

# **La salud sexual y reproductiva en las mujeres de Matagalpa**

## **(Análisis de expedientes)**



## **Colectivo de Mujeres de Matagalpa**

(Enero 2010 – Diciembre 2014)

**Realizado por:** Área de Salud del Colectivo de Mujeres de Matagalpa. Nicaragua. 2015

## **Índice**

<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>Objetivo .....</b>	<b>5</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>6</b>
<b>Resultados y análisis .....</b>	<b>7</b>
<b>Características de las mujeres .....</b>	<b>7</b>
<b>Derecho de ciudadanía y acceso al agua y derecho a la propiedad .....</b>	<b>13</b>
<b>Perfil Sexual y Reproductivo.....</b>	<b>14</b>
<b>Violencia .....</b>	<b>29</b>
<b>Motivo inicial de atención.....</b>	<b>32</b>
<b>Conclusiones y Recomendaciones.....</b>	<b>34</b>

## Introducción

El equipo de atención de salud y el equipo de organización de mujeres comunitarias del Colectivo de Mujeres de Matagalpa aplica todas las estrategias definidas en el plan quinquenal: educación; organización-participación e incidencia; comunicación-información-investigación; atención; economía solidaria y capitalización.

Uno de los objetivos del colectivo es "Hacer realidad una salud integral que incorpore todos los aspectos de la vida y esencia humana, desde la individualidad, la sociedad y el ambiente, derecho a decidir sobre nuestro cuerpo y sentimientos y ser protagonista de nuestro proceso salud /enfermedad, incluyendo la salud mental y emocional".

A pesar de que el Estado tiene la obligación de brindar atención, el déficit en el sistema tanto en cobertura como de acceso geográfico, económico y cultural, hace que la sociedad civil y los grupos de mujeres a nivel nacional asumieramos esta estrategia para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva y el derecho a vivir sin violencia y sanción para los agresores. Es una estrategia que está en continua revisión en dependencia del análisis desde el movimiento de mujeres feministas y de la asunción, modelos, enfoques y respuesta que da el Estado y siempre acompañada de la estrategia informativa, organizativa y de incidencia y participación social.<sup>1</sup>

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 procesos grupales sobre diversos temas y problemáticas aplicando metodologías participativas, entre ellos sobre el derecho a la salud, atención prenatal y uso de métodos anticonceptivos. En la actualidad se trabaja en 14 comarcas del departamento de Matagalpa.

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.

En las catorce comarcas donde se realiza el trabajo comunitario existe una "casa de la mujer" que permite desarrollar la actividad informativa y cuenta con un cuarto privado donde brindar la atención en salud cada dos meses.

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.

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,

---

<sup>1</sup> Plan estratégico 2010-2015

brindando toda la información (oral, escrita) para que sea la mujer quien decida si quiere o no realizárselo.

Todas las mujeres tienen expediente físico y electrónico.

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.

Desde el 2007 se lleva registro sistemático de la atención emocional que se desarrolla en el colectivo por un equipo especializado.

En todos estos años hemos acumulado una cantidad de información sobre las mujeres con las que interactuamos, que nos permite poder desarrollar acciones 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.

En el año 2005 se realizó una primera investigación que tomaba 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 llegaron a solicitar atención en salud en el periodo 1998-2005

En el 2011, se realizó una nueva investigación actualizando la información e incorporándose nuevos indicadores, valorando los expedientes de las mujeres que acudieron a demandar atención en salud tanto en los locales del colectivo como en las casas comunitarias, durante el periodo 2005-2010.

En la presente investigación, se analizan nuevamente los expedientes de las mujeres que solicitaron atención en el periodo 2010-2014. Se incorporaron indicadores identificados en el proceso de evaluación y planificación del plan estratégico quinquenal del Colectivo de Mujeres de Matagalpa 2011-2015. Estos indicadores tienen como propósito evidenciar la situación en que se encuentran las mujeres atendidas en materia de derechos humanos con énfasis en el derecho de ciudadanía (inscripción ciudadana, legalización de propiedad), acceso al agua. El resto de indicadores ya se estaban recogiendo en el expediente clínico.

## **Objetivo**

### **Objetivo general**

- Analizar la situación de las mujeres que buscan atención en el CMM a través de los datos recogidos en los expedientes clínicos, desde enero del 2010 a diciembre del 2014 que permita tener elementos para enfocar los procesos informativos y de acceso a la salud ampliando y modificando el modelo de atención.

### **Objetivos específicos**

- Describir las características de las mujeres que recibieron atención por parte del equipo de salud del Colectivo de Mujeres de Matagalpa (edad, escolaridad, estado civil, ocupación)
- Evidenciar la situación en que se encuentran las mujeres atendidas en acceso y ejercicio de algunos derechos de ciudadanía (inscripción y legalización de propiedad) y el derecho al agua.
- 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 y los agresores en algún momento de su vida y en la actualidad.
- Identificar el motivo inicial de demanda de atención (atención general, atención ginecológica, embarazo, uso de métodos anticonceptivos, trastornos menstruación)

## Metodología

Contamos en la base de datos con 18,513 expedientes (15,055 de la clínica del CMM, y 3,458 de las comunidades).

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

Se analizan un total de **6,415** expedientes de atenciones brindadas en el periodo 2010-2014 de los cuales **1,330** corresponden a mujeres de las zonas rurales atendidas mayoritariamente en sus respectivas comunidades y **5,085** 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).

En todo el documento los expedientes se analizan por separado. Los expedientes de las mujeres atendidas en las comunidades pertenecen todos a la zona rural, pero no podemos considerar los del CMM como zona urbana, pues también se atienden mujeres de otras zonas rurales en las que el colectivo no desarrolla trabajo comunitario.

## Resultados y análisis

Este trabajo recoge la información de **6,415** expedientes clínicos de mujeres atendidas por el personal del área de salud del Colectivo de Mujeres de Matagalpa, **5,085** corresponden a mujeres atendidas en los locales del CMM, y **1,330** a mujeres atendidas en sus comunidades, durante el periodo de enero de 2010 hasta diciembre del 2014.

## 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 análisis de la información (octubre 2015).

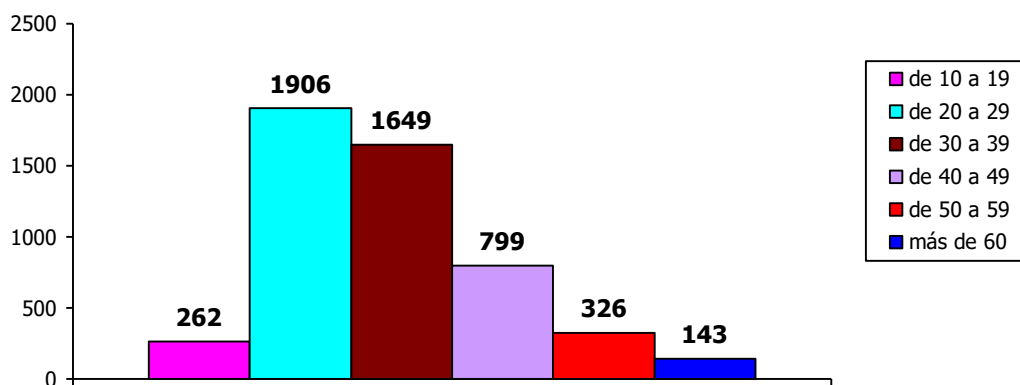
5,085 mujeres con **expediente en el CMM**. El rango es de 10 a 78 años.

1,906 (37.4%) corresponden al grupo de 20 a 29 años y va disminuyendo conforme aumenta la edad.

262 (5.1%) corresponde a adolescentes.

El 42.6% tiene menos de 30 años, el 57.4% más de 30.

Gráfico1.- Edad de las mujeres en el momento del estudio. Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

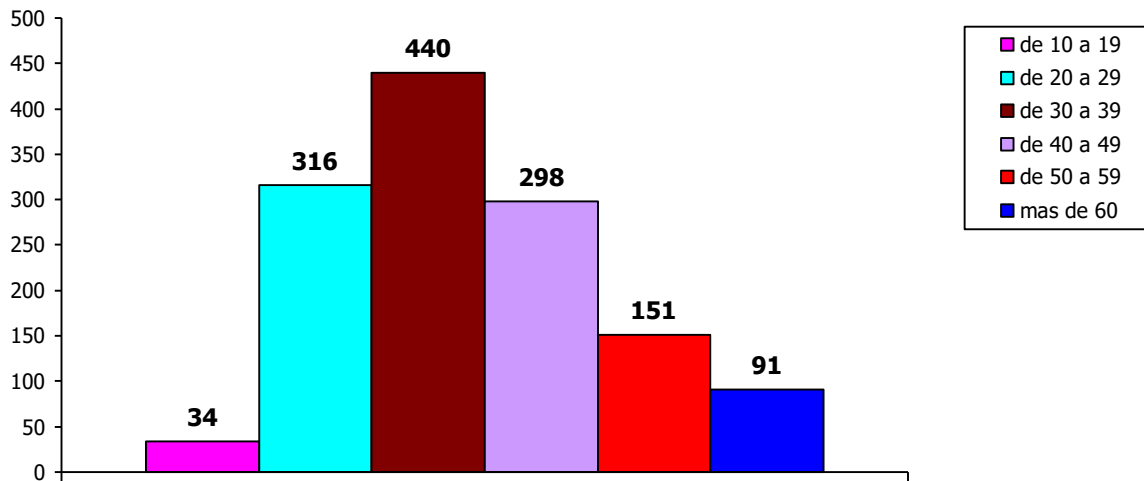
1,330 mujeres que asisten a la **atención en las comunidades**. El rango de edad es de 14 a 85 años

440 (33%) pertenecen al grupo de edad de 30 a 39 años.

34 (2.5%) son adolescentes.

