

Artículos científicos

Derechos a la salud sexual y reproductiva entre mujeres de 20-29 años en Panamá.

Sexual and reproductive health rights among women aged 20-29 in Panama.

Fermina Chamorro^{1,2}, Faride Rodríguez^{1,2}, Selvis Stocel³, Ruth De León¹.

¹Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá. ²Facultad de Medicina. Universidad de Panamá. ³Instituto Nacional de Estadística y Censo. Panamá.

Palabras claves: derechos de la mujer, derechos reproductivos, derecho a la salud, planificación familiar, violencia conyugal.

Keywords: women's rights, reproductive rights, right to health, family planning, conjugal violence.

Correspondencia a:
Ing. Fermina Chamorro

Correo electrónico:
ferminachamorro@gmail.com

Recibido: 23 de nov. 2020.

Aceptado: 23 de nov. 2020.

Publicado: 31 de dic. 2020.

Aspectos bioéticos: Los autores declaran que no existe conflicto de interés alguno asociado en la publicación de este manuscrito. El presente trabajo fue autorizado por el Comité de Bioética de la Investigación del ICGES. Los autores declaran no haber recibido financiamiento externo para la elaboración de este manuscrito.

Resumen

Introducción: Los derechos a la salud sexual y reproductiva (DSSR) son básicos, y la capacidad de las mujeres para ejercerlos influye en lograr objetivos de desarrollo. **Objetivos:** Estimar indicadores de DSSR en mujeres de 20-29 años identificando factores asociados. **Métodos:** Con datos de 2014-2015 de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER) se analizaron 1206 casadas/unidas (982 con demanda de planificación familiar, 1082 con hijos, y 978 usuarias de anticonceptivos), midiéndose la violencia conyugal en el último año, conocimiento sobre prevención del VIH, demanda satisfecha con anticonceptivos modernos, atención profesional al parto y autonomía. Se utilizó la regresión logística multivariada para probar asociaciones. **Resultados:** Padeció violencia conyugal 13.0%, tenía conocimiento sobre prevención del VIH 38.8%, satisfacía su demanda de planificación familiar con métodos modernos 62.0%; recibió atención profesional al parto 81.1%; y mostró autonomía 10.3%. Las oportunidades relativas ajustadas (ORa) de violencia conyugal eran mayores en mujeres que la justificaban ORa=1.92; IC95%:1.09-3.39; el conocimiento sobre prevención del VIH aumentaba con la escolaridad (ORa=1.13; IC95%:1.04-1.22); la satisfacción de la demanda con métodos modernos era menor si justificaban la violencia conyugal (ORa=0.42; IC95%:0.20-0.85) y mayor en aquellas con una mayor percepción de empoderamiento (ORa=2.33; IC95%:1.15-5.00). Las ORa de atención profesional en el último parto disminuyen cuando aumentaba la edad (ORa=0.72; IC95%:0.62-0.84), y era menor si experimentaron matrimonio infantil (ORa=0.43; IC 95%:0.19-0.95). Las ORa de mayor autonomía resultaron menores en casadas (ORa=0.22; IC 95%:0.10-0.47) y amas de casa (ORa=0.53; IC 95%:0.28-0.98). **Conclusiones:** El ejercicio de DSSR y sus factores asociados constituyen desafíos al diseño de políticas públicas.

Abstract

Introduction: Sexual and reproductive health rights (SRHR) are basic, and women capacity to exert them influence achieving development goals. **Objectives:** Estimate indicators of SRHR in women aged 20-29 years, identifying associated factors. **Methods:** A total of 1206 married/cohabitant women (908 with need for family planning, 1082 with children and 978 contraceptive users) were analyzed with data from National Sexual and Reproductive Health Survey 2014-2015. It was obtained the proportion of conjugal violence victims in the last year, with knowledge about HIV prevention, family planning needs satisfied by modern contraceptive methods, with professional care at delivery and with autonomy. Multivariate logistic regression was used to test associations. **Results:** The 13.0% of women suffered conjugal violence, 38.8% had knowledge about HIV prevention, 62.0% used modern contraceptives for satisfying family planning needs, 81.1% received professional care at delivery, and 30.7% made informed decisions about SRH. Adjusted odds ratio (AOR) for conjugal violence were greater when women justified violence (AOR=1.92; 95%CI:1.09-3.39); knowledge about HIV prevention increases with schooling (AOR=1.13; 95%CI:1.04-1.22); family planning met with modern contraceptives methods was lower, if they justified violence (AOR=0.42; 95%CI 0.20-0.85) and higher in women with a higher empowerment perception (AOR=2.33; 95%CI: 1.15-5.00). The AOR for professional care at last delivery decrease with increasing age (AOR=0.72; 95%CI: 0.62-0.84) and was lower if they experienced child marriage (AOR=0.43; 95%CI: 0.19-0.95). The AOR for autonomy was lower in married women (AOR=0.22; 95%CI: 0.10-0.47) and housewives (AOR=0.53; 95%CI: 0.28-0.98). **Conclusions:** The exert of SRHR and its associated factors challenge public policies design.

INTRODUCCIÓN

La Declaración Universal de Derechos Humanos contempla el derecho a la vida, educación, privacidad, a vivir libre de violencia, a la autonomía, dignidad, igualdad y salud [1,2]. Los derechos a la salud sexual y reproductiva (DSSR) son derechos humanos básicos enlazados a las aspiraciones de la humanidad al logro del desarrollo expresadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Sin embargo, el ejercicio de los DSSR puede afectarse por desigualdades sociales expresadas en el origen étnico, la condición de pobreza, la educación alcanzada, y el poder de decisión de las personas especialmente de las mujeres [3].

