

Los retos para disminuir el embarazo en adolescentes en Nicaragua: resultados de entrevistas con personas tomadoras de decisiones



Diana Lara@
Martha J. Decker
Abigail Gutmann-Gonzalez
Claire D. Brindis

Philip R. Lee Institute for Health Policy Studies,
and Bixby Center for Global Reproductive Health
University of California San Francisco

Introducción

En el periodo 1990–2010, la región Latinoamericana y del Caribe ha disminuido 20% las tasas globales de fecundidad.^{1,i} Nicaragua ha seguido esta tendencia con una reducción de 4.6% en 1993 a 2.4% en 2011.² Asimismo, en esta área geográfica las tasas específicas de fecundidad de adolescentesⁱⁱ también se han contraído, pero en menor magnitud: de 86 nacimientos por 1 000 mujeres en el periodo 1995–2000 a 72 por 1 000 mujeres entre 2005 y 2010, siendo en este último año la segunda región con las tasas de fecundidad más altas para este grupo etario.¹

Además, en esta área las variaciones de las tasas de fecundidad en adolescentes son amplias, mientras que las tasas bajas son comunes en algunos países de América del Sur y en el Caribe y Centroamérica predominan las altas. En Nicaragua, a pesar de que en la última década este indicador se redujo 23%,ⁱⁱⁱ aún es superior al promedio para la región y significativamente más alta en áreas rurales (117 por 1 000 mujeres) que en áreas urbanas (74 por 1 000 mujeres).²

El análisis de las encuestas de salud demográficas de Centroamérica muestra que en Nicaragua, la probabilidad de iniciar la vida sexual activa en mujeres de 15 a 19 años se ha incrementado de 1992 a 2007. Además, en el mismo periodo aumentó el uso de métodos anticonceptivos modernos^{iv} en mujeres de 15 a 24 años, tanto en aquellas unidas (61%) como en quienes no están en unión (59%).³ Sin embargo, en este país centroamericano una cuarta parte de las adolescentes de 15 a 19 años ha cursado un embarazo por lo menos una vez y esta proporción registró un descenso mínimo de 26% en 2006 a 24% en 2011.²

En Nicaragua, una gama de factores en distintos niveles del modelo socio-ecológico, así como disparidades por variables sociodemográficas, se asocian con el embarazo adolescente.⁴

Las nicaragüenses que viven en áreas rurales pertenecen al nivel socioeconómico bajo y solo cuentan con educación primaria o con ninguna, tienen más probabilidades de iniciar relaciones sexuales a edad temprana, entrar en una unión y embarazarse, en comparación con quienes viven en áreas urbanas, tienen nivel socioeconómico medio o alto y cuentan con educación secundaria.⁵ En este sentido, se han reportado disparidades similares vinculadas con las variables socioeconómicas en el uso de métodos anticonceptivos modernos y en anticoncepción de emergencia entre mujeres adolescentes y adultas.⁶⁻⁸

Las desigualdades en el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) se pueden explicar en el marco de los determinantes sociales de la salud, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen –incluido el sistema de salud– y que explican la mayor parte de las inequidades sanitarias.⁹

Una de las recomendaciones que realiza la OMS para reducir estas inequidades es luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Asimismo, se destaca la importancia de reducir las inequidades de género y promover la emancipación de las mujeres para alcanzar la distribución equitativa de la salud.⁹

Las desigualdades de género, los estereotipos y los roles de género influyen en la salud con prácticas como la violencia contra las mujeres, la falta de poder de decisión, el reparto inequitativo del trabajo y del tiempo libre, así como menores oportunidades educativas y profesionales. De igual forma, inciden las conductas y los prejuicios sexistas, las normas, los valores y los mandatos sociales que favorecen a los hombres sobre las mujeres, lo que tiene efectos perjudiciales en el desarrollo de las niñas, las jóvenes y las adultas.⁹

Las normas de género y las actitudes que prevalecen en ciertos grupos de la sociedad e instituciones, incluidas las clínicas, las escuelas y las iglesias, así como entre el personal docente,

@Correo electrónico: diana.lara-roddgers@ucsf.edu

ⁱ La tasa global de fecundidad (TGF) es el número promedio de hijos e hijas que nacerían de una mujer que forma parte de una cohorte hipotética de aquellas que durante su vida fértil tuvieron descendencia de acuerdo con las tasas de fecundidad por grupos de edad en un periodo determinado.

ⁱⁱ El número de nacimientos por 1 000 mujeres de 15 a 19 años.

ⁱⁱⁱ De 119 por 1 000 mujeres en 2001 a 92 en 2011.