El 26.3% son menores de 30 años, y el 73.6% son mayores de 30 años.

Gráfico2.- Grupo de edad de las mujeres en el momento del estudio. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015

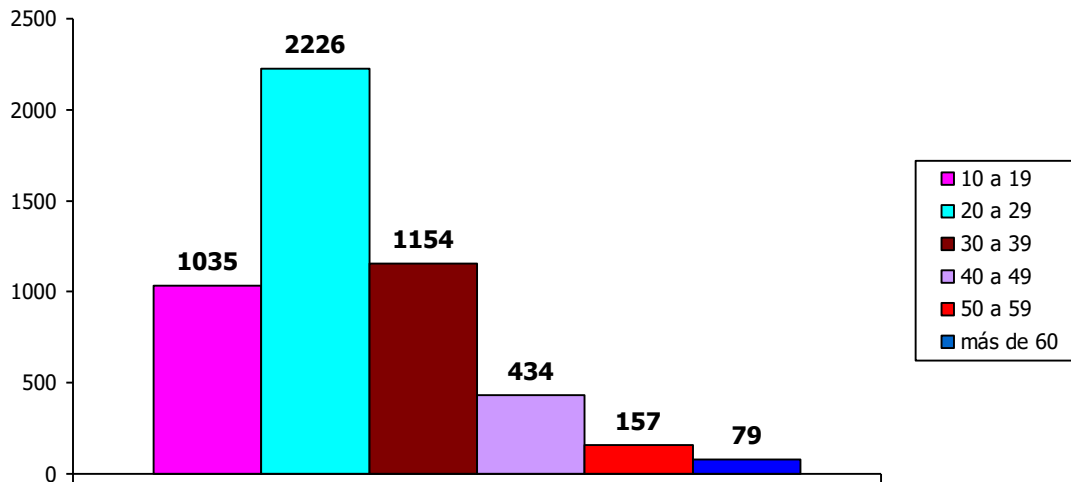


Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

### En el año de la captación

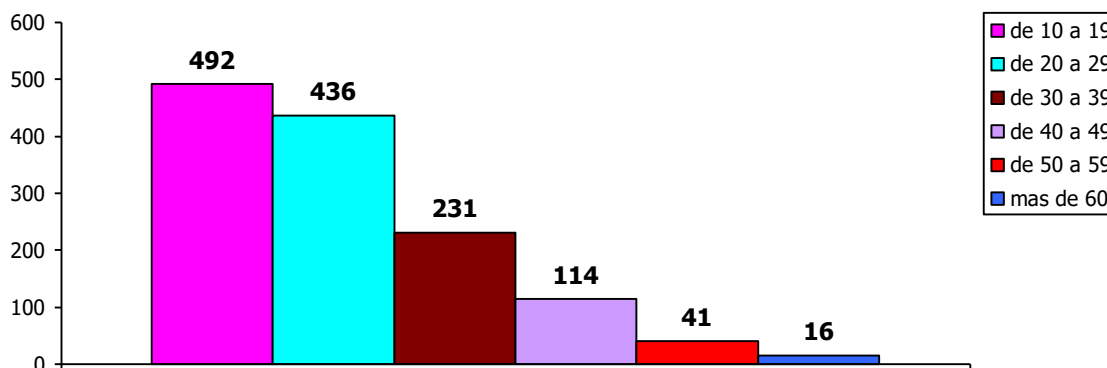
En los gráficos 3 y 4, vemos la edad de las mujeres en el momento de la captación. 1,035 mujeres (20.3%) de las 5,085 que analizamos en los expedientes del CMM tenían 19 o menos años en el momento de la captación.

Gráfico 3.- Grupo de edad de las mujeres en el momento de la captación. Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

Gráfico 4.- Grupo de edad de las mujeres en el momento de la captación. Expedientes Comunitarios. Octubre.2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

El 37% de las mujeres rurales (492) recibieron atención por primera vez siendo menores de 19 años, lo que nos hace considerar que el CMM es punto de referencia para adolescentes. Hay que tener en cuenta que en el caso de las mujeres rurales se considera la edad que tenían las mujeres en el momento que tuvieron el primer contacto con la organización, no necesariamente fueron atendidas por el equipo de salud.

El CMM atiende en su mayoría a mujeres jóvenes y en edad reproductiva. En comparación con el estudio anterior podemos decir que ha aumentado el número de adolescentes que acuden a los servicios de atención sexual y 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 consideradas analfabetas.<sup>2</sup>

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 las 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 tenido acceso a la universidad, carreras técnicas, magisterio, computación, etc.

Del total de 5,085 mujeres, 1,435 mujeres (**28.2%**) están en el nivel bajo, 1,939 (**38.1%**) han alcanzado un nivel medio de estudios y 1,711 (**33.6%**) están en un nivel alto. (Hay 262 menores de 19 años por lo que cabe suponer que no han terminado sus estudios)

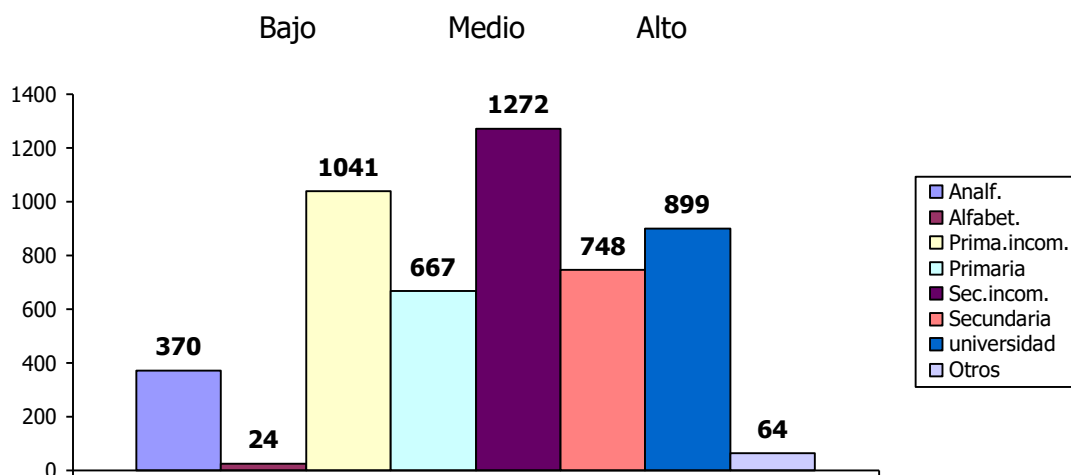
Aunque la mayoría de las mujeres atendidas por el CMM tienen un nivel medio de escolaridad (38%) sigue siendo muy alto el porcentaje de analfabetas o analfabetas funcionales. (7.7% analfabetas). El 29.7% de las analfabetas tienen en la actualidad menos de 35 años.

<sup>2</sup> Del 10 al 14% de las/los jóvenes son analfabetas, pudiendo llegar hasta el 25% en municipios con carencias más profundas. "Atlas de las desigualdades educativas en América Latina. 2007"

En 2006 el gobierno impulsa la campaña “Yo si puedo” y en 2009 se declara a Nicaragua “Territorio libre de analfabetismo” con un índice de 3.6%, cuando en la realidad y según estudios realizados por CEAAL, se encontraba un 30.3% de iletrados en la zona rural siendo más alto el porcentaje en la zona norte de Matagalpa, Jinotega y la costa Caribe.<sup>3</sup>

Según la FIDEG y el CEAAL la reducción del analfabetismo ha sido lenta, ya que en estos últimos 5 años se redujo el 0.5 % de analfabetismo en mayores de 10 años. En las zonas rurales el índice de analfabetismo pasó de 26.1% en 2009, a 21.4% en 2013, y en las zonas urbanas la tasa de analfabetismo fue de 10.3% en 2009 y 11% en 2013.<sup>4</sup>

Gráfico 5.- Nivel de escolaridad de las mujeres atendidas. Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

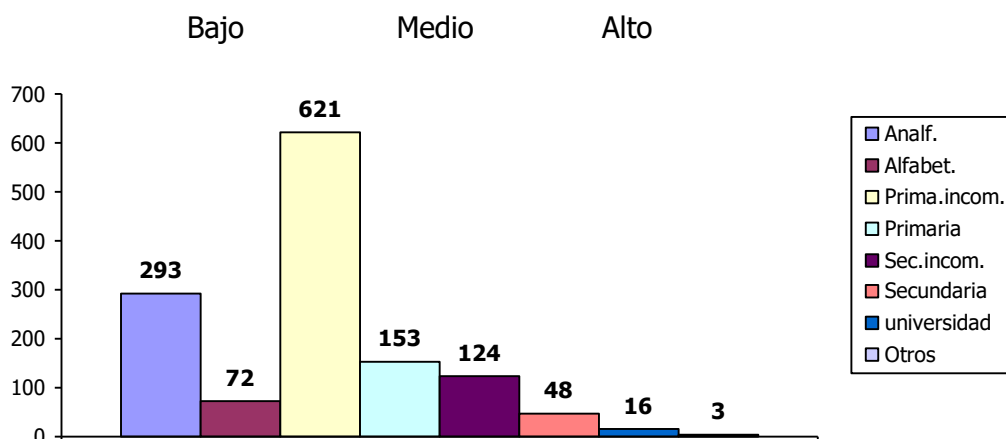
En la zona rural 986 mujeres (**74.1%**) están en el nivel bajo, siendo 293 (**22% analfabetas o que solo firman**), 277 (**20.8%**) están en un nivel medio y tan sólo 67 (**5%**) han logrado terminar la secundaria o acceder a otros estudios.

En el área rural es más marcado el poco acceso de las mujeres a la educación formal. El 22.55 de las analfabetas tienen en la actualidad menos de 35 años.

<sup>3</sup> CEAAL: Comisión educación de adultos para América Latina. Datos recopilados del informe 2013 .

