

La salud sexual y reproductiva en las mujeres de Matagalpa

(Análisis de expedientes)



Colectivo de Mujeres de Matagalpa
(Enero 1998 – Julio 2005)

Realizado por: Área de Salud del Colectivo de Mujeres de Matagalpa (Nicaragua) 2005

Índice

Introducción	3
Objetivo	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Metodología	6
Resultados y análisis.....	7
Características de las mujeres	7
Perfil Sexual y Reproductivo.....	11
Violencia	16
Situación de violencia en la actualidad	17
Motivo inicial de atención	18
Conclusiones	19
Recomendaciones	21

Introducción

El área de salud del Colectivo de Mujeres de Matagalpa está organizada en cuatro programas: Trabajo comunitario, Salud sexual y reproductiva, Fortalecimiento de la calidad de atención brindada por el personal de salud y Organización comunitaria y desarrollo comunal.

Uno de los componentes del trabajo comunitario es la atención directa en salud, cuyo objetivo es "brindar atención en salud preventiva y curativa con énfasis en salud sexual y reproductiva, de calidad, con calidez y accesible a las mujeres que demanden los servicios en la comunidad y en la clínica del colectivo, fortaleciendo los mecanismos de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud".

En 1991 se inicia el proyecto "Con nuestras propias palabras" una experiencia de alfabetización con parteras vinculando capacitación en género y salud. Al siguiente año se crea la modalidad de trabajo comunitario en dos comarcas que incluye talleres educativos sobre el derecho a la salud, atención prenatal y uso de métodos anticonceptivos. En la actualidad se trabaja en 13 comarcas.

Ambas experiencias crearon la necesidad de buscar una alternativa para dar respuesta a las mujeres que no podían ser atendidas en la comunidad por las condiciones de los lugares de reunión y aquellas que eran referidas por las parteras.

Se creó un espacio de atención en los locales del Colectivo donde se recibía a las mujeres de forma espontánea según demanda. No fue hasta el año 1998 que se estableció un día de atención semanal con personal dedicado exclusivamente a este fin y se implementó el expediente individual de forma sistemática para todas las mujeres, aunque había algunas que ya contaban con él desde años anteriores.

Actualmente se atiende en cuatro ambientes. El modelo de atención brindada incluye una serie de principios basados en el protagonismo de la mujer, ambiente de confianza, espacio íntimo, partir del conocimiento de la persona, su entorno, situaciones de violencia, etc. Se le comunica los procedimientos que se debe realizar, brindando toda la información (oral, escrita) para que sea la mujer quien decida si quiere o no realizárselo.

Todas las usuarias cuentan con expediente manuscrito y computarizado.

En doce de las trece comarcas donde se realiza el trabajo comunitario existe una "casa de la mujer" que permite desarrollar la actividad informativa y que cuenta con un cuarto privado donde brindar la atención en salud cada dos meses. (En la que falta ya está en proceso de construcción)

Hemos incorporado en la atención el componente de violencia de género y vivencia de las relaciones sexuales por considerar que son dos aspectos que influyen de manera directa en la salud de las mujeres. En noviembre de 1996 el Ministerio de Salud reconoció que la violencia intrafamiliar es un grave problema de salud pública y en agosto 2001 se publican las Normas y Procedimientos para la Atención de la violencia Intrafamiliar.

En todos estos años hemos acumulado una cantidad de información sobre las mujeres con las que interactuamos, que nos permite poder desarrollar intervenciones preventivas en diferentes ámbitos: prevención del cáncer cervico uterino, ITS- VIH-SIDA, embarazo en adolescencia, violencia de género, así como en aportar evidencias sobre la situación de la mujer en los aspectos de salud sexual y reproductiva.

Esta investigación, toma como base de análisis los expedientes de la atención directa brindada por el colectivo, para analizar el perfil social, productivo, reproductivo y situacional de las mujeres que llegan a solicitar la atención en salud.

Objetivo

Objetivo general

- Analizar los expedientes clínicos de las mujeres que solicitaron atención en salud al Colectivo de Mujeres de Matagalpa, desde 1998 hasta julio 2005, para enfocar los procesos informativos y de acceso a la salud en los aspectos más vulnerables.

Objetivos específicos

- Describir las características de las mujeres que recibieron atención por parte del área de salud del Colectivo de Mujeres de Matagalpa (edad, escolaridad, estado civil, ocupación)
- Identificar el perfil sexual y reproductivo de las mujeres que fueron atendidas por el personal de salud del CMM (edad de la primera relación sexual, edad del primer embarazo, número de embarazos, número de partos, número de abortos, uso de métodos anticonceptivos, método definitivo, realización del Papanicolau, presencia de ITS, vivencia de las relaciones sexuales)
- Evidenciar las situaciones de violencia vividas por las mujeres atendidas por el personal de salud del CMM en algún momento de su vida y en la actualidad y quien fue el agresor.
- Clasificar el motivo inicial de demanda (atención general, atención ginecológica, embarazo, uso de métodos anticonceptivos, embarazo no planificado)

Metodología

Para este análisis de expedientes contamos con la base de datos de 9.369 expedientes (7.001 de la clínica del CMM, y 2.368 de las comunidades).

Se definieron criterios de inclusión y exclusión, descartando aquellos expedientes con datos relevantes incompletos, los inactivos desde el año 2000 y los expedientes correspondientes a la atención brindada a hombres.

