

Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense

La juventud nicaragüense, al igual que la gente joven de todo el mundo, enfrenta muchos retos y decisiones difíciles a medida que se hace adulta, inicia su actividad sexual, forma uniones y tiene hijos. Los retos que enfrentan dependen de muchos factores, incluyendo el momento en que inician su actividad sexual, si esto ocurre dentro de una unión y el número de parejas. Sus respuestas a los riesgos que enfrentan dependen en gran parte del acceso que tienen a la información y servicios—lo cual, a su vez, es afectado por su área de residencia, condición económica y nivel educativo.

Entre 1995 y 2005, las personas de 15 a 24 años representaron cerca de una quinta parte de la población total de Nicaragua. Durante esa década, sin embargo, su número absoluto aumentó de 900,000 a 1.2 millones.¹ El tamaño sin precedentes de esta generación subraya la urgente necesidad de proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense.

En Nicaragua, la unión y la maternidad temprana es la norma. En general, seis de cada 10 mujeres de 20 a 24 años se unen* antes de llegar a los 20 años, pero esta proporción varía ampliamente según el lugar de residencia (73% en áreas rurales, comparado con 53% en áreas urbanas) y la educación (78% entre las personas con 4–6 años de escolaridad, comparado con 43% entre las que tienen

siete años o más).² Nicaragua también tiene una de las tasas más altas de fecundidad adolescente en Centroamérica (119 nacimientos vivos por 1,000 mujeres de 15 a 19 años).³ Veinticinco por ciento de las mujeres de 15 a 19 años ya ha tenido un hijo o está embarazada, y 26% de todos los nacimientos en el país son de mujeres en ese grupo de edad.² Sin embargo, la mayoría de las mujeres jóvenes sexualmente activas (tanto en unión como solteras) no quiere tener un hijo pronto y más de la mitad de ellas no usa un método anticonceptivo moderno.

El propósito de este informe es ayudar a los formuladores de políticas, a los proveedores de servicios y a otras personas interesadas en mejorar el bienestar de las y los adolescentes, a que comprendan los riesgos y

Puntos Clave

- Los jóvenes nicaragüenses comienzan su actividad sexual más pronto que las jóvenes: noventa y dos por ciento de los hombres de 20 a 24 años de edad ha tenido relaciones sexuales antes de llegar a los 20 años, comparado con 67% de las mujeres de la misma edad. El diferencial de género es mayor en las áreas urbanas que en las rurales.
- Los hombres y mujeres jóvenes también difieren en términos de si su actividad sexual ocurre dentro o fuera de una unión. Entre los hombres, un total de 62% es sexualmente activo (25% vive en unión y 37% es soltero). En cambio, entre las mujeres, un total de 43% es sexualmente activa (37% está en unión y 7% es soltera).
- Una alta proporción de personas de 15 a 24 años de edad sexualmente activas está teniendo relaciones sexuales desprotegidas y, por consiguiente, está expuesta al riesgo de embarazos no planeados y a ITS, incluyendo el VIH. Actualmente, alrededor de cuatro de cada 10 mujeres sexualmente activas y seis de cada 10 hombres no usan ningún método anticonceptivo.
- La juventud nicaragüense, especialmente las mujeres, está pobremente informada acerca de cómo protegerse del VIH/SIDA. Entre las personas que han oído hablar de la infección, 68% de los hombres jóvenes—pero apenas la mitad de las mujeres jóvenes—mencionaron espontáneamente el uso del condón como medio para prevenir la transmisión del VIH.

conductas relacionados con la salud sexual y reproductiva de la gente joven. Este informe usa datos de encuestas recientes (ver recuadro, página 7) para examinar la situación de mujeres y hombres jóvenes, de 15 a 24 años, en unión y solteros, tanto de áreas rurales como de urbanas.

*En este informe, "unirse" se refiere tanto a entrar en unión consensual como contraer matrimonio formal. Debe señalarse que en Nicaragua las uniones consensuales, especialmente entre las jóvenes de 15 a 19 años, son más comunes que los matrimonios legales. Diez y siete por ciento de las mujeres de 15 a 19 años vive en unión consensual y sólo 5% está casada formalmente; entre las mujeres de 20 a 24 años de edad, las proporciones correspondientes son 36% y 20%, respectivamente (fuente: ver referencia 3).

Casi la mitad de los nicaragüenses vive en la pobreza.

En 2001, 46% de la población total de Nicaragua vivía en la pobreza, incluyendo 15% en la extrema pobreza.*⁴ En ese año, 17% de la población total de 15 a 24 años (pero 15% de los varones y 23% de las mujeres) estaba desempleada.⁵ Los niveles de educación son especialmente bajos en las áreas rurales, en donde 17–19% de las personas entre 15 y 24 años nunca han asistido a la escuela, comparado con menos del 5% de las personas de la misma edad de áreas urbanas.^{6,7} Cerca de la mitad del total de jóvenes de 15 a 24 años (pero sólo una cuarta parte de las jóvenes rurales y una quinta parte de los jóvenes rurales) ha cursado algunos años de secundaria.

Ese bajo logro educativo limita las oportunidades de empleo y profundiza la desventaja económica general, dificultando así la capacidad de la gente joven de obtener información y servicios de salud reproductiva.⁸ Tomando en cuenta que la vulnerabilidad sexual se vincula con frecuencia a la vulnerabilidad económica, la desventaja puede también promover conductas sexuales y reproductivas de riesgo.⁹ Las oportunidades de educación y empleo son particularmente importantes para las mujeres jóvenes, puesto que ofrecen una mayor autonomía en la toma de decisiones. El sentido

de empoderamiento que acompaña a la educación y al trabajo remunerado permite a las mujeres jóvenes rechazar las relaciones sexuales no deseadas, elegir de manera informada el momento apropiado para casarse, prevenir el VIH y otras ITS, y decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos.¹⁰

Expectativas diferentes para mujeres y hombres jóvenes crean las condiciones para las conductas de riesgo.