<sup>4</sup> FIDEG: Fundación internacional para el desafío económico global. Datos basados en encuesta a hogares realizada por FIDEG en 2013.

Gráfico 6- Nivel de escolaridad de las mujeres atendidas. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015



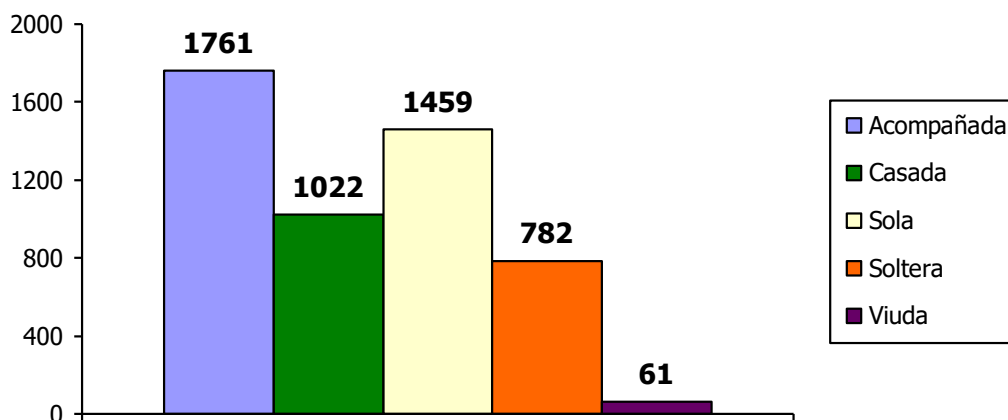
Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## Estado civil

De las 5,085 mujeres entrevistadas en el CMM, 2,783 mujeres (**54.7%**) refieren tener una **pareja estable** entre casadas y acompañadas y 2,302 (45.2%) manifiestan no contar con pareja estable por estar solas, solteras o viudas. Consideramos solteras las que no han iniciado relaciones sexuales y las que por decisión no conviven con pareja y solas las mujeres que habiendo tenido una pareja estable, han sido abandonadas o ellas han terminado la relación. 1,459 mujeres (28.6%) 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, debido no tan solo a la fragilidad de las relaciones, sino también a circunstancias que obligan a dejar una relación (migración)

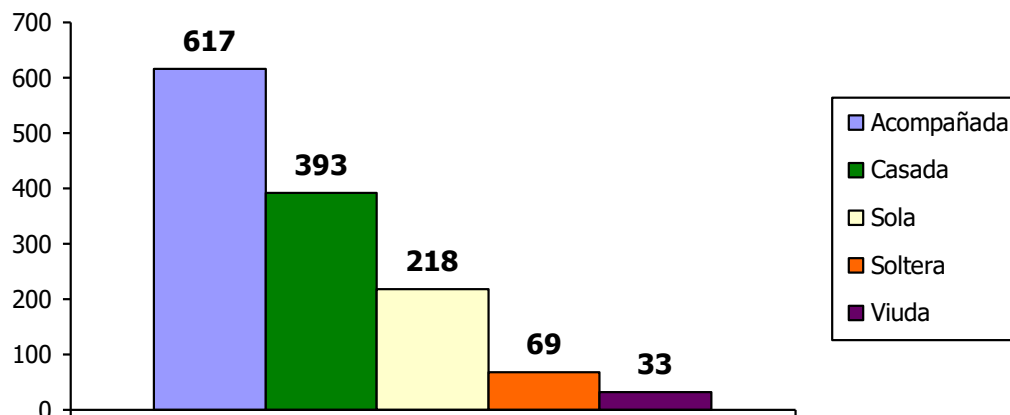
Gráfico 7- Estado civil de las mujeres atendidas. Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

**En la zona rural, 1,010 mujeres (75.9%) manifiestan tener una pareja estable y 218 (16.3%) se encontraban solas en el momento de la atención.**

Gráfico 8- Estado civil de las mujeres atendidas. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## Ocupación

De las 5,085 mujeres registradas en el CMM, 2,432 mujeres realizan trabajo **no remunerado (47.8%)**, 1,261 mujeres (24.7%) están en el sector informal (trabajo doméstico, ambulante, comercio, trabajo sexual, etc.) 489 mujeres (9.6%) realizan trabajo remunerado en salud, educación, administrativo y obreras, 820 dicen estar estudiando (16.1%), 83 mujeres (1.6%) están incluidas en otras ocupaciones (privadas de libertad, artesanas, comunicadoras, profesionales, etc.)

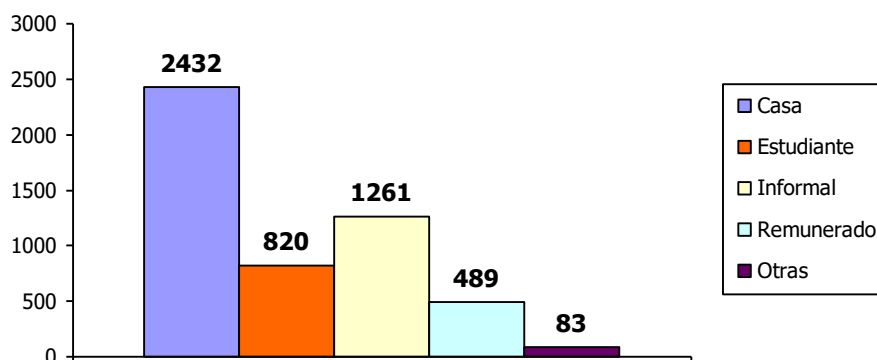
Las mujeres atendidas en salud en el CMM tienen muy poco acceso a un trabajo que recoja los derechos laborales (contrato, INNS, Jubilación). Las oportunidades de las mujeres se ven disminuidas por los roles tradicionales, el acceso a la educación y la competencia en el mundo laboral cualificado.

Comparándolo con el estudio anterior, hay una ligera disminución de mujeres que están en el sector informal y un aumento de estudiantes.

El hecho de que en el CMM se brinde atención privada a muy bajo costo económico (colaboración voluntaria de 10 cs. por visita, subvención de medicamentos y exámenes) influye en el perfil de usuarias.

Todas las mujeres atendidas en la zona rural expresan que tienen trabajo no remunerado.

Gráfico 9.- Ocupación de las mujeres atendidas. Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## Enfermedad crónica

Tenemos la información de 4,897 mujeres, de las cuales 4,357 no manifiestan padecer enfermedad crónica. Algunas mujeres refieren tener dos o tres enfermedades. Hay asociación sobre todo entre diabetes, sobrepeso, hipertensión.

Dentro de salud emocional se ha incluido: depresión, alcoholismo, anorexia, deficiencias.

Se destacan en la tabla las más frecuentes, en menor frecuencia se registran: problemas con la vista, oído, sinusitis, tiroides, enf. Cardíacas, cánceres, vesícula, etc.

Aunque ellas no lo reconocen como enfermedad, se registró el sobrepeso y la obesidad ya que nos llama la atención el incremento que se observa, mucho más en la zona urbana.

Tabla 1.- Existencia de enfermedades crónicas. Expedientes CMM. Octubre 2015

Enfermedad	Número de mujeres
HTA	109
Sobrepeso/obesidad	72
Gastritis	65
Diabetes	58
Asma	41
Artritis	35
Alergia	27
Migraña	34
Salud emocional	14
Epilepsia	11
VIH	9

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

**En la zona rural** se tiene información de 1,218 mujeres, de las cuales 1,054 manifestaron no padecer enfermedad crónica. Aunque la enfermedad más frecuente en la zona rural es también la HTA, las otras tienen otro comportamiento, por ejemplo la obesidad no ocupa un lugar tan destacado

Tabla 2.- Existencia de enfermedades crónicas. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015

Enfermedad	
HTA	50
Asma	18
Artritis	16
Diabetes	13
Gastritis	11
Salud emocional	6
Sobrepeso/obesidad	4

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## **Derechos de ciudadanía, acceso al agua y derecho a la propiedad (casa o tierra)**

Para valorar el ejercicio del derecho de ciudadanía se consideraron dos indicadores: la inscripción en el registro civil y la tenencia de cédula de identidad.

### **Inscripción en el registro civil de las personas**

De 4,709 mujeres del CMM que tenemos la información, 196 (4.1%) refieren que no están inscritas. 4,507 dicen estar **inscritas** y 6 están en trámite (**95.9%**)

De 1,212 mujeres que tenemos información en el área rural, 233 (19.2%) manifiestan no estar inscritas en el registro. 977 si lo están, y 2 tienen el documento en trámite (**80.7%**).

### **Cédula de identidad**

De 4,706 mujeres que tenemos información de los expedientes CMM, 52 eran menores de 15 años en el momento del estudio, por lo que no podían acceder a la cédula. 170 mujeres la tenían en trámite y 4,068 contaban con el documento (**91%**), (aunque a efectos de tener el derecho sumamos ambos grupos, para muchos trámites se requiere tener el documento definitivo). Por otro lado, 12 mujeres la habían perdido y 404 no tenían cédula (8.9%).

De las 1,227 mujeres del área rural que tenemos dato, 10 eran menores de 15 años en el momento del estudio. 41 mujeres tenían la cédula en trámite y 1,092 ya tenían el documento (**93%**), 84 mujeres (6.9%) no tenían cédula.

Tomando en cuenta la línea base<sup>5</sup> que se realizó a inicios del 2010 con mujeres organizadas en el área rural, hay una mejoría tanto en el indicador de inscripción como de cédula, posiblemente debido a los esfuerzos que se han hecho dentro del proyecto en hacer realidad este derecho. Hay que señalar que aunque haya mayor proporción de personas con documentos de identidad, los errores que se detectan en los mismos dificultan o limitan el ejercicio de este derecho (apellidos incorrectos, datos que no concuerdan con la partida de nacimiento, etc.)