Se analizan un total de **8.287** expedientes de los cuales 1.938 corresponden a mujeres de las zonas rurales atendidas mayoritariamente en sus respectivas comunidades y 6.349 expedientes abiertos en la clínica del CMM y que fundamentalmente corresponden a mujeres que habitan en la zona urbana de Matagalpa (barrios marginales), zonas rurales donde el CMM no desarrolla el programa de trabajo comunitario, otros municipios del departamento (San Ramón, Sébaco, Darío, Matiguás, La Dalia) y en menor porcentaje otras ciudades más alejadas (Estelí, León, Managua).

Resultados y análisis

Este trabajo recoge la información de **8.287** expedientes clínicos de mujeres atendidas por el personal del área de salud del colectivo de Mujeres de Matagalpa, durante el periodo de enero de 1998 hasta julio del 2005.

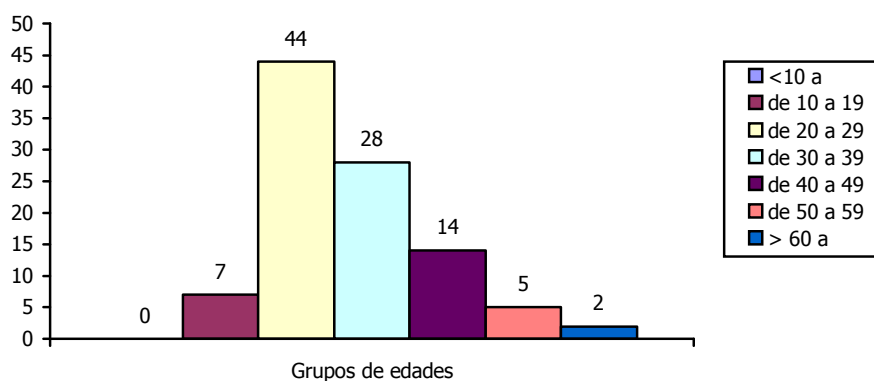
Características de las mujeres

Edad

En el año del estudio

La distribución por grupos de edad está hecha en base a la edad que tenían las mujeres en el momento del estudio (julio 2005). Casi la mitad 3.629 (44%) corresponden al grupo de 20 a 29 años y va disminuyendo conforme aumenta la edad, 595 (7%) corresponde a adolescentes.

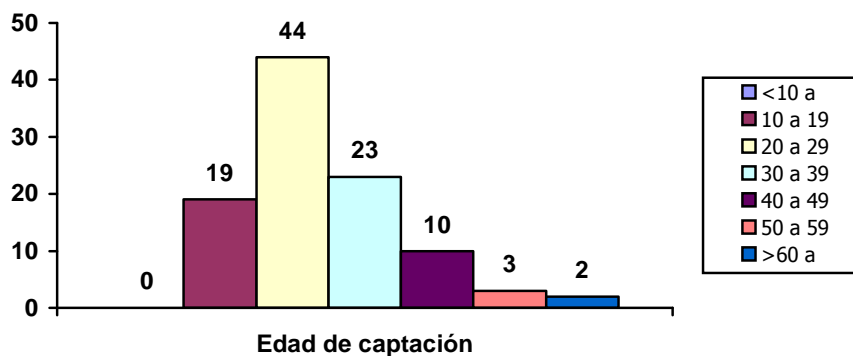
Gráfico1.- Grupo de edad de las mujeres en el momento del estudio. Julio 2005



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

En el año de la captación

Gráfico 3.- Grupo de edad de las mujeres en el momento de la captación



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

En el gráfico 2, vemos la edad de las mujeres pero en el momento de la captación. 1.372 mujeres (19%) de las 7.161 que tenemos el dato, tenían 19 o menos años en el momento de la captación, lo que nos hace considerar que el CMM es punto de referencia para adolescentes.

El CMM atiende en su mayoría a mujeres jóvenes y en edad reproductiva.

Escolaridad

Todos los estudios coinciden en afirmar que personas que han asistido a los primeros cursos escolares de primaria y no han continuado los estudios, regresan al paso de los años a ser considerados analfabetas.¹

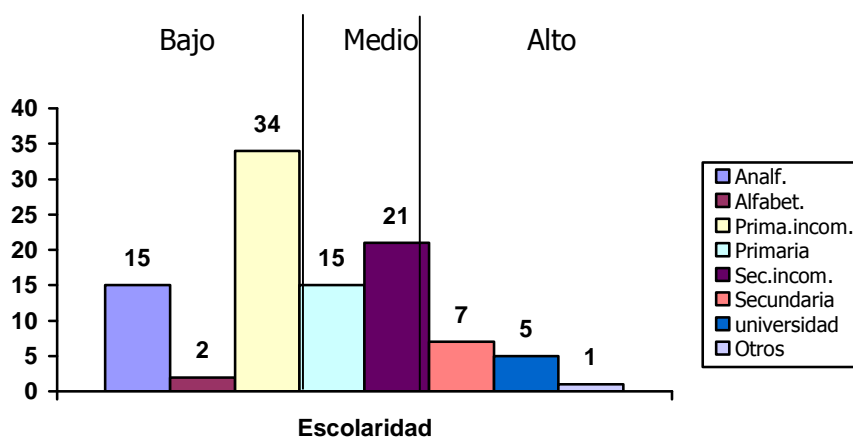
Tomando en cuenta esta consideración y para efectos del análisis, dividimos en tres grandes grupos esta variable: nivel bajo que incluye a las mujeres analfabetas y que no han concluido la primaria, medio las que terminaron primaria y han logrado algún grado de secundaria y alto las que han terminado secundaria y han accedido a la universidad, carreras técnicas, magisterio, computación, etc.