Tener la capacidad de ejercer plenamente los DSSR permite a las mujeres decidir de manera informada y responsable cuando y con quién formar pareja, si tener hijos, cuando tenerlos y cuantos, protegerse de infecciones de transmisión sexual incluido el VIH y de embarazos tempranos y no deseados, y luchar contra la violencia y la explotación sexual. Implica tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSSR) oportunos, aceptables y de calidad, con privacidad, a servicios de asesoría en caso de violencia, información, educación sexual, a embarazos y partos seguros, a métodos anticonceptivos modernos, a la prevención y tratamiento de enfermedades en órganos reproductivos [4–6].

Los DSSR están incluidos en las metas ODS 2030 con indicadores para medir su progreso [7]. El ODS3 busca garantizar una vida sana, reduciendo la mortalidad materna y asegurando el acceso universal a SSSR; mide la proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado y la proporción de mujeres de 15-49 años que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos.

El ODS5 busca la igualdad de género y empoderar a mujeres y niñas, eliminando la explotación y violencia; mide la proporción que padeció violencia física, sexual o psicológica por su actual/anterior pareja en los últimos 12 meses. El ODS5 busca eliminar el matrimonio infantil, precoz y forzado; mide la proporción de mujeres de 20-24 años casadas o unidas antes de cumplir 15 y antes de cumplir 18 años. El ODS5 también busca asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos; mide la proporción de mujeres de 15-49 años con autonomía.

Abordar factores asociados al ejercicio de DSSR contribuye a mejorar la salud y reducir disparidades [8]. Con el propósito de aportar información para el desarrollo de intervenciones más efectivas, se tiene por objetivos:

- Estimar indicadores sobre el ejercicio de DSSR en mujeres de 20 a 29 años en Panamá
- Identificar factores asociados con el ejercicio de DSSR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Datos

Se analizan datos de la última ENASSER realizada del 29 de agosto de 2014 al 30 de noviembre del 2015 en Panamá [9]. ENASSER contiene datos con representatividad nacional, que indagan sobre aspectos sociodemográficos, anticoncepción, preferencias de fecundidad, embarazo, atención al parto, matrimonio, violencia doméstica, y trabajo en mujeres en edad reproductiva (15-49 años). Este análisis incluye 1206 mujeres de 20-29 años casadas o unidas (982 con demanda de planificación familiar, 1082 con hijos, y 978 que usaban anticoncepción).

Consideraciones éticas

ENASSER fue autorizada por el Comité de Bioética de la Investigación del ICGES y las entrevistadas consintieron en participar luego de informarles los objetivos, procedimientos y sus derechos como sujetos de estudio.

Variables respuesta:

El ejercicio de DSSR se midió utilizando cinco indicadores:

- Violencia física, sexual o psicológica por su actual/anterior pareja en los últimos 12 meses.
- Conocimiento sobre prevención del VIH (sabe que puede reducir la transmisión teniendo una pareja sexual fiel y usando condón siempre, que el VIH no se transmite por picaduras de mosquitos o compartiendo alimentos con personas infectadas, y que una persona aparentemente saludable puede tener VIH) [10].
- Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (esterilización, dispositivo intrauterino, inyecciones, implantes, pastillas, condón, diafragma, espuma/jalea u otro moderno).
- Último parto atendido por personal sanitario especializado (ginecólogo, médico general, enfermera obstetra o enfermera general).
- Autonomía (toma decisiones informadas sobre relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y atención de la salud reproductiva) [11].

Factores:

- Demográficos: a) edad; b) hijos tenidos
- Socioeconómicos: a) etnia por autoidentificación; b) escolaridad (años de estudio completados); c) bienestar según características de la vivienda (piso, techo, paredes), agua, saneamiento y posesión de bienes de los miembros del hogar [12]; d) área de residencia; e) ocupación; f) tipo de unión.
- Comportamiento: a) matrimonio infantil (unión formal/informal con <18 años) [13]; b) embarazo en la adolescencia (primer hijo con <20 años).
- Acceso a información: a) conoce de prueba VIH.
- Acceso a la atención de salud: a) visitó establecimiento de salud en el último año; b) es un problema para recibir consejo o tratamiento médico conseguir permiso para ir al doctor; c) conseguir el dinero para

Tabla 1. Proporción de mujeres de 20-29 años casadas o unidas (N=1206) que fueron violentadas por su actual/ anterior pareja en los últimos 12 meses y mujeres que conocen sobre prevención del VIH en Panamá.