Las normas sociales y culturales que son comunes a la sociedad Latinoamericana, pueden plantear retos para la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense. Las inequidades de género en la socialización, así como el estigma asociado al conocimiento de la sexualidad por parte de la mujer, tienden a debilitar su autonomía respecto a sus decisiones reproductivas.⁹ Entre los hombres jóvenes, las conductas potenciales de riesgo, como las relaciones sexuales premaritales y el tener múltiples parejas, con frecuencia son toleradas y consideradas como prueba de masculinidad.^{11–13} Por su parte, a las mujeres jóvenes tradicionalmente se les exhorta a que se mantengan castas hasta el matrimonio, a ser sumisas a los deseos sexuales del hombre y, por lo general, a ser inexpertas en materia sexual.

Dada esta atmósfera de desigualdad de género, las

mujeres jóvenes enfrentan mayores riesgos en su salud reproductiva. La expectativa de que deben ser pasivas e inexpertas puede obstaculizar su capacidad de negociar condiciones de sexo seguro o de buscar servicios de salud reproductiva apropiados. Además, el estigma asociado al hecho de ser madre soltera significa que tener un hijo fuera del matrimonio constituye una pesada carga para las mujeres jóvenes.¹³

La gente joven sexualmente activa necesita dos clases de protección.

De los dos riesgos de tener relaciones sexuales sin protección—embarazos no planeados e ITS—las mujeres nicaragüenses tienen un mayor riesgo de embarazos no planeados que de ITS. Aunque se desconoce el nivel de embarazos no planeados en el país, sabemos que el nivel de nacimientos no planeados es muy alto: entre las mujeres de 15 a 19 años en 2001, casi la mitad (45%) de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años había sido no planeado (inesperado o no deseado);² y es probable que el nivel de embarazos no planeados fuera aún más alto.

Algunas mujeres jóvenes que han tenido un embarazo no planeado pueden también sufrir los riesgos asociados con el aborto inseguro: en 2003, los abortos en adolescentes representaron una cuarta parte de todos los abortos reportados por el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud.¹⁴ La situación ha empeorado significativamente con la reforma al código penal en 2006, el cual no permite

ya el aborto, ni siquiera para salvar la vida de una mujer.¹⁵

Además de las estrategias que permitan a la gente joven evitar las potenciales consecuencias negativas en salud del embarazo no planeado, la juventud nicaragüense también necesita protección contra las ITS.¹⁶ Los datos sobre tasas de prevalencia de ITS son difíciles de obtener, pero las mejores estimaciones disponibles indican que el 68% de los casos de gonorrea, virus del papiloma humano, sífilis, sífilis congénita y chancroide reportados entre 1999 y 2003 fueron en jóvenes de 15 a 29 años.¹⁷ La prevención de esas ITS reduce el riesgo de VIH, puesto que el riesgo de transmisión sexual de VIH aumenta de 3 a 5 veces con la presencia de otras ITS.¹⁸ La prevalencia de VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 24 años era todavía relativamente baja en Nicaragua a finales de 2001: la proporción estimada fluctuaba entre 0.05–0.10% en mujeres y 0.15–0.31% en hombres.¹⁹

Más hombres jóvenes que mujeres jóvenes tienen experiencia sexual.

La proporción de jóvenes nicaragüenses—tanto hombres como mujeres—que ha tenido una relación sexual aumenta marcadamente con la edad. El tradicional doble estándar relacionado con la actividad sexual de hombres y mujeres se refleja en las grandes diferencias de género en las proporciones de jóvenes que tienen experiencia sexual en cada grupo de edad.

- Entre las personas de 15 a 19 años, una mayor proporción de hombres que de mujeres

*Pobreza es la incapacidad económica de adquirir una canasta de bienes y servicios básicos, estimada en 5,157 córdobas por persona por año (US\$1,904 en 2001, ajustada por paridad de poder adquisitivo); pobreza extrema se refiere a la incapacidad económica de adquirir una canasta de alimentos, estimada en 2,691 córdobas por persona por año (US\$994 en 2001, ajustada por paridad de poder adquisitivo); fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], *Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá, 2003*, San José, Costa Rica: PNUD, 2003).

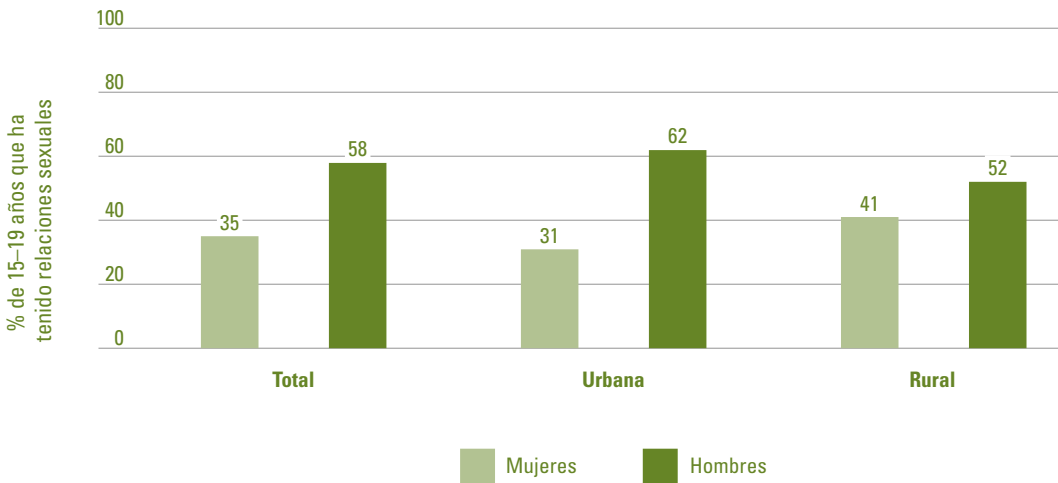
Indicadores demográficos y reproductivos seleccionados entre las personas jóvenes, Nicaragua, 1998 y 2001

