USAID | PROYECTO DELIVER

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

ANÁLISIS DEL MERCADO DE ANTICONCEPTIVOS EN NICARAGUA

DICIEMBRE 2009

Esta publicación fue elaborada para consideración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La publicación fue elaborada por el USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.

ANÁLISIS DEL MERCADO DE ANTICONCEPTIVOS EN NICARAGUA

Los puntos de vista de los autores en este documento no representan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni el gobierno de los Estados Unidos.

USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1
La Orden de Trabajo 1 de USAID | PROYECTO DELIVER es financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo el contrato número GPO-I-01-06-00007-00, a partir del 29 de septiembre de 2006. La Orden de Trabajo 1 es implementada por John Snow, Inc., en colaboración con PATH, Crown Agents Consultancy, Inc., Abt Associates, Fuel Logistics Group (Pty) Ltd., UPS Supply Chain Solutions, el Manoff Group, y 3i Infotech. El proyecto mejora las cadenas de abastecimiento de los productos e insumos esenciales de salud a través del fortalecimiento de los sistemas de información para la administración logística; el alineamiento de los sistemas de distribución; la identificación de recursos financieros para adquisiciones y para el funcionamiento de la cadena de abastecimiento y el mejoramiento de las estimaciones y la planificación de adquisiciones. El proyecto también promueve a que legisladores y donantes apoyen la logística como factor crítico del éxito en sus gestiones en el área de salud.

Cita Recomendada
Aronovich, Dana, Disha Ali, Nora Quesada, Carolina Arauz. 2009. *Análisis del Mercado de Anticonceptivos en Nicaragua*. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.

Resumen
El análisis de segmentación de mercado constituye una de las herramientas principales para conocer el mercado de anticonceptivos, visualizar dónde se están focalizando los recursos e identificar problemas de acceso y equidad entre quintiles socio-económicos. Este análisis muestra que los esfuerzos por expandir el acceso y el uso de planificación familiar en Nicaragua han sido exitosos, pero que aún existen discrepancias en la tasa global de fecundidad (TGF) y en la tasa de prevalencia anticonceptiva (TPA) entre los grupos socio-económicos y entre los grupos geográficos en Nicaragua. Asimismo, el nivel de educación tiene una influencia significativa en la TGF y en la TPA. Por otro lado, la necesidad insatisfecha alcanzó un 10.7 por ciento en 2006-07 y sobrepasó el 13 por ciento en el quintil más pobre cuando se analizó la necesidad insatisfecha entre los grupos socio-económicos. La necesidad insatisfecha es aún más dispareja cuando se analiza el grupo de mujeres en edad fértil por edades; las mujeres adolescentes (15-19) presentan una necesidad insatisfecha de más del doble de la que presentan las mujeres mayores de 35 años (16.7% comparado con 7.2% respectivamente).

A partir de estos resultados, parece que las poblaciones de los quintiles más bajos no tienen igualdad de acceso a todos los métodos de planificación familiar y que sus necesidades no están siendo satisfechas completamente por los servicios existentes. Por lo tanto, las entidades que están trabajando en PF/SR en Nicaragua deben esforzarse aún más para expandir a todos los sectores de la población el acceso a los servicios e información relacionados a la planificación familiar.

La foto de la cubierta: Responsable Farmacia, IPSS Catalina, Matagalpa, Nicaragua

USAID | PROYECTO DELIVER
John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Télefono: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
Email: askdeliver@jsi.com
Internet: deliver.jsi.com

CONTENIDO

Introducción 1
Objetivos 3
Metodología: Análisis de Quintiles 5
Hallazgos 7
Tasa Global de Fecundidad 7
Prevalencia Anticonceptiva 8
Necesidad Insatisfecha y Demanda Total de Planificación Familiar 15
Fuente de Obtencion de Anticonceptivos 19
Analisis de los Usuarios de Anticonceptivos con Seguro Medico 29
Intencion de Uso Futuro de Planificación Familiar 31
Análisis Geográfico de Datos de la ENDESA con el Sistema de Información Geográfica (SIG) 33
Introducción 33
Objetivos 33
Metodología y Hallazgos 34
Conclusiones 51
Para Analizar 55
RETOS 57
Documentos de Referencia 59

Tablas

Tabla 1. Tasa de Prevalencia Anticonceptiva Según Edad: 2006-07 9
Tabla 2. Comparación de la TPA: Urbana vs. Rural: 2006-07 11
Tabla 3. Tendencias en la TPA: 1998 - 2007 12
Tabla 4. Uso de Anticonceptivos por Departamento: 2006-07 12
Tabla 5. Necesidad de Servicios de PF Según Edad: 2006-07 19
Tabla 6. Fuente de Obtención de Anticonceptivos por Departamento: 2006-07 23

Graficas

Gráfica 1. Ubicación Geográfica de los Quintiles: 2006-07 6
Gráfica 2. Tendencia de la Tasa Global de Fecundidad: 1992-2007 7
Gráfica 3. Tasa Global de Fecundidad por Quintil: 2006-07 8
Gráfica 4. Tendencias en la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva: 1998-2006/07 8
Gráfica 5. Mezcla de Métodos: 1998-2007 10
Gráfica 6. Mezcla de Métodos por Area de Residencia: 2006-07 11
Gráfica 7. Uso de Anticonceptivos por Quintil: 2006-07 13
Gráfica 8. Mezcla de Métodos por Quintil: 2006-07 14
Gráfica 9. Uso de Anticonceptivos Según Edad: 2006-07 15

Gráfica 10. Prevalencia y Necesidad Insatisfecha: 2001 y 2006-07 16
Gráfica 11. Necesidad de Servicios de PF por Quintil: 2006-07 17
Gráfica 12. Necesidad Insatisfecha por Área Geográfica: 2001-2006/07 18
Gráfica 13. Fuente de Obtención de Anticonceptivos: 1998-2006/07 21
Gráfica 14. Fuente de Obtención de Anticonceptivos Según Edad: 2006-07 22
Gráfica 15. Fuente de Obtención de Anticonceptivos por Área Geográfica: 2006-07 22
Gráfica 16. Fuente de Métodos por Quintil: 2006-07 24
Gráfica 17. Fuente de Orales por Quintil: 2006-07 25
Gráfica 18. Fuente de DIUs por Quintil: 2006-07 26
Gráfica 19. Fuente de Inyectables por Quintil: 2006-07 26
Gráfica 20. Fuente de Esterilización por Quintil: 2006-07 27
Gráfica 21. Fuente de Condones por Quintil: 2006-07 28
Gráfica 22. Mezcla de Métodos de Usuarios Beneficiarios de Seguro Médico 29
Gráfica 23. Distribución de Usuarios Beneficiarios de Seguro Médico por Fuente de Abastecimiento: 2001 y 2006-07 30
Gráfica 24. Distribución de Usuarios Beneficiarios de Seguro Médico por Método y Fuente de Abastecimiento: 2006-07 30
Gráfica 25. Intención de Uso de PF en Mujeres no Usuarias: 2001 y 2006-07 31
Gráfica 26: Comparación de Brechas para Indicadores Seleccionados, en Mujeres en Edad Fértil y en Unión, por Departamento (ENDESA 2006-07) 35
Gráfica 27: Índice de brechas para poblaciones con TPA baja, alta necesidad insatisfecha de anticonceptivos, alto porcentaje de población en Q1 y Q2, alto porcentaje de población sin educación y alto porcentaje de población indígena 37

Anexos

ANEXO 1: Comparación entre TPA y necesidad insatisfecha por departamento. 39
ANEXO 2: Comparación entre la tasa de prevalencia de anticonceptivos (métodos modernos) y la mezcla de métodos para las mujeres en unión en edad fértil, por departamento 40
ANEXO 3: Comparación entre la tasa de prevalencia de anticonceptivos (métodos modernos) para las mujeres en unión en edad fértil y la tasa de mortalidad materna, por departamento 41
ANEXO 4: Análisis de concentración de la tasa de prevalencia de anticonceptivos (métodos modernos) para las mujeres en unión en edad fértil, con base en los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07 42
ANEXO 5: Análisis de concentración de la población adolescente (15 a 19 años) en unión, con base en los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07 43
ANEXO 6: Análisis de concentración de la población en los niveles socioeconómicos Q1 y Q2 para las mujeres en unión en edad fértil, con base en los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07 44
ANEXO 7: Análisis de concentración de la población en el nivel socioeconómico Q1 para las mujeres en unión en edad fértil, con base a los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07 45
ANEXO 8: Análisis de concentración de la población indígena para las mujeres en unión en edad fértil, con base a los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07 46
ANEXO 9: Análisis de concentración de la población sin educación para las mujeres en unión en edad fértil, con base a los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07 47
ANEXO 10: Razones de no uso de anticonceptivos 48

SIGLAS

CMP	Clínica Médica Previsional (del MINSA)
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DIU	dispositivo intra-uterino
EMP	Empresa Médica Previsional
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
INSS	Instituto Nicaragüense del Seguro Social
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IPSS	Instituciones proveedoras de servicios de salud (del INSS, antes llamadas EMP)
MINSA	Ministerio de Salud de Nicaragua
MUEF	mujeres unidas en edad fértil
ONG	organización no gubernamental
PASMO	Pan American Social Marketing Organization (Organización de Mercadeo Social de Anticonceptivos y productos de salud reproductiva, a nivel regional)
PF	planificación familiar
PRB	Population Reference Bureau
PROFAMILIA	Asociación Pro-Bienestar de la Familia Nicaragüense
SIG	Sistema de Información Geográfica
TGF	tasa global de fecundidad
TPA	tasa de prevalencia anticonceptiva
UNDP	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmuno-deficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

En Nicaragua, los indicadores de salud reproductiva muestran una combinación de grandes éxitos, pero también grandes retos. Por ejemplo, la tasa global de fecundidad (TGF) está en el promedio de la región; y el uso de anticonceptivos, especialmente de métodos modernos, es bastante alto, a pesar de que un poco más del 40 por ciento de la población vive en áreas rurales de difícil acceso, mientras que el 60 por ciento restante vive en áreas urbanas.

No obstante, solamente 67 por ciento de los nacimientos son atendidos por personal calificado, comparado con 82 por ciento en toda la región de América Latina y el Caribe (Population Reference Bureau - PRB). Durante su vida reproductiva, la probabilidad de una mujer en Nicaragua de fallecer por muerte materna es de 1 en 150 (PRB 2008) y la tasa de mortalidad infantil se sitúa en 29 por cada 1,000 nacidos vivos (PRB 2008), la cual es mayor que en muchos países de la región.

La expectativa de vida al nacer es alta tanto para hombres como para mujeres, situándose en 71 años (edades 15-49) y la prevalencia de VIH en la población adulta (edades 15-49) es bastante baja, situándose en 0.2 por ciento (PRB 2008). Nicaragua está clasificada en el número 120 del Índice de Desarrollo Humano del UNDP (entre 179 países, UNDP), con un Ingreso Nacional Bruto (INB), expresado como la paridad del poder adquisitivo (PPA) de $2,080 (PRB). Casi la mitad de la población (46 por ciento) estaba viviendo bajo la línea de pobreza en 2001 (WDI 2008). Una de las claves para mejorar estos indicadores de salud y de desarrollo es asegurarle a la población el acceso confiable a servicios y suministros de salud reproductiva de alta calidad, incluyendo anticonceptivos. Esta meta es conocida como disponibilidad asegurada de insumos de salud reproductiva — o de anticonceptivos, conocida como DAIA en la Región.

Desde el año 2004, Nicaragua viene realizando importantes esfuerzos para mejorar la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en el país. Primero, con la creación de un comité nacional de DAIA y el establecimiento de reuniones regulares mensuales de dicho comité. Este es responsable de abogar para que las instituciones miembro asignen un adecuado financiamiento para la adquisición de anticonceptivos y de impulsar a cada institución a que analice su capacidad operativa, financiera y de servicios para focalizar los recursos de acuerdo con dicha capacidad. El comité está conformado principalmente por las siguientes instituciones: Ministerio de Salud (MINSA, como coordinador), USAID, UNFPA, PROFAMILIA (afiliado a la IPPF), INSS (Instituto Nicaragüense del Seguro Social), PASMO y otros. En las reuniones mensuales, los participantes discuten los aspectos críticos que afectan la capacidad de las instituciones para proveer servicios de PF, así como en la adquisición, las barreras legales que afectan los procesos de adquisición y la provisión de servicios, entre otros.

Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA) estableció en el año 2006 una línea presupuestaria asegurada dentro del presupuesto nacional de Nicaragua para la compra de anticonceptivos. Por otro lado, USAID ha desarrollado un plan de graduación que contempla el cese de donaciones para el año 2009. Debido a esta estrategia de retiro gradual de donaciones, el gobierno ha iniciado la compra de anticonceptivos con fondos del gobierno y asegurar así la disponibilidad de insumos anticonceptivos en sus unidades de salud. Por otro lado, el MINSA ha firmado un convenio de adquisición con el UNFPA, para garantizar la compra de anticonceptivos de alta calidad a precios competitivos. Dentro de este esfuerzo el comité DAIA ha elaborado el plan de trabajo de DAIA 2009- 2011, retomando todos los avances logrados en los ultimos tres años y enfocándose en las

prioridades del país dentro del área de Salud Sexual y Reproductiva, continuando con el énfasis en Planificación Familiar.

El presente informe se enfoca específicamente en el análisis de la demanda y en el uso de anticonceptivos en Nicaragua entre los años 2001 al 2007, presentando un análisis de la mezcla de métodos y necesidad insatisfecha en planificación familiar. También se hace un repaso de las fuentes de obtención de anticonceptivos para los usuarios de los diferentes proveedores clave de servicios de planificación familiar en el país para ayudar a comprender de quiénes y de dónde están obteniendo los anticonceptivos los usuarios. El informe también analiza a los usuarios de anticonceptivos que tienen seguro privado u otro seguro, por método y fuente de obtención, para entender mejor el mercado de planificación familiar entre estos usuarios. Finalmente, en este informe también se hace un análisis de las tendencias futuras en el uso de anticonceptivos.

La mayoría de estos indicadores se analizan en detalle teniendo en cuenta el estatus socio-económico, ubicación geográfica, edad y nivel de educación para obtener una perspectiva más clara del perfil de quienes hacen uso de planificación familiar y comprender mejor el mercado de anticonceptivos. Este entendimiento detallado del mercado es de gran utilidad para mejorar la asignación de los recursos, fortalecer los esfuerzos para aumentar el acceso a la planificación familiar y para ayudar con la estimación de necesidades futuras tanto de insumos como de recursos. Esta información también puede ser utilizada para dar soporte a la estrategia de planificación familiar con el fin de mejorar la equidad en el acceso a la planificación familiar en todo el país.

OBJETIVOS

El objetivo primordial de este estudio es contribuir al fortalecimiento de la DAIA y la equidad en el acceso a los servicios de planificación familiar y anticonceptivos en el país. Al entender y, a su vez, mejorar la asignación de los recursos, el acceso a los servicios e insumos de planificación familiar de alta calidad puede ser mejorado. También es importante que el país continúe mirando hacia las necesidades y requerimientos futuros de anticonceptivos, así como sus necesidades financieras, en preparación para el retiro futuro del apoyo de anticonceptivos por parte de los donantes.

Según lo mencionado anteriormente, los objetivos específicos de este análisis son:

- Entender mejor las necesidades de las usuarias.
- Ayudar a ser más eficaces y eficientes en el uso de los recursos asignados por cada institución para la prestación de servicios de planificación familiar y cubrir las necesidades de la población logrando mayor cobertura.
- Pensar en estrategias para el mejoramiento del acceso a los servicios e insumos de planificación familiar en toda la población.
- Buscar y asignar los recursos adecuados para cubrir las necesidades futuras de PF en el país.

METODOLOGÍA: ANÁLISIS DE QUINTILES

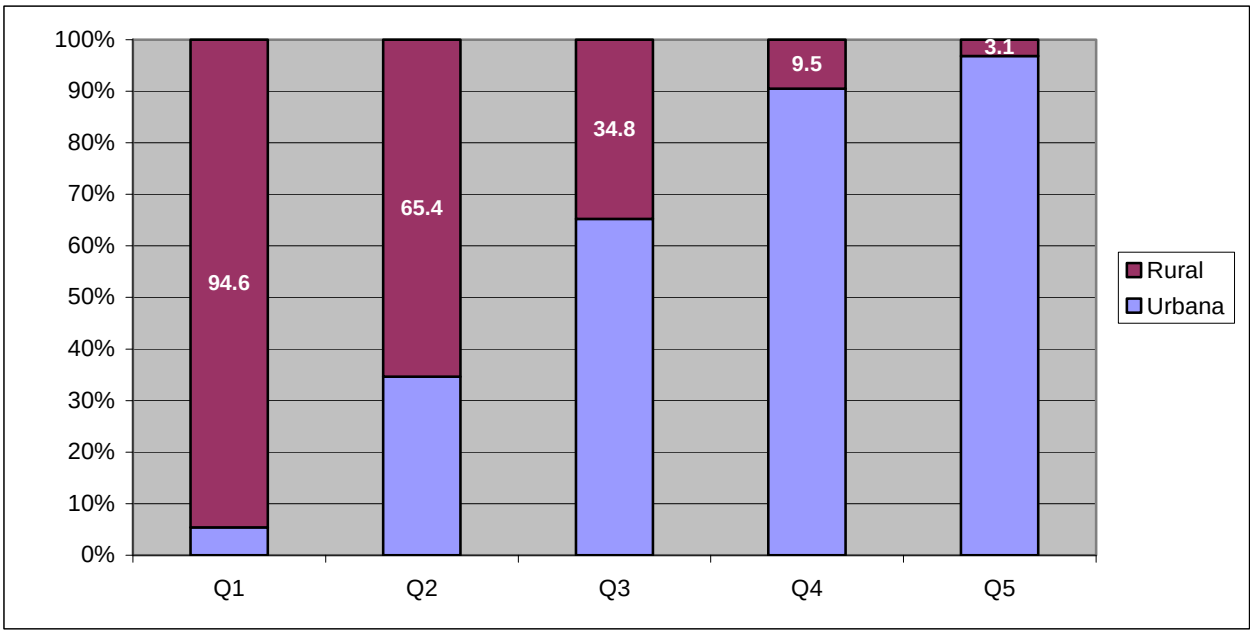
La metodología utilizada para este estudio incluye un análisis secundario de la información de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) de los años 2001 y 2006-07. Estos datos, incluyendo la tasa de prevalencia anticonceptiva (TPA), la mezcla de métodos, la necesidad insatisfecha y la fuente de obtención de anticonceptivos son analizadas en mayor detalle por quintil socio-económico, el cual provee un indicador aproximado del estatus socio-económico de las usuarias. Esto brinda un panorama más claro y más completo del mercado nacional de anticonceptivos.

Para la ENDESA 2006-07, se observaron las características de los hogares, incluyendo la calidad de vivienda, servicios sanitarios, y la disponibilidad de bienes claves como por ejemplo radio, refrigerador, medios de transporte, etc. A estas características se les asignaron puntajes y se convirtieron en un índice. Los hogares fueron posteriormente clasificados dentro de este índice como una manera de medir su nivel socio económico. Los hogares fueron posteriormente agrupados dentro de 5 grupos iguales o quintiles (Q), cada uno de los cuales representa al 20 por ciento de la población.

Con base en lo anterior, podemos decir que:

- Q1 representa los extremadamente pobres;
- Q2 también se consideran pobres, la mayoría de ellos están debajo de la línea de pobreza;
- Q3 son personas de ingresos medios, que se encuentran alrededor de la línea de pobreza;
- Q4 está conformado por personas que pueden tener ingresos excedentes para cubrir sus necesidades básicas y adquirir bienes clave
- Q5 es el quintil con mayores ingresos e incluye una gran variabilidad en cuanto al nivel de ingresos.

Gráfica 1. Ubicación Geográfica de los Quintiles: 2006-07



La Gráfica 1 muestra la distribución de estos quintiles socio-económicos por área geográfica (urbana y rural) en Nicaragua. No sorprende que la gran mayoría del quintil más pobre vive en áreas rurales, mientras que la gran mayoría del quintil más rico vive en áreas urbanas. Un porcentaje muy bajo – solo 5 por ciento— del quintil más pobre vive en áreas urbanas y un porcentaje mucho más pequeño aún — solo el 3 por ciento—del quintil más rico vive en áreas rurales. En su mayoría, el quintil 4 está compuesto por personas que residen en áreas urbanas (90 por ciento). El quintil 2 está compuesto por habitantes que residen en el área rural (65 por ciento), mientras que el quintil 3 está compuesto por habitantes que residen en el área urbana (también 65 por ciento), Por lo tanto, es entre estos dos quintiles (2 y 3) que la población parece migrar entre las zonas rurales y las zonas urbanas. Obviamente, esto tiene implicaciones para los planificadores de los programas de salud, quienes desean alcanzar a los segmentos más pobres de la población, puesto que la mayoría viven en las áreas rurales del país.

En general, en Nicaragua aproximadamente el 40 por ciento de la población vive en áreas rurales y el 60 por ciento en áreas urbanas. ***Por lo tanto, asegurar la DAIA en Nicaragua significa asegurar el acceso a la planificación familiar en todo el país***, desde las comunidades más pequeñas hasta las ciudades más grandes.

Un análisis de la segmentación del mercado incentiva a una asignación más eficiente de los recursos, promoviendo a que los recursos del sector público sean reservados para los grupos más pobres quienes no pueden pagar por los anticonceptivos. Se puede fomentar entre los grupos más ricos a que acudan a las fuentes privadas donde deberían pagar por los servicios e insumos. Este enfoque de direccionar los recursos del sector público y privado promueve la DAIA, permitiendo así una asignación más efectiva y eficiente de los recursos, en la medida que se asegura el acceso a toda la población.

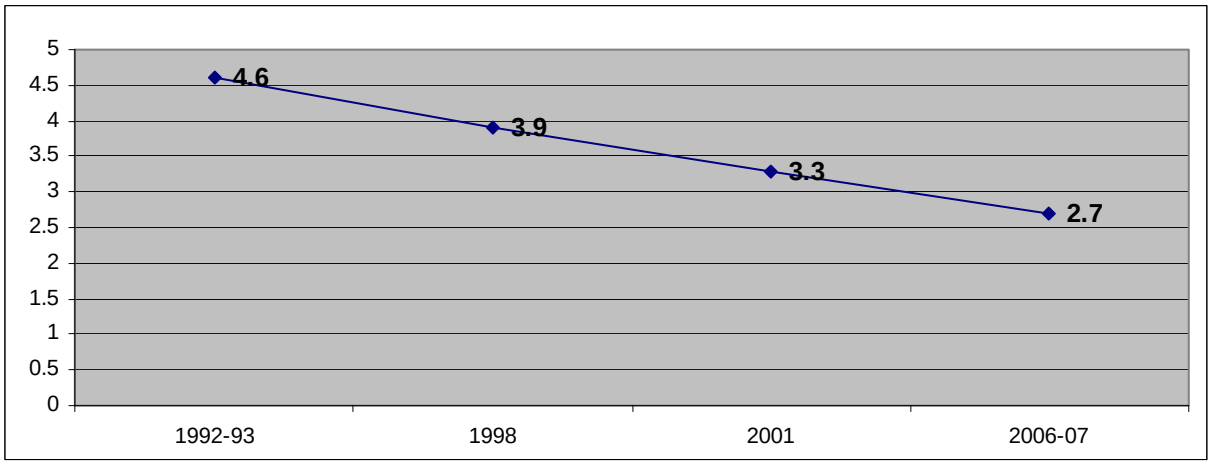
HALLAZGOS

El siguiente análisis presenta los indicadores claves sobre fecundidad, demanda de anticonceptivos, uso, necesidad insatisfecha en planificación familiar y la fuente de obtención de anticonceptivos por parte de los usuarios, por método, por ubicación urbana/rural, por nivel de educación, por edad, y por quintil socio-económico, como se describió anteriormente.