^{iv} Esterilización femenina y masculina, dispositivo intrauterino (DIU), pastillas e inyecciones hormonales, condón masculino y método de la amenorrea por lactancia.

madres, padres, pares y parejas sexuales, también han sido asociadas con barreras para el uso de métodos anticonceptivos en Nicaragua.⁶

Algunas actitudes señaladas en un estudio sobre embarazo en áreas rurales en dicho país incluyen comentarios condenatorios de familiares y personas que son integrantes de la comunidad, sobre el inicio de la vida sexual activa de las mujeres fuera del matrimonio y la “ruptura” de la virginidad. Además, existen dichos y actitudes que favorecen y perpetúan el papel tradicional de la mujer dependiente del hombre y a cargo del hogar.⁶

Asimismo, las normas culturales que aceptan el embarazo en adolescentes y la entrada temprana al matrimonio contribuyen a la alta fecundidad de las mujeres que transitan por esta etapa etaria. En este sentido, Nicaragua tiene una de las tasas de matrimonio temprano más alta a nivel mundial: 41% de las mujeres se casan antes de los 18 años de edad.¹⁰

Otro factor que incrementa los riesgos del embarazo a temprana edad es la deserción escolar. En Nicaragua, únicamente 42% de los hombres y 49% de las mujeres en edad escolar se matriculan en escuelas secundarias.¹¹ Al respecto, múltiples estudios han demostrado que la inasistencia a la escuela está asociada con desventajas sociales y económicas e incrementa la probabilidad de conductas de riesgo, incluyendo el embarazo adolescente.¹¹

Lo anterior indica que existen importantes brechas en el acceso de la población adolescente a educación y salud, las cuales contribuyen al embarazo y son más pronunciadas en las mujeres jóvenes que en los hombres. En los últimos años, los ministerios de Salud, Educación y Juventud han avanzado en la aprobación de leyes y en la emisión de guías para la atención de este grupo etario y para víctimas de abuso sexual.¹² Es el caso de la Ley de Promoción de Desarrollo Integral de la Juventud, que reconoce que las y los jóvenes tienen derecho a

recibir una educación sexual, científica en los centros educativos como una materia más del p^énsum académico desde quinto grado de educación primaria y a ejercer los derechos reproductivos y sexuales con responsabilidad, para vivir una sexualidad sana, placentera y prepararlos para una maternidad y paternidad responsable.¹³

De acuerdo con estas leyes y normativas, de forma reciente el Ministerio de Educación aprobó la Guía Básica de Consulta para Docentes sobre

Educación de la Sexualidad, que abrió la puerta a la impartición de clases de educación sexual en las escuelas públicas de Nicaragua.¹⁴

Aunque se reconocen los avances en el marco regulatorio de derechos de la SSR, también se identifican retrocesos, como la criminalización del aborto en todas las circunstancias, incluso cuando la vida de las mujeres está en peligro. Este cambio en el Código Penal, realizado en el 2006 y durante la campaña electoral, ha sido criticado por organizaciones feministas y de derechos humanos nacionales e internacionales, que han señalado que su promulgación viola marcos internacionales de protección a los derechos sexuales y reproductivos.¹⁵

De este modo, aunque existen las Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, no incluyen la provisión de anticoncepción de emergencia ni lineamientos de atención para las adolescentes que se embarazan a partir de una violación.¹⁶

De acuerdo con lo anterior, el objetivo de este artículo es identificar y comprender los factores y las intervenciones exitosas en materia de embarazo adolescente en Nicaragua, así como las barreras y los retos para disminuir la tasa de embarazo en esta población, y las oportunidades y los programas que se pueden replicar o expandir para incentivar el desarrollo positivo de las y los adolescentes, y posponer este evento obstétrico. Para alcanzar estos fines, se realizaron entrevistas a 15 personas tomadoras de decisiones y con extensa experiencia en programas de SSR en este país centroamericano.



Courtesy of Mark Tuschman for Planned Parenthood Global

Metodología

Para llevar a cabo el estudio se eligió el método cualitativo, para lo cual se realizaron entrevistas semiestructuradas a personas tomadoras de decisiones del gobierno nicaragüense y de organizaciones no gubernamentales (ONG) que brindan servicios de SSR o realizan investigación y evaluación de intervenciones de prevención de embarazo en adolescentes en Nicaragua.

