CONSIDERACIONES FINALES

En la cultura social nicaragüense, la adolescencia constituye el período durante el cual una buena parte de las muchachas asumen su condición de mujeres, situación esta que queda sellada por razón de la llamada “entrega” de la chica a un hombre; esto es, mediante la pérdida de la virginidad de la jovencita. En la mayor parte de los casos, en pleno siglo XXI, y de acuerdo con los datos de la ENDESA analizados en el capítulo II, este paso a la adultez se da al iniciarse la vida matrimonial o la unión conyugal en la adolescencia. Sin embargo, la entrega también puede acontecer en el seno de una relación de noviazgo, en la cual la jovencita se siente enamorada de su pareja y convencida de la reciprocidad del sentimiento por parte de su novio. La diversidad de significados que puede revestir la transformación de una muchacha en mujer a través de la entrega sexual a un hombre ayuda a entender las normas culturales de género que subyacen al embarazo adolescente en Nicaragua.

Al inicio de la vida sexual de la adolescente sucede toda una serie de eventos que, entreteljidos, conforman el fundamento cultural de la nueva condición de la joven en cuanto al rol que como mujer la sociedad tiene determinado para ella, y que la acompañará por el resto de su vida. De esta manera, la adolescente debe empezar a ejercer funciones domésticas alrededor del cuidado de su pareja, aún cuando la muchacha permanezca bajo la tutela de sus progenitores. En la mayor parte de los casos, para iniciar la vida sexual debe trasladarse a la casa del hombre o de sus padres y quedarse a vivir allí con su pareja. Asimismo, el círculo social y las actividades cotidianas de la adolescente suelen cambiar drásticamente a partir de decisiones de su pareja, quien pasará a determinar en adelante lo que es oportuno respecto del comportamiento de la chica para asegurar la estabilidad de la relación.

En la sociedad nicaragüense, al parecer, ha sobrevivido a lo largo del tiempo el repudio social hacia las relaciones sexuales de las adolescentes cuando estas se llevan a cabo fuera del contexto de una unión marital. Es posible que estas normas sean las que presionen a que casi cuatro de cada diez adolescentes inicien su vida marital antes de cumplir los 20 años, y que la mayoría de ellas lo hagan incluso antes de los 17 años. A lo anterior se agrega que, con la expansión del sistema educativo en el país durante las últimas décadas, el embarazo antes de los veinte años emerge como una sombra que justifica, en parte, la baja escolaridad de las adolescentes. El rechazo social hacia la práctica sexual de las jovencitas, por la posible pérdida de oportunidades económicas y sociales para las muchachas que se embarazan precozmente, se une a las normas de género que prescriben la virginidad de las mujeres hasta la unión marital para propiciar las uniones tempranas. La expansión del sistema escolar beneficia principalmente a las jovencitas de los estratos medios y altos, que son una minoría, ya que la mayor parte de las adolescentes, y sobre todo las de los estratos bajos y muy bajos, dejan de estudiar al terminar la enseñanza primaria y no tienen más opciones de vida que permanecer en casa de sus padres o unirse maritalmente antes de los 20 años.

Si bien el ideal tradicionalista del embarazo en un contexto matrimonial persiste en la sociedad nicaragüense, y se expresa sobre todo en el establecimiento de diversos tipos de uniones maritales no matrimoniales durante la adolescencia, existe tolerancia social hacia el embarazo de una mujer soltera, siempre y cuando el hombre que la embarazó se la lleve a vivir con él o de cuenta de su manutención y de la del hijo o hija, y reconozca sin miramientos que él es el padre de la criatura. En cambio, un embarazo seguido del total abandono de la pareja todavía es percibido como una deshonra grave a la honestidad de la jovencita y una traición de la muchacha a sus progenitores. Cuando la joven embarazada es abandonada, será la comidilla de sus vecinos y de las personas de su círculo social inmediato. En tanto que si el embarazo aflora dentro de una relación constituida, en especial si es una unión legalizada por matrimonio, la sociedad exaltará la suerte de la joven y la señalará como ejemplo para otras chicas solteras.

No siempre una unión marital precede al embarazo entre las adolescentes. Algunas de las muchachas que se embarazan antes de los veinte años no desean unirse con el hombre y lo hacen a expensas de la presión que ejercen sus progenitores para aceptarlas

como miembros de la familia, por lo que precipitan la fuga, mientras que otras son abandonadas por sus parejas al momento del embarazo y deben vivir al menos por un tiempo como madres solteras, hasta que logren una unión posterior.

En lo que tiene que ver con la práctica sexual protegida, el inicio de la vida sexual de gran parte de las adolescentes nicaragüenses parece transcurrir sin protección alguna. Una vez iniciada la vida en pareja, e incluso la maternidad, solamente cuatro de cada diez adolescentes usan anticonceptivos. Los programas de control de la natalidad son relativamente nuevos en el país, con lo cual, las mujeres entrevistadas de mayor edad no tuvieron acceso a la prevención anticonceptiva durante su adolescencia. Por su parte, las mujeres más jóvenes deben bregar con el doble discurso social que, por un lado considera pertinente la práctica anticonceptiva entre las mujeres adolescentes para evitar los embarazos, pero condena asimismo las relaciones sexuales fuera del matrimonio y antes de los veinte años. Las normas culturales determinan, de esta manera, que la condición de mujer es una categoría social a la cual una muchacha se hace acreedora mediante su primera relación sexual con un hombre, categoría que se afianza con la unión marital y queda ratificada para siempre con la experiencia de la maternidad.

Vemos cómo las ilusiones que cualquier niña nicaragüense puede tener respecto de un futuro independiente y de desarrollo personal como adolescentes se desvanecen en medio de una cultura que les transmite que así son las cosas, que a las niñas les corresponde hacer los oficios domésticos mientras los hijos varones juegan en la calle con sus amigos; que llegado el momento ya no estará bajo la autoridad de sus padres, sino del hombre que la haga su mujer; que esa es la realidad, que no hay otra porque sencillamente ella es una mujer y esa es la parte que como mujer le corresponde. Como mujeres, por su parte, cuando la vida les otorgue la oportunidad, señalarán con certeza que la maternidad es lo más grandioso que les ha sucedido en la vida, aun cuando haya significado una unión temprana o la maternidad en soltería. ¿Mitos?, ¿tabúes?, ¿resistencia cultural frente a un cambio que entraña la dualidad entre la justicia y la costumbre? La verdad es que, adentrados en el tercer milenio, todavía puede exclamarse con certeza: ¡Cuánto cuesta ser mujer en Nicaragua!

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES: LA COMPLEJIDAD DEL ABORDAJE
DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN NICARAGUA.

El interés capital de la presente investigación fue analizar de manera rigurosa e integral la información adecuada que nos permitiese realizar una apropiada discusión sobre la situación contemporánea de los principales aspectos sociales que enmarcan la vida sexual, conyugal y reproductiva de las adolescentes nicaragüenses. El análisis de información procedente de instrumentos de índole cuantitativa fue complementado con una exploración cualitativa de aspectos culturales para acercarnos a estos objetivos. La permanencia de una elevada incidencia del embarazo temprano en Nicaragua motivó nuestro interés por estudiar las dimensiones sociales y culturales asociadas al fenómeno y nos llevó a vincularlas con todo el proceso de inicio de la vida sexual, marital y reproductiva de las jovencitas. Nuestros hallazgos nos permiten afirmar que el embarazo en la adolescencia no es una conducta de las jovencitas que se desvía de las normas sobre posponer la sexualidad hasta la unión conyugal, sino que se relaciona con pautas de inicio temprano de la vida conyugal de las mujeres propias de las desigualdades sociales, de la pobreza y de la vida campesina. En estos contextos, prevalecen dimensiones culturales de género muy tradicionales, que configuran el inicio sexual, conyugal y reproductivo de las adolescentes. Nuestra idea inicial de que la calidad de la atención en salud reproductiva era un componente principal en la determinación del embarazo temprano fue relativizada, ya que éste resultó ser solamente uno entre los muchos factores que influyen en este fenómeno, y también en la calidad de la atención influye la elevada dimensión de la pobreza y la ruralidad de Nicaragua. La calidad de la atención es diferente según la residencia urbana o rural y según el estrato socioeconómico de pertenencia de las adolescentes.

La discusión teórica acerca del embarazo adolescente contempla distintos enfoques, entre los cuales destaca por su permanencia en el tiempo y su predominio en la investigación sobre el fenómeno, el abordaje que lo considera como un problema causado por un comportamiento inadecuado de las propias adolescentes que se embarazan, resaltando las consecuencias negativas para las muchachas que resultan de haberse embarazado –solteras o unidas- antes de cumplir 20 años. Entre esas consecuencias desfavorables destacan la pérdida de oportunidades económicas y sociales, pues se estima que el embarazo obliga a las jovencitas a abandonar su formación académica y que merma

sus aspiraciones laborales. En especial, este enfoque estima inconveniente que una mujer se embarace muy joven por motivos de salud, por cuanto su cuerpo aun no está bien formado y la gestación o el parto podrían poner en riesgo la vida del bebé o de la madre. Conviene señalar que, de alguna manera, esta visión prevalece en sectores medios urbanos y entre el personal de salud en la sociedad nicaragüense hasta ahora.

Hacia finales del primer lustro de los años noventa, el progreso y la profundización de la investigación internacional sobre las mujeres y la reproducción dieron un giro espectacular al proponer el enfoque de la salud reproductiva, mismo que fue plasmado en las sugerencias de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (CIPD) desarrollada en El Cairo en 1994. En esta Conferencia, además del reconocimiento que se da a la salud sexual y reproductiva como parte de todo el proceso de la vida de las personas, se reconocen los derechos de grupos excluidos anteriormente por los programas gubernamentales, como las y los jóvenes, de recibir información adecuada y oportuna sobre todo lo concerniente a la sexualidad y la reproducción por parte de los gobiernos, así como servicios adecuados para el ejercicio sano y satisfactorio de su sexualidad. Se expresa de igual manera la necesidad de brindarles los medios adecuados para evitar o espaciar los nacimientos.

A comienzos del nuevo milenio, el Fondo de Población para las Naciones Unidas reconoció que existen diferencias respecto de la fecundidad adolescente entre los diversos países, y toma en cuenta factores de orden cultural entre los posibles determinantes del fenómeno. Este enfoque, que hemos caracterizado como “intermedio”, se refiere al papel que desempeñan en la ocurrencia del embarazo temprano las oportunidades que las adolescentes disponen en la vida y sus propias aspiraciones educacionales. Esta visión reconoce las desigualdades económicas y de género existentes en la sociedad, así como las diferencias existentes en el acceso a los servicios de salud y en las actitudes de las personas que brindan la atención.

Ante la preocupación de la comunidad académica internacional por el aparente aumento de los embarazos adolescentes, antes de finalizar el siglo pasado destacados investigadores de la región latinoamericana cuestionaron las conclusiones del enfoque dominante, que atribuían a un comportamiento sexual inadecuado de las adolescentes solteras la interrupción de su educación. La idea generalizada de un aumento o

desproporción en los embarazos de las adolescentes latinoamericanas parecía ser generalizada, pero no tomaba en cuenta el crecimiento enorme que tuvo la cohorte de adolescentes en la región debido a la inercia derivada de la transición demográfica, así como la marcada disminución de la fecundidad que ocurrió entre las mujeres mayores de 20 años. Este enfoque, llamado “emergente” por sus autores, enfatiza el hecho de que la mayoría de los embarazos tempranos se observan entre los sectores más pobres de la sociedad, que se caracterizan por una fecundidad muy elevada, independientemente de la edad en la cual las mujeres inician su vida reproductiva. A su vez, la probable amenaza que representa un embarazo adolescente para la vida de la madre embarazada o para la de su hijo o hija, es objetada en este enfoque, con el argumento de que las experiencias negativas para la salud resultan más de la desigualdad social y de la pobreza de quienes se embarazan temprano, que de la edad misma a la que suceden los embarazos.

Estas nuevas visiones (de salud reproductiva, intermedia, y emergente) se adoptaron para esta investigación. Son enfoques que no cuestionan el derecho de las adolescentes de ejercer su sexualidad y que develan las normas culturales prevalecientes en América Latina que las presionan hacia las uniones maritales tempranas. Tampoco asocian la pérdida de oportunidades académicas con las consecuencias indeseables del embarazo temprano, puesto que proponen que en contextos de pobreza, la mayoría de estos embarazos acontecen luego de que las jovencitas han abandonado el sistema escolar. La reflexión rescata también el contexto del ejercicio de la sexualidad adolescente fuera de la unión conyugal, en tanto es rechazada y sancionada negativamente por la sociedad. Para Stern y García (1999), creadores del enfoque emergente sobre el embarazo adolescente, los responsables de la implementación de las políticas y programas en los distintos países, deben considerar la necesidad de impulsar políticas y programas específicos dirigidos a este grupo poblacional, mediante los cuales se le garantice a la gente más joven de diferentes estratos sociales el acceso a condiciones que les permitan posponer, no solamente la maternidad y la paternidad, sino también la unión marital temprana. Son políticas que necesitan asegurar el acceso apropiado a la información sobre los diferentes métodos que permitan a las muchachas y muchachos adolescentes evitar embarazos y partos no previstos o deseados.

Por nuestra parte, tomando en consideración que Nicaragua presenta la tasa de embarazos adolescentes más alta de la región latinoamericana desde la década de los setenta, y que el país presenta en lo interno desigualdades económicas abrumadoras que se han ido profundizando, hasta el punto de que el país es considerado como el segundo país más pobre de Latinoamérica y El Caribe, hemos retomado las premisas de estos nuevos enfoques para guiar la discusión a lo largo de nuestra investigación, validando en los apartados pertinentes lo acertado de nuestra elección. La inmensa mayoría de las adolescentes nicaragüenses que eran sexualmente activas en 2001 ya estaban o habían estado unidas maritalmente, sea en unión libre, en matrimonio, o separadas, divorciadas o abandonadas. Entre las pocas que iniciaron su vida sexual siendo solteras, la mayor parte buscaron una unión marital posterior a ese inicio sexual, ya sea en la adolescencia o poco después de los 19 años. Nuestros resultados sugieren que no fueron los embarazos tempranos de las jovencitas los que reprodujeron la baja escolaridad de las adolescentes, sino que la pobreza imperante en Nicaragua lleva a que en los sectores socioeconómicos bajos y muy bajos, que agrupan a la mayor parte de las adolescentes, y en las zonas rurales, son las condiciones sociales las que llevan a una baja escolaridad de muchas adolescentes y a su orientación hacia la unión marital temprana.

Una consideración que intentamos que fuera central en nuestro estudio, constituye la asociación del tipo de atención en salud reproductiva que reciben las adolescentes con la calidad de su vida sexual y reproductiva y, atendiendo a ello, la discusión teórica abarcó también esta categoría. Retomamos los marcos conceptuales sobre la calidad de la atención de Judith Bruce (1990) y de María Isabel Matamala (1995), que en conjunto constituyen un adecuado punto de partida que buscó guiar la investigación en cuanto a las interpretaciones sobre la calidad de los servicios en salud sexual y reproductiva que reciben las adolescentes en el país.

Si bien, el modelo de Bruce (1990) corresponde a un momento en el cual la comunidad internacional de población empezaba a enfocar sus esfuerzos en la calidad de la atención como uno de los determinantes del nivel de salud de las personas, el marco que propone la autora recoge con precisión las principales características que deben tener los servicios de salud para que las personas hagan buen uso de ellos y la atención impacte de forma positiva el nivel de vida de quienes acuden a buscar el servicio. En la propuesta de la

autora es loable la identificación que hace de barreras frecuentes con las cuales deben lidiar usuarias y usuarios para no acceder a los servicios de atención en salud o para discontinuar utilizándolos, obstáculos que van desde la falta de acceso físico y económico, hasta la actitud misma de las personas que brindan la atención. La propuesta de Matamala (1995) a su vez, coincide con los requerimientos de Bruce, enfatizando además en la perspectiva de género y en los derechos sexuales y reproductivos que deben permear todo servicio en salud que se brinde a la población usuaria. Los derechos sexuales y reproductivos son concebidos aquí como parte integral de los derechos humanos. Algo interesante en el enfoque sobre la calidad de la atención en salud reproductiva de Matamala (1995), es que la autora no se limita a reflexionar sobre las diferencias de género que puedan influir negativamente en la calidad de atención que reciben las mujeres por parte de los y las prestadores de servicio, sino a las diferencias mismas que puedan existir al interior de la estructura de salud y entre prestadoras mujeres y usuarias. La autora rescata las inequidades de género que se suceden dentro del sistema de salud y muestra cómo las trabajadoras mujeres pueden estar sometidas a dobles o triples jornadas de trabajo, o devengar salarios menores que sus colegas varones. Asimismo, da cuenta de los agravios frecuentes que manifiestan tener usuarias mujeres por parte de trabajadoras de salud del mismo sexo.

De esta manera, retomando los principales ejes de los enfoques tanto de Bruce (1990) como de Matamala (1995), nos dimos a la tarea de plantearnos un marco que sirviese como punto de partida para analizar la calidad de la atención en salud reproductiva que reciben las adolescentes nicaragüenses, concluyendo que los aspectos centrales que éste debía contener eran los siguientes: selección de métodos y oferta apropiada de servicios; competencia técnica; información dada a usuarias y usuarios (incluye lo relacionado con los derechos sexuales y reproductivos); relaciones interpersonales y conciencia y respeto de derechos, en particular los derechos sexuales y reproductivos.

Sin embargo, el análisis de la calidad de los servicios de salud reproductiva para mujeres adolescentes se fue limitando por las características de la información utilizada. En todo caso, permitieron explorar cómo las características de la atención en salud que se ofrece a las jóvenes puede interferir con la utilización de los servicios por parte de ellas y con la adquisición o no de hábitos saludables para el ejercicio de su sexualidad y de su vida reproductiva. Por otra parte, esta exploración permitió constatar que la calidad de los

servicios de salud reproductiva brindados a las adolescentes nicaragüenses a principios del siglo XXI son peores en la medida que se desciende en la escala social (estratos socioeconómicos bajos y muy bajos) o que se trata de adolescentes residentes en el campo. Al mismo tiempo, mostraron que los servicios se brindan mucho más a las adolescentes que ya han estado unidas maritalmente, siendo las solteras sexualmente activas las que tienen menos conocimientos y hacen menor uso de los anticonceptivos. Esto sugiere que no hay programas específicos dirigidos precisamente hacia las jovencitas solteras que podrían seguir estudiando o que podrían acceder a empleos satisfactorios por ser hijas de dominio, sino que la atención a las adolescentes es la misma que se les da a las mujeres unidas de 20 años o más.

Nuestra exploración sobre el acceso de las adolescentes nicaragüenses a los servicios de salud reproductiva y la calidad de los mismos nos permitió observar que las adolescentes sexualmente activas se relacionan escasamente con el sistema de salud, a pesar de que la gran mayoría de ellas se encuentran unidas maritalmente. Durante el año 2001, solamente la mitad de las adolescentes sexualmente activas visitó una unidad de salud. A lo anterior se suma el hecho de que una proporción importante de las mujeres de 15 a 19 años que ya han sido madres, buscan apoyo más por la salud de sus hijos e hijas que de ellas mismas. En el campo la situación empeora para las adolescentes, tal como fue previsto hipotéticamente. Probablemente esta condición sea reflejo de la menor oferta de servicios de salud, tanto privados como del Estado, en zonas rurales.

A su vez, las jovencitas que conviven con su pareja, que son la inmensa mayoría, tienen mayores probabilidades de solicitar apoyo para su salud y la de su descendencia que las muchachas solteras que ya iniciaron su vida sexual, lo cual podría atribuirse entre otras cosas, al rechazo social que se hace de la sexualidad fuera de la unión, y con ello, el temor de estas jóvenes de ser descubiertas en el ejercicio de su sexualidad por personas conocidas o familiares, incluyendo a proveedoras de servicios. En general, el uso de las unidades de salud públicas es una práctica más frecuente entre las mujeres más desposeídas, lo cual resulta comprensible por cuanto son estas muchachas precisamente las que carecen de los medios económicos que les permitan costearse servicios de tipo privado.

Entre las adolescentes nicaragüenses, el conocimiento acerca de la anticoncepción moderna es muy amplio, pero no se corresponde con el nivel de uso que hacen de los

métodos anticonceptivos, posiblemente porque la mayor parte de ellas viven con su pareja y están iniciando la procreación. En 2001, prácticamente la totalidad de las muchachas sexualmente activas menores de veinte años manifestó tener un conocimiento apropiado sobre los métodos anticonceptivos modernos, pues conocían la existencia del método y lo básico sobre su mecanismo de funcionamiento. Sin embargo, menos de la mitad de las mujeres menores de 20 años sexualmente activas recurre a la anticoncepción moderna. Si bien las mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas visitan las unidades de salud tan frecuentemente como las mayores de 20, constituyen también el grupo etéreo que menos solicita la revisión clínica y citológica para la prevención del cáncer cérvico uterino.