Indicador	Total		Residencia			
	Mujeres	Hombres	Urbana		Rural	
			Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
ACTIVIDAD SEXUAL						
(1) % 15–19 que ha tenido relaciones sexuales	34.8	58.4	30.8	61.7	41.2	52.3
(2) % 20–24 que ha tenido relaciones sexuales	76.5	95.9	72.1	95.3	84.1	96.7
(3) % 15–24 que ha tenido relaciones sexuales	52.9	74.3	49.0	75.1	59.4	72.9
(4) % 20–24 que tuvo relaciones sexuales antes de los 15 años	14.3	34.6	9.9	36.0	21.9	32.5
(5) % 20–24 que tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años	48.7	79.8	42.7	80.6	59.3	78.6
(6) % 20–24 que tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años	66.7	91.6	60.8	92.3	76.8	90.9
(7) % sexualmente activo*	43.3	61.6	39.1	61.5	50.4	61.9
(8) En unión	36.7	24.5	31.0	21.0	46.2	30.2
(9) No en unión	6.6	37.1	8.1	40.4	4.2	31.6
% sexualmente activo en el último año con ≥2 compañeros sexuales						
(10) En unión	0.7	nd	0.9	nd	0.4	nd
(11) No en unión	3.1	nd	4.2	nd	0.4	nd
PREVENCIÓN DE EMBARAZO						
(12) % que conoce un método moderno	97.4	97.0	99.0	98.5	94.6	94.5
% sexualmente activo que usa						
(13) Método moderno	54.5	40.9	56.3	43.5	52.3	36.6
(14) Método tradicional	4.9	3.4	5.0	4.1	4.8	2.2
(15) Ninguno	40.6	55.8	38.8	52.4	42.9	61.3
% en unión que usa						
(16) Método moderno	57.5	55.1	60.9	57.0	53.6	52.9
(17) Método tradicional	5.0	3.9	4.9	5.1	5.3	2.9
(18) Ninguno	37.5	41.0	34.2	38.0	41.1	44.5
% solteros sexualmente activos que usa						
(19) Método moderno	38.2	31.5	38.4	36.5	37.9	20.4
(20) Método tradicional	4.2	3.0	5.4	3.6	1.1	1.4
(21) Ninguno	57.6	65.5	56.3	59.9	61.4	77.6
% en unión cuya decisión para usar métodos anticonceptivos†						
(22) Es de total autonomía	36.0	9.9	43.5	10.9	26.9	8.5
(23) Es una decisión conjunta	57.0	71.9	52.3	72.1	62.8	72.0
(24) No tiene ninguna autonomía	7.0	18.2	4.2	17.0	10.4	19.5
CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE ITS/VIH						
(25) % que ha oído sobre VIH/SIDA	92.0	97.8	97.3	99.5	83.2	95.1
(26) % que conoce otras ITS diferentes a VIH/SIDA	43.4	nd	54.1	nd	25.7	nd
ENTRE LOS QUE HAN OÍDO HABLAR SOBRE VIH/SIDA						
(27) % que sabe que una persona que parece saludable puede tener VIH	72.9	80.3	82.9	86.8	56.2	69.5
(28) % que cree puede tener riesgo de infectarse	22.1	55.8	25.6	59.5	15.3	49.3
% que identificó espontáneamente las siguientes formas de evitarlo‡						
(29) Usar condones	51.6	68.3	58.4	74.2	39.7	58.4
(30) Tener una sola pareja§	20.2	17.4	23.1	18.6	15.1	15.5
(31) Abstinencia	7.9	8.2	9.9	9.2	4.5	6.6
(32) % que cree que un empleador debe despedir a una persona HIV-positiva	33.7	nd	27.9	nd	44.9	nd
% que usó condón en la última relación sexual						
(33) En unión	5.3	7.3	7.5	8.2	2.9	6.6
(34) No en unión, sexualmente activo en el último año	8.7	42.1	10.7	50.6	3.6	24.5
Ns no ponderados						
15–19 años	3,146	679	1,689	394	1,457	285
20–24 años	2,402	500	1,346	258	1,056	242
Entre los de 15–24 años						
Con experiencia sexual	2,992	871	1,495	488	1,497	383
Sexualmente activos	2,447	726	1,182	403	1,265	323
En unión	2,151	288	974	127	1,177	161
No en unión	296	438	208	276	88	162

*A menos que se especifique algo distinto, sexualmente activo se refiere a haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses. †Basado en la siguiente pregunta: "En su casa, quién decide—usted, su esposo/sa, compañero/ra, ambos o alguien más—sobre el uso de anticonceptivos?" ‡Los datos para mujeres se basan en la encuesta de 1998. §Incluye las siguientes respuestas: tener una sola pareja, no tener relaciones sexuales con compañero/a infiel o con compañeros/as que tienen múltiples compañeros/as sexuales, no tener relaciones sexuales con personas desconocidas y reducir el número de compañeros/as sexuales. *Notas:* A menos que se especifique algo diferente, los datos se refieren a los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Los indicadores están basados en datos ponderados. Los métodos modernos comprenden la píldora, inyección, implante, condones (masculino y femenino), DIU, métodos vaginales (diafragma y espermicidas) y esterilización (masculina y femenina). Los métodos tradicionales son abstinencia periódica, retiro, amenorrea por lactancia y métodos folclóricos. nd=no disponible. *Fuentes:* **Mujeres**—ENDESA 2001 (a excepción de los datos sobre conocimiento espontáneo de formas de evitar el VIH/SIDA). **Hombres**—ENDESA 1998.