## Derecho al agua

De 4,704 mujeres atendidas expedientes CMM, 4,071 (**86.5%**) manifiestan tener conexión de agua en la casa, lo que no quiere decir que tengan abastecimiento diario. 195 mujeres consiguen el agua comprándola en las pipas de abastecimiento o en el vecindario (4.1%). 390 dependen de un pozo artesano o de un puesto comunitario (8.2%) y 48 se abastecen de agua de lluvia recogida en pilas o de ríos, ojos de agua o quebradas, estando en dependencia de la estación lluviosa y en riesgo por la gran contaminación química de las aguas.

Tabla 3.- Acceso al agua en las mujeres atendidas. Expedientes CMM. Octubre 2015

<b>Acceso al agua</b>	<b>mujeres</b>
Casa	4,071
Pipa	124
Vecina	71
Pozo	299
Puesto comunitario	91
Pila	8
Quebrada, rio	40
<b>Total general</b>	<b>4,704</b>

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

En la zona rural el panorama es diferente. Menos de la mitad de las mujeres, 588 (**48.5%**) tienen conexión de agua dentro de la casa o en el patio. 16 la consiguen en el vecindario compartiendo gastos. 543 se abastecen de pozo artesano o puesto comunitario (44.8%) y 63 dependen de quebradas, ojos de agua o criques (5.2%).

En la línea base del 2010 se reflejaba que un 41% de las mujeres entrevistadas tenían conexión de agua en sus casas.

Hay que tener en cuenta que en la zona rural la distribución del agua depende de los comités locales de agua potable y las fuentes de agua en muchos lugares están ubicadas en terrenos particulares, lo que genera manipulación, chantajes y conflictos.

<sup>5</sup> Línea base de los indicadores generales de la organización con mujeres organizadas. Colectivo de mujeres de Matagalpa. 2010.

Tabla 4.- Acceso al agua en mujeres atendidas. Expedientes comunitarios. Octubre 2015

<b>Acceso al agua</b>	<b>mujeres</b>
Casa	588
Vecina	16
Pozo	332
Puesto comunitario	211
Pila	6
Quebrada, ojo de agua	57
<b>Total</b>	<b>1,210</b>

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## Derecho a la propiedad

Para valorar el derecho a la propiedad se midieron dos indicadores, a nombre de quien está registrada la propiedad de la vivienda, y la propiedad de los terrenos

### Propiedad de la vivienda

De 4,704 mujeres que tenemos información de los expedientes CMM, el **76.8%** (3,613) no constan como propietarias de la vivienda en la escritura. Las 1,091 (23%) mujeres que si constan, están en la escritura como propietarias únicas, junto con la pareja, mancomunada o en trámite.

Tabla 5.- Propiedad de la casa. Expedientes CMM. Octubre 2015

<b>Propiedad casa</b>	
Si	936
Los dos	91
Mancomunada	29
En tramite	35
No	3,613
	<b>4,704</b>

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

En las mujeres de la zona rural, el comportamiento es similar. De 1,210 mujeres, el **75.7%** (917) no figuran en la escritura de la casa.

De las 292 mujeres que si constan (24%) están bien como propietarias únicas o en conjunto con otras personas, pareja, hermanos, hijas.

En relación a la línea base del 2010, ha habido muy poca mejoría (77%).

El derecho a la propiedad es uno de los menos ejercidos. Aunque muchas mujeres refieren que la casa la construyeron juntos, incluso en algunas es herencia, a la hora de registrarla quien figura como propietario es el hombre.

Muchas veces las cesiones se han hecho de palabra o en papeles no oficiales, unido al analfabetismo y la poca consideración hacia la mujer, ha permitido que se violente este derecho.

Es un problema muy serio, pues a la hora de una separación, la que tiene que salir de la casa es la mujer. Incluso si queda viuda, muchas veces es la familia de él quien reclama la propiedad.

Tabla 6.- Propiedad de la casa. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015

<b>Propiedad casa</b>	
Si	183
En tramite	3
Los dos	104
Mancomunada	2
No	918
	<b>1,210</b>

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

### **La propiedad sobre los terrenos**

Aunque el indicador es sobre la propiedad de los terrenos, también se preguntaba si eran dueñas de algo. Aun considerándolo así, tan solo un **3.8 %** de las 4,705 mujeres que tenemos información refieren tener algo a su nombre o compartido con alguien más. Si tomamos en cuenta las que solo ellas están en la escritura de la tenencia de tierras, representa un **1.1 %** de las mujeres entrevistadas.

Según se ve en la tabla adjunta, las propiedades tienen un margen muy amplio tanto las manzanas de tierra (de 1 a 90 manzanas) como los animales, igual que lo que hemos incluido en otros (bus, negocio, vehículo, cuenta en el banco, tramo, enseres, etc.)

Tabla 7.- Propiedad de los terrenos. Expedientes CMM. Octubre 2015

<b>Propiedad</b>	<b>mujeres</b>
Si (de 1 a 51 mz)	56
Los dos (de 1 1/2 a 15)	11
Mancomunadas (de 13 a 90 mz)	4
En tramite	4
Animales (de 2 a 8 vacas)	18
Otros	87
No	4525
<b>total</b>	<b>4,705</b>

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

En las mujeres de la zona rural, de 1,205 mujeres entrevistadas, un **8,9%** refiere tener algo solo a su nombre. Si tomamos solamente la tenencia de tierras, un **15%** tiene la propiedad a su nombre o a nombre de los dos.

En relación al indicador de la línea base 2010, que reflejaba un 16% ha habido un ligero descenso.

Hay bastante diferencia en este indicador si comparamos las mujeres rurales con las atendidas en el colectivo. Aunque en los dos casos el porcentaje de propiedad a nombre de las mujeres es bajo, es algo más alto en la zona rural, posiblemente debido a que en el campo hay más acceso a la tierra que en la zona urbana.

Tabla 8.- Propiedad de los terrenos. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015

<b>Propiedad</b>	
Si (de 1/4 mz a 15 mz )	108
Los dos (de 1/4 mz a 9 mz)	72
En tramite	3
Animales	15
Otros (bono, enseres)	7
No	1000
<b>Total</b>	<b>1,205</b>

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## Perfil Sexual y Reproductivo

### Edad de la primera relación sexual

De 5,085 mujeres con expediente, 99 (1.9%) no han tenido relaciones sexuales.

De 4,986 mujeres que sí han tenido, en 203 (4%) su primera relación fue una violación. Además hay 536 mujeres que tuvieron su primera relación antes de los 14 años aunque no lo manifiestan como violación. A nivel legal está establecido que toda relación antes de los 14 años es delito aunque haya "consentimiento" de la menor. Si así lo consideramos, el **14.8%** de las mujeres **su primera relación fue una violación.**

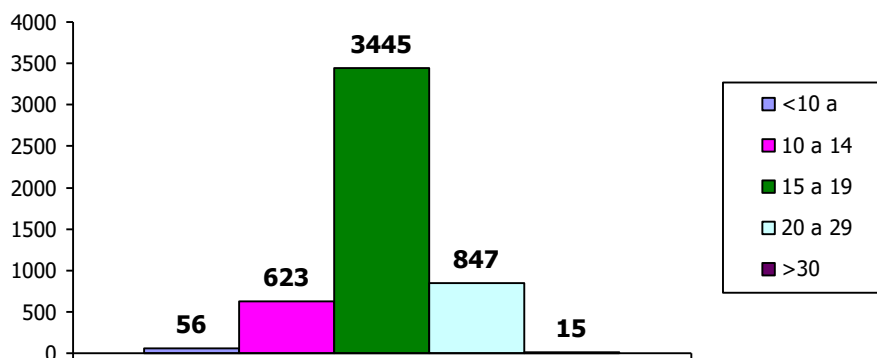
De las 4,783 mujeres que decidieron su primera relación, 3,506 mujeres (**73.3%**) la tuvieron **antes de los 18 años**, edad que el código de la niñez establece como límite de la adolescencia.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> El nuevo código de la Familia aprobado en 2014, establece la mayoría de edad tanto para mujeres como hombres a los 18 años. También prohíbe el matrimonio a l@s menores de 16 años.

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

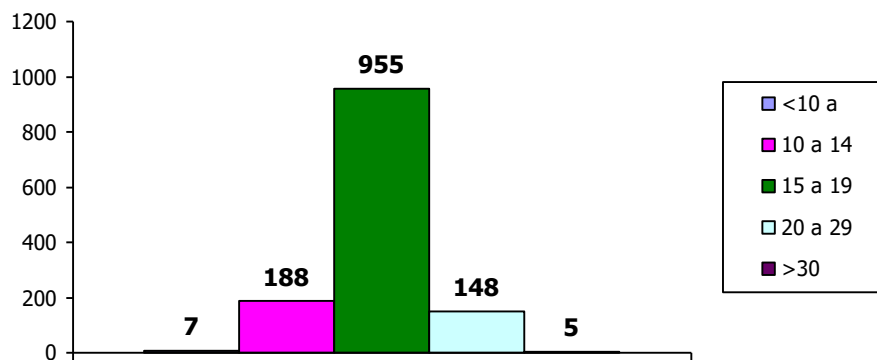
La edad mediana de la primera relación sexual ha rejuvenecido al pasar de 18.2 en Endesa 1998 a 17.4 en Endesa 2007 a 16.8 en Endesa 2012<sup>7</sup>

Gráfico 10.- Edad de la primera relación sexual en las mujeres atendidas .Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

Gráfico 11,-Edad de la primera relación sexual en las mujeres atendidas. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

<sup>7</sup> Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12

De 1,330 mujeres rurales atendidas durante el periodo de estudio, 34 (2.5%) no han tenido relaciones sexuales.

De 1,303 mujeres que sí han tenido, en 28 (2.1%) su primera relación fue una violación. Además hay 175 mujeres que tuvieron su primera relación antes de los 14 años el **15.5%** de las mujeres entrevistadas su primera relación fue una violación.