Aunque por decreto la salud debe ofertarse gratuitamente por parte del Estado a la población, el factor económico es reconocido por la inmensa mayoría de mujeres adolescentes con vida sexual activa del país como la mayor dificultad para acceder a la atención en salud pública. Quizás, este impedimento haya sido concebido por las encuestadas tomando en cuenta otros obstáculos importantes que mencionaron, como la lejanía de los servicios y el costo del transporte. Como era de esperar, las adolescentes más pobres son las más afectadas por las restricciones económicas.

Además de la limitación económica, hay cuestiones culturales que afectan la asistencia a los servicios. Las adolescentes nicaragüenses parecen demandar de forma considerable la compañía de alguna otra persona, especialmente del sexo femenino, cuando buscan atención para su salud. El no contar con esa oportunidad restringe en gran medida los beneficios que la atención podría otorgarles. No es de extrañar entonces la preferencia que tiene la inmensa mayoría de las jovencitas de ser atendidas por proveedoras mujeres. Esa preferencia puede estar asociada a una percepción de mayor sensibilidad a los problemas que, como mujeres o como madres, suelen presentar las usuarias, o a las barreras de género que dificultan la exhibición del cuerpo femenino o la narración de síntomas que solamente experimentan las mujeres a un prestador de servicios varón.

Por su parte, a pesar de que la planificación familiar constituye una prioridad dentro del sistema de salud, una proporción considerable de muchachas nicaragüenses se queja de no haber recibido información acerca de los programas para el control de la natalidad en sus visitas a las unidades de salud. Las más afectadas al respecto son las adolescentes más pobres. En cuanto a los servicios que reciben las adolescentes durante el embarazo,

médicos y médicas generales son en la práctica los trabajadores que más entran en contacto con ellas. En zonas rurales es también común que parteras, familiares o amistades de las mujeres las apoyen durante el parto. La práctica preventiva en lo que respecta al cáncer del cuello de la matriz, no forma parte de los cuidados que las adolescentes nicaragüenses con vida sexual activa toman en consideración para su salud. Las que menos solicitan la prueba clínica son las muchachas campesinas, las más pobres y las solteras. Además de la incomodidad que representa el examen, es posible que la prueba no sea ofrecida ampliamente a las jóvenes que no viven en una unión socialmente reconocida como lícita.

Las principales conclusiones de nuestra investigación se refieren al análisis de las prácticas sexuales, conyugales y reproductivas de las adolescentes, expuesto en el capítulo II, así como en el análisis de los significados de esas prácticas en la sociedad nicaragüense que se desarrolla en el capítulo IV.

Las encuestas por muestreo disponibles para el país contienen información sobre la vida sexual, conyugal y reproductiva de las adolescentes nicaragüenses, en especial la ENDESA 2001. Esto nos permitió realizar, en un primer momento, un análisis descriptivo de carácter sociodemográfico sobre tres aspectos básicos de la vida sexual y reproductiva de las mujeres menores de 20 años: fecundidad, embarazo y sexualidad adolescente. En un segundo momento establecimos las asociaciones existentes entre cuatro ejes de diferenciación social y el comportamiento reproductivo de las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia: la residencia urbana o rural, la estratificación socioeconómica, la escolaridad y el estado conyugal. En un tercer momento, realizamos también un análisis multivariado de algunos factores sociales que afectan el embarazo en la adolescencia.

La fecundidad en Nicaragua ha sufrido un importante descenso en los últimos años en todos los grupos de edad y aunque la fecundidad adolescente también ha disminuido, no lo ha hecho al mismo ritmo que la de las mujeres mayores de 20 años, ya que muestra un descenso más lento. A esto se debe la permanencia en el tiempo de tasas elevadas de fecundidad entre las mujeres más jóvenes, que ubican al país, desde hace aproximadamente cuatro décadas, a la cabeza de los países que presentan tasas más elevadas de fecundidad adolescente en la región latinoamericana.

Una característica central de los embarazos en mujeres adolescentes en Nicaragua es que se presentan asociados con un fenómeno de uniones maritales tempranas, sobre todo uniones consensuales, que ocurren durante la adolescencia. La unión conyugal en la adolescencia es mucho más frecuente que el embarazo, y los casos de embarazos en adolescentes solteras son francamente minoritarios. Esta persistencia de la unión marital temprana, unida al hecho de que las adolescentes representan casi la cuarta parte de las mujeres en edad reproductiva del país, sugiere que la fecundidad adolescente se mantendrá elevada hasta que la cohorte de adolescentes empiece a disminuir su peso en la estructura etárea de la población femenina o hasta que las mujeres encuentren posibilidades de desarrollo personal diferentes, como estudios o empleos, que les permitan posponer las uniones conyugales hasta los 20 años o más.

En 2001 la fecundidad rural fue mayor que la urbana, puesto que la superó en más de la mitad. Las mujeres de mayor edad en el campo tienen más hijos que sus coetáneas de la ciudad, aunque la fecundidad total ha disminuido más en áreas campesinas que en zonas urbanas. La baja de la fecundidad rural se relaciona con los movimientos migratorios del campo hacia las ciudades y la extensión del sistema educativo a áreas alejadas y con la extensión de servicios básicos de salud en zonas rurales, con la consecuente importación de modelos reproductivos ciudadanos por parte de las mujeres más jóvenes del campo

Además del patrón de unión conyugal en la adolescencia, otra característica de la nupcialidad nicaragüense es el amplio predominio de las uniones consensuales entre las distintas formas de unión marital. El matrimonio en el país se observa de manera muy minoritaria y casi únicamente entre las mujeres unidas mayores de 25 años, mientras que casi todas las mujeres más jóvenes tienden a resolver su vida conyugal a través de la unión consensual. Esto nos remite a pensar en dos posibilidades: o bien la formalización de las uniones mediante el matrimonio ha disminuido entre las mujeres más jóvenes, o la tendencia cultural condiciona el vínculo matrimonial a la existencia de hijos y la estabilidad de la relación de pareja. Las mujeres adolescentes solteras presentan una tasa baja de embarazos, pero ligeramente mayor que la de las solteras de otras edades, y un intervalo protogenésico superior al de las mujeres mayores de 19 años, evidenciando una ligera mayor probabilidad de las adolescentes solteras de tener un hijo o hija fuera o antes de una

unión marital. Sin embargo, una abrumadora mayoría de los embarazos en la adolescencia y de los posteriores ocurren entre mujeres que se encuentran unidas maritalmente.

Las mujeres nicaragüenses que inician su vida reproductiva durante la adolescencia, al final de su período reproductivo tienen 3 hijos más que aquellas que lo hicieron después de los 20 años. Esto merece atención especial si tomamos en cuenta que una considerable proporción de mujeres nicaragüenses continúan uniéndose maritalmente y embarazándose durante la adolescencia. La información más reciente permite concluir que la mitad de las mujeres que en 2001 tenían entre 20 y 24 años tuvieron su primer hijo o hija antes de cumplir 20 años. La unión de las mujeres y la maternidad parecen ser una prioridad en la cultura nicaragüense, puesto que antes de cumplir 25 años, más de 80 por ciento de las mujeres nicaragüenses han experimentado la maternidad, sin importar su estado civil, su nivel de escolaridad y su condición económica.

Del total de mujeres que tuvieron su primer hijo o hija nacido vivo durante la adolescencia, la mayoría había abandonado la escuela antes del embarazo y, contrariamente a lo esperado, el embarazo no parece haber sido la causa primordial de una unión marital, puesto que la inmensa mayoría de ellas refiere haberse unido antes de embarazarse. Respecto de los riesgos que entrañan el embarazo y el parto para la vida de la descendencia de las mujeres, la mortalidad infantil y en la niñez sigue siendo más pronunciada entre hijos e hijas de madres procedentes de contextos rurales y con baja escolaridad. Es comprensible lo anterior si tomamos en cuenta que una considerable proporción de los embarazos y partos de las mujeres campesinas son atendidos por personal no calificado. Esto pone al descubierto las limitaciones en cuanto al acceso a los servicios de salud que tienen las mujeres menos favorecidas de la sociedad.

Toda la información de la ENDESA 2001 que se refiere a las prácticas sexuales y reproductivas de las adolescentes de Nicaragua fue analizada en función de los cuatro ejes de diferenciación social antes señalados: el lugar de residencia de las mujeres, el estrato socioeconómico al cual pertenecen, el nivel de escolaridad y la situación conyugal. El análisis del comportamiento reproductivo basado en datos de la encuesta de 2001 concluyó con la aplicación de 5 modelos de regresión logística para determinar los factores sociodemográficos que tienen mayor influencia en el embarazo temprano.

En lo que respecta al área de residencia, el análisis descriptivo corrobora la hipótesis propuesta, de que las mujeres que viven en zonas rurales tienen mayor riesgo de embarazarse antes de los 20 años que aquellas que habitan en áreas urbanas. Esto nos remite a reflexionar tanto sobre las condiciones de vida más desfavorables en el campo y la menor escolaridad de las mujeres rurales, como sobre el hecho de que, a pesar de la extensión de los servicios de salud durante las últimas décadas a lugares alejados, existen todavía zonas muy alejadas en las cuales el sistema de salud no logra dar cobertura apropiada, tanto por la inaccesibilidad geográfica como por la carencia de infraestructura o por el insuficiente personal para realizarlo.

El embarazo previo a los 20 años mostró también estar muy asociado con la pertenencia a los estratos socioeconómicos muy bajo y bajo, a los que pertenecen casi dos tercios de las adolescentes de Nicaragua, así como con la menor escolaridad de las adolescentes que se unen y se embarazan antes de los 20 años. Entre las adolescentes de los estratos de ingresos medios y altos del país, que son menos de un tercio de las adolescentes, tanto la unión marital como el embarazo son muy minoritarios. Se confirmó ampliamente la hipótesis de un mayor riesgo de embarazo en la adolescencia en la medida en que se descende en la escala de estratificación social y educacional.

La principal conclusión que emana del análisis descriptivo es que la magnitud y características de las uniones tempranas y el embarazo en la adolescencia están claramente influenciados por las condiciones de vida de las adolescentes y el contexto donde viven. Para las jóvenes del campo la magnitud del embarazo adolescente es mucho mayor y las edades a las cuales se embarazan son más tempranas. Solamente las adolescentes de los estratos de ingresos bajos y muy bajos se embarazan antes de los 20 años en proporciones considerables. De acuerdo con nuestras estimaciones sobre la edad a la primera unión de las mujeres nicaragüenses, la gran mayoría de ellas se fugan con el novio o se unen maritalmente antes de embarazarse. También es claro que entre las jovencitas que logran una escolaridad de diez años o más, y para las que pertenecen a los estratos socioeconómicos medios y altos, el embarazo en la adolescencia es muy minoritario, pero estos estratos solamente agrupaban a una cuarta parte de las adolescentes de Nicaragua en 2001. Estas conclusiones nos llevaron a pensar en una exploración de los factores culturales que hacen que el inicio sexual de las adolescentes nicaragüenses del siglo XXI,

mayoritariamente pobres, sigan haciendo coincidir el inicio sexual con “irse con el hombre” y con embarazarse.

El análisis multivariado confirmó el gran peso que tiene residir en un contexto campesino en el momento de la encuesta y haber iniciado la vida sexual antes de los 17 años en las probabilidades de tener un embarazo temprano. El modelo estadístico muestra también que la probabilidad de experimentar un embarazo adolescente sigue siendo alta entre las mujeres de generaciones más recientes, que existe un mayor riesgo relativo de la ocurrencia de un embarazo temprano cuando el inicio de las relaciones sexuales se produce antes de la edad que estimamos para la primera unión conyugal de las mujeres y lo mismo ocurre para la muy baja proporción de mujeres que nunca se unieron (entre los 25 y los 29 años más del 80 por ciento de las mujeres están unidas y a partir de los 40 años 98 por ciento están unidas o lo han estado alguna vez. Esto podría poner de manifiesto un posible patrón cultural de relaciones sexuales tempranas acompañadas de uniones tempranas, combinado con un patrón minoritario pero significativo en que algunas mujeres jóvenes del país experimentan un embarazo como precipitador de la unión conyugal, y las menos corren el riesgo de exponerse a la vivencia de la maternidad como madres solteras.

El modelo no arrojó diferencias en la probabilidad de experimentar un embarazo en la adolescencia si se estaba asistiendo a la escuela o si no había asistencia escolar, probablemente porque la inmensa mayoría de quienes se embarazaron en la adolescencia lo hicieron después de que habían abandonado la escuela, y casi todas señalaron que su primera relación sexual fue deseada, lo que sugiere también que en su mayoría iniciaron la vida sexual después de fugarse voluntariamente con un enamorado o de haberse unido consensualmente de manera voluntaria. Más de dos tercios de las mujeres de 20 a 49 años que en 2001 respondieron que se habían embarazado en la adolescencia, habían iniciado su vida sexual antes de los 17 años, y la edad mediana de la primera unión conyugal de quienes tenían entre 20 a 29 años se situaba antes de los 18 años, sugiriendo que tanto la vida sexual como la vida conyugal de quienes se embarazaron antes de los 20 años se inician en edades tempranas.

Esto sugiere que el embarazo adolescente en Nicaragua es sobre todo una manifestación de la unión conyugal temprana y de los derechos que pasan a tener los hombres cuando una mujer tiene relaciones sexuales con él. Confirmando nuestra hipótesis,

la edad en la cual las muchachas inician su vida sexual guarda una relación muy significativa con la probabilidad de que éstas se embaracen antes de los 20 años. Esta relación tiene un comportamiento asociado, es decir, a más temprana edad de la primera relación sexual, mayor riesgo de que una muchacha se embarace tempranamente. Si tomamos en cuenta que el uso de anticoncepción moderna es bastante limitado entre las adolescentes sexualmente activas, y que la mayoría están unidas maritalmente, podemos concluir que la vida sexual de la mayoría de las jóvenes nicaragüenses transcurre sin la utilización de medidas preventivas eficaces, sobre todo si están unidas y hasta después del primer nacimiento.

Ahora bien, atendiendo a la información de los modelos estratificados, las probabilidades de tener un embarazo en la adolescencia se mantienen constantes entre los estratos más desfavorecidos. En cambio, entre las muchachas del estrato alto, el riesgo de embarazarse tempranamente se hace evidente de manera particular cuando habían abandonado sus estudios antes del embarazo. Esto podría poner en evidencia un posible proyecto de vida diferente entre estas mujeres, quienes posponen la maternidad y prolongan su escolaridad más allá de los nueve años básicos, y un mayor uso y acceso a la anticoncepción entre ellas. Conforme aumenta el nivel de vida de las mujeres, la edad de inicio de la vida sexual no parece relacionarse directamente con el riesgo de que se embaracen, lo cual, puede reflejar una práctica anticonceptiva más generalizada entre las mujeres con mejores condiciones económicas.

Comparadas con las adolescentes de otros países menos pobres de América Latina, las adolescentes nicaragüenses residentes en contextos rurales y las urbanas de los estratos de ingresos bajos y muy bajos, continúan teniendo un alto riesgo de embarazos previos a los 20 años aún en el siglo XXI, mientras que aquellas pertenecientes a los estratos altos prolongan su escolaridad más allá de los 9 años de enseñanza básica y casi no están expuestas al riesgo de embarazos en la adolescencia. Este es el único estrato socioeconómico en el cual los modelos señalaron que la asistencia a la escuela disminuye la probabilidad de embarazos. Pero aún en los estratos medios y altos, en los cuales el embarazo previo a los 20 años se experimenta en proporciones muy bajas, entre más temprano en la adolescencia inician su vida sexual, mayor es el riesgo de que se embaracen antes de los 20 años.

En la última fase de nuestra investigación, nos propusimos explorar las dimensiones culturales relacionadas con los embarazos tempranos a través de un abordaje cualitativo. Decidimos profundizar nuestro trabajo con la implementación de 18 entrevistas en profundidad que se realizaron a mujeres de diferentes edades y de contextos rurales y urbanos que experimentaron la maternidad antes de los 20 años, y a 8 personas que brindan atención en salud reproductiva a las mujeres adolescentes, tanto en el campo como en la ciudad. Estas entrevistas tuvieron como finalidad explorar algunos indicios que permitieran una primera reconstrucción tentativa de algunas normas socioculturales que pueden subyacer tras la vivencia de la sexualidad y la vida reproductiva de las adolescentes nicaragüenses, y de su patrón de embarazo temprano.

Estos indicios de normas culturales sugieren que el período de la adolescencia se asocia con el inicio de las relaciones de pareja para las mujeres. Estas relaciones pueden ser directamente una unión marital, especialmente entre las adolescentes rurales, o bien pueden ser reconocidas como relaciones “de novios” por sus protagonistas, y pueden ser únicas o pueden repetirse sucesivamente en la vida de las adolescentes que experimentan un embarazo temprano. Entre las mujeres de más edad entrevistadas, se observan más uniones maritales y menos experiencias de noviazgo antes de embarazarse que entre las mujeres de edades más cercanas a la adolescencia. Para las entrevistadas menos escolarizadas, más pobres y socializadas en contextos campesinos, el noviazgo suele ser referido como único y cuando han tenido más de un novio previo a la gestación o a la unión marital, los nombran como “enamorados”, categoría que tiene menor impacto social en cuanto a la seriedad de la relación. Las mujeres entrevistadas intentan de esta manera demostrar su integridad moral, tratando de todas las formas posibles de convencer a la entrevistadora que cualquier tipo de acercamiento romántico entre ellas y un hombre, ha sido únicamente con el padre de sus hijos e hijas.

A lo largo de la historia de vida, las muchachas más jóvenes entre las entrevistadas dicen que se han reconocido como mujeres justamente luego de haber perdido su virginidad con un hombre, acontecimiento que suelen experimentar con el primer novio del cual se sienten intensamente enamoradas o con el cual se fugaron, y que las ha persuadido de amarlas por igual y querer vivir siempre con ellas. Entre las entrevistadas algo mayores, la experiencia del embarazo adolescente es relatada como acontecida en el seno de una unión,

reconocida como lícita por la sociedad. Por lo general, se trató de uniones originadas con la fuga de la muchacha con el novio, pero las entrevistadas conservaron la aspiración de transformar posteriormente esa fuga en un matrimonio y de hecho, algunas estaban casadas en el momento de la entrevista. Por su parte, entre las entrevistadas más jóvenes, se observa en algunas ocasiones una inversión en cuanto al orden en que sucedieron los eventos, puesto que la primera experiencia sexual de las adolescentes, en algunas ocasiones, precedió a la unión con la pareja.

De acuerdo con las narraciones de las entrevistadas, el inicio de la vida sexual para las adolescentes entraña el sentimiento de pertenencia al hombre y de posesión del hombre sobre ella. Es precisamente luego de la experiencia sexual que pueden emerger en la pareja de novios los roles domésticos para ella en lo que atañe a atender a su pareja, y el rol de proveedor del hombre, aunque no vivan juntos. La joven, de esta manera, aún si no se fuga o se casa con el novio, puede empezar a asumir responsabilidades caseras respecto de necesidades específicas de su pareja en el hogar de sus progenitores, y el varón por su parte, se toma atribuciones de índole económica en la medida en que su capacidad material se lo permite.

En general, el ejercicio de la sexualidad por parte de las adolescentes, cuando es previo a una unión o fuga, es rechazado en la sociedad nicaragüense, al mismo tiempo que es altamente fomentada la unión marital temprana, especialmente si la joven ya tiene cerca de 20 años. Entregarse a un hombre y pertenecerle sexualmente no es bien visto en tanto no forme parte del ideal cultural de unión, y en especial se aspira al ideal que es el matrimonio. Sin embargo, muy pocas mujeres, casi todas pertenecientes a los estratos medio y alto, inician su vida conyugal con un matrimonio.

La ampliación del sistema educativo ha agregado en tiempos recientes, y sobre todo en los contextos más urbanos y escolarizados y entre el personal de salud, el temor de un embarazo de las muchachas que interrumpa sus estudios, con el alegato de la pérdida de oportunidades educativas, económicas y sociales que implica para una joven la interrupción escolar a causa de la maternidad. Sin embargo, únicamente las adolescentes de los estratos medios y altos logran alcanzar diez años de estudios o más, y éstas son minoritarias entre la juventud nicaragüense.

Aunque siempre subordinadas a la dominación masculina, parece ser que las exigencias sociales respecto del contexto conyugal en el cual emerge el embarazo son algo flexibles, cobrando relevancia al respecto la seguridad económica que el hombre pueda brindar a la muchacha y el reconocimiento de éste acerca de la paternidad sobre la criatura que vendrá al mundo. De tal manera que el abandono total de una joven embarazada por su pareja constituye una grave deshonra para ella, al poner en entredicho la certeza de su virginidad. La deshonra se hace extensiva a sus progenitores por no haber sido capaces de inculcarle buenos modales a la chica, y podrían llegar al extremo de expulsar a la adolescente del seno familiar por un tiempo, o lo que es más habitual, aceptarla bajo condiciones de aislamiento y marginación, que implican la pérdida de derechos que gozan los otros miembros del núcleo familiar.