Actividad sexual temprana

Una mayor proporción de hombres adolescentes que mujeres adolescentes ha tenido relaciones sexuales.



Fuentes: ENDESA 1998 y 2001.

reporta haber tenido relaciones sexuales—58% versus 35% (Gráfico 1; Cuadro 1, fila 1). Una mayor proporción de mujeres adolescentes rurales que urbanas ha tenido experiencia sexual (41% versus 31%). Este patrón se invierte entre hombres adolescentes: la experiencia sexual es más común entre aquellos que viven en áreas urbanas que en áreas rurales (62% versus 52%).

- El diferencial de género en experiencia sexual también es evidente entre personas de 20 a 24 años: noventa y seis por ciento de los hombres—pero sólo 77% de las mujeres—en ese grupo de edad había tenido relaciones sexuales (fila 2). Las diferencias por lugar de residencia entre los hombres fueron mínimas (95% o más de los jóvenes de ambas áreas había tenido relaciones sexuales), mientras que tales diferencias fueron notables entre las mujeres, con

proporciones más altas en las áreas rurales que en las urbanas (84% versus 72%).

- La iniciación sexual durante los años de la adolescencia fue más común entre los hombres que entre las mujeres, especialmente en áreas urbanas. Noventa y dos por ciento de los hombres jóvenes de 20 a 24 años, comparados con 67% de mujeres de la misma edad, tuvo su primera relación sexual antes de los 20 años (fila 6). Igualmente, una mayor proporción de hombres que mujeres de 20 a 24 años, había iniciado sus relaciones sexuales antes de los 15 años (35% y 14%, respectivamente; fila 4).

Entre las personas sexualmente activas, una mayor proporción de mujeres que de hombres vive en unión.

Las mujeres y hombres jóvenes difieren no solamente en sus niveles de actividad sexual, sino también en términos de

si su actividad sexual ocurre dentro o fuera de una unión. Ante las severas sanciones en contra de la actividad sexual premarital, particularmente entre las mujeres jóvenes, estos patrones tienen implicaciones importantes en la capacidad de la gente joven para obtener la información y servicios que necesita para protegerse a sí misma.¹²

- De acuerdo con datos de encuestas recientes, un total de 43% de las mujeres entre 15 y 24 años, era sexualmente activa*—37% estaba en unión y 7% era sexualmente activa y soltera (filas 7–9). En contraste, un total de 62% de los hombres jóvenes era sexualmente activo—25% estaba en unión y 37% era sexualmente activo y soltero.

- En las áreas rurales, en donde 50% de todas las mujeres entre 15 y 24 años era sexualmente activa (fila 7), la mayor parte de ese total (46%) estaba conformado por mujeres en unión, y sólo 4% era soltera

(filas 8 y 9). En las áreas urbanas, la proporción total de mujeres sexualmente activa fue menor (39%), pero una mayor proporción de estas mujeres era soltera (8% del total). Por el contrario, la proporción de hombres de 15 a 24 años del área rural sexualmente activo, estuvo distribuida por igual entre quienes estaban en unión (30% del total de hombres rurales en ese grupo de edad) y entre quienes no lo estaban (32%); en las áreas urbanas, la proporción de quienes eran sexualmente activos y solteros fue el doble de la proporción de los que estaban en unión (40% versus 21% de todos los hombres del área urbana).

- Dado el diferencial de género en las expectativas sociales respecto a la relación sexual, la discrepancia por género en el nivel de actividad sexual reportada por jóvenes solteros de 15 a 24 años puede estar asociada con la tendencia de los jóvenes a exagerar su experiencia sexual, y por el contrario, de las jóvenes solteras a reportarla menos.²⁰

- De hecho, es probable que el estigma social también ayude a explicar la muy baja proporción (3%) de mujeres jóvenes, solteras y sexualmente activas que reportó haber tenido dos o más parejas en el año anterior, la cual, sin embargo, fue más alta en las áreas urbanas que en las rurales (4% versus 0.4%; filas 10 y 11).

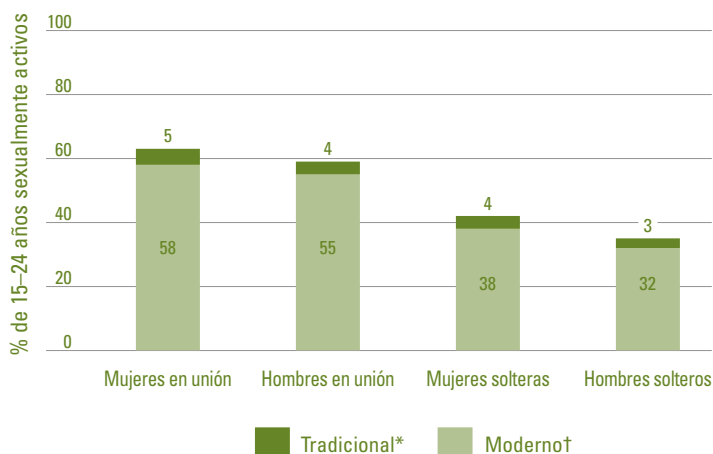
Aproximadamente la mitad de las personas jóvenes sexualmente activas usa un método anticonceptivo.