De las 1,275 mujeres que refieren haber decidido su primera relación, 1,039 mujeres (**81.4%**) la tuvieron **antes de los 18 años**, edad que el código de la niñez establece como límite de la adolescencia.

El promedio de edad de **inicio de las relaciones sexuales**, sin contar las que fueron víctimas de violación, es de **15 años**.

Es evidente que a mayor nivel económico o educativo actual, mayor es la probabilidad de postergar la edad de inicio de las relaciones sexuales. Tal es así que la edad mediana de la primera relación sexual entre las mujeres con estudios universitarios es de 18.8 años, mientras entre quienes no han tenido acceso a educación formal es de 16.3 años. La edad mediana del primer embarazo es de 17.7 años para las mujeres sin educación formal y de 19.02 años para las que tienen estudios a nivel superior. Por otro lado solo un 2.8% de las mujeres analfabetas que han tenido relaciones no han salido embarazadas, frente a un 15.8% de las universitarias.

## Edad del primer embarazo

De **4,986 mujeres** que han tenido relaciones, **431 (8.7%)** no han estado **nunca** embarazadas. De las **4,555** que **sí** han estado embarazadas, **1,816 (40%)** tuvieron su primer embarazo entre los 16 y 18 años y **488 (10.7%)** antes de los 16 años.

En conclusión 2,306 mujeres (50.6%) han salido embarazadas antes de cumplir los 19 años.

Si bien es un derecho decidir sobre las relaciones sexuales, es evidente el riesgo ante las mismas dando como resultado un alto porcentaje de embarazos a temprana edad y una desprotección ante las ITS.

La mitad de las mujeres han tenido su primer embarazo antes de los 19 años, si lo unimos al rol tradicional del cuidado de l@s hij@s 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.

De 160 mujeres que están en el grupo de 14 a 18 años, 82 (**51.2 %**) han estado embarazadas.

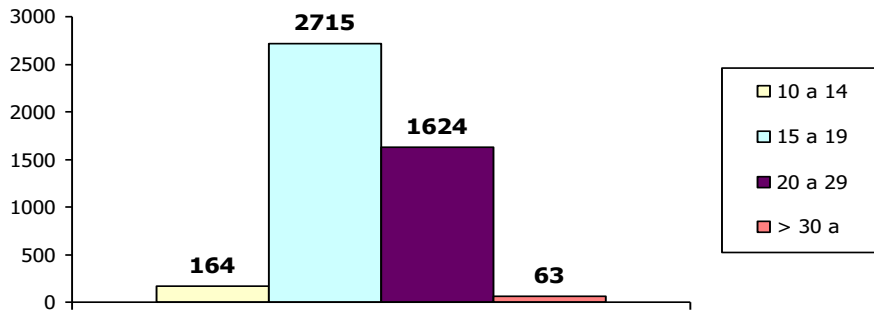
El 24.4 % de las adolescentes de 15 a 19 han estado embarazadas alguna vez, (21.1% en la zona urbana y 28.9% en la zona rural)<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> ENDESA 2012

El 27% de los embarazos registrados en el país son de niñas y adolescentes, de las cuales 47% tenían entre 10 y 14 años.<sup>9</sup>

Gráfico 12.- Edad del primer embarazo de las mujeres atendidas .Expedientes CMM. Octubre 2015

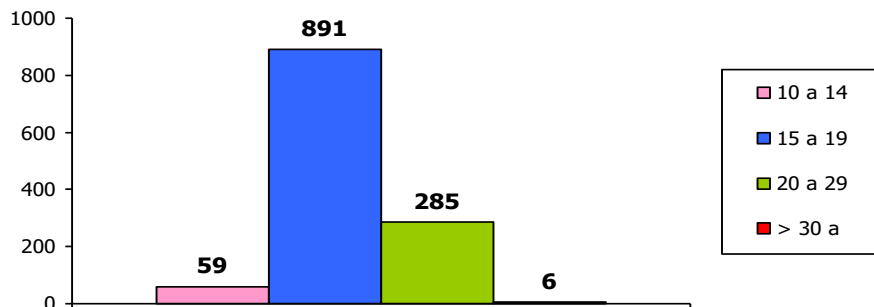


Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

En la zona rural, de **1,303 mujeres** que han tenido relaciones, 62 (**4.7%**) no han estado **nunca** embarazadas. De las **1,241** que **sí** han estado embarazadas, 649 (**52%**) tuvieron su primer embarazo **entre los 16 y 18 años** y 170 (**13.6%**) **antes de los 15 años**.

819 mujeres (66%) salieron embarazadas antes de cumplir los 19 años

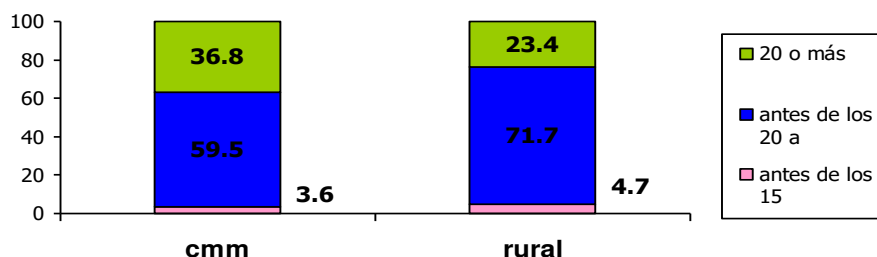
Gráfico 13.- Edad del primer embarazo de las mujeres atendidas .Expedientes Comunitarios. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

<sup>9</sup> Análisis estadístico de salud 2000-2010. Ministerio de Salud. Nicaragua.

Gráfico 14.- Comparativo edad del primer embarazo. Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

En la zona rural todavía es mayor el porcentaje de mujeres jóvenes embarazadas, lo que indica menos protección anticonceptiva y por tanto, también es mayor el porcentaje de adolescentes embarazadas.

## Número de embarazos

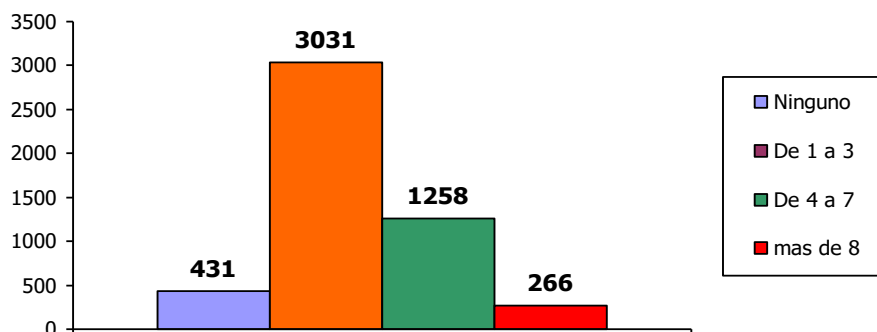
El rango de embarazos está comprendido entre 0 y 22 embarazos por mujer.

De las 4,986 mujeres con expedientes CMM que han tenido relaciones sexuales, 3,031 (61%) han tenido de 1 a 3 embarazos, 266 (5%) han tenido 8 o más embarazos.

Entre las 4,555 mujeres que han estado embarazadas, suman 14,584 embarazos haciendo un promedio de **3.20 embarazos por mujer**. 431 mujeres (9.4%) no han estado nunca embarazadas.

Según los estudios y normas de riesgo obstétrico se considera 4 o más embarazos como un factor de riesgo. El 33% (1,524) de las mujeres que ya han estado embarazadas tienen este factor de riesgo. Además debemos considerar el promedio de edad, casi la mitad son menores de 29 años, en plena etapa reproductiva, que si no toman medidas preventivas el promedio de embarazos por mujer aumentará.

Gráfico 15.- Número de embarazos de las mujeres atendidas .Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

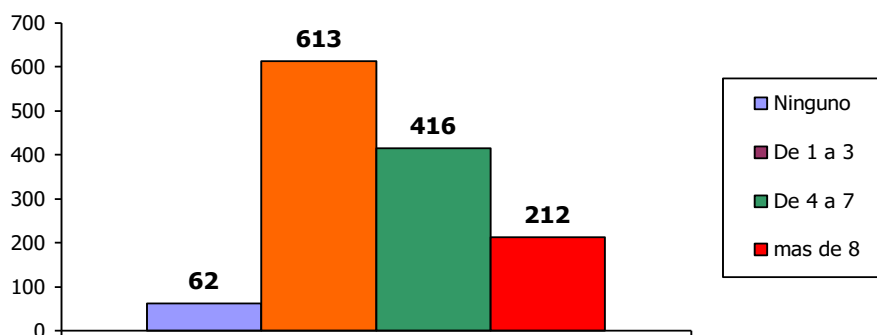
En la zona rural, el rango de embarazos está comprendido entre 0 y 22 embarazos por mujer. De las 1,303 mujeres que han tenido relaciones sexuales, 613 (47%) han tenido de 1 a 3 embarazos, 212 (16.3%) han tenido más de 8.

Entre 1,241 mujeres que han estado embarazadas, suman 5,609 embarazos haciendo un promedio de **4.51 embarazos por mujer**. 62 mujeres (4.7%) no han estado nunca embarazadas.

628 mujeres (el 48.1%) han tenido cuatro o mas embarazos.

El promedio de embarazos por mujer y por tanto la multiparidad es mayor en la zona rural.