El tiempo que transcurre entre el inicio de la vida sexual de las adolescentes nicaragüenses y el primer embarazo parece estar determinado por la suerte de la jovencita, puesto que la práctica anticonceptiva no parece formar parte de su rutina sexual. Las entrevistadas de edades algo mayores refieren que no tuvieron acceso alguno a los métodos anticonceptivos modernos, por la carencia de programas de control para la natalidad, pero las más jóvenes deben lidiar, por una parte, con la doble moral de una sociedad que acepta la prevención anticonceptiva entre las adolescentes que han iniciado su vida sexual, pero condena abiertamente las relaciones sexuales fuera del matrimonio y, de manera especial, cuando estas corresponden a muchachas que no han cumplido todavía los 20 años.

De esta manera, nuestra exploración cualitativa reveló que una dimensión que se relaciona muy estrechamente con la elevada proporción de uniones maritales y de embarazos en la adolescencia son las normas de género prevalecientes en el país. Estas normas, que se manifiestan con mayor peso en los ámbitos rurales y en los de menor escolaridad, se expresan, entre otras cosas, en la condición de propiedad o pertenencia a un hombre que le confiere a una mujer el haber tenido vida sexual activa con él. Nuestra exploración sugiere que la relación del ejercicio de la sexualidad con el placer, no es una cuestión concebida como adecuada para las mujeres dentro de la cultura social del país, pero que en cambio tiene un enorme peso simbólico en el sentido de apropiación masculina de una mujer.

Todos estos indicios, que necesitan ser profundizados en investigaciones posteriores, parecen sugerir que en la cultura social nicaragüense, una muchacha debe “entregar” la virginidad al hombre que ama, tratar de unirse a él a toda costa y convertirse en madre, para probar ante sí misma y ratificar ante la sociedad que es una mujer.

ANEXOS

1. Guión para las entrevistas con las mujeres
2. Guión para las entrevistas con los proveedores de servicio
3. Guión para las entrevistas con los informantes clave
4. Informe de trabajo de campo
5. Anexo metodológico

ANEXO 1

GUIÓN PARA LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD CON LAS MUJERES ADOLESCENTES DE LA TESIS DOCTORAL: "SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS ADOLESCENTES NICARAGÜENSES: SUS EMBARAZOS Y SU ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

PRIMERA PARTE

A) DATOS GENERALES

1. Número de entrevista: _____
2. Fecha de la entrevista: _____
3. Duración de la entrevista: _____
4. Barrio/Comarca-Pueblo: _____
5. Edad (años cumplidos): _____
6. Lugar donde vivió hasta los 12 años _____

B) SITUACIÓN CONYUGAL

7. ¿Actualmente...
 - ¿Sos/es casada? _____
 - ¿Unida? _____
 - ¿Divorciada? _____
 - ¿Separada? _____
 - ¿Viuda? _____
 - ¿Soltera? _____
- 7bis ¿Hace cuanto tiempo _____

¿Vivís/vive con tu/su pareja actualmente? _____

8. Historia de unión:

¿Cuántas veces has/ha estado casada o unida? _____

¿Y tu/su pareja? _____

Si ha estado casada o unida más de una vez....

9. ¿Podría/s relatarme sobre sus/tus diferentes uniones?

Número de unión	Edad de la entrevistada	Edad de la pareja	Situación conyugal con la pareja			No. de hijos	Duración	Motivo separación
			Casada	Unida	Otra			

c) ESCOLARIDAD

10. ¿Cuál es el último año que aprobaste/aprobó en la escuela? _____

Sin estudios _____

Primaria _____

Secundaria _____

Técnica básica _____

Técnica superior _____

Estudios a nivel superior _____

¿Y tu/su pareja? (sexual o conviviente)

Sin estudios _____

Primaria _____

Secundaria _____

Técnica básica _____

Técnica superior _____

Estudios a nivel superior _____

Si no tiene pareja actualmente, preguntar:

¿Y tu/su última pareja? (sexual o conviviente)

Sin estudios _____

Primaria _____

Secundaria _____

Técnica básica _____

Técnica superior _____

Estudios a nivel superior _____

11. ¿Has/ha realizado otros estudios como manualidades, corte y confección, belleza, secretariales, contabilidad, o de otro tipo? _____

¿Qué estudios realizaste/realizó y cuántos grados aprobaste/aprobó de?

Manualidades _____

Corte y confección _____

Belleza _____

Secretariado _____

Contabilidad _____

Otros _____

¿Y tu/su pareja?

¿Realizó además otros estudios técnicos, de profesor, contador, secretariales o de otro tipo?

¿Qué estudios realizó y cuántos grados aprobó de?

Estudios técnicos _____

Profesor _____

Secretariado _____

Contador _____

Otro tipo _____

En caso de no tener pareja actualmente, preguntar:

¿Y tu/su última pareja? (sexual o conviviente)

¿Realizó además otros estudios técnicos, de profesor, contador, secretariales o de otro tipo? _____

¿Qué estudios realizó y cuántos grados aprobó de?

Estudios técnicos _____

Profesor _____

Secretariado _____

Contador _____

Otro tipo _____

12. ¿Estás/á estudiando actualmente? _____

¿Qué estudiás/estudia? _____

Y tu/su pareja, ¿estudia algo en la actualidad? _____

¿Qué es lo que está estudiando? _____

13. Si no estudia ella o su pareja actualmente, preguntar por estudios anteriores:

¿Anteriormente qué estudiaba/s? _____

Primaria _____

Secundaria _____

Educación técnica básica _____

Educación superior _____

Otros estudios _____

Dejaste de estudiar

Antes o después de tener tu/su primera relación sexual _____

Antes de unirte/unirse o casarte/casarse _____

Después de unirte/unirse o casarte/casarse _____

Antes del/los embarazo/s _____

Durante tus/sus embarazos _____

Después del/los embarazo/s _____

14. ¿Podría/s decirme por qué dejó/dejaste de estudiar?

Trabajo _____

Falta de recursos económicos _____

Embarazo _____

Unión _____

No quiso seguir estudiando _____

Pareja no quiso que siguiera estudiando _____

Familia no quiso que siguiera estudiando _____

Otros _____

D) CONDICIÓN LABORAL

15. Condición de actividad:

¿Podría/s decirme a que se/te dedica/dedicás? _____

¿Realiza/realizás alguna actividad por la cual recibe/recibís algún ingreso?

¿Tiene/tenés trabajo pero no trabaja/trabajás porque está/estás de vacaciones,
está/estás enferma o por otras causas? _____

¿Está/estás buscando trabajo? _____

¿Es/sos estudiante? _____

¿Se dedica /te dedicás a las tareas del hogar? _____

¿Recibe/recibís ayuda económica a través de remesas? _____

¿Su/tu pareja le/te ayuda económicamente? _____

¿Su/tu familia le/te ayuda económicamente? _____

¿La familia de su/tu pareja le/te ayuda económicamente? _____

Y su/tu pareja ¿a qué se dedica? (sexual o conviviente)

¿Realiza alguna actividad por la cual recibe algún ingreso? _____

¿Tiene trabajo pero no trabaja porque está de vacaciones, está enfermo o por otras causas?

¿Está buscando trabajo? _____

¿Es estudiante? _____

¿Se dedica a las tareas del hogar? _____

¿Recibe ayuda económica a través de remesas? _____

¿Usted/vos le ayuda/ayudás económicamente? _____

¿Su familia le ayuda económicamente? _____

¿La familia suya/tuya le ayuda económicamente? _____

16. Historia laboral:

Si no trabaja actualmente ella o su pareja, preguntar sobre trabajos anteriores remunerados

¿Trabajó/trabajaste alguna vez por un salario? _____

¿Cuándo fue la primera vez? _____

¿Durante cuánto tiempo más o menos? _____

¿Cuándo sucedió eso? _____

Antes de empezar a tener relaciones sexuales _____

Antes de unirse o casarse _____

Antes de su primer embarazo _____

Durante su primer embarazo _____

Después de su primer embarazo _____

Antes, durante y después de unirse _____

Antes, durante y posterior a su primer embarazo _____

Antes y después de su primer embarazo _____

Y su/tu pareja ¿trabajó alguna vez por un salario? (pareja sexual o conviviente)

¿Durante cuánto tiempo? _____

¿Cuándo sucedió eso? _____

Antes o después de que empezaran a tener relaciones sexuales _____

Antes de unirse o casarse con ella _____

Después de unirse o casarse con ella _____

Antes, durante y después de unirse o casarse con ella _____

Antes que ella saliera embarazada de él _____

Durante el primer embarazo _____

Después del primer embarazo _____

Antes, durante y después del primer embarazo _____

E). PERTENENCIA SOCIOECONÓMICA

17. ¿Me podría/s dar algunos datos sobre las personas que viven con usted/vos?

Parentesco

Sexo

Edad

*Escolaridad
(años aprobados)*

Actividad

F) RELIGIÓN

18. ¿Pertenece/pertenecés a alguna religión? _____

¿Hace cuánto tiempo? _____

Y su/tu familia ¿pertenece a alguna religión? _____

¿Y su/tu pareja?

19. ¿Va/vas a la iglesia cada semana?

¿Y su/tu familia? _____

¿Y su/tu pareja? _____

SEGUNDA PARTE

A. EMBARAZO Y MATERNIDAD

1. Normatividad y experiencia

a) Contame/cuénteme ¿cómo era tu/su vida antes de tu/su primer embarazo?

Insistir en:

- *actividades cotidianas*
- *relaciones con la familia*
- *relaciones con las amistades*
- *experiencias previas de noviazgo*
- *vida sexual previa al primer embarazo*

b) ¿Cuántas veces has/ha estado embarazada? _____

c) ¿Cuántos hijos tenés/tiene que han nacido vivos? _____

d) ¿Podría/s hablarme acerca de su/tu primer embarazo? _____

Insistir en:

- *cortejo de la pareja*
- *con quien se embarazó la primera vez (características de esa pareja, ¿era diferente de la actual?, tipo de relación con esa pareja,, sentimientos y compromisos de ella y de él previo al embarazo, relaciones sexuales previas al embarazo con esa pareja)*
- *edad de primer embarazo*
- *edad de la pareja*
- *actitud de la familia*
- *actitud de las amistades*
- *actitud de la comunidad*
- *actitud de la pareja que la embarazó*

e) ¿Considerás/considera que tu/su vida se modificó de alguna manera con la noticia de tu/su primer embarazo? _____

¿Y la vida de tu/su pareja? _____

¿Y la vida de tu/su familia? _____

f) ¿Estaban utilizando vos/usted o tu/su pareja algún método anticonceptivo cuando saliste/salió embarazada por primera vez? _____

Insistir en:

- *¿él sabía que ella utilizaba o no utilizaba algo*
- *¿hablaron al respecto?*
- *planeación del embarazo*
- *deseo de primer hijo/a*
- *deseo del primer hijo/a por parte de la pareja*
- *deseo del primer hijo/a por parte de la familia de la entrevistada*
- *deseo del primer hijo/a por parte de la familia de su pareja*
- *cómo fue cambiando ese deseo(antes de embarazarse, antes de primera sospecha, frente a la constatación del embarazo, durante el embarazo, al nacer el bebé)*

g) Cuando te embarazaste/se embarazó por primera vez ¿seguiste/siguió viviendo en casa de tu/su familia? _____

Insistir en:

- *Si no, ¿dónde se fue?, ¿por qué?*

h) ¿Cómo te sentiste/se sintió cuando nació tu/su primer hijo/a?

¿Y el padre de tu/su hijo/a? _____

Insistir en:

- *modificaciones en su vida*
- *modificaciones en su vida de pareja*
- *modificaciones en la vida de su familia*

2. Experiencia con servicios de salud reproductiva

a) ¿Podría/s hablarme sobre la atención que recibió/recibiste durante su/tu primer embarazo?

Insistir en:

- *cómo y dónde se atendió para detectar/confirmar su embarazo (¿por qué optó por esa alternativa?, ¿quién/ quienes intervinieron en la decisión)*
- *lugar donde se atendió y costo embarazo (¿por qué optó por esa alternativa?, ¿quién/ quienes intervinieron en la decisión?)*
- *persona que brindó la atención durante el embarazo (¿por qué optó por esa alternativa?, ¿quién/ quienes intervinieron en la decisión)*
- *momento de inicio de la atención?(¿por qué en ese momento?¿quién/ quienes intervinieron en la decisión)*
- *acompañamiento de la pareja*
- *acompañamiento de otros miembros de la familia*
- *acompañamiento de otras personas*

- *percepción del trato recibido (¿hubo algún trato diferenciado por ser ella menor de 20 años?, ¿por ser no casada o no unida?, ¿por ser pobre?, ¿por ser de origen rural?, ¿experimentó alguna forma de discriminación?)*
- *percepción sobre el manejo de los aspectos médicos o técnicos*

b) Hablame/hábleme ¿cómo fue el parto de tu/su primer hijo/a?

Insistir en:

- *lugar de atención y costo (por qué y cómo se tomó la decisión de atenderse en ese lugar)*
- *persona que brindó la atención*
- *acompañamiento de la pareja*
- *acompañamiento de otros miembros de la familia*
- *acompañamiento de otras personas*
- *percepción del trato recibido (¿hubo algún trato diferenciado por ser ella menor de 20 años?, ¿por ser no casada o no unida?, ¿por ser pobre?, ¿por ser de origen rural?, ¿experimentó alguna forma de discriminación?)*
- *percepción de la eficiencia médica (¿le controlaron presión?, ¿le brindaron cuidados adecuados?, ¿recibió anestesia?, ¿qué tan bien la pasó ella?, cómo siente que quedó?, ¿tuvo molestias?, ¿tuvo complicaciones?, ¿recibió atención oportuna?)*

c) ¿Después de su primer embarazo recibió indicaciones para control del niño sano?

Insistir en:

- *¿llevó a su hijo/a a los controles?*
- *¿se sintió apoyada?*

TERCERA PARTE

A. NUPCIALIDAD

1. Vínculo del primer embarazo (nacimiento del primer hijo/a) con la primera unión

a) ¿Qué pasó después que se supo que estabas/estaba embarazada?

Insistir en:

- *reacción de la familia de ella (¿la obligaron a unirse?, ¿la castigaron?, ¿la expulsaron de la casa?, ¿la apoyaron?, ¿estaban de acuerdo con que eligiera esa pareja?)*
- *reacción de la familia de él (¿la rechazaron?, ¿la obligaron a unirse? ¿la apoyaron?)*
- *reacción de los vecinos de ella (¿rechazo social?, ¿aceptación?)*
- *reacción de las amistades de ella (¿rechazo?, ¿aceptación?)*
- *reacción de las amistades de él (¿rechazo?, ¿aceptación?)*
- *¿ya estaba viviendo con su pareja?*
- *reacción de la pareja (¿le ofreció unirse con ella?, ¿en qué condiciones?, ¿se fue y la dejó?, ¿le prometió unirse con ella después?, ¿qué pasó con su vida?)*

b) ¿Cómo cambió tu/su vida después de tu/su primer embarazo?

Insistir en:

- *¿estaba estudiando o trabajando cuando ocurrió su primer embarazo?*
- *¿dejó la escuela/el trabajo?*
- *¿tuvo que empezar a trabajar?*
- *¿ya estaba unida? ¿se tuvo que unir?, ¿no quiso unirse?, ¿no se unió y permaneció soltera?*
- *¿cuando no le bajó la regla hizo algo para que le bajara?*
- *¿contempló la posibilidad de abortar?*

c) ¿Cómo cambió la vida de tu/su pareja después de tu/su primer embarazo?

Insistir en:

- *¿habían hablado antes de vivir juntos?, ¿cambió la actitud de él al respecto?*
- *¿abandonó estudios?*
- *¿empezó a trabajar?*
- *¿empezó a mantenerla a ella y a su hijo?*
- *¿cambiaron las relaciones de él con su familia? ¿cambiaron otras relaciones en su vida?*

d) ¿Cómo cambió la vida de tu/su familia después de tu/su primer embarazo?

Insistir en:

- *¿se quedó a vivir con la familia?, ¿se fue a vivir con la familia de él?, ¿se fue a vivir a otro lado? ¿se fueron a vivir aparte? (reacomodos en términos de espacios, funciones y tareas a desempeñar)*

e) ¿Cambió la relación con tu/su pareja después de tu/su primer embarazo?

Insistir en:

- *¿conflicto?, ¿abandono?, ¿más unidos?*

f) ¿Cambió la relación con tu/su familia después de tu/su primer embarazo?

Insistir en:

- *¿conflicto?, ¿abandono?, ¿más unidos?*

g) ¿Cambió la relación con la familia de tu/su pareja después de tu/su primer embarazo?

Insistir en:

- *¿conflicto?, ¿abandono?, ¿más unidos?*

h) ¿Cambió la relación con los vecinos de tu/su barrio/comarca/pueblo después de tu/su primer embarazo?

Insistir en:

- *rechazo, aceptación, apoyo*

h) ¿Cambió la relación con tus/sus amistades después de tu/su primer embarazo?

Insistir en:

- *abandono, más unidos, nuevas amistades*

i) ¿Cambió la relación con las amistades de tu/su pareja después de tu/su primer

embarazo?

Insistir en:

- *abandono, más unidos, nuevas amistades*

2. Significado del embarazo y de la maternidad

a) ¿Qué es lo más grande que te/le ha pasado en tu/su vida?

b) Contame/cuénteme ¿Cómo se dio tu/su primera unión o matrimonio?

Insistir en:

- *Razones para unirse*
- *Razones de la pareja*
- *Relación del embarazo con la unión*
- *Influencia de la familia*

c) ¿Se modificó tu/su vida de alguna manera cuando te casaste o uniste/se casó o unió por primera vez?

¿Y la de tu/su pareja? _____

¿Y la de tu/su familia? _____

CUARTA PARTE

A. SEXUALIDAD ADOLESCENTE

1. Contexto normativo

- a) Cuando tenía/s menos de 20 años¹⁰ ¿qué pensaban en su/tu barrio/comarca/pueblo cuando las mujeres adolescentes tenían relaciones sexuales sin estar viviendo con una pareja?
-

¿Y cómo era cuando las adolescentes estaban unidas o casadas?

Insistir en:

- *actitud de las familias de las adolescentes solteras*
- *actitud de los varones de la comunidad*
- *situación con los hombres adolescentes que no eran su pareja sexual*

- b) ¿Podría/s contarme sobre el papel que tiene para usted/vos la virginidad en la vida de una mujer adolescente soltera?
-

2. Relato de iniciación sexual

- a) ¿Podría/s platicarme un poco sobre su/tu primera experiencia sexual?
-

Insistir en:

- *relación con la pareja (novio, amigo, forzada, etc.)*
- *afectividad o enamoramiento (de él, de ella)*
- *edad de la pareja*
- *lugar de la relación*
- *de quien fue la iniciativa*
- *cómo se sintió (forzada, presionada, ella quiso)*
- *cómo se sintió la pareja*
- *experiencia de unión con la primera pareja sexual*

- b) ¿Platicaste/platicó con alguna persona sobre tu/su primera experiencia sexual?
-

¹⁰ En caso de una mujer adolescente la pregunta se hará en presente

c) Contame/cuénteme ¿qué pasó después de esa primera relación sexual?

Insistir en:

- *modificaciones en su vida*
- *modificaciones en la vida de él*
- *modificación en su vida de pareja*
- *¿familia se enteró?, ¿cómo reaccionaron?*
- *¿otros se enteraron?, ¿cómo reaccionaron?*

3. Anticoncepción

A: NORMATIVIDAD Y PERCEPCIÓN

a) ¿Qué piensa/s del uso de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes solteras que viven con su familia de origen?

¿Y cuando ya están unidas y viven con una pareja?

