

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, LEON

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina



Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

Necesidades insatisfechas en planificación familiar en comunidades rurales del Municipio de Matagalpa: frecuencia, distribución y causas.

Realizado por:

Br. Yamila Maradiaga Cuadra.
Br. Sherlie Weimar Flores.

Tutor:

Dr. Arnoldo Toruño T.
Departamento de Salud Pública

Matagalpa, Enero del 2007

RESUMEN

Palabras claves: necesidades insatisfechas en planificación familiar, Matagalpa.

Motivadas por la elevada importancia de disminuir las necesidades insatisfechas en planificación familiar como una forma de mejorar la salud de mujeres y niños, y por su contribución a la reducción de la pobreza, se desarrolló este estudio con el objetivo de conocer la situación entre mujeres de comunidades rurales del Municipio de Matagalpa, e identificar factores que afectan esta situación.

El estudio se basó en: a) una encuesta, que abarcó a 218 mujeres en edad fértil, casadas o acompañadas, que representan al total de mujeres en estas condiciones en las comunidades La Corneta y Las Escaleras; b) entrevistas a profundidad a informantes claves, y c) grupos focales con mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar, uno en cada comunidad.

Se encontró que el porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar fue de 10.6%; este porcentaje era mayor a medida que la escolaridad era menor, y era mayor cuando el marido o compañero se oponía a la planificación familiar, pero en ninguna de las dos situaciones la diferencia fue estadísticamente significativa. En las técnicas cualitativas se reforzó el papel negativo que juega la oposición del marido, y se conoció que el servicio que ofrecen los puestos de salud, siendo bueno en general, tiene algunas limitaciones: la promoción no es suficientemente intensa, hay oportunidades perdidas de captación, al personal le falta mayor convencimiento sobre la importancia de este servicio, y no están usando el concepto de necesidades insatisfechas en su programación. Las ONG brindan un aporte importante.

CONTENIDO

Introducción	4
Antecedentes.....	5
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
Marco Teórico.....	8
Material y Método.....	22
Resultados.....	25
Discusión.....	37
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Indice de Abreviaturas.....	41
Referencias Bibliográficas.....	42
Anexos.....	44

INTRODUCCION

La planificación familiar es considerada de elevada importancia con el fin de conseguir el progreso social de la población nicaragüense. En efecto, la *Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza*¹ incluye como un objetivo reducir las necesidades insatisfechas en planificación familiar. En este documento se considera que la elevada natalidad ha contribuido a un rápido crecimiento poblacional, que a su vez, “ha minado la capacidad del país para brindar servicios sociales de calidad y limitado las capacidades de muchas familias para escapar de la pobreza”.

La planificación familiar también es reconocida como un derecho de las personas, a la par de que es un deber del Estado ayudar con educación y servicios. La Política Nacional de Población² señala que “...los hijos serán siempre una decisión de la pareja, siendo deber del estado ayudarles a tomar sus decisiones con educación e información”, y “La planificación familiar responsable y la educación sexual se darán en los centros de salud y de educación...”

Para el Ministerio de Salud, la planificación familiar también reviste elevada importancia. En efecto, en el Plan Nacional de Salud³ se contempla como uno de los problemas prioritarios las altas tasas de fecundidad y natalidad. En particular, hay preocupación por la elevada frecuencia del embarazo en adolescentes, y la situación en el área rural caracterizada por el difícil acceso a los métodos modernos de planificación familiar. En correspondencia con esta visión, la planificación familiar ha sido incluida en el paquete básico de servicios de salud, que puede considerarse la columna vertebral del Modelo de Atención Integral en Salud, encaminada a prevenir el daño y mantener el bienestar de la población.

La importancia que el MINSA concede a la planificación familiar tiene sólidos fundamentos en el hecho de que un deficiente patrón reproductivo contribuye a las

elevadas tasas de morbilidad infantil y materna. Al respecto, la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2001)⁴ muestra que el riesgo de muerte infantil y materna es mayor cuando la paridad es elevada, cuando las madres son muy jóvenes o añosas, y cuando el intervalo íntergenésico es muy corto. Por ello actualmente el MINSA, con el Presupuesto General de la República y en coordinación con organismos internacionales y gobiernos amigos, está haciendo considerables esfuerzos para mejorar la salud de la población creando programas de atención integral en salud de cobertura básica ofertados tanto en el primer nivel de atención como a nivel hospitalario priorizando al grupo de mujeres en edad fértil, sobre todo lo relacionado con el cuidado del embarazo y del puerperio y la consejería en planificación familiar suministrando gestágenos orales, inyectables y preservativos.

La planificación familiar forma parte del esfuerzo por mejorar la supervivencia infantil ya que las vidas de millones de niños podrían salvarse mediante la prevención de embarazos no deseados, y de aquellos otros que ocurren demasiado temprano, demasiado tarde o muy seguido. Es por eso que de acuerdo a la población estimada actualmente se han creado metas de cobertura para cada departamento y a su vez para cada municipio en los diferentes programas que oferta el MINSA.⁸

En el Municipio de Matagalpa cuya población es de 133,363 habitantes, 32,007 pertenecen al grupo de mujeres en edad fértil, de ellas se esperaba que para el año 2005, se captasen 8141 mujeres para el programa de planificación familiar y se cumplió únicamente el 24.17%. Para este año 2006, la meta es de 8,385 mujeres (21%); según el último dato estadístico reflejado por el SIMINSA correspondiente a los meses de enero a septiembre es apenas del 30 %.

Los programas de planificación familiar pueden ser mas eficaces si ponen mayor énfasis en prevenir los embarazos no planeados entre las mujeres que ya practican la anticoncepción, en lugar de persuadir a las usuarias a que adopten un método; esto según entrevistas realizadas a 1093 mujeres habitantes de Lima, Perú durante una encuesta demográfica y de salud familiar en 1991-1992, y los resultados de una encuesta de

seguimiento llevada a cabo en 1994, para examinar la eficacia del programa en satisfacer la necesidad insatisfecha de anticoncepción y en evitar embarazos no planeados.⁵

En Nicaragua en el año 2001 se realizó una encuesta demográfica y de salud a nivel Nacional (ENDESA)⁴, en donde por edad de las mujeres, la necesidad insatisfecha de anticoncepción decrece al pasar del 20% en las adolescentes hasta 11% en mujeres de 45-49 años. En las primeras el predominio es por espaciar los embarazos mientras que a partir de los 40 años predominantemente la necesidad es por limitar; en las mujeres del área rural la necesidad insatisfecha superó ampliamente la de las mujeres del área urbana. También reveló que a menor escolaridad, mayor es la necesidad insatisfecha.

La proporción relativamente baja de mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar se revela en los resultados de una encuesta que se realizó en cuatro departamentos del Pacífico de Nicaragua en el año 2005¹⁵.

En la actualidad, específicamente en el municipio de Matagalpa no existe ningún estudio donde se valore la satisfacción de necesidades de las usuarias que planifican la familia. Este hecho ha despertado el interés de las investigadoras por conocer cuales son las necesidades insatisfechas en planificación familiar y cuales son las barreras que impiden la satisfacción de esas necesidades, lo que podrá servir de base para la elaboración de una propuesta de intervención para satisfacer las necesidades de las mujeres en este campo.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la frecuencia y distribución de las necesidades insatisfechas en planificación familiar, entre mujeres del área rural del Municipio de Matagalpa, así como las causas del problema.

ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia con que ocurre el problema de necesidades insatisfechas en planificación familiar, entre el total de mujeres, y según diferentes características sociodemográficas.
- Identificar factores que constituyen barreras para la satisfacción de necesidades en el campo de la planificación familiar.

MARCO TEORICO

Nicaragua atraviesa por un período de profundas transformaciones en los ámbitos económico, social y político y se encuentra empeñada como nación en superar las secuelas del conflicto bélico y de la crisis económica y al mismo tiempo, establecer las bases para un desarrollo sostenido y sustentable, con creciente equidad social.