Características	Violentada por su actual/anterior pareja			Conoce sobre prevención del VIH			Total %(N)
	%(n)	IC95%	p	%(n)	IC95%	p	
Grupo de edad							
20-24	15.2(91)	10.5-20.8	0.221	39.3(192)	32.4-46.6	0.978	42.8(573)
25-29	11.3(125)	8.1-15.7		39.1(221)	29.1-50.0		57.2(633)
Edad (años), DE							
Hijos tenidos, DE	24.7, 2.9	24.0-25.3	0.857	25.0, 2.9	24.6-25.5	0.451	25.0, 2.8
	1.8, 1.3	1.5-2.1	0.332	1.5, 1.1	1.4-1.7	0.232	1.5, 1.2
Grupo étnico							
Originario	22.0(90)	13.9-33.0	0.065	40.0(88)	29.8-51.2	0.668	18.9(370)
Afrodescendiente	9.9(35)	5.0-18.9		43.4(99)	30.6-57.3		22.2(234)
Otro	11.2(91)	7.7-16.1		37.3(226)	28.8-46.6		58.9(602)
Educación							
9 ^o o inferior	15.7(112)	11.3-21.5	0.221	22.4(110)	17.3-28.4	0	31.1(514)
10 ^o o superior	11.7(104)	8.4-16.2		46.3(303)	37.2-55.6		68.9(692)
Escolaridad (años), DE							
	10.3, 3.4	9.5-11.1	0.01	12.1, 3.0	11.5-12.7	0	11.2, 3.6
Nivel de bienestar							
Bajo	16.9(153)	12.9-21.9	0.115	33.0(192)	26.8-39.9	0.231	42.0(727)
Medio	12.2(42)	7.1-20.1		46.0(133)	37.3-54.9		29.2(302)
Alto	8.0(21)	4.0-15.4		40.9(87)	25.3-58.6		28.8(175)
Área de residencia							
Rural	17.8(157)	14.7-21.5	0.01	35.2(247)	30.5-40.3	0.282	36.8(830)
Urbana	10.0(59)	6.8-15.0		41.4(166)	31.5-52.0		63.2(376)
Ocupación							
Ama de casa	11.9(132)	8.9-15.7	0.518	37.1(237)	30.9-43.8	0.529	52.7(772)
Labora/estudia	14.2(84)	9.4-20.8		41.4(176)	30.0-53.8		47.3(434)
Tipo de unión							
Formal	8.6(55)	5.2-14.0	0.052	43.6(139)	33.9-53.7	0.319	34.6(394)
Informal	15.3(161)	11.6-19.9		36.8(274)	28.6-45.9		65.4(812)
Casad/unida con < 18 años							
Sí	16.3(121)	11.9-22.0	0.106	34.7(175)	26.4-44.1	0.257	41.6(574)
No	10.6(95)	7.2-15.3		42.3(238)	33.0-52.2		58.4(632)
Primer hijo con < 20 años							
Sí	14.7(140)	11.1-19.2	0.3	39.1(217)	33.3-45.2	0.977	48.6(702)
No	11.3(76)	7.6-16.6		39.2(196)	29.0-50.6		51.4(504)
Conoce resultados de la prueba del VIH							
Sí	12.9(169)	9.8-16.8	0.952	39.8(370)	32.7-47.3	0.633	86.9(982)
No	13.2(47)	8.3-20.2		34.9(43)	19.3-54.6		13.1(224)
Conseguir permiso para ir al doctor es un problema para recibir atención							
Sí	23.2(20)	10.9-42.9	0.111	44.4(18)	23.4-67.6	0.636	5.6(64)
No	12.4(196)	9.7-15.6		38.5(395)	31.8-45.7		94.4(1142)
Conseguir dinero para la atención es un problema para recibir atención							
Sí	17.7(89)	10.8-27.5	0.171	29.5(60)	17.0-46.0	0.155	24.2(287)
No	11.5(127)	8.4-15.5		41.8(353)	35.4-48.5		75.8(919)
La distancia al establecimiento de salud es un problema para recibir atención							
Sí	20.3(65)	12.6-31.1	0.067	31.5(57)	19.0-47.5	0.29	14.5(236)
No	11.7(151)	8.9-15.3		40.4(356)	33.2-48.0		85.5(970)
Acudir sola al establecimiento de salud es un problema para recibir atención							
Sí	20.2(27)	13.4-29.4	0.057	22.3(18)	10.0-42.6	0.065	7.9(103)
No	12.3(189)	9.6-15.8		40.6(395)	33.7-47.8		92.1(1103)
Justifica la violencia hacia la mujer							
Sí	22.1(61)	15.4-30.6	0.013	25.2(55)	15.5-38.2	0.044	16.2(221)
No	11.2(155)	8.2-15.1		41.8(358)	33.9-50.2		83.8(985)
Percepción de empoderamiento							
Sí	13.7(180)	10.5-17.6	0.169	40.4(367)	32.9-48.5	0.394	85.0(990)
No	9.1(36)	5.5-14.5		31.7(46)	17.7-50.0		15.0(216)
Total	13.0(216)	10.4-16.1		38.8(413)	29.1-50.0		100(1206)

Fuente: Preparado por los autores con datos de ENASSER 2014-2015.

la consulta o tratamiento; d) la distancia al establecimiento de salud; e) no querer ir sola al establecimiento de salud.

- Percepción de derechos en relaciones de pareja: a) justifica la violencia hacia la mujer (justifica en al menos una situación que un hombre golpee a la esposa: si ella sale de casa sin decirle, descuida los hijos, discute con él, rehúsa tener relaciones sexuales, quema la comida, o le es infiel); b) percepción de empoderamiento (opina que está justificado que una mujer pida usar condón si su esposo tiene ITS y que se niegue a tener relaciones sexuales si es promiscuo).