Insistir en:

- *uso de métodos anticonceptivos y posibilidad de promiscuidad femenina*
- *uso de métodos anticonceptivos e infidelidad*
- *uso por parte de adolescentes varones*
- *promiscuidad/infidelidad por parte de adolescentes varones (parejas sexuales de mujeres adolescentes soltera y convivientes con mujeres adolescentes)*

b) Para vos/usted ¿de quién es la responsabilidad de utilizar la anticoncepción en una pareja?

c) Cuando eras/era adolescente¹¹ ¿Cómo reaccionaban las personas de tu/su barrio/comarca/pueblo si sabían que una adolescente soltera compraba un método anticonceptivo en una farmacia privada o lo solicitaba en un centro de salud?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal de la adolescente*
- *diferencias según experiencia de maternidad*

¹¹ Las preguntas se harán en presente cuando la entrevistada sea una mujer adolescente

-
- d) Cuando una mujer adolescente compraba un método anticonceptivo en una farmacia privada o lo solicitaba en un centro de salud, ¿cómo acostumbraba reaccionar la familia de la adolescente?
-

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal de la adolescente*
- *diferencias según experiencia de maternidad*

- e) ¿Qué pensaban los varones de tu/su barrio/comarca/pueblo si sabían que una mujer adolescente compraba un método anticonceptivo en una farmacia privada o lo solicitaba en un centro de salud?
-

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal de la adolescente*
- *diferencias según experiencia de maternidad*

- f) ¿Cuál era la reacción de los vendedores de farmacias privadas de tu/su barrio/comarca/pueblo cuando una mujer adolescente quería comprar un método anticonceptivo?
-

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal de la adolescente*
- *diferencias según experiencia de maternidad*

- g) Cuando una mujer adolescente solicitaba un método anticonceptivo en un centro de salud, ¿cómo reaccionaban las personas que atendían en el centro de salud?
-

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal de la adolescente*
- *diferencias según experiencia de maternidad*

- g) ¿Pasaba lo mismo cuando los adolescentes varones compraban un método anticonceptivo en una farmacia privada o lo solicitaban en un centro de salud?
-

B. PRIMERA EXPERIENCIA ANTICONCEPTIVA

- a) ¿Utilizaron algún método anticonceptivo vos/usted o tu pareja/su pareja en tu/su primera relación sexual?
-

Insistir en:

- *razones para el uso*
- *¿lo platicaron?*
- *¿de quien fue la idea?*

Si no utilizaron ningún método anticonceptivo, preguntar:

- b) ¿Por qué considera/s que no usaron ningún método anticonceptivo usted/vos o su/tu pareja en su/tu primera experiencia sexual?
-

Insistir en:

- *¿ella quería o pensaba usarlo?*
- *¿él quería o pensaba usarlo?*
- *¿deseo de ser madre?*
- *¿deseo de unirse?*

- c) ¿Cuándo y cómo fue que empezaste/empezó a utilizar un método anticonceptivo?
-

- d) Contame/cuénteme, cuando empezaste/empezó a usar un método anticonceptivo ¿acostumbrabas/acostumbraba platicar con tu/su pareja sobre el método anticonceptivo que utilizabas/utlizaba?
-

Insistir en:

- *aprobación o desaprobación de la pareja*
- *necesidad de autorización de la pareja*
- *conocimiento de la pareja del método utilizado*
- *conocimiento de la pareja de los efectos adversos del método*

- e) ¿Ocultaste/ocultó alguna vez a tu pareja/su pareja que utilizabas/utilizaba un método anticonceptivo?
-

- f) Platicame/platíqueme ¿Era posible en tu/su adolescencia¹² para una mujer menor de 20 años conseguir un método de planificación familiar en el centro de salud de tu/su barrio/comunidad?
-

Insistir en:

- *diferencias según situación conyugal de la adolescente*
- *diferencias según experiencia de maternidad*
- *situación para varones adolescentes*

- g) ¿Dónde conseguías/conseguía el método anticonceptivo que utilizabas/utilizaba?
-

- h) ¿Era posible para vos/usted conseguir condones para tu/su pareja en el centro de salud?
-

- i) ¿Tuviste/tuvo algún inconveniente alguna vez para obtener el método anticonceptivo que utilizabas/utilizaba?
-

- j) ¿Cuándo solicitaste/solicitaba anticoncepción te/le ofrecieron varios métodos?
-

- k) ¿Te/le hablaron de los posibles problemas que podían presentarse con el uso del método?
-

- l) ¿Platicaron alguna vez con vos/usted y tu/su pareja sobre anticoncepción en la unidad de salud?
-

- m) ¿Qué hacías/hacía cuando no encontrabas/no encontraba el método que utilizabas/utilizaba?
-

¹² Las preguntas se harán en presente para las mujeres menores de 20 años

C. EDUCACIÓN SEXUAL

a) Cuando eras/era adolescente ¿te/le hablaron alguna vez en la escuela sobre la prevención de los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual?

b) ¿En qué año o grado estaba/s cuando le/te hablaron sobre esos temas por primera vez?

c) Y en su/tu familia ¿le/te habían hablado alguna vez sobre esos temas?

d) ¿Platicabas/platicabas con sus/tus amistades sobre esos temas?

e) ¿Cuando ibas/iba al centro de salud te/le hablaban sobre eso?

f) ¿Te/le habían hablado alguna vez sobre el momento en el que es más probable que una mujer salga embarazada?

QUINTA PARTE

1. EXPERIENCIA FAMILIAR DE MATERNIDAD/PATERNIDAD Y UNIÓN

a) ¿Sabe/s a que edad tuvo su/tu mamá a su primer hijo/a? _____

¿Y sus/tus hermanas? _____

¿Y sus/tus hermanos? _____

b) ¿Sabes cuántos años tenía tu/su mamá cuando se unió o casó por primera vez?

¿Y tus/sus hermanas? _____

¿Y tus/sus hermanos? _____

ANEXO 2

GUIÓN PARA LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD CON LOS/AS PRESTADORES/AS DE SERVICIO DE LA TESIS DOCTORAL: “SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS ADOLESCENTES NICARAGÜENSES: SUS EMBARAZOS Y SU ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA”

PRIMERA PARTE

A) DATOS GENERALES

1. Número de entrevista: _____
2. Fecha de la entrevista: _____
3. Duración de la entrevista: _____
4. Barrio/Comarca-Pueblo: _____
5. Sexo _____
6. Edad (años cumplidos): _____

B) ESCOLARIDAD

7. ¿Cuál es el último año que aprobó en la escuela? _____
 - Auxiliar de enfermería _____
 - Enfermería _____
 - Médico/a general _____
 - Especialidad _____
 - Maestría _____
 - Doctorado _____
 - Otros _____
8. ¿Está estudiando actualmente? _____
 - ¿Qué estudia? _____

C) RELIGIÓN

9. ¿Pertenece a alguna religión? _____

▪ ¿Hace cuánto tiempo? _____

10. ¿Va a la iglesia cada semana? _____

D) SITUACIÓN LABORAL

11. ¿Cuántas horas a la semana trabaja aproximadamente? _____

12. ¿Recibe capacitación? _____

13. ¿Podría platicarme un poco sobre la modalidad de la capacitación?

14. En promedio ¿cuántas veces al año recibe alguna capacitación?

15. ¿Cuáles son los temas priorizados en las capacitaciones?

Insistir en:

- i. ¿en salud reproductiva?
- ii. ¿en planificación familiar?

E) EXPERIENCIA LABORAL

16. ¿Podría relatarme un poco de los puestos o cargos que ha tenido en los últimos 10 años?

Insistir en:

- años de trabajar en sector salud

<i>Número de puesto/cargo</i>	<i>Puesto o cargo</i>	<i>Duración</i>	<i>Qué aprendió a hacer</i>

SEGUNDA PARTE

A. ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

1. Cuénteme ¿cómo es un día de trabajo en su vida?

Insistir en:

- *¿cuántas personas atiende aproximadamente cada día?*
- *¿cuántas aproximadamente son mujeres? ¿cuántas son adolescentes (menores de 20 años)? (diferencias por situación conyugal, diferencias según experiencias de maternidad)*
- *¿cuántas aproximadamente son varones adolescentes?*
- *¿cuánto tiempo invierte aproximadamente en cada consulta con las mujeres? (diferencias por edad, diferencias por situación conyugal)*

2. Platíqueme ¿cuáles es el principal motivo por el cual las mujeres adolescentes acuden al centro de salud?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias por experiencia de maternidad*

3. ¿Acuden mujeres adolescentes de sectores no asignados a este centro de salud para solicitar atención?

¿Y varones adolescentes?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal de las mujeres*
- *principales motivos de consulta*
- *¿por qué piensa que esas mujeres adolescentes acuden a esta unidad de salud?, ¿y los varones adolescentes?*

4. Platíqueme un poco sobre los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrece el centro de salud

Insistir en:

- *diferencias por sexo*
- *diferencias por situación conyugal de las mujeres*
- *¿cuenta el centro de salud con un programa de atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes? (¿desde hace cuánto tiempo?, actividades que comprende el programa, diferencias por sexo, ¿diferencias por situación conyugal?, ¿cuántas mujeres adolescentes se atienden en el programa aproximadamente cada mes?, ¿y varones adolescentes? ¿difunden el programa?, ¿cómo)*

5. ¿Podría hablarme sobre los servicios de salud sexual y reproductiva que solicitan con más frecuencia las mujeres adolescentes en este centro de salud?

¿Y los varones adolescentes?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal de las adolescentes ¿(son en su mayor parte solteras- viven con sus padres?-, ¿unidas o casadas?)*
- *las que son solteras, en su mayoría, ¿estudian?, ¿trabajan?, ¿se dedican al hogar? ¿no hacen nada?*
- *las adolescentes ¿llegan solas o acompañadas de: su madre?, ¿otro familia?, ¿novio o marido?, ¿amiga?*
- *diferencias por experiencia de maternidad*

6. ¿Acostumbran brindar charlas sobre salud sexual y reproductiva a las mujeres adolescentes?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias por experiencia de maternidad*
- *lugar donde se ofrecen las charlas*
- *contenido de las charlas*
- *¿cuántas charlas aproximadamente se dan cada mes?*
- *¿se auxilian de materiales gráficos? ¿cómo cuáles?..*
- *¿cuántas adolescentes escuchan esas charlas?*
- *¿participan las adolescentes?*

¿Y a los varones adolescentes?

7. ¿Acostumbran brindar consejería en salud sexual y reproductiva a las adolescentes?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *¿quién o quienes brindan la consejería?*
- *¿la consejería es ofrecida en el servicio o se da solamente cuando las adolescentes la solicitan?*
- *¿cuáles son los temas que más se abordan en la consejería?*
- *¿se auxilian de materiales gráficos? ¿cómo cuales?..*
- *en su experiencia ¿cuáles son los temas que más interesan a las adolescentes?*
- *¿se sugiere la presencia de la pareja en la consejería?*

8. Platíqueme sobre la última atención que brindó a una mujer adolescente sobre algo relacionado con su salud sexual y reproductiva

Insistir en:

- *inquietud de la adolescente*
- *situación conyugal*
- *experiencia de maternidad*
- *¿cuánto duró aproximadamente la consulta?*
- *¿brindó consejería? ¿(la solicitó la adolescente?, ¿se la ofreció?, ¿qué temas abordó?, ¿le interesó a la adolescente?, ¿se auxilió de material gráfico?)*
- *¿le hizo conocer el diagnóstico?*
- *¿le dio una cita de control?, ¿regresó la adolescente?*

9. ¿Tienen algún sistema de seguimiento para las mujeres que consultan por su salud sexual y reproductiva?

Insistir en:

- *diferencias por edad*
- *diferencias por situación conyugal*
- *¿cómo aseguran el seguimiento?*

10. Cuénteme ¿ofrecen algún tipo de servicio en salud sexual y reproductiva para adolescentes en coordinación con las escuelas de la comunidad?

Insistir en:

- *tipo de actividades implementadas*

- *actitud de los maestros y maestras*
- *actitud de los padres y madres de las y los adolescentes*
- *actitud de la comunidad*
- *actitud de las y los adolescentes*
- *percepción de efectividad del programa*
- *¿han tenido problemas al ofrecer este servicio? ¿de qué tipo?*

11. Cuénteme ¿implementa la unidad de salud algún tipo de programa de atención para adolescentes en coordinación con alguna organización comunitaria?

Insistir en:

- *tipo de actividades implementadas*
- *actitud de los padres y madres de las y los adolescentes*
- *actitud de la comunidad*
- *actitud de las y los adolescentes*
- *percepción de efectividad del programa*

12. ¿Ofrece el centro de salud algún tipo de servicio en salud sexual y reproductiva para mujeres en algún centro de trabajo?

Insistir en:

- *actividades que se ofrecen*
- *¿atienden a mujeres adolescentes?*
- *diferencias por situación conyugal*
- *¿cobran por el servicio?*
- *efectividad del programa*

13. ¿Se acercan de alguna manera a las adolescentes que están en sus hogares y no acuden al servicio?

14. ¿Considera que una consulta relacionada con la salud sexual y reproductiva tiene el mismo grado de dificultad con una adolescente que con una mujer mayor?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias según experiencia de maternidad*

15. Cuénteme ¿las mujeres deben pagar alguna cuota cuando quieren consultar en este centro de salud?

Insistir en:

- *costo de la consulta*
- *¿qué pasa si no tienen para pagar la consulta?*

16. ¿Conoce alguna ley, política pública o decreto nacional que hable sobre los derechos de las y los adolescentes a recibir atención en salud sexual y reproductiva? _____

¿Podría hablarme sobre esa ley, política o decreto?

TERCERA PARTE

A. ANTICONCEPCIÓN ADOLESCENTE

1. Normatividad

a) ¿Cuál es su opinión acerca del uso de anticoncepción por parte de los y las adolescentes?

Insistir en:

- *diferencias por sexo*
- *uso y promiscuidad*
- *uso e infidelidad*
- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias según experiencia de maternidad por las adolescentes*

2. Uso y disponibilidad

a) ¿Con qué frecuencia solicitan mujeres adolescentes un método anticonceptivo en este centro de salud?

¿Y varones adolescentes?

¿Y varones que son pareja de mujeres adolescentes?

Insistir en:

- *¿qué método es el que más solicitan ellas?*
- *¿y el que se da? ¿hay diferencias? ¿por qué?*
- *diferencias por situación conyugal de las adolescentes*
- *diferencias según experiencia de maternidad*

b) ¿Hay que cumplir con algún requisito para obtener métodos anticonceptivos en este centro de salud?

Insistir en

- *diferencias por edad*
- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias por experiencia de maternidad*
- *¿aprobación de la familia?*
- *¿aprobación de la pareja?*

c) Platíqueme ¿cómo es el procedimiento que se sigue cuando una mujer solicita la anticoncepción?

Insistir en:

- *diferencias por edad*
- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias por experiencia de maternidad*
- *¿se ofrecen varias opciones?*
- *posibilidad de elección por parte de las mujeres*
- *disponibilidad de métodos (solicitados y recomendados) para las adolescentes*

d) ¿Podría contarme ¿promueve la unidad de salud el uso de la anticoncepción entre las mujeres adolescentes?, de ser así ¿cómo lo hacen?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias según experiencia de maternidad*

e) Platíqueme ¿han tenido períodos de desabastecimiento de métodos anticonceptivos?

¿De todos los métodos o de algunos en especial?

Insistir en:

- *¿de cuáles principalmente?*
- *¿cuáles son los que principalmente surten?*
- *¿cómo lo resuelven?*
- *medidas adoptadas con las usuarias durante esos períodos*
- *reacción de las usuarias, ¿qué hacen las adolescentes?*

f) Hábleme ¿existe algún método que usted considera más apropiado para las adolescentes? ¿por qué?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias según experiencia de maternidad*

g) Cuénteme ¿la prescripción de un método anticonceptivo a una mujer adolescente ¿va acompañada de algunas orientaciones?

Insistir en:

- *tipo de orientaciones*
- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias según experiencia de maternidad*

h) ¿Es posible para una mujer adolescente cambiar de método anticonceptivo si lo desea?

¿Y para una mujer mayor de 20 años?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias según experiencia de maternidad*

i) ¿Hay alguna cuota que debe pagarse por los métodos anticonceptivos?

¿Qué pasa cuando las mujeres no tienen para pagar el método?

-
- j) ¿El programa de planificación familiar debe cumplir con metas respecto del número de mujeres que deben atender o de la cantidad de métodos específicos administrados?
-

Insistir en:

- *metas diferenciadas por edad*
- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias según número de hijos de las mujeres*
- *¿cuáles son los estímulos/recompensas/ventajas para las/os prestadoras/es de cumplir con ciertas metas? (número de mujeres atendidas o de un método específico administrado)*
- *¿cuáles son las sanciones/desventaja para las/os prestadoras/res de no cumplir con esas metas?*

- k) ¿Podría platicarme sobre la última vez que prescribió un método de planificación familiar a una mujer menor de 20 años?
-

Insistir en.

- *motivo por el cual acudió la adolescente al servicio*
- *¿la adolescente lo solicitó?, ¿él/ella se lo sugirió?*
- *¿le ofreció varias opciones?, ¿la adolescente eligió el método?*
- *¿le brindó orientaciones?, ¿de qué tipo?*
- *¿vino sola o acompañada?, ¿por quien?*
- *¿la citó para control?, ¿ha regresado la adolescente?, si no ¿cree que regresará?*
- *situación conyugal*
- *experiencias previas de embarazo*

CUARTA PARTE

A. EMBARAZO ADOLESCENTE Y MATERNIDAD

1. Atención al embarazo, parto y puerperio

- a) Platíqueme ¿cuál es el procedimiento que se utiliza para atender a una mujer embarazada?
-

Insistir en:

- *diferencias por edad*
- *diferencias por situación conyugal*
- *¿toman alguna medida con las mujeres que no acuden a controlarse los embarazos?, ¿cuáles? (diferencias por edad de la mujer, diferencias por situación conyugal)*

- b) En su experiencia cuando las mujeres menores de 20 años acuden a controlarse sus embarazos ¿llegan en etapas tempranas de sus embarazos o posteriores?
-

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias por experiencia de maternidad*

- c) ¿Las adolescentes embarazadas acostumbran por lo general venir solas o acompañadas a controlarse sus embarazos?
-

En tal caso ¿por quién?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias por experiencia de maternidad*

- d) ¿Considera que las mujeres embarazadas menores de 20 años son puntuales en las citas de sus controles prenatales?
-

En caso de no ser así, ¿por qué cree que no son puntuales?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias por experiencia de maternidad*

e) ¿Podría platicarme sobre el procedimiento utilizado para la atención de un parto?

Insistir en:

- *diferencias cuando la mujer es menor de 20 años*
- *diferencias cuando es primeriza*
- *diferencias según situación conyugal*
- *diferencias cuando se considera que es un embarazo de alto riesgo*
- *¿qué se hace cuando se presenta una complicación durante el parto? (diferencias según edad, diferencias según estado conyugal)*
- *¿atienden o canalizan las emergencias obstétricas?*
- *Las adolescentes que acuden para asistencia de un parto ¿vienen solas o acompañadas, (por quién o quienes?), ¿pueden acompañarlas en el momento del parto? ¿durante la preparación del parto?, diferencias por situación conyugal*

f) ¿Podría hablarme un poco sobre el procedimiento utilizado para atender a una mujer que ha dado a luz recientemente?

Indagar:

- *¿vienen solas las mujeres o acompañadas, ¿por quién?,*
- *¿les ofrecen consejería? ¿sobre qué?*
- *¿les ofrecen anticoncepción? ¿las mujeres aceptan la anticoncepción? ¿hay un método preferido para las mujeres que han dado a luz?*
- *diferencias por edad*
- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias por número de hijos*

2) Normatividad, contexto cultural

a) ¿Considera que el primer embarazo modifica de alguna manera la vida de una mujer?

Insistir en:

- *diferencias según edad de la mujer al embarazo*
- *diferencias según situación conyugal de la mujer*
- *modificación en la vida de pareja*
- *modificación en la vida familiar*
- *modificación en la vida comunitaria*

b) Cuénteme ¿considera que hay un momento propicio en la vida de una mujer para la llegada de su primer hijo?

¿Y en la de un hombre?

c) ¿Cuál considera que es la causa principal de los embarazos entre mujeres adolescentes en la comunidad donde labora?

Insistir en:

- *diferencias según situación conyugal*
- *diferencias según si las mujeres estudian, trabajan o no hacen nada*

d) Si tuviera que brindar un consejo a una mujer adolescente ¿qué le diría?

Insistir en:

- *¿le diría que no tuviera relaciones sexuales?*

e) ¿Cómo encuentra que algunas mujeres recurran al aborto?

QUINTA PARTE

A. NUPCIALIDAD

1. Contexto normativo

a) ¿Considera que la vida de una pareja se modifica cuando inician una vida en unión?

Insistir en:

- *diferencias por sexo*
- *diferencias por edad*
- *diferencias por tipo de unión*

b) ¿Cuál considera que es el principal motivo por el cual las mujeres jóvenes quieren unirse o casarse?

¿Y los varones jóvenes?

c) En su opinión, las adolescentes que se embarazan antes de estar unidas (solteras):

- *¿se unen, juntan o casan a partir del embarazo?*
- *¿se van a vivir con él aparte o a la casa de los padres de ella o de él?*
- *¿se hacen madres solteras y reciben apoyo de su familia de origen? (qué tipo de apoyo)*
- *¿se hacen madres solteras y no reciben apoyo de su familia de origen?*

d) En su opinión, la mayoría de las adolescentes que llegan a ser madres solteras:

- *¿estaban estudiando cuando se embarazaron?*
- *¿estaban trabajando cuando se embarazaron?*
- *¿no estaban trabajando ni estudiando cuando se embarazaron?*

e) ¿Considera que existe un momento propicio para que una mujer se empiece una vida en unión?

¿Y para un hombre?

SEXTA PARTE

A. SEXUALIDAD ADOLESCENTE

1. Normatividad

a) ¿Considera que hay un momento propicio para que una mujer inicie su vida sexual?

¿Y un hombre?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias por tipo de relación que tiene con la pareja con quien tiene su primera relación sexual*

b) En su opinión, ¿una mujer debe estar casada/unida antes de tener su primera relación sexual?, ¿por qué?

¿Y un hombre?

c) ¿Qué piensa acerca de las consecuencias de tener la primera relación sexual?

¿Son iguales para un hombre y para una mujer?

Insistir en:

- *¿qué consecuencias tiene para una mujer tener relaciones sexuales sin estar unida o casada o sin unirse después con esa persona?, ¿y para un hombre?, ¿es diferente si hay o no hay embarazo?*

d) Platíqueme ¿cree que la virginidad tiene importancia en la vida de una mujer? ¿cuál?