Las personas participantes fueron convocadas de forma directa por la Universidad de California San Francisco y por el Banco Mundial, mientras que otras fueron entrevistadas por dos investigadoras en el marco de la Reunión Internacional Interagencial sobre Evidencias Actuales, Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas de Prevención de Embarazo Adolescente en América Latina y El Caribe, que se llevó a cabo en la ciudad de Managua, en marzo de 2014. Otras personas fueron abordadas en sus sitios de trabajo en los días posteriores a esta reunión y solo dos participantes, un hombre y una mujer, declinaron participar en el estudio debido a limitaciones de tiempo.

De esta forma, se elaboró una guía de entrevista semiestructurada con 13 preguntas enfocadas en identificar las barreras y los facilitadores para la prevención del embarazo en adolescentes a nivel individual, familiar, relaciones con pares, escuelas, otras instituciones, comunidad, normas y leyes, siguiendo el modelo socio-ecológico.¹⁶ Decidimos usar este instrumento cualitativo para que las personas desarrollaran sus ideas en una conversación fluida, guiada por las entrevistadoras y usando las preguntas principales y de seguimiento.

Las entrevistas se realizaron en español, duraron aproximadamente una hora y se grabaron con el consentimiento informado de las personas participantes. Las investigadoras revisaron los audios y codificaron la información manualmente. Así, se identificaron los temas principales que mencionó la mayoría de las y los entrevistados; es decir, los que tuvieron mayor énfasis y aquellos que se separaron del patrón general. La reducción y la interpretación de los datos se realizaron a partir de la teoría fundamentada.

Universo de estudio

De 15 participantes, 11 fueron mujeres y cuatro hombres: tres entrevistas se realizaron de forma grupal con al menos dos personas, ya que cada participante estaba a cargo de programas específicos. De las 10 organizaciones que se incluyeron en el estudio, cuatro eran clínicas de ONG o universidades públicas, dos eran ONG que realizan investigación y evaluación de programas de salud, dos eran centros de investigación de universidades públicas, una se enfocaba en la educación de jóvenes y otra era una red nacional de 21 ONG. Además, siete eran locales y tres internacionales.

Resultados

A través de las entrevistas identificamos facilitadores y barreras para la prevención del embarazo adolescente, los cuales agrupamos en cinco ejes temáticos que describimos apoyados con citas de las personas participantes.

Acceso a métodos anticonceptivos a través de programas comunitarios

La mayoría de las y los entrevistados expresó que se han llevado a cabo proyectos dirigidos a jóvenes para mejorar el acceso a métodos anticonceptivos a través de programas comunitarios. Estos han sido parcialmente exitosos, pues las personas adultas, así como las y los jóvenes promotores de salud, llevan los métodos anticonceptivos^v de forma directa a los lugares donde la población joven se reúne o vive, en lugar de esperar a que acudan a las clínicas para solicitar servicios de SSR.

Uno de los programas implementados por el gobierno, con el apoyo técnico del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), es la Estrategia Comunitaria de Distribución de Métodos Anticonceptivos, que ha involucrado una red de brigadistas de salud, parteras y promotoras y promotores comunitarios en áreas rurales, que brinda a la población general servicios de consejería y distribuye métodos anticonceptivos de fácil prescripción y distribución, los cuales pueden ser ofertados por personal capacitado en el tema, pero no de manera necesaria con entrenamiento médico.^{11,vi} Este programa se basa

^v Como condones masculinos, pastillas e inyecciones hormonales.

^{vi} Principalmente anticonceptivos orales.

en una experiencia exitosa de distribución en áreas rurales de tratamientos para la malaria, a través de una red de más de 20 000 brigadistas de salud.

En la opinión de algunas personas participantes, este programa se ha dirigido en particular a mujeres en unión y adultas, y diversas ONG y el Ministerio de Salud consideran importante retomar esta experiencia exitosa y enfocarla en jóvenes, debido a la escasez de servicios de SSR para esta población en áreas rurales:

Entonces esa experiencia se está retomando para adolescentes. Es algo que le llama el Ministerio [de Salud] Estrategia Comunitaria de Distribución de Métodos, que es a través de pares; o sea, hacer eso mismo, pero de adolescente a adolescente, para los sitios de difícil acceso... Hacerles llegar métodos, sobre todo [anticonceptivos] orales y preservativos.

Evaluadora de ONG internacional

De forma paralela, desde el año 2002 la organización feminista Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE) ha desarrollado una estrategia de distribución de métodos anticonceptivos^{vii} y de información sobre SSR para adolescentes. Lo anterior se ha realizado a través de una red de jóvenes pares y los resultados del programa han sido evaluados desde el año 2011.⁸ Según la opinión de algunas participantes, su estructura ha sido clave para el éxito.