Gráfico 16.- Número de embarazos de las mujeres atendidas. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## Total de partos

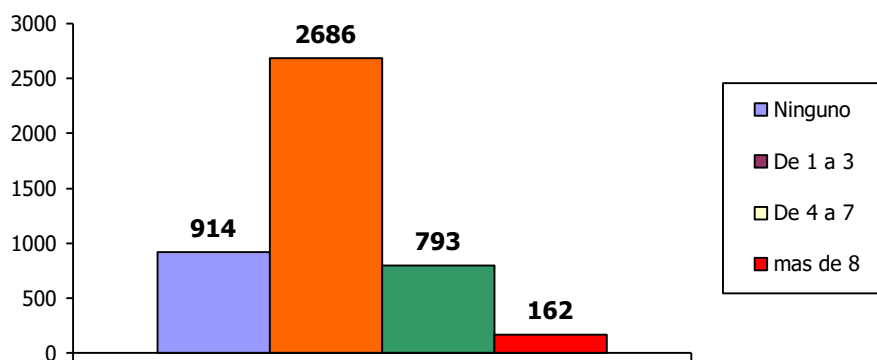
De 4,555 mujeres con expedientes CMM que han estado embarazadas: 236 mujeres en el momento del estudio están embarazadas y no han parido nunca; 3,913 mujeres han parido (86%) 3,641 tuvieron parto vaginal y 272 cesárea. 406 han estado embarazadas y el embarazo no llega a término.

Entre las 3,913 mujeres que han parido suman un total de 10,334 partos y 694 cesáreas, para un total de 11,028 eventos con un promedio de **2.8** por mujer.

De 814 mujeres mayores de 45 años (considerada paridez completa) el promedio es de **5** hijas/os por mujer.

La tasa global de fecundidad se estima en **2.4** hijas/os por mujer.<sup>10</sup>

Gráfico 17.- Número de partos de las mujeres atendidas. Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

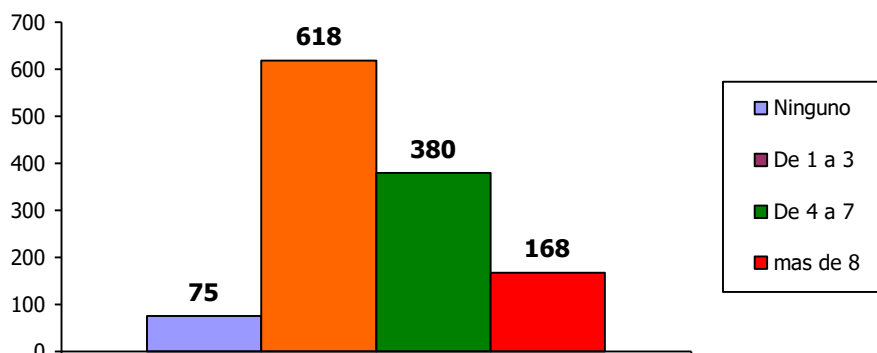
En la zona rural, de 1,241 mujeres que han estado embarazadas, 26 están embarazadas en el momento del estudio y no han parido anteriormente, 1,191 (96%) mujeres han parido (1,166 por parto vaginal y 25 por cesárea), 24 el embarazo no llegó a término

Entre las 1,191 mujeres que han parido suman un total de 4,881 partos y 93 cesáreas, para un total de 4,974 eventos con un promedio de **4.1** por mujer.

Entre 362 mujeres mayores de 45 años, hay un promedio de **7.3** hijas/os por mujer.

<sup>10</sup> ENDESA 2012. Tasa global de fecundidad, es el número promedio de hijos que una mujer hubiera tenido al final de sus años reproductivos si la misma se hubiera ajustado a las tasas de fecundidad por edad específica durante cada año de su vida reproductiva.

Gráfico 18.- Número de partos de las mujeres atendidas. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## Mujeres embarazadas vs abortos

De 4,555 mujeres con expedientes CMM que han estado embarazadas (incluyendo 719 mujeres que están embarazadas en el momento del estudio, de las cuales 313 manifiestan que no es deseado) 2,509 (55%) no han tenido nunca abortos; en 2,046 (45%) de las mujeres algún embarazo no llegó a término, de éstas, 1,237 (60.4%) lo han interrumpido de forma voluntaria.

De 14,584 embarazos, 2,837 (**19.4%**) no llegaron a término. De estos últimos 1,264 fueron abortos espontáneos, 31 embarazos ectópicos o molares y 1,542 interrupciones voluntarias (54.3%).

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 interrumpido en algún momento un embarazo.

En la zona rural de 1,241 mujeres que han estado embarazadas, 897 (72.2%) no han tenido nunca abortos (incluidas las 130 que en el momento del estudio están embarazadas y de las cuales 16 manifiestan que es un embarazo inoportuno), 344 (27,7%) mujeres han tenido algún embarazo que no llegó a término, de éstas 79 (22.9%) han interrumpido de forma voluntaria.

De un total de 5,609 embarazos, 505 (9%) terminaron en aborto, de estos 96 (19%) fueron interrupciones voluntarias.

Las estimaciones de aborto espontáneo entre la concepción y nidación se estiman cerca del 50%. Entre implantación y las primeras seis semanas, el aborto espontáneo es de un tercio de los embarazos. De los embarazos diagnosticados por ecografía se estima que un 15% se

interrumpen espontáneamente antes de las 20 semanas (la mayoría antes de las 12) Aproximadamente 3.7 millones de abortos inducidos ocurren cada año en Latinoamérica y el Caribe.<sup>11</sup>

## Uso de métodos anticonceptivos

De 4,986 mujeres que han tenido relaciones sexuales, 4.289 **(86%)** han usado en algún momento de su vida algún método anticonceptivo, incluidos métodos naturales. No se contabilizan las mujeres que nunca usaron método anticonceptivo y en un momento se esterilizaron quirúrgicamente. 697 mujeres **(13.9%)** nunca han usado un método anticonceptivo.

Como método exclusivo, 758 (17.6%) inyectables mensuales o trimestrales, 510 mujeres (11.8%) han utilizado anticonceptivos orales, 157 (3.6%) diu, 195 (4.5%) condón y aunque no es un método anticonceptivo 93 (2.1%) han usado la anticoncepción de emergencia.

757 mujeres (17.6%) han sido esterilizadas quirúrgicamente, de ellas 49 (6.4%) tienen en la actualidad menos de 30 años. La edad promedio de las mujeres en el momento de la esterilización es de 29.8 años y un 21 % antes de los 25 años (ENDESA 2006-2007 registra una edad promedio de las mujeres al momento de operarse de 29 años, y un 21% antes de los 25 años, no se refleja este dato en ENDESA 2012)

Aunque el porcentaje de mujeres que han usado en algún momento un método anticonceptivo es alto, la inestabilidad en el uso del mismo y en particular el poco uso del condón evidencia la vulnerabilidad hacia embarazos y transmisión de ITS-VIH.

En la zona rural, de 1,303 mujeres que han tenido relaciones sexuales, 1,080 **(82.9%)** han usado en algún momento de su vida algún método anticonceptivo. 223 mujeres **(17%)** no han usado nunca un método anticonceptivo.

Como método exclusivo, 139 mujeres (12.8%) han utilizado anticonceptivos orales, 193 (17.8%) inyectables mensuales o trimestrales, 25 (2.3%) diu y 44 (4.7%) condón.

219 mujeres (16.8%) han sido esterilizadas quirúrgicamente, de ellas 4 (1.8%) tienen en la actualidad menos de 30 años. La edad promedio de las mujeres en el momento de la esterilización es de 30.7 años, y un 15 % se la realizaron antes de los 25 años.

### Método actual

En el momento del estudio, 4,548 mujeres con expedientes del CMM están en edad fértil<sup>12</sup>, de las cuales 3,801 refieren tener relaciones sexuales: 718 están embarazadas, 310 (43%) manifiestan tener un embarazo no planificado y 212 no estaban protegidas; 709 no necesitan protección anticonceptiva por esterilización quirúrgica de ellas o su pareja, histerectomía o menopausia (solo 8 refieren usar condón); 1,745 están usando un método seguro (539

---

<sup>11</sup> Derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua: Impacto en salud. OPS 2007.

<sup>12</sup> Según OMS, se considera mujeres en edad fértil entre los 15 y 49 años

inyectable mensual, 365 condón, 352 inyectable trimestral, 308 anticonceptivo oral, 180 diu; 1 implante); 60 utilizan métodos naturales o anticoncepción de emergencia y 569 no están usando ningún método anticonceptivo. En resumen, 2,454 mujeres están usando un **método seguro** que las protege del embarazo **(64.5%)**

En la zona rural, 1,006 mujeres están en edad fértil y 843 manifiestan tener relaciones en el momento del estudio: 129 se encuentran embarazadas, de las cuales 15 refieren tener un embarazo no deseado (11 no estaban protegidas); 176 no necesitan protección anticonceptiva por esterilización quirúrgica, histerectomía o menopausia; 434 están usando un método seguro (187 inyectable trimestral, 88 condón, 83 anticonceptivo oral, 58 inyectable mensual y 18 diu); 2 usan método natural y 102 no están utilizando ningún método. Podemos concluir que 610 mujeres están **protegidas** ante un embarazo **(72.3%)**

ENDESA 2012 reporta un 74.5% de mujeres unidas que usan anticonceptivos modernos actualmente en Matagalpa.

La esterilización quirúrgica sigue siendo el método anticonceptivo más utilizado (29.8% de las mujeres unidas)<sup>13</sup>

## Realización de Papanicolau

La toma de la citología cérvico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última); esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercer citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta tercera citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo.

En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3. Las usuarias con resultados positivos o procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales<sup>14</sup>

De 4,986 mujeres con expedientes CMM que han tenido relación sexual, 4.067 (81.5%) se han realizado la toma de pap en algún momento de su vida. 3,641 mujeres se lo han tomado en el periodo de estudio **(73%)**. Sólo 28 mujeres se lo han tomado anual en los últimos 5 años. Entre las que no se lo han realizado nunca y las que hace 5 años que no se lo toman representan un 26.9% de las mujeres en riesgo potencial.