4.185 mujeres (51%) están en el nivel bajo, 2.944 (36.7%) han alcanzado un nivel medio de estudios. Sólo 1.078 (13.4%) están en un nivel alto.
(Hay 75 sin dato y 5 menores)

Las mujeres atendidas por el CMM en la atención de salud tienen poco acceso a la educación, la mitad son analfabetas o analfabetas funcionales.

¹ Hoja informativa sobre Nicaragua (2003) en Google da una tasa de analfabetismo en mujeres de 32,2%
Endesa 2001, 23.7% mujeres sin educación en el departamento de Matagalpa

Gráfico 3.- Nivel de escolaridad de las mujeres atendidas



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

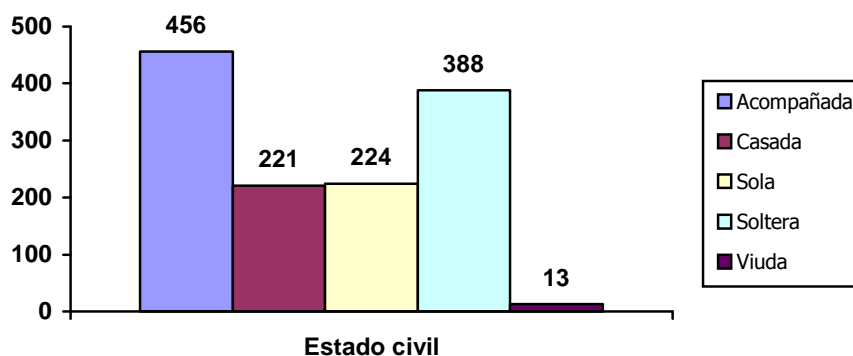
Estado civil

Contamos con esta información en 1.302 mujeres, corresponde a una información que consta en el expediente pero que fue introducida en la base de datos en el último año.

677 mujeres (52%) refieren tener una pareja estable entre casadas y acompañadas y 625 (48%) manifiestan no contar con pareja estable por estar solas, solteras o viudas. Consideramos solteras las que por decisión no conviven con pareja y solas las mujeres que han sido abandonadas o ellas han terminado la relación. 224 mujeres (17%) refieren estar solas.

Aunque algo más de la mitad de las mujeres dicen contar con una relación estable, es difícil analizar esta variable dado que el estado civil sufre cambios con bastante frecuencia.

Gráfico 4.- Estado civil de las mujeres atendidas



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

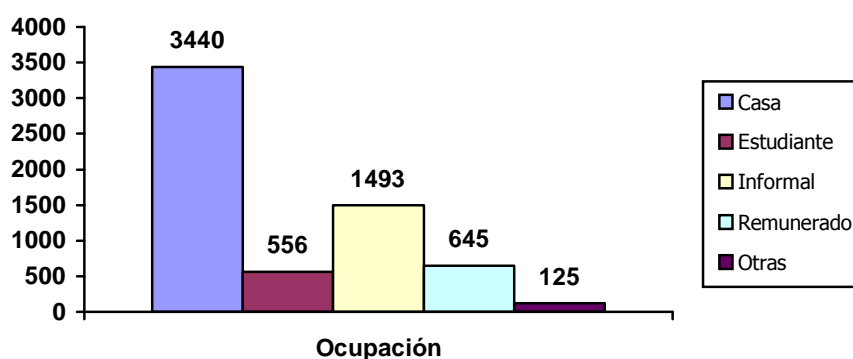
Ocupación

Tenemos información de 6.271 mujeres, 3.440 realizan trabajo no remunerado (55%), 1.493 mujeres (24%) están en el sector informal (trabajo doméstico, ambulante, comercio, trabajo sexual, etc), 645 mujeres (10%) realizan trabajo remunerado en salud, educación, administrativo y obreras, 556 dicen estar estudiando (9%), 125 mujeres (2%) están incluidas en otras ocupaciones (privadas de libertad, artesanas, comunicadoras, militares, etc)

Las mujeres atendidas en salud en el CMM tienen muy poco acceso a un trabajo que recoja los derechos laborales (contrato, INNS, Jubilación) las oportunidades de las mujeres se ven disminuidas por los roles tradicionales, el acceso a la educación y la competencia en el mundo laboral cualificado.

El hecho de que en el CMM se brinde atención privada a muy bajo costo económico (colaboración voluntaria de 5 cs. por visita, subvención de medicamentos y exámenes) influye en el perfil de usuarias.

Gráfico 5.- Ocupación de las mujeres atendidas



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

Perfil Sexual y Reproductivo

Edad de la primera relación sexual

De las 8.287 mujeres con expediente, 235 (2.8%) no han tenido relaciones sexuales.

De las 8.052 mujeres que sí han tenido, en 248 (3%) su primera relación fue producto de una violación.

Las 66 que tuvieron relación sexual antes de los 10 años en todas fue producto de violación.

De las 1.258 que tuvieron su primera relación de los 10 a 14 años, 110 fueron víctimas de violencia sexual.