Existe una presión social por servicios sociales básicos y empleo permanente, debido al rezago de la economía en relación a una persistente tasa de crecimiento de población del 2.9 por ciento anual, calificada como una de las más altas de Latinoamérica. A esto se ha sumado la prevalencia de la teoría económica del “Chorro”, que tiene como hipótesis, que el crecimiento económico trae consigo la solución de todos los problemas sociales.² Esta situación requiere de cambios innovadores para mejorar la equidad, calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud generando procesos participativos que modulen el prototipo de un modelo de atención del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, disminuyendo así la mortalidad, discapacidad prematuras y la morbilidad evitable, todo gracias a las prioridades establecidas por el MINSA producto de un análisis de los determinantes y condicionantes de la situación de salud de la población nicaragüense, así como sus tendencias futuras desde la perspectiva epidemiológica. Sobre la base de este proceso se seleccionó entre otros como un problema, la alta tasa de fecundidad y natalidad por el hecho que las tasas mas altas se encuentran en el grupo de mujeres jóvenes y por el difícil acceso a los métodos de planificación familiar modernos .^{3,8}

Durante los últimos 25 años, en diferentes foros internacionales convocados por las Naciones Unidas, los países miembros han reconocido que la Planificación Familiar es un Derecho Humano creando en el individuo el concepto que la salud reproductiva es la posibilidad de tener una vida sexual plena, con capacidad para procrear y una vez decidido cuantos hijos tener y cuando, posea la información necesaria para seleccionar el anticonceptivo mas adecuado, así como tener acceso a otros métodos de regulación de la fecundidad que no estén fuera de la ley y a servicios adecuados de atenciones en salud que permitan a la mujer un embarazo y un parto seguro; y a la pareja la posibilidad de tener hijos saludables⁶.

Se hace evidente la importancia de la planificación familiar como política de salud que contribuye a la salud reproductiva mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos, su finalidad es reducir la morbi-mortalidad materno infantil, que las parejas disfruten plenamente la sexualidad y se logre una maternidad y paternidad responsables.^{2,3}Pocos programas de desarrollo han hecho una contribución tan importante para reducir la pobreza como la planificación familiar, cuyos beneficios llegan a todos los niveles: individual, familiar, comunitario, nacional y mundial. El acceso a este programa puede considerarse como un derecho humano y como medio de aumentar las opciones que las mujeres tienen durante sus vidas.¹¹

Desde que se iniciaron en los años 60, los programas de planificación familiar han contribuido a que mujeres de todo el mundo eviten 400 millones de embarazos no deseados. Como resultado se han salvado la vida de muchas mujeres de embarazos de alto riesgo y de abortos en circunstancias peligrosas.³Aunque se dispone mas ampliamente que antes de estos servicios, mas de 120 millones de mujeres en el mundo en desarrollo quieren espaciar o limitar los nacimientos, pero no tienen acceso a anticonceptivos y se espera que el número de parejas en edad de concebir aumente por lo menos en 20 millones cada año. Alrededor de 585 000 mujeres de estos países mueren anualmente debido a causas relacionadas con el embarazo, mas de una mujer por minuto cada día.⁴

Si todas las mujeres pudieran evitar el embarazo de alto riesgo, el número de muertes maternas podría reducirse en un 25%. La planificación familiar también resguarda la vida de muchos niños ayudando a las mismas a espaciar los nacimientos. Cada año mueren entre 13 y 15 millones de niños menores de 5 años. Si se espera por lo menos dos años entre el nacimiento de un niño y otro, tres a cuatro millones de estas muertes podían evitarse.³

Durante las últimas tres décadas encuestas llevadas a cabo han demostrado que existe una considerable brecha entre la necesidad de anticoncepción evidente y los niveles reales de uso anticonceptivo en los países en desarrollo. La medición del uso ha sido bastante

directa, pero la medición de la necesidad ha sufrido varias modificaciones. En los años 70 se medía la necesidad de acuerdo con el conocimiento que tenía la mujer de métodos de planificación familiar; la brecha entre el conocimiento y su práctica era tomada como una indicación de la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar.¹¹ Actualmente la medición de la necesidad incorpora las intenciones expresadas por la mujer con respecto a la reproducción y al uso de anticonceptivos. Estas medidas de la necesidad se han usado como la justificación principal para invertir recursos públicos en los programas de planificación familiar. Algunos expertos han sostenido que en muchos de los países en desarrollo, con la eliminación de la necesidad insatisfecha de anticoncepción se podría lograr las metas nacionales de prevalencia de anticonceptivos o de los niveles de fecundidad. Un análisis de los datos de las encuestas demográficas y de salud (EDS) correspondientes a 27 países sugiere que en satisfacer la necesidad de anticoncepción, se podría esperar una disminución de la fecundidad.⁵

Los programas de planificación familiar pueden ser más eficaces si ponen mayor énfasis en prevenir los embarazos no planeados entre las mujeres que ya practican la anticoncepción, en lugar de centrarse en persuadir a las no usuarias a que adopten un método.^{5, 11}

La planificación familiar permite a las parejas tener la oportunidad para reflexionar adecuadamente sobre el significado de los hijos, sobre sus necesidades y sobre los efectos que tiene la llegada de un nuevo ser para los padres mismos, para los otros hijos si los hay y para la comunidad en general. De igual forma, para el libre ejercicio de la planificación familiar se requiere que las personas y las parejas tengan la oportunidad de conocer todos los métodos existentes y puedan entonces seleccionar aquel que mejor se ajuste a sus valores, preferencias, salud, edad y a su circunstancia de pareja.⁶

Corresponde a varias instituciones de la sociedad asegurar el ejercicio de la planificación familiar, de manera libre e informada, a todas las personas y las parejas que así lo requieran. Del otro lado por los múltiples beneficios que ella reporta a los individuos, a las familias y a la sociedad en general, en los campos de la salud, del bienestar social y

económico y de los derechos humanos, se justifica un compromiso amplio que incluye tanto al sector gubernamental como a la sociedad civil.⁶

Es un derecho humano al cual deben tener acceso todas las personas y parejas independientemente de su nacionalidad, credo religioso, condiciones económicas y de salud. Es una estrategia de salud pública pues su práctica ofrece beneficios a la salud de la madre y de los hijos y contribuye a disminuir la morbi-mortalidad infantil, juvenil y materna y a prevenir los abortos provocados y los embarazos no deseados y peligrosos⁶.

Es una medida de bienestar familiar ya que las parejas que la practican tienen mayores oportunidades de atender mejor a sus hijos en su desarrollo social, psicológico, cultural y educativo, romper el círculo vicioso de la pareja y así los padres dispondrán también de mejores oportunidades para sus propios progresos y relacionamiento como pareja. Es una condición que facilita el desarrollo socioeconómico pues al disminuir la fecundidad también se reduce la velocidad del crecimiento demográfico, proporcionando un dividendo que puede invertirse en educación, creación de empleos, atención sanitaria y otras actividades destinadas a elevar el nivel de vida y disminuir la proporción de población en edades dependientes. Así, los frutos del crecimiento económico pueden orientarse al mejoramiento cualitativo de los diferentes sectores nacionales.^{6, 12}

Es una condición también para asegurar el desarrollo sostenible, ya que en presencia de nuevos estilos de desarrollo y de nuevos patrones de consumo per cápita, la disminución de la tasa de natalidad aminora el impacto ambiental producido por la demanda de bienes y servicios⁶.

La planificación familiar forma parte del esfuerzo para mejorar la supervivencia infantil ya que las vidas de millones de niños podrían salvarse mediante la prevención de embarazos no deseados, y de aquellos otros que ocurren demasiado temprano, demasiado tarde o muy seguido^{6, 12}.

Los niños no deseados están más propensos al abandono, al descuido y al abuso, circunstancias que contribuyen a incrementar el impacto fatal de las enfermedades. Por

otra parte se estima que el primer hijo de una madre adolescente tiene 80% más riesgo de morir que el segundo hijo de una madre de 20-24 años⁶.

Los niños que nacen antes de que su hermano cumpla los dos años, tienen el doble de riesgo de morir que los niños nacidos a intervalos de dos a más años. A su vez el hermano o hermana mayor tiene también 1.5 veces más probabilidades de morir¹². Los niños nacidos de madres muy jóvenes, mayores y muy seguidos son más propensos a nacer con bajo peso y son más vulnerables a los ataques de las enfermedades y menos resistentes a sus efectos. Se les deja de amamantar demasiado pronto, si la madre queda embarazada de nuevo y tiene que competir con sus hermanos por la comida y por la atención de los padres en situación de hacinamiento y malas condiciones sanitarias, las enfermedades se propagan más fácilmente⁶.

Por otra parte cuando las madres planifican un embarazo, pueden estimar incluso el momento en que se inicia la gestación del nuevo ser y pueden entonces tomar todas las medidas necesarias para su desarrollo. El alcohol, el cigarrillo y algunas medicinas son contraindicados durante todo el embarazo porque tienen efectos negativos sobre los bebés. Pero los tres primeros meses son aún más críticos en el desarrollo fetal y muchas madres que no planifican sus embarazos pueden cometer abusos peligrosos en el periodo en que no saben que están esperando⁶.

La planificación familiar también puede salvar la vida de millones de madres. Cada año mueren 500,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Las causas más frecuentes son las hemorragias, la toxemia, las infecciones, el parto obstruido y el aborto provocado sin seguridad^{6, 12}.