¿Y en la de un hombre?

c) Para usted ¿quién debe tomar la iniciativa en las relaciones sexuales entre una pareja?

d) ¿Cómo encuentra que las y los adolescentes tengan relaciones sexuales?

Insistir en:

- *diferencias por sexo*
- *diferencias por situación conyugal*

e) ¿Considera que el inicio de la vida sexual en una mujer modifica de alguna manera su vida?

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*

¿Y en el caso de los varones?

2. Detección y atención de infecciones de transmisión sexual

a) ¿Se ofrece el papanicolaou en este centro de salud?

Insistir en:

- *diferencias por edad*
- *diferencias por situación conyugal*
- *¿acostumbran solicitarlo las mujeres?*

b) ¿Vienen mujeres adolescentes a solicitar atención para infecciones de transmisión sexual en este centro de salud?

Insistir en:

- *¿con qué frecuencia?*
- *¿vienen solas o acompañadas? ¿quién las acompaña?*
- *diferencias por situación conyugal*
- *diferencias por experiencia de maternidad*
- *¿cuáles son las infecciones más comunes?, ¿cómo las detectan y atienden?*

- c) ¿Acostumbran brindar consejería a una mujer que solicita atención para una infección de transmisión sexual?
-

¿Y para otras infecciones de las vías reproductivas no sexualmente transmitidas?

Insistir en:

- *diferencias por edad*
- *diferencias por situación conyugal*
- *¿qué tipo de consejería se brinda?*

- d) ¿Cuál es su opinión sobre el uso de métodos preventivos de las infecciones de transmisión sexual entre mujeres adolescentes?
-

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*
- *¿los pueden obtener en este centro de salud?*
- *¿los solicitan?*
- *¿se los ofrecen?*
- *Opinión sobre la doble protección (anticonceptiva y para evitar infecciones de transmisión sexual)*

- e) ¿Piensa que es posible para las mujeres adolescentes solicitar a sus parejas masculinas que utilicen alguna protección (preservativos o condón) al tener relaciones sexuales?
-

¿Cree que es conveniente que lo hagan?

- f) Considera que por lo general, cuando una mujer adolescente empieza a tener relaciones sexuales con un hombre:

¿su pareja ha tenido experiencias sexuales previas?

¿es común para un hombre (pareja de una mujer adolescente) mantener relaciones sexuales al mismo tiempo (ocasionales o paralelas) con otras mujeres?, ¿y con hombres?

g) ¿Qué tan común, piensa que es que una mujer adolescente soltera tenga relaciones sexuales con su novio?

¿Y con un amigo con el cual está saliendo? _____

¿Con un amigo cualquiera? _____

¿Con un conocido? _____

¿Con un familiar? _____

¿Con un desconocido (relación ocasional)? _____

Insistir en:

- *opinión sobre estas prácticas y sus riesgos para la salud de ellas*
- *¿considera que deberían prevenirse?, ¿cuál/es de ellas? ¿cómo?*

h) ¿Qué tan común es para usted que un hombre adolescente soltero tenga relaciones sexuales con su novia?

¿Y con una amiga con la cual está saliendo? _____

¿Con una amiga cualquiera? _____

¿Con una conocida? _____

¿Con una familiar? _____

¿Con una desconocida (relación ocasional)? _____

¿Con una trabajadora del sexo comercial? _____

¿Con otro hombre? _____

Insistir en:

- *opinión sobre estas prácticas y sus riesgos para la salud de ellos*
- *¿Considera que deberían prevenirse?, ¿cuál/es de ellas? ¿cómo?*

ANEXO 3

*GUIÓN PARA LAS ENTREVISTAS CON LOS/AS INFORMANTES CLAVES DE LA TESIS DOCTORAL:
“SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS ADOLESCENTES NICARAGÜENSES: SUS EMBARAZOS Y
SU ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA”*

1. ¿Cree que en Nicaragua recientemente ha habido cambios en la atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes?
-

2. ¿Considera que el embarazo adolescente es un problema de salud pública?
-

3. ¿Por qué?
-

4. ¿Considera que se ha incrementado la incidencia del embarazo adolescente en Nicaragua? ¿Por qué?
-

5. ¿Por qué cree que se embarazan las mujeres en la adolescencia en Nicaragua?
-

Insistir en:

- *¿cree que hay factores sociales y culturales que inciden?*

6. ¿Usted considera que se deben dar métodos anticonceptivos, consejería y atención en planificación familiar a las y los adolescentes?
-

Insistir en:

- *diferencias por situación conyugal*

7. ¿Considera que las y los adolescentes deben tener vida sexual?

Insistir en:

- *diferencias por sexo*
- *diferencias por situación conyugal*

ANEXO 4

INFORME DE TRABAJO DE CAMPO

I. PREPARACIÓN

Previo a la realización del trabajo de campo se estructuraron los guiones para las entrevistas en profundidad, el primero de ellos para aplicarse con mujeres de dos generaciones cuyo primer embarazo ocurrió antes de los 20 años; el segundo dirigido a prestadores/as de servicio de salud reproductiva de las unidades de salud públicas del país y el tercero, orientado a obtener las percepciones de personas ubicadas en puestos estratégicos de instituciones que pueden incidir directa o indirectamente en la actitud de los y las adolescentes del país en lo que respecta a aspectos relacionados con su sexualidad y reproducción.

La estructura del guión para las entrevistas con las mujeres quedó conformada por dos partes:

- 1) Información sociodemográfica y económica de las entrevistadas, sus cónyuges y sus hogares. En donde preguntamos los datos generales, situación conyugal, historia de unión, escolaridad, condición laboral, pertenencia socioeconómica y afinidad religiosa.
- 2) Las preguntas de la entrevista propiamente dicha con base en los siguientes ejes analíticos: embarazo y maternidad, nupcialidad, sexualidad y anticoncepción adolescentes, y experiencia familiar de maternidad/paternidad y unión.

Igualmente, el guión para las entrevistas con los/as prestadores/as de servicio de salud reproductiva se estructuró en dos partes:

- 1) Información sociodemográfica de los/as entrevistados/as que contiene sus datos generales, escolaridad, religión y situación laboral.
- 2) Las preguntas de la entrevista en sí estructurada con base en los siguientes ejes de análisis: atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes, anticoncepción adolescente, embarazo adolescente y maternidad, nupcialidad y sexualidad adolescente.

Por su parte, la entrevista a los informantes claves se diseñó en base a un guión abierto de preguntas que pretendían recoger la percepción de estas personas acerca de la atención en salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes en el país, el embarazo adolescente, y la anticoncepción y sexualidad adolescente.

En cuanto a la población en estudio, consideramos aquellas mujeres que habitan en el departamento de León, que hubiesen tenido su primer embarazo antes de cumplir 20 años de edad. La meta inicial era entrevistar a 12 mujeres que hubieran tenido su primer embarazo en la adolescencia, 6 del área urbana y 6 del área rural; 6 prestadores o prestadoras de servicio de salud reproductiva, 3 que brindaran atención en el área urbana y 3 que atendieran los programas de salud reproductiva de la mujer en el campo, y 4 informantes claves, de preferencia ubicados en instituciones de carácter nacional relacionadas con la salud sexual y reproductiva de la población adolescente del país, o cuya actividad social pudiese influir de alguna manera en ella.

Se establecieron contactos desde el mes de septiembre de 2006 con personas del movimiento de mujeres de Nicaragua a quienes se planteó el objetivo del trabajo a realizar, consiguiendo de esta manera sugerencias acertadas sobre posibles candidatos y candidatas para ser entrevistados/as como informantes claves: Esta actividad nos ayudó también a localizar algunas comunidades del departamento en las cuales pudiésemos encontrar mujeres y proveedores/as de servicio que pudieran colaborar con nuestro trabajo.

Las condiciones de la beca para realizar mis estudios en México no permitieron mi ausencia del país por más de 30 días al año, razón por la cual en el mes de septiembre se iniciaron las gestiones para obtener un permiso especial por parte de la institución becante a fin de poder realizar una cantidad mínima de entrevistas que permitiese cumplir con los objetivos del trabajo. Finalmente, unos pocos días antes de la fecha de salida, fue concedido el permiso por un período de 50 días.

II. EL TRABAJO DE CAMPO

Debido al escaso tiempo con que contábamos no fue posible realizar un pilotaje en México como estaba previsto, situación que se trató de compensar en Nicaragua en los primeros días de la estancia entrevistando a 4 mujeres que fueron madres por primera vez en la adolescencia, 2 socializadas hasta la edad de 12 años en la ciudad y 2 socializadas en

contextos rurales. El pilotaje no fue posible con personas que brindan atención en salud reproductiva a la población femenina ni con los informantes claves ya que, por un lado, las instituciones del Estado entrarían en período vacacional a mediados del mes de diciembre y por otra parte, la realización de estas entrevistas implicó en algunos casos concertar citas con hasta 3 semanas de anticipación.

En los tres casos se rebasó la meta propuesta en lo que respecta al número de entrevistas. De esta manera, se entrevistaron a 18 mujeres: 9 socializadas hasta los 12 años en el campo, independientemente si al momento de la entrevista vivían todavía en el campo o habían migrado a la ciudad y 9 socializadas en la ciudad y que residieran todavía allí. La cantidad de personas prestadoras de servicio entrevistadas fue de 8: 4 que brindan atención a sectores campesinos y 4 que lo hacen a mujeres de procedencia urbana y que viven en la ciudad. A su vez, se entrevistaron a 5 informantes claves.

A. La prueba piloto con las mujeres

La entrevista piloto a las mujeres reveló información de valor que se trató de incorporar en las entrevistas definitivas:

- a) El hogar de las mujeres no era el sitio más apropiado para entrevistarlas debido a las interrupciones casi seguras por otros miembros de la familia, por lo cual se invitaba a platicar a las mujeres a un local ubicado lo más cerca posible de sus casas, que por lo general solía ser la casa de una de las entrevistadas o de una persona conocida de la entrevistadora que brindara condiciones propicias para la confidencialidad de la conversación.
- b) El horario más apropiado para las mujeres que viven en la ciudad resultó ser a partir del mediodía puesto que a esa hora aproximadamente concluyen las labores matutinas del hogar que realizan las mujeres. En cuanto a las mujeres que al momento de la entrevista vivían en el campo resultó más propicio el horario de la mañana, ya que tenían que regresar a sus comunidades.
- c) A fin de propiciar un clima de confianza adecuada, antes de la entrevista la entrevistadora compartió un plato de comida casera con las mujeres. En muchos casos las mujeres empezaron a hablar de su vida espontáneamente durante la comida, situación un tanto embarazosa para la entrevistadora ya que el no estar grabando en ese momento, la obligaba a abordar durante la entrevista aspectos que las mujeres por iniciativa propia habían tratado con anterioridad.

- d) El llenado de la primera parte del guión que se hacía manualmente ponía nerviosas a las mujeres al observar la cantidad de tarjetas a llenarse. Previendo alguna incomodidad futura por parte de ellas, nos dedicamos en entrevistas posteriores a aclarar debidamente que se trataba primeramente de unos datos generales que serían escritos en unos cuantos minutos y a memorizar totalmente el guión de las entrevistas, así como aclarar a las mujeres que la entrevista tomaba un poco más de una hora.
- e) Al referirse a su vida antes de su primer embarazo, las mujeres en general hacían una diferencia de su vida cuando eran solteras y su vida cuando ya eran madres, entrando casi por norma a narrar cuanto aconteció durante su primer parto (el lugar, los dolores, el acompañamiento, el trato recibido, etc.). En efecto, los relatos de las mujeres dan cuenta de lo significativo que es la experiencia de la maternidad en sus vidas. Esta experiencia nos hizo reflexionar en la importancia que tiene en la vida de las mujeres su primer parto y con ello la necesidad de flexibilizar el orden del guión, de forma tal, que sin interrumpir la plática espontánea de las mujeres pudiéramos obtener la información requerida. De esta manera, cuando las mujeres abordaban desde el comienzo la experiencia de su primer parto, intentábamos obtener toda la información posible relacionada con este evento aún cuando no se hubiera tratado con ellas todavía lo referente al embarazo.
- f) Las respuestas de las mujeres socializadas en contextos rurales eran un tanto escuetas y en ciertos ítems como el relacionado con la primera relación sexual se limitaban a responder *no sé*. Era claro que las entrevistas con las mujeres originarias del campo podían durar menos tiempo que las de las mujeres oriundas del área urbana.
- g) A pesar del esfuerzo por estructurar el guión de la manera más sencilla posible, la experiencia con las mujeres hizo que readecuáramos aún más el lenguaje, más que en términos de sencillez, en términos del lenguaje cotidiano, a fin de facilitar la comprensión por parte de las mujeres y eliminar posibles barreras de distancia con ellas. En la pregunta por ejemplo *¿qué es lo más grande que te ha pasado en tu vida?* sustituimos primeramente la palabra *grande* por *grandioso* y finalmente llegamos a la conclusión que la palabra *lindo* expresaba de forma más clara para algunas mujeres lo que nosotros queríamos saber.

Pasó lo mismo con términos introductorios del guión tales como *platicame*, *contame* o *¿considerás...?* que provocaban asombro en algunas mujeres, ya que en Nicaragua, en una conversación cotidiana las preguntas se formulan generalmente sin preámbulos – especialmente en sectores populares -. En este caso, la entonación y la actitud de la persona que interroga juegan un papel decisivo en la confiabilidad de las respuestas de las personas interrogadas, de modo que optamos por limitar en estos casos el uso de términos introductorios durante las entrevistas. .

- h) La experiencia del primer contacto con las mujeres permitió establecer que de preferencia se abordarían en dos momentos: el primero, para hacer la presentación debida de la entrevistadora, compartir los objetivos del trabajo a realizar y establecer una cita en el tiempo más conveniente para ellas, y el segundo, para la entrevista propiamente dicha. Todo ello con el afán de involucrar a las mujeres desde un primer contacto con los objetivos del trabajo y al mismo tiempo evitar entrevistas apresuradas que pudieran interferir con el tiempo de las mujeres. Este mecanismo se extendería a quienes atienden en las unidades de salud y a los informantes claves.

Esta decisión, aunque muy certera, nos hizo prever la posibilidad de que se juntaran en un mismo día un número de entrevistas superior al ideal propuesto (máximo dos entrevistas por día), que ciertas entrevistas se llevaran a cabo una tras otra o que en un mismo día se tuviesen que realizar entrevistas de índole diferente (mujeres e informantes claves y/o prestadores/as de servicio). En la práctica fue así, y el esfuerzo de la entrevistadora algunas veces no bastó para captar algún tipo de información que habría podido recogerse en el cuaderno de notas.

B. Las entrevistas con las mujeres

La experiencia en atención en salud reproductiva a las mujeres en unidades de salud determinó el contacto inicial con 8 enfermeras responsables -por el personal de enfermería - del programa de atención integral a la mujer en unidades de salud del campo y de la ciudad. Estas personas proporcionaron información sobre mujeres de diferentes edades que tuvieron su primer embarazo antes de los 20 años y que vivían en comunidades o barrios que entraban en la cobertura de las unidades de salud en donde ellas trabajaban. Mediante estos contactos se localizaron varias mujeres con las características requeridas, aunque luego de contactar a las primeras, las mujeres proponían por iniciativa propia a posibles candidatas para ser entrevistadas.

Nuestro propósito era entrevistar a mujeres de diferentes edades que tuvieron su primer embarazo durante la adolescencia y procedentes de zonas urbanas y rurales, que residieran al momento de la entrevista en sus lugares de origen. No obstante, esa condición se cumplió solamente en el caso de las mujeres de la ciudad, debido al estrecho margen de tiempo con que contábamos. De manera que una parte de las mujeres campesinas

entrevistadas vivían en la ciudad al momento de la entrevista, algunas migraron de sus lugares de origen después que tuvieron su primer hijo y otras luego de haber tenido varios partos.

De ese modo, entrevistamos a 9 mujeres socializadas y residentes en la ciudad y 9 mujeres socializadas en el campo. De las 9 mujeres socializadas en áreas campesinas, 5 seguían viviendo en sectores comarcales al momento de ser entrevistadas y 4 de ellas habían migrado a la ciudad. Todas las mujeres que migraron del campo a la ciudad lo hicieron después de haber cumplido los 18 años. Este dato resulta interesante, dado que la migración de estas mujeres a edades adultas, podría influir en la probabilidad de haber interiorizado un patrón cultural propio del contexto rural nicaragüense que se reflejaría en sus actitudes y comportamientos frente a su salud sexual y reproductiva.

En general, las mujeres del área urbana se mostraron más dispuestas a participar en la entrevista que las mujeres campesinas y nos proponían nombres y direcciones de mujeres que habían sido madres en la adolescencia y que podían apoyarnos en el trabajo, así como direcciones de posibles casas en las cuales podíamos entrevistar a las mujeres, incluyendo las suyas.

A su vez, esperábamos que las mujeres más jóvenes socializadas en contextos rurales tuviesen una mayor disposición de hablar de su vida sexual y reproductiva que las mujeres de mayor edad originarias de esos sectores, como consecuencia del mayor acceso a la educación formal de las generaciones más jóvenes en el país y a los servicios de salud reproductiva. Sin embargo, contrario a lo esperado, de las mujeres entrevistadas que vivieron hasta los 12 años en el campo, fueron las mujeres de mayor edad quienes se mostraron más dispuestas a colaborar.

Consideramos prudente aclarar por un lado, que 2 mujeres menores de 30 años y 1 una mujer de 35 años originarias del campo, rehusaron brindar la entrevista aún cuando fueron visitadas por segunda vez en sus hogares respectivos (comarcas), y el tiempo y la distancia no nos permitían hacer un tercer intento. En la ciudad por su parte, se nos dificultó encontrar mujeres jóvenes que hubiesen migrado de áreas rurales. Además, en Nicaragua la población en general no encuentra atractivo participar en este tipo de actividades.

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

	<i>Entrevista No.</i>								
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
ENTREVISTADAS									
Lugar socialización	Rural	Urbana	Urbana	Rural	Urbana	Urbana	Urbana	Rural	Rural
Edad en años	36	30	39	35	20	45	51	33	26
Situación conyugal	Soltera	Unión de visita	Casada	Casada	Soltera	Soltera	Casada	Unión de visita	Unida
Escolaridad	Primaria incompleta	Secundaria Incompleta	Primaria completa	Alfabetizada	Secundaria Incompleta	Primaria completa	Postgrado	Secundaria Incompleta	Primaria incompleta
HNV	5	3	7	8	1	2	7	2	3
Condición de actividad	Doméstica	Doméstica	Comerciante	Costurera	Ama de casa	Doméstica	Regente farmacia	Ama de casa	Doméstica
Edad de primera relación sexual	17	16	16	15	18	16	14	16	15
Edad de primera unión	17	16	16	15	18	16	20	16	15
Edad de primer embarazo	17	18	17	16	18	18	14	17	17
ÚLTIMA PAREJA									
Escolaridad	Universitaria	Primaria completa	Primaria incompleta	Letrado	Secundaria incompleta	Letrada	Primaria completa	Universitaria	Secundaria incompleta
Condición de actividad	Policía	Comerciante	Obrero	Albañil	Taxista	Carpintero	Mecánico	Desempleado	Dependiente

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

<i>Entrevista No.</i>	<i>Entrevistadas</i>									<i>Última pareja</i>	
	<i>Lugar socialización</i>	<i>Edad en años</i>	<i>Situación conyugal</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>HNV</i>	<i>Condición de actividad</i>	<i>Edad de primera relación sexual</i>	<i>Edad de primera unión</i>	<i>Edad de primer embarazo</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Condición de actividad</i>
1	Rural	36	Soltera	Primaria incompleta	5	Doméstica	17	17	17	Universitaria	Policía
2	Urbana	30	Unión de visita	Secundaria Incompleta	3	Doméstica	16	16	18	Primaria completa	Comerciante
3	Urbana	39	Casada	Primaria completa	7	Comerciante	16	16	17	Primaria incompleta	Obrero
4	Rural	35	Casada	Alfabetizada	8	Costurera	15	15	16	Iletrado	Albañil
5	Urbana	20	Soltera	Secundaria Incompleta	1	Ama de casa	18	18	18	Secundaria incompleta	Taxista
6	Urbana	45	Soltera	Primaria completa	2	Doméstica	16	16	18	Iletrada	Carpintero
7	Urbana	51	Casada	Postgrado	7	Regente farmacia	14	20	14	Primaria completa	Mecánico
8	Rural	33	Unión de visita	Secundaria Incompleta	2	Ama de casa	16	16	17	Universitaria	Desempleado
9	Rural	26	Unida	Primaria incompleta	3	Doméstica	15	15	17	Secundaria incompleta	Dependiente

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

<i>Entrevista No.</i>	<i>Entrevistadas</i>									<i>Última pareja</i>	
	<i>Lugar socialización</i>	<i>Edad en años</i>	<i>Situación conyugal</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>HNV</i>	<i>Condición de actividad</i>	<i>Edad de primera relación sexual</i>	<i>Edad de primera unión</i>	<i>Edad de primer embarazo</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Condición de actividad</i>
10	Urbana	43	Unión de visita	Postgrado	5	Consultora	15	15	16	Postgrado	Consultor
11	Urbana	24	Unida	Universitaria	2	Ama de casa	17	18	19	Secundaria completa	Albañil
12	Urbana	23	Unida	Universitaria	1	Instructora aeróbicos	17	20	19	Universitaria	Militar
13	Rural	40	Separada	Primaria completa	5	Costurera	18	19	18	Primaria incompleta	Agricultor
14	Rural	28	Casada	Primaria incompleta	6	Comerciante	17	16	17	Primaria completa	Mecánico agrícola
15	Urbana	14	Unida	Secundaria incompleta	1	Ama de casa	13	13	13	Primaria completa	Mecánico
16	Rural	36	Soltera	Primaria incompleta	2	Ama de casa	17	18	19	Primaria completa	Obrero agrícola
17	Rural	19	Soltera	Primaria completa	1	Obrera agrícola	16	17	17	Primaria incompleta	Obrero agrícola
18	Rural	45	Unida	Primaria incompleta	9	Comerciante	18	18	18	Iletrado	Agricultor

Respecto de la situación conyugal de las mujeres al momento de la entrevista, tanto en la ciudad como en el campo es muy común encontrar mujeres que comparten su vida con un hombre a través de la unión consensual o por el matrimonio. La soltería y la unión libre son más frecuentes entre las mujeres más jóvenes en ambos contextos, por el contrario, el matrimonio es reportado solamente por mujeres de mayor edad. Solamente en el área rural se reconoció la condición de separada como opción de vida conyugal.