Esta asociación contrató a 18 jóvenes, quienes a su vez entrenaron y supervisaron, cada quien, a 20 personas; en ambos casos eran menores de 20 años de edad y de forma voluntaria realizaron actividades y charlas con adolescentes dentro de las escuelas y en lugares recreativos. Asimismo, brindaron consejería y ofrecieron los métodos anticonceptivos mencionados previamente, los cuales pueden ser entregados no solo por personal médico. Una de las coordinadoras compartió su experiencia sobre la demanda de anticonceptivos:

Entregamos métodos de forma confidencial, y privada. Los métodos que piden los varones son el condón y otros piden pastillas para sus novias, y las mujeres piden más pastillas que inyectables. Y algunos piden los dos métodos para tener protección para infecciones de transmisión sexual. El año pasado de las 6 000 personas usuarias, 4% usó la combinación de pastillas y condón, pero queremos que aumente.

Coordinadora de jóvenes pares,
ONG en servicios de salud

Otras integrantes de AMNLAE también hablaron de otras barreras que enfrentan para entregar una mayor gama de métodos anticonceptivos a través del programa, como el costo elevado y la existencia de ideas erróneas sobre la mayor prevalencia de efectos secundarios de los inyectables en adolescentes que en mujeres adultas o su contraindicación en esta población:

Estos mitos son comunes en la comunidad y también entre el personal promotor joven y restringen el uso de este método de alta efectividad entre las y los jóvenes.

Directora de ONG

Además existen normas de género que confinan a las adolescentes al hogar y a la maternidad. Por lo tanto, subsisten actitudes negativas y estigmas vinculados con el inicio de la sexualidad fuera del matrimonio, que están presentes en madres y padres, personal de las escuelas, proveedoras y proveedores de salud, así como en diferentes integrantes de la comunidad, los cuales desincentivan la búsqueda y el uso de métodos anticonceptivos entre las y los jóvenes.

Un estudio realizado en 30 comunidades rurales con alto nivel de pobreza y marginalización, reportó que en estos lugares existe una marcada inequidad de género y normas sociales que condenan el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, por lo que ven la ocurrencia del embarazo a temprana edad como algo “natural”.⁶ Al respecto, la directora de una red de ONG comentó:

El ámbito rural, es un ámbito de exclusión en Nicaragua. Entonces [existe] el patrón cultural y la aceptación de normalidad de algunas cuestiones que suceden, como el embarazo temprano y el abuso sexual... Entonces si hablamos de prevención, ¿cómo puede ampliarse el horizonte? Con menos aislamiento.

Directora de red de ONG

Auto-sustentabilidad de estrategias de incentivos y promoción de servicios de salud reproductiva

La mayoría de las personas expresó que los sectores público y privado han realizado esfuerzos con el fin de crear y fortalecer servicios de salud amigables para adolescentes, en especial en áreas urbanas; sin embargo, diversos factores han propiciado que las y los adolescentes acudan con poca frecuencia a dichos servicios. Entre los mencionados en esta investigación encontramos:

^{vii} Incluidos condones masculinos, pastillas e inyecciones hormonales.

11

poco presupuesto para el funcionamiento de las clínicas, falta de espacios físicos adecuados, entrenamiento deficiente u obsoleto, escasa experiencia del personal médico en atención a esta población e insuficientes actividades de promoción de los servicios.

De esta forma, con el objetivo de mejorar la demanda de servicios entre las y los jóvenes nicaragüenses, un grupo de investigadores del Instituto Centroamericano de Salud (ICAS) evaluó una intervención con un esquema competitivo de vales, realizado en barrios con altos niveles de pobreza en Managua. Así, varias personas proveedoras de servicios de salud privados y públicos fueron seleccionadas para brindar servicios de SSR.^{18,19}

La intervención consistió en repartir cerca de 28 000 vales entre mujeres y hombres adolescentes, los cuales podían canjear por atención gratuita de servicios de SSR en 20 centros de salud. La evaluación se realizó con las adolescentes, debido a que solo 6% de los hombres canjearon los vales.

Los resultados de la evaluación mostraron que aquellas que recibieron vales (n=904) tuvieron una probabilidad dos veces mayor de acudir a los servicios, en comparación con quienes no los recibieron (n=2 105). Además, grupos específicos de las receptoras de vales tuvieron mayor probabilidad de usar anticonceptivos modernos y condones en su última relación sexual.¹⁹



Asimismo, algunas participantes coincidieron en que la falta de financiamiento y apoyo institucional ha coartado la continuidad y la expansión de esta intervención exitosa. Una investigadora, que formó parte del equipo de este estudio, compartió su punto de vista sobre las razones por las cuales no se ha replicado o expandido la experiencia:

La estrategia no se ha usado a escala mayor, no porque sea más caro, sino porque ellos [el gobierno] no ven la necesidad de implementarlo. Pero el hecho de que el joven tuviera el bono era un incentivo para que fuera a los servicios de salud. El bono promovía la competitividad entre las clínicas. Las que daban mejor servicio recibían más clientes jóvenes. Se contrataron clínicas privadas, ONG y del gobierno [públicas] pero escogían más las clínicas privadas que la del gobierno. Aquí nadie más lo ha retomado.