Por cada madre que muere otras 15 sufren enfermedades serias y a veces permanentes. La tasa de muertes maternas entre las mujeres que tienen entre 15-19 años es hasta tres veces mayor que la de las que tienen entre 20-24 años de edad⁶.

Las mujeres de 35 años tienen 5 veces más probabilidades de morir durante el embarazo y el parto que las que tienen entre 20-24 años de edad. Los embarazos no deseados

tienen como consecuencia un alto número de abortos cada año. Cuando estos se practican en condiciones inadecuadas el resultado es una alta probabilidad de complicaciones graves y de muerte⁶.

La planificación familiar puede evitar entre 25 y 40 % de todas las muertes maternas, también puede mejorar de manera significativa la salud y el bienestar de aquellas que sobreviven y permiten que presten más atención y cuidados a sus hijos⁶.

La planificación familiar permite procrear a los hijos en el momento más adecuado para la condición de la familia, con el espaciamiento necesario y el número adecuado en relación a las posibilidades de los padres y las necesidades de los hijos ya nacidos, por tanto los niños de familias planificadas no solo tienen más probabilidades de sobrevivir, sino que también es más probable que tengan una niñez saludable y feliz, asistir a la escuela y crecer en un ambiente que le proporcione mejores prospectos para su vida futura⁶.

Para que los niños y las niñas se desarrollen normalmente es necesario que los padres estén concientes de todas sus necesidades que son múltiples: alimentación suficiente y balanceada, vestido adecuado, controles médicos oportunos, ambiente limpio y saludable, afecto permanente, estímulos ecológicos apropiados, descanso suficiente y oportunidades de interacción social sana. En cada momento del desarrollo infantil estas necesidades van cambiando de manera dinámica, pero son los padres los principales agentes de atención y cuidado. Cuando la familia es muy numerosa o cuando los hijos nacen muy seguidos se compromete seriamente la oportunidad de aprender y de brindar a los hijos la atención integral que requieren. Cuando la procreación ocurre en la adolescencia no solo existe el riesgo de nacer y de morir, sino que los niños que sobreviven tienen más probabilidad de sufrir los efectos del descuido y del abandono permanente o temporal y cuidados inapropiados a causa del ejercicio de una tarea precoz para el adolescente.⁶

La planificación familiar también conlleva beneficios para los padres:

- El poder posponer la llegada del primer hijo ofrece la oportunidad de acrecentar primero los vínculos de pareja y asegurarse de que los motivos que originaron la unión son sólidos.
- El poder decidir sobre el número de hijos de acuerdo a un plan familiar ofrece la oportunidad a ambos miembros de la pareja de mantener otros intereses profesionales, educativos, artísticos, sociales y culturales, que hacen la vida más plena.
- A la pareja le permite seguir cultivando intereses conjuntos y desarrollar y profundizar la relación de manera más integral, más plena⁶.

La planificación familiar como un derecho humano fue reconocida por primera vez en la llamada Proclamación de Teherán⁷, en la cual se estableció que *“los padres tienen un derecho humano básico de determinar libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”* Este principio ha sido ampliado durante los últimos veinticinco años en varias conferencias intergubernamentales. En el plan de acción mundial de población acordado en la conferencia mundial de población celebrada en Bucarest, en 1974 se complementa la proclama de Teherán, acotando que *“todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información y los medios para lograrlo...”*

El Plan de Acción Mundial en Población (PAMP) agrega mas adelante que *“...la responsabilidad de las parejas y de los individuos en el ejercicio de este derecho toma en cuenta las necesidad de hijos ya nacidos y de los que nacerán, y sus responsabilidades hacia la comunidad”*.

En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar. Ocurrió en diciembre de 1979, cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en 1984, ciudad de

México, en la Conferencia Internacional sobre Población; en 1985 en Nairobi, en la Tercera Conferencia sobre la Mujer; en 1989 en Ámsterdam en el foro Internacional sobre Población en el siglo XXI y recientemente en 1993 en Viena, en la Conferencia mundial de Derechos Humanos.⁷

El derecho a la planificación familiar puede ser garantizado solo cuando los servicios que se ofrecen son de buena calidad, es decir, cuando se respeta la dignidad de las personas, son accesibles, se ofrece un rango amplio de opciones seguras y efectivas, existe un servicio de consejería y de seguimiento que ofrece información confiable y aclara dudas a fin de facilitar la libre elección de un método o su cambio cuando no se está a gusto con el actual.¹¹

Por muchos motivos la planificación familiar ayuda a salvar vidas. Cuando los hijos nacen en la época más saludable para las madres, se previenen muchas muertes infantiles y maternas. Los nacimientos espaciados a intervalos de dos o más años reducen de manera significativa el riesgo de muerte materna, del recién nacido y de aquel que nació inmediatamente antes¹². El Ministerio de Salud por su parte, ha integrado los servicios de planificación familiar en su programa de salud Materno Infantil el cual se brinda en las unidades de salud establecidas a lo largo y ancho de la geografía nacional.

SALUD REPRODUCTIVA

"La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos"¹².

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a

recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.¹²

LA ATENCION DE LA SALUD REPRODUCTIVA

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.¹²

Para asegurar el amplio acceso a servicios de salud reproductiva de buena calidad, es esencial contar con el compromiso del liderazgo nacional y la financiación adecuada de los programas de planificación familiar. También es importante el apoyo de los funcionarios de atención sanitaria, las autoridades, las organizaciones donantes, las organizaciones de mujeres, los medios de difusión pública y los líderes religiosos y comunitarios.¹²

Con el aumento de la demanda de los servicios de salud reproductiva, es de importancia crucial abogar por la planificación familiar. Mundialmente, 600 millones de personas practican la anticoncepción, y millones más lo harían si tuvieran mejor acceso a servicios de buena calidad. Aunque los niveles de fecundidad están bajando en gran parte del mundo, el rápido crecimiento de la población sigue siendo un problema crítico en la mayoría de los países en desarrollo, con mayores necesidades y escasos recursos.¹²

Los servicios de salud reproductiva y planificación familiar tienen la finalidad de satisfacer la demanda de las personas, respetando la libre decisión individual y de pareja. En los casos en que se debe ofrecer un servicio de salud, este debe incorporar información adecuada, asegurándose la comprensión de la misma por parte de la persona o de la pareja.¹²

NECESIDADES INSATISFECHAS EN PLANIFICACION FAMILIAR⁴

Se considera una mujer con necesidades insatisfechas en Planificación Familiar toda aquella en edad fértil que se encuentre casada o acompañada y que no utiliza ningún método anticonceptivo, podemos mencionar cuatro categorías:

Entre las mujeres embarazadas o amenorréicas:

Mujeres cuyo último embarazo no fue planeado (si lo deseaban, pero mas tarde).

Mujeres cuyo último embarazo no fue deseado.

Entre las mujeres ni embarazadas ni amenorréicas:

Mujeres fértiles que manifestaron que no desean más hijos.

Mujeres fértiles que manifestaron que si desean tener mas hijos pero que prefieren esperar por lo menos 2 años (desean pero mas tarde).

Se excluyen de la estimación de la necesidad insatisfecha las siguientes cuatro categorías de mujeres:

Entre las mujeres embarazadas o amenorréicas:

Mujeres que quedaron embarazadas porque les fallo el método que estaban Usando.

Mujeres cuyo último embarazo fue planeado.

Entre las mujeres ni embarazadas ni amenorréicas:

Mujeres infértiles, es decir, mujeres que no tuvieron hijos en los últimos 5 años a pesar de estar en unión y no haber usado anticoncepción.

Mujeres fértiles que desean tener un hijo pronto (dentro de los próximos 2 años).