Si bien, al referirse a su situación conyugal actual las condiciones reconocidas por las mujeres fueron las señaladas anteriormente, aclaramos que al indagar sobre la historia de unión de las mujeres encontramos que ciertas mujeres que mantenían uniones de visita con sus cónyuges, reconocían éstas como uniones de tipo consensual, situación esta que se presentó entre las mujeres del campo y las de la ciudad.

Lo anterior muy probablemente guarda relación con el hecho de que en Nicaragua las personas muchas veces se consideran *unidas* cuando tienen parejas sexuales únicas y que son del conocimiento de la comunidad en la cual viven.

En lo relativo al inicio de la vida sexual, las mujeres de mayor edad socializadas en la ciudad iniciaron su vida sexual por lo general antes que las mujeres campesinas de mayor edad. Por su parte, entre las mujeres más jóvenes sobresalen el caso de una jovencita de la ciudad que se inició sexualmente a los 13 años y el de una adolescente campesina que tuvo su experiencia sexual a los 15 años. La iniciación sexual más tardía ocurrió a los 18 años de edad y corresponde a una mujer urbana. Por lo general, las mujeres más jóvenes del campo y de la ciudad, pospusieron su primer embarazo por un tiempo mayor al que esperaron las mujeres mayores para iniciar su gravidez.

Respecto a la edad en la cual se unieron las mujeres por primera vez, las edades límites corresponden a mujeres de la ciudad. En este caso la edad mínima referida es de 13 años y la edad máxima de 20 años. El resto de las mujeres se unieron entre los 15 y los 19 años de edad. Conviene señalar, que la edad más temprana o tardía a la unión no parece guardar relación con la edad actual de las mujeres, puesto que, así como hay casos de mujeres campesinas o urbanas mayores de 40 años que se unieron después de los 18 años, asimismo se observa el de una muchacha menor de 15 años oriunda de la ciudad que se unió a los 13. Todo ello nos remite a la necesidad de indagar más profundamente sobre la organización de los servicios de salud reproductiva en el país y sobre factores propios del

contexto social y cultural del país que pueden influir las actitudes de las mujeres del campo y de la ciudad respecto a su sexualidad y prácticas reproductivas.

Pocos son los casos en los cuales el embarazo parece haber precipitado la unión entre las mujeres y de manera general corresponden a mujeres urbanas. Por lo general las mujeres ya estaban conviviendo con sus parejas cuando entraron en gestación y las mujeres que se unieron posteriormente a su primer embarazo lo hicieron con hombres que no eran los padres de sus primeros hijos/as. Al conversar con las mujeres de mayor edad socializadas en el campo y en la ciudad que no experimentaron el embarazo de manera inmediata pudimos constatar que no recurrieron a la planificación familiar durante los primeros años de su vida reproductiva. Entre las mujeres jóvenes, en cambio, el embarazo no ocurrió porque intencionalmente lo evitaron o porque no podían embarazarse a pesar de desearlo. El embarazo se presentó el mismo año de la unión entre mujeres que generalmente se unieron de forma repentina (*se fueron con el hombre*) y no utilizaron ningún método anticonceptivo en sus primeras relaciones sexuales. Todo parece indicar una coincidencia del inicio de la vida sexual de las mujeres y la condición de unirse con un hombre.

Ahora bien, atendiendo al número de uniones (matrimonio o unión libre) que reportaron las mujeres entrevistadas, las uniones múltiples aparecen con más frecuencia entre las mujeres de mayor edad que entre las mujeres más jóvenes. De forma general la unión ha ocurrido una sola vez entre mujeres urbanas que manifestaron vivir en unión libre al momento de la entrevista, mientras que, en el campo esta situación se observa solamente entre mujeres que expresaron estar casadas. Conviene destacar, que existen casos de mujeres de edad mediana, tanto del campo como de la ciudad, que decidieron limitar su descendencia a dos hijos.

Por lo general el primer embarazo ocurrió antes entre las mujeres socializadas en el campo respecto de aquellas socializadas en zonas urbanas, situación esta que puede guardar relación con las menores oportunidades para la población femenina residente en áreas rurales y que puede contribuir en gran medida a que las mujeres de estos sectores integren como único proyecto de vida la unión marital y la maternidad.

A su vez, el nivel de escolaridad resultó ser más elevado entre las mujeres que vivieron su infancia y adolescencia en contextos urbanos. Así, las mujeres menos

preparadas de la ciudad tienen un logro educativo de primaria completa, mientras que las mujeres rurales que se integraron a la educación formal por menos tiempo han aprobado algún grado de primaria. En el área urbana se observan los únicos casos de mujeres que han accedido a la educación superior, incluyendo ciertos casos de mujeres que han logrado realizar estudios de postgrado. En realidad, para una muestra tan pequeña como la nuestra, el nivel educativo de las mujeres urbanas es considerablemente alto. Los niveles más bajos de educación en el campo (primaria incompleta o alfabetización) se dieron más comúnmente entre mujeres de mayor edad.

Conviene destacar, que mientras todas las mujeres entrevistadas saben leer y escribir, entre las últimas parejas de estas mujeres se presentan algunos casos de analfabetismo, generalmente entre parejas de las mujeres de mayor edad, tanto del campo como de la ciudad. Respecto al logro educativo de las últimas parejas de las mujeres, por lo general las parejas de las mujeres urbanas tienen una escolaridad superior que los hombres de las mujeres del campo.

Las mujeres que vivieron en zonas rurales hasta los 12 años de edad interrumpieron temprano sus estudios, debido en gran medida a razones de orden económico, en otras ocasiones porque sus familias no quisieron que continuaran estudiando y pocas veces por no sentir que tenían la capacidad necesaria para estudiar. Es interesante observar cómo la experiencia del primer embarazo o de la primera unión son referidas como causantes de interrupción escolar solamente por parte de mujeres más jóvenes provenientes de la ciudad.

Ahora bien, atendiendo a la condición de actividad de las mujeres, si bien es cierto que las actividades más calificadas las realizan mujeres de la ciudad, igualmente cierto es que entre estas mujeres es menos frecuente la actividad remunerada que entre las mujeres del campo. Los casos de mujeres que se dedican a las tareas domésticas son más frecuentes entre las mujeres más jóvenes, especialmente entre aquellas socializadas en la ciudad. Conviene mencionar que la doble jornada es común entre las mujeres que realizan alguna actividad remunerada, ya que la mayoría de ellas atiende las responsabilidades del hogar.

Llama la atención que aunque no todas las mujeres realizan en la actualidad una actividad remunerada, todas ellas empezaron a trabajar muy temprano por un salario (generalmente antes de cumplir 20 años), en ocasiones durante la infancia. El inicio de la vida laboral a edades jóvenes fue manifestado incluso por mujeres con un nivel educativo

superior. De manera general, el inicio de la vida laboral en las mujeres no parece guardar relación con el primer embarazo, puesto que es muy común encontrar casos de mujeres que empezaron a trabajar remuneradamente antes de iniciar su vida sexual y marital.

Por su parte, respecto de la condición de actividad de la última pareja de las mujeres, con pocas excepciones, estos hombres desempeñan cargos de baja y mediana calificación, incluyendo parejas de mujeres universitarias, situación esta que no refleja necesariamente el nivel escolar de esos hombres, ya que el alto índice de desempleo en Nicaragua ha conducido a muchas personas con educación universitaria a integrarse al trabajo de las maquilas para poder sobrevivir.

A su vez, entre los arreglos familiares de las mujeres, lo más frecuente que encontramos es la familia ampliada: en algunos casos convivían hasta 4 generaciones. Además, muchas de las mujeres que vivían en hogares aparentemente con pocos miembros (menos de 5), recibían algunos días de la semana la visita de algunos de sus hijos/as que llegaban a la hora de la comida, de la cena, a llevarles ropa para que se las lavaran o plancharan y/o para dejarlas al cuidado de los/as nietos/as. Los hogares con muchos miembros en Nicaragua, aunque han sido siempre patrimonio de las clases menos pudientes, parecen ser una estrategia de vida a la cual ha recurrido la población (aún aquellas personas que pertenecen a sectores sociales más favorecidos) ante el deterioro del ingreso familiar. Existen muchos hogares en el país en los cuales el trabajo de una o dos personas asegura la sobrevivencia de toda la familia, a pesar de haber en estos hogares varias personas que han concluido su formación profesional.

Referente a la pertenencia religiosa de las mujeres, las mujeres mayores originarias del campo parecen ser más religiosas y más católicas que las de la ciudad. Estas mujeres acostumbran, por lo general, visitar la iglesia al menos una vez por semana. Conviene señalar que las mujeres que se definen como *cristianas* acuden con más frecuencia al templo que las mujeres católicas, en ocasiones varias veces por semana. Por otra parte, la indiferencia religiosa resultó ser más común de lo esperado, y se observa sobre todo entre mujeres jóvenes de la ciudad.

C. Las entrevistas con las prestadoras de servicio

Se realizaron, como dijimos anteriormente, 8 entrevistas con proveedoras de servicios de salud reproductiva, 4 realizadas con médicas y 4 con mujeres responsables por parte del personal de enfermería del programa de atención integral a la mujer en los centros y puestos de salud. La mitad de estas entrevistas se realizó con proveedoras que atienden a mujeres en el área rural y la otra mitad con trabajadoras del área urbana del departamento. En cuanto al sexo de las personas entrevistadas, hemos de decir que en Nicaragua los programas de atención a la mujer, por su misma naturaleza, son por lo general responsabilidad de personal femenino en las unidades de salud de atención primaria. En los hospitales es mayor la presencia de varones en la atención a las mujeres.

Las personas entrevistadas fueron localizadas en las unidades de salud en las que brindan servicio y en todos los casos fueron contactadas en una entrevista preliminar para presentarnos, darles a conocer los objetivos del trabajo y concertar una cita para la entrevista propiamente dicha. Todas las proveedoras accedieron a la entrevista siempre y cuando se llevara a cabo en el lugar de trabajo, creemos que con la finalidad de evitar el empleo de su tiempo fuera del horario de trabajo. Todas las entrevistas acordadas se llevaron a cabo sin inconveniente alguno. En la mayoría de los casos resultó imposible evitar interrupciones por parte del personal o por parte de mujeres que acudían en busca de algún servicio. Con algunas de las proveedoras compartimos la comida antes o después de la entrevista.

C.1 Características generales de las prestadoras de servicio

Respecto de la edad de las prestadoras entrevistadas, por lo general las trabajadoras de la salud no rebasan los 40 años de edad, condición válida tanto para aquellas que atienden los programas de la mujer en el campo como para quienes los dirigen en la ciudad.

A su vez, en lo referente al máximo logro educativo de estas mujeres, se observa con mayor frecuencia entre el personal de enfermería el grado de auxiliar en enfermería y

entre el personal médico el de médica general, aunque se mencionan experiencias de maestría y licenciatura en enfermería.

En cuanto a las horas promedio que trabajan las prestadoras por semana, con excepción de algunas proveedoras que trabajan más de 50 horas por semana, lo más común es el horario convencional de 8 horas al día. Las trabajadoras que laboran 50 o más horas semanales atienden además tareas administrativas o educativas en la unidad de salud y deben acudir con frecuencia al centro de salud de área a entregar informes o recibir algún tipo de capacitación.

Ahora bien, en torno a la capacitación que reciben las proveedoras al año, según lo expresado por ellas mismas, las que laboran en áreas campesinas reciben en promedio más capacitaciones al año que las ubicadas en centros de salud en la ciudad. La mayor capacitación a las trabajadoras que atienden en el campo puede relacionarse con la necesidad de un mayor grado de resolución de las unidades de salud del contexto rural respecto de las unidades ubicadas en la cabecera departamental, ya que estas últimas tienen más condiciones logísticas para trasladar emergencias o casos dudosos a las unidades de salud de área o a los hospitales de la ciudad. Las modalidades de la capacitación son seminarios, talleres, círculos de estudio, charlas y congresos por cuenta propia.

Los temas de salud sexual y reproductiva más ofrecidos tienen que ver con la atención al embarazo de alto riesgo, la mortalidad perinatal, el cáncer cérvico uterino, la salud reproductiva adolescente, la planificación familiar, los cuidados obstétricos y la lactancia materna. Las trabajadoras de la zona rural reciben también educación para atención del parto. Se incluyen además temas de morbilidad general como neumonía, asma, manejo de las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y dengue. Las médicas son capacitadas asimismo en actividades gerenciales como monitoreo de expedientes y uso racional de medicamentos.

A su vez, referente al tiempo que tenían las proveedoras entrevistadas de laborar en el sector salud, generalmente las trabajadoras tenían más de 15 años de estar trabajando en el sistema de salud, en algunos casos atendiendo los programas de la mujer y en otras ocasiones, con antecedentes laborales en otras áreas. Puede decirse que de manera general no se observa tendencia a la rotación del personal en las unidades de salud correspondientes.

Finalmente, en lo que tiene que ver con la pertenencia religiosa, por lo general las prestadoras de servicio pertenecen a la religión católica, aunque acostumbran visitar la iglesia solamente en ocasiones.

D. Las entrevistas con los informantes claves

La selección de los informantes claves se hizo con el apoyo de compañeras del movimiento de mujeres de Nicaragua, aproximadamente dos meses antes del trabajo de campo. Las personas fueron visitadas previamente (una de ellas en dos ocasiones) a fin de hacer la presentación debida de la entrevistadora, dar a conocer los objetivos del trabajo y acordar una fecha para la realización de la entrevista.

En total, se entrevistaron a 5 personas, una persona miembro del equipo nacional de educación para la vida del ministerio de educación, cultura y deportes (MECD); una persona miembro del área de salud del consejo de iglesias evangélicas de Nicaragua (CEPAD); 2 personas dirigentes de organismos no gubernamentales que trabajan con la juventud y la adolescencia; y una persona responsable del programa de atención integral a la adolescencia del ministerio de salud en el departamento de León. La propuesta original contemplaba entrevistar al o a la responsable de atención integral a la adolescencia del ministerio de salud a nivel nacional y a un delegado de la iglesia católica en el país. En el primero de los casos esperamos en dos ocasiones diferentes a la responsable pero no acudió a la cita y en el último caso fue imposible la entrevista.

De las conversaciones con los informantes claves se puede rescatar la siguiente información:

- a) En Nicaragua en los últimos años el ministerio de salud ha implementado el programa de atención integral a las y los adolescentes, el cual tiene cobertura aún en el área rural y es organizado en las unidades de atención primaria de salud en coordinación con las escuelas y en algunos casos con organismos de la comunidad.
- b) De manera general los entrevistados están de acuerdo en que en Nicaragua ha mejorado la atención en salud sexual y reproductiva a la población adolescente en los últimos años.
- c) Los informantes claves consideran que el embarazo adolescente es un problema de salud pública en el país porque las mujeres que se embarazan antes de

cumplir 20 años tienen menos oportunidades en la vida que aquellas que se embarazan después de los 20 años, entre otras cosas, a causa de la interrupción de sus estudios y el excedente de responsabilidad que representan para su familia. Es decir, identifican embarazo antes de los 20 años con embarazo en soltería.

- d) Fundamentados en las estadísticas hospitalarias, los entrevistados plantean que la incidencia del embarazo adolescente en el país ha aumentado en los últimos años en relación a años anteriores.
- e) Parece existir consenso entre los entrevistados en la necesidad imperiosa que existe en el país de que se realicen acciones dirigidas a retrasar el inicio de las relaciones sexuales entre los y las adolescentes. En tal sentido, esta debe ser según ellos, la prioridad de los programas de atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

ANEXO 5

ANEXO METODOLÓGICO

Tal como aclaramos anteriormente, para realizar el presente estudio consideramos pertinente implementar técnicas descriptivas y de análisis a partir de fuentes de datos muestrales disponibles al momento de la elaboración del trabajo, particularmente en lo que respecta a los determinantes sociodemográficos asociados a la sexualidad, la maternidad y el embarazo adolescente así como a la utilización de servicios de salud por parte de las adolescentes nicaragüenses y a la calidad de servicios que éstas reciben. La riqueza de información que nos otorgó este tipo de material y el análisis del mismo nos permitió una aproximación clara a los objetivos de la investigación. Pero quisimos avanzar en la dirección de indagar también en la comprensión de las dimensiones culturales que subyacen a la elevada fecundidad de las adolescentes nicaragüenses, por lo que nos planteamos una estrategia complementaria que nos permitiera tener una primera visión de las raíces culturales de los distintos aspectos de la vida sexual y reproductiva de las adolescentes nicaragüenses y su relación con los servicios de salud. Es así como consideramos útil recurrir, en la etapa final del trabajo, a técnicas cualitativas que nos facilitaran comprender las representaciones culturales que permiten acercarnos a la comprensión de los patrones de comportamiento en la vida sexual y reproductiva de las mujeres más jóvenes de Nicaragua que establecimos en el segundo capítulo, así como la participación de agentes de salud en esos patrones culturales.

En la primera parte del estudio nuestra fuente primaria de datos fue la Encuesta Nicaragüense Demográfica y de Salud-ENDESA- de 2001 dado que era el instrumento muestral más reciente con que contaba el país en materia de información sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres. Cálculos directos fueron obtenidos de la ENDESA 2001, de la ENDESA de 1998 y del VII Censo Nacional de Población y III de Viviendas implementado en 1995. También recurrimos para efectos de comparar información a los resultados finales de la Encuesta sobre Salud Familiar de 1993 y la Encuesta sobre Medición del Nivel de Vida que se llevó a cabo en 2001. En determinados momentos de la investigación comparamos información del país con otras provenientes de países de la

región latinoamericana y el Caribe elaboradas previamente por destacados investigadores del tema.

La Encuesta Nicaragüense Demográfica y de Salud-ENDESA 2001- es una encuesta con representatividad y cobertura nacional y fue conducida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Nicaragua (INEC) de septiembre a diciembre de 2001. Esta encuesta refleja información sobre diferentes temas de carácter general y además temas específicos relacionados con la salud reproductiva de las mujeres, tales como la historia de nacimientos, anticoncepción, embarazo, parto, puerperio y lactancia, inmunización y salud, nupcialidad y preferencias de fecundidad. También considera el nivel de capacidad de decisión de las mujeres sobre diversos aspectos como el cuidado de la salud, actividades sociales y gasto del ingreso percibido por las que trabajan. La Encuesta da cuenta también de la utilización de servicios de salud por parte de las entrevistadas.

Tomando en cuenta que a pesar de haber sido reconocida la inmensa pobreza en la cual se encuentra sumido el país desde hace varias décadas, coexiste al interior un patrón desigual de acceso a los principales satisfactores básicos de la población (educación, salud, alimentación, etc.), nos pareció apropiado diferenciar la condición socioeconómica de las mujeres y constituirla en uno de nuestros ejes de análisis. Para ello recurrimos al indicador de estratificación social construido por Carlos Echarri (2008) para el diagnóstico de la salud reproductiva en México en la década de los noventa. Conviene señalar, que las restricciones de nuestra fuente de información nos orillaron a realizar una adecuación de la propuesta de Echarri. El investigador construyó su índice con base en tres variables: condiciones de las viviendas, escolaridad relativa promedio del hogar y actividad mejor remunerada en el hogar. Nuestra propuesta de estratificación socioeconómica solamente comprende los dos primeros aspectos.

A su vez, para la construcción del índice de calidad de la vivienda se tomaron siete variables en forma dicotómica:

- a) Material del piso (MPI). En donde se otorgó el valor de 0 si era de tierra y 1 de otro material diferente a tierra.
- b) Cuarto de baño exclusivo de la vivienda y en el interior de la misma (BA). En este caso, cuando se cumplía esta condición el valor de la variable era de 1 y 0 si no cumplía con alguna de las condiciones.