Análisis estadístico

El análisis se realizó con SPSS24. Se usaron porcentajes para resumir variables cualitativas, promedio y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas. Las frecuencias relativas se ponderaron mediante factor de expansión descrito en publicación previa [9], las absolutas no. Se analizaron mujeres de 20-29 años para evitar subestimar el matrimonio infantil y el embarazo durante la adolescencia, y para reducir el error de muestreo al ampliar el tamaño de la muestra incluyendo mujeres de 25-29 años, considerando que los indicadores de matrimonio infantil y conocimiento sobre prevención del VIH se calculan en personas de 20-24. La asociación de los factores con las variables respuesta se probó mediante oportunidades relativas sin ajustar (OR, odds ratio en inglés) y ajustadas (ORa) utilizando la regresión logística con intervalos de confianza de 95% (IC 95%). Para cada variable respuesta se elaboró un análisis multivariado ajustado por factores con valores $p < 0.05$ en el análisis bivariado, excepto el uso de métodos modernos que incluyó el nivel de bienestar como posible variable confusora con valor $p = 0.231$. En los modelos ajustados las variables tenían coeficientes de correlación ≤ 0.508 . Los modelos de regresión logística multivariado explicaron del 4.3- 25.7% de la varianza según el índice Nagelkerke con porcentajes correctos pronosticados de 64.2-89.7.

RESULTADOS

Características de la muestra

La Tabla 1 describe las características de las 1206 mujeres de 20-29 años casadas/unidas analizadas. Las entrevistadas tenían en promedio 25.0 años. La mayoría (58.9%) autodefinida como mestiza, blanca o de etnias minoritarias, con educación media o superior (68.9%), escolaridad promedio de 11.2 años, en situación de menor bienestar (42.0%) y residentes (63.2%) de zonas urbanas. Más de la mitad eran amas de casa (52.7%), la mayoría (65.4%) en unión informal, casi la mitad (48.6%) fue madre en la adolescencia, 41.6% se casaron/unieron con menos de 18 años, y tenían en promedio 1.4 hijos. Un 86.9% informó haberse realizado la prueba para detectar el VIH y conocer los resultados; 89.7% visitó un establecimiento para el cuidado de su salud o de sus hijos; además, indicaron que si enfermaban era un gran proble-

ma, para recibir atención, conseguir permiso (6.3%), dinero (19.9%), la distancia al establecimiento de salud (14.5%) y no querer ir sola (7.9%). El 16.2% justificó con al menos una razón que un esposo le pegara a su esposa, mientras que 85.0% tenía percepción de empoderamiento. La Tabla 2 describe las características de 982 mujeres de 20-29 años casadas/unidas que demandan planificación familiar y la Tabla 3 las características de 1082 mujeres de 20-29 años casadas/unidas con hijos y de 978 que usaban planificación familiar.

Indicadores de DSSR

Se estimó que 13.0% (IC95%:10.1-16.1) padeció violencia psicológica, física o sexual en los últimos 12 meses por su actual/anterior pareja, 38.8% (IC95%:29.1-50.0) conocía sobre prevención del VIH (Tabla 1); en demandantes de planificación familiar, 60.2% (IC95%: 56.1-67.6) usaba métodos modernos (Tabla 2); en mujeres con hijos, 81.1% (IC95%:75.4-85.8) recibió atención profesional en el último parto; y en usuarias de anticoncepción 10.3% (IC95%:7.5-14.1) mostró autonomía (Tabla 3).

Factores asociados con DSSR

Después de ajustar por la variables que resultaron asociadas en el análisis bivariado (Tablas 1-3) usando análisis de regresión logística multivariada (Tabla 4) se encontró que las oportunidades de haber sido violentadas por su pareja eran mayores si justificaban el maltrato a la mujer (ORa=1.92; IC95%:1.09-3.39); que el conocimiento sobre prevención del VIH aumentaba con la escolaridad (ORa=1.13; IC95%:1.04-1.22); que la satisfacción de la demanda de planificación familiar con métodos modernos era menor si justificaban el maltrato a la mujer (ORa=0.42; IC95%:0.21-0.85), y no tenían percepción de empoderamiento (ORa=0.43; IC95%:0.21-0.87). Las ORa de recibir atención por personal sanitario especializado en el último parto disminuyen con el aumento de la edad (ORa=0.72; IC95%:0.62-0.84), y eran menores si se casaron/unieron con menos de 18 años (ORa=0.43; IC95%:0.19-0.95). Las ORa de autonomía eran menores en casadas (ORa=0.22; IC95%:0.10-0.47) y amas de casa (ORa=0.53; IC95%:0.28-0.98).

DISCUSIÓN

Este análisis estimó, por primera vez en el país, indicadores sobre DSSR e identificó factores asociados a cada indicador en mujeres casadas/unidas de 20-29 años. De cada 100 mujeres 13 padecen violencia reciente por parte de su pareja; 60 satisfacen su demanda de planificación familiar con métodos modernos; 39 tienen los conocimientos necesarios para protegerse del VIH; 81 recibe atención por personal sanitario especializado en el parto; y sólo 10 toma decisiones autónomas sobre relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y atención de la salud reproductiva.

El nivel de violencia conyugal, similar al reportado en mujeres de 15-49 en Panamá en 2009 [14], es preocupante. En mujeres que opinan, que existe alguna razón por la

Tabla 2. Proporción de mujeres de 20-29 años casadas o unidas que demandan planificación familiar (N=982) por uso de métodos modernos en Panamá.