Factores que intervienen a la Insatisfacción de Necesidades en Planificación Familiar (*ver esquema 1*)

Algunos investigadores sostienen que la existencia de una necesidad insatisfecha se debe principalmente a la falta de acceso a los servicios de anticonceptivos, otros aseguran que entre las causas de la necesidad insatisfecha se incluyen: la falta de conocimiento, el temor a los efectos secundarios y la desaprobación social y familiar. Un mayor conocimiento de las causas de la necesidad insatisfecha es esencial para modificar los programas de servicios de planificación familiar y para evaluar su contribución en eliminar la actual necesidad insatisfecha.⁴

En las mujeres del área rural la necesidad insatisfecha supera ampliamente la de las mujeres del ámbito urbano, con un componente mayor de la necesidad por limitar los nacimientos que por espaciar. Los departamentos con el nivel de fecundidad mas alto en Nicaragua (RAAN y Jinotega) presentan los valores mayores de necesidad insatisfecha y tambien predomina en ellos la necesidad por limitar nacimientos, particularmente en la RAAN.⁴

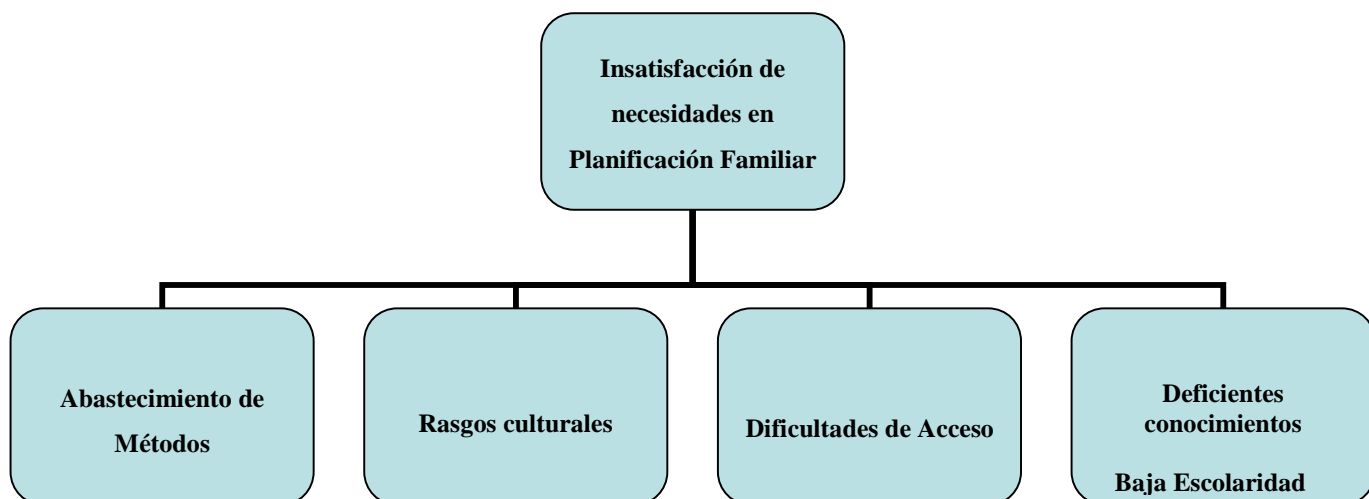
Es claro que a menor escolaridad, mayor es la necesidad insatisfecha de anticoncepción. El nivel de necesidad insatisfecha entre las mujeres sin instrucción duplica al de las mujeres con educación superior predominando mas la necesidad por limitar que por espaciar los embarazos.⁴

Se pueden dividir las necesidades insatisfechas para espaciar y para limitar los embarazos. Forman entonces parte del grupo de necesidades insatisfechas para espaciar las mujeres embarazadas o amenorreicas cuyo embarazo no fue planeado y mujeres fértiles que desean pero más tarde y del grupo para limitar las mujeres embarazadas o amenorreicas cuyo embarazo no fue deseado y las mujeres fértiles que no desean más hijos.⁴

Se debe esperar una mayor necesidad insatisfecha en planificación familiar en los contextos en donde la fecundidad es mas elevada y en general esto se cumple en Nicaragua. Tambien se confirma que cuando la necesidad insatisfecha es alta, esta

necesidad tiene un componente mas elevado por limitar que por espaciar nacimientos; y cuando la fecundidad es baja, el peso de estos componentes es muy parecido.

Esquema 1: Factores que podrían intervenir en la Insatisfacción de Necesidades en Planificación Familiar



La existencia de una necesidad insatisfecha se toma como un indicador de las deficiencias del acceso y de la calidad de los programas de planificación familiar, algunos estudios afirman que se pueden corregir si se mejoran dichas características de los programas por lo tanto es lógico preguntarse si la necesidad insatisfecha puede ser utilizada como un indicador del rendimiento de los programas.⁵

Las organizaciones que trabajan en torno al tema de salud reproductiva se encuentran preocupadas por un paulatino enfriamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en los establecimientos del MINSA, lo que se evidencia en los lineamientos de política sectorial 2002-2012 Perú, en donde solo se aborda el tema de mortalidad materna, sin que se haga mención sobre el acceso a métodos de planificación familiar, sobretodo en las zonas de mayor pobreza.¹⁰

A pesar del interés creciente por buscar soluciones a las necesidades insatisfechas se considera que ningún país en desarrollo cuenta con los recursos médicos suficientes para

satisfacer las necesidades de una atención completa reproductiva para todas las mujeres en edad fértil.⁵

Westoff y Bankole han señalado que "el cambio de la necesidad insatisfecha se debe a modificaciones de la práctica anticonceptiva y a cambios en el deseo de regular la fecundidad". En consecuencia, la necesidad insatisfecha a nivel agregado disminuirá si aumenta más rápido el porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos que el porcentaje que desean regular su reproducción; la necesidad insatisfecha aumentará si la necesidad de regular la fecundidad aumenta más rápidamente que la prevalencia de anticonceptivos.⁵

Las estimaciones de la necesidad insatisfecha se encuentran regularmente entre los resultados de las encuestas transversales, tales como las que realiza el programa de la EDS. Un estudio realizado de ocho países en los cuales se han llevado a cabo por lo menos dos encuestas, EDS reveló que en seis países la necesidad insatisfecha ha disminuido en 2-3 puntos porcentuales (Colombia, Egipto, Ghana, Kenya, Marruecos y República Dominicana) y en 12 puntos en otros dos (Bolivia y Perú). Estos resultados pueden indicar que los programas de planificación familiar en los primeros seis países han sido relativamente exitosos, y que los programas en Bolivia y Perú han logrado un notorio éxito; pero esta conclusión quizás no es acertada, porque sabemos que el programa en Kenya ha sido más exitoso que el de Ghana, en cuanto a un incremento de la prevalencia de anticonceptivos o disminución de la fecundidad.⁵

El uso de encuestas transversales para estimar la necesidad insatisfecha resulta problemático por varias razones. La magnitud del incremento de la necesidad insatisfecha sugerida con este método indicaría que un programa de planificación familiar de un país ha fallado solamente si se supone que las actividades del programa (por ejemplo, información, educación y comunicación) no tienen efecto con respecto al deseo manifestado por la mujer de regular su fecundidad. Otro problema es que si no disminuye la necesidad insatisfecha al nivel agregado, esto no necesariamente significa que la necesidad insatisfecha no haya sido atendida al nivel individual. Además, la atención de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en un momento dado no significa necesariamente que posteriormente la mujer no tenga embarazos no planeados.⁵

Finalmente, hacer énfasis en eliminar la necesidad insatisfecha de anticonceptivos significa que un programa centra su atención en alentar a las no usuarias a que adopten un método. No obstante, en muchos programas es elevada la discontinuación de uso de los métodos anticonceptivos y muchas mujeres que abandonan un método tienen un embarazo no planeado antes de tener la oportunidad de cambiar de método. Además, algunas mujeres que practican la anticoncepción pueden estar en riesgo de quedar embarazadas, porque usan su método en forma irregular o incorrecta. En consecuencia, un programa demasiado centrado en la necesidad insatisfecha podría perder la oportunidad de asistir a las mujeres que ya han iniciado la práctica anticonceptiva.⁵

La tendencia de la tasa de mortalidad general ha sido a reducirse en los últimos quinquenios, pasando de 10,1 por mil habitantes en el quinquenio de 1980-1985 a 5,2 por mil habitantes en el quinquenio 2000-2005, la tasa de mortalidad masculina sigue siendo superior a la femenina, la mortalidad general muestra que es el grupo de mayores de cincuenta años los que tienen el mayor peso y en segundo lugar están las muertes de menores de un año.⁴

Según la mortalidad infantil, ENDESA-2001 muestra que se ha reducido de 79.8 por mil nacidos vivos e identificaron algunos factores de riesgo que incrementan la probabilidad de muerte en el menor de un año, entre estos se destacan: ser del sexo masculino, bajo peso al nacer, la baja escolaridad de la madre, intervalo intergenésico menor de dos años, la madre no recibe cuidados prenatales o el parto es atendido sin ayuda profesional.⁴

El 99,2% de las mujeres tienen un grado apropiado de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. El uso de métodos anticonceptivos entre mujeres que tienen vida sexual activa, se ha incrementado de 49% en 1993, a 60% en 1998 y 69% en el 2001, sin embargo el uso de métodos seguros está asociado con: el nivel educativo, domicilio, situación socio-económica y nivel de consumo; esto explica en parte que las mujeres más pobres y con bajo nivel educativo tienen tasas generales de fecundidad más altas.⁴

MATERIAL Y METODO

Para cumplir con los objetivos planteados se realizó un estudio usando métodos cualitativos y cuantitativos:

- **Encuesta.** Tiene como finalidad determinar la frecuencia con que se presentan necesidades insatisfechas en planificación familiar, en el total de las mujeres entrevistadas, y según diferentes características sociodemográficas. La población de estudio estuvo constituida por mujeres en edad fértil (15 a 49 años) casadas o unidas. Se calculó un tamaño de muestra de 216 mujeres, en base a los siguientes datos:
 - Universo (MEF en el área rural del Municipio de Matagalpa): 7,800
 - Prevalencia esperada del evento (mujeres con necesidades insatisfechas): 0.175 (17,5%) (Dato tomado de ENDESA, para el Departamento entero de Matagalpa).
 - Nivel de confianza: 95%
 - Precisión: 0.05 (5%)

Siendo que escapa a nuestras posibilidades trabajar en una muestra que comprenda todo el municipio, el estudio se realizó en dos comunidades rurales del Municipio de Matagalpa: Las Escaleras y La Corneta, que fueron seleccionadas en conjunto con el personal del centro de salud, en base a sus bajas coberturas en planificación familiar, pero también considerando el hecho de que las casas no fueran de tan difícil acceso, por su dispersión y condiciones de seguridad. Estas comunidades tienen un estimado de 480 MEF en total, de las cuales se estima que dos tercios, o sea unas 320, estén casadas o unidas. Se trabajó para entrevistar al total de estas mujeres, pero sólo se encontraron 218. No hubo ningún caso de rechazo a la entrevista.