En Nicaragua, la mayoría de las personas jóvenes que usa anticonceptivos utiliza métodos modernos y su uso es más alto

*Sexualmente activas incluye a todas las personas entrevistadas que eran solteras y habían tenido una relación sexual en los últimos tres meses, así como todas las que estaban en unión.

Uso anticonceptivo

Una mayor proporción de jóvenes en unión que de solteros sexualmente activos usa un método anticonceptivo.



*Abstinencia periódica, retiro, amenorrea por lactancia y métodos folclóricos.
†Píldora, inyección, implante, condones (masculino y femenino), DIU, diafragma, espermicidas y esterilización (masculina y femenina).

Fuentes: ENDESA 1998 y 2001.

entre las personas en unión que entre las sexualmente activas y solteras. Es probable que las mujeres en unión tengan un más fácil acceso a los servicios de salud reproductiva y que no sean estigmatizadas por buscar servicios anticonceptivos como sucede con las mujeres solteras. Adicionalmente, la mayoría de las mujeres jóvenes que está en unión ya tiene un hijo² y, por lo tanto, es posible que no desee tener otro hijo pronto y esté usando un método para aplazar el nacimiento de su próximo hijo.

- Casi todas las personas jóvenes nicaragüenses de 15 a 24 años conocían al menos un método anticonceptivo moderno (97% del total de mujeres y hombres) y esta proporción variaba muy poco entre áreas urbanas y rurales (fila 12).

- Entre todos los sexualmente activos de 15 a 24 años, 55% de las mujeres y 41% de los hombres reportaron estar usando un método moderno (fila 13). Las diferencias urbano-rural en el uso de anticonceptivos fueron más pronunciadas entre los hombres en ese grupo de edad (44% de los hombres del área urbana y 37% del área rural usaban anticonceptivos modernos) que entre mujeres de características similares (56% y 52%, respectivamente).

- El uso de anticonceptivos fue más común entre mujeres y hombres en unión que entre aquellos solteros y sexualmente activos: casi seis de cada 10 mujeres de 15 a 24 años en unión usaron un método moderno, comparado con cuatro de cada 10 mujeres solteras y sexualmente activas

(Gráfico 2; Cuadro 1, filas 16 y 19). Entre los hombres, las proporciones fueron 55% y 32%, respectivamente.

- Aunque el uso de métodos en todos los subgrupos del estudio fue mayor en las áreas urbanas que en las rurales, ese diferencial fue particularmente notorio entre los hombres solteros y sexualmente activos: cuarenta por ciento de aquellos de áreas urbanas usó algún método, comparado con sólo 22% en áreas rurales (suma de las filas 19 y 20).

- La mayoría de las mujeres y hombres en unión—cerca del 60% y 70%, respectivamente—reportó que las decisiones sobre el uso de anticonceptivos fueron tomadas conjuntamente con sus parejas. Una proporción mayor de mujeres jóvenes que de hombres jóvenes reportó que sus decisiones sobre anticoncepción fueron autónomas (36% versus 10%; fila 22).

- Los métodos hormonales como la píldora y la inyección representaron la mayor parte del uso de métodos modernos (78%) en mujeres de 15 a 24 años, y el condón representó solamente el 7% del uso (los datos no se muestran). El uso moderno restante se completó con el uso de los métodos del DIU y esterilización.⁶

La percepción sobre VIH es generalizada, pero el conocimiento de cómo evitarlo es menos común.

Para que el VIH/SIDA continúe siendo bajo en Nicaragua, la gente joven sexualmente activa necesita saber que el uso del condón, ser fieles a una sola pareja sexual (o reducir el número de parejas sexuales) y la abstinencia son las

estrategias más efectivas para evitar la infección. ¿Qué tan bien informada está la gente joven nicaragüense acerca de estos enfoques?

- El conocimiento sobre VIH/SIDA fue casi universal (98%) entre los hombres jóvenes de 15 a 24 años, pero fue ligeramente menor (92%) entre las mujeres jóvenes, y la percepción más baja se registró entre las mujeres rurales (83%, fila 25). El conocimiento de otras ITS fue mucho más baja en todos los subgrupos de mujeres: sólo 43% (54% en áreas urbanas y 26% en áreas rurales) tenía conocimiento de otras ITS diferentes al VIH (fila 26; los datos correspondientes a hombres no están disponibles).

- Aunque la gran mayoría de hombres rurales y urbanos, y de mujeres urbanas (70–87%),

comprendía que una persona puede estar infectada con el VIH sin mostrar síntomas, esa proporción fue de sólo 56% en las mujeres rurales (fila 27).

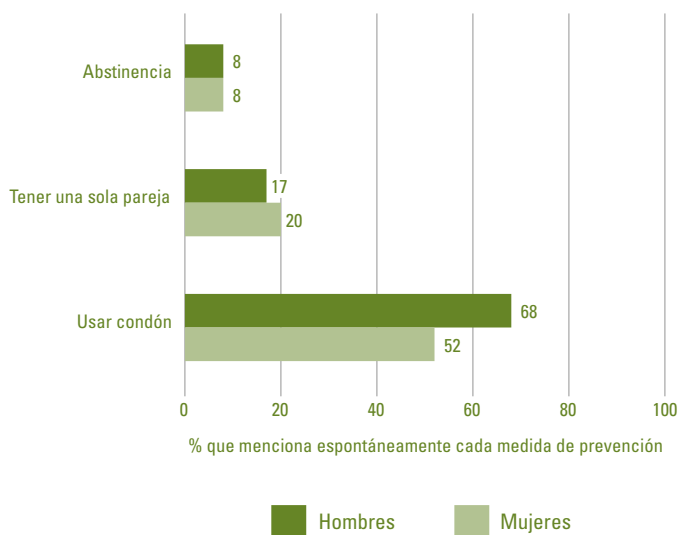
- Entre los adultos jóvenes que habían oído hablar del VIH/SIDA, más de la mitad de los hombres (pero solamente un quinto de las mujeres) creía que estaba en riesgo de infectarse (fila 28).