De 956 mujeres con expediente en CMM, que se tomaron PAP en el año 2014, 217 (22.6%) era la primera vez, 321 (33.5%) se lo habían tomado el año anterior, 205 (21.4%) hacía dos años, 97 (10.1%) hacía tres años y 116 mujeres (12.1%) hacía 4 o más años.

En la zona rural, de 1,303 mujeres que han tenido relación sexual, 1,154 (88.5%) se han realizado la toma de PAP en algún momento de su vida. 919 mujeres se lo han tomado en el periodo de estudio **(70.5%)**. Sólo 4 mujeres se lo han tomado anual en los últimos 5 años. Entre las que no se lo han tomado nunca y las que no se lo han tomando en los últimos 5 años representa un 29.4% en riesgo.

---

<sup>13</sup> ENDESA 2012

<sup>14</sup> Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cérvico uterino. MINSA 2006.

De 246 mujeres que se tomaron PAP en el año 2014, 44 (17.8%) era la primera vez, 82 (33.3%) se lo habían tomado el año anterior, 48 (19.5%) hacía dos años, 21 (8.5%) hacia tres años y 51 mujeres (20.7%) hacía 4 o más años.

**De 5,987 resultados** de citologías vaginales, hay presencia de VPH en 141(2.36%). 135 muestras (2.25%) reportan algún grado de atipia sugestiva de lesión o displasia, lo que significa que en 276 (4.6%) hay lesiones que pueden derivar en un proceso maligno. En 2,154 (36%) reportan inflamación severa.

En 9 muestras ya reportan carcinoma cervical.

En 3,207 muestras (54%) el resultado es negativo

## Historia de ITS

1,409 (**28.25%**) de las mujeres con expedientes CMM que han tenido relaciones sexuales dicen haber tenido en algún momento una ITS que no siempre ha sido confirmada.

410 mujeres (29%) manifiestan infección bacteriana (cocos, gardnerella), 249 (17.6%) candidas, 314 (22.2%) VPH, 236 (16.7%) tricomonas, 209 fueron tratadas como EIP (14.8%), 131 refieren haber tenido condilomas (9.2%) y (3.2%) gonorrea, sífilis, herpes y otras.

193 mujeres manifiestan haber tenido más de una ITS.

El 37.9% (1,892) de las mujeres que han tenido relaciones sexuales, se han realizado en algún momento la prueba del VIH, habiendo 10 (0,5%) mujeres sero positivas.

En la zona rural, 418 (**32%**) de las mujeres que han tenido relaciones sexuales refieren haber tenido una ITS. En 176 (42%) hubo presencia de bacterias, en 79 (18.8%) presencia de VPH en 70 (16.7%) candidas, en 64 (15.3%) presencia de tricomonas, en 36 (8.6%) eip, 19 (4.5%) condilomas y 8 (1.9%) gonorrea, sífilis o herpes.

31 mujeres refieren haber tenido más de una ITS.

364 mujeres (27.9%) que han tenido relaciones sexuales se han realizado la prueba del VIH en algún momento, no habiendo ninguna positiva.

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 los últimos años a raíz del aumento de mujeres que manifestaban insatisfacción y problemas con la pareja por la inapetencia a las relaciones, se incorporó en el protocolo de atención del colectivo el investigar sobre la vivencia de las relaciones sexuales.

De 3,371 mujeres con expedientes CMM, 2,832 (**84%**) mujeres manifestaron que sus relaciones sexuales son **satisfactorias**, 290 (8.6%) consideran que son por cumplir, por

obligación o por trabajo; 188 (6%) dicen que a veces, mas o menos, y 61 (2%) no tienen relaciones aunque si tienen pareja.

De 1,019 mujeres de la zona rural, 813 (**80.2%**) manifestaron que sus relaciones son **satisfactorias**, 112 (10.9%) consideran que las tienen por obligación, por compromiso, por cumplir, 58 (5.6%) refieren que mas o menos y 31 (3%) no tienen relaciones aunque si tienen pareja.

Según la información de esta muestra de mujeres, aproximadamente una de cada cinco mujeres tiene una vivencia la relación sexual no gratificante.

Es difícil de determinar este componente, pues cuesta reconocer una mala relación, es penoso decir que no se siente nada, que no hay ganas cuando se supone que si tienes pareja es inmediato que las relaciones sexuales se deben de dar. De hecho muchas mujeres se sorprenden que se les pregunte, contestan que son normales, pero en visitas posteriores reconocen que no son tan satisfactorias como habían manifestado en un principio.

## Violencia

### Violencia en algún momento de la vida

Tenemos dato de 4,988 mujeres con expedientes en CMM, de las cuales 2.283 (**46%**) manifiestan **no** haber vivido violencia en ningún momento de su vida.

2,705 mujeres (**54%**) 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.

De los expedientes de la zona rural, tenemos dato de 1,330 mujeres de las cuales 616 (**46%**) manifiestan **no** haber recibido violencia en ningún momento de su vida.

714 mujeres (**54%**) dicen haber recibido violencia física, psicológica o sexual.

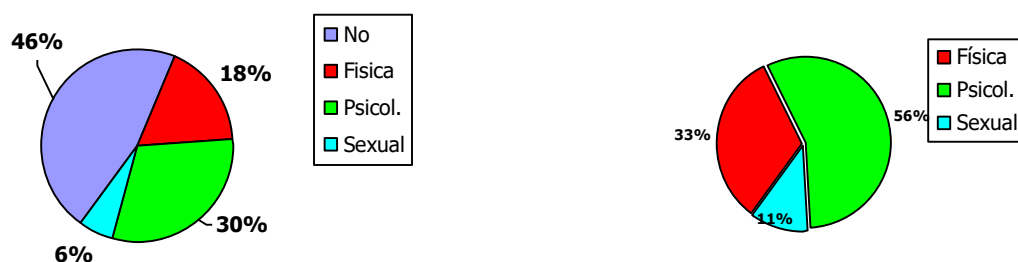
Una de cada dos mujeres reconoce haber vivido violencia en algún momento de su vida. No se toma en cuenta la violencia actual, pues se analiza en el siguiente apartado.

Gráfico 19.- Situación de violencia en algún momento de su vida en las mujeres atendidas. Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

Gráfico 20.- Situación de violencia en algún momento de su vida en las mujeres atendidas. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## ¿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 mayor proporción por un familiar o 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 1,635 mujeres (60%) la violencia fue ejercida por la pareja.

La situación en las mujeres rurales es similar.

En 436 mujeres (61%) la violencia fue ejercida por la pareja.

Tabla 9- Relación agresor-víctima. Expedientes CMM. Octubre 2015

	Familiar	Pareja	Otros	TOTAL
<b>Física</b>	200	818	10	1,028
<b>Psicológica</b>	272	759	89	1,120
<b>Sexual</b>	276	58	223	557
<b>TOTAL</b>	<b>748 (27.7%)</b>	<b>1,635(60.4%)</b>	<b>322 (11.9%)</b>	<b>2,705</b>

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

Tabla 10.- Relación agresor-víctima. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015

	Familiar	Pareja	Otros	TOTAL
<b>Física</b>	31	195	8	234
<b>Psicológica</b>	104	228	69	401
<b>Sexual</b>	34	13	32	79
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>436 (61%)</b>	<b>109</b>	<b>714</b>

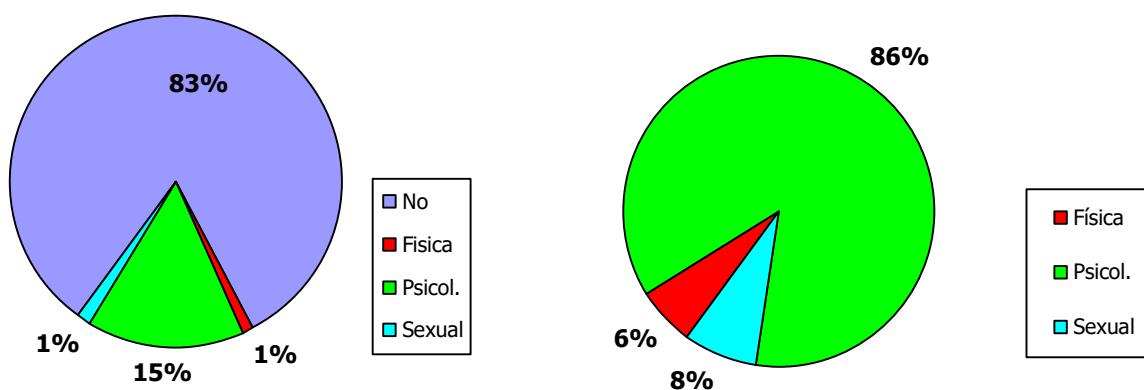
Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## 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 4,979 mujeres, de las cuales 4,091 (**82%**) manifiestan **no** estar viviendo violencia en el momento actual.

Casi una **de cada cinco** mujeres reconoce vivir actualmente alguna situación de violencia. Aunque en la globalidad si lo comparamos con el gráfico 19 se podría deducir que hay menos violencia, hay que tener en cuenta que las secuelas psicológicas en mujeres que han vivido agresiones son difíciles de superar y no desaparecen en el curso de la vida.

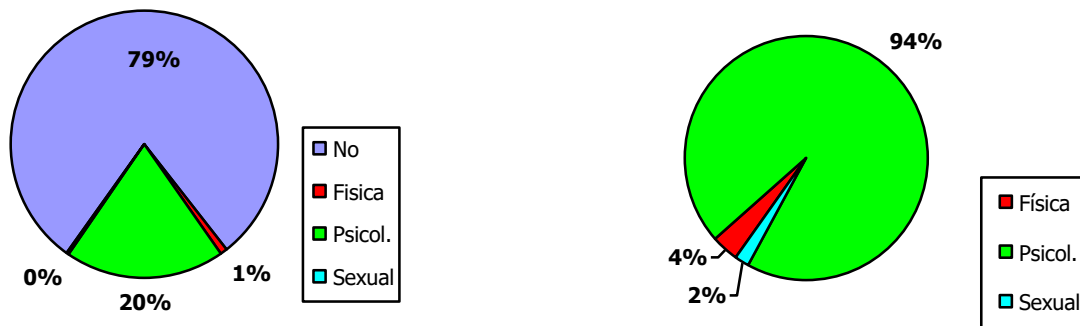
Gráfico 21.- Situación de la violencia actual en las mujeres atendidas. Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

Muy similar es la situación de las mujeres que habitan en las zonas rurales. De 1,330 mujeres, 1,055 (**79%**) manifiestan **no** estar viviendo violencia en el momento de la entrevista. **Una de cada cinco** mujeres reconocer estar viviendo algún tipo de violencia.