El cuestionario que se utilizó se presenta en los anexos. El procedimiento para obtener la información fue mediante entrevista, cuidando de realizarla en un ambiente de privacidad.

- **Grupos focales.** Su objetivo fue el de comprender mejor las causas de la insatisfacción de necesidades en planificación familiar. Se realizaron dos grupos focales, uno en cada comunidad. Las participantes fueron mujeres que en la encuesta se identificaron con necesidades insatisfechas en planificación familiar. Cada grupo focal se realizó con un número de 6 mujeres. Previo consentimiento de las participantes, se procedió a grabar las intervenciones en el grupo, y luego a su transcripción. La guía de estos grupos focales se presenta en los anexos.
- **Entrevistas a profundidad a informantes claves:** Se tomaron como tales las siguientes personas: responsable del servicio de Planificación Familiar en el Municipio de Matagalpa, las responsables de los puestos de salud que atienden a estas comunidades, y la responsable de atención de mujer y adolescencia del SILAIS departamental de Matagalpa.

Operacionalización de variables

Se considera mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar: aquellas que no usan en la actualidad ningún método anticonceptivo que se encuentren en alguna de las siguientes categorías:

- Embarazadas o amenorréicas en el momento de la encuesta, cuyo último embarazo no fue planeado (sí lo deseaban, pero más tarde) o bien no fue deseado.
- Entre las mujeres ni embarazadas ni amenorréicas en el momento de la encuesta, que sean fértiles, no desean más hijos o sí desean, pero prefieren esperar por lo menos dos años (desean pero más tarde).

Baja escolaridad: a las mujeres sin estudio o que hayan aprobado hasta el tercer grado de primaria como máximo.

Áreas de difícil acceso: aquellas en que el tiempo para poder llegar al establecimiento de salud es mayor de una hora.

Infertilidad: aquellas mujeres que tienen mas de cinco años sin salir embarazadas a pesar de no utilizar ningún método anticonceptivo.

La información recolectada mediante grupos focales y entrevistas a profundidad a informantes claves fueron analizadas mediante conformación de matriz de descriptores.

RESULTADOS

A. Resultados de la encuesta

Descripción de las mujeres en la muestra

La mediana de la edad de las mujeres entrevistadas fue de 28 años; la mayoría tenían aprobado algún grado de primaria y predominaron las pertenecientes a la religión católica (tabla 1). Al 83.9% de ellas les tomaba menos de una hora trasladarse de sus hogares al puesto de salud.

Tabla 1: Distribución de las mujeres, según algunas características sociodemográficas. Comunidades de La Corneta y Las Escaleras, Municipio de Matagalpa, 2006.

Características	Número	%
Edad		
<20	32	14.7
20 – 29	82	37.6
30 – 39	50	22.9
≥ 40	54	24.8
Escolaridad		
- Ninguna	62	28.4
- Primaria	138	63.3
- Secundaria	11	5.0
- Universitaria	7	3.3
Religión		
- Católica	136	62.4
- Evangélica, adventista o bautista	63	28.9
- Ninguna	19	8.7

Conocimientos

El 94% de las mujeres pudo mencionar al menos un método anticonceptivo; el 75% de ellas fue capaz de mencionar tres o más métodos. La mediana del número de métodos que conocían fue de 3.

El 52.8% de las mujeres consideran que los métodos anticonceptivos no perjudican la salud, 30.3% que perjudican un poco, y 17.0% que perjudican mucho.

Actitudes

El 64.7% de las mujeres piensan que la decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos debe ser tomada por la pareja; 33.9% piensan que es una decisión que le toca a la mujer, y sólo 1.4% conceden a los hombres tomar esta decisión.

El 61.5% de las mujeres reportaron que sus maridos o compañeros estaban de acuerdo en el uso de métodos anticonceptivos; 23.9% no dice nada al respecto, y 9.2% dijeron que ellos se oponen.

Entre las 204 mujeres que no estaban embarazadas al momento de la encuesta, el 7.4% desean un embarazo en este momento; 39.2% desean un embarazo para más adelante, y 53.4% ya no desean más embarazos.

Entre las 14 que estaban embarazadas al momento de la encuesta, 10 querían salir embarazadas, 3 hubieran preferido más adelante el embarazo, y 1 no quería embarazarse.

Uso de métodos de planificación familiar

El 77.1 % de las mujeres usan métodos anticonceptivos, de las cuales el 74.8% corresponde a métodos modernos y el 2.3% a métodos naturales. El método más usado correspondió a los inyectables (Tabla 2).

Tabla 2: Porcentaje de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos. Comunidades de La Corneta y Las Escaleras, Municipio de Matagalpa, 2006.

	%
Métodos anticonceptivos (n=218)	
Inyecciones	27.5
Esterilización quirúrgica	21.1
Pastillas	18.3
Condomes	4.1
DIU	3.7
MELA	1.4
Ritmo	0.9
Total	77.1

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos fue de 75.5% en Las Escaleras, y de 78.7% en La Corneta. Fue mayor a medida que la escolaridad era mayor, así:

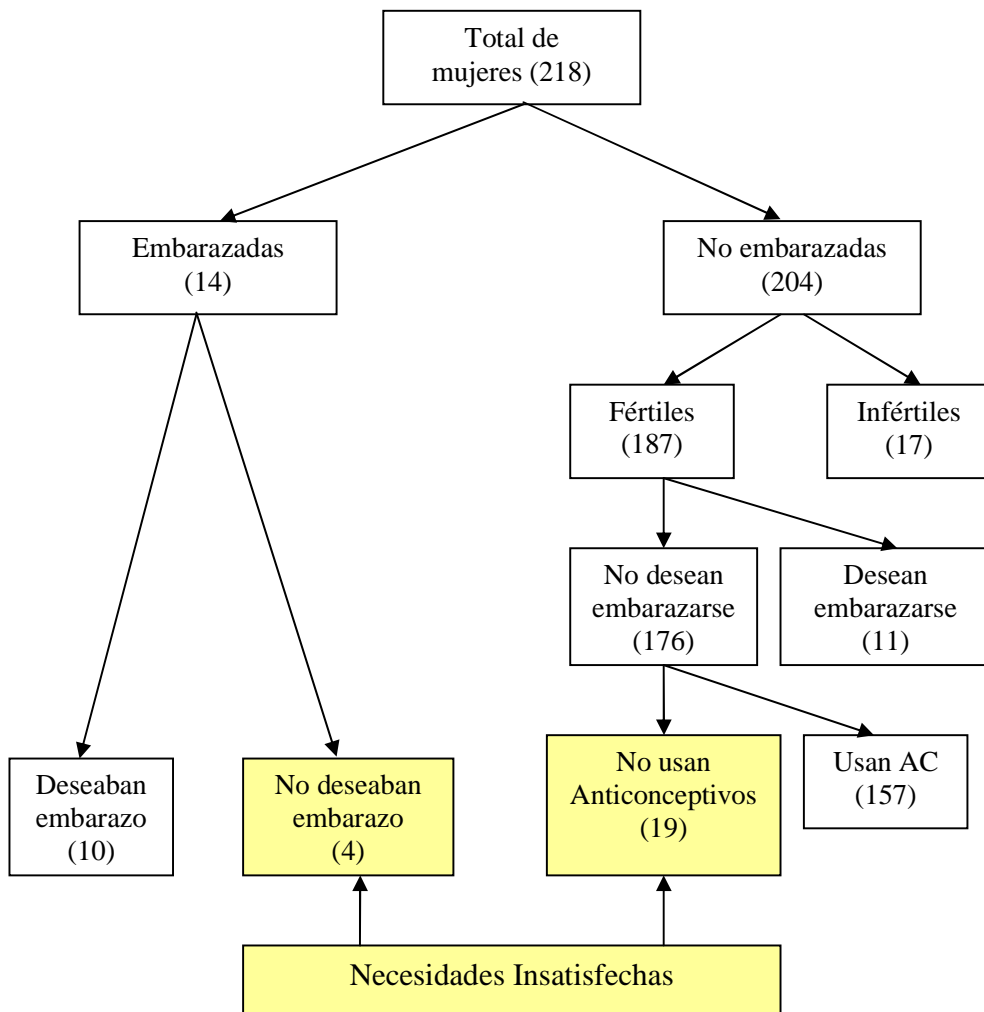
- Ninguna escolaridad (n =62): 61.3%
- Primaria (n =138): 82.6%
- Secundaria o universitaria (n =18): 88.9%

