

Análisis de Segmentación del Mercado

Nicaragua, 2005

Esta publicación fue elaborada para consideración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La publicación fue elaborada por DELIVER, un proyecto (No. HRN-C-00-00-00010-00) implementado por John Snow, Inc de seis años, que brinda asistencia técnica en Logística a nivel internacional.

Análisis de Segmentación del Mercado de Nicaragua

Comité de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos de Nicaragua

Con apoyo técnico del Proyecto DELIVER

Julio 2005

DESMENTIDO

Las opiniones del autor en esta publicación no necesariamente representan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o el Gobierno de los Estados Unidos.

DELIVER

El proyecto DELIVER, es un contrato de seis años apoyando la asistencia técnica en Logística a nivel internacional, está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

El proyecto está implementado por John Snow, Inc. (JSI), (contrato No. HRN-C-00-00-00010-00) y como subcontratistas: Grupo Manoff; Programa de Tecnología Apropriada para la Salud (PATH); y Estrategias de Desarrollo de Sectores Sociales, Inc. DELIVER, fortalece las cadenas de abastecimiento de los programas de salud y planificación familiar en los países en desarrollo, asegurando la disponibilidad de productos críticos para la salud de los clientes. DELIVER también proporciona apoyo técnico a la central de adquisiciones y administración de anticonceptivos de USAID, y análisis del sistema central administrativo de registros básicos de USAID.

Este documento no representa necesariamente, los puntos de vista o las opiniones de USAID. Puede ser reproducido si se cita a DELIVER/John Snow, Inc.

Cita recomendada

Comité de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos de Nicaragua (DAIA), John Snow, Inc./DELIVER. Abramson, Wendy B., Sharon Soper, Leslie Patykewich, Ali Karim, David Sarley. 2005. Estudio de la Segmentación del Mercado de Nicaragua. Arlington, Virginia: John Snow, Inc./DELIVER para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.



DELIVER

John Snow, Inc.
1616 North Fort Myer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Phone: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
Email: deliver_project@jsi.com
Internet: deliver.jsi.com

Tabla de Contenidos

Abreviaciones	v
Resumen Ejecutivo	1
Situación/Problema Actual	3
Metodología	4
Definición de Quintiles: Características y Bienes de los Hogares	5
Características de los que Respondieron	7
Características de los Proveedores	9
Análisis de Resultados Clave	11
Contexto	11
TPA y Necesidad Insatisfecha	12
Mezcla de Métodos	15
Fuente/Suministro	16
Lineas Estratégicas y Opciones para el Futuro	21
Apéndices	25
Cuadros y Figuras: Introducción	25
Cuadros y Figuras: TPA y Necesidad Insatisfecha	26
Cuadros y Figuras: Mezcla de Métodos	30
Cuadros y Figuras: Fuente	32
Cuadros: INSS y Análisis de Tendencias	36
Referencias	39