- En general, la proporción que mencionó espontáneamente el uso del condón como medio para evitar la infección del VIH fue mayor entre los hombres jóvenes que las mujeres jóvenes (68% versus 52%, fila 29; Gráfico 3).^{*} En las áreas rurales, los niveles de conocimiento sobre el rol del condón en la prevención fueron especialmente bajos, pero el diferencial de género permaneció estable: cincuenta

*Debido a que la pregunta sobre conocimiento espontáneo acerca de maneras de evitar la infección en la encuesta de mujeres de 2001 fue diferente a la enunciada en la encuesta para hombres y mujeres de 1998, utilizamos para este indicador la encuesta de 1998, a fin de tener una base sólida para las comparaciones de género.

Conocimiento sobre cómo prevenir el VIH/SIDA

Muchas de las personas de 15–24 años que han oído hablar sobre VIH/SIDA no saben cómo prevenir la infección.



Fuente: ENDESA 1998, para ambos, hombres y mujeres.

y ocho por ciento de los jóvenes rurales mencionó espontáneamente el uso del condón, comparado con 40% de las jóvenes rurales. La prevención de la infección por VIH mediante la monogamia (o limitar el número de parejas sexuales) y la abstinencia sexual se mencionaron aún con menor frecuencia—20% y 8%, respectivamente entre las mujeres, y 17% y 8% entre los hombres (filas 30 y 31).

- Una importante proporción de las mujeres jóvenes nicaragüenses (se carece de esta información para hombres) tuvo actitudes intolerantes hacia las personas infectadas con VIH: entre las que habían oído hablar del VIH/SIDA, una tercera parte creía que los empleadores deberían despedir a las personas infectadas por esta causa. La intolerancia fue mucho mayor en áreas rurales que en áreas urbanas (45% versus 28%; fila 32).

El uso del condón es muy bajo entre las mujeres jóvenes, independientemente de su estado civil.

Lograr la protección simultánea contra el embarazo no planeado y las ITS puede ser un gran desafío: sólo el uso de dos métodos a la vez o el uso correcto y consistente del condón ayudarán a la juventud sexualmente activa a evitar ambos riesgos. En Nicaragua, las altas proporciones de hombres jóvenes que inician su actividad sexual en forma temprana y que actualmente reportan ser sexualmente activos, resalta la eventualidad de problemas de salud sexual y reproductiva a menos que utilicen los condones correctamente en todas sus relaciones sexuales.

- Sólo 5% de las mujeres de 15 a 24 años en unión y 9% de las solteras y sexualmente activas usaron el condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales (filas 33 y 34). Uno de cada cuatro hombres de 15 a 24 años vivía en unión,⁷ pero entre los hombres en unión, sólo 7% usó el condón en la última relación sexual.

- El uso del condón en la última relación sexual fue más alto entre los hombres solteros y sexualmente activos—42% en general (pero 51% en áreas urbanas y 25% en las rurales; fila 34).

Los patrones de comportamiento sexual de los jóvenes nicaragüenses son diferentes pero sus riesgos son similares.

Los hombres y mujeres jóvenes en Nicaragua conducen sus vidas sexuales a edad temprana de manera muy diferente. Los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales a más temprana edad que las jóvenes, especialmente en las áreas urbanas. Una mayor proporción de mujeres jóvenes que de hombres jóvenes entra en unión, y una proporción mucho más pequeña de mujeres que de hombres empieza a ser sexualmente activa siendo soltera. Un factor que puede contribuir a estas diferencias son las expectativas culturales en cuanto a que las mujeres permanezcan castas hasta el matrimonio mientras que a los hombres se les caracteriza como promiscuos por naturaleza. Cualquiera que sea la causa, hay mucho campo para mejorar la salud sexual y reproductiva de la gente joven de ambos sexos.

- El conocimiento del VIH/SIDA—aunque no necesariamente de otras ITS—fue una característica generalizada entre la juventud nicaragüense, pero no así el conocimiento sobre cómo prevenirlo. Mientras que dos tercios de los jóvenes mencionaron el uso del condón como medio para prevenir la infección por VIH, la proporción entre las jóvenes fue menor (la mitad).

- La mayoría de las mujeres de 15 a 19 años (65%) y 42% de sus contrapartes masculinos aún no son sexualmente activos. Sin embargo, entre las personas de 20 a 24 años, casi todos los hombres y tres cuartas partes de las mujeres han tenido relaciones sexuales.

- El hecho de que muy poca gente joven en unión usara el condón sugiere que confiaban en sus parejas y no creían estar en riesgo de contraer el VIH u otras ITS. Por lo tanto, el uso

del condón es más percibido como un indicio de que la pareja estaba infectada o como signo de infidelidad.¹¹

- Exceptuando las personas jóvenes solteras y sexualmente activas del área rural, no hubo mayores diferencias de género en el uso de anticonceptivos modernos. Sin embargo, en general, los hombres solteros fue el único grupo en el cual más de una décima parte de las personas entrevistadas reportó haber usado condón en la última relación sexual.