La prevalencia de uso era diferente, en dependencia de las actitudes de los maridos o compañeros hacia el uso de métodos de planificación familiar, así:

- Cuando el marido estaba de acuerdo: 91.8%
- Cuando el marido no dice nada: 71.2%
- Cuando el marido se opone: 40.0%

Necesidades insatisfechas en planificación familiar

Se encontraron 23 mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar: 19 entre las no embarazadas, y 4 entre las embarazadas, que representan el 10.6% del total:



El porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar tendía a ser menor a medida que la escolaridad era mayor, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (tabla 3).

Tabla 3: Porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar, según escolaridad. Comunidades de La Corneta y Las Escaleras, Municipio de Matagalpa, 2006.

Escolaridad	Total de Mujeres	Mujeres con necesidades insatisfechas	
		Número	Porcentaje
Ninguna	62	9	14.5
Primaria	138	13	9.4
Secundaria o superior	18	1	5.6

Nota: No hay diferencias estadísticamente significativas

No hubo diferencia apreciable ni significativa en la frecuencia de mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar, en dependencia de si vivían a más o a menos de 60 minutos de camino al puesto de salud (tabla4).

Tabla 4: Porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar, según tiempo que les toma llegar al puesto de salud. Comunidades de La Corneta y Las Escaleras, Municipio de Matagalpa, 2006.

Tiempo en minutos	Total de mujeres	Mujeres con necesidades Insatisfechas	
		Número	Porcentaje
Menos de 60	183	19	10.3
60 o más	35	4	11.4

Nota: No hay diferencias estadísticamente significativas

No hubo diferencias en la prevalencia de necesidades insatisfechas en planificación familiar entre las mujeres católicas y entre las pertenecientes a otras denominaciones del cristianismo. Las que no profesaban ninguna religión la prevalencia era menor, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas (tabla 5).

Tabla 5: Porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar, según religión. Comunidades de La Corneta y Las Escaleras, Municipio de Matagalpa, 2006.

Religión	Total de mujeres	Mujeres con necesidades Insatisfechas	
		Número	Porcentaje
Católicas	136	15	11.0
Evangélicas, adventistas y otras	63	7	11.1
Ninguna	19	1	5.3

Nota: No hay diferencias estadísticamente significativas

En la comunidad de Las Escaleras, la prevalencia de necesidades insatisfechas en planificación familiar fue de 13.6%, mientras que en La Corneta fue de 7.4%.

Razones para la existencia de necesidades insatisfechas en planificación familiar

Entre las 19 mujeres no embarazadas con necesidades insatisfechas en planificación familiar, la principal razón aducida para no usar métodos anticonceptivos era que no estaban teniendo relaciones sexuales en ese momento. Cabe señalar que 4 de ellas adujeron no usarlos por desconfiar de su eficacia, y otras 2 que señalaron el temor a efectos secundarios (tabla 6).

Tabla 6: Porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar que mencionaron diferentes razones para no estar usando ningún método anticonceptivo. Comunidades de La Corneta y Las escaleras, Municipio de Matagalpa, 2006.

Razones	n	%
No esta teniendo relaciones sexuales en este momento	8	42.1
Desconfían de su eficacia	4	21.0
Infertilidad	4	21.0
Tiene temor a efectos secundarios	2	10.6
Le causaron problemas de salud	1	5.3
Total	19	100

B. Resultados en base a los grupos focales

Papel de los conocimientos y creencias sobre el uso de métodos anticonceptivos

En los grupos focales la mayoría dijo tener conocimientos sobre los métodos anticonceptivos. Sin embargo, se encontró que algunas desconfían de su eficacia, y otras que tienen temores a efectos secundarios, no siempre bien fundamentados:

- *“Las pastillas se toman a diario, primero las blancas”*
- *“A veces se puede salir embarazada tomando las pastillas”*
- *“Hemos escuchado que causan cáncer de matriz”.*
- *“Pueden causar mareos, irregularidades con la regla y presión alta”*
- *“Pueden causar problemas de salud como dolor de estomago o de cabeza”*

Papel de la religión

Hubo importantes diferencias en cuanto a la influencia de la religión sobre el uso de métodos de planificación familiar. Algunas no encuentran en las enseñanzas bíblicas ninguna prohibición, otras adoptan una posición de independencia, basada en las decisiones individuales y situación económica, mientras otras encuentran una oposición de parte de la religión:

- *“Mi religión no me lo prohíbe. Cuando la Biblia se escribió no existían los métodos que hoy existen”*
- *“No debe ser impedimento, aunque es decisión de cada quien”*
- *“La religión no debe de influir ya que ninguna iglesia se hace cargo de mis hijos”*
- *“Voy a tener los hijos que Dios me mande porque eso de usar esas cosas es pecado”*
- *“En la Biblia está escrito que es malo. Dios no dejó ningún método. Nadie se puede operar, sólo Dios con su poder”*
- *“Yo no uso ningún método porque tengo fe en Dios. Si El no quiere que salga embarazada no saldré”*

Accesibilidad a los métodos de planificación familiar

Aunque saben que los métodos anticonceptivos los pueden conseguir de manera gratuita, identifican algunas dificultades de orden práctico, como encontrar cerrada la unidad de salud, inexistencia del método buscado, y el tiempo que deben invertir para conseguirlos:

- *“No costaría nada, pero si no hay lo compro”*
- *“Se consiguen con facilidad porque son gratuitos”*
- *“No siempre hay de todos los métodos”*
- *“Cuando voy al centro de salud esta cerrado o la enfermera no está”*
- *“Preferiría comprarlo, por que se pierde mucho tiempo en el puesto de salud”*

La forma como se decide el uso de los métodos de planificación familiar

La mayoría de las mujeres expresó de que sea la pareja la que tome la decisión de usar o no métodos anticonceptivos, o bien reservarse ellas ese derecho, por ser a ellas a las que les toca que sobrellevar el embarazo, el parto y el cuidado de los hijos, pero en algunas se percibieron actitudes de sumisión, en que se deja al hombre tal decisión, derivadas de la situación de dependencia económica:

- *“Desde que estoy con mi compañero, toda responsabilidad es compartida”*
- *“Debe ser decisión de los dos”*
- *“Decide la mujer porque es la que sufre”*
- *“El hombre debería de decidir, pero como en su mayoría abandonan a las mujeres, decidimos nosotras”*
- *“Yo soy la que aguanto los dolores, les doy de comer y los cuido; por eso decido yo”*
- *“Decide mi marido, porque es el que nos mantiene”*

C. Resultados basados en las entrevistas a informantes claves.

Recursos materiales del programa de planificación familiar

La mayoría de los miembros del personal de salud percibe que el abastecimiento de métodos de planificación familiar es suficiente para cubrir las necesidades de las mujeres, y que cuentan con la infraestructura adecuada para ofrecer el servicio. Una persona dijo que, debido a la inmigración temporal de mujeres, el abastecimiento debería ser mayor:

- *“El SILAIS departamental se encarga de abastecer a cada municipio y este a cada unidad de salud en base a las necesidades”*
- *“Considero que las debilidades son mínimas, pues contamos con infraestructura, abastecimiento en abundancia de métodos”*
- *“La cantidad otorgada a cada unidad es suficiente”*
- *“Debe existir mayor disponibilidad de los métodos”*
- *“Los métodos que se ofertan son: Gestagenos orales, inyectables, dispositivos intrauterinos y preservativos”*

Características del personal de salud que atiende el programa de planificación familiar.