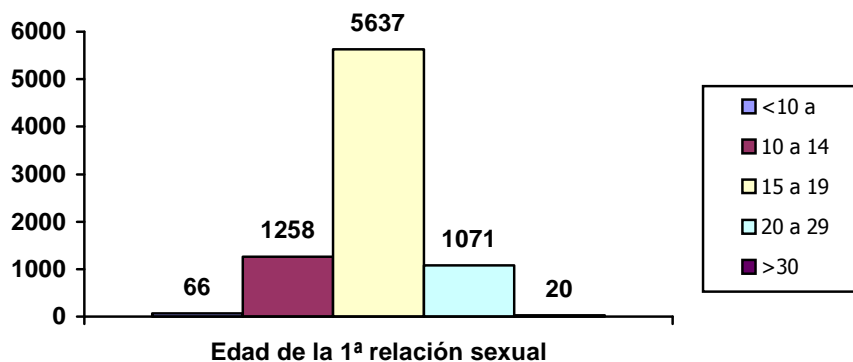
De las 248 que fueron violadas, solo 8 tuvieron relación sexual voluntaria posterior a los 20 años.

6.961 mujeres (86%) han tenido su primera relación antes de los 20 años y 1.324 (16.4%) antes de los 15 años.

El promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales, sin contar las que fueron víctimas de violación, es de 16 años.

ENDESA 2001 reporta una mediana de 17.7 años de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres en el departamento de Matagalpa y a nivel nacional de 17.9 entre las mujeres de 20 a 49 años.

Gráfico 6.- Edad de la primera relación sexual en las mujeres atendidas



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

Edad del primer embarazo

De las 8.052 mujeres que han tenido relaciones, 495 (6%) no han estado nunca embarazadas.

5.355 mujeres (66.5%) de las que sí han estado embarazadas, ha sido antes de los 20 años y 234 (3%) antes de los 15 años.

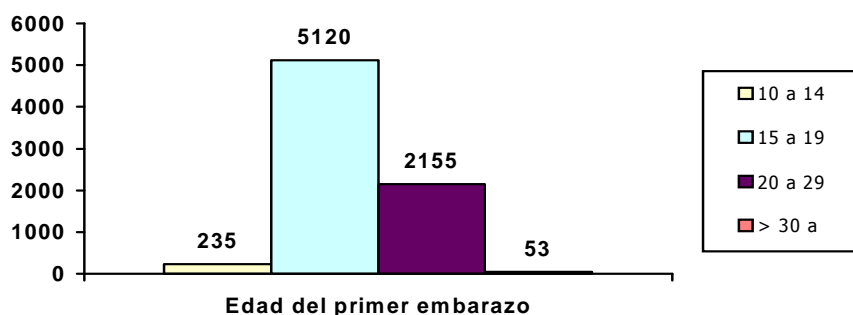
Si bien es un derecho decidir sobre las relaciones sexuales, es evidente la no protección ante las mismas dando como resultado un alto porcentaje de embarazos a temprana edad.

7 de cada 10 mujeres han tenido su primer embarazo antes de los 20 años, si lo unimos al rol tradicional del cuidado de los hijos que recae en las mujeres, las dependencias económicas de lo que significa la crianza de las hijas e hijos y el cese de actividades sociales y educativas por esta causa, podemos afirmar que el embarazo a temprana edad se convierte en una dificultad para la participación activa de las mujeres en la sociedad y el ejercicio de los derechos humanos fundamentales.

Nicaragua es el país con más alta tasa de embarazos en la adolescencia de América Latina (27% del total). La fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años fue reportada en 158x1000 en el 90 y 119x1000 en el 2002².

De las 575 mujeres de 14 a 19 años, 333 (58%) han estado embarazadas.

Gráfico 7.- Edad del primer embarazo de las mujeres atendidas



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

Número de embarazos

El rango de embarazos está comprendido entre 0 y 23 embarazos por mujer.

De las 8.052 mujeres que han tenido relaciones sexuales, 4.341 (54%) han tenido de 1 a 3 embarazos, 905 (11%) han tenido más de 8.

Entre las 7.557 mujeres que han estado embarazadas, suman 29.443 embarazos haciendo un promedio de 3.89 embarazos por mujer. 495 mujeres (6%) no han estado nunca embarazadas.

La tasa global de fecundidad para el departamento de Matagalpa se estima en 3.5 hijas/os por mujer (ENDESA 2001)

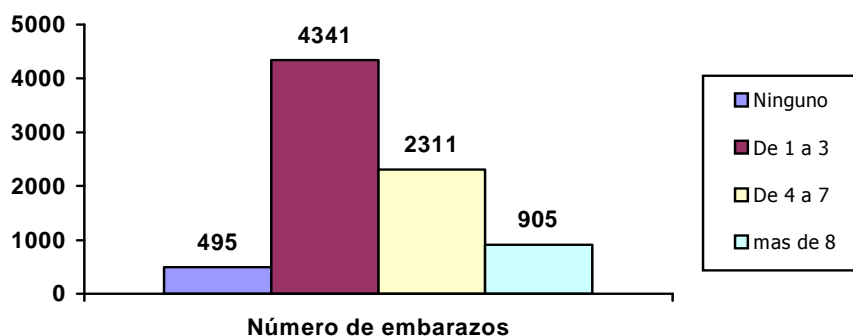
La tasa de fecundidad en España es de 1,24 hijas/os por mujer

Según los estudios y normas de riesgo obstétrico está el número de embarazos, considerando 4 o más embarazos como un factor de riesgo. Casi la mitad de las mujeres atendidas tienen este factor de riesgo. Además debemos considerar el promedio de edad, la mitad está en el

² 2003, Plan Nacional de Salud, Situación del Sector Salud, MINSA

grupo de edad de 20 a 29 años, en plena etapa reproductiva, que si no toman medidas preventivas el promedio de embarazos por mujer aumentará.