Características	Usa métodos modernos para			Total %(N)
	%(n)	IC95%	p	
Grupo de edad				
20-24	4.6(264)	53.5-71.3	0.54	42.7(457)
25-29	61.5(332)	53.0-69.3		57.3(525)
Edad (años), DE	25.0, 2.7	24.5-25.4	0.846	25.0, 2.7
Hijos tenidos, DE	1.7, 1.1	1.5-1.9	0.161	1.8, 1.1
Grupo étnico				
Originario	45.5(119)	33.5-58.0	0.012	19.3(302)
Afrodescendiente	54.5(125)	38.9-69.2		22.0(188)
Otro	70.3(352)	61.4-78.0		58.7(492)
Educación				
9 ^o o inferior	53.9(221)	46.2-61.3	0.035	32.9(430)
10 ^o o superior	66.1(375)	58.0-73.3		67.1(552)
Escolaridad (años)	11.6, 3.4	10.9-12.2	0.061	11.0, 3.5
Nivel de bienestar				
Bajo	51.8(321)	43.3-60.2	0.005	43.2(602)
Medio	60.3(169)	47.7-71.6		30.0(241)
Alto	80.5(105)	66.4-89.6		26.8(137)
Área de residencia				
Rural	60.2(394)	53.5-66.6	0.599	36.7(675)
Urbana	63.1(202)	54.5-70.9		63.3(307)
Ocupación				
Ama de casa	59.0(370)	51.5-66.1	0.229	54.9(632)
Labora/estudia	65.8(226)	56.8-73.8		45.1(350)
Tipo de unión				
Formal	59.6(204)	49.3-69.1	0.475	36.5(322)
Informal	63.4(392)	57.3-69.2		63.5(660)
Casad/unida con < 18 años				
Sí	64.1(297)	55.3-72.1	0.606	42.7(491)
No	60.5(299)	50.9-69.3		57.3(491)
Primer hijo con < 20 años				
Sí	64.3(363)	57.0-70.9	0.351	52.6(605)
No	59.6(233)	50.8-67.8		47.4(374)
Conoce resultados de la prueba del VIH				
Sí	63.0(516)	57.4-68.3	0.319	58.1(810)
No	54.9(80)	37.7-71.0		111.9(172)
Conseguir permiso para ir al doctor es un problema para recibir atención				
Sí	46.0(19)	22.3-71.6	0.22	6.3(53)
No	63.1(5777)	56.9-69.0		93.7(929)
Conseguir dinero para la atención es un problema para recibir				
Sí	54.9(113)	42.9-66.5	0.173	19.9(233)
No	63.8(483)	57.3-69.8		80.1(749)
La distancia al establecimiento de salud es un problema para recibir atención				
Sí	46.6(97)	33.6-60.0	0.021	14.8(196)
No	64.7(499)	58.0-70.9		85.2(786)
Acudir sola al establecimiento de salud es un problema para recibir atención				
Sí	54.5(36)	34.7-70.6	0.33	7.5(80)
No	62.7(560)	56.8-68.2		92.5(902)
Justifica la violencia hacia la mujer				
Sí	38.8(90)	25.6-54.0	0.001	15.7(175)
No	66.4(506)	60.2-72.1		84.3(807)
Percepción de empoderamiento				
Sí	66.1(512)	59.5-72.0	0.004	84.6(813)
No	40.0(84)	25.6-56.2		15.4(169)
Total	62.0(596)	56.1-67.6		100(982)

Fuente: Preparado por los autores con datos de ENASSER 2014-2015.

cual está justificado que un hombre le pegue a su esposa, las oportunidades de haber sido violentadas por su pareja en el último año son mayores comparadas con aquellas que no justifican la violencia. Se ha planteado [15] que una mujer puede identificarse con el agresor y creer que merece las agresiones como parte de un proceso de adaptación al maltrato continuado, y además [16,17] que la violencia puede legitimarse debido al amor romántico y la dependencia emocional, teniendo como consecuencia no ejercer su derecho a vivir libre de violencia por no percibirlo como un derecho, por subordinación o falta de autoestima. En mujeres que justifican la violencia, también disminuyen las oportunidades de satisfacer su demanda de planificación familiar mediante métodos modernos, posiblemente por la oposición de su pareja, de alguna persona influyente o por creencias de la mujer [18,19].

Percibir a la mujer como empoderada, con DSSR, se relaciona al uso de métodos modernos para satisfacer la demanda de planificación familiar [20]. Quienes opinan que está justificado que una mujer le pida usar condón a su esposo si tiene una ITS y se niegue a tener relaciones sexuales si es promiscuo, también tienen mayores oportunidades de satisfacer su demanda de planificación familiar mediante métodos modernos comparadas con aquellas que no opinan lo mismo. Estas percepciones son favorables a la igualdad de género ya que fortalecen el empoderamiento de las mujeres.

Consistente con lo esperado y reportado anteriormente [21] el conocimiento sobre prevención del VIH aumenta con la escolaridad. Aunque no siempre tener conocimiento sobre prevención se refleja en comportamientos saludables, tener conocimientos, capacidades y habilidades para protegerse del VIH y tomar decisiones informadas, ayuda a reducir la transmisión del VIH. A este compromiso también se suma la contribución de la demanda de servicios de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos como condones masculinos y femeninos [10]. Sin embargo, el conocimiento sobre prevención del VIH de las mujeres está lejos del 90% llamado a lograr por la Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA [22].

Las mujeres casadas/unidas antes de cumplir 18 años presentan menores oportunidades de recibir atención por profesionales sanitarios especializados en el último parto que aquellas casadas/unidas después. El matrimonio/unión infantil, que viola derechos humanos y leyes nacionales [23-25], está asociado al acceso limitado a SSSR; disponer de atención obstétrica de emergencia para tratar hemorragias, infecciones, hipertensión y partos obstruidos son el medio principal para prevenir las muertes maternas [26]. Con el aumento de edad las mujeres también disminuyen las oportunidades de que su último parto sea atendido por personal sanitario especializado. Este comportamiento pudiera explicarse por la preferencia de la atención por parteras tradicionales u otra persona de confianza o cercana a la comunidad [27] y/o con la percepción de menor riesgo en mujeres que habían experimentado la maternidad sin eventos adversos, ya que no

Tabla 3. Proporción de mujeres de 20-29 años casadas o unidas cuyo último parto fue atendido por personal sanitario especializado entre aquellas con hijos (N=1082) y con autonomía entre aquellas que usan planificación familiar (N=978) en Panamá.