- Menores proporciones de jóvenes del área rural que del área urbana tuvieron conocimiento sobre el VIH/SIDA o usaron el condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales. Las mujeres jóvenes de áreas rurales estuvieron en especial desventaja, en comparación con las mujeres del área urbana y con el total de hombres jóvenes.

Aumentar el acceso a la información y servicios es clave.

Toda la gente joven debe tener acceso a la información y servicios que necesitan para prevenir el embarazo no planeado y las ITS, incluyendo el VIH. Las mujeres en particular necesitan desarrollar habilidades y tener información para ayudarlas a evitar el aborto inseguro y sus frecuentes complicaciones graves. Además, las mujeres jóvenes deben mitigar su mayor riesgo biológico (en comparación con el de los hombres jóvenes) de contraer VIH y otras ITS.^{21,22} El nivel de conductas sexuales de riesgo que muestra la gente joven sugiere que la juventud nicaragüense necesita estar mejor informada sobre los riesgos que enfrenta en su salud reproductiva y ser provista de mejores oportunidades para proteger su salud sexual y reproductiva.

En busca de esta meta, todas las escuelas deben instituir la educación sexual integral e idealmente implementarse antes de que los jóvenes sean sexualmente activos. El currículo debe incluir información sobre la importancia de retrasar la iniciación sexual, ser fiel a una sola pareja, reducir el número de parejas sexuales y usar el condón de manera correcta y consistente. Frecuentemente, la gente joven cita el temor y la vergüenza como razones principales para no usar un método de protección.¹² Esta situación requiere de programas dirigidos a aumentar la disponibilidad de servicios amigables para la juventud en donde la gente joven soltera y sexualmente activa pueda obtener servicios de salud reproductiva sin avergonzarse o atemorizarse.

En 2004, algunas agencias de ayuda internacional donaron a Nicaragua 2.4 millones de

condones masculinos (menos de dos condones por hombre de 15 a 49 años), cifra menor a los 7.6 millones donados en 2002.²³ Esta disminución en las donaciones probablemente refleja una política de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) que prohíbe la asistencia en planificación familiar para organizaciones no gubernamentales extranjeras que no acepten las políticas de los EE.UU. sobre aborto.^{24,25} Aunque esa política técnicamente no es aplicable a los fondos para VIH/SIDA, aún así afecta claramente los esfuerzos de prevención del VIH y la provisión global de servicios de salud reproductiva al negar fondos a las organizaciones que, de otra forma, estarían en posición de proporcionar servicios relacionados con el VIH/SIDA.

Muchas de las personas jóvenes más pobres y de menor escolaridad de Nicaragua viven en áreas rurales escasamente atendidas. Aunque sus patrones de conducta sexual son similares, en general, a los de la juventud urbana, la juventud rural está en clara desventaja en términos de la obtención de información y servicios. Deben dirigirse recursos hacia el mejoramiento del acceso a la información y servicios de salud sexual y reproductiva para esa gente joven rural.

La juventud nicaragüense está consciente de algunos de los riesgos que enfrenta al volverse sexualmente activa, formar uniones y convertirse en padres y madres de familia. Algunos pueden haber retrasado su iniciación sexual para evitar un embarazo no planeado y

otras consecuencias negativas. Otros son sexualmente activos pero usan condones u otros métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, quedan brechas significativas en la amplitud y alcance del conocimiento de la gente joven sobre la salud sexual y reproductiva y en su capacidad de proteger su salud. Estas brechas son particularmente amplias en las y los solteros, y en todos los jóvenes del área rural. La evidencia presentada aquí sostiene enérgicamente la necesidad de mayores esfuerzos por parte del gobierno a todos los niveles, los proveedores de servicios y de las organizaciones de base comunitaria, para mejorar la provisión de información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva para la juventud nicaragüense.

REFERENCIAS

1. Comisión Económica de América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, América Latina: proyecciones de población, 1970–2050, *Demographic Bulletin*, 1998, No. 62, Cuadro 25a, <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/5151/lcgdem180i.pdf>>, consultado el 6 de julio de 2006.
2. Blandón L et al., Maternidad temprana en Nicaragua: un desafío constante, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, No. 3.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y Ministerio de Salud, *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 2001*, Managua, Nicaragua: INEC, 2002.
4. Banco Mundial, Nicaragua Poverty Assessment: Raising Welfare and Reducing Vulnerability, Washington, DC: Banco Mundial, 2003, <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer?WDSPath=/IB/2004/01/16/000160016_20040116101352/Rendered/PDF/261280NI.pdf>, consultado el 7 de noviembre de 2006.
5. INEC, *Informe General: Encuesta Nacional Sobre Medición de Nivel de Vida, 2001*, sin fecha, Cuadro 5.3.b,

Fuentes de Datos

Los datos presentados en este informe provienen principalmente de dos encuestas nacionales de salud reproductiva realizadas en Nicaragua. Para la gran mayoría de los datos de las mujeres, utilizamos la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2001.¹ Debido a que dicha encuesta fue realizada sólo para mujeres, los datos para hombres provienen de la encuesta más reciente, la ENDESA 1998.² Ambas encuestas fueron llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el Ministerio de Salud, en colaboración con otras organizaciones nacionales e internacionales.

La encuesta de 2001 tuvo un tamaño de muestra de 13,060 mujeres en edad reproductiva, incluyendo 3,146 mujeres de 15–19 años y 2,402 mujeres de 20–24 años, tanto casadas formalmente y en unión consensual como solteras. El tamaño de muestra de la ENDESA 1998 fue de 2,912 hombres de 15–59, incluyendo 679 hombres de 15–19 años y 500 hombres de 20–24 años en cualquier estado civil. Las encuestas tienen muestras lo suficientemente grandes para permitir análisis de jóvenes adultos por residencia rural o urbana. Los datos presentados en el cuadro han sido ponderados para hacer que la muestra probabilística sea representativa a nivel nacional.