Tasa Global de Fecundidad

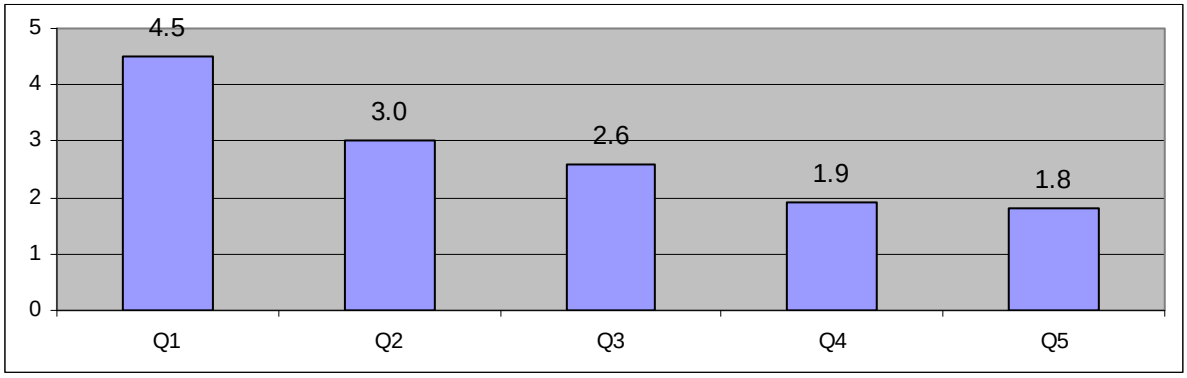
La Tasa Global de Fecundidad (TGF) en Nicaragua ha declinado un 41 por ciento en 15 años, de 4.6 hijos por mujer en 1992 hasta 2.7 en 2007. Para el año 2006-07, la TGF fue 2.2 en zonas urbanas y 3.5 en zonas rurales. Sin embargo, la disparidad en la TGF es aún mayor en las mujeres según su nivel de educación. La TGF en las mujeres con educación superior es solamente 1.6, mientras que la TGF es más del doble (4.4) en aquellas mujeres que no han tenido educación formal. A pesar de esta diferencia entre las mujeres con educación superior versus las que no han tenido acceso a educación formal, esta disminución global refleja el incremento en el uso de anticonceptivos durante el mismo período, especialmente de métodos anticonceptivos modernos.

Gráfica 2. Tendencia de la Tasa Global de Fecundidad: 1992-2007



Mirando la TGF por quintiles para 2006-07 también se ve una tendencia, con los extremadamente pobres (Q1) con una TGF de 4.5 y el quintil más rico (Q5) con una TGF de 1.8. Esta diferencia en la TGF entre el quintil más alto y el más bajo refleja la misma tendencia en el uso de anticonceptivos en todos los quintiles. Esto demuestra la necesidad de analizar las diferencias en estos importantes indicadores por quintil socio-económico e investigar las razones de las discrepancias. Este análisis ayudará a determinar si estas diferencias son debido a un acceso desigual a la planificación familiar y si ciertos grupos de población están siendo desatendidos.

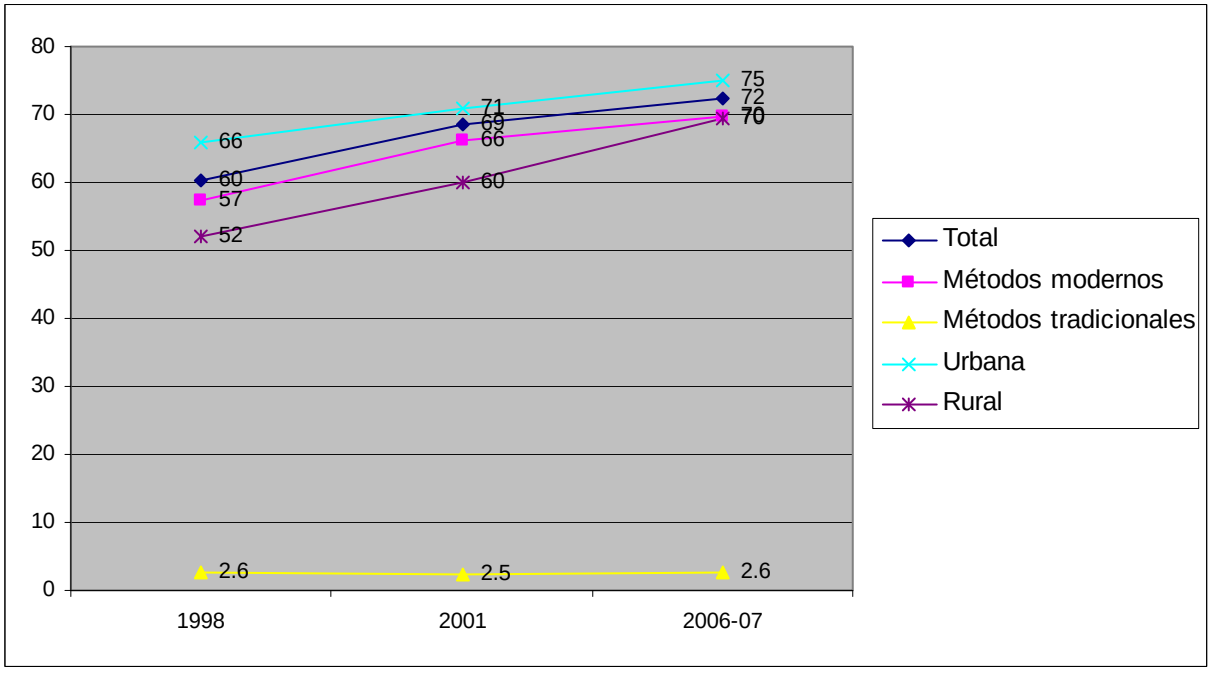
Gráfica 3. Tasa Global de Fecundidad por Quintil: 2006-07



Prevalencia Anticonceptiva

Junto con la disminución en la TGF que vimos anteriormente, se ha presentado un incremento en la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) total entre las mujeres en unión, de 60.3 por ciento en 1998 a 72.4 por ciento en 2006-07, un aumento de 20 por ciento en menos de diez años. En áreas rurales, el incremento en la TPA fue incluso más significativo, pasando de 52 a 70 por ciento, o sea, un incremento de 34 por ciento en menos de 10 años. Si bien la TPA total es mayor en áreas urbanas que en áreas rurales, el uso de anticonceptivos ha venido creciendo notablemente tanto en áreas rurales como urbanas desde 1998.

Gráfica 4. Tendencias en la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva: 1998-2006/07



La disparidad en el uso de anticonceptivos por nivel de educación es muy evidente en los resultados de la ENDESA. En el año 2001, la TPA entre las mujeres con un nivel de educación superior era 73 por ciento, o sea, 40 por ciento más alto que las mujeres sin educación (TPA de 52 por ciento). Esta

disparidad disminuyó según la ENDESA de 2006-07 a solo un 20 por ciento de diferencia entre mujeres con un nivel de educación superior (TPA de 79 por ciento), comparado con las mujeres sin educación (TPA de 66 por ciento). Sin embargo, la diferencia es aún significativa.

Adicionalmente, la disparidad entre los grupos por edad es también muy evidente. La siguiente tabla muestra la TPA total por grupos de edades en las mujeres en edad reproductiva no unidas, pero sexualmente activas, y las mujeres actualmente unidas de acuerdo con la ENDESA 2006-07. La TPA total para cada una de estas dos clasificaciones de mujeres es similar, o sea, 72.4 por ciento y 76.5 por ciento respectivamente. Sin embargo, es claro que el uso es particularmente bajo entre las mujeres adolescentes entre 15-19 años en ambos grupos e incluso entre las mujeres jóvenes casadas entre 20-24 años. El uso muy bajo entre las mujeres adolescentes que están sexualmente activas sugiere que éstas no tienen un acceso equitativo a los servicios de planificación familiar y que enfrentan ciertas barreras para el uso de métodos en mayor grado que aquellas mujeres cuyas edades oscilan entre los 20 y 40 años, quienes muestran mayor uso de métodos anticonceptivos. Aunque el uso de anticonceptivos entre las mujeres jóvenes casadas o unidas es también mucho más bajo que en los grupos de mujeres mayores, es posible que dichas mujeres jóvenes escojan no usar anticonceptivos porque desean quedar embarazadas; no obstante, la tasa tan baja entre las mujeres más jóvenes (edad 15-19) implica interrogantes acerca del acceso, falta de información, y barreras que estas mujeres jóvenes pueden estar encarando para el uso de planificación familiar.

Tabla 1. Tasa de Prevalencia Anticonceptiva Según Edad: 2006-07

Edad	No Unidas Sexualmente Activas	Actualmente Unidas
15-19	58.9	61.1
20-24	81.8	70.5
25-29	80.8	74.4
30-34	77.4	77.5
35-39	73.8	78.9
40-44	87.7	75.5
45-49	N/A	61.8

Para las mujeres actualmente unidas, el método más utilizado por las mujeres en edades de 15-29 años es de lejos el inyectable; en cambio para las mujeres mayores de 30 años en unión, el método preferido es la esterilización femenina. Es así como la mayoría de mujeres de este grupo hacen una decisión consciente de finalizar su número de partos mediante el uso de un método permanente. La tendencia es similar entre mujeres no unidas, pero sexualmente activas. Para dichas mujeres con edades entre 15 y 24 años, la píldora es el método más utilizado, los inyectables entre las mujeres de 25-29, y de nuevo la esterilización femenina entre las mujeres de 30 a 44.

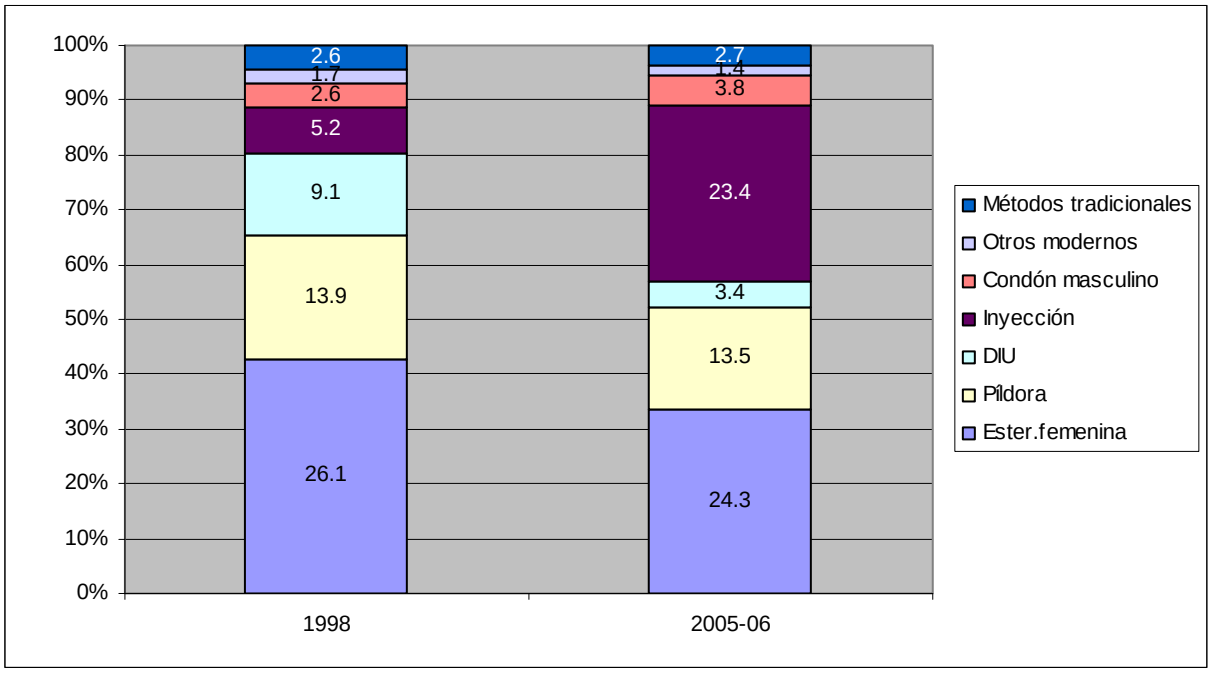
En resumen, la disminución en la TGF y el incremento en la TPA se reflejan en un cierto número de tendencias encontradas durante el periodo 1998 y 2007:

1. La TPA para los métodos modernos se incrementó de **57.4%** a **69.8%** (+22%).
2. La no utilización de anticonceptivos disminuyó de **39.7%** a **27.6%** (-31%).
3. La TPA para los métodos tradicionales se mantiene muy baja y no ha cambiado durante este período.
4. El incremento en porcentaje de la La TPA entre 1998 y 2006-07 fue significativo en la zona urbana y aún más en la zona rural: más de 14 por ciento y más de 34 por ciento respectivamente.

5. La TPA es mucho mayor entre las mujeres que cuentan con educación superior que entre aquellas que no tienen ninguna educación o solo cuentan con un nivel educativo bajo. Eso se observa en los datos de 2001 y 2006-07.
6. La TPA fue mucho menor entre las niñas adolescentes que entre las mujeres que están en los rangos de edades de 20, 30 y 40 años. Esto se observa en los datos de 2001 y 2006-07.

A pesar que la TPA ha crecido significativamente entre 1998 (60.3%) y el 2007 (72.4%), las tasas de prevalencia de uso de esterilización femenina y ciclos orales se han mantenido relativamente constantes. Sin embargo, con este incremento en el uso de métodos modernos, el uso de inyectables aumentó considerablemente del 5.2 por ciento en 1998 a 23.4 por ciento de mujeres casadas en edad reproductiva, mientras que el uso del DIU ha disminuído del 9.1 por ciento a 3.4 por ciento. También, el uso del condón aumentó durante este período, de 2.6 por ciento a 3.8 por ciento. Como resultado de estos cambios, la mezcla de métodos ha variado ligeramente ya que los inyectables han tomado una parte importante de la mezcla anticonceptiva en el año 2007, en contraste con los DIUs, los ciclos orales y la esterilización femenina, que muestran una participación mucho menor que la del año 1998.

Gráfica 5. Mezcla de Métodos: 1998-2007



Nota: Los números que aparecen en las barras representan la prevalencia anticonceptiva y no los porcentajes de mezcla de métodos

Está claro que las mujeres nicaragüenses están cambiando de la no utilización al uso de planificación familiar y a métodos modernos más efectivos. Por otro lado, las principales razones presentadas en la ENDESA 2006-07 para sustentar el hecho que las mujeres no están usando planificación familiar incluyen: estar embarazadas (27.8 por ciento), menopáusica/sub-fecunda/operada, (22.4 por ciento), desea embarazo (11.6 por ciento), el miedo a efectos colaterales/tuvo efectos (9.5 por ciento), post parto/amamantamiento (5.8 por ciento), y otras razones no identificadas (5.8 por ciento). Algunas de estas razones para la no utilización pudieran ser tratadas a través de información, educación y programas de comunicación más completos que provean a la población con la información sobre los beneficios de la planificación familiar, el espaciamiento de los nacimientos y de los potenciales, pero manejables, efectos secundarios. Por otro lado, los temas como la falta de conocimiento de las

mujeres sobre los métodos o fuentes de anticonceptivos, la oposición del compañero o de la religión, la accesibilidad geográfica y económica *no* fueron tomados en cuenta como barreras importantes al uso de planificación familiar.

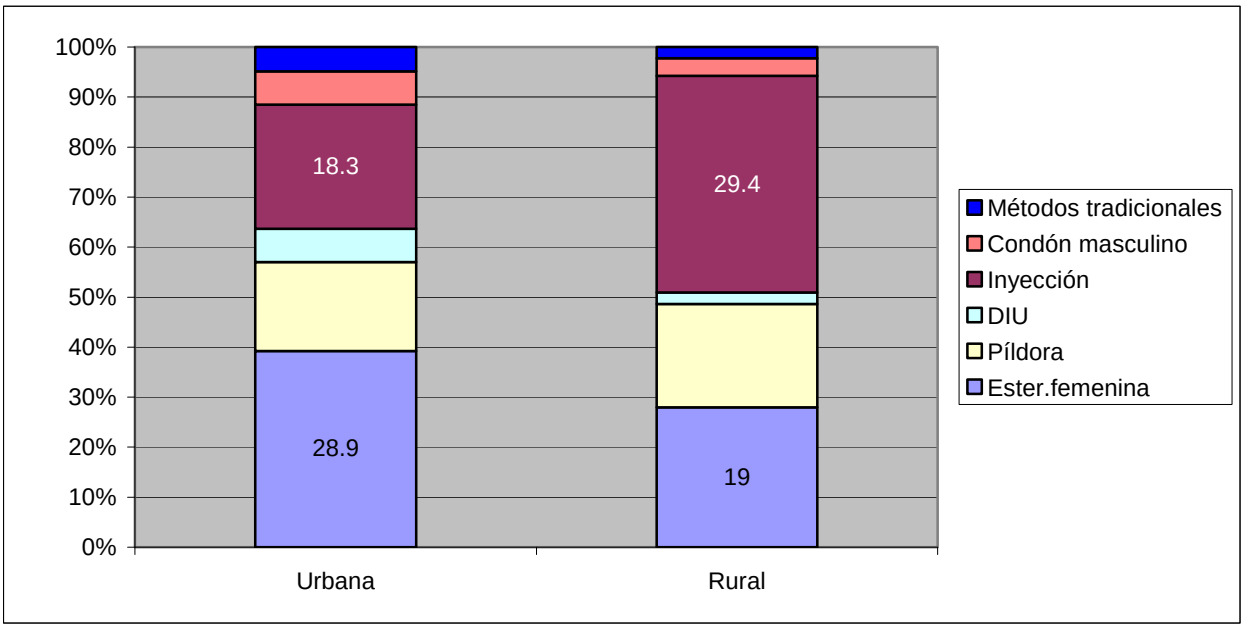
En la Tabla 2, hay una diferencia relativamente insignificante en el uso de métodos modernos entre las áreas urbanas y rurales del país, sin embargo el uso es mayor en áreas urbanas, tanto para métodos modernos como tradicionales. Resulta muy interesante observar que el uso de métodos tradicionales en el área urbana es más del doble que en áreas rurales. Sin embargo, el no uso es mayor en áreas rurales.

Tabla 2. Comparación de la TPA: Urbana vs. Rural: 2006-07

	TPA todos los métodos	TPA métodos modernos	TPA métodos tradicionales	No usa
Urbana	74.9	71.3	3.6	25.1
Rural	69.5	68	1.5	30.5
Total	72.4	69.8	2.7	27.6

La gráfica 6 muestra la mezcla de métodos para las áreas rural y urbana. Los métodos de larga duración como la esterilización femenina y el DIU son claramente muy populares y utilizados por las mujeres de las áreas urbanas, al igual que los condones e incluso los métodos tradicionales. En contraste, los inyectables representan un porcentaje mucho más alto dentro de la mezcla de métodos utilizada por las mujeres en el área rural.

Gráfica 6. Mezcla de Métodos por Area de Residencia: 2006-07



En la Tabla 3, se presentan las tendencias a través del tiempo, mostrando que ha habido un incremento del 13 por ciento en la TPA en las áreas urbanas, y ha habido un incremento importante del 34 por ciento en las áreas rurales, pasando del 52 por ciento a 70 por ciento de 1998 al 2007. ***La población rural parece estar aceptando métodos de planificación familiar de forma más acelerada que la población urbana.***

Tabla 3. Tendencias en la TPA: 1998 - 2007

	1998	2001	2006-07
Urbana	66	71	74.9
Rural	52	60	69.5
Total	60.5	69	72.4

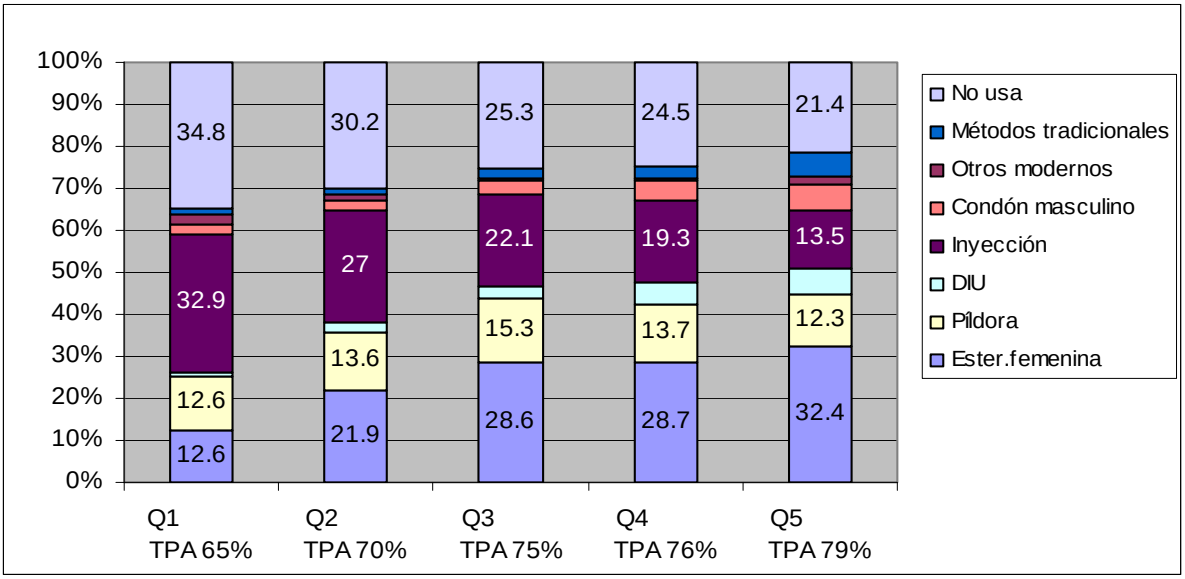
Los datos de TPA por departamento también muestran una tendencia interesante en cuanto al uso en las diferentes areas del país. La Tabla 4 muestra la TPA para métodos modernos y la TPA por departamento. La TPA para métodos modernos varía desde 56 por ciento en la RAAN hasta un 77 por ciento en Río San Juan y un 76 por ciento en Chontales. En cuanto a la TPA total, ésta varía desde 57 por ciento también en la RAAN hasta un 79 por ciento nuevamente en Río San Juan y 77 por ciento en Chontales. Estas tasas indican nuevamente bajas tasas de uso de métodos tradicionales en todos los departamentos, los cuales van desde un 1 por ciento en Chontales y RAAS hasta un 5 por ciento en Masaya y un 4 por ciento en Managua.. Los mayores niveles educativos y los quintiles más altos son los que presentan mayor uso de métodos tradicionales, debido a que tienen mayor acceso a servicios de consejería que les permita identificar las ventajas del uso de métodos no hormonales como son los tradicionales que son más inocuos en comparación con el resto de anticonceptivos, aunque su eficacia sea menor.

Tabla 4. Uso de Anticonceptivos por Departamento: 2006-07

Departamento	TPA Métodos Modernos	TPA Cualquier Método
Nueva Segovia	71.83	74.04
Jinotega	62.42	63.46
Madriz	64.18	68.17
Estelí	73.38	75.08
Chinandega	70.69	74.02
León	71.54	73.71
Matagalpa	66.82	68.76
Boaco	72.95	74.25
Managua	72.02	76.18
Masaya	68.57	73.41
Chontales	75.68	76.66
Granada	73.04	75.55
Carazo	72.2	75.56
Rivas	73.94	75.12
Río San Juan	77.05	78.55
RAAN	55.89	57.13
RAAS	70.23	71.21

Desglosando el uso de anticonceptivos como se reportó en la ENDESA 2006-07 por quintiles socio-económicos, la TPA es más alta en los quintiles socio-económicos más altos (Q5: TPA es 78.6%) que en los quintiles más bajos (Q1: TPA es 65.2%). La TPA para las mujeres en el quintil más alto es 21 por ciento más alta que para las mujeres en el quintil más bajo, lo cual representa una diferencia bien significativa entre las mujeres de los quintiles más ricos y las de los quintiles más pobres de Nicaragua. La TPA total por quintil se muestra en la parte inferior del gráfico.