Características	Último parto atendido por personal sanitario especializado entre mujeres con hijos			Total %(N)	Con autonomía entre mujeres que usan métodos de planificación familiar			Total %(N)
	%(n)	IC95%	p		%(n)	IC95%	p	
Grupo de edad								
20-24	91.7(443)	84.9-95.5	0	43.1(490)	9.5(51)	5.8-16.1	0.757	46.3(464)
25-29	73.2(423)	65.1-80.0		56.9(592)	10.5(64)	6.8-16.7		53.7(514)
Edad, DE								
	24.7, 2.8	24.3-25.1	0	25.0, 2.9	25.1, 2.9	24.0-26.2	0.004	24.5, 2.9
Número de hijos, DE								
	1.9, 1.0	1.5-2.0	0.235	1.9, 1.1	1.5, 1.1	1.1-1.9	0.25	1.7, 1.1
Grupo étnico								
Originario	73.0(255)	59.1-83.6	0.166	22.1(347)	5.0(21)	2.8-8.8	0.206	15.8(292)
Afrodescendiente	80.8(163)	68.7-89.0		20.6(205)	13.8(31)	7.2-24.9		20.9(186)
Otro	84.4(445)	77.7-89.3		57.4 (530)	10.8(63)	6.7-16.9		60.3(500)
Educación								
Noveno grado o inferior	71.5(364)	60.0-80.7	0.003	35.7(488)	7.4(35)	3.8-13.9	0.215	34.7(426)
Décimo grado o superior	86.5(502)	81.4-90.4		65.1(594)	11.9(50)	8.2-17.0		65.3(552)
Escolaridad □, DE								
	10.9, 3.4	10.5-11.4	0.022	10.7, 3.4	12.3, 3.3	11.0-13.5	0.014	10.9, 3.3
Nivel de bienestar								
Bajo	77.9(527)	65.0-85.4	0.443	46.9(678)	5.8(55)	3.9-5.3	0.038	42.9(590)
Medio	82.2(218)	72.3-89.1		30.1(261)	12.7(38)	7.8-20.0		29.5(243)
Alto	86.4(119)	73.6-93.5		23.0(141)	15.0(22)	8.1-26.1		27.6(144)
Área de residencia								
Rural	76.6(594)	69.5-82.5	0.142	40.8(763)	8.7(70)	6.1-12.2	0.338	38.7(675)
Urbana	84.3(272)	75.5-90.3		59.2(319)	11.4(45)	7.3-17.4		61.3(303)
Ocupación								
Ama de casa	84.5(582)	78.6-89.0	0.067	58.4(715)	6.9(62)	4.9-9.7	0.007	55.1(634)
En mercado laboral/estudiante	76.4(284)	66.5-84.1		41.6(367)	14.6(53)	9.4-21.9		44.9(344)
Tipo de unión								
Formal	78.3(275)	69.3-85.2	0.352	36.8(353)	4.5(28)	2.7-7.6	0	35.9(317)
Informal	82.8(591)	75.5-88.3		63.2(729)	13.6(87)	9.2-19.6		64.1(661)
Casada/unida con <18 años								
Sí	74.9(410)	66.6-81.8	0.006	46.8(544)	6.8(50)	4.8-9.7	0.017	44.5(484)
No	86.6(456)	80.3-91.1		53.2(538)	13.2(65)	8.7-19.4		55.5(494)
Primer hijo con <20 años								
Sí	76.7(533)	69.9-82.4	0.029	59.5(702)	8.8(67)	5.7-13.2	0.348	55.4(595)
No	87.6(333)	78.7-93.1		40.5(380)	12.3(48)	7.2-20.1		44.6(383)
Conoce resultados de prueba VIH								
Sí	83.2(759)	77.5-87.7	0.007	88.8(911)	10.2(99)	7.1-14.4	0.847	87.2(805)
No	65.0(107)	48.3-78.7		11.2(171)	11.4(16)	3.7-30.4		12.8(173)
Conseguir permiso para ir al doctor es un problema para recibir atención								
Sí	84.2(46)	60.7-94.8	0.724	6.5(60)	5.3(3)	1.6-16.0	0.227	6.0(52)
No	80.9(820)	75.0-85.7		93.5(1022)	10.07(112)	7.7-14.6		94.0(926)
Conseguir dinero para la atención es un problema para recibir atención								
Sí	78.1(210)	66.8-86.4	0.407	23.3(275)	8.5(32)	5.3-13.2	0.383	21.1(231)
No	82.1(656)	76.1-86.5		76.7(807)	10.8(53)	7.5-15.4		75.9(747)
La distancia al establecimiento de salud es un problema para recibir atención								
Sí	66.1(161)	50.0-79.2	0.007	15.7(221)	7.2(20)	3.9-13.2	0.277	14.2(189)
No	83.9(705)	78.3-88.4		84.3(861)	10.9(95)	7.6-15.3		85.8(789)
Acudir sola al establecimiento de salud es un problema para recibir atención								
Sí	80.8(68)	66.9-89.8	0.955	9.1(95)	4.9(6)	1.5-14.7	0.184	5.3(79)
No	81.2(798)	75.0-86.1		90.9(987)	10.8(109)	7.7-15.0		91.7(899)
Justifica la violencia hacia la mujer								
Sí	77.7(152)	65.0-86.7	0.408	15.7(200)	7.6(19)	4.4-13.0	0.253	13.5(170)
No	81.8(714)	76.1-86.3		84.3(882)	10.8(96)	7.6-14.9		86.5(808)
Percepción de empoderamiento								
Sí	81.8(710)	76.1-86.1	0.666	83.8(886)	12.6(77)	8.6-18.1	0.187	64.8(548)
No	78.8(156)	62.4-89.3		16.2(196)	6.2(38)	4.0-9.6		35.2(430)
Total	81.1(866)	75.4-85.8		100(1082)	10.3(115)	7.5-14.1		100.0(978)

Fuente: Preparado por los autores con datos de ENASSER 2014-2015.