Abreviaciones

AIS	Agencia Internacional para la Salud (Nicaraguan NGO)
CEFA	Distribuidor Nicaragüense de Medicamentos (Nicaraguan Pharmaceutical Distributor)
CPR	Contraceptive Prevalence Rate (Tasa de Prevalencia Anticonceptiva)
CS	Contraceptive Security (Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos)
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (Contraceptive Security)
DELIVER	USAID global project to improve the availability of health commodities, including contraceptives; managed by John Snow, Inc. (proyecto de USAID/Washington dirigido a la mejora de la logística de los productos farmacéuticos, incluyendo anticonceptivos; gerenciado por JSI)
DHS	Demographic and Health Survey (Encuesta de Demografía y Salud)
DIU	Dispositivos Intrauterinos (Intrauterine Device)
DICEGSA	Distribuidor Nicaragüense de Medicamentos (Nicaraguan Pharmaceutical Distributor)
EMP	Empresa Médica Provisional (Provisional Medical Company)
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (Demographic and Health Survey of Nicaragua)
GDP	Gross Domestic Product (Producto Interno Bruto)
ICAS	El Instituto Centro Americano de la Salud (Central American Institute of Health)
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (Nicaraguan Social Security Institute)
IXCHEN	Centro Ixchen Para la Mujer (Nicaraguan NGO)
JSI	John Snow, Inc.
LAC	Latin American and the Caribbean (Latinoamérica y el Caribe)
MEF	Mujeres en Edad Fértil - usado en este estudio para incluir mujeres casadas y mujeres unidas en edad fértil (Women of Reproductive Age)
MINSAL	Ministerio de Salud (Ministry of Health)
MSN	Marie Stopes Nicaragua (Nicaraguan NGO)
MWRA	Married Women of Reproductive Age - used in this report to include married women and women in union (Married Women of Reproductive Age)
NGO	Non-Governmental Organization (Organización no Gubernamental)
ONG	Organización no Gubernamental (Non-Governmental Organization)
PAHO	Pan American Health Organization (Organización Pan Americana de Salud)
PASMO	Panamerican Social Marketing Organization (Organización Pan Americana de Mercadeo Social)
PF	Planificación Familiar (Family Planning)
PIB	Producto Interno Bruto (Gross Domestic Product)
POLICY	USAID global project to strengthen policies related to reproductive health; managed by the futures group international (Proyecto de USAID/Washington dirigido a la mejora de las políticas de salud, incluso de la salud reproductiva; gerenciado por TFGI)

PROFAMILIA	Afiliado Nicaragüense del IPPF (Nicaragua's IPPF Affiliate)
RAAN	Región Autónoma del Atlántico Norte (Autonomous Region of the North Atlantic)
RAAS	Región Autónoma del Atlántico Sur (Autonomous Region of The South Atlantic)
SEC/SES	Socioeconómico (Socioeconomic)
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (Departmental and Autonomous Regional Health Offices And Facilities)
SPARHCS	Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security (El Camino Estratégico a la Disponibilidad de los Insumos de la Salud Reproductiva)
TFGI	The Futures Group International (ONG Estadounidense)
TFR	Total Fertility Rate (Tasa Global de Fecundidad)
TGF	Tasa Global de Fecundidad (Total Fertility Rate)
TPA	Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (Contraceptive Prevalance Rate)
USAID	United States Agency for International Development (Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos)
WRA	Women of Reproductive Age (Mujeres en Edad Fértil)

Resumen Ejecutivo

Nicaragua tiene una Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos (TPA) relativamente alta (métodos modernos únicamente), 66%, y va en camino de alcanzar la Disponibilidad Asegurada de Anticonceptivos (DAIA). No obstante, con la retirada gradual de las donaciones financiadas por USAID en los próximos diez años, el gobierno de Nicaragua enfrenta la necesidad de elaborar un plan para garantizar que la TPA se mantenga alta, que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos sea atendida, y que se alcance la disponibilidad asegurada de anticonceptivos. Mediante el análisis de segmentación del mercado, el Comité de la DAIA en Nicaragua aumentará su capacidad de identificar la manera de mejorar la eficiencia y la efectividad de los recursos asignados a la anticoncepción. Mediante la identificación de la segmentación actual del mercado, el sector público podrá racionalizar aumentar sus recursos y tomar mejores decisiones para asignarlos. La segmentación del mercado sirve para crear oportunidades para que diversos grupos interesados del sector público y privado coordinen sus esfuerzos para satisfacer las necesidades de Planificación Familiar (PF) en el país como método de mercado total. En este informe se utilizan los resultados de las Encuestas Demográficas y de Salud de Nicaragua 2001, 1998, 1992-3¹. Se consideran la tasa de prevalencia de los métodos anticonceptivos modernos, la tasa de prevalencia de los métodos tradicionales, la necesidad insatisfecha de PF, la mezcla de métodos entre los usuarios/as de métodos modernos de PF, la fuente de métodos modernos, y la afiliación o no a algún seguro. Los resultados/indicadores del programa de PF se cruzan por variable de incidencia (Vg. riqueza, edad, educación, región y lugar de residencia). Los responsables de formular políticas y los gerentes de programas pueden utilizar los resultados de este informe para identificar a grupos representativos de segmentos de la población especialmente difíciles de alcanzar.