Gráfico 8.- Número de embarazos de las mujeres atendidas



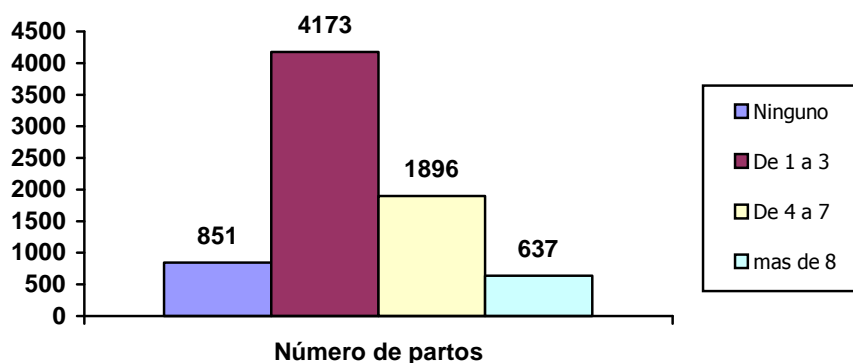
Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

Total de partos

De las 7.557 mujeres que han estado embarazadas, 6.706 mujeres han parido (89%) 851 han estado embarazadas y no han parido, 451 el embarazo terminó en aborto y 400 estaban embarazadas en el momento del estudio no sabiendo si el embarazo llegó a término. Entre las 6.706 mujeres que han parido suman un total de 23.806 partos, para un promedio de 3.5 partos por mujer.

El promedio de nacidos en mujeres de mas de 40 años (considerada paridez completa) es de 6.3, ENDESA 2001 reporta para el departamento de Matagalpa 6.4 hij@s por mujer. Hay 1.266 embarazos que en el momento del corte del estudio no contamos con la información.

Gráfico 9.- Número de partos de las mujeres atendidas



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

Mujeres embarazadas vs abortos

De las 7.557 mujeres que han estado embarazadas, 4.477 (60%) no han tenido nunca abortos, 3.080 mujeres sí, de éstas, 1.469 (48%) lo han interrumpido de forma voluntaria. De 29.443 embarazos, 4.371 (14.8%) terminaron en aborto, de estos 1.661 (38%) han sido interrupciones voluntarias.

Cuando se investiga a fondo la situación del embarazo no planificado y se brinda la confianza a la mujer para poder expresarse libremente garantizando la confidencialidad y el respeto a su decisión sin ser juzgada, las mujeres admiten el haber practicado en algún momento una interrupción del embarazo o regulación de la menstruación con algún método.

A nivel mundial se considera que el 22% de los embarazos terminan en un aborto inducido (2003. Population Referente Bureau). Según la OPS, en América Latina 1 de cada 3 mujeres que salieron embarazadas lo interrumpieron voluntariamente (La Salud de las Américas 1998) La OMS calcula que en América Latina por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años se practica 30 abortos inseguros.

En España en el 2004 se reportaron 84.985 IVE una tasa promedio de 7/1000 mujeres

Uso de métodos anticonceptivos

De las mujeres que han tenido relaciones sexuales, 6.128 (76%) han usado en algún momento de su vida algún método anticonceptivo, 2.859 mujeres (46%) han hecho uso de varios métodos.

Como método exclusivo, 1.749 mujeres (28%) han utilizado anticonceptivos orales, 844 (14%) inyectables mensuales o trimestrales, 325 (5%) diu y 268 (4%) condón.

870 mujeres (11%) han sido esterilizadas quirúrgicamente, de ellas 58 (6%) tienen en la actualidad menos de 30 años. La edad promedio de las mujeres en el momento de la esterilización es de 29 años y un 24% antes de los 25 años (ENDESA 2001 registra una edad promedio de las mujeres al momento de operarse de 30 años, y un 17% antes de los 25 años) Una de cada cuatro mujeres no ha utilizado nunca protección.

La inestabilidad en el uso de métodos anticonceptivos y en particular el poco uso del condón evidencia la vulnerabilidad hacia embarazos y transmisión de ITS-VIH.

En el 2004, el Plan Nacional de Salud reporta que "el uso de anticonceptivos seguros está asociado con el nivel educativo, domicilio, situación socio-económica y nivel de consumo; así el 47.4% de las más pobres y el 70.1% de las de estratos más acomodados usa anticonceptivos seguros".

En España aún teniendo en cuenta el acceso a la información y a la atención un 7.2 de mujeres en edad fértil están en riesgo de embarazos o ITS por no utilizar métodos o por utilizar métodos de baja eficacia.

Realización de Papanicolau

De 6.302 mujeres en edad fértil que tenemos dato, 4650 (74%) se han realizado la toma de pap en algún momento de su vida. De estas, 2885 solamente una vez (60%). 1121 mujeres (24%) no se le han tomado en los últimos 5 años. Sólo 4 mujeres se lo han tomado anual en los últimos 5 años.