Gráfica 7. Uso de Anticonceptivos por Quintil: 2006-07

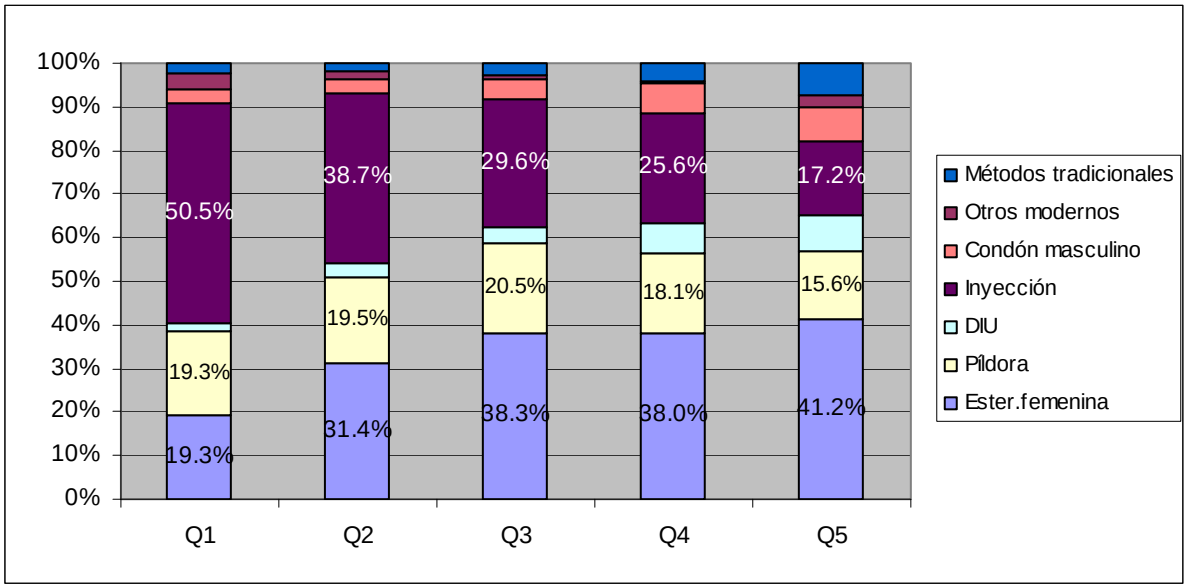


Es también claro que los métodos permanentes y de largo plazo como la esterilización femenina y el DIU, junto con los condones, tienen una mejor aceptación entre los quintiles más ricos, mientras que los inyectables son mucho más populares entre los quintiles más pobres. Las píldoras son utilizadas casi por igual en todos los quintiles. Es interesante observar que los métodos tradicionales son más populares entre las mujeres de los quintiles altos, siendo que las mujeres del quintil 5 tienen cuatro veces más probabilidades de usar un método tradicional que las mujeres del quintil 1. La no utilización es más alta entre los quintiles más bajos y más baja entre los quintiles más altos. Esto pudiera ser un reflejo del acceso a los anticonceptivos, y específicamente a los métodos clínicos, ya que los quintiles más altos tienen una probabilidad más alta de ser urbanos y los quintiles más pobres de ser rurales. Por lo tanto, las mujeres en los quintiles más ricos (en gran parte provenientes de las áreas urbanas) tienen mejor acceso a los métodos clínicos, mientras que las mujeres en los quintiles más bajos (provenientes en su mayoría de las áreas rurales) tienen menor acceso a los métodos clínicos de largo plazo que son más caros, y tienen mayor acceso a los métodos menos costosos y no clínicos.

La siguiente gráfica muestra los mismos datos pero tomando en cuenta estrictamente a los usuarios de planificación familiar (es decir, excluyendo a los no usuarios). La tendencia más notable en la mezcla de métodos en todos los quintiles en Nicaragua, como se mencionó anteriormente, es que los inyectables representan una proporción mucho mayor dentro de la mezcla de métodos en los quintiles más bajos, mientras que los métodos de larga duración y permanentes tales como los DIUs y la esterilización femenina representan una proporción mayor dentro de la mezcla de métodos para los quintiles más altos. Como se observó anteriormente, los inyectables son más utilizados por las mujeres en las áreas rurales, quienes representan la mayoría de mujeres en los quintiles más bajos,

mientras que la esterilización femenina y el DIU son más utilizados por las mujeres de las áreas urbanas, quienes constituyen la mayoría de las mujeres de los quintiles más altos. Cuando se analiza la mezcla de métodos, el uso de los ciclos orales representa entre las mujeres de quintiles más bajos (19% de la mezcla de métodos) un porcentaje un poco por encima que el calculado para las mujeres de quintiles más altos (15.6% de la mezcla de métodos). Asimismo, los métodos tradicionales son los más utilizados entre las mujeres de los quintiles más altos que entre aquellas mujeres en los quintiles más bajos, debido a un nivel educativo más alto, mejor consejería sobre estos métodos y menos tolerancia a efectos secundarios, específicamente de métodos hormonales.

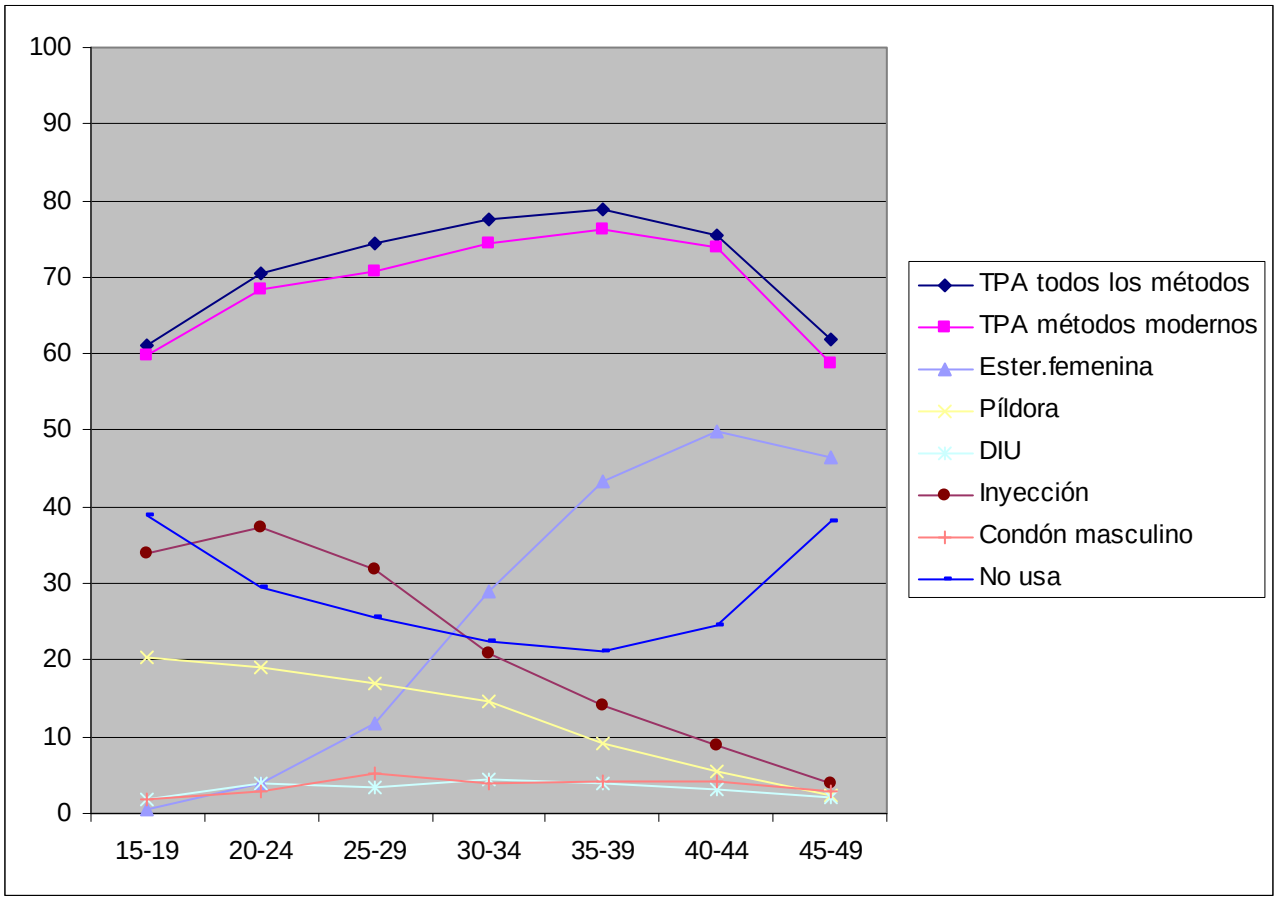
Gráfica 8. Mezcla de Métodos por Quintil: 2006-07



Es evidente que los métodos permanentes y de mayor duración están más accesibles y son más aceptados por los quintiles más altos, mientras que los inyectables y las píldoras son más utilizados en los quintiles más bajos. Esto podría indicar que la oferta de métodos como la esterilización femenina y el DIU es aún deficiente para los quintiles bajos, lo cual es especialmente significativo pues la esterilización femenina y el DIU son considerados métodos más costo-efectivos.

Por otro lado, es importante observar la mezcla de métodos para mujeres actualmente unidas por grupos de edad, con el fin de analizar si algunos métodos son más populares o accesibles para mujeres en ciertos grupos de edad que en otros. La TPA total y la TPA para métodos modernos es más alta entre los grupos de edad mediana, entre los grupos de edades muy jóvenes y el de las mujeres mayores en edad reproductiva. En contraste, el no uso muestra la tendencia opuesta—es mayor entre las mujeres más jóvenes y las mayores, y más bajo entre las mujeres de grupos de edades medianas. No nos sorprende que el uso del único método permanente (esterilización femenina) es muy bajo entre la población más joven y que aumenta a medida que sube la edad de la mujer, quienes por lo general ya han alcanzado el tamaño deseado de sus familias. Por otro lado, los métodos temporales como los inyectables y los ciclos orales son más populares entre las mujeres más jovenes que desean espaciar los nacimientos y desean aún tener más hijos y su uso disminuye entre las mujeres de edades mayores.

Gráfica 9. Uso de Anticonceptivos Según Edad: 2006-07

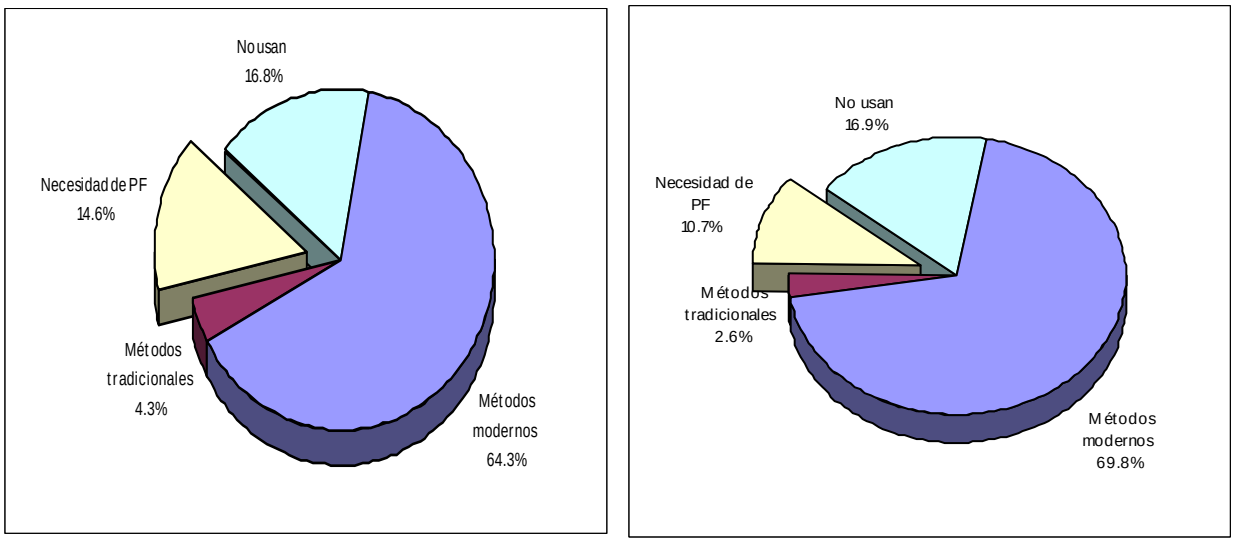


Necesidad Insatisfecha y Demanda Total de Planificación Familiar

Según la definición tradicional, la necesidad insatisfecha representa a aquellas mujeres que no están embarazadas, no quieren quedar embarazadas, están en riesgo reproductivo y no usan anticoncepción. Las dos gráficas siguientes muestran el cambio en el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha del 2001 al 2006-07. En el 2001, 14.6 por ciento de las mujeres en edad reproductiva en Nicaragua expresó una necesidad insatisfecha en planificación familiar. Esto disminuyó al 10.7 por ciento en el 2007, una reducción de 27 por ciento. Durante este período, el uso de métodos modernos aumentó y el uso de métodos tradicionales disminuyó. El porcentaje de mujeres que no usan se mantuvo constante. Así que, la *demanda* total para planificación familiar (necesidad satisfecha e insatisfecha) también seguía siendo constante del 2001 al 2007. Sin embargo, estos datos indican que las mujeres con una necesidad insatisfecha explícita han comenzado a utilizar un método anticonceptivo moderno o se han cambiado de un método tradicional y menos efectivo, a métodos modernos más efectivos. Cabe anotar que hace 15 años, en 1992, el uso de métodos modernos constituía tan solo un 45 por ciento

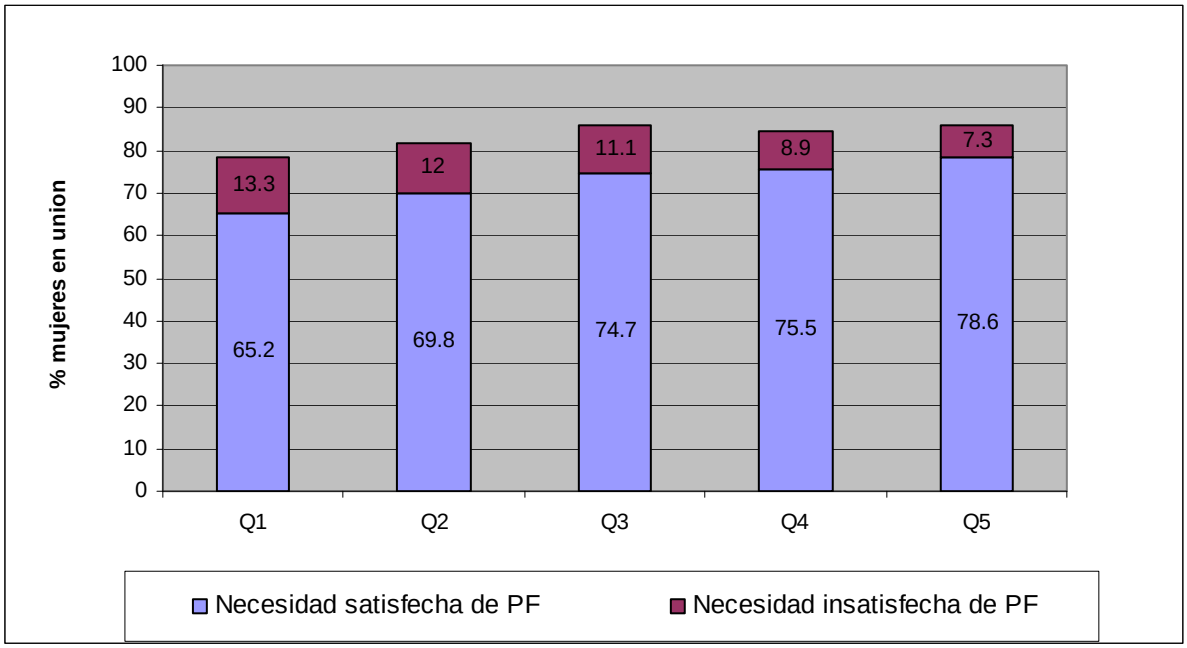
Gráfica 10. Prevalencia y Necesidad Insatisfecha: 2001 y 2006-07

2001 **2006-07**



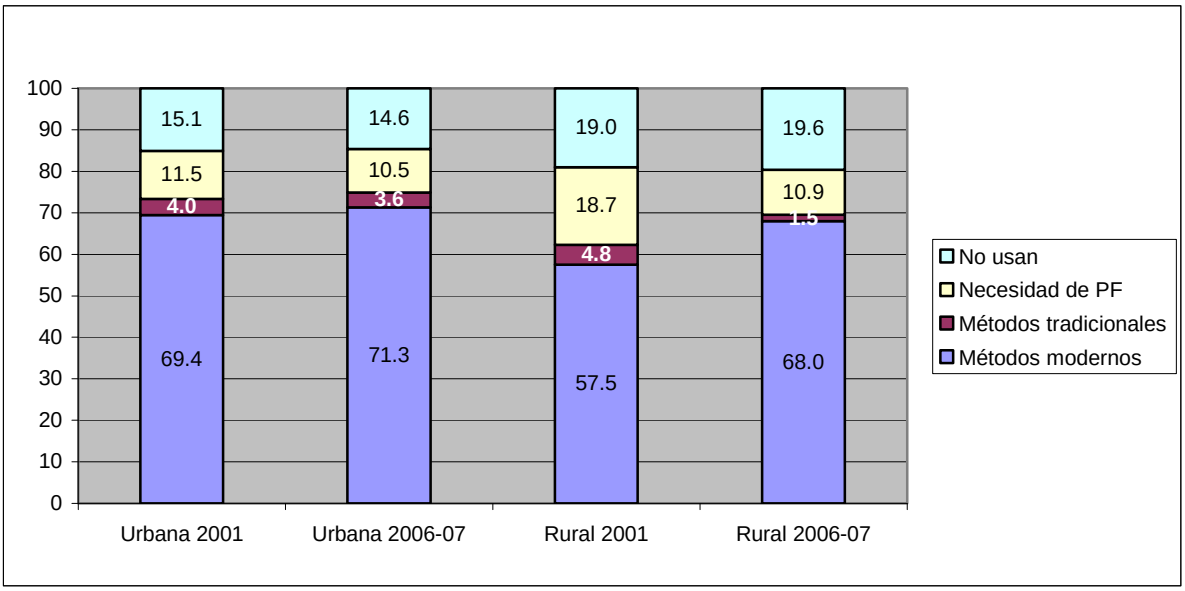
Estas gráficas son aún más reveladoras cuando se desglosa la necesidad insatisfecha por quintil socio-económico. La necesidad insatisfecha es más alta (en porcentaje) entre los quintiles más bajos y más baja entre los quintiles más altos indicando una diferencia clara en el patrón de uso entre estos grupos. La *demanda* total para la planificación familiar (necesidad satisfecha e insatisfecha) es un poco más alta entre los quintiles más altos (aproximadamente 84-86 por ciento) que entre los quintiles más bajos (aproximadamente 79-82 por ciento). Sin embargo, el porcentaje de la demanda total satisfecha (necesidad satisfecha dividida entre la demanda total) varia entre 83 por ciento en el quintil más bajo a 91.5 por ciento en el quintil más alto. Por lo tanto, ***la población más pobre es la más desatendida y tiene el menor acceso a los servicios e insumos de planificación familiar que desean.***

Gráfica 11. Necesidad de Servicios de PF por Quintil: 2006-07



En general, cuando se analiza la necesidad satisfecha e insatisfecha por área geográfica entre el 2001 y el 2006-07, el uso de métodos modernos entre las mujeres de áreas urbanas es mayor que entre las mujeres de áreas rurales. Igualmente, el uso de métodos modernos creció en ambos grupos en ese mismo período. En el año 2001, el uso de métodos tradicionales fue mayor entre las mujeres del área rural, pero dicha tendencia cambió en el 2006-07 ya que el uso de métodos tradicionales aumentó más en las mujeres del área urbana, debido a la brusca disminución en el uso de métodos tradicionales en las mujeres en el área rural, entre el 2001 y 2006-07. El 'no uso', que siempre fue consistentemente más alto entre las mujeres del área rural, mostró una disminución entre las mujeres del área urbana durante ese período. Sin embargo, creció ligeramente un poco entre las mujeres del área rural. La necesidad insatisfecha, también consistentemente más alta entre las mujeres del área rural, disminuyó en ambos grupos (rural y urbana) a lo largo de tiempo, especialmente en las mujeres del área rural, pasando de 18.7 por ciento en el 2001 a 10.9 por ciento en el 2006-07.

Gráfica 12. Necesidad Insatisfecha por Área Geográfica: 2001-2006/07



En las áreas **urbanas,** se dió un pequeño cambio en el uso de anticonceptivos entre el 2001 y el 2006-07. La utilización de métodos modernos se incrementó levemente, y las tasas de uso de métodos tradicionales, la no utilización y la proporción de mujeres que expresaron una necesidad insatisfecha disminuyeron.

En áreas **rurales**, la TPA total aumentó del 62.3 por ciento al 69.5 por ciento, la mayor parte compuesta por nuevos usuarios de métodos modernos. La no utilización entre las mujeres del área rural siguió constante; sin embargo, en ese mismo período la necesidad insatisfecha cayó significativamente, al igual que los métodos tradicionales. De esa manera, muchas mujeres en el área rural que estaban utilizando un método tradicional o que habían expresado necesidad insatisfecha adoptaron un método moderno durante ese período.

Si bien el uso de anticonceptivos continúa siendo más bajo entre las mujeres del área rural en comparación con las mujeres del área urbana, se le ha venido prestando mayor atención a la necesidad insatisfecha entre las mujeres del área rural y ahora estas mujeres están aceptando métodos modernos a un ritmo más acelerado. De hecho, ***las mujeres del área rural constituyen el mayor incremento en el uso de métodos modernos y en la TPA durante este período.***

Si miramos la necesidad insatisfecha por nivel de educación también observamos un escenario interesante ya que las mujeres sin educación fueron 2.5 veces más propensas a expresar necesidad insatisfecha en planificación familiar (23.2 por ciento) que las mujeres con un nivel de educación superior (10.2 por ciento) de acuerdo con la ENDESA del año 2001. En la ENDESA 2006-07 esto disminuyó casi un 50 por ciento, o sea, a 12.6 por ciento para las mujeres sin educación y bajó a 7.0 por ciento para las mujeres con educación superior. Sin embargo, la disparidad en necesidad insatisfecha entre los niveles educativos continúa siendo significativa. Como se mencionó anteriormente, las mujeres del área rural quienes están 2.5 veces más propensas que las mujeres del área urbana a expresar una necesidad insatisfecha, se han comenzado a mover de una situación de necesidad insatisfecha hacia el uso de métodos modernos de planificación familiar, contribuyendo de esta manera a una disminución significativa en la necesidad insatisfecha de las mujeres sin educación entre el 2001 y 2006-07.

Por otro lado, tanto en la ENDESA del 2001 como en la del 2006-07, las adolescentes y las mujeres jóvenes unidas que están en el primer segmento de sus años 20, cuentan con una mayor necesidad insatisfecha que las mujeres en edad reproductiva de segmentos de edad mayor. Esto está en concordancia con el bajo uso de anticonceptivos en los grupos de edades mencionados anteriormente, a pesar que existe una demanda por métodos anticonceptivos entre esos grupos de mujeres adolescentes y jóvenes. En términos de necesidad insatisfecha para espaciar versus limitar, la tendencia es la opuesta si se analiza por grupos de edades: la necesidad insatisfecha para espaciar es mayor entre las mujeres jóvenes y menor entre las mujeres de mayor edad y la necesidad insatisfecha para limitar es menor entre las mujeres jóvenes y mayor entre las mujeres de mayor edad que ya han alcanzado el tamaño ideal de sus familias.