Si bien la TPA es elevada, también lo es la necesidad insatisfecha: 15%. Hay casi 11% de cobertura del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y la población se concentra en los departamentos con más población urbana. El quintil de riqueza más bajo es el más subatendido, y la necesidad insatisfecha es más alta en las zonas rurales que en las urbanas (19% y 12% respectivamente). La TPA oscila desde una cifra baja de 44% en Atlántico del Norte (RAAN) a una alta de 73% en León. La RAAN también tiene la mayor necesidad insatisfecha (29%) seguida por Jinotega con una TPA de 52% y una necesidad insatisfecha de 21%. La necesidad insatisfecha más baja está en León (9%) y Carazo (9%). Las poblaciones más subatendidas pertenecen a los quintiles más bajos, a los que tienen menos educación, provienen de zonas rurales, son más jóvenes (15-29 años de edad) y residen en Jinotega y la RAAN.

Entre los años de encuestas 1998 y 2001 los métodos anticonceptivos de preferencia para las Mujeres en Edad Fértil (MEF) en pareja que usaban PF en Nicaragua eran la esterilización femenina, la píldora, el DIU y los anticonceptivos inyectables. Entre 1998 y 2001 se produjeron algunos cambios en la preferencia de métodos. La proporción de usuarias de PF que aceptaron métodos en el largo plazo (cifras combinadas para DIU y esterilización) era más alta en León (57%), Managua (57%), y Carazo (56%). Estos departamentos también tenían la tasa más alta de prevalencia de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha más baja del país.

La encuesta del año 2001 demostró que el sector público desempeñó un papel predominante en la provisión de servicios y productos de planificación familiar. Entre 1998 y 2001 hubo cambios

¹ Encuesta Sobre Salud Familiar (1992-1993); Centers for Disease Control and Prevention

considerables en la mezcla de métodos por origen. La provisión de inyectables por parte del MINSA fue la que más aumentó en este periodo, de 43,6% en 1998 a 68% en 2001. Por el contrario, las inserciones de dispositivos intrauterinos DIU y el uso de condones se redujeron en este periodo de tres años. El uso del DIU pasó de 71,7% en 1998 a 58,7% en 2001 y el del condón de 40% en 1998 a 30% en 2001. Asimismo, la provisión de inyectables por el sector privado total (ONG, farmacias y proveedores privados) pasó del 52% en 1998 al 24% en 2001.

Más de 21% de las mujeres clientes del sector público en edad fértil que son usuarias de métodos modernos pertenecen al quintil de riqueza más alto, y 24% pertenecen al segundo quintil medio-alto. Al mismo tiempo, apenas 33% de las clientas del sector público pertenecen al quintil más bajo y al medio-bajo de riqueza. Tanto en zonas urbanas como rurales, el sector público es la principal fuente de insumos de métodos modernos. Entre las mujeres rurales en edad fértil en pareja, el sector público (74%) es la fuente principal de suministros. Un mínimo de 80% de consumidores de Nueva Segovia, Jinotega, Madriz y Río San Juan recurren al sector público para recibir productos de planificación familiar. En Nueva Segovia 84% acudan del sector público y menos de 2% buscan sus anticonceptivos de fuentes privadas.

Este documento puede apoyar al Comité de la DAIA en identificar puntos destacantes del análisis de la segmentación de mercado para desarrollar un plan de acción que racionaliza el uso de los recursos del país y reorienta al mercado. A fin de elaborar una estrategia de mercado que racionalice y coordine intervenciones sectoriales, incluida la selección de segmentos y métodos como objetivos, es esencial adoptar tantos procesos como sistemas y estrategias programáticas. Este documento sirve como punto de partida para discutir las próximas etapas de análisis y desarrollar estrategias de mercado que faciliten al país a llegar a obtener la DAIA, e incluye algunas opciones para desarrollar y planear nuevas políticas.