Tabla 4. Oportunidades relativas ajustadas (ORa) e intervalos de confianza de 95% (IC95%) de factores relacionados con el ejercicio de derechos a la salud sexual y reproductiva en mujeres de 20 a 29 casadas o unidas en Panamá.

Factores		ORa ^a	IC95%	p
Sufrió violencia por su actual/anterior pareja en los últimos 12 meses (N=1204)				
Escolaridad		0.96	0.89-1.02	0.199
Área de residencia	Rural	1.58	0.98-2.55	0.06
	Urbana	1		
Justifica la violencia hacia la mujer	Sí	1.92	1.09-3.39	0.024
	No	1		
Tiene conocimiento amplio sobre VIH/SIDA (N=1204)				
Escolaridad		1.13	1.04-1.22	0.003
Nivel de bienestar	Bajo	1.36	0.64-2.85	0.421
	Medio	1.81	0.82-3.99	0.139
	Alto	1		
Justifica la violencia hacia la mujer	Sí	0.53	0.26-1.07	0.078
	No	1		
Satisface demanda de planificación familiar con métodos modernos (N=950)				
Grupo étnico	Originario	0.59	0.31-1.12	0.105
	Afrodescendiente	0.54	0.26-1.12	0.1
	Otro	1		
Educación	Noveno grado o inferior	0.97	0.53-1.80	0.933
	Décimo grado o superior	1		
Nivel de bienestar	Bajo	0.42	0.16-1.11	0.079
	Medio	0.46	0.18-1.15	
	Alto	1		
Justifica la violencia hacia la mujer	Sí	0.42	0.20-0.85	0.016
	No	1		
Percepción de empoderamiento	No	0.43	0.21-0.87	0.019
	Sí	1		
La distancia al establecimiento de salud es un problema para recibir atención	Sí	0.7	0.35-1.39	0.31
	No	1		
Ultimo parto atendido por personal sanitario especializado N=1082				
Edad		0.72	0.62-0.84	0
Escolaridad		1.01	0.91-1.13	0.555
Casada/unida con <18 años	Sí	0.43	0.19-0.95	0.038
	No	1		
Primer hijo con <20 años	Sí	0.45	0.14-1.42	0.172
	No	1		
Conoce resultados de prueba VIH	Sí	2.02	0.76-5.40	0.159
	No	1		
La distancia al establecimiento de salud es un problema para recibir atención	Sí	0.42	0.17-1.06	0.066
	No	1		
Con autonomía entre mujeres que usan métodos de planificación familiar N=977				
Edad		1.01	0.87-1.19	0.554
Escolaridad		1.08	0.98-1.19	0.134
Nivel de bienestar	Bajo	0.47	0.20-1.14	0.095
	Medio	1.1	0.47-2.57	0.827
	Alto	1		
Ocupación	Ama de casa	0.53	0.28-0.98	0.042
	Labora/estudia	1		
Tipo de unión	Formal	0.22	0.10-0.47	0
	Informal	1		
Casada/unida con <18 años	Sí	0.66	0.32-1.39	0.276
	No	1		

a Modelos ajustados por las variables mostradas en la tabla. Fuente: Preparado por los autores con datos de ENASSER 2014-2015.

está asociado con pedir autorización, recursos, distancia o no querer ir sola a un establecimiento de salud.

Las amas de casa en comparación con quienes participan en el mercado laboral o estudian, y las casadas en comparación con las unidas, tienen menor autonomía en la toma de decisiones sobre relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y atención de la salud reproductiva demostrando falta de empoderamiento para ejercer sus derechos reproductivos. La dependencia económica puede traer subordinación y falta de autonomía como ya se ha demostrado en estudio previo [28]. Esta capacidad de tomar sus propias decisiones es fundamental para la igual-

dad de género y el acceso universal a derechos a la salud sexual y reproductiva [2,11].

Por último, el análisis se limita a los datos más recientes con representatividad nacional, recolectados hace cinco años, con los cuales es posible estimar indicadores de DSSR e identificar factores asociados. ENASSER indagó sobre la participación en la decisión de usar anticoncepción sólo en usuarias reduciéndose el tamaño de la muestra para el análisis de la autonomía. La naturaleza transversal de los datos sólo permite estudiar asociación entre variables. Debe contemplarse la posibilidad de sesgos en la entrevistada debido preguntas de auto reporte.

CONCLUSIÓN

En casadas/unidas de 20-29 años, 13.0% fueron violentadas por su pareja en los últimos 12 meses, 38.8% tenía conocimiento sobre prevención del VIH y 60.2% usaba algún método moderno para satisfacer su demanda de planificación familiar. En el grupo con hijos, 81.3% recibió atención profesional en el último parto; y en usuarias de anticoncepción 10.3% mostró autonomía en decisiones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

La justificación de la violencia contra la mujer, el matrimonio infantil, la escolaridad, ocupación, edad, tipo de unión, y la percepción de la mujer como sujeto de derecho están asociados con el ejercicio de DSSR en los grupos analizados.