Tabla 5. Necesidad de Servicios de PF Según Edad: 2006-07

Edad	Para Espaciar %	Para Limitar %	Total %
15-19	14.3	2.4	16.7
20-24	8.8	3.5	12.3
25-29	5.9	4.4	10.3
30-34	4.8	5.8	10.5
35-39	1.9	5.3	7.2
40-44	1.1	8.5	9.6
45-49	0.6	7.9	8.5

Nuevamente, esto nos lleva a cuestionar el accesso de las mujeres más jóvenes a la información o conocimiento acerca de planificación familiar, ya que ellas presentan los mayores índices de necesidad insatisfecha. Responder a la necesidad insatisfecha de estas mujeres es particularmente crítico, ya que las adolescentes entre 15 - 19 años tienen el doble de probabilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto que las mujeres de mayor edad. Tal como se ha mencionado en el informe, "La planificación familiar salva vidas" (*Family Planning Saves Lives),"muchos adolescentes son físicamente inmaduros, lo cual aumenta sus riesgos de padecer complicaciones obstétricas"* (Smith 2009).

Los datos mostrados anteriormente sobre mezcla de métodos y necesidad insatisfecha para espaciar y limitar, por grupos de edad, son especialmente útiles para planificar y focalizar acciones para grupos específicos de edad, haciendo uso de la información sobre las ventajas de utilizar métodos de corta duración o temporales versus aquellos de más larga duración.

Fuente de Obtencion de Anticonceptivos

La fuente de obtención de anticonceptivos entre los usuarios actuales de los métodos modernos está dividida: casi dos tercios utilizan a proveedores del sector público y el otro tercio utiliza a proveedores privados (67.8 por ciento y 30.5 por ciento respectivamente, con 1.7 por ciento a otra fuente). Los principales proveedores de planificación familiar en Nicaragua incluyen los siguientes según la ENDESA 2006-07:

SECTOR PÚBLICO:

- Hospital Público
- Policlínica
- Centro de Salud
- Puesto de Salud

SECTOR COMUNITARIO:

- Casa Base
- Agente Comunitario

SECTOR PRIVADO:

CLÍNICA/HOSPITAL/MÉDICO PRIVADO:

- Clínica/Hospital Privado
- Consultorio/Médico Privado

PROFAMILIA:

- Clínica de PROFAMILIA
- Promotora de PROFAMILIA

OTRAS ONG:

- Clínica de IXCHEN
- Clínica de SI MUJER
- Otras Promotoras

EMPRESA MEDICA PREVISIONAL

FARMACIA/MERCADO

OTRA FUENTE/NO SABE

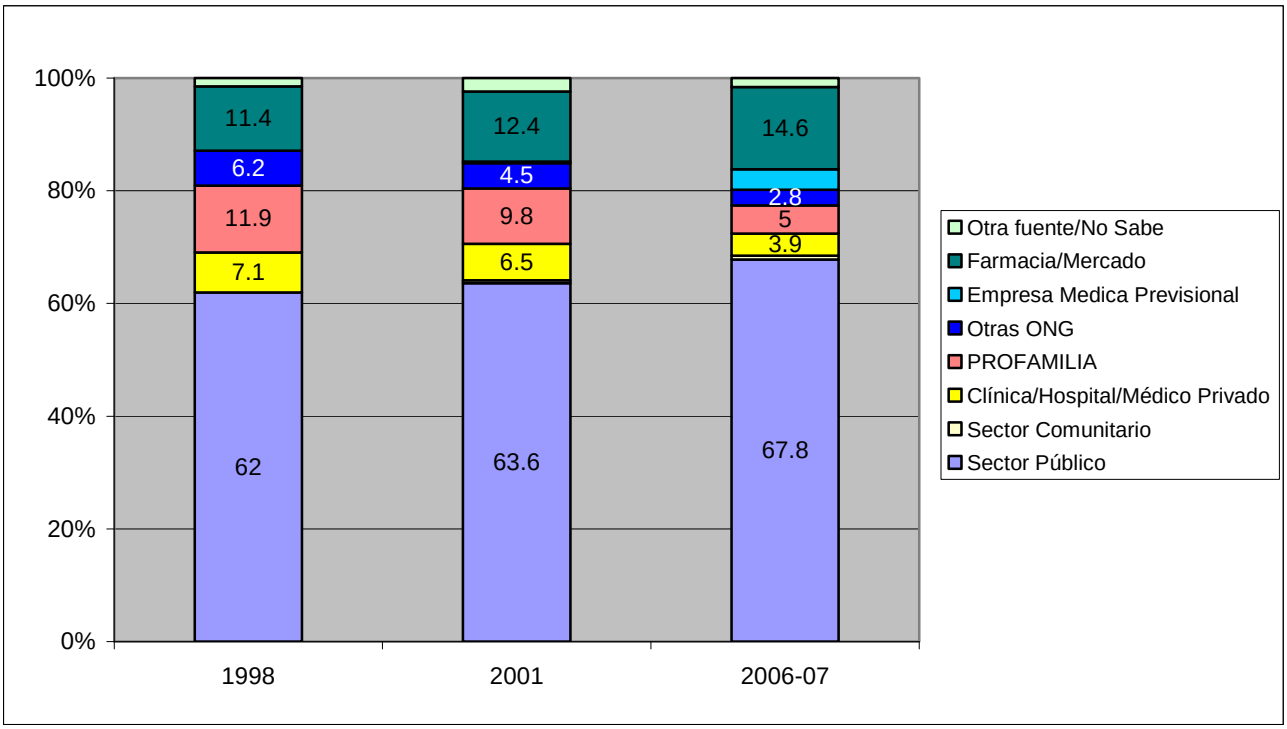
Dentro de estas grandes categorías, las fuentes principales de anticonceptivos en el sector público son los centros de salud (38 por ciento) y los hospitales públicos (28 por ciento), mientras que en el sector privado las farmacias son por mucho los proveedores más grandes de anticonceptivos.

Al comparar la fuente de obtención de anticonceptivos durante el período de 1998-2006/07 mostrado en la Gráfica 13, las fuentes de obtención han sufrido un cambio gradual durante los últimos 10 años:

- El sector público continúa siendo el principal proveedor en el país y su participación de mercado ha inclusive aumentado en casi un 10 por ciento, pasando de 62 por ciento a 68 por ciento.
- PROFAMILIA y las otras ONG han ido disminuyendo su participación como proveedores en casi un 50 por ciento entre 1998 y 2006-07;
- Las farmacias incrementaron su participación de mercado a casi 15 por ciento para 2006-07, mientras otras clínicas, hospitales y médicos privados han perdido participación en el mercado a casi la mitad.

- La empresa medica previsional, cuyos datos no aparecen en la ENDESA de 1998 y son prácticamente inexistentes en la ENDESA 2001, muestran una participación de mercado de 3.6 por ciento para el 2006-07.

Gráfica 13. Fuente de Obtención de Anticonceptivos: 1998-2006/07

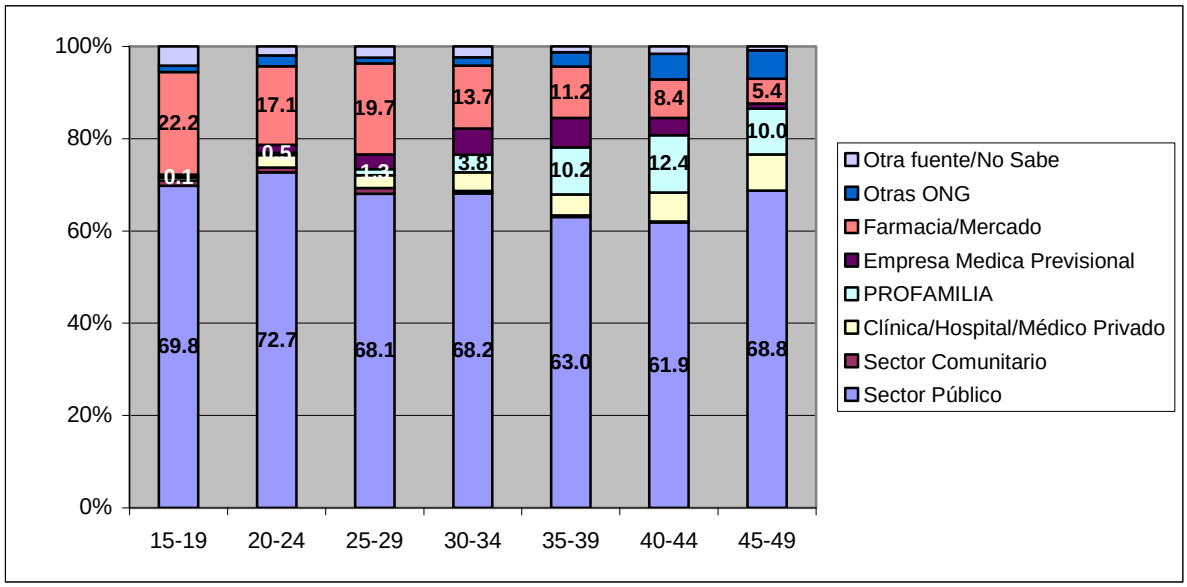


Nota: El sector Comunitario y la Empresa Médica Previsional no aparecen en la ENDESA de 1998

Esta gráfica muestra que la proporción del sector público y las farmacias en relación a las fuentes de anticonceptivos en efecto han incrementado, sustituyendo a las otras fuentes privadas y a PROFAMILIA y las ONG en la participación total de todas las fuentes. El sector público se mantiene como el principal proveedor de servicios de planificación familiar en Nicaragua. Esta alta participación del sector público es el reflejo del fortalecimiento de los procesos logísticos dentro del programa de PF del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA) que inició alrededor del año 1998 y que ha contribuído al aumento del abastecimiento continuo de métodos anticonceptivos en todos los niveles del programa, desarrollando un sistema confiable para el usuario final. Por otra parte, las Empresas Médicas Previsionales (EMP) han venido incrementando paulatinamente la provisión de servicios de planificación familiar a su población asegurada, siendo esto reconocido como un esfuerzo del MINSA como rector del sector salud.

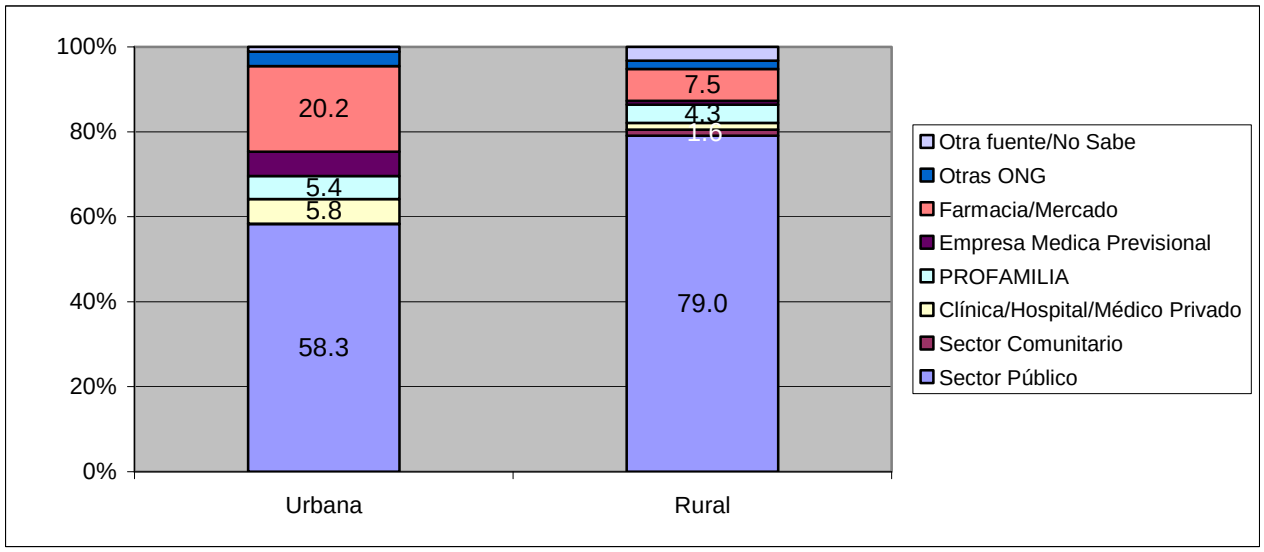
La Gráfica 14 muestra la fuente de obtención de anticonceptivos por grupos de edad, para analizar si hay diferencias en el acceso a planificación familiar según la edad. De hecho, el sector público es consistentemente el proveedor principal para todos los grupos de edad, con más del 60 por ciento de participación. Sin embargo, las mujeres más jóvenes también acuden a las farmacias y mercados, así como otras fuentes para obtener sus anticonceptivos, mientras que las mujeres de más edad acuden más a PROFAMILIA, otras ONGs y a las clínicas, los hospitales y los médicos privados. Solo el grupo de edades entre 25 a 44 años acuden en gran parte a la Empresa Médica Previsional como fuente de obtención de anticonceptivos.

Gráfica 14. Fuente de Obtención de Anticonceptivos Según Edad: 2006-07



Si observamos las fuentes de obtención de anticonceptivos por área geográfica, resulta muy claro que la población que habita las áreas rurales depende mucho más del sector público que la población de áreas urbanas, ya que generalmente las mujeres de áreas urbanas acuden más a las farmacias, mercados y otras fuentes privadas que las mujeres del área rural. Las empresas médicas previsionales también atienden a un gran porcentaje de las mujeres de áreas urbanas, mucho más que a las de áreas rurales. Sin embargo, PROFAMILIA atiende casi la misma proporción en ambos grupos (rural y urbano), debido a su presencia en las ciudades principales y a la red de promotores comunitarios voluntarios en las areas rurales del país.

Gráfica 15. Fuente de Obtención de Anticonceptivos por Área Geográfica: 2006-07



Si miramos la fuente de obtención de anticonceptivos por departamento, el sector público es la fuente predominante en todos los departamentos excepto Managua, donde el sector público atiende a un poco menos de la mitad de los usuarios de anticonceptivos. En algunos departamentos, como Nueva Segovia, Madriz, y Estelí, el sector público atiende casi a la totalidad de los usuarios. En

Managua, el sector privado cubre a la otra mitad de los usuarios, quienes van principalmente a las farmacias y mercados, PROFAMILIA, o las clinicas, hospitales y médicos privados. Para la mayoría de los otros departamentos, las farmacias, los mercados y PROFAMILIA son la segunda fuente más importante de anticonceptivos.

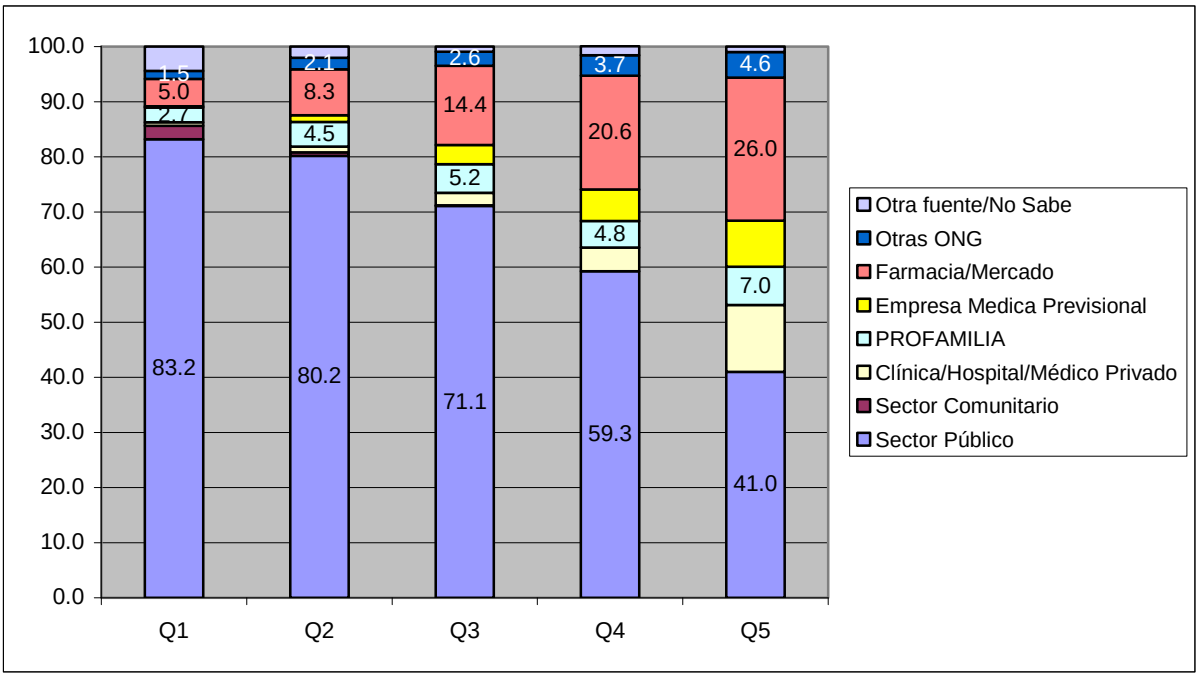
Tabla 6. Fuente de Obtención de Anticonceptivos por Departamento: 2006-07

Departamento	Sector Público	Sector Comunitario	Clínica/Hospital/Médico Privado	PROFAMILIA	Empresa Medica Previsional	Farmacia/ Mercado	Otras ONG	Otra fuente /No Sabe
Nueva Segovia	88.2	0.6	0.3	4.1	0	2.2	2.9	1.6
Jinotega	81.2	4.5	1.2	1.2	0	4.7	1.7	5.4
Madriz	94.1	0	0	0.4	0	3.0	0	2.6
Estelí	89.9	0	1.0	1.9	0.5	1.0	1.4	4.3
Chinandega	84.8	0.4	0	4.9	1.5	5.3	0.8	2.4
León	80.4	0.3	1.3	2.5	2.2	8.2	3.8	1.3
Matagalpa	77.1	0.5	1.4	5.6	0.7	7.8	4.6	2.2
Boaco	73.9	0.3	1.0	8.9	0	8.8	2.7	4.4
Managua	49.8	0	10.1	13.8	5.0	16.4	1.3	3.8
Masaya	66.9	0	3.1	8.1	3.5	14.2	2.7	1.6
Chontales	73.8	1.1	0.5	11.1	0	9.8	0	3.8
Granada	75.5	0	0.6	6.9	0.6	13.1	1.7	1.7
Carazo	79.0	0	4.2	4.2	1.2	9.0	1.8	0.6
Rivas	81.5	0	1.2	8.8	1.2	3.2	1.6	2.4
Río San Juan	84.5	3.1	0.5	3.5	0.2	6.6	0.0	1.6
RAAN	76.8	3.6	0.9	0	0.3	9.9	1.4	7.2
RAAS	77.6	3.5	1.5	2.5	0	8.2	2.7	4.0

Al examinar las fuentes de obtención de anticonceptivos por quintil de la ENDESA 2006-07, está claro que el sector público atiende a una porción mucho más grande de los clientes de planificación familiar de los quintiles socio-económicos más bajos, cubriendo más del 80 por ciento de los quintiles 1 y 2 y solamente al 41 por ciento del quintil más alto. Las fuentes del sector privado atienden a una mayor porción de los clientes más ricos (60 por ciento del quintil 5), particularmente las farmacias. Muy pocas mujeres de los quintiles más pobres obtienen sus anticonceptivos de fuentes privadas. ***Un creciente porcentaje de los quintiles más ricos obtienen sus insumos de clínicas, hospitales y médicos privados, así como de PROFAMILIA, otras ONGs y las empresas médicas previsionales.***

Esto pudiera ser un reflejo de la capacidad de pago —los clientes más ricos pueden costearse servicios y suministros del sector privado, mientras que los clientes más pobres son mucho más dependientes del sector público. O, pudiera ser un reflejo del acceso a los servicios de planificación familiar y a los anticonceptivos, ya que los quintiles más pobres (concentrados en las áreas rurales) pudieran tener menos opciones del sector privado, mientras que los quintiles más ricos (mayormente residentes urbanos) tienen muchas opciones del sector privado.

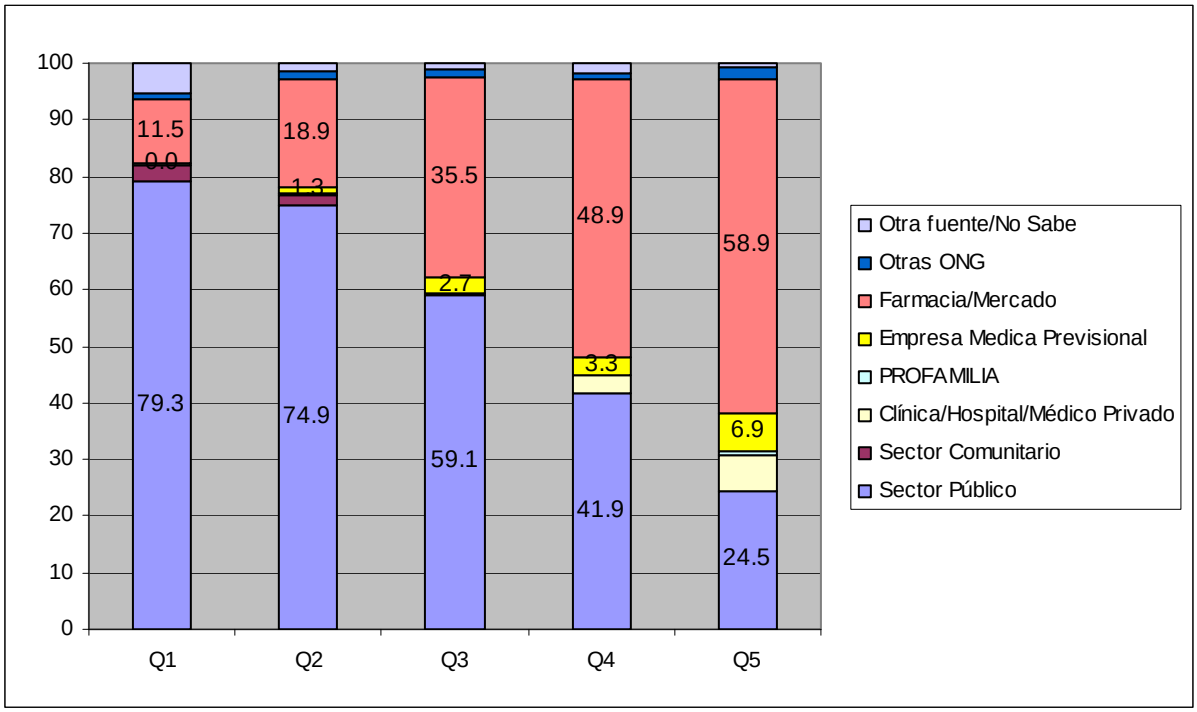
Gráfica 16. Fuente de Métodos por Quintil: 2006-07



Las siguientes cinco gráficas muestran la fuente de obtención de anticonceptivos por método y por quintil socio-económico para orales, DIUs, inyectables, esterilización femenina y condones como se reportó en la ENDESA 2006-07. Las categorías de las fuentes presentadas en las siguientes gráficas se describieron anteriormente. Los gráficos abajo muestran una tendencia consistente en cuanto a la fuente de suministro para la mayoría de estos métodos: los clientes más ricos obtienen sus anticonceptivos con mayor frecuencia a través del sector privado, mientras que para los quintiles más pobres, la mayoría de mujeres obtienen sus suministros a través del sector público. Sin embargo, ***en Nicaragua incluso los quintiles medios dependen en gran medida del sector público para la obtención de métodos tales como el DIU, los inyectables y la esterilización femenina.***

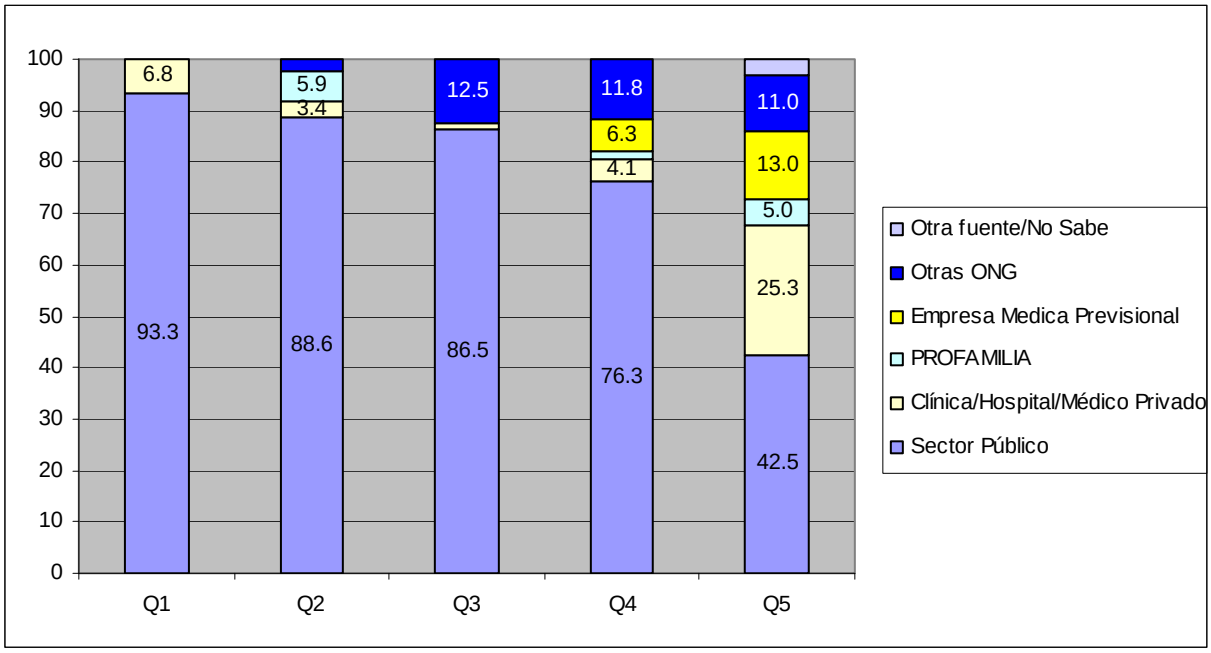
Como se mencionó anteriormente, para los clientes más ricos, los orales son en su mayoría suministrados por el sector privado (75 por ciento del quintil 5). Exactamente lo opuesto se observa en los quintiles más pobres donde la mayoría de mujeres obtienen sus orales a través del sector público (79 por ciento del quintil 1). Dentro del sector privado, las farmacias son las principales proveedoras de ciclos orales para los quintiles más ricos, mientras que un porcentaje muy pequeño de las mujeres de los quintiles 1 y 2 obtienen sus ciclos orales a través de las farmacias.En general, el uso de orales es bastante uniforme en todos los quintiles y en general, el 58 por ciento de los usuarios obtienen sus suministros del sector público (casi exclusivamente en los centros de salud) y 42 por ciento los obtiene de una fuente del sector privado (casi exclusivamente en farmacias), con una participación bastante equitativa entre los sectores público y privado.