Según las Normas de Prevención y atención del cáncer cérvico uterino MINSA 2000 se recomienda PAP anual en caso de reporte negativo. En las que se están revisando en la actualidad, aunque mantienen el PAP anual para los negativos, orientan repetir citología a los 4-6 meses en lesiones intraepiteliales e incluso en inflamación severa.

De las 458 mujeres que se tomaron PAP en el primer semestre del año 2005, 171 (37%) era la primera vez, 87 (19%) se lo habían tomado el año anterior, 99 (22%) en el año 2003, 47 (10%) en el 2002, 54 mujeres (12%) hacía 4 o mas años.

De 6.703 resultados de citologías vaginales, hay presencia de VPH en 334 (5%) y en 106 está asociado a algún grado de displasia. En 64 muestras reportan sólo algún grado de displasia, lo que significa que en 398 (6%) hay lesiones que pueden derivar en un proceso maligno.

En 18 muestras ya reportan carcinoma cervical.

Historia de ITS

Tenemos información de 7.962 mujeres (incluimos menores y las que no han tenido relaciones pues algunas manifiestan haber tenido alguna ITS). 2.623 mujeres (33%) dicen haber tenido en algún momento una ITS que no siempre ha sido confirmada.

En 734 mujeres (9%) hay presencia de bacterias (cocos, gardnerella), 543 (7%) sólo manifiestan flujo sin especificar o no saber, 434 (5%) candidas, 329 (4%) hay presencia de VPH y en 348 (4%) tricomonas y en menos porcentajes, condilomas, gonorrea, sífilis y otras.

188 mujeres manifiestan haber tenido más de una ITS.

Estos datos confirman la vulnerabilidad y riesgo de las mujeres ante las relaciones sexuales desprotegidas. Esta práctica sexual de riesgo es más preocupante ante el riesgo de transmisión de VIH, de hepatitis B y de VPH.

Vivencia de las relaciones sexuales

En el último año se ha incorporado en el protocolo de atención del colectivo el investigar sobre la vivencia las relaciones sexuales, a raíz del aumento de mujeres que manifestaban insatisfacción y problemas con la pareja por la inapetencia a las relaciones.

De 488 mujeres entrevistadas, 94 (19%) manifiestan que en la actualidad no tienen relaciones por no tener pareja. De las 384 mujeres que sí tienen, 273 (71%) manifiestan que son satisfactorias, 31 (10%) consideran que son por cumplir, por obligación o por trabajo; 28 (7%) dicen que a veces, mas o menos, y 8 (2%) no tienen relaciones aunque si tienen pareja.

Según la información de esta muestra de mujeres, una de cada cuatro mujeres no vivencia la relación sexual como un aspecto gratificante.

Violencia

Violencia en algún momento de la vida

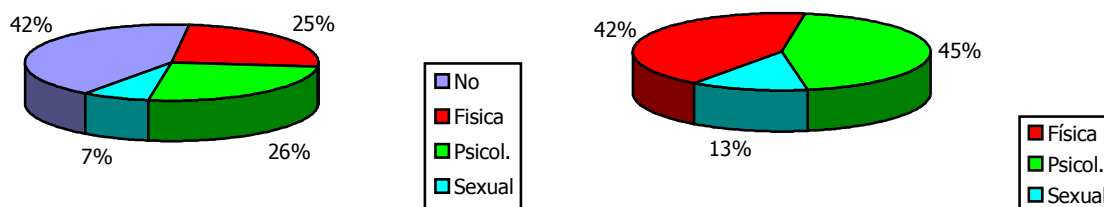
Tenemos dato de 7.946 mujeres de las cuales 3.342 (42%) manifiestan no haber recibido violencia en ningún momento de su vida.

4.604 mujeres (58%) dicen haber recibido violencia física, psicológica o sexual. Consideramos que las mujeres que han recibido violencia sexual, la sufren también física y psicológicamente y las que han vivido violencia física también han sufrido la psicológica, pero sólo registramos un tipo.

Una de cada dos mujeres reconoce haber vivido violencia en algún momento de su vida. No se toma en cuenta la violencia actual, pues se analiza en el siguiente apartado.

En la investigación "*Confites en el infierno*" (Nicaragua 1995) reportan que un 60% de las mujeres entrevistadas han sido víctimas de violencia en algún momento de su vida.

Gráfico 10.- Situación de violencia en algún momento de su vida en las mujeres atendidas



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

¿Quién la ejerció?

La mayoría de las mujeres que han vivido violencia física o psicológica en algún momento de su vida, manifestaron que el agresor fue el compañero. En cambio la violencia sexual fue ejercida en igual proporción tanto por familiares como por otras personas.

Entendemos por familiar cualquier parentesco que no incluye pareja o expareja: padre, madre, tí@s, cuñad@s, abuel@s, herman@s.

En 3.091 mujeres (67%) la violencia fue ejercida por la pareja.

En "Confites en el infierno" registran que de 360 mujeres que han estado casadas o unidas alguna vez, el 52% han sufrido por lo menos un episodio de violencia por parte de su compañero.