Situación/Problema Actual

Se puede decir que existe Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) cuando todas las personas tienen la capacidad de escoger, obtener y utilizar los anticonceptivos que necesitan. Con una Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) de 66%, Nicaragua parece estar bien encaminada hacia el logro de la DAIA. No obstante, las cifras indican que, si bien la prevalencia es alta, sigue habiendo una necesidad insatisfecha de anticonceptivos en todo el país, lo cual indica que los usuarios potenciales de anticonceptivos no tienen acceso a los métodos que prefieren. Las donaciones de anticonceptivos por USAID se irán terminando gradualmente en los próximos diez años, y el Gobierno de Nicaragua debe ahora elaborar un plan para garantizar la disponibilidad de anticonceptivos en todo el país. Este reto se puede enfrentar aumentando los fondos nacionales destinados a anticonceptivos y creando incentivos en el mercado de modo que las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y el sector comercial ofrezcan productos y servicios modernos de planificación familiar a aquéllos que deseen recibirlos.

La segmentación del mercado puede ayudar a identificar maneras de aumentar la eficiencia y la efectividad de los recursos asignados a la anticoncepción a fin de atender mejor esta necesidad insatisfecha. El resultado previsto en general es que habrá mejores asignaciones de recursos, lo cual fomentará la prevalencia en el uso de anticonceptivos y aumentará la DAIA en el país. En su sentido más amplio, el análisis de segmentación del mercado se refiere al proceso de usar datos de encuestas y análisis estadísticos para dividir el mercado de la planificación familiar en subpoblaciones cuyas necesidades de salud reproductiva, características o prácticas requieran estrategias propias de prestación de servicio o mercadeo. Utilizado como herramienta de políticas, el análisis de segmentación del mercado crea oportunidades para diversos interesados del sector privado de coordinar sus esfuerzos para satisfacer las necesidades de planificación familiar con un método que *abarque a todo el mercado*. Dados los diferentes objetivos del sector público con los del ONG y comercial, debería ser posible identificar sus funciones complementarias en la provisión de productos y servicios de planificación familiar.

El análisis de segmentación del mercado abarca a todos los aliados en el mercado de anticonceptivos de Nicaragua, para que entiendan su función en el suministro de anticonceptivos. De esa manera, habrá menos competencia entre aliados por los mismos clientes, permitiendo de esa manera que cada uno se concentre mejor y preste mejor servicio a su grupo destinatario, ya sea por ingreso, región, grupo especial de alto riesgo, o edad.

Es importante reconocer que, con la creciente demanda de planificación familiar en el país, un mercado segmentado no reducirá necesariamente la función de ningún sector en particular. De hecho, la colaboración propuesta debería mejorar el impacto general de los esfuerzos nacionales de planificación familiar y permitir un enfoque eficiente y equitativo de los recursos.

Por lo general, un análisis de segmentación del mercado examina tanto la oferta como la demanda de anticonceptivos. Este análisis aporta datos a los interesados clave que les ayudan a entender mejor el perfil socioeconómico, demográfico y conductual de la población destinataria, en términos de:

- Uso de PF
- Necesidad insatisfecha de PF
- Combinación de métodos
- Fuente de suministros de la combinación de métodos