Hubo contradicciones en la opinión de los entrevistados, ya que algunos aseguran que el personal está capacitado para brindar atención adecuada y de calidad, mientras otros encuentran que el personal presenta importantes problemas, que dificultan alcanzar el éxito del programa:

- *“Contamos con un gran capital humano capacitado”*
- *“La única dificultad: la actitud del personal de salud”*
- *“Las metas no se cumplen por la mala actitud del personal e indisciplina laboral”*
- *“Se debe intentar hacer cambios de actitud, para brindar consejería de calidad y oportuna”*
- *“El personal de salud debe ser sensibilizado con la problemática de planificación familiar y embarazos no deseados”*

Características de la población que influyen sobre el éxito del servicio

El personal hizo referencia a las creencias, mitos e influencia negativa que el varón ejerce sobre la mujer, como factores negativos sobre la cobertura del servicio. Consideran también que las mujeres que inmigran temporalmente en busca de trabajo en los cortes de café, compiten por los recursos disponibles.

- *“Algunas religiones les prohíben el uso de métodos para planificar”*
- *“Aunque parece mentira, en esta población existe todavía mucho el machismo y las mujeres se someten”*
- *“Los mitos existen. Eso nos perjudica”*
- *“La constante migración de la población influye”*

Promoción del servicio

Todas las personas entrevistadas coinciden en que se hace promoción del servicio, tanto a lo interno de las unidades como en las comunidades, y usando tanto los recursos institucionales como los de la red comunitaria. Sin embargo, una de las entrevistadas percibe que la amplitud o intensidad con que se realizan estas acciones todavía no es suficiente:

- *“Se brindan charlas una vez a la semana sobre planificación familiar a todos los que asisten al puesto de salud, y con ayuda de los brigadistas de salud se captan mujeres en edad fértil, que son referidas al centro de salud”*
- *“Se programan salidas a terreno para buscar a las inasistentes al programa”*
- *“Se realizan ferias de salud comunitarias, encadenadas con otros organismos para ofertar y distribuir métodos”*
- *“Se debería hacer mayor promoción de los métodos en todas las unidades de salud”*

Responsabilidad sobre esta situación

La generalidad de las entrevistadas considera que la responsabilidad por el éxito del servicio recae exclusivamente en el Ministerio de Salud; sólo una de ellas dijo que es tarea de toda la sociedad:

- *“La responsabilidad es del personal y de las autoridades de salud”*
- *“Si esta situación no mejora, la responsabilidad es únicamente del MINSA”*
- *“Considero este es problema de todos, ya que de una u otra forma repercute en la vida de todos; humanamente, socialmente, económicamente, etc.”*

Otros aspectos del funcionamiento del servicio de planificación familiar

Las metas del servicio se establecen en base a los datos de población y de los datos históricos de atención, encontrando problemas en la información disponible. Una de las personas entrevistadas ve que su trabajo se limita a la atención de las mujeres que llegan al centro salud, y se reconoce que hay debilidades en la organización del servicio, al dejar escapar oportunidades de captación mujeres. El personal no maneja el concepto de necesidades insatisfechas en planificación familiar y, por tanto, no usan en la programación de sus actividades.

- *“En cada unidad existen metas las cuales se determinan según el número de pobladores, el grupo de mujeres en edad fértil y la cobertura de años anteriores como referencia”*
- *“Es casi imposible cumplir las metas al 100%, debido a la no asistencia de todas las mujeres al centro de salud y de las que asisten no todas planifican”*
- *“Se deben disminuir las oportunidades perdidas ofertando métodos a todas las mujeres en edad que asistan al centro de salud”.*
- *“Para disminuir el riesgo de embarazos no deseados se hace muy poco, debido a que no siempre se conoce con exactitud el número de ocurrencia, por lo que no hay ninguna actividad directamente para cambiar esta situación”*

DISCUSION

La proporción de mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar en las dos comunidades estudiadas, 10.6%, resultó inferior a las cifras correspondientes para Nicaragua y para el Departamento de Matagalpa en el año 2001, que fueron de 14.7% y 17.5%, respectivamente, según ENDESA 2001⁴. Consideramos que la diferencia, favorable para las dos comunidades estudiadas, se puede deber a la tendencia al descenso en este indicador observada en las encuestas nacionales, y que han transcurrido seis años de la última de ellas. Agregado a lo anterior, hay que tomar en cuenta que estas dos comunidades, aunque son rurales, se encuentran en el Municipio de Matagalpa, relativamente cerca de la cabecera departamental, y con vías de acceso y medios de transporte aceptables. Seguramente, las cifras departamentales son bastante influenciadas por la situación difícil existente en los municipios del Norte, en los que gran parte de la población tienen dificultades de acceso a los servicios de salud.

La proporción relativamente baja de mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar encontrada en nuestro estudio puede explicarse por la elevada prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (77%), que fue mayor que la encontrada por ENDESA 2001⁴ para Nicaragua (69%), y para el Departamento de Matagalpa (66%). La cifra es alta, comparable con la observada en algunos países desarrollados: Estados Unidos, 76%; Puerto Rico, 78%, y Costa Rica, 80%¹⁴ y es similar a las obtenidas en una encuesta en cuatro departamentos del Pacífico de Nicaragua¹⁵. Este hallazgo es congruente con la tendencia al incremento en el uso de métodos anticonceptivos que existe en el país. Probablemente ocurra por la labor institucional, cambios culturales, y por el trabajo complementario que realizan algunas ONGs. Esto último se hace evidente al comparar las dos comunidades de nuestro estudio: en La Corneta, donde la ONG “Colectivo de Mujeres” tiene una venta social de medicamentos, incluyendo métodos anticonceptivos a bajo costo, la prevalencia de uso es mayor que en Las Escaleras, que no tiene esta atención. En el Municipio de Matagalpa trabajan otras ONGs, como Ixchen, PROFAMILIA, además del “Colectivo de Mujeres”.

Cabe señalar que el porcentaje de mujeres que estaban deseando un embarazo al momento de la encuesta, 7.4%, fue un poco menor que el encontrado por ENDESA en 2001 (9.7%).

Al tratar de identificar factores que influyeran negativamente sobre la frecuencia de las necesidades insatisfechas en planificación familiar, en el presente estudio no se pudo encontrar una asociación estadísticamente significativa con ninguno de ellos. Sin embargo, la información obtenida tiende a confirmar los resultados de estudios anteriores que revelan el papel negativo que juega la baja escolaridad. También parece actuar negativamente la oposición de los maridos o compañeros.

En cuanto al papel que juegan los puestos de salud en la atención a las necesidades de las mujeres en materia de planificación familiar, pareciera que siendo bueno, todavía no es óptimo. En general, hay disponibilidad de los métodos anticonceptivos, aunque llama la atención que el personal no haya hecho mención del procedimiento que siguen cuando una mujer demanda esterilización quirúrgica, que es el método preferido en la globalidad del país. Puede que al personal le falte mayor conciencia sobre la importancia de la planificación familiar, y que no están aprovechando todas las oportunidades que se presentan a diario para captar a mujeres que pueden estar necesitando la planificación familiar. Es importante notar que no manejan ni usan el concepto de necesidades insatisfechas en planificación familiar, aunque la estrategia nacional de gobierno para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza lo contemplan. La promoción del servicio, aunque estima acciones tanto a lo interno de las unidades de salud como en la comunidad, pareciera que no se hace con toda la intensidad necesaria, y el énfasis en el trabajo comunitario parece estar hacia el rescate de inasistentes más que a una verdadera labor educativa y de captación de nuevas usuarias.

CONCLUSIONES

En general, la situación encontrada en este estudio es relativamente buena, ya que el dato de 10.6% de mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar es menor que las cifras correspondientes a Nicaragua y al Departamento de Matagalpa, aunque estas correspondan al año 2001. La situación favorable en las dos comunidades estudiadas es debida a una elevada prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, que alcanza niveles observados en poblaciones del Pacífico de Nicaragua, y de algunos países desarrollados. Cabe señalar que lo ideal es que no existan mujeres con necesidades insatisfechas en planificación familiar.

Los resultados del presente estudio refuerzan observaciones anteriores sobre el papel negativo que juega en este campo la baja escolaridad, la oposición de los maridos o compañeros al uso de métodos anticonceptivos, y la actitud de sumisión de algunas mujeres. La influencia de la religión parece ser débil en estas comunidades.

El servicio que prestan los puestos de salud, aunque bueno en general, todavía no es óptimo. Las acciones de promoción del servicio no tienen toda la amplitud e intensidad necesarias; se dejan escapar oportunidades de captación entre las mujeres que asisten a las unidades de salud, y puede que al personal todavía le falte mayor convencimiento de la importancia de la planificación familiar, y mayor formación. El personal del MINSA no está usando el concepto de necesidades insatisfechas en planificación familiar en la programación de su trabajo.

Se hizo notorio en el estudio el rol positivo que juegan algunas ONGs en lograr un aumento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y, por ende, en la reducción de necesidades insatisfechas en planificación familiar.