Tabla 1.- Relación agresor-víctima

	Familiar	Pareja	Otros	TOTAL
Física	284(15%)	1631(84%)	37(2%)	1952(42%)
Psicológica	474(23%)	1381(67%)	208(10%)	2063(45%)
Sexual	257(44%)	79(13%)	253(43%)	589(13%)
TOTAL	1015(22%)	3091(67%)	498(11%)	4604

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

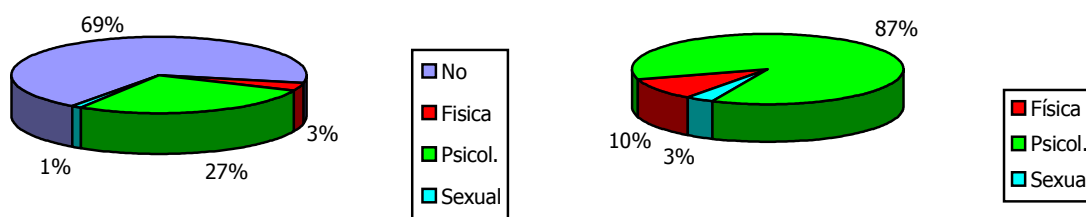
Situación de violencia en la actualidad

En cada atención se pregunta a la mujer de forma sistemática sobre su situación de violencia actual, teniendo información de 5.532 mujeres, de las cuales 3.775 (68%) manifiestan no estar viviendo violencia en el momento actual.

Una de cada tres mujeres vive actualmente alguna situación de violencia.

Aunque en la globalidad si lo comparamos con el grafico 10 se podría deducir que hay menos violencia, hay que tener en cuenta que las mujeres que han vivido sobre todo agresiones físicas y sexuales, las secuelas psicológicas son difíciles de superar y no desaparecen en el curso de la vida.

Gráfico 11.- Situación de la violencia actual en las mujeres atendidas



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

¿Quién la ejerce?

1.202 mujeres (68.4%) reconocen al compañero o excompañero como agresor de la violencia. En la historia de las mujeres es fácil reconocer la violencia sexual sobre todo por la propia pareja, por el rol establecido muchas no reconocen la violencia sexual a las que están sometidas "si no tengo relaciones me deja por otra", "cuando me ocupa no siento nada", "aunque no tenga ganas es mi deber", "si una tiene marido, para eso es"

Tabla nº 2: Relación del agresor con la mujer que esta viviendo violencia

	Familiar	Pareja	Otros	TOTAL
Física	24(13%)	151(83%)	7(4%)	182(10%)
Psicológica	324(21%)	1034(68%)	160(11%)	1518(86%)
Sexual	11(19%)	17(30%)	29(51%)	57(3%)
TOTAL	359(20.4%)	1202(68.4%)	196(11.2%)	1757

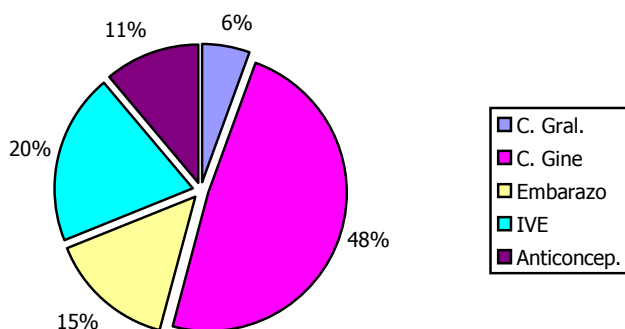
Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

Motivo inicial de atención

Tomando en cuenta nuestro perfil en la atención en salud sexual y reproductiva, tenemos clasificado el motivo de atención inicial en: consulta ginecológica que incluye toma de papanicolau, menopausia, mamas, its, orientaciones sexuales, etc; uso de métodos anticonceptivos; embarazo; trastornos menstruales y consulta general.

Prácticamente la mitad de las mujeres acuden en su primera visita por consulta ginecológica, sin embargo consideramos importante que a nivel global una de cada cinco consultas iniciales se deba a trastornos de la menstruación.

Gráfico 14- Motivo inicial de consulta en las mujeres atendidas



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (1998-jul.2005)

A pesar de la poca demanda que tienen los métodos anticonceptivos como primer motivo de atención, durante el año 2005 de 5.804 actos realizados, 815 (14%) fueron debidos a uso de métodos. De 1.876 mujeres que fueron atendidas en el año, 482 (26%) recibieron métodos anticonceptivos en algún momento.

Conclusiones

- El bajo nivel de escolaridad y ocupaciones en el sector informal o "ama de casa" son las características principales de las mujeres que reciben atención en salud en el colectivo de mujeres de Matagalpa. También somos referente para estudiantes y adolescentes. El modelo de atención con calidad y calidez y el bajo costo económico favorece a este sector desprotegido y con muy bajos ingresos.

El nivel educativo bajo es una dificultad para el trabajo de prevención, información y educación, ello hace que el colectivo tenga que diseñar estrategias IEC adaptadas a las poblaciones con las que trabajamos. Contando con una amplia gama de material educativo y metodologías de comunicación adaptado.

La inestabilidad en las relaciones es una constante en la vida de las mujeres. Por un lado se crea una gran dependencia afectiva, pero por otra hay muy poca solidez en la relación.

- El inicio de la vida sexual a temprana edad conlleva riesgos a corto y largo plazo si no hay un conocimiento y decisión sobre el propio cuerpo. Se detecta poco cuidado de la salud a juzgar por el aumento de ITS, embarazos en adolescentes, embarazos no planificados, discontinuidad en el papanicolau a pesar de la promoción que desde hace unos años se lleva a cabo.