Gráfica 17. Fuente de Orales por Quintil: 2006-07



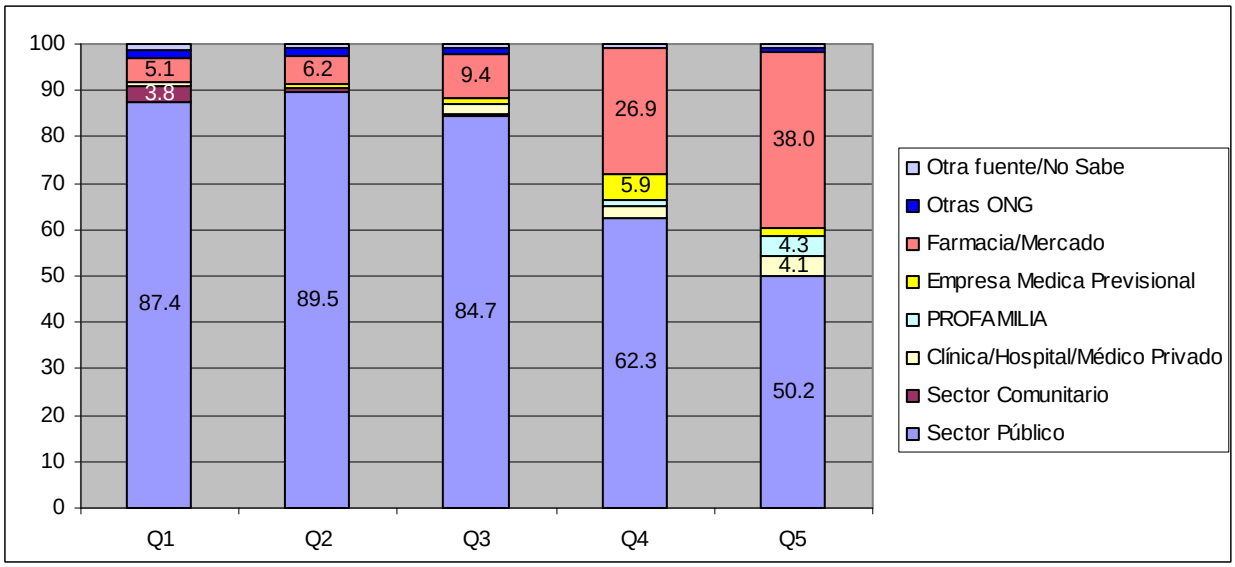
Para el DIU, el sector público juega un papel preponderante para todos los quintiles. Casi todas las mujeres en los quintiles 1 y 2, y la mayoría de los quintiles 3 y 4, obtienen sus suministros del sector público (93 por ciento del quintil 1), mientras que una proporción más grande del quintil más alto los obtiene del sector privado (57.5 por ciento del quintil 5). Son realmente los más ricos los que acuden a fuentes privadas para obtener DIU. Estas mujeres principalmente van a las clínicas, los hospitales y los médicos privados (25 por ciento), a pesar que un porcentaje muy pequeño acude a las empresas médicas previsionales (13 por ciento) y ONGs diferentes a PROFAMILIA (IXCHEN y SI MUJER, etc.). Como se mencionó anteriormente, el uso de DIUs es mucho mayor entre los quintiles más altos que en los quintiles más bajos. En general, el 69 por ciento de los usuarios obtienen sus suministros del sector público, principalmente en los centros de salud y el 31 por ciento los obtiene de una fuente del sector privado.

Gráfica 18. Fuente de DIUs por Quintil: 2006-07



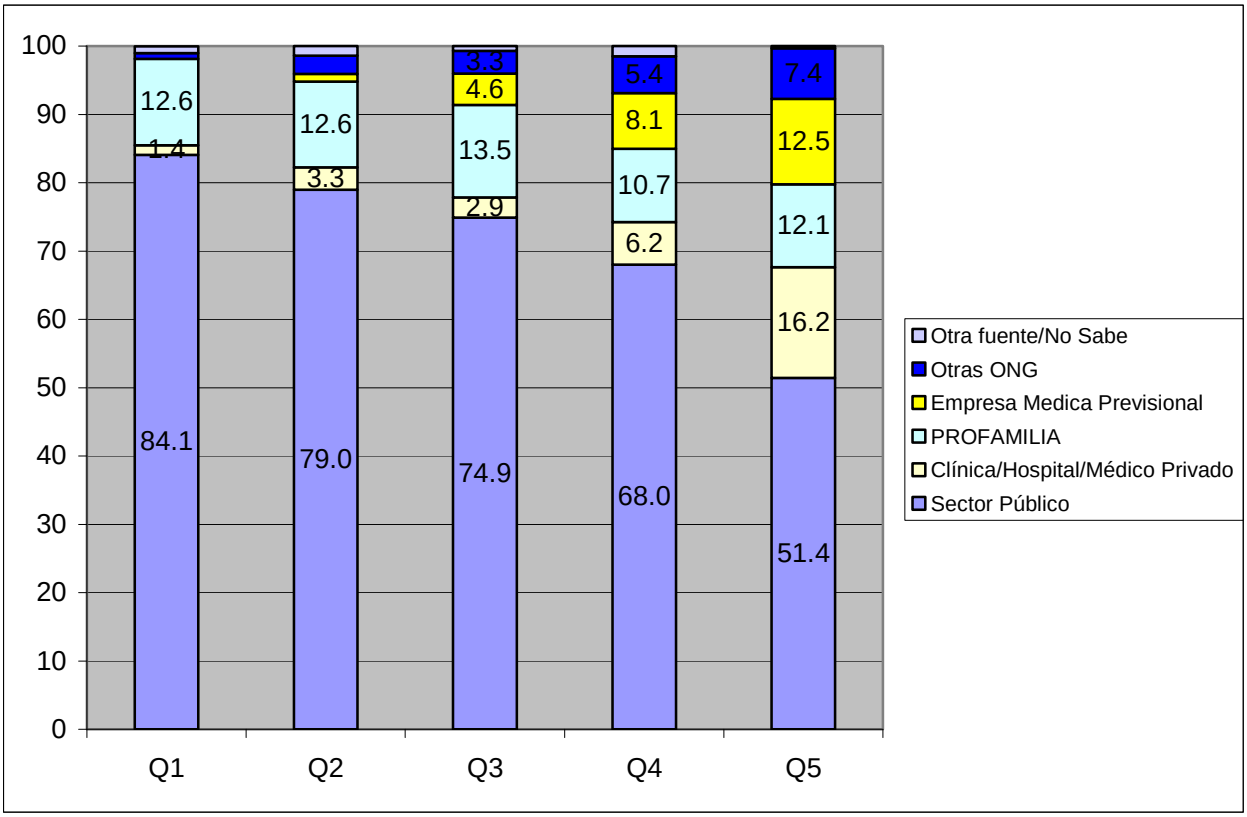
Para los inyectables, la tendencia es la misma— casi todas las mujeres en los quintiles 1, 2, and 3 obtienen sus inyectables del sector público e incluso más de la mitad del quintil 4 también. Por otro lado, solo la mitad de las mujeres del quintil 5 acude al sector público, mientras que la otra mitad acude al sector privado, principalmente a las farmacias. En general, el uso de inyectables es más alto entre los quintiles más bajos que entre los quintiles más altos y el 80 por ciento de todos los usuarios de inyectables obtienen sus suministros del sector público (principalmente de los centros de salud) y el 20 por ciento los obtiene de una fuente del sector privado (principalmente de las farmacias).

Gráfica 19. Fuente de Inyectables por Quintil: 2006-07



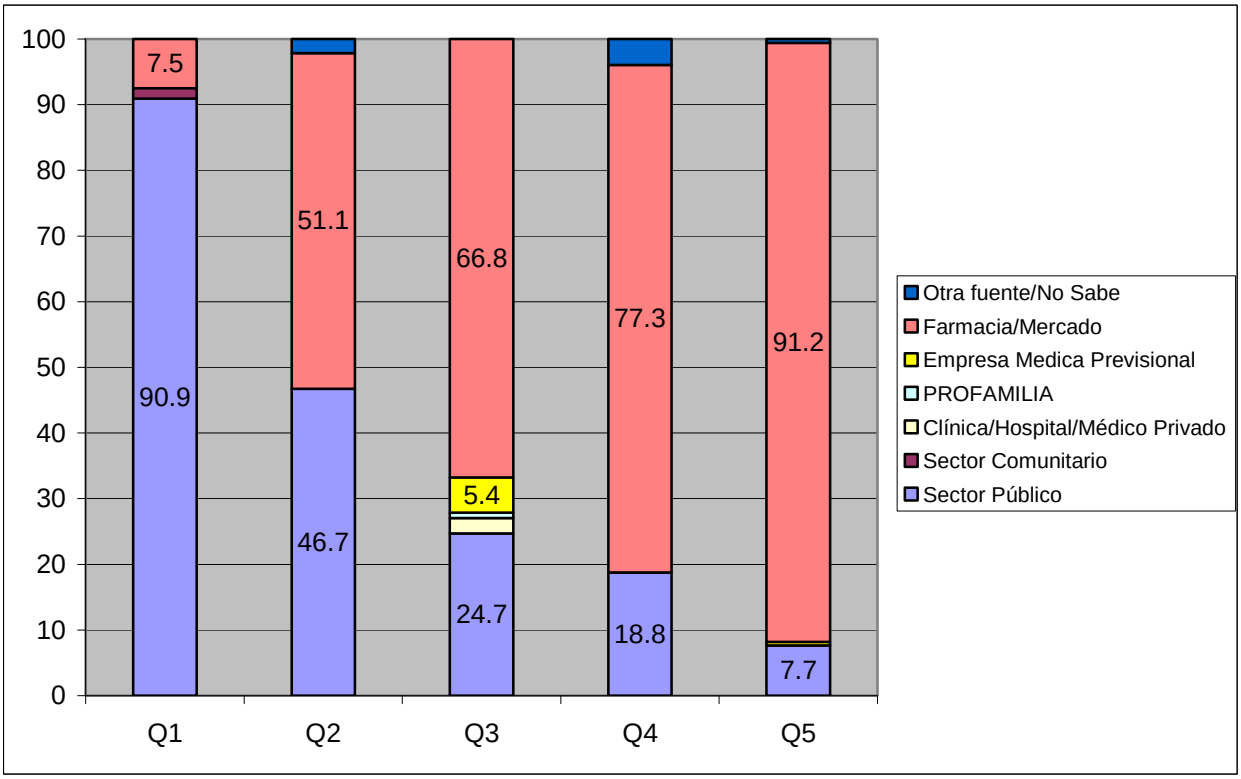
Los hospitales públicos cubren la mayoría de las usuarias de esterilización femenina (70 por ciento del total), pero con un porcentaje más alto de los quintiles más bajos utilizando el sector público y un porcentaje más alto de los quintiles más altos utilizando el sector privado. El quintil 5 es casi 50/50 entre los usuarios que acuden al sector público y los que lo hacen al sector privado. El segundo proveedor más importante de esterilización en el país son las clínicas de PROFAMILIA, y para las mujeres más ricas las clínicas, los hospitales privados y las empresas médicas previsionales son sus principales proveedores. En general, el uso de la esterilización femenina es mucho más alto entre los quintiles más ricos.

Gráfica 20. Fuente de Esterilización por Quintil: 2006-07



Finalmente, para el uso de condones, la mayoría de los usuarios acceden a estos insumos a través del sector privado (70 por ciento del total), pero existe una gran diferencia entre los quintiles 1 y 5. Casi todas las mujeres del quintil 1 obtienen sus condones de los centros de salud del sector público (91 por ciento), mientras que lo opuesto sucede para las mujeres del quintil 5, quienes en un 91 por ciento obtienen sus condones de las farmacias del sector privado. Los quintiles medios presentan una mezcla de obtención de métodos tanto del sector público como del sector privado, pero principalmente acuden a las farmacias. En general, el uso de los condones es más alto entre los quintiles más ricos.

Gráfica 21. Fuente de Condones por Quintil: 2006-07

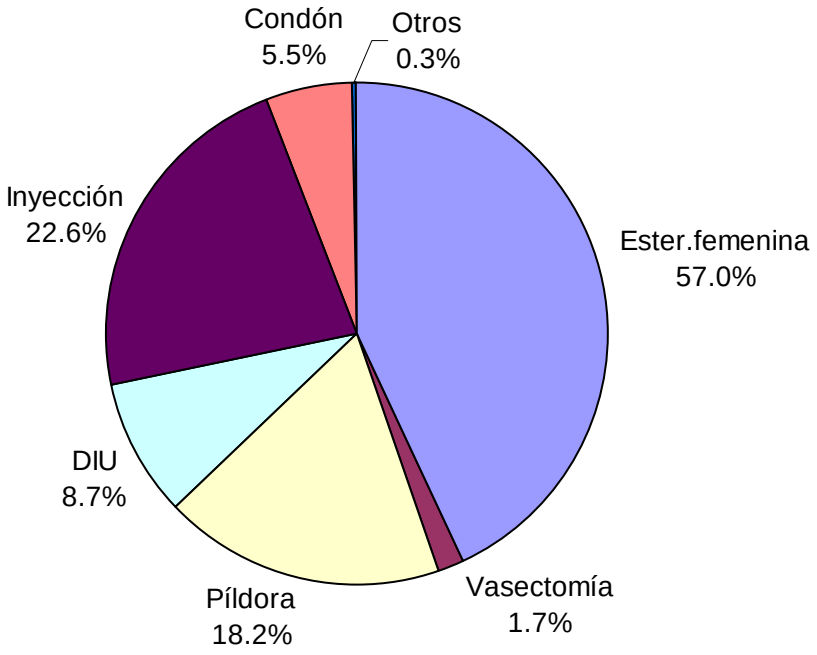


Todos estos gráficos sobre la fuente de suministro por quintil socio-económico y método indican que el mercado de anticonceptivos en Nicaragua parece estar bien segmentado para los más ricos y los más pobres del país. Esto es, el sector privado está atendiendo a los clientes más ricos y el sector público está atendiendo a los clientes más pobres***. Sin embargo, es importante hacer notar que, especialmente en el caso del DIU, los inyectables y la esterilización femenina, la mayoría de las mujeres acuden al sector público para obtener estos métodos, incluso entre los quintiles medios y medio-altos***. Ya que la esterilización femenina y los inyectables son los dos métodos más populares entre todos los quintiles socio-económicos en Nicaragua, significa que muchas mujeres que podrían acudir al sector privado y pagar por los servicios, siguen dependiendo del sector público para obtener estos servicios. Otra situación es tambien que usuarias aseguradas de los quintiles 2 y 3 que podrían obtener anticonceptivos de sus Empresas Médicas, lo están solicitando en el MINSA, lo que puede afectar a la población de los quintiles 1 y 2 que no tienen capacidad de pago ni son aseguradas, y cuya única fuente de suministro es el MINSA.

Analisis de los Usuarios de Anticonceptivos con Seguro Medico

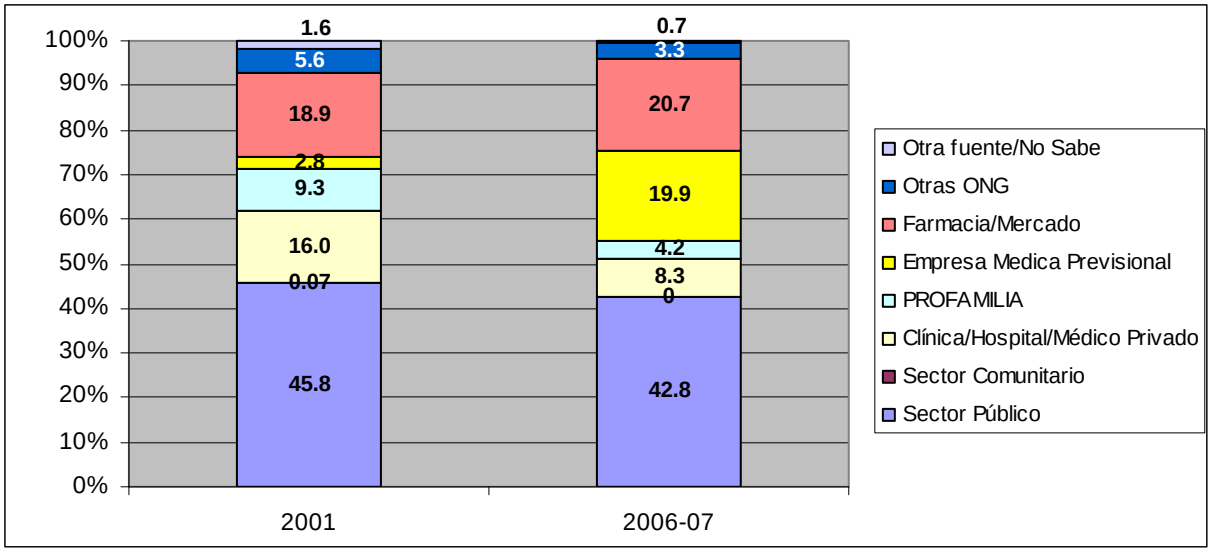
Esta sección presenta un análisis de los usuarios de anticonceptivos que tienen seguro médico a través de las Empresas Médicas Previsionales. La Gráfica 20 muestra la mezcla de métodos para estas mujeres sin importar donde obtienen los insumos. Para la gran mayoría de las mujeres que tienen seguridad social, la Empresa Médica Previsional es la más popular para obtener esterilización femenina, seguida de inyectables y por último ciclos orales. Por lo tanto, la mayoría (67.4 por ciento) está utilizando un método de larga duración (DIU) o un método permanente (esterilización) y el porcentaje restante (32.6 por ciento) está utilizando métodos temporales de corta duración y que requieren de reabastecimiento frecuente.

Gráfica 22. Mezcla de Métodos de Usuarios Beneficiarios de Seguro Médico



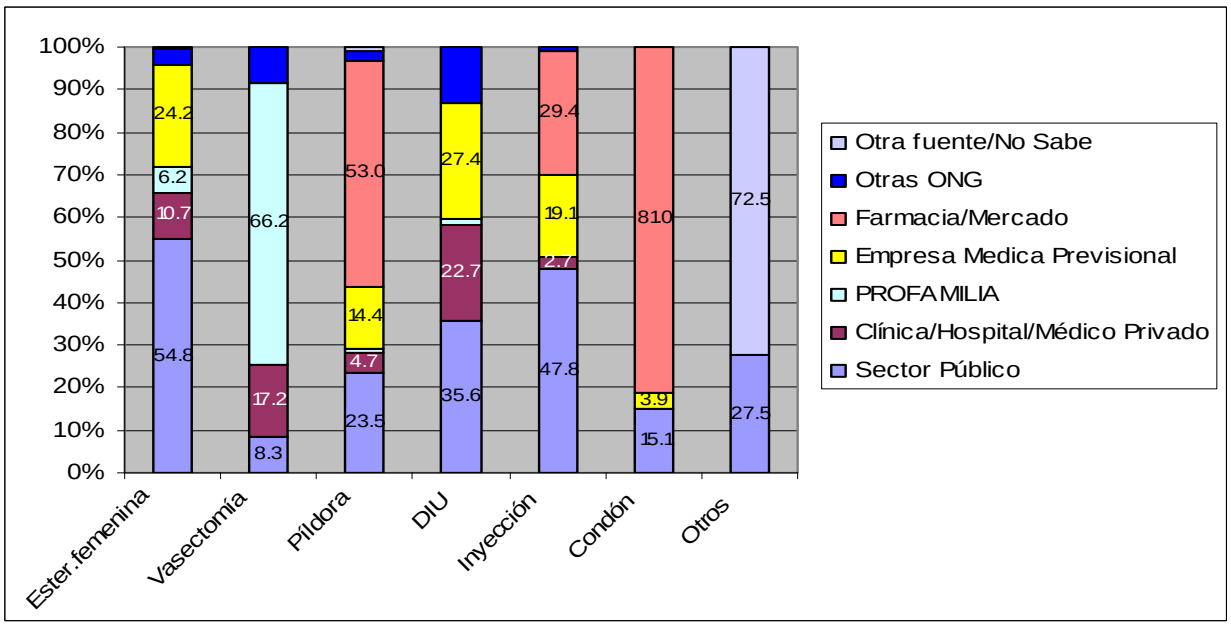
La Gráfica 21 muestra que de estos usuarios (que reciben beneficios del Seguro Social), casi la mitad obtuvieron sus insumos en el sector público, tanto en 2001 como en 2006-07. Esta realidad disminuyó muy poco para el 2006-07. La otra mitad obtienen sus métodos anticonceptivos de una fuente privada, principalmente de las farmacias, constituyendo un 20 por ciento tanto en el 2001 como en el 2006-07. El cambio más notable entre estas dos ENDESA ha sido el aumento brusco de la participación de mercado de las Empresas Médicas Previsionales, pasando de solamente un 2.8 por ciento en el 2001 a un 20 por ciento en el 2006-07, asemejándose a la participación de mercado de las farmacias/mercados que constituyen un 20 por ciento del total de fuentes de obtención. Durante el mismo período (2006-07), las clínicas, los hospitales, los médicos privados y PROFAMILIA disminuyeron su participación, siendo reemplazados por las Empresas Médicas Previsionales constituyéndose en una fuente popular de suministro de anticonceptivos entre las mujeres que reciben beneficios de la seguridad social.