Investigadora de ONG

Otra barrera en la provisión de servicios de SSR es la sustentabilidad de las clínicas en el sector público. Dos participantes, una mujer y un hombre, mencionaron que el Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes “Berta Calderón”, que operaba dentro de un hospital público en Managua, cerró en el año 2000 debido a la falta de fondos.

Empoderamiento de las y los jóvenes a través de actividades recreativas y programas alternativos de educación

La mitad de las personas entrevistadas mencionó que una de las barreras para prevenir el embarazo adolescente es la falta de oportunidades educativas y laborales que les permitan visualizar alternativas. Algunos programas en áreas urbanas y rurales están enfocados en esta problemática. Por ejemplo, Fabretto, ONG que brinda educación secundaria alternativa en áreas rurales en Nicaragua, trabaja en áreas fronterizas con Honduras, con mujeres y hombres adolescentes indígenas con altos niveles de pobreza y aislamiento. El programa brinda un currículo alternativo de educación secundaria, de habilidades técnicas y financieras que permite a esta población visualizar oportunidades dentro y fuera de sus comunidades. Una coordinadora del proyecto describió las actividades:

Es un programa de educación tutorial que busca formar capital humano local en salud comunitaria y desarrollo rural. Forma a estudiantes, madres y padres de familia como promotores de salud. A las y los jóvenes se les instruye en ciudadanía, liderazgo, empoderamiento, conocimiento financiero y se promueve la equidad de género. Las y los estudiantes se reúnen con los tutores ocho horas diarias por un total de 180 días al año.

Directora de ONG en educación

Otro componente más del programa es la creación de oportunidades para que las personas jóvenes interactúen con mentores y población adulta, quienes pueden ser modelos a seguir. Lo anterior permite a las y los adolescentes, pero sobre todo a las mujeres, mejorar sus habilidades de comunicación y vencer el aislamiento al que se enfrentan en áreas rurales:

Cuando iniciamos, la mayoría eran hombres, pero ahora tenemos 50% y 50%. El programa va [dirigido] a zonas indígenas, 85% de las personas jóvenes son chorotegas, pero hablan español. Las muchachas ahora ya están más empoderadas y hablan con sus padres, ya no tienen pena de hablar.

Directora de ONG en educación

Por otra parte, Voz Joven es un programa dirigido a la población adolescente que se encuentra fuera del sistema formal de educación secundaria. Este proyecto es colaborativo entre el Gobierno de Nicaragua y UNFPA, y se llevó a cabo en 43 municipios rurales con elevadas tasas de deserción escolar y escasas oportunidades para las y los adolescentes.²⁰

El programa incluyó una intervención educativa enfocada en la definición de un plan de vida, liderazgo juvenil, participación comunitaria, género, empoderamiento y derechos sexuales y reproductivos.²⁰ Uno de los gerentes del programa describió algunas actividades que se realizaron y los planes que tienen a futuro para la continuación y la expansión:

Voz Joven es un programa de educación no formal, extra muro. Se elaboraron guías didácticas de acuerdo a grupos etarios de 10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24 años. Se formaron equipos locales que dominaban la metodología, y luego la multiplicaban, es decir, era una metodología en cascada. Se usaron casas de la juventud en 35 municipios para impartir el programa. Existe un proceso de diálogo con el Ministerio de Salud para que el Ministerio de la Juventud continúe esta estrategia.

Evaluador de ONG internacional

Con el fin de empoderar a las y los jóvenes, el programa Cuidado de la Salud Reproductiva para los y las adolescentes Enmarcado en La Comunidad (CERCA) busca mejorar la SSR de adolescentes que viven en barrios marginales de Managua. Este proyecto fue diseñado, implementando y evaluado por ICAS y el Centro de Investigación y Estudios de la Salud (CIES) de la Universidad Nacional Autónoma de

Nicaragua (UNAN). Además, forma parte de un proyecto ejecutado de manera simultánea en Ecuador y Bolivia.