Hay una percepción muy limitada sobre la satisfacción sexual. En muchas mujeres todavía no está incorporado el NO y consideran que es su deber complacer, se sienten propiedad de y dependientes económica y afectivamente. Valoramos como muy positivo el abordaje de este punto, pues permite que las mujeres expresen sentimientos que creen no se debe hablar.

- Se constata una vez más que en el núcleo familiar, donde supuestamente estamos protegidas, es donde se viven la mayoría de las situaciones de violencia. Se evidencia en la pareja más la identificación de la violencia física y psicológica que la sexual. La violencia sexual a menores es una agresión que muchas mujeres han vivido y esto conlleva a secuelas en su satisfacción sexual, y en algunas mujeres esta agresión es el desencadenante de violencia en la pareja cuando se decide explicarlo y compartirlo.³
- Valoramos como positivo el aumento de demanda de las mujeres por su salud, sobre todo la salud reproductiva, sin embargo constatamos que el uso de métodos eficaces para la prevención de embarazos e ITS es todavía muy escaso, y se refleja al analizar el motivo inicial de la demanda de atención. Cambiar la práctica del comportamiento de relaciones sexuales protegidas o de bajo riesgo es muy difícil ya que por un lado hay una presión social a relacionar la sexualidad con la reproducción disminuyendo la posibilidad de relaciones placenteras y de menor riesgo, y por el otro lado sectores tradicionales como son las iglesias que influyen muy negativamente con sus discursos

³ La violencia es un problema de desigualdades de derechos de las mujeres. Algunos datos mundiales no presentan una panorámica más alentadora (ver anexo)

de doble moral a que las personas puedan tener una práctica sexual responsable y protegida.

Realizar este análisis nos ha permitido como equipo tener una visión más amplia de nuestro trabajo, así como detectar aspectos a mejorar en la recogida de información para la sistematización y análisis posterior.

Nos motiva a continuar diseñando estrategias, modelos y metodologías innovadoras que permitan incidir en el ejercicio de los derechos fundamentales y de los derechos sexuales reproductivos para todas las personas y sobre todo para las mujeres, y nos reafirma que la inequidad de género y el sometimiento y manipulación de las mujeres es un patrón mundial que corresponde a la legalización de la injusticia hacia las mujeres, desprotegiéndolas judicial y socialmente y enmarcándolas en ser propiedad de otros. Países con mayor desarrollo económico, acceso a educación, nivel de vida, control social, participación, salud, como por ejemplo España tiene unas estadísticas en relación a los derechos y salud sexual reproductiva muy lejos de lo que podría reflejar una sociedad con igualdad, por eso consideramos fundamental el trabajar en redes internacionales que permita construir demandas, denuncias y propuestas mundiales para la igualdad de género.

Recomendaciones

- Mejorar el registro de información tanto en los expedientes escritos como en los computarizados, actualizando los datos y manteniendo las preguntas sistemáticas en cada atención.
Es necesario contar con tiempo suficiente en cada atención, que permita a las mujeres poder expresarse libremente y en confianza, considerando que en muchos casos es la única oportunidad que tienen las mujeres para expresar sentimientos que nunca han podido compartir.
Ofrecer sistemáticamente métodos anticonceptivos eficaces para prevención de embarazos y prevención de ITS y VIH-SIDA, sin perder oportunidades.
- Mantener las campañas informativas, acceso a la salud y potenciando responsabilidad individual en las conductas y estilos de vida saludables, facilitando la prevención de embarazos e ITS-VIH con el uso métodos anticonceptivos eficaces, condones, exámenes de detección precoz, papanicolau, colposcopio, tratamientos oportunos, crioterapia accesible y continuar priorizando a las mujeres más vulnerables.
- Aportar al conocimiento de la situación de las mujeres en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, analizando sistemáticamente los datos y compararlos con datos nacionales e internacionales que nos permita por una lado tener bases para nuestras propuestas y las reformas en las políticas públicas, demandas y denuncias por la inequidad de género y fortaleza entre las redes internacionales de mujeres.

Anexo

Estas cifras son sólo la punta del iceberg. La violencia contra las mujeres está poco documentada porque muchas mujeres tienen miedo a denunciar y desconfían de la protección que las autoridades puedan ofrecerles.

• **Una de cada tres** mujeres en el planeta ha sufrido abusos en algún momento de su vida a manos de agentes del Estado, miembros de su propia familia o conocidos.

• La violencia en la familia es la primera causa de muerte y de minusvalía para muchas mujeres, **por encima del cáncer y los accidentes** de tráfico.

• Se calcula que hay **60 millones de niñas menos** en el mundo a causa de los abortos selectivos y los infanticidios.

• En Estados Unidos el propio gobierno reconoce que la violencia en el ámbito familiar es **la mayor amenaza para todas las mujeres**, más que las violaciones, los atracos y los accidentes de tráfico juntos.

• En Rusia, **14.000 mujeres** fueron asesinadas por sus parejas o parientes en 1999, pero el país no dispone aún de una ley sobre violencia en el ámbito familiar.

• El **70 por ciento de las mujeres asesinadas** en el mundo lo son a manos de sus parejas o exparejas.

• La violencia en el ámbito familiar es la **principal causa de muerte y discapacidad** entre las mujeres de 16 a 44 años de edad.

• El otro genocidio de **Ruanda: 500.000 mujeres violadas**. De ellas, muchas contrajeron el SIDA y no tienen acceso a medicamentos