Gráfica 23. Distribución de Usuarios Beneficiarios de Seguro Médico por Fuente de Abastecimiento: 2001 y 2006-07



La Gráfica 24 muestra los usuarios-beneficiarios del seguro social por método de elección y fuente de suministro, para mostrar dónde están acudiendo y por cuáles métodos. Para esterilización femenina e inyectables, aproximadamente la mitad de estos usuarios acuden al sector público. Para el resto, el sector privado es el principal proveedor. Por ejemplo, el 66 por ciento de los usuarios de vasectomía van a PROFAMILIA. Para ciclos orales (53 por ciento) y condones (61 por ciento), las farmacias y los mercados son la principal fuente de suministro. Por lo tanto, la fuente de suministro para estos usuarios es muy específica por cada método y no se observa una tendencia en particular.

Gráfica 24. Distribución de Usuarios Beneficiarios de Seguro Médico por Método y Fuente de Abastecimiento: 2006-07



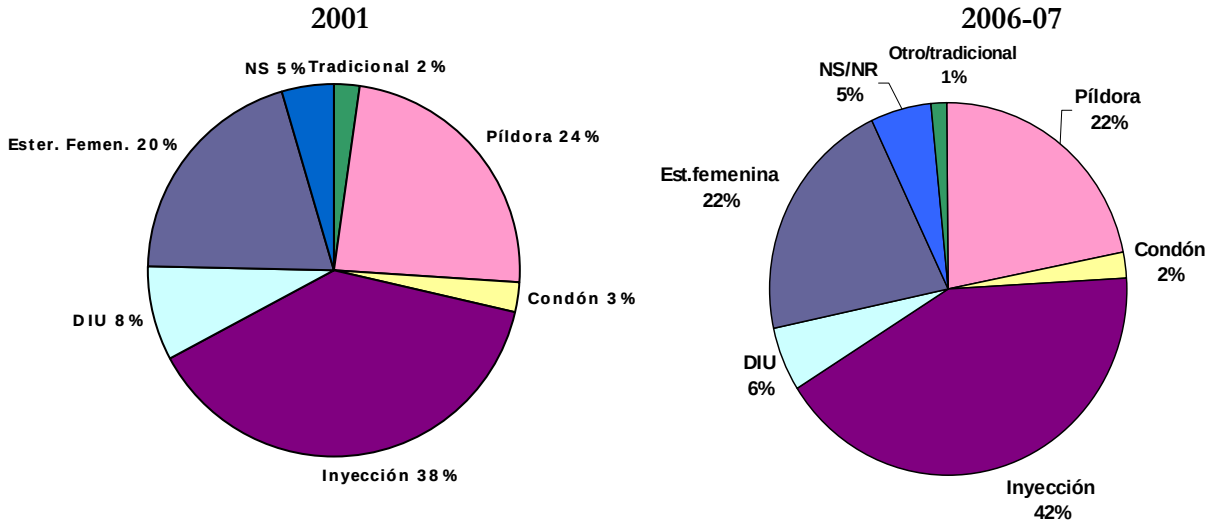
Intencion de Uso Futuro de Planificación Familiar

Los siguientes gráficos muestran la intención de uso futuro de planificación familiar, por método preferido, en mujeres no usuarias, según los datos de la ENDESA 2001 y la ENDESA 2006-07. Estos porcentajes representan el porcentaje de mujeres unidas en edad reproductiva que no está utilizando actualmente planificación familiar y que usarían un método si deciden comenzar a usar PF en el futuro.

La mezcla de métodos potencial para el uso futuro de planificación familiar no ha cambiado drásticamente entre el 2001 y el 2006-07. Los inyectables se han mantenido como la opción potencial más popular para las mujeres Nicaragüenses. En 2001, el 38.5 por ciento de las mujeres no usuarias hubieran escogido las inyecciones para su uso futuro, incrementándose a 41.7 por ciento en 2006-07. Los orales también mantuvieron una popularidad similar del 2001 al 2006-07, en 24 y 22 por ciento respectivamente. La esterilización femenina es el tercer método de preferencia para las futuras usuarias, ubicándose en un 20.3 por ciento en 2002 e incrementándose a 21.7 por ciento en 2007. Los DIUs muestran una ligera disminución como uso potencial por parte de las futuras usuarias, pasando de un 8 por ciento en el 2001 a 5.6 por ciento en el 2006-07.

En general, en 2001 el 28.3 por ciento hubiera escogido un método de largo plazo/permanente como la esterilización o el DIU; este porcentaje permaneció similar en 27.3 por ciento para el 2006-07, disminuyendo únicamente un poco debido a que menos mujeres mencionaron que utilizarían el DIU, de acuerdo con los datos de la ENDESA 2006-07. ***Los condones y los métodos tradicionales son opciones no significativas para los usuarios futuros en Nicaragua.***

Gráfica 25. Intención de Uso de PF en Mujeres no Usuarias: 2001 y 2006-07



Las mujeres que viven en áreas urbanas y aquellas que pertenecen a los quintiles socio-económicos más altos fueron las que más expresaron su deseo de optar por un método de larga duración o permanente (esterilización y DIU) en caso que decidieran comenzar a utilizar servicios de planificación familiar en el futuro.Las mujeres que viven en áreas rurales y las que pertenecen a los quintiles socio-económicos más pobres fueron las que más expresaron su deseo de optar por inyectables en caso que decidieran comenzar a utilizar un método de planificación familiar en el futuro. ***Las usuarias potenciales de ciclos orales tienen la misma representación en todos los quintiles socio-ecónomicos y en las dos áreas geográficas***.

Estos datos pueden ser útiles para la planeación de financiamiento futuro, estimación de necesidades y requerimientos de recursos. Los métodos que requieren de reabastecimiento como los inyectables, orales, condones y en menor grado los DIU, requieren cadenas de suministro eficientes y efectivas que puedan mantener cantidades de suministros adecuados, de forma ininterrumpida y de alta calidad, evitando desabastecimientos como una prioridad crítica. De igual forma, los DIU y la esterilización femenina requieren proveedores capacitados y unas condiciones clínicas estériles, junto con ciertos suministros consumibles y otro equipamiento. Los potenciales incrementos futuros en la utilización de estos métodos por parte de las mujeres deben tomarse en consideración al planear los recursos humanos, financieros y de infraestructura. En general, los proveedores y los sistemas deben estar preparados para ofrecer servicios e información de alta calidad a los actuales y futuros usuarios de planificación familiar.

ANÁLISIS GEOGRÁFICO DE DATOS DE LA ENDESA CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA (SIG)

Introducción

En octubre del 2008, una delegación del Ministerio de Salud en Nicaragua participó en el taller para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos y Equidad, auspiciado por la USAID | Iniciativa de Políticas en Salud y que se llevó a cabo en la ciudad de Antigua, Guatemala. Al final de la actividad, la delegación nicaragüense preparó un plan de trabajo para enfrentar desafíos de inequidad en la provisión de insumos anticonceptivos a poblaciones sub-atendidas. El Ministerio de Salud (MINSA) planteó la realización un análisis sobre la inequidad, utilizando los datos de la *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2006/07,* para poder formular una nueva estrategia nacional y asegurar la disponibilidad de insumos anticonceptivos a toda la población. Para saber en cuáles poblaciones enfocar futuras intervenciones para mejorar el acceso, el análisis tendría en cuenta las diferencias significativas según el área geográfica, y las condiciones socioeconómicas y educativas de la población para todos los grupos etáreos.

Para investigar mejor esta problemática, se evaluó los datos de la ENDESA 2006/07 usando herramientas en un sistema de información geográfico y una metodología semejante a la utilizada en Guatemala en 2008 bajo el USAID | PROYECTO DELIVER. Los resultados de este estudio ayudan a informar al Comité Nacional para la DAIA a actualizar la estrategia para focalizar intervenciones que contribuyan a extender el acceso a insumos y servicios de PF, en todos los sectores que lo conforman.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es contribuir al fortalecimiento del sector público en Nicaragua en cuanto a su capacidad de asegurar la disponibilidad de insumos anticonceptivos para todo el país. En particular el estudio intenta presentar información demográfica, de salud y uso de anticonceptivos por área geográfica, para ser analizado por el Comité DAIA. Los objetivos específicos del estudio fueron los siguientes:

1. Presentar los indicadores de interés de la ENDESA (tasa de prevalencia de anticonceptivos, necesidad insatisfecha, ubicación de la población indígena, quintiles socioeconómicos Q1 y Q2, y población sin educación) de forma cartográfica, para visualizar mejor la distribución geográfica de estas variables.

2. Combinar los indicadores de interés en un índice para identificar cuáles departamentos presentan el mayor número de brechas significativas según las características de la población.
3. Presentar un análisis de razones para el no uso de anticonceptivos en los departamentos anteriormente identificados (del objetivo 2).

Se espera que los tomadores de decisiones del Ministerio de Salud y el Comité DAIA consideren los resultados de este estudio junto con los resultados del estudio de segmentación de mercado de anticonceptivos en el país para la toma de decisiones. En conjunto, estos estudios presentan un análisis más amplio de las usuarias de anticonceptivos en el país y sus características, lo cual nos brinda información sobre cómo hacer llegar los insumos a las personas que más los necesitan.

Metodología y hallazgos

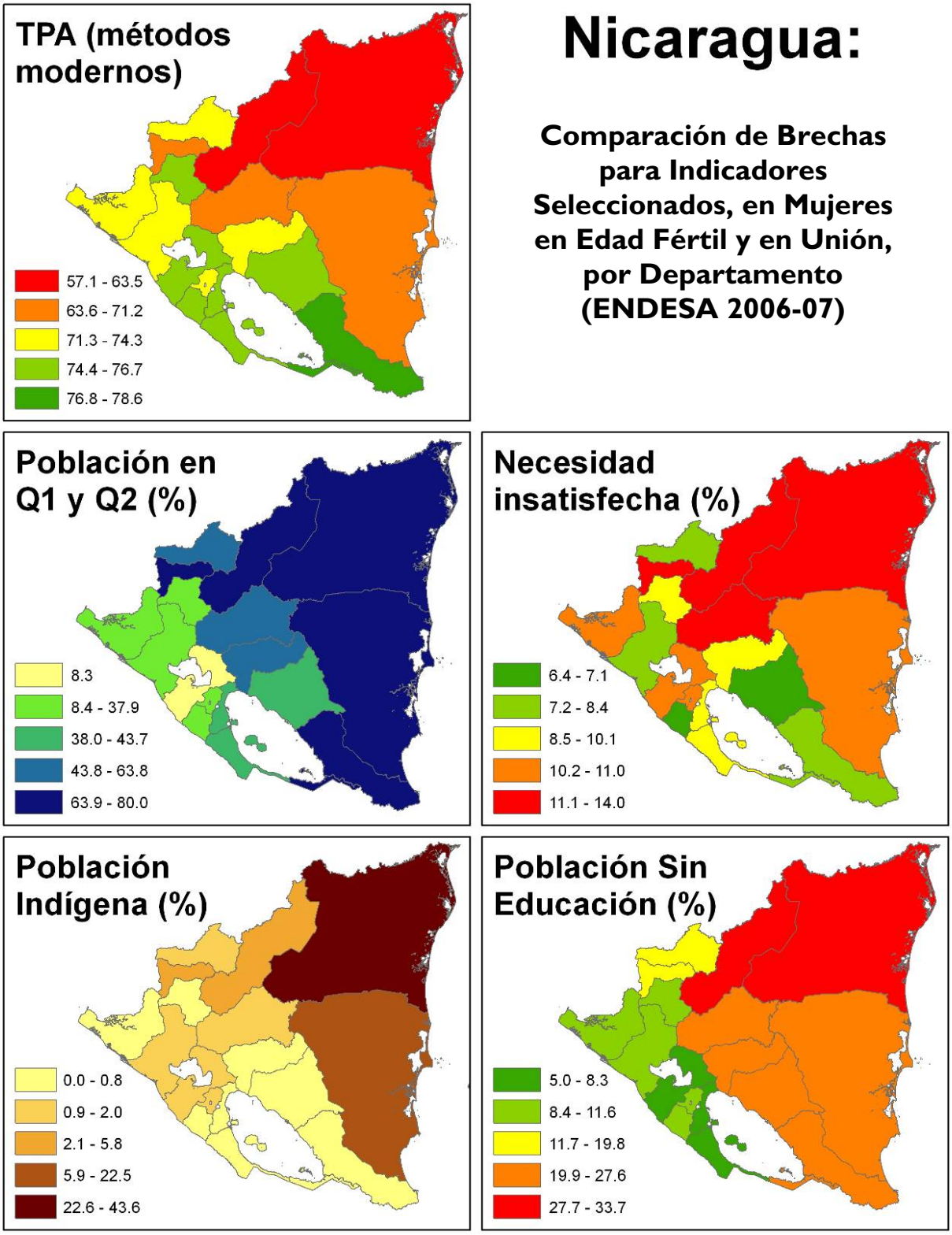
El análisis se enfoca en brechas específicas y significativas entre diferentes poblaciones en el país para todos los grupos etáreos. El análisis es a nivel nacional para poder identificar geográficamente cuales son los departamentos, donde es más acentuada el problema de equidad en el acceso a servicios de PF. Los indicadores demográficos y de salud de interés para el estudio y las brechas geográficas a nivel nacional son las siguientes:

- Étnicas—las poblaciones indígenas del Pacifico, Centro, Norte y Costa Atlántica;
- Económicas—poblaciones de menores ingresos;
- Educativas—poblaciones sin educación;
- Tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA)—uso de anticonceptivos para las mujeres en unión en edad fértil;
- Necesidad insatisfecha de anticonceptivos.

El primer paso del análisis fue tomar los datos de los indicadores mencionados de la Encuesta de Demografía y Salud de 2006-07, resumidos al nivel de significancia estadística para la encuesta, en este caso el nivel de departamento. Luego, se usó un sistema de información geográfica[1] para organizar los datos en una serie de mapas para visualizar la distribución de cada variable, lo cual se presenta en la gráfica 26.

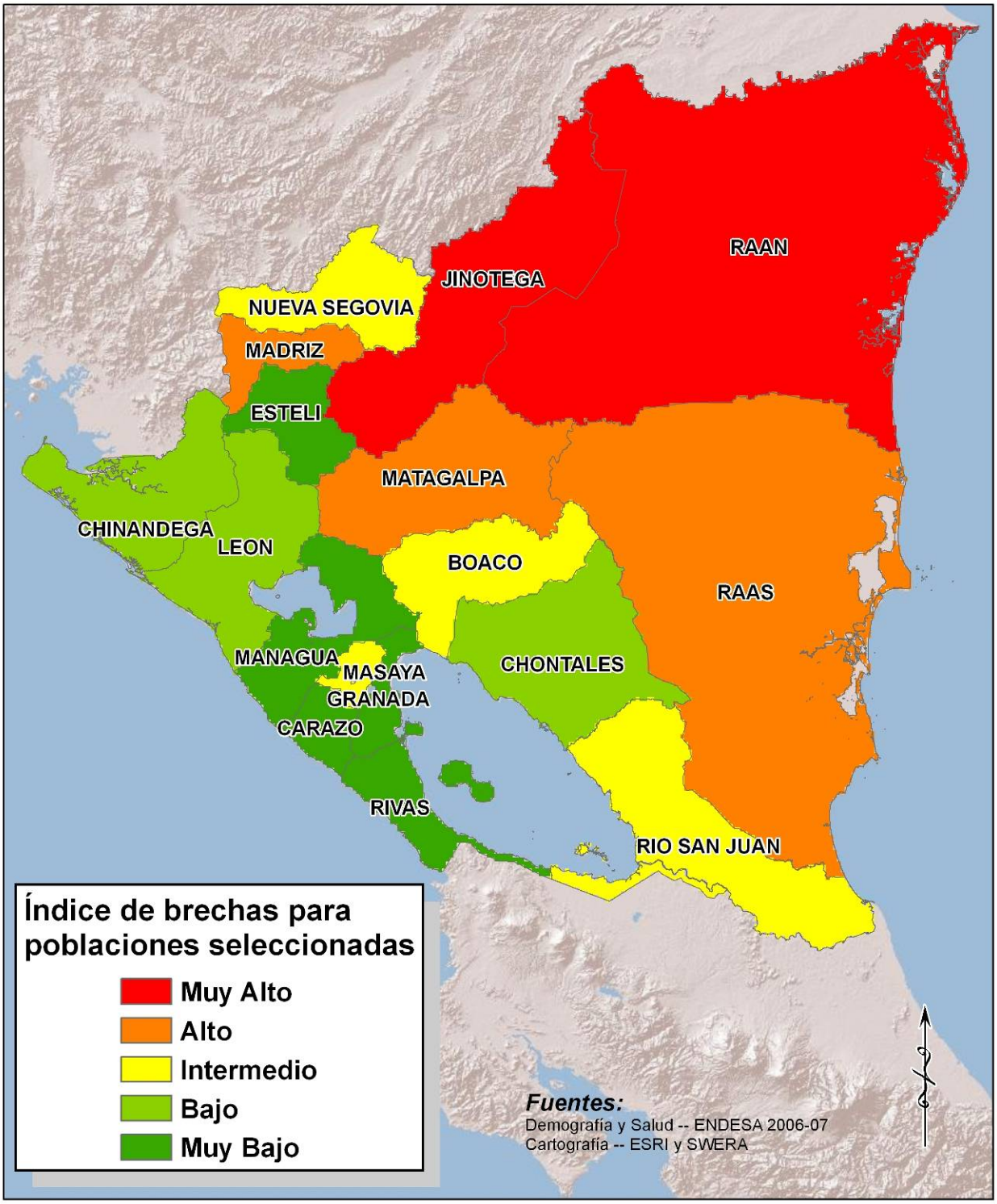
[1] ArcGIS 9.3 de Environmental Systems Research Institute (ESRI).

Gráfica 26: Comparación de Brechas para Indicadores Seleccionados, en Mujeres en Edad Fértil y en Unión, por Departamento (ENDESA 2006-07)



Aunque es útil examinar las variables individualmente para determinar la forma en que están distribuidas en todo el país, a menudo es difícil observar dónde coinciden múltiples características de interés. Para abordar este tema, es posible representar múltiples mapas uno sobre otro dentro del SIG y combinar los valores de las diferentes variables en un nuevo índice único. Este método requiere que primero se reclasifiquen los mapas de tal manera que las áreas con la necesidad insatisfecha más alta, el porcentaje más alto de población indígena, el porcentaje más alto de población sin educación y el porcentaje más alto de población en los quintiles socioeconómicos Q1 y Q2 reciban los valores de 5. Cada una de las subsiguientes categorías de valores más bajos para cada variable recibe valores de 4, 3, 2 y 1 respectivamente. El último paso para crear el índice consiste en sobreponer los mapas uno encima del otro y sumar los puntajes reclasificados para cada variable, por departamento, lo que se presenta en la gráfica 27.

Gráfica 27: Índice de brechas para poblaciones con TPA baja, alta necesidad insatisfecha de anticonceptivos, alto porcentaje de población en Q1 y Q2, alto porcentaje de población sin educación y alto porcentaje de población indígena

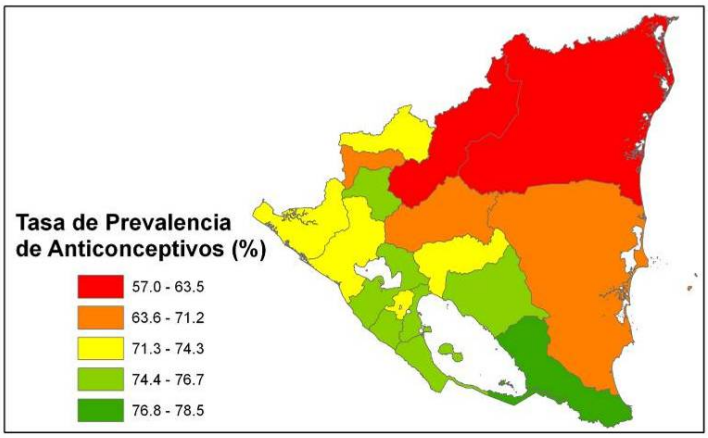


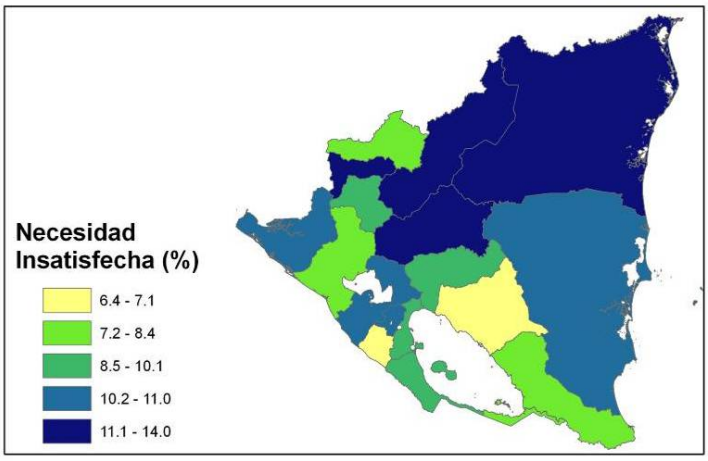
Los resultados de este análisis muestran que los departamentos de RAAN y Jinotega (color rojo) muestran la combinación más acentuada de las variables de interés de la ENDESA, seguidos por RAAS, Matagalpa, y Madriz (color anaranjado). Los departamentos que muestran la menor combinación de estas variables, y que por lo tanto no tienen brechas tan significativas en cuanto al acceso y uso de insumos anticonceptivos, son todos aquellos de color verde en el mapa.

Esta metodología le permite a los encargados de formular las políticas visualizar múltiples variables simultáneamente e identificar en dónde Nicaragua posee las mayores disparidades entre ricos y pobres, área urbana y área rural, indígena y no-indígena, población con más y menos educación. También permite realizar más fácilmente un análisis mucho más desglosado geográficamente de las disparidades en la atención de la salud, en este caso en el acceso a la planificación familiar. Al profundizar dicho análisis en el campo, las barreras pueden ser investigadas a mayor profundidad y se pueden desarrollar intervenciones más focalizadas para mejorar el acceso.

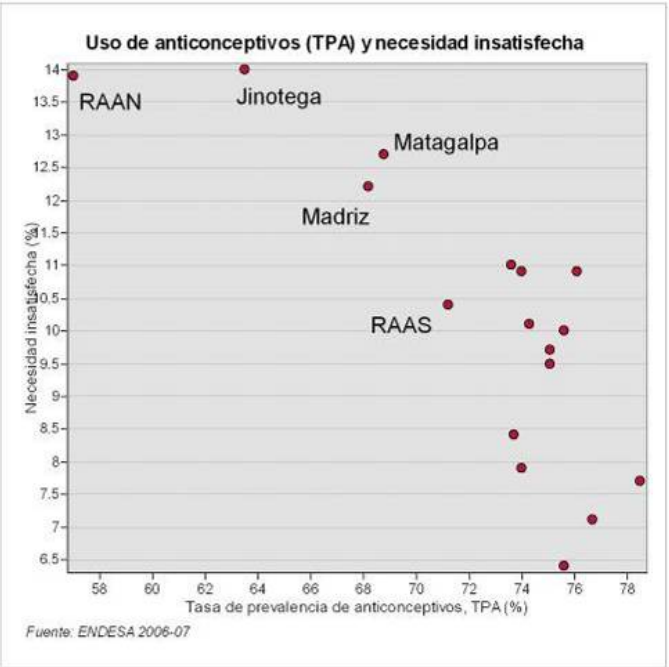
Por último, para complementar el análisis de las brechas entre las poblaciones de enfoque para este estudio, se presenta una serie de mapas en los anexos que resumen datos claves de la ENDESA 2006-07, y que también cruzan datos de esa misma encuesta con datos claves recolectados por el MINSA. Se espera que estos mapas presenten una visualización de los datos que ayuden a profundizar el entendimiento sobre ellos y su influencia en la salud de la población en el país.

ANEXO 1: Comparación entre TPA y necesidad insatisfecha por departamento.