La intervención tuvo una duración de 18 meses y se centró en tres enfoques: prevención del embarazo en adolescentes, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, y mejora en el acceso a servicios.^{21,22} Uno de los componentes más importantes para su éxito fue el establecimiento de un ambiente comunitario y familiar favorable para el ejercicio de los derechos de la SSR:

El proyecto tiene tres grupos meta, adolescentes, padres de familia y líderes de la comunidad, basado en un modelo en diferentes niveles de intervención: adolescentes, padres y madres, líderes comunitarios, comunidad en general, centros de salud y el marco jurídico. La idea es sensibilizar y reflexionar sobre el tema y el impacto del embarazo adolescente a nivel económico y social.

Investigadora ONG local

Emisión e implementación de leyes que aseguren los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes

La mayoría de las personas participantes mencionó la reciente publicación de una guía de educación sexual para el personal docente en escuelas públicas, la cual fue aprobada por el Congreso después de una larga negociación y a pesar de la oposición de grupos conservadores y de la iglesia católica.¹⁴ De acuerdo con las y los entrevistados, después de la aprobación el Ministerio de Educación, con el apoyo técnico de UNFPA, entrenó alrededor de 5 000 docentes en el contenido de la guía.

Lo anterior fue motivo de entusiasmo entre las personas entrevistadas, pero manifestaron varias preocupaciones; por ejemplo, que la guía no es amigable para quienes la usan y es difícil de entender para el profesorado, que a su vez tiene bajos niveles de escolaridad y poco entrenamiento. Además, el personal docente y directivo de las escuelas secundarias podría resistirse a enseñar los temas incluidos en ese documento, debido a sus creencias religiosas o valores personales acerca de la sexualidad.

Asimismo, señalaron la falta de apertura del gobierno para colaborar con las ONG, con el fin de mejorar la capacitación del personal docente e implementar un programa de monitoreo y evaluación del programa de educación sexual. Finalmente, indicaron que el contenido de la

guía no es comprensivo y ha sido criticado por algunos grupos porque, como lo explica el director de una ONG: “se enfoca más en valores y toca superficialmente el uso de métodos anticonceptivos, y no habla sobre aborto”.

Uno de los principales desafíos mencionados por dos entrevistadas es la falta de monitoreo en servicios de salud de la provisión de anticoncepción de emergencia para víctimas de violación. Aunque el levonorgestrel está incluido en el cuadro básico de medicamentos en centros de salud,²³ su abastecimiento no está incluido en los protocolos para la atención de la violencia sexual;¹⁶ por lo tanto, el personal de salud que atiende a víctimas de violencia sexual no está obligado a prescribirla.

Recortes presupuestales y colaboración intersectorial

La mayoría de las personas participantes mencionó que una barrera para la provisión de servicios de SSR para adolescentes es la falta de fondos en el sector público y privado. En la década de los 90 un grupo de donantes internacionales, como la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), la Organización Panamericana de la Salud, UNFPA, OMS, la Unión Europea y algunos gobiernos europeos proporcionaron fondos para el sector público y ONG en Nicaragua. Sin embargo, la mayoría de estas organizaciones han disminuido de forma drástica o han cerrado los programas en este país centroamericano y solo algunas entidades donantes han permanecido:

UNFPA ha sido un aliado importante para fortalecer al Ministerio de Salud, ha sido la única agencia que ha estado proveyendo métodos. USAID se retiró del país. El Ministerio de Salud ha asumido el costo de los métodos gradualmente.

Evaluadora, organización internacional

De acuerdo con el punto de vista de las y los entrevistados, la falta de apoyo de donantes públicos y fundaciones privadas internacionales ha disminuido la actividad de ONG locales en Nicaragua y ha propiciado la colaboración entre organizaciones nacionales. Asimismo, señalaron que la cooperación entre el gobierno y el sector civil se ha convertido en una relación tensa:

El gobierno no es abierto a las ONG. El gobierno no quiere trabajar con las ONG de forma institucional y pública, pero a nivel local sí hay alianzas.

Director de ONG

Así, se observa que la falta de colaboración se debe a la alianza entre el gobierno, la iglesia católica y los grupos conservadores, lo que ha provocado que el primero abandone su compromiso hacia la estrategia de SSR y no exista una política más abierta de prevención del embarazo que pueda ser difundida en los medios de comunicación y a través del sector civil.