La política pública orientada a lograr el ejercicio pleno de los derechos humanos, incluidos los DSSR y metas sociales, debe ejecutarse mediante intervenciones oportunas, participativas, integradas y costo efectivas haciendo uso de estrategias y de tecnologías de comunicación que han demostrado ser exitosas en la experiencia colectiva de la humanidad. Un elemento de diseño importante es tener información sobre los factores en los cuales intervenir.

Por otra parte, es necesario avanzar en la caracterización y análisis de la asociación entre la autonomía de la mujer y el ejercicio de sus derechos a la salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS

- Organización de Naciones Unidas. Declaración universal de derechos humanos [Internet]. [cited 2020 Mar 2]. p. 9. Available from: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Biswas AK, Shovo TEA, Aich M, Mondal S. Women's Autonomy and Control to Exercise Reproductive Rights: A Sociological Study from Rural Bangladesh. *SAGE Open*. 2017;7(2).
- Kanem N. Sexual and reproductive health and rights: The cornerstone of sustainable development. *UN Chron*. 2018;55(2):34-5.
- United Nations Population Fund. Making reproductive rights and sexual and reproductive health a reality for all. New York; 2008. p. 40.
- Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014. 2001.
- Grupo de Trabajo de Alto Nivel para la CIPD. Prioridades para la Agenda de Desarrollo Post-2015: La salud y los derechos sexuales y reproductivos [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 16]. p. 1-3. Available from: <http://icpdtaskforce.org/resources/ICPD-Summary-of-the-Priorities-for-the-Post-2015-Development-Agenda-Spanish.pdf>
- Naciones Unidas. Labor de la Comisión de Estadística en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Anexo: Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 2]. Available from: <https://undocs.org/es/A/RES/71/313>
- Artiga S, Hinton E. Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity | The Henry J. Kaiser Family Foundation. Kaiser Fam Found [Internet]. 2018;(May). Available from: <https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>
- De León R, Chamorro F, Flores H, Mendoza A, Martínez L, Aparicio L, et al. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá, 2014-2015. Vol. Tomo 1. Panamá; 2018. 332 p.
- UNAIDS. Global AIDS Monitoring 2020 [Internet]. Switzerland; 2019 [cited 2020 May 18]. p. 176. Available from: <https://www.unaids.org/en/global-aids-monitoring>
- Sustainable Development Goals. Women's Ability to Decide. 2015. p. 1-8.
- Rutstein S. Steps to construct new DHS Wealth Index [Internet]. Usaid. 2015 [cited 2020 May 18]. Available from: <https://www.dhsprogram.com/programming/wealth-index>
- Matrimonio infantil | Protección infantil contra la violencia, la explotación y el abuso | UNICEF [Internet]. [cited 2019 Nov 20]. Available from: <https://www.unicef.org/spanish/protection/57929-5>
- De León R, Martínez L, Chu E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, et al. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: Infome final. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, editor. Panamá; 2011. 372 p.
- Krahé B. *The Social Psychology of Aggression*. Second edi. Press P, editor. New York; 2013. 398 p.
- Lelaurain S, Fonte D, Giger JC, Guignard S, Lo Monaco G. Legitimizing Intimate Partner Violence: The Role of Romantic Love and the Mediating Effect of Patriarchal Ideologies. *J Interpers Violence*. 2018; (November):1-18.
- Tello JA. Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja [Internet]. Vol. 33, *Revista de Psicología*. 2015 [cited 2020 May 18]. p. 412-37. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a07v33n2.pdf>
- Sedgh G, Ashford LS, Hussain R. Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method. *Guttmacher Inst* [Internet]. 2016;(June):2-48. Available from: <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>
- Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen JL, Campbell J. Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(2):1-25.
- Slaymaker E, Scott RH, Palmer MJ, Palla L, Marston M, Gonsalves L, et al. Trends in sexual activity and

- demand for and use of modern contraceptive methods in 74 countries: a retrospective analysis of nationally representative surveys. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2020;8(4):e567–79. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30060-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30060-7)
21. Van Huy N, Lee HY, Nam YS, Van Tien N, Huong TTG, Hoat LN. Secular trends in HIV knowledge and attitudes among Vietnamese women based on the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2000, 2006, and 2011: What do we know and what should we do to protect them? *Glob Health Action*. 2016;9(1):1–10.
 22. ONUSIDA. Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Acción acelerada para acabar con el sida. [Internet]. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Geneva 27; 2016 [cited 2020 Mar 16]. p. 1-136. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf
 23. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Prevención y eliminación del matrimonio infantil, precoz y forzado Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones para los Derechos Humanos [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 23]. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9585.pdf>
 24. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 1981.
 25. Asamblea Nacional. Ley 30 de 5 de mayo de 2015 que modifica y deroga disposiciones del Código de la Familia. Panamá: Gaceta Digital No. 27773-B.; 2015.
 26. United Nations Population Fund. Women's Empowerment and Reproductive Health: Links throughout the Life Cycle. 2000;1–24.
 27. Laza Vásquez C. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. *Rev Cuba Salud Publica*. 2015;41(3):487–96.
 28. Khan S. What determines women's autonomy : theory and evidence [Internet]. Bond University; 2014. Available from: <https://research.bond.edu.au/en/studentTheses/what-determines-womens-autonomy-theory-and-evidence>