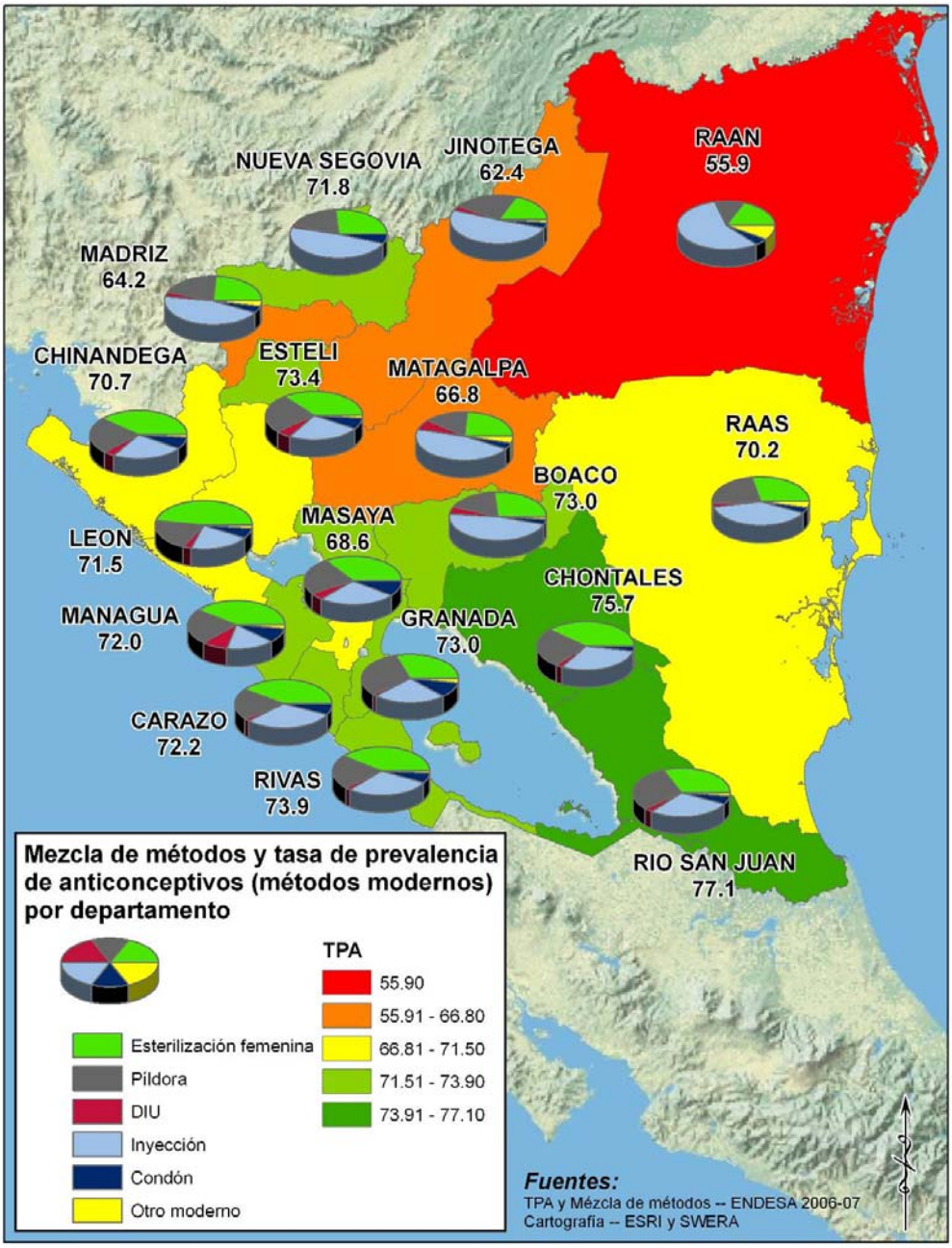




Al comparar la TPA (métodos modernos) y la necesidad insatisfecha para las MUEF, se nota que los departamentos con mayor necesidad insatisfecha y uso de anticonceptivos más bajo son los mismos que se identificaron en el análisis de brechas (RAAN, Jinotega, Matagalpa, Madriz, y RAAS).

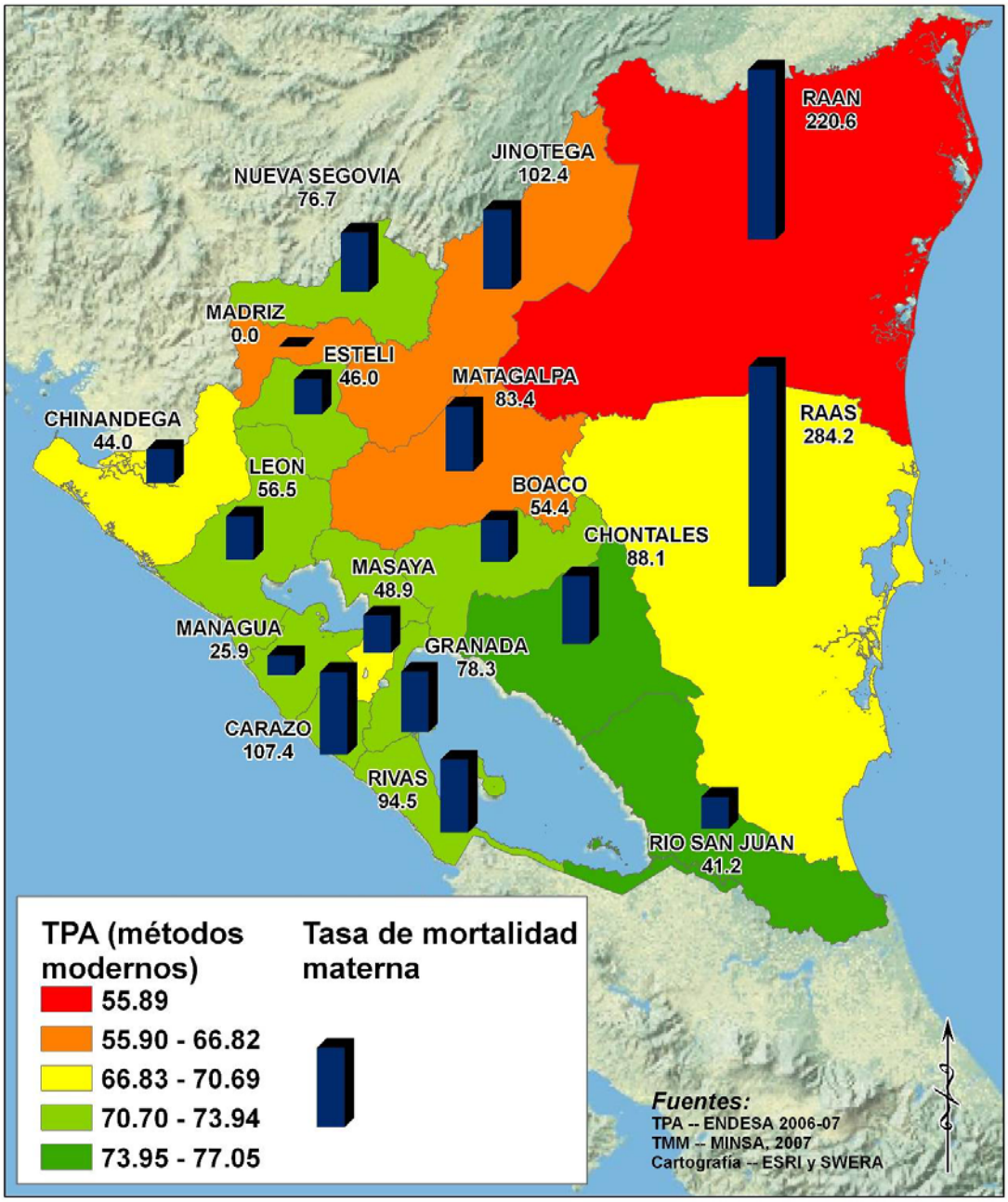


ANEXO 2: Comparación entre la tasa de prevalencia de anticonceptivos (métodos modernos) y la mezcla de métodos para las mujeres en unión en edad fértil, por departamento.



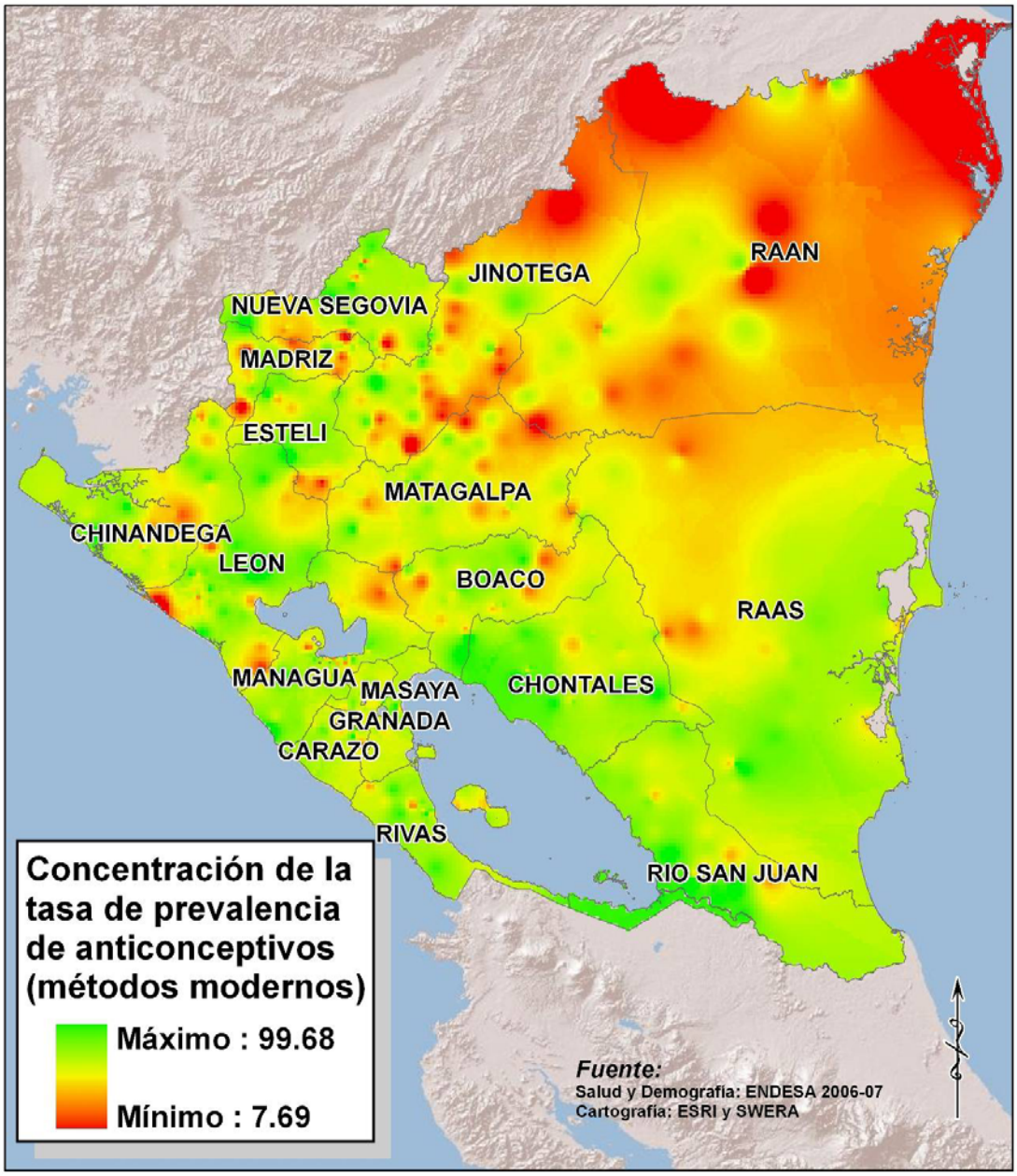
En este mapa se presenta la TPA por departamento para métodos modernos y para todas las MUEF, con el valor específico anotado bajo el nombre del departamento al que corresponde. Al mismo tiempo se presenta la mezcla de métodos y la proporción con que cada uno contribuye a la TPA en cada departamento. Se nota fácilmente en esta gráfica que la esterilización femenina, la inyección y la píldora son las más usadas, con diferentes niveles de uso dependiendo del departamento.

ANEXO 3: Comparación entre la tasa de prevalencia de anticonceptivos (métodos modernos) para las mujeres en unión en edad fértil y la tasa de mortalidad materna, por departamento



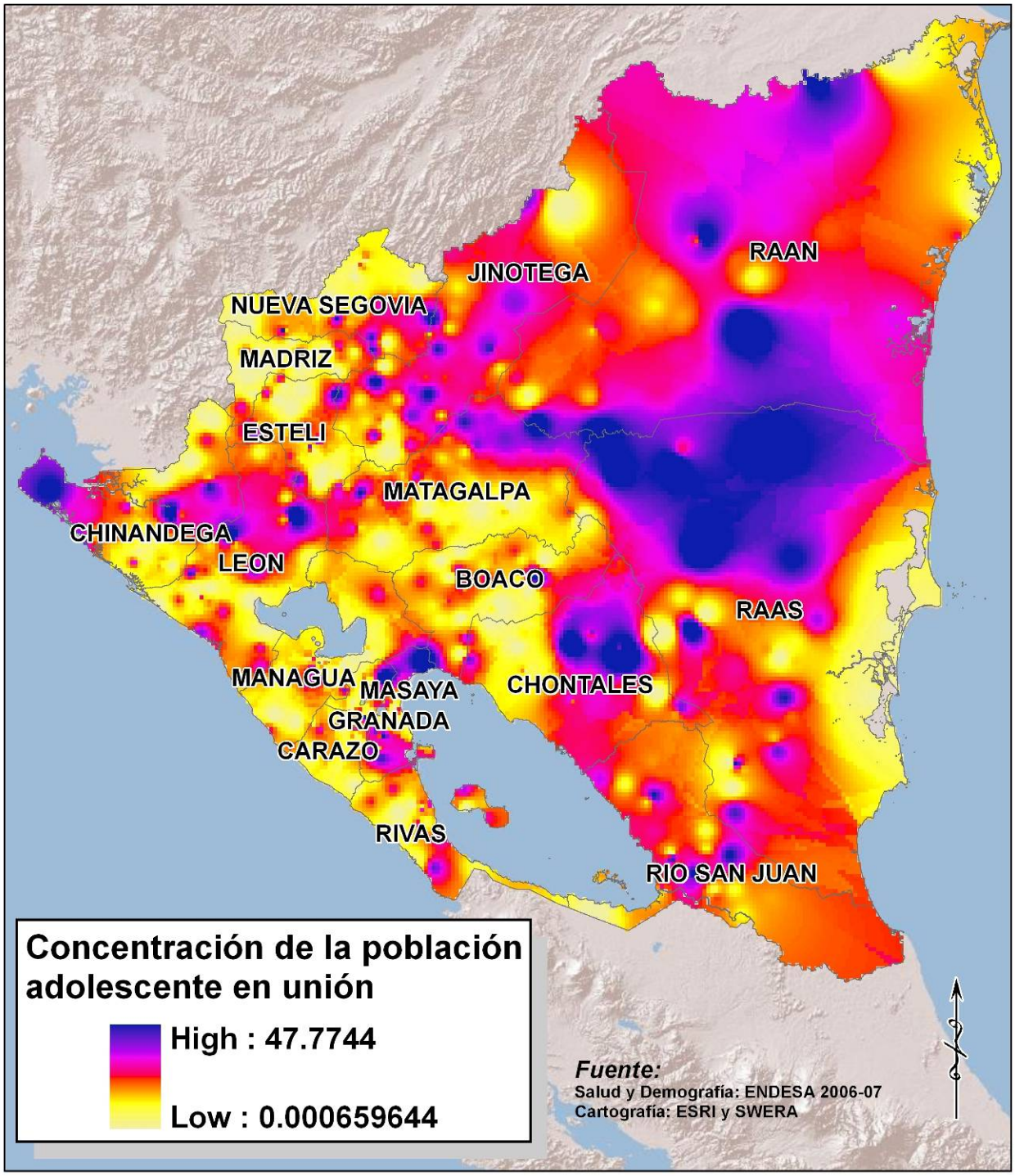
En este mapa se cruzan datos de la ENDESA 2006-07 sobre la TPA para las MUEF con datos de mortalidad materna, recolectados por el MINSA. En general, se nota que los departamentos con TPA más bajo también tienen una tasa alta de mortalidad materna (TMM), y viceversa, la mayoría de los departamentos con una TPA alta tienen una TMM más baja. Las excepciones a esta observación son casos como Madriz, que presenta la TMM más baja para el país, pero que tiene una TPA relativamente alta. También, Carazo y Rivas, aunque tienen una TPA alta, presentan una TMM también alta.

ANEXO 4: Análisis de concentración de la tasa de prevalencia de anticonceptivos (métodos modernos) para las mujeres en unión en edad fértil, con base en los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07



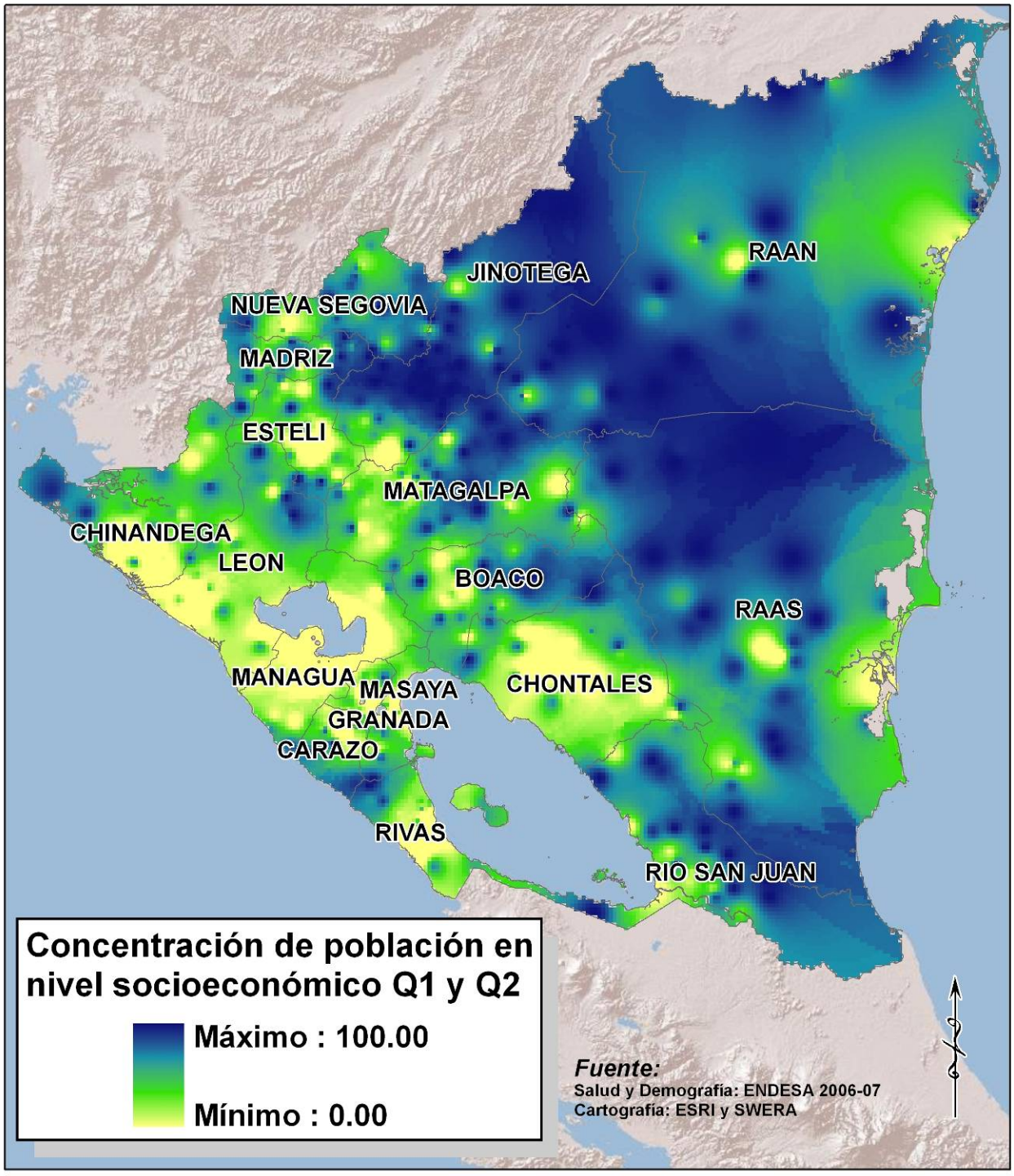
Este mapa presenta una visualización de la TPA, pero usando como fuente los valores por los diferentes lugares específicos donde se hizo la encuesta. Con el uso de herramientas de análisis geográfico dentro del SIG, se hizo una interpolación entre los diferentes lugares de la encuesta para ver cómo varía la TPA dentro de los diferentes departamentos del país. Es importante notar aquí que la representatividad de la encuesta solamente llega hasta el nivel de departamento, entonces se puede confiar en los datos solamente hasta ese nivel de detalle, desde el punto de vista de la estadística.

ANEXO 5: Análisis de concentración de la población adolescente (15 a 19 años) en unión, con base en los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07



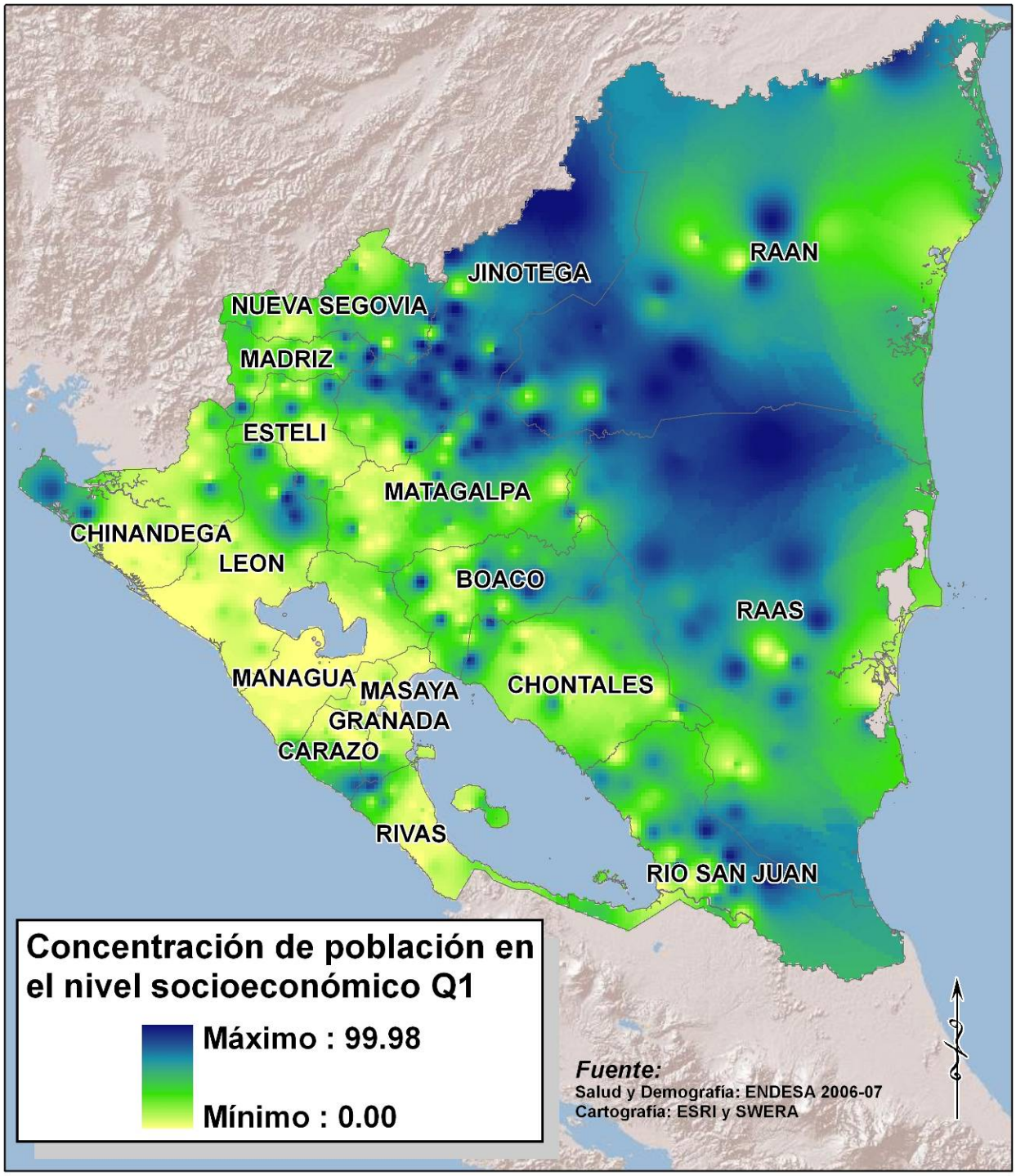
A semejanza del mapa anterior, este mapa presenta una visualización de la variabilidad en la población adolescente (de 15 a 19 años) en unión. Se puede comparar este mapa con el de la variabilidad en la TPA para ver dónde coinciden lugares de baja TPA y alta población adolescente.