Courtesy of Mark Tuschman for Planned Parenthood Global

Discusión

Los resultados de las entrevistas evidencian varios desafíos clave que enfrenta Nicaragua, así como estrategias prometedoras para la prevención del embarazo adolescente. Nuestros hallazgos apuntan a que en las áreas rurales existen serias limitaciones para acceder a servicios de SSR, sobre todo por la ausencia de confidencialidad, el estigma y los juicios de valor asociados con el uso de métodos anticonceptivos por parte de personas proveedoras e integrantes de la comunidad, lo que coincide con lo reportado en otros estudios realizados en este país centroamericano.^{22,24}

En este sentido, es factible que las y los promotores pares ayuden a difundir información y a distribuir algunos métodos anticonceptivos a adolescentes en situación de marginación, garantizando la privacidad y respondiendo a preguntas que pueden ser percibidas como vergonzosas, en particular por las mujeres, quienes viven con mayor frecuencia e intensidad del estigma, el

aislamiento y la discriminación, en comparación con los hombres de este grupo etario.

Cabe subrayar que el nivel socioeconómico bajo influye en un mayor riesgo de embarazo temprano, por lo que las y los adolescentes necesitan más apoyo para acceder a los métodos anticonceptivos y a otros servicios de SSR. Los programas de incentivos han demostrado que quienes tienen estas condiciones utilizan los servicios de SSR cuando se les proporciona la oportunidad.¹⁹ La estrategia de incentivos se debería apoyar y ampliar, sobre todo en las zonas rurales y con adolescentes vulnerables, como quienes no finalizan la escuela secundaria, tomando en cuenta que la deserción en este nivel escolar es más frecuente en mujeres que en hombres, por lo que es fundamental enfocarse en apoyarlas en su empoderamiento y así mejorar el uso de servicios de SSR.

Por lo tanto, a esta población debe ofrecerse una amplia gama de anticonceptivos, incluidos los condones, los orales, los inyectables y los de acción prolongada, como el DIU y los implantes subdérmicos. El entrenamiento en la consejería y la inclusión de estos métodos debe aumentar entre el personal de salud y las redes de promotoras y promotores jóvenes.

La anticoncepción de emergencia también es una opción importante para prevenir los embarazos no deseados y está legalmente disponible sin receta médica y a bajo costo en Nicaragua.²⁵ Asimismo los medios de comunicación deben difundir una mayor cantidad de mensajes sobre educación en SSR y métodos anticonceptivos, como se ha realizado en otros países en la región y como se llevó a cabo en la década de los 90 y principios del nuevo milenio en el país centroamericano.^{26,27}

Las entrevistas permitieron identificar que hay ciertas medidas iniciales positivas que el gobierno nicaragüense está realizando para mejorar la educación en SSR en las escuelas. Sin embargo, la nueva guía tiene que reforzarse con temas de empoderamiento, género, corresponsabilidades, masculinidades e interculturalidad. También es fundamental incluir planes de lecciones fáciles de usar y mejorar la formación del cuerpo docente y personas educadoras en salud que imparten el currículo.

En el caso de que el personal docente se negara a enseñar ciertos temas, las escuelas deben considerar la colaboración con organizaciones para que proporcionen la educación integral

en SSR. Al igual que con otros programas, esta estrategia educativa debe ser monitoreada para evaluar su alcance y calidad.

Por lo tanto, se requiere una aproximación y atención multisectorial con el involucramiento de personas tomadoras de decisiones a diferentes niveles, con el fin de prevenir el embarazo adolescente, sus causas y consecuencias. En América Latina y en Nicaragua, la influencia de la iglesia católica y de otros grupos conservadores ha creado conflictos con organizaciones que trabajan temas de SSR. En este sentido, el gobierno, las ONG y los grupos religiosos deben identificar áreas de interés común y puntos potenciales de colaboración para apoyar el bienestar y el desarrollo de la población adolescente, así como reducir los niveles de pobreza. Todos estos actores sociales tienen interés en mejorar el control prenatal, garantizar el acceso a educación secundaria y prevenir la violencia doméstica.

Asimismo, se deben fomentar oportunidades para crear vínculos entre sectores, en particular respecto al recorte de fondos en el país. Por ejemplo, las y los promotores de salud en las

escuelas deben proveer información y referencias a centros de salud donde las y los adolescentes pueden obtener métodos anticonceptivos. También es indispensable la colaboración de personas que son líderes juveniles con otras organizaciones y empresas para mejorar el acceso a oportunidades de trabajo.

Finalmente, en Nicaragua el embarazo adolescente es un evento multifactorial y complejo que requiere una respuesta integral, en la cual es prioritario incluir la perspectiva de género como eje transversal en la agenda de las instituciones internacionales donantes, las ONG y el gobierno nicaragüense.

Agradecimientos

A Dee Redwine, de Planned Parenthood Federation of America-América Latina por sus comentarios sobre la metodología del estudio. También agradecemos al doctor Rafael Cortez del Banco Mundial por el financiamiento parcial para la realización de este proyecto.