- c) Cuarto exclusivo para cocinar (CO): si no existía un cuarto exclusivo para cocinar el valor fue 0 y en caso contrario de 1.
- d) Hacinamiento (PXD). Esta condición es aceptada cuando más de 2.5 personas comparten dormitorio y el valor es de 0; la variable adquiere el valor de 1 cuando menos de 2.5 personas comparten el cuarto para dormir.
- e) Agua disponible dentro de la vivienda (AG). Si la vivienda no dispone de agua o las personas la obtienen fuera de la vivienda se le otorgó el valor de 0, mientras que cuando la vivienda tiene agua intubada adquiere el valor de 1.
- f) Drenaje conectado a la calle o fosa séptica (DR). Cuando se cumplen cualquiera de estas dos condiciones el valor de la variable es de 1, y si no tiene drenaje o tiene otro tipo de desagüe el valor es igual a 0.
- g) Electricidad (EL). La variable dicotómica adquiere el valor de 1 si la vivienda cuenta con este servicio, en caso contrario el valor es de 0.

Para construir el índice de calidad de la vivienda se empleó la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de vivienda} = (co + ba + pxd + mpi + el + ag) / 7.$$

El resultado es un índice con valores continuos que van del 0 a 1. El valor de 0 corresponde en este caso a viviendas con piso de tierra, que no cuentan con ningún servicio, y el de 1 a viviendas con piso diferente a tierra y que cuentan con todos los servicios.

Tal como mencionamos, el segundo componente del indicador de estratificación social fue la escolaridad. En Nicaragua como en otros países en desarrollo, el nivel educativo de las mujeres se asocia con diferentes niveles de inversión social, lo que podría determinar patrones culturales desiguales entre los diversos grupos sociales que pueden reflejarse, entre otras cosas, en proyectos de vida diferentes. En lo que respecta a las adolescentes, una marcada proporción de ellas no logra alcanzar el nivel escolar acorde al estándar educativo para su edad. Una mayor escolarización de las mujeres podría asociarse con conocimientos más amplios y certeros que les aseguren el ejercicio de la sexualidad y de la vida reproductiva con menores riesgos, en tanto aumenta el conocimiento y uso de las formas de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos inesperados y

puede contribuir a tomar decisiones informadas sobre el número de hijos que las mujeres desean tener y el momento oportuno para hacerlo.

Puesto que el indicador se construyó tomando como unidad de análisis el hogar, implicaba retomar la solución de Echarri, de construir un nuevo índice de escolaridad relativa por sexo y edad, el cual refleja el promedio de escolaridad acumulada para la misma generación y sexo de cada uno de los miembros con relación a una población estándar. Si bien, este índice es medido en el ámbito individual, está estandarizado por edad y sexo, por tanto, es posible calcular el promedio en el ámbito de los hogares. Se trata de una variable que mide la diferencia en años de escolaridad acumulada entre un individuo y una población modelo o de referencia (Echarri, 2008).

La fórmula de la escolaridad relativa fue la siguiente:

$$\text{Escolaridad relativa} = (\text{escacum} - \text{base}) / \text{base}.$$

Donde:

Escacum = escolaridad acumulada

Base = escolaridad estándar específica para el sexo y la edad del individuo considerado.

Posteriormente, se utilizó la técnica estadística de cluster para agrupar los diferentes sectores socioeconómicos. Esta técnica permite que los grupos obtenidos sean lo más homogéneos posible al interior y con una heterogeneidad marcada entre ellos. El resultado fue la obtención de cuatro grupos que denominamos *estratos socioeconómicos* con las siguientes características:

- a) Estrato muy bajo: acceso promedio a 1.8 servicios de los 7 mencionados y 3.1 años de educación.
- b) Estrato bajo: tienen en promedio acceso a 3.3 servicios y han aprobado 5.1 años de educación.
- c) Estrato medio: cuentan con un número promedio de 4.9 servicios y una escolaridad de 8.6 años.
- d) Estrato alto: acceden en promedio a 5.8 servicios y han aprobado 12.9 años de educación formal.

Si tomamos en cuenta que la educación formal tomada como referencia reconoce la edad de 7 años para el primer año de primaria, solamente las mujeres de los estratos medio y alto han superado la educación primaria, y de ellas únicamente las últimas han logrado acceder a la educación superior, lo cual se correlaciona estrechamente con el patrón conductual educativo de la sociedad nicaragüense, que revela una trayectoria escolar accidentada de la mayoría de la población del país así como una deserción escolar considerable.

Ahora bien, para la parte final del capítulo segundo, y especialmente pensando en las variables que definiríamos para los modelos de regresión logística, consideramos que si pretendíamos tratar de establecer los factores sociodemográficos asociados al embarazo antes de los veinte años en Nicaragua, no era prudente introducir la escolaridad de las mujeres tal como había sido declarada en el instrumento muestral, puesto que no quedaba claro si lo que estaba catalogado como mayor logro educativo de las mujeres en la encuesta se refería al nivel escolar alcanzado por éstas antes, durante o después de su primer embarazo.

Por otra parte, de los enfoques diversos sobre el embarazo adolescente encontrados por nosotros, en nuestro estudio retomamos las visiones de salud reproductiva y de Stern y García (1999), que cuestionan la validez del enfoque predominante, desde el cual el fenómeno es concebido como un problema de salud pública que, además de poner en riesgo la vida de la madre y de su hijo, constituye la causa de menores oportunidades sociales para la joven y merma sus aspiraciones educativas. La visión de Stern y García destaca la desigualdad social como posible causal de las diferencias en la fecundidad adolescente y enfatiza que los embarazos que se producen antes de los veinte años son más frecuentes entre sectores populares, en los cuales la fecundidad en general es más elevada, independientemente del momento en que inicie la vida reproductiva de las mujeres. Los estudios de los investigadores han dejado al descubierto que las muchachas que se embarazan durante la adolescencia no precisamente abandonan sus estudios a causa del embarazo, sino que se han salido del sistema escolar antes de quedar embarazadas.

Lo mismo sucedió con la situación conyugal de las mujeres, ya que el instrumento de información reflejaba la situación conyugal al momento de la entrevista, por lo tanto fue prudente construir una variable que se aproximara a la situación conyugal de las mujeres al momento del embarazo.

Para la construcción de la nueva variable de la situación *escolar y el embarazo* obtuvimos la escolaridad estimada, la cual se obtuvo de restar 6 a la edad al primer embarazo en años simples, puesto que según los últimos datos disponibles las niñas ingresan al primer año de primaria a la edad de 7 años. De esta manera, consideramos tres posibilidades:

- a) No asistía a la escuela al momento del embarazo
- b) Asistía a la escuela al momento del embarazo y no continuó
- c) Asistía a la escuela al momento del embarazo y continuó

Por su parte, para construir la variable de la *situación conyugal en relación al primer embarazo* de las mujeres, se obtuvo la edad al primer embarazo restando la edad de la entrevistada a la fecha del primer embarazo en Century Months (CMC) y dividiendo entre 12. Posteriormente calculamos el tiempo desde la fecha de la primera unión al primer embarazo en CMC obteniendo cuatro categorías:

- a) Embarazo antes de la unión
- b) Embarazo durante el primer año de unión
- c) Embarazo posterior al primer año de unión
- d) Tuvo embarazo y nunca se ha unido

A su vez, tal como planteamos en el informe de trabajo de campo, para la segunda parte del estudio optamos por la técnica metodológica cualitativa de la *Entrevista Semiestructurada en Profundidad*, puesto que es una herramienta que por su naturaleza permite conocer diferentes perspectivas de las personas entrevistadas en sus propias palabras acerca de lo que nos interesa conocer (Patton, 1990); además que facilita la interacción con las personas que pueden compartir sus propias referencias pasadas y presentes sobre lo que nos interesa investigar, así como anticipaciones e intenciones futuras que tengan al respecto.

El procesamiento de la información de las entrevistas realizadas a mujeres que tuvieron su primer embarazo antes de los veinte años y a prestadores de servicio de salud se

llevó a cabo de manera manual. Luego de una exhaustiva lectura de los contenidos procedimos a plantearnos los ejes de análisis del estudio y a diferenciar los principales aspectos que deberían estar reflejados en cada uno de ellos. La lectura y relectura progresiva de los contenidos de las entrevistas facilitó la aprehensión de temas de interés para las personas entrevistadas, lo cual condujo a modificaciones o ampliaciones de subtemas del análisis.

En principio, se había considerado la posibilidad de utilizar un software diseñado especialmente para el procesamiento del contenido de las entrevistas, pero al observar la riqueza de información que las mujeres y prestadores de servicio habían proporcionado, nos decidimos por la técnica manual, aunque implicara mayor inversión de tiempo a fin de evitar en lo posible pérdida de información valiosa. Básicamente, se hizo una distinción en el contenido, coloreando las declaraciones correspondientes a cada eje de análisis con un tono particular para cada uno de ellos. Dado que las personas entrevistadas abordaban con frecuencia diversos contenidos temáticos, una misma respuesta podía contener aspectos relativos a diferentes ejes de análisis y, por tanto, diferentes colores.

Finalmente, la estructuración del análisis fue facilitado por el coloreo previo de los contenidos, aunque la lectura y relectura de las entrevistas fue una técnica que se empleó de manera permanente.

BIBLIOGRAFÍA

- Alan Guttmacher Institute (1998), "Hacia un nuevo mundo: la vida sexual y reproductiva de las jóvenes", Resumen Ejecutivo, New York, The Alan Guttmacher Institute, pp.1-17.
- Alcalá, María José (1994), "Acción para el siglo XXI: salud y derechos reproductivos para todos", Family Care International, pp. 2-13.
- Atkin, Lucille C., Noemí Ehrenfeld y Susan Pick (1996), "Sexualidad y Fecundidad Adolescente", en Ana Langer y Kathryn Tolbert (eds.) *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, México, The Population Council, pp. 39-84.
- Ávila, María Betania (1999), "Feminismo y ciudadanía: la producción de nuevos derechos", en Lucila Scavone (coord.) *Género y Salud Reproductiva en América Latina*, Costa Rica, Libro Universitario Regional, pp.61-76.
- Bankole, Akinrinola, Susheela Singh y Taylor Haas (1998), "Reasons why women have induced abortions, evidence from 27 Countries", *International Family Planning Perspectives*, Vol. 24, núm. 3, pp. 117-127.
- Bay, Guiomar, Fabiana del Popolo y Delicia Ferrando (2003), "Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos", Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE), *Serie Población y Desarrollo*, No. 43, Santiago de Chile, Naciones Unidas, pp. 9-37.
- Belmonte, L. R. (2000), "Barriers to adolescents use of reproductive health services in three Bolivian cities", Washington D.C., FOCUS on Young Adults/Pathfinder International, pp. 1-4.
- Bertrand, Jane *et al.* (1995), "Access, quality of care and medical barriers in family planning programs", *International Family Planning Perspectives*, Vol. 21, núm. 2, pp. 64-73.
- Bessinger, Ruth E. y Jane T. Bertrand (2001), "Monitoring quality of care in family planning programs: a comparison of observations and clients exit interviews", *International Family Planning Perspectives*, Vol. 27, núm. 2, pp.63-70.
- Blanc, Ann K. (2001), "The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence", *Studies in Family Planning*, Vol. 32, núm. 3, pp. 208-209.
- Blinn-Pike, Lynn *et al.* (2002), "¿Is there a causal link between maltreatment and adolescent pregnancy? A literature review", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 34, núm. 2, pp 68-75.

- Bongaarts, John and Judith Bruce (1995), “The causes of unmet needs for contraception and the social content of services”, *Studies in Family Planning*, Vol. 26, núm. 2, pp. 57-75.
- Bruce, Judith (1990), “Fundamental elements of the quality of care: a simple framework”, *Studies in Family Planning*, Vol. 21, núm. 2, pp. 61-91.
- Camacho Hubner, Alma V. (2000), “Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: revisión bibliográfica, 1988-1998”, Serie OPS/FNUAP, No. 1., Washington D. C., Organización Panamericana de la salud, pp. 12-57.
- Castañeda, Xóchitl, Itzá Castañeda y Claire Brindis (2001), “El círculo de lo sagrado y lo profano: regulación de la sexualidad en adolescentes de áreas rurales”, en Claudio Stern y Elizabeth García (coords.) *Sexualidad y salud reproductiva en México. Aportaciones para la investigación y la acción*, Sexualidad, salud y reproducción, Documentos de trabajo No. 6, México, El Colegio de México, pp. 73-88.
- Castro Martín, Teresa (2000), “Matrimonios sin papeles en Centroamérica: persistencia de un sistema dual de nupcialidad, Madrid, Instituto de Economía y Geografía, pp. 41-65.
- Centro de Estudios de Población Buenos Aires Argentina-CENEP (2000), “Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva”, Buenos Aires, Serie OPS/FNUAP No. 2, Organización Panamericana de la Salud pp. 8-33.
- Centro de Orientación para Adolescentes, A.C.-CORA (1986), “Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes”, en Anameli Monroy de Velasco y Jorge Martínez Manautou (eds.), *Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes, Memoria*, México, El Colegio de México, pp.1-7.
- CEPAL/UNIFEM (2004), “Las metas del milenio y la igualdad de género: el caso de Nicaragua”, Serie Mujer y Desarrollo, Managua, Naciones Unidas, pp. 7-64.
- Chackiel, Juan (2004), “La transición de la fecundidad en América Latina 1950-2000, *Papeles de Población*, julio-septiembre, No. 41, pp. 9-58.
- Consejo Nacional de Población-CONAPO (2000), “Cuadernos de salud reproductiva. República Mexicana”, México, Consejo Nacional de Población, pp. 40-85.
- Contreras, Juan Manuel, José Miguel Guzmán y Ralph Hakkert (2001), “Uso de anticonceptivos en adolescentes”, en José Miguel Guzmán *et al.*, *Diagnóstico Sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América latina y El Caribe*, México, UNFPA, pp. 129-142.

- Contreras, Juan Manuel y Ralph Hakkert (2001), “La Sexualidad y la Formación de Uniones” en José Miguel Guzmán *et al.*, *Diagnóstico Sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América latina y El Caribe*, México, UNFPA, pp.57-104.
- Correa, Sonia y Rosalind Petchesky (1994), “Reproductive and sexual rights: a feminist perspective”. En G. Sen, A. Germain y L. Chen (edits.), *Population Policies Reconsidered (Health, empowerment and rights)*, Boston, Harvard University Press. pp. 99-109.
- Creel, Liz C., Sass, Justine C. y Nancy V. Yinger (2002), “La calidad centrada en el cliente: perspectivas de los clientes y obstáculos para recibir atención”, en Kathleen Maguire (ed.), *Nuevas Perspectivas Sobre la Calidad de la Atención*, No. 2, Washington, D.C., Population Reference Bureau, pp. 1-8.
- Creel, Liz C., Sass, Justine C. y Nancy V. Yinger (2002a), “Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad”, en Kathleen Maguire (ed.), *Nuevas Perspectivas Sobre la Calidad de la Atención*, No. 1, Washington, DC, Population Reference Bureau, pp. 1-8.
- Creel, Liz C, y Rebecca J. Perry (2003), “Mejoras en la calidad de los servicios de salud reproductiva para los jóvenes”, en Kathleen Maguire (ed.), *Nuevas Perspectivas Sobre la Calidad de la Atención*, No. 4, Washington, D.C., Population Reference Bureau, pp. 1-8.
- De Bruyn, María (2001), “Jóvenes en riesgo: los adolescentes y la salud sexual”, Chapel Hill, Ipas, pp. 8-32.
- Echarri, Carlos (2008), “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, Lerner, Susana e Ivonne Szasz, *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Tomo I, México, El Colegio de México, pp. 59-115.
- Eggleston, Elizabeth (1999), “Determinants of unintended pregnancy among women in Ecuador”, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 1, pp 27-33.
- Engle, Patrice L. y Robert K. Smidt (1998), “La maternidad adolescente y su influencia en las mujeres y los niños en áreas rurales de Guatemala”, en Beatriz Schmukler (coord.), *Familias y relaciones de género en transformación, cambios trascendentales en América Latina y el Caribe*, México, The Population Council, pp. 377-418.
- Esteinou, Rosario (2005), “La juventud y los jóvenes como construcción social” en Marta Mier y Terán y Cecilia Rabell (coords.), *Jóvenes y Niños Un Enfoque Sociodemográfico*, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de

Investigaciones Sociales, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México, Porrúa, pp.25-37.

Falconier de Moyano, Martha, José Miguel Guzmán y Juan Manuel Contreras (2001), “La Adolescencia y la Salud Reproductiva” en José Miguel Guzmán *et al.*, *Diagnóstico Sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América latina y El Caribe*, México, UNFPA, pp. 13-17.

Family Health International (1999), “Actividades económicas de las mujeres, fecundidad y anticoncepción. Seguimiento de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud”, La Paz, Family Health International, pp. 53-67.

Federación Internacional de Planificación de la Familia-IPPF-región del hemisferio occidental (2001) “Centro para jóvenes en Chile. Foro de adolescentes No. 18”, New York, Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, pp.1-2.

Figuroa, Juan Guillermo (1995), “Aproximación al estudio de los derechos reproductivos”, *Sexualidad, Salud y Reproducción.*, Año I, núm. 8, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, pp. 3-31.

FOCUS on Young Adults (2001), “What works to promote young adult reproductive health: Increasing the use of reproductive health services. Advancing young adult reproductive health: Actions for the next decade”, Washington, D.C., FOCUS on Young Adult, pp. 57-97.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Instituto Nicaragüense de la Mujer-FNUAP/INIM (1999), “¿Qué más podía hacer sino tener un hijo? Bases socioculturales del embarazo de las adolescentes en Nicaragua”, Nicaragua, UNFPA, pp. 10-51.

Fondo de Población de las Naciones Unidas-FNUAP (2003), “Estado de la Población Mundial 2003. Valorizar a 1000 Millones de Adolescentes: Inversiones en su salud y sus derechos”, New York, UNFPA, pp. 1-21.

García, Brígida y Olga Rojas (2002), “Cambio en la formación y disoluciones de las uniones en América Latina”, *Papeles de Población*, abril-junio, No. 32, Universidad Autónoma del Estado de México, pp.11-30.

García, Brígida y Olga Rojas (2004), “Las uniones conyugales en América Latina: transformaciones en un marco de desigualdad social y de género”, *Notas de Población*, Año XXXI, No. 78, pp. 65-96.

Gómez, Geni y Angie Largaespada (2003), “Derechos sexuales y derechos reproductivos en Nicaragua: análisis y propuestas”, en Michael Clulow (ed.), Nicaragua, Community Fund, pp.5-11.

- Guzmán, José Miguel, Juan Manuel Contreras, y Ralph Hakkert (2001), “La Situación Actual del Embarazo Adolescente y del Aborto” en José Miguel Guzmán *et al.*, *Diagnóstico Sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América latina y El Caribe*, México: UNFPA, pp. 19-40.
- Hakkert, Ralph (2001), “Consecuencias del Embarazo Adolescente” en José Miguel Guzmán *et al.*, *Diagnóstico Sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América latina y el Caribe*, México, UNFPA, pp. 143-180.
- Helve, Helena (2004), “The Situation of Girls and Young Women” en United Nations, *World Youth Report 2003. The global situation of young people*, New York, Department of Economic and Social Affairs, The United Nations, pp. 252-256.
- Hughes, Jane y Ann P. McCauley (1998), “Improving the fit: needs and future programs for sexual and reproductive health in developing countries, *Studies in Family Planning*, Vol. 29, No. 2, pp. 233-245.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática- INEI (2000), “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Informe Final”, Lima, INEI, pp. 81-87.
- Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos-INEC (1995), “VII Censo Nacional de Población y III de Viviendas, 1995. Resultados Finales”, Managua, INEC.
- Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos-INEC (1998), “Encuesta Nicaragüense Demográfica y de Salud (ENDESA 1998). Informe Final”, Managua, INEC, pp. 37-99.
- Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos-INEC (2001), “Encuesta Nicaragüense Demográfica y de Salud (ENDESA 2001). Informe Final”, Managua, INEC, pp. 79-213.
- Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos-INEC (2001), “Encuesta Sobre Medición del Nivel de Vida (EMNV 2001). Informe General”, Managua, INEC, pp.39-52, 151-156.
- Jain, Anrudh, Judith Bruce, y Barbara Mensch (1992), “Setting Standards of Quality in Family Planning Programs”, *Studies in Family Planning*, Vol. 23, No. 6, pp.392-395.
- Kane, Margot M. y Tayla C. Colton (2005) “Integrating SRH and HIV/AIDS services: Pathfinder International’s experience synergizing health initiatives”, Watertown, Pathfinder International, pp. 1-16.
- La Jornada, Universidad Nacional Autónoma de México-UNAM (2002), “Embarazo, principal causa de muerte entre las adolescentes: UNICEF, [Artículo de Internet] www.jornada.unam.mx/2002/abr02/020401/articulos/44_embarazo.htm [Consulta 21 de Julio de 2004]

- Langer Ana y Gustavo Nigenda (2000), “Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades”, con la colaboración de Sandra García *et al.*, México, “Population Council/Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 1-23.
- Lantis, Kristina, Cynthia P.Green y Joyce Stephanie (2002), “La calidad de la atención y los proveedores del servicio”, en Kathleen Maguire (ed.), *Nuevas Perspectivas Sobre la Calidad de la Atención*, No. 3, Washington, D.C., Population Reference Bureau, pp. 1-8.
- Lerner Susana e Ivonne Szasz (2001), “La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias”, *El Cotidiano 107, Revista de la Realidad Mexicana Actual*, pp. 53-65.
- Matamala, María Isabel (1995), “Calidad de la atención, género, ¿salud reproductiva de las mujeres?”, Santiago, Chile, COMUSAMS-ACHNU, 160 p.
- Mayor London, Susan (2004), “Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries”, *BMJ*, Vol. 328, 15 may 2004, Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, p. 1.
- Menkes, Catherine, Leticia Suárez y Leopoldo Núñez (2004), “Embarazo y fecundidad adolescente en México”, en Fernando Lozano Ascencio (coord.) *El amanecer del Siglo y la Población Mexicana, VI reunión Nacional de Investigación Demográfica*, Vol 1, Primera Ed, pp. 109-127.
- Mensch, Barbara, Mary Arends-Kuenning y Anrudh Jain (1996), “The impact of the quality of family planning services on contraceptive use in Peru”, *Studies in Family Planning*, Vol. 27, No. 2, pp. 59-75.
- Mi Kim, Young *et al.* (2001), “Promoting sexual responsibility among young people in Zimbabwe”, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 27, No. 1, pp.11-19.
- Ministerio de Salud de Nicaragua-MINSA (1997), “Normas para la atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio”, Managua, Ministerio de Salud de Nicaragua, pp. 43-53.
- Ministerio de Salud de Nicaragua-MINSA (1999), “Programa de atención integral a la adolescencia, normas técnico-administrativas. I nivel de atención”, Managua, Ministerio de Salud de Nicaragua, pp. 1-37.
- Ministerio de Salud de Nicaragua-MINSA (2003), “Guía para la organización y funcionamiento de los clubes de adolescentes”, Managua, Ministerio de Salud de Nicaragua pp. 1-6.