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y Ministerio de Salud, *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 2001*, Managua, Nicaragua: INEC, 2002.

2. INEC y Ministerio de Salud, *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998*, Managua, Nicaragua: INEC; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1999.

<<http://www.inec.gob.ni/Pobreza/publicacion/infgeneral.pdf>>, consultado el 2 de mayo de 2007.

6. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 2001.

7. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998.

8. Lloyd CB et al., eds., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2001.

9. Marcovici K, *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2002, <<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GenderandHIVSpanish.pdf>>, consultado el 12 de febrero de 2007.

10. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Estado de la población mundial 2003: valorizar a 1.000 millones de adolescentes*, Nueva York: UNFPA, 2003, <http://www.unfpa.org/swp/2003/pdf/spanish/swp2003_spa.pdf>, consultado el 16 de febrero de 2007.

11. Zelaya E et al., Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua, *Journal of Adolescent Health*, 1997, 21(1):39-46.

12. Berglund S et al., The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: a qualitative approach, *Social Science*

& *Medicine*, 1997, 44(1):1-12.

13. Rani M, Figueroa ME y Ainsle R, The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: looking through the gender lens, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(4):174-181.

14. Ministerio de Salud, Situación del embarazo en la adolescencia, sin fecha, <<http://www.bvs.org.ni/adolesc/doc/EMBARAZO%20EN%20ADOLESCENCIA.ppt>>, consultado el 25 de octubre de 2006.

15. Asamblea Nacional de Nicaragua, Ley de Derogación al Artículo 165 del Código Penal Vigente, Ley No. 603, aprobada el 26 de octubre del 2006, <<http://www.asamblea.gob.ni/>>, consultado el 6 de febrero de 2007.

16. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Protecting Young People from HIV and AIDS: The Role of Health Services*, Ginebra: OMS, 2004, <http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_159247_8.pdf>, consultado el 8 de julio de 2006.

17. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y OMS, *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections*, 2004, <http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EF52004/EF5_PDFs/EF52004_NI.pdf>, consultado el 25 de octubre de 2006.

18. Rottingen JA, Cameron DW y Garnett GP, A systematic review of the epidemiologic interactions

between classic sexually transmitted infections and HIV: how much really is known? *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28(10):579-597.

19. UNICEF, ONUSIDA y OMS, *Los jóvenes y el VIH/SIDA: una oportunidad en un momento crucial*, Nueva York: UNICEF, 2002, <http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_youngpeople_hivaids_sp.pdf>, consultado el 2 de mayo de 2007.

20. Fenton KA et al., Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research, *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77(2):84-92.

21. Hook EW y Handsfield HH, Gonococcal infections in the adult, en: Holmes KK et al., eds., *Sexually Transmitted Diseases*, 3ra ed., Nueva York: McGraw Hill, 1999, pp. 451-466.

22. Moench TR, Chipato T y Padian NS, Preventing disease by protecting the cervix: the unexplored promise of internal vaginal barrier devices, *AIDS*, 2001, 15(13):1595-1602.

23. UNFPA, Donor support for contraceptives and condoms for STI/HIV prevention, Nueva York: UNFPA, 2004.

24. Population Action International, What you need to know about the global gag rule and U.S. HIV/AIDS assistance, 2004, <http://www.populationaction.org/resources/publications/globalgagrule/GagRule_AIDS/GGRandHIV-AIDSbrochure.pdf>, consultado el 6 de febrero de 2007.

25. Global Gag Rule Impact

Project, The global gag rule and contraceptive supplies, sin fecha, <http://www.globalgagrule.org/pdfs/issue_factsheets/GGR_fact_contraceptive.pdf>, consultado el 6 de febrero de 2007.

RECONOCIMIENTOS

Este informe fue escrito por Deirdre Wulf y Elena Prada, consultoras independientes; Akinrinola Bankole, Guttmacher Institute; Luis Carballo Palma, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud; y Luis Blandón, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Los autores agradecen a Martha Brady y Estela Rivero, Population Council; Noemí Ehrenfeld-Lenkiewicz, Universidad Autónoma de México; y Stephen McCracken, Centers for Disease Control and Prevention, por sus comentarios y contribuciones a una versión preliminar del informe. Agradecen igualmente las observaciones hechas por las colegas del Guttmacher Institute: Patricia Donovan, Melánie Croce-Galis y Lisa Remez. Haley Ball realizó la edición del informe. Matilde Rosero, consultora independiente, estuvo a cargo del diseño y de la producción, y Xavier González-Alonso tradujo el informe del inglés al español.

La financiación para este proyecto fue proporcionada por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Cita sugerida: Wulf D et al., Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, Serie 2007, No. 2.



Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública

New York

125 Maiden Lane, New York, NY 10038
Tel: 212.248.1111
Fax: 212.248.1951
info@guttmacher.org

Washington DC

1301 Connecticut Avenue, N.W., Suite 700
Washington, DC 20036
Tel: 202.296.4012, Fax: 202.223.5756
policyinfo@guttmacher.org

Se puede descargar el informe completo, Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense, *En Resumen*, del sitio www.guttmacher.org. También se pueden comprar ejemplares, con descuentos por pedidos en grandes cantidades. Para efectuar su pedido, llame 1-212-248-1111, o visite el sitio en la Web.

©Guttmacher Institute.

06/2007