Gráfico 22.- Situación de la violencia actual en las mujeres atendidas. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## ¿Quién la ejerce?

De 887 mujeres que refieren estar viviendo violencia en la actualidad, 561(**63%**) reconocen al **compañero o excompañero** como agresor de la violencia.

En la historia de las mujeres no es fácil reconocer la violencia sexual sobre todo cuando es ejercida por la propia pareja. Por el rol establecido muchas no reconocen la violencia sexual a la 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*"

Es importante remarcar que en la mayoría de los casos de violencia (88.1%) el agresor es la pareja, ex pareja o familiar, cuando se supone que es en el hogar donde estamos más protegidas.

Tabla 11: Relación del agresor con la mujer que esta viviendo violencia. Expedientes CMM. Octubre 2015

	Familiar	Pareja	Otros	TOTAL
<b>Física</b>	9	44	1	54
<b>Psicológica</b>	185	498	83	766
<b>Sexual</b>	4	19	45	68 (7.6%)
<b>TOTAL</b>	<b>198 (22.3%)</b>	<b>561 (63.2%)</b>	<b>128 (14.4%)</b>	<b>887</b>

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

Tabla 12: Relación del agresor con la mujer que esta viviendo violencia. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015

	Familiar	Pareja	Otros	TOTAL
<b>Física</b>	2	8		10
<b>Psicológica</b>	68	142	50	260
<b>Sexual</b>		2	3	5
<b>TOTAL</b>	<b>70 (25.5%)</b>	<b>152 (55.3%)</b>	<b>53 (19.3%)</b>	<b>275</b>

Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

Durante el 2013, en el Instituto de Medicina Legal, se realizaron un total de 6,069 peritajes por violencia sexual, lo que representa un 9% de todos los peritajes médico-legales. Se evaluaron 506 personas por mes, 17 por día. El 51 % se realizaron en menores de 13 años, el 83% eran niñas. El 31 % en el grupo de 14 a 17 años, el 95% eran niñas.<sup>15</sup>

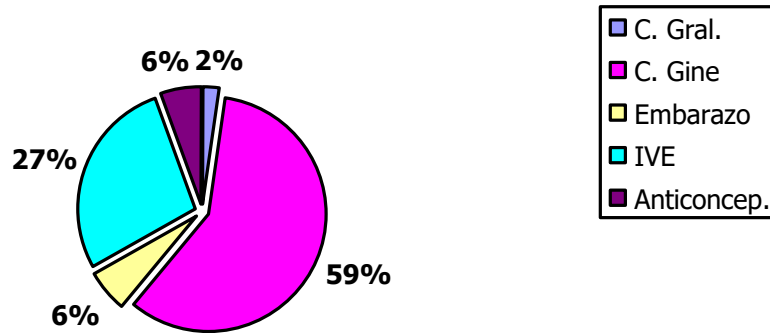
## Motivo inicial de atención

Tomando en cuenta que nuestro perfil es 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.

<sup>15</sup> Instituto de Medicina Legal. Anuario Estadístico de Servicios Médicos legales Nicaragua 2013

En los expedientes CMM, prácticamente más de la mitad de las mujeres acuden en su primera visita por consulta ginecológica, sin embargo consideramos importante que a nivel global el segundo motivo de consulta inicial se deba a trastornos de la menstruación.

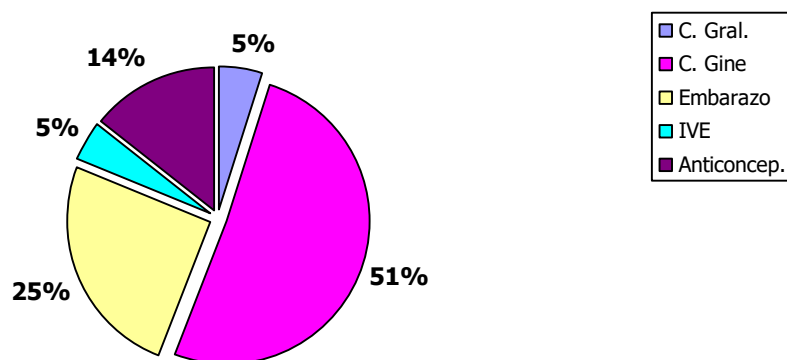
Gráfico 23- Motivo inicial de consulta en las mujeres atendidas. Expedientes CMM. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

En el ámbito rural, aunque el primer motivo de consulta sigue siendo la consulta ginecológica, el porcentaje de los otros motivos varía en relación a los expedientes del cmm, siendo mayor la demanda por embarazo y uso de métodos y menor la de trastornos menstruales. Hay que tener en cuenta que muchas de estas mujeres acudieron a consulta a inicio del trabajo comunitario, donde en la mayoría de las comunidades no había centro de salud, por eso es más alto el porcentaje de primera atención por embarazo.

Gráfico 24.- Motivo inicial de consulta en las mujeres atendidas. Expedientes Comunitarios. Octubre 2015



Fuente: Expedientes clínicos mujeres atendidas por el CMM (2010-2014)

## Conclusiones y recomendaciones

- Las mujeres atendidas por el equipo de salud del CMM corresponde a su mayoría a mujeres jóvenes en edad reproductiva, con bajo nivel de escolaridad y sin acceso a un trabajo remunerado y a los derechos laborales correspondientes. Teniendo a su cargo el cuidado y crianza de las hijas e hijos por estar solas y los hombres no asumir su paternidad.

El nivel escolarización bajo es una dificultad para el trabajo de prevención, información y educación, ello hace que el colectivo diseñe estrategias IEC adaptadas a las poblaciones con las que trabajamos. Contando con una amplia gama de material educativo y metodologías educativas y de comunicación adaptadas a los diversos sectores.

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 a demandar la atención tanto en el área urbana como rural. Continuaremos desarrollando campañas permanentes de la necesidad de alfabetizarse y de apropiarse de los derechos fundamentales de las mujeres.

- En relación a derechos ciudadanos como es la inscripción y cédula de identidad si es cierto que ha mejorado en los últimos años, todavía hay un sector de la población sin poder disfrutar este derecho, por las dificultades tanto en requisitos como en costos de los trámites y los cambios repetitivos de cómo hacer el trámite.

La problemática del acceso al agua como derecho humano todavía está lejos de ser una realidad y año por año con la sequía, el despale y la privatización cada vez se hace más lejano para los sectores más pobres. Sabemos la relación de acceso a agua de calidad y los niveles de salud, por eso enfermedades relacionadas con esta escasez, se manifiestan con enfermedades digestivas, enfermedades de piel, y enfermedades infecciosas.

Campañas permanentes, denuncias y trabajo en redes para protección de los recursos naturales y hacer realidad este derecho para los sectores más pobres continuará siendo un eje de trabajo del CMM y del área de salud

A nivel mundial las propiedades están legalizadas a nombre de los hombres, en Nicaragua sigue manifestándose esta falta de derecho de las mujeres a las propiedades sea una casa o sea las tierras. El CMM ha trabajado fuertemente en concienciar a la población y a las mujeres sobre la importancia de constar en las escrituras de las propiedades. El contar con propiedades permite poder tomar decisiones sobre mi vida. En los próximos 5 años continuar con campañas permanentes de derecho a la propiedad para las mujeres, coordinando con el área de derechos humanos.

- En relación al perfil sexual reproductivo de las mujeres atendidas por el CMM, 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 conductas de riesgo de la salud a juzgar por el aumento de ITS, embarazos en adolescentes, embarazos no planificados, discontinuidad en el papanicolau y el uso de métodos a pesar de la promoción que desde hace unos años se lleva a cabo tanto por programas del

Ministerio de salud como de las organizaciones de mujeres y la red de promotoras y parteras comunitarias.

Consideramos que la confusión entre los mensajes de los sectores más tradicionales, diversos líderes religiosos y las contradicciones entre los mensajes del gobierno y las normas del Ministerio de salud, más la cultura general de retroceso hacia los derechos de las mujeres y la falta de oportunidades reales para el ejercicio de los derechos de las mujeres hace que se refuerce los roles tradicionales y la valorización de la maternidad como una única razón de ser de las mujeres.

Promover información y capacitación a mujeres sobre cuáles son nuestros derechos desde una visión feminista puede contribuir a cambiar estos aspectos, profundizar los sentimientos y motivaciones de las mujeres jóvenes para salir embarazadas a temprana edad, nos permitirá poder analizar la situación y diseñar estrategias adecuadas.

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 y la atención emocional y espacios de autoafirmación, pues permite que las mujeres expresen sentimientos que creen no se deben sentir ni 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. Es muy importante continuar con espacios donde nos permita analizar, compartir y sanarnos de las lesiones y daños como sobrevivientes de violencia, poder hacer justicia social y continuar demandando la justicia jurídica y legal. Promover relaciones de respeto, espacios preventivos donde las niñas y niños a temprana edad puedan comprender que la violencia solamente genera violencia, destrucción, tristeza y falta de libertad es fundamental para poder ir cambiando las relaciones tanto en el ámbito de pareja, familiar, escolar, laboral y de la comunidad.
- 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 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.