- Ministerio de Salud de Nicaragua-MINSA (2004), “Informe sobre línea de base de la incorporación de los hombres en los programas de Salud Sexual y Reproductiva. Resumen Ejecutivo”, Nicaragua, UNFPA, pp. 1-9.
- Ministerio de Salud de Nicaragua-MINSA/UNICEF (1999), “Un análisis de las muertes ocurridas en Nicaragua en 1998”, Managua, Ministerio de Salud de Nicaragua /UNICEF, pp. 1-14.
- Padilla, Karen, Luz McNaughton y Marieliz Rodríguez (2004), “Sin opción a decidir: Reflejos de la inequidad social”, Managua, Ipas Centro América pp. 1-34.
- Padilla Karen y Heathe Luz McNaughton (2003), “Una mirada rápida a los años 2000-2002. La mortalidad materna en Nicaragua: La tragedia ignorada de la mortalidad materna nos hace una pregunta fundamental ¿En cuánto valoramos la vida de una mujer?, Managua, Ipas Centro América, pp.9-12.
- Pantelides, Edith (2004), “Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina”, *Notas de Población*, Año XXXI, No. 78, pp. 7-33.
- Pineda, Gustavo (2003), “Derechos y salud sexual y reproductiva para adolescentes. Un enfoque para tres países. Evaluación Cuantitativa del Proyecto”, Nicaragua, FNUAP, pp.41-53.
- Pizarro, Ana María (2004), “Cairo + 10 - Diagnóstico Nacional Nicaragua, Proyecto de seguimiento a la implementación del Programa de Acción de la CIPD 2000-2003”, Nicaragua, FNUAP, pp.39-46.
- Population and Development Review (1999), “The United Nations on the Implementation of the Cairo Program of action”, Vol. 25, No. 3, pp. 615-617.
- PROFAMILIA (1993), “Encuesta sobre Salud Familiar-1993. Informe Final”, Managua, PROFAMILIA, pp. 3-4.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD (2000), “El Desarrollo Humano en Nicaragua 2000. Equidad para superar la vulnerabilidad”, Managua, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, pp. 33-66.
- Raney, Laura, Stephanie Joyce y John W. Townsend (2003), “¿Cuánto cuesta mejorar la calidad de la atención en salud reproductiva?”, en Kathleen Maguire (ed.), *Nuevas Perspectivas Sobre la Calidad de la Atención*, No. 5, Washington, D.C., Population Reference Bureau, pp. 1-8.
- Rani, Manju, María Elena Figueroa y Robert Ainsle (2003), “The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: Looking through the gender lens”, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 29, No. 4, pp. 174-181.

- Reinoso, Carmen y María José Alcalá (1999), *Desarrollo Humano Adolescente*, [Artículo de Internet] www.sexualidadjoven.cl/legislacion/legislacion_monitoreo_cairo_beijing.htm [Consulta 21 de Julio de 2004]
- Reynolds, Heidi, Emelita Wong y Heidi Tucker (2006), “Adolescents use of maternal and child health services in developing countries”, *A Journal of Peer-reviewed Research*, Vol. 32, No. 1, pp. 6-27.
- Robey, Bryant, Phyllis Wilson y Cynthia Salter (1994), “Family Planning lessons and challenges: making programs work” *Family Planning Programs*, Series J, No. 40, pp. 1-27.
- Rojas, Olga Lorena (2001), “El debate sobre los derechos sexuales en México”, *Sexualidad, Salud y Reproducción*, Documentos de Trabajo, No. 7, México, El Colegio de México, pp. 14-17.
- Schiavón, Rafaela, César Jiménez y Mirna Pérez (1997), “Métodos anticonceptivos en la adolescencia”, en Raúl Calzada León y Luis Miguel Dorantes Álvarez (eds.), *Fisiopatología de la pubertad y embarazo/anticoncepción en adolescentes*, III Encuentro Iberoamericano de Crecimiento, México, s.n., pp. 387-393.
- Schutt-Aine, Jessie y Matilde Magdaleno (2003), “Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas : implicaciones en programas y políticas”, Washington D.C., Organización Panamericana de la salud. pp. 10-29.
- Senderowitz, Judith (1997), “Logrando servicios de salud reproductiva amigables para adolescentes. Youth net, partners in reproductive health & HIV prevention, Washington, D.C., FOCUS on Young Adults, Pathfinder International, pp. 1-6.
- Senderowitz, Judith (1998), “Reproductive health programs for young adults: health facility programs”, Washington, D.C.FOCUS on young adults, Pathfinder International, pp. 1-6.
- Singh, Susheela (1998), “Adolescent childbearing in developing countries: a global review”, *Studies in Family Planning*, Vol. 29, No.2, pp. 117-136.
- Stephenson, Rob y Ami Ong Tsui (2002), “Contextual influences on reproductive health service use in Uttar Pradesh India”, *Studies in Family Planning*, Vol. 33, No. 4, pp.309-320.
- Stern, Claudio y Elizabeth García (1999), “Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente”, *Reflexiones Sexualidad, Salud y Reproducción*, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, pp.1-19.

- Stern, Claudio y Catherine Menkes (2008), “Embarazo adolescente y estratificación social”, Lerner Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo I*, México, El Colegio de México, pp. 347 a 395.
- Szasz, Ivonne (2001a), “Significados de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción. Análisis de entrevistas en profundidad a 13 mujeres que se practicaron la cirugía anticonceptiva en una zona rural del centro de México”, *Sexualidad, salud y reproducción*, Documentos de trabajo No. 3, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, pp. 1-37.
- Szasz, Ivonne (2001b) “La investigación sobre sexualidad y el debate sobre los derechos reproductivos en México”, en José Gómez de León Cruces y Cecilia Rabell Romero (coordinadores), *La población de México, tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, Consejo Nacional de Población y Fondo de Cultura Económica, pp. 365-397.
- United Nations (1994), “Program of Action of the United Nations International Conference on Population and Development, New York, United Nations.
- U.S. Census Bureau (2000), *Focus on Adolescent Fertility in the Developing World*, [Artículo de Internet] www.census.gov/ipc/prod/wp96/wp96071.pdf[Consulta 10 de Agosto de 2004]
- Welti, Carlos (2000), “Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México”, *Papeles de Población*, No. 26, CIEAP-UAEM, pp.43-87.
- Welti, Carlos (2005), “Inicio de la vida sexual y reproductiva “, *Papeles de Población*, No. 45, CIEAP-UAEM, pp.143-176.
- Zelaya, Elmer *et al.* (1997), “Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua”, *Journal of Adolescent Health*, Vol. 21, No. 39, pp. 39-46.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 2.1 Índice de masculinidad según área de residencia. Nicaragua 1993, 1998 y 2001	59
Cuadro 2.2 Porcentaje de mujeres en edad fértil por grupos quinquenales según años seleccionados. Nicaragua 1993, 1995, 1998 y 2001	60
Cuadro 2.3 Porcentaje de mujeres en edad fértil por grupos de edad según área de residencia. Nicaragua 1995, 1998 y 2001	61
Cuadro 2.4 Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por grupos de edad según escolaridad. Nicaragua 1995, 1998 y 2001	63
Cuadro 2.5 América latina y el caribe (19 países): uniones consensuales entre mujeres de 15 a 49 años de edad en unión marital. Décadas de 1970 a 1990.....	66
Cuadro 2.6 Edad mediana a la primera unión por grupos de edad. Nicaragua 1993, 1998 y 2001.....	67
Cuadro 2.7 Porcentaje de mujeres por edad a la primera unión según grupos de edad. Nicaragua, 1998 y 2001	68
Cuadro 2.8 Porcentaje de mujeres por área de residencia y edad a la primera unión según grupos de edad. Nicaragua, 2001	69
Cuadro 2.9 Distribución porcentual de mujeres por estrato socioeconómico y edad a la primera unión según grupos de edad. Nicaragua, 2001.....	70
Cuadro 2.10 Porcentaje de mujeres por nivel de escolaridad y edad a la primera unión según grupos de edad. Nicaragua, 2001	71
Cuadro 2.11 Porcentaje de mujeres por situación conyugal y edad a la primera unión según grupos de edad. Nicaragua, 2001	72
Cuadro 2.12 Tasas específicas de fecundidad para Centroamérica y México 1982-1987 a 1988-1993	74
Cuadro 2.13 Tasas de fecundidad adolescente (15-19 años). América Latina y el Caribe 1970-1975 y 1990-1995.....	75
Cuadro 2.14 Promedio de hijos nacidos vivos por grupos de edad según condición de unión de las mujeres. Nicaragua, 2001	82
Cuadro 2.15 Porcentaje acumulado de mujeres por grupos de edad según edad al primer hijo nacido vivo. Nicaragua, 2001	84
Cuadro 2.16 Porcentaje de mujeres de 15-19 años por lugar de residencia según si han tenido hijos nacidos vivos. Nicaragua 1998 y 2001	85
Cuadro 2.17 Distribución porcentual de las mujeres que iniciaron su vida reproductiva en la adolescencia por grupos de edad según escolaridad. Nicaragua, 2001.....	88
Cuadro 2.18 Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años por situación conyugal según si han tenido hijos vivos. Nicaragua 1998 y 2001	88

Cuadro 2.19	Porcentaje de mujeres embarazadas al momento de la encuesta por estado conyugal según grupos de edad. Nicaragua, 2001	92
Cuadro 2.20	Distribución porcentual de mujeres de 15 a 19 años alguna vez embarazadas por situación conyugal según escolaridad.	93
Cuadro 2.21	Porcentaje de mujeres de 20 años o más que han tenido al menos un hijo según amplitud del intervalo protogenésico. Nicaragua, 2001.....	94
Cuadro 2.22	Edad mediana de las mujeres a la primera relación sexual por grupos quinquenales de edad. Nicaragua, 1998 y 2001	95
Cuadro 2.23	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas por estrato socioeconómico según edad a la primera relación sexual. Nicaragua, 2001	97
Cuadro 2.24	Edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 20 a 49 años según nivel de escolaridad. Nicaragua, 1998 y 2001	98
Cuadro 2.25	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas por situación conyugal según edad a la primera relación sexual. Nicaragua, 2001	98
Cuadro 2.26	Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años que se embarazaron por primera vez antes de los 20 años por características sociodemográficas. Nicaragua, 2001	101
Cuadro 2.27	Distribución porcentual de las variables socioeconómicas y demográficas de las mujeres de 15 a 49 años. Nicaragua, 2001	109
Cuadro 2.28	Razón de momios asociados al embarazo antes de los 20 años respecto de las variables socioeconómicas y demográficas de las mujeres de 15 a 49 años. Nicaragua, 2001	110
Cuadro 2.29	Distribución porcentual de las variables socioeconómicas y demográficas de las mujeres de 15 a 49 años por estrato socioeconómico. Nicaragua, 2001	113
Cuadro 2.30	Razón de momios asociados al embarazo antes de los 20 años en mujeres de 15 a 49 años por estrato socioeconómico. Nicaragua, 2001	116
Cuadro 3.1	Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por lugar de residencia según si visitaron una unidad de salud en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001	129
Cuadro 3.2	Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente Activas estrato socioeconómico según si visitaron una unidad de salud En los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001.....	130
Cuadro 3.3	Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 sexualmente Activas por nivel de escolaridad según si visitaron una unidad de salud en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001.....	131
Cuadro 3.4	Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 sexualmente activas Por condición de unión, según si visitaron una unidad de salud en los Últimos 12 meses. Nicaragua 2001.....	132
Cuadro 3.5	Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas Por características seleccionadas según principales razones para no acudir a los servicios de salud en los últimos 12 meses. Nicaragua 2001.....	135

Cuadro 3.6 Porcentaje de mujeres por grupos de edad según conocimiento del ciclo ovulatorio. Nicaragua, 2001.....	140
Cuadro 3.7 Porcentaje de mujeres de 15-19 años por lugar de residencia según conocimiento del ciclo ovulatorio. Nicaragua, 2001.....	141
Cuadro 3.8 Porcentaje de mujeres de 15-19 años por estrato socioeconómico Según conocimiento del ciclo ovulatorio. Nicaragua 2001.....	141
Cuadro 3.9 Porcentaje de mujeres de 15-19 años por nivel de escolaridad según conocimiento del ciclo ovulatorio. Nicaragua, 2001.....	142
Cuadro 3.10 Porcentaje de mujeres de 15-19 años por situación conyugal según conocimiento del ciclo ovulatorio. Nicaragua, 2001.....	143
Cuadro 3.11 Porcentaje de mujeres de 15-19 años sexualmente activas por lugar de residencia según conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Nicaragua, 2001.....	144
Cuadro 3.12 Porcentaje de mujeres de 15-19 años sexualmente activas por estrato socioeconómico según conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Nicaragua, 2001.....	145
Cuadro 3.13 Porcentaje de mujeres de 15-19 años sexualmente activas por nivel de escolaridad según conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Nicaragua, 2001.....	146
Cuadro 3.14 Distribución porcentual de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas por situación conyugal según conocimiento y uso de anticonceptivos. Nicaragua, 2001.....	147
Cuadro 3.15 Porcentaje de mujeres de 15-49 años que utilizan métodos de planificación familiar en países seleccionados de América Latina.....	148
Cuadro 3.16 Distribución porcentual de mujeres alguna vez embarazadas por grupos de edad según uso de métodos anticonceptivos y situación conyugal. Nicaragua, 2001.....	150
Cuadro 3.17 Distribución porcentual de mujeres por grupos de edad según hijos vivos al primer uso de métodos anticonceptivos. Nicaragua, 2001.....	151
Cuadro 3.18 Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas que visitaron una unidad de salud durante los últimos 12 meses por lugar de residencia según si fueron informadas sobre planificación familiar. Nicaragua, 2001.....	152
Cuadro 3.19 Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas que visitaron una unidad de salud durante los últimos 12 meses por estrato socioeconómico según si fueron informadas sobre planificación familiar. Nicaragua, 2001.....	154
Cuadro 3.20 Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas que visitaron una unidad de salud durante los últimos 12 meses por nivel de escolaridad según si fueron informadas sobre planificación familiar. Nicaragua, 2001.....	154
Cuadro 3.21 Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas que visitaron una unidad de salud durante los últimos 12 meses por	

	condición de unión según si fueron informadas sobre planificación familiar. Nicaragua, 2001	165
Cuadro 3.22	Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años usuarias de anticonceptivos por características seleccionadas según última fuente de abastecimiento. Nicaragua, 2001	167

Cuadro 3.23	Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas usuarias de anticonceptivos por lugar de residencia según cantidad pagada por el método. Nicaragua, 2001	159
Cuadro 3.24	Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas usuarias de anticonceptivos por estrato socioeconómico según cantidad pagada por el método. Nicaragua, 2001	160
Cuadro 3.25	Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas usuarias de anticonceptivos por nivel de escolaridad según cantidad pagada por el método. Nicaragua, 2001	161
Cuadro 3.26	Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por lugar de residencia según persona que proporcionó la atención prenatal. Nicaragua, 2001	163
Cuadro 3.27	Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por estrato socioeconómico según persona que proporcionó la atención prenatal. Nicaragua, 2001	164
Cuadro 3.28	Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por nivel de escolaridad según persona que proporcionó la atención prenatal. Nicaragua, 2001	165
Cuadro 3.29	Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por condición de unión según persona que proporcionó la atención prenatal. Nicaragua, 2001	166
Cuadro 3.30	Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por lugar de residencia según persona que proporcionó la atención al parto. Nicaragua, 2001	168
Cuadro 3.31	Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por estrato socioeconómico según persona que proporcionó la atención al parto. Nicaragua, 2001.....	170
Cuadro 3.32	Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por nivel de escolaridad según persona que proporcionó la atención al parto. Nicaragua, 2001	170
cuadro 3.33	distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su último hijo antes de los 20 años por condición de unión según persona que proporcionó la atención al parto. Nicaragua 2001.....	171
Cuadro 3.34	Mortalidad neonatal, postneonatal, infantil y en la niñez ^a para los diez años anteriores a la encuesta según edad de la madre al nacimiento. Nicaragua 2001	173
Cuadro 3.35	Tasas de mortalidad infantil y en la niñez para países seleccionados de América Latina. 1994-2001	174
Cuadro 3.36	Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por lugar de residencia según si se realizaron papanicolaou en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001.....	175

Cuadro 3.37 Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por estrato socioeconómico según si se realizaron papanicolaou en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001	176
Cuadro 3.38 Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por nivel de escolaridad según si se realizaron papanicolaou en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001	176
Cuadro 3.39 Distribución porcentual de las mujeres de 15-19 años sexualmente activas por condición de unión según si se realizaron papanicolaou en los últimos 12 meses. Nicaragua, 2001	177

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1 Distribución porcentual de la población por edad y sexo. Nicaragua 1995.....	57
Gráfico 2.2 Distribución porcentual de la población por edad y sexo. Nicaragua 1998.....	58
Gráfico 2.3 Distribución porcentual de la población por edad y sexo. Nicaragua 2001.....	58
Gráfico 2.4 Porcentaje de mujeres en edad fértil por grupos de edad Según estrato socioeconómico. Nicaragua, 2001.....	62
Gráfico 2.5 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 19 años según situación conyugal. Nicaragua 1993, 1995, 1998 y 2001.....	64
Gráfico 2.6 Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad para períodos quinquenales que precedieron la ENDESA 2001. Nicaragua, 2001.....	73
Gráfico 2.7 Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad y área de residencia. Nicaragua, 1998 y 2001.....	77
Gráfico 2.8 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres por grupos de edad y lugar de residencia. Nicaragua, 2001.....	78
Gráfico 2.9 Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad según estrato socioeconómico. Nicaragua, 2001.....	79
Gráfico 2.10 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres por grupos de edad según estrato socioeconómico. Nicaragua, 2001.....	79
Gráfico 2.11 Tasas específicas de fecundidad según nivel de escolaridad por grupos de edad. Nicaragua, 2001.....	80
Gráfico 2.12 Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad según situación conyugal. Nicaragua, 2001.....	83
Gráfico 2.13 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres por grupos de edad según si iniciaron o no su vida reproductiva en la adolescencia. Nicaragua, 2001.....	84
Gráfico 2.14 Porcentaje de las mujeres de 15 a 19 años por estrato socioeconómico según si han tenido hijos nacidos vivos. Nicaragua, 2001.....	86

Gráfico 2.15 Distribución porcentual de mujeres de 15 a 19 años según si han tenido hijos y nivel de escolaridad. Nicaragua, 2001.....	87
Gráfico 2.16 Porcentaje de mujeres embarazadas al momento de la encuesta por grupos de edad según lugar de residencia. Nicaragua, 2001.....	89
Gráfico 2.17 Porcentaje de mujeres embarazadas al momento de la encuesta Por estrato socioeconómico según grupo de edad. Nicaragua, 2001.....	90
Gráfico 2.18 Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas por estrato socioeconómico según grupo de edad. Nicaragua, 2001.....	91
Gráfico 2.19 Edad mediana de las mujeres a la primera relación sexual Por grupos de edad y área de residencia. Nicaragua, 2001.....	96