ANEXO 6: Análisis de concentración de la población en los niveles socioeconómicos Q1 y Q2 para las mujeres en unión en edad fértil, con base en los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07



A semejanza de los mapas anteriores, este mapa presenta una visualización de la variabilidad en el porcentaje de la población en los niveles socioeconómicos Q1 y Q2.

ANEXO 7: Análisis de concentración de la población en el nivel socioeconómico Q1 para las mujeres en unión en edad fértil, con base a los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07

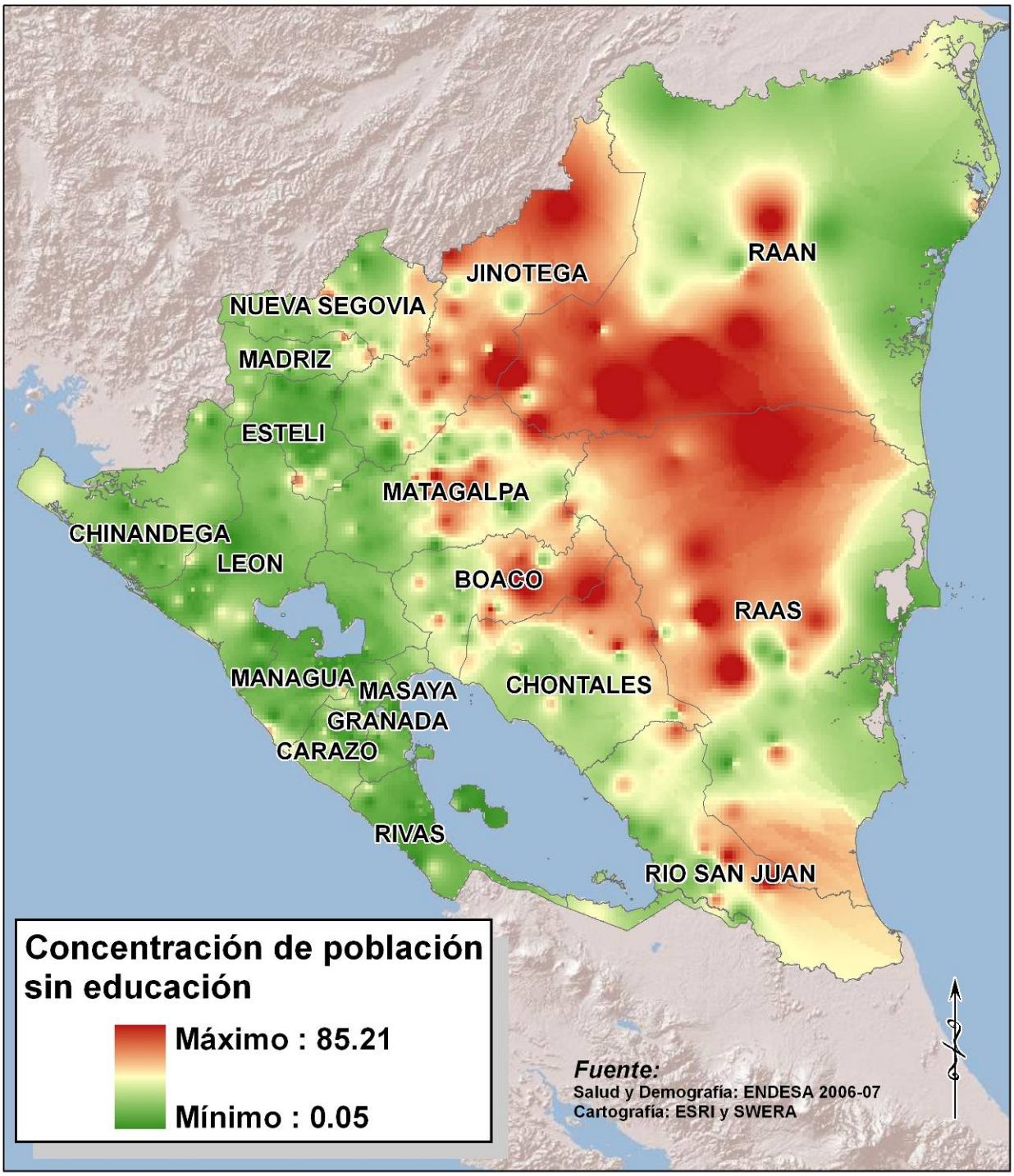


A semejanza de los mapas anteriores, este mapa presenta una visualización de la variabilidad en el porcentaje de la población en el nivel socioeconómico Q1.

ANEXO 8: Análisis de concentración de la población indígena para las mujeres en unión en edad fértil, con base a los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07

A semejanza de los mapas anteriores, este mapa presenta una visualización de la variabilidad en la población indígena en el país.

ANEXO 9: Análisis de concentración de la población sin educación para las mujeres en unión en edad fértil, con base a los lugares de encuesta de la ENDESA 2006-07



Semejante a los mapas anteriores, este mapa presenta una visualización de la variabilidad en la población sin educación en el país.

ANEXO 10: Razones de no uso de anticonceptivos

Una vez identificados los departamentos con las características poblacionales que son asociadas a una tasa de prevalencia baja y necesidad insatisfecha alta, es importante investigar las razones citadas para no usar anticonceptivos. En esta tabla se presentan las razones para no usar anticonceptivos en los departamentos que quedaron con un nivel intermedio, alto, o muy alto en el índice.

En esta tabla, las siete razones más frecuentes para cada departamento están marcadas en colores, con cada color representando la posición relativa que tiene esa razón en la lista completa para el departamento (por ejemplo, las celdas marcadas en color rosa representan la razón principal para cada departamento). Además los valores marcados en negrilla para cada departamento representan el 90 por ciento de respuestas, según el orden de frecuencia.

Se nota en la tabla que las razones más comunes son "Desea embarazo," "Miedo a efectos colaterales," "Tuvo efectos colaterales," "Por razones de salud," "Postparto o amamantamiento," y "No le gusta." También, es interesante ver que razones como "No tiene dinero para comprar" y "Mala atención," que son razones que impactarían el proceso de planificación dentro del MINSA, no parecen ser significativas para las usuarias encuestadas.

Razones para no usar anticonceptivos (MUEF)

Razón	Nueva Segovia	Jinotega	Madriz	Matagalpa	Boaco	Managua	Masaya	Río San Juan	RAAN	RAAS
Desea embarazo	***25.63***	***13.24***	***15.66***	***18.93***	***27.36***	***23.54***	***28.67***	***35.20***	***23.07***	***27.16***
Miedo a efectos colaterales	***9.76***	***6.61***	***9.17***	***10.12***	***11.05***	***7.38***	***14.47***	***10.51***	***14.89***	***11.05***
Tuvo efectos colaterales	***19.92***	***15.91***	***21.46***	***17.10***	***16.29***	***11.95***	4.29	***19.20***	***5.02***	***21.05***
Razones de salud	***5.59***	***4.13***	***9.15***	***6.82***	***3.61***	***12.07***	***10.18***	***5.24***	***4.79***	***3.97***
Postparto o amamantamiento	***7.81***	***7.55***	***7.86***	***9.22***	1.80	***6.10***	***5.52***	***5.21***	***7.60***	1.01
No le gusta	0.00	***20.81***	***6.55***	***3.92***	***7.23***	***6.66***	***12.78***	1.74	***15.69***	***3.03***
Otra	1.93	2.48	***5.22***	***9.52***	***3.61***	***16.68***	***12.76***	0.00	***4.33***	***9.11***
Fatalismo/descuido	***17.47***	2.47	***9.16***	2.37	***7.32***	2.69	1.42	***3.54***	3.00	***8.42***
El compañero se opone	1.92	***5.91***	2.64	2.35	1.80	1.33	2.84	***3.57***	***4.19***	***3.11***
Sin vida sexual	***8.02***	1.66	0.00	0.79	1.80	***3.40***	***5.66***	***8.74***	1.80	2.00
Razones religiosas	1.94	***9.14***	***5.20***	***7.08***	0.00	0.00	0.00	1.74	***3.06***	***2.04***
Le queda lejos	0.00	***3.41***	1.33	***4.70***	***5.43***	0.00	0.00	1.74	***3.59***	***2.04***
Falta de conocimiento de métodos	0.00	***4.18***	***5.25***	0.78	0.00	***2.75***	0.00	0.00	***6.59***	1.01
Dificultad de uso	0.00	0.00	0.00	0.79	***5.41***	0.78	0.00	0.00	0.00	0.00
No responde	0.00	0.82	1.33	***4.73***	0.00	0.66	1.42	0.00	2.41	1.99
Por edad avanzada	0.00	0.83	0.00	0.00	***3.68***	2.67	0.00	1.81	0.00	1.99
No tiene dinero para comprar	0.00	0.83	0.00	0.79	1.82	1.33	0.00	1.74	0.00	1.01
Mala atención	0.00	0.00	0.00	0.00	1.80	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total de las siete razones más frecuentes por departamento	**94.20**	**79.17**	**79.01**	**78.79**	**80.09**	**84.38**	**90.04**	**87.67**	**77.65**	**83.87**

Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	Séptimo	Otro

CONCLUSIONES

A partir de este análisis, está claro que los esfuerzos por expandir el acceso y el uso de planificación familiar en Nicaragua han sido exitosos. Los socios trabajando en planificación familiar de todos los sectores claramente han tenido éxito en mejorar el acceso a anticonceptivos en todo el espectro geográfico y socio-económico. La tasa global de fecundidad continúa su disminución a medida que la tasa de prevalencia anticonceptiva se ha elevado a un ritmo constante en los años recientes y la no utilización está disminuyendo. El uso de anticonceptivos está aumentando en las áreas rurales y en todos los grupos socio-económicos; asimismo, más mujeres están cambiando de los métodos tradicionales a los métodos modernos de anticoncepción. No obstante, todavía queda mucho trabajo por hacer para alcanzar la meta de lograr la DAIA. Las discrepancias persisten en las tasas de fecundidad global y en la tasa de prevalencia anticonceptiva entre los grupos socio-económicos en Nicaragua:

- La tasa global de fecundidad por quintil es 2.5 veces más alta entre las mujeres en el quintil más pobre que las mujeres en el quintil más rico.
- La TPA es baja entre las mujeres del quintil 1 (65%), comparada con la TPA del quintil más rico (79%). Sin embargo, es bastante alta para todos los quintiles, en comparación con otros países de la región, ubicándose en un 75 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil en unión.
- El uso de métodos modernos ha aumentado, sobre todo en el Q1. La alta TPA sugiere que la mayoría de las mujeres en Nicaragua tienen accesso a la planificación familiar y que su nivel económico no parece afectar su capacidad de utilizar métodos de PF. Asimismo, ***la población rural parece estar aceptando métodos de planificación familiar de forma más acelerada que la población urbana.***
- La brecha en la TPA entre el area rural y el area urbana se ha cerrado. Las mujeres de las areas rural y urbana utilizan métodos de planificación familiar en similares proporciones, con excepción de la esterilización femenina y los inyectables, que son más utilizados en el area urbana y rural respectivamente, lo que indica que la localización geográfica es una barrera para el acceso y la utilización de dichos métodos.
- En Nicaragua, las areas rurales están compuestas por las poblaciones más pobres (Q1), mientras que las urbanas tienden a estar compuestas por poblaciones con mayores ingresos (Q5).
- La necesidad insatisfecha de PF y la tasa global de fecundidad han disminuído, pero el porcentaje de "No Uso" se ha mantenido. Cuando se analiza la necesidad insatisfecha por quintil socio-económico, ésta es más alta en los quintiles más bajos. Esto indica que a pesar que las mujeres en los quintiles más bajos tienen una TPA alta, aún existen mujeres que les gustaría utilizar un método de PF, pero no lo están haciendo aún. Sus necesidades y las barreras que les impiden el uso de métodos de PF deben ser analizadas más a profundidad.. Por lo tanto, ***la población más pobre es la más desatendida y tiene el menor acceso a los servicios e insumos de planificación familiar que desean.***
- La mezcla de métodos se inclina en forma significativa hacia los métodos permanentes, ideales para mujeres que han alcanzado el tamaño de familia deseado. Sin embargo, los métodos temporales son igualmente importantes para las mujeres que quieren espaciar sus embarazos.

- En general, el uso de métodos tradicionales es muy bajo en Nicaragua. El uso de métodos tradicionales se ha mantenido constante entre 1998 y 2006-07, con leve aumento en el area urbana.
- La mezcla de métodos ha permanecido relativamente constante en el tiempo, con excepción del incremento significativo del inyectable, en especial entre las mujeres más pobres.
- Métodos permanentes tales como la esterilización femenina son utilizados por más de la mitad de las usuarias de PF, pero su uso es aún muy bajo entre los quintiles más pobres (12.6% del Q1) en comparación con el quintil más rico (32.4% del Q5).
- El DIU muestra un bajo uso en todos los quintitles, pero los datos muestran claramente que las mujeres de los quintiles más pobres lo usan en un porcentaje muchísimo menor que las mujeres en los quintiles más ricos. Esto refleja que los métodos de larga duración como la esterilización y el DIU son más utilizados por las mujeres de quintiles más altos, mientras que los métodos temporales como las píldoras e inyectables son más utilizados por las mujeres más pobres. Esto parece reflejar que es la capacidad de pago y no el acceso geográfico el que determina que las mujeres de quintitles altos accedan a métodos permanentes y de larga duración, aunque sean más caros.
- En general , en cuanto a la fuente de obtención de métodos anticonceptivos, ***incluso los quintiles medios dependen en gran medida del sector público para la obtención de métodos tales como el DIU, los inyectables y la esterilización femenina.*** Esto debería ser analizado por las organizaciones e instituciones locales que prestan servicios de PF, con el fin de mejorar el acceso de la población a métodos de PF, con base en una focalización equitativa de los recursos de cada institución.

En términos de la fuente de obtención para los métodos anticonceptivos modernos, la tendencia en los últimos 10 años sugiere que el sector público se está haciendo cargo de una parte cada vez más grande del mercado. A medida que los donantes gradualmente reducen sus donaciones de anticonceptivos a los países, el gobierno necesita re-evaluar su estrategia de segmentación del mercado. Si los usuarios se están moviendo hacia el sector público, eventualmente el gobierno será responsable de la cobertura de todos estos usuarios y tendrá que asignar los recursos correspondientes. Sin embargo, en general, el sector público efectivamente atiende a un porcentaje más grande de los clientes de planificación familiar de los quintiles socio-económicos más bajos (79% del area rural). Sin embargo, el sector público atiende en un porcentaje alto (58.3%) a las usuarias en areas urbanas.

En cuanto a las usuarias que tienen seguro médico, se observa que obtienen sus métodos anticonceptivos principalmente del sector público. Sin embargo, por primera vez aparecen en esta ENDESA 2006-07 las Empresas Médicas Previsionales (prestadoras de servicios del Instituto Nicaragüense del Seguro Social) como proveedoras de servicios y métodos de planificación familiar, cubriendo usuarias con métodos como esterilización femenina, píldoras y DIU principalmente. Por lo tanto, hay que continuar con los esfuerzos para lograr que otras instituciones y otras organizaciones que tienen la capacidad de prestart servicios de PF se sigan incorporando al mercado de oferta de PF, para lograr una cobertura más amplia y mejorar el acceso de la población a los servicios y métodos de PF.

Finalmente, es importante tomar en consideración la intención de uso futuro de servicios de PF para planear el financiamiento, los recursos y los requerimientos futuros. De acuerdo a la ENDESA 2006-07, el 28 por ciento de las mujeres seleccionarían un método de larga duración/permanente como la esterilización (22 por ciento) y el DIU (6 por ciento), los cuales requieren un establecimiento clínico estéril y proveedores capacitados para ofrecer estos métodos. Por otra parte, 22 por ciento de las mujeres seleccionarían los orales y un alto porcentaje (42 por ciento) escogería los inyectables,

dos métodos que requieren un suministro ininterrumpido y confiable. Asimismo, las usuarias potenciales de píldoras anticonceptivas tienen la misma representación en todos los quintiles socio-económicos y las dos áreas geográficas. Los condones y los métodos tradicionales (2% y 1% respectivamente) son opciones no significativas para los usuarios futuros en Nicaragua.

Esta intención de uso indica un desplazamiento de usuarias de píldoras, condones y DIUs hacia los inyectables e invita a pensar en estrategias que deben considerar las instituciones locales para garantizar un acceso equitativo a todos los métodos modernos disponibles en el pais, sobre todo en las áreas rurales, donde el uso de métodos permanentes es mucho menor que en áreas urbanas.

En cuanto a las y los adolescentes, se observó que la TPA fue mucho menor entre las niñas adolescentes que entre las mujeres que están en los rangos de edades de 20, 30 y 40 años. Esto se pudo observar tanto en los datos de la ENDESA 2001 como en la ENDESA 2006-07. Asimismo, es importante observar que un porcentaje alto (40% de las adolescentes entre 15-19 años) no utiliza ningún método anticonceptivo. Esto es preocupante, puesto que éste es el rango de edad que muestra una mayor tasa de embarazos. Por otro lado, de las adolescentes entre 15-19 años que utilizan algún método anticonceptivo, un 35% utiliza inyectables. Esta información debe ser considerada por los planificadores y las instituciones Nicaragüenses al momento de diseñar e implementar estrategias de acceso a servicios de PF y oferta de métodos a poblaciones específicas.

En resumen, los datos muestran que no hay barreras financieras ni geográficas significativas que impidan el uso y acceso a la planificación familiar en Nicaragua. Sin embargo, hay diferencias notables en la mezcla de métodos entre los diferentes grupos socio-económicos, lo cual sugiere que el costo no influye en la decision sobre qué método escoger y mucho menos en la decision de utilizar algún método anticonceptivo. La DAIA requiere que todas las mujeres puedan obtener el método de su escogencia, cuando y donde lo necesiten. Sin embargo, el sector público constituye el principal proveedor de servicios de PF y métodos anticonceptivos, con una clara disminución en la participación del mercado por parte del sector privado (farmacias, ONGs, etc.) y el resurgimiento de nuevas instituciones (EMPs del INSS). Se requiere analizar el incremento en la cobertura del sector público (MINSA) en estos últimos años, dentro del mercado total, para garantizar que los recursos disponibles actuales y futuros podrán responder a la demanda total de la población sujeta de servicios de PF en el país.

PARA ANALIZAR

- La mezcla de métodos muestra gran disparidad entre las areas urbana y rural, puesto que en ésta última hay poco acceso a métodos permanentes (esterilización femenina) o de larga duración (DIU)
- Existen diferencias en la TPA y la TGF entre el Q1 y Q5 es aún significativa, siendo la TPA de 65% y 79% respectivamente y la TGF de 4.5 y 1.8 hijos por mujer respectivamente.
- El sector ONG se ha reducido significativamente, mientras que el sector commercial (farmacias) muestra un leve incremento.
- Un porcentaje significativo de los quintiles 1 y 2 (5% y 8.3% respectivamente) obtienen sus anticonceptivos de ONGs y de farmacias.
- Usuarias con seguros privados acuden principalmente a los establecimientos del MINSA
- Intención de uso futuro de anticonceptivos en las MUEF se concentra en inyectables, seguido por métodos permanentes (esterilización)
- El DIU, siendo un método costo-efectivo e inocuo, ha disminuído su uso actual y su preferencia futura.
- Las mayores tasas de mortalidad maternal se concentran en los departamentos con mayor tasa global de fecundidad (TGF) y menor uso de métodos de larga duración y permanentes.
- El 54% de las mujeres entre 15-24 años prefiere el inyectable y el 26% las píldoras.
- El 79% de los adolescentes quieren utilizar anticonceptivos en el futuro.

RETOS

Las siguientes preguntas (sin pretender ser una lista exhaustiva) invitan a las instituciones miembro del Comité DAIA y otros actores clave, que aún no son parte de dicho Comité, a discutir los hallazgos, conclusiones y análisis de este estudio, para buscar estrategias encaminadas a garantizar la DAIA para la población Nicaragüense.

1. ¿Están las instituciones y los servicios preparados para satisfacer el mercado actual y especialmente, el mercado futuro de PF?
2. ¿Cómo incrementar servicios de PF en las CMP e IPSS del MINSA y el INSS respectivamente, y contar con métodos costo-efectivos?
3. ¿Cómo mejorar el acceso a métodos permanentes y de larga duración en las áreas rurales?
4. ¿Cómo asegurar el acceso a métodos modernos a los y las adolescentes?
5. ¿Qué estrategias debe desarrollar el sector público para que las personas con capacidad de pago, que actualmente acuden al MINSA para obtener métodos anticonceptivos, acudan a servicios privados?
6. ¿Tendrá el MINSA los recursos suficientes para continuar cubriendo con servicios y métodos de PF a un alto porcentaje de la población?
7. ¿Qué cambios deben considerarse en la forma y contenido para mejorar la consejería en PF y SR a todos los segmentos de la población, sobre todo para la población adolescente?
8. ¿Cómo llegar a los adolescentes?
9. ¿Cómo se puede modificar el abordaje a las usuarias por parte de los(as) promotores(as) de salud, quienes concentran sus esfuerzos en las mujeres mayores (no adolescentes)? ¿Qué recursos necesitan y qué capacitación requieren para acceder a este segmento de la población?
10. ¿Cómo modificar/segmentar equitativamente el mercado, tanto desde el punto de vista de la oferta, como de la demanda?
11. ¿Qué necesita y requiere el sector privado para mejorar el acceso a PF a aquellos quintiles con capacidad de pago y que actualmente acuden al sector público?
12. ¿Qué papel les corresponde asumir a las ONGs en la oferta de métodos y servicios de PF? ¿Cómo garantizar su sostenibilidad en este esfuerzo?

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Ministerio de Salud (MINSA), Macro International Inc./DHS. Abril 1999. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 1998*. Managua, Nicaragua y Calverton, Maryland, USA: INEC y Macro International Inc.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Ministerio de Salud (MINSA), Macro International/MEASURE *DHS+*. Octubre 2002. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2001*. Managua, Nicaragua y Calverton, Maryland, USA: INEC y Macro International.

Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Ministerio de Salud (MINSA), División de Salud Reproductiva de US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Junio 2008. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2006/07*. Managua, Nicaragua y Atlanta, Georgia, USA: INIDE y CDC.

International Bank for Reconstruction and Development (IBRD)/World Bank. April 2008. *World Development Indicators 2008*. www.worldbank.org

Population Reference Bureau. Marzo 2009. *Datafinder* at www.prb.org

Smith, Rhonda, Lori Ashford, Jay Gribble, Donna Clifton. 2009. "Family Planning Saves Lives: Fourth Edition." Washington, DC: Population Reference Bureau/BRIDGE Project for USAID.

United Nations Development Programme. 2008. *Human Development Report 2008, Capacity Development: Empowering People and Institutions*. New York, NY: UNDP.

Para más información, visite deliver.jsi.com.

USAID | PROYECTO DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Télefono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: askdeliver@jsi.com

Internet: deliver.jsi.com