1. Pan American Health Organization. A Panorama of Adolescent and Youth Health and Development in Latin America and the Caribbean. Washington DC: PAHO; 2013.
2. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011-2012. Managua, Nicaragua: INIDE-Ministerio de Salud; 2014.
3. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006-2007. Managua, Nicaragua: INIDE y Ministerio de Salud; 2007.
4. Sampson RJ. The neighborhood context of well-being. *Perspect Biol Med.* 2003 Sum;46(3):S53-4.
5. Samandari G, Speizer IS. Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: trends over the past two decades. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2010 Mar;36(1):26-35.
6. Program for Appropriate Technology of Health, Nicasalud, United States Agency for International Development. Embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua: Determinantes de riesgo y protección e indicadores para su abordaje. Managua, Nicaragua: PATH-InterCambios; 2012.
7. Salazar M, Ohman A. Who is using the morning-after pill? Inequalities in emergency contraception use among ever partnered Nicaraguan women; findings from a national survey. *Int J Equity Health.* 2014 Sep 10;13:61.
8. Tebbets C, Redwine D. Beyond the clinic walls: empowering young people through Youth Peer Provider programmes in Ecuador and Nicaragua. *Reprod Health Matters.* 2013 May;21(41):143-53.
9. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: OMS, 2009.
10. International Center For Research On Women. Child Marriage Facts and Figures 2014 [Consultado 11 enero 2014]. Disponible en: <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures>
11. United Nations Fund For Population. The power of state of world 1.8 billion youth. State of world population 2014. Adolescent, youth and the transformation of the future. New York, USA; 2014.
12. Ministerio de Salud de Nicaragua. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud de Nicaragua; 2008.
13. Asamblea Nacional de Nicaragua. Ley N° 392. Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud. Gaceta N° 126; 2001.
14. Ministerio de Educación de Nicaragua. Educación de la sexualidad: Guía básica de consulta para docentes. Managua, Nicaragua: Ministerio de Educación de Nicaragua; 2010.
15. Kulczycki A. Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments. *Studies in Family Planning.* 2011 Sep;42(3):199-220.
16. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas y Protocolos para la prevención, detección, y atención de la violencia intrafamiliar y sexual. Managua, Nicaragua: MINSa; 2009.
17. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
18. Meuwissen LE, Gorter AC, Kester AD, Knottnerus JA. Does a competitive voucher program for adolescents improve the quality of reproductive health care? A simulated patient study in Nicaragua. *BMC Public Health.* 2006;6:204.
19. Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus AJ. Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a quasi-experimental intervention study. *J Adolesc Health.* 2006 Jan;38(1):56.
20. United Nations Fund For Population. Estudio sobre la situación de adolescentes y jóvenes en 43 municipios de Nicaragua. Derechos, convivencia, participación, y salud sexual y reproductiva. Managua, Nicaragua: UNFPA; 2013.
21. Decat P, Nelson E, De Meyer S, Jaruseviciene L, Orozco M, Segura Z, et al. Community embedded reproductive health interventions for adolescents in Latin America: development and evaluation of a complex multi-centre intervention. *BMC Public Health.* 2013;13:31.
22. Jaruseviciene L, Orozco M, Ibarra M, Ossio FC, Vega B, Auquilla N, et al. Primary healthcare providers' views on improving sexual and reproductive healthcare for adolescents in Bolivia, Ecuador, and Nicaragua. *Glob Health Action.* 2013;6:20444.
23. Ministerio de Salud de Nicaragua. Lista Básica de Medicamentos Esenciales 2013. Managua, Nicaragua: MINSa; 2013.
24. Meuwissen LE, Gorter AC, Kester ADM, Knottnerus JA. Can a comprehensive voucher programme prompt changes in doctors' knowledge, attitudes and practices related to sexual and reproductive health care for adolescents? A case study from Latin America. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH.* 2006;11(6):889-98.
25. Barker GK, Rocky M, Van Horn L. Reaching the hard-to-reach: health strategies for serving urban young women. CHILDSHOPE-USA, Inc. conference report, December 3-4, 1991, Bellevue Hotel, Washington, DC. Little Silver, New Jersey, CHILDSHOPE USA; 1992.
26. García SG, Lara D, Landis SH, Yam EA, Pavón S. Emergency contraception in Honduras: knowledge, attitudes, and practice among urban family planning clients. *Stud Fam Plann.* 2006 Sep;37(3):187-96.
27. Lacayo V, Obregón R, Singhal A. Approaching social change as a complex problem in a world that treats it as a complicated one: the case of puntos de encuentro, Nicaragua. *Investigación & Desarrollo.* 2010;16(2).