RECOMENDACIONES

Al concluir este estudio podemos recomendar:

1. Que el Ministerio de salud considere la incorporación del concepto de necesidades insatisfechas en planificación familiar para su programación y evaluación de actividades en esta área.
2. Reforzar la promoción del servicio de planificación familiar, tomando el cuidado de incluir a los hombres en las actividades educativas, y asegurando una adecuada coordinación con otras instituciones y organismos no gubernamentales.
3. Fortalecer la educación del personal de salud, de manera de que aumente su motivación y capacidad para un trabajo efectivo en esta área.

INDICE DE ABREVIATURAS

AC: Anticonceptivos.

DIU: Dispositivo intra-uterino.

EDS: Encuesta demográfica de salud.

ENDESA: Encuesta nicaragüense de demografía y salud.

MEF: Mujeres en edad fértil.

MELA: Método exclusivo de lactancia amenorrea.

MINSA: Ministerio de salud.

NI: Necesidades insatisfechas.

ONG: Organismo no gubernamental.

PAMP: Plan de acción mundial en población.

RAAN: Región Autónoma de Atlántico Norte.

SILAIS: Sistema local de atención integral de salud.

SIMINSA: Sistema de informática del Ministerio de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gobierno de Nicaragua. **Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza**. Julio 2001.
2. Gobierno de Nicaragua, Gabinete Social. Política Nacional de población. Ministerio de Acción Social, 1996.
3. Plan Nacional de Salud 2004- 20015, MINSA Septiembre 2004.
4. INEC, MINSA: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 2001.
5. The Alan Guhmacher Institute, Perspectivas internacionales en Planificación Familiar, # especial de 1999.
6. Ministerio de Salud: Manual de Planificación Familiar; MINSA, Nicaragua, 1994.
7. Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva, Programa de Información en Población Centro para Programas de Comunicación; Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins, Junio 2002.
8. Modelo de Atención Integral en Salud, Ministerio de Salud, Diciembre 2004.
9. USIS. Necesidades insatisfechas de planificación familiar .Hoja informativa preparada por el centro de población, salud e información de agencia de EUA por el desarrollo internacional (USAID). Publicación electrónica del USIS. Vol.3 no 2, sep. 1998.
10. Ministerio de Salud Perú, Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006.
11. VII Asamblea General de la Copa, Quito Ecuador 2006. UNFPA Salud reproductiva y su importancia en el combate a la pobreza, el logro de los objetivos de desarrollo del milenio y la garantía del conjunto de derechos humanos. Ana Guezmes.
12. Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health, Population Reports, Serie J, número 2 Julio de 1999.
13. The Alan Guhmacher Institute, Perspectivas internacionales en Planificación Familiar, vol 26, numero 4. Dic. 2000.
14. Estado de la población mundial 2005. La promesa de igualdad, UNFPA.

15. Toruño A. y Almdarez T., Situación de la Salud Reproductiva en cuatro departamentos de Nicaragua. Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Medicas, UNAN- León, 2005.

ANEXOS

CUESTIONARIO

No de encuesta_____ Comunidad: Las Escaleras___ (1) La Corneta___ (2)

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene? ___ años
2. ¿Fue a la escuela? ¿Cuál fue el último grado o año que aprobó?

Sin escuela	0	
Primaria	1	
Secundaria	2	
Superior	3	

3. ¿A qué religión pertenece?: Católica:___(1) Evangélica___(2) Otra___(3)
Ninguna___(4)
4. ¿En general, cuánto tiempo tarda en llegar desde su casa al centro o puesto de salud?
_____ Minutos

CONOCIMIENTOS

5. ¿Qué métodos conoce para evitar un embarazo? *Espere respuesta espontánea.*
Número de métodos mencionados:___
6. ¿Según usted, el uso de métodos de planificación familiar puedan perjudicar la salud? ¿Qué tanto la perjudican? *Leer opciones*
No perjudican___ (1) Perjudican poco___ (2) Perjudican mucho___ (3)
7. ¿En la pareja, a quién le toca decidir sobre el uso o no de métodos de planificación Familiar?
La pareja___(1) La mujer___(2) El hombre___(3)

EMBARAZOS

8. Esta usted embarazada? Si___(1)
No___(2) Pasar a Pregunta 11
9. ¿Se embarazó mientras estaba utilizando algún método de planificación familiar?
Si___(1) No___(2)
10. Con este embarazo, ¿usted quería salir embarazada en ese momento, o hubiera preferido esperar para más adelante, o no quería salir embarazada?
Lo quería en ese momento___(1) Lo quería más adelante___(2) No quería___(3)
11. SOLO PARA NO EMBARAZADAS: ¿Ha estado embarazada alguna vez en la vida?
Si___(1)

No ___ (2) Pasar a P.13

12. ¿Hace cuánto tiempo salió de su último embarazo? _____ meses

13. SI TIENE 5 AÑOS O MÁS SIN EMBARAZARSE: ¿Por qué no ha salido embarazada? *Leer opciones:*

Estaba usando método de planificación familiar ___ (1)

No estaba con el marido ___ (2)

No salía, aunque no estaba evitando el embarazo ___ (3)

14 PARA TODAS LAS NO EMBARAZADAS: ¿Cuáles son sus intenciones sobre un futuro embarazo: desea salir embarazada en estos días, prefiere esperar para más adelante, o ya no quiere más embarazos?

Desea salir ___ (1) Desea más adelante ___ (2) Ya no desea más embarazos ___ (3)

15 ¿Qué piensa su marido en relación al uso de métodos de planificación familiar?

Está de acuerdo ___ (1) No dice nada ___ (2) Se opone ___ (3)

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

16. ¿Está usando usted o su marido alguno de los siguientes métodos para evitar un embarazo? *Leer uno por uno:*

	Sí	No
Pastillas		
Inyecciones		
Condón o preservativo		
DIU, aparato		
Está operada para no tener hijos		
El marido está operado para no tener hijo		
Collar, ritmo		
Coito interrumpido (él se retira antes de terminar)		

17. USA ALGÚN MÉTODO. Sí ___ (1) No ___ (2)

18. PARA LAS QUE NO USAN METODO ANTICONCEPTIVO Y NO QUIEREN SALIR EMBARAZADAS (PREG. 14, OPC. 2 O 3): ¿Por qué razones no está usando ningún método de planificación familiar? *Espere respuesta espontánea*

Razones	Sí	No
Posparto, amamantando		
No está teniendo relaciones		
Le causaron problemas de salud		
Tiene temor a efectos secundarios		
Desconfía en su eficacia		
Razones religiosas		
Infertilidad, menopausia		
Razones económicas		
Difícil de obtenerlos		

GUIA PARA GRUPO FOCAL

1. Todas ustedes nos han dicho que no quieren salir embarazadas en estos momentos. Sin embargo, no están usando ningún método de Planificación Familiar. ¿Por qué no usan, si es que no quieren salir embarazadas?
2. ¿Qué tanto conocen sobre métodos de planificación familiar?, Cuales métodos?, Saben como se toman las pastillas?, Desconfían de algún método?, Temen que sean perjudiciales?
3. Si quisieran planificar, Que tan fácil o difícil le resultaría obtener el método de su preferencia? Tendría algún costo para ustedes. utilizar algún método?, Creen que en el centro o puesto de salud estará disponible siempre el método que escojan?
4. Algunas mujeres dicen que no usan porque la religión se lo prohíbe. ¿Qué piensan ustedes sobre estos puntos?
5. ¿Quién debe de decidir sobre el uso de métodos de planificación familiar? ¿Quién debe decidir sobre el número de hijos, y sobre el momento para tenerlos?

ENTREVISTA

1. En el Departamento de Matagalpa, casi una de cada cinco mujeres casadas o acompañadas está en riesgo de tener un embarazo que no desea, pues no está usando ningún método anticonceptivo. ¿Cómo valora lo que se está haciendo para cambiar esta situación? ¿Quiénes tienen responsabilidad de trabajar al respecto?
2. ¿Qué factores son favorables para el éxito del trabajo en planificación familiar? ¿Cuáles son las dificultades?
3. En relación al programa de planificación, se tienen metas de cobertura para cada centro y puesto de salud?, Como determinan dichas metas?, Se cumplen las metas propuestas?, Monitorean el cumplimiento de estas metas?_Al no llegar a la meta, porque considera que no se cumplen estas?, Que acciones se realizan para el cumplimiento de estas?
4. Respecto a los métodos; Cual es el mecanismo de distribución de los métodos por unidad de salud?, Que tipo de métodos oferta su institución?, Dan abasto los métodos según la demanda?
5. Que estrategias se utilizan para la captación de mujeres para el programa de planificación familiar? Se imparten charlas educativas?