Este documento se propone ser un documento de trabajo, antes que un trabajo exhaustivo de investigación. El documento ayudará a determinar en que forma está segmentado el mercado de la planificación familiar, tanto en términos de suministro (origen de los métodos de planificación familiar) y demanda (combinación de métodos y uso de métodos de planificación familiar). En otras palabras, en este trabajo se discute si las fuentes de anticonceptivos, que acuden diferentes grupos económicos, se condicen con el uso eficiente de los recursos públicos y privados. Así mismo el análisis concentra no sólo en los resultados que tienen el mayor impacto en la demanda insatisfecha, sino también en aquéllos que sirvan para que el mercado sea lo más eficiente posible. En este documento no se “explica” por qué el mercado es como es; antes bien, se propone “mostrar” la situación de los anticonceptivos en Nicaragua. Los autores describen el “qué,” no el “por qué” ni el “cómo.” La sección de “puntos a explorar” ofrece estrategias programáticas y sistémicas al Comité de la DAIA en Nicaragua. La intención de los “puntos a explorar” es ofrecer opciones concretas para ayudar en el avance del Comité de la DAIA. Se prevé que el Comité y los interesados emplearán los resultados como base para su segmentación y búsqueda de destinatarios colectivos e individuales. En consecuencia, las opciones para segmentar y enfocar son meras sugerencias.

Metodología

En este informe se usaron los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) de Nicaragua 2001, 1998 y 1992-3. El resultado del programa de PF (Vg., los indicadores para evaluar el rendimiento del programa de PF de Nicaragua) considerado para este estudio incluye el uso de métodos modernos en la Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos (TPA), los métodos tradicionales en la TPA, la necesidad insatisfecha de PF, la mezcla de métodos entre las personas que actualmente usan métodos modernos de PF, la fuente de los métodos modernos, y la situación de las personas con respecto al seguro. La tabulación de los resultados/indicadores del programa de PF se cruza según variables de incidencia (Vg. ingresos, grupo etario, educación, región y lugar de residencia).

La riqueza de la familia se mide con un índice creado a partir de bienes y características de la familia.² Macro Internacional crea el índice e incorpora todos los juegos recientes de datos de la EDS, y su uso es muy generalizado para clasificar a las Mujeres en Edad Fértil (MEF) según su situación socioeconómica. El principal supuesto para preparar el índice es que los bienes y las características de las familias varían según la situación socioeconómica del hogar. Los datos sobre los bienes y las características de los hogares se obtienen del jefe de familia utilizando el cuestionario para los hogares. Entre los enseres del hogar que se tienen en cuenta figuran si la familia tiene ventilador, radio, televisión, teléfono, bicicleta y automóvil; las características de la vivienda que se consideran incluyen el tipo de piso, paredes y material de techos; tipo de fuente de agua potable; tipo de instalación sanitaria y presencia de electricidad. El índice asigna un puntaje a cada unidad de vivienda, según su situación socioeconómica. La muestra se divide luego en cinco grupos iguales o quintiles basados en el puntaje asignado por el índice, de modo que el primer quintil representa el hogar que genera menos ingresos y el quinto quintil representa el de más ingresos.

² Cabe señalar que el índice de riqueza no incluye todos los bienes agrícolas que se pueden encontrar en los hogares rurales, y puede tal vez distorsionar el índice poniendo a los clientes más ricos en zonas urbanas mediante la subestimación de la verdadera riqueza de los hogares rurales. Este problema ha acompañado el uso del índice en la mayoría de los países donde se lo ha aplicado.

Definición de Quintiles: Características y Bienes de los Hogares

La Encuesta Nicaragüense Demográfica y de Salud 2001 (ENDESA) encuestó a 7.424 mujeres en pareja (una pareja que está casada o convive). El 58% de las encuestadas vivía en zonas urbanas y 42% en zonas rurales. El Cuadro 1 presenta la distribución de las mujeres de la muestra por características y bienes del hogar, según su quintil de riqueza, lo cual ayuda a explicar quién se encuentra en cada quintil y a definir mejor qué se quiere decir con quintiles "más altos" y "más bajos".

A partir del cuadro vemos que:

- Setenta y seis por ciento del quintil más alto tiene su fuente de agua potable dentro de la vivienda, comparado con menos de 0.1% por ciento en el más bajo.
- Cuarenta y seis por ciento del más alto tiene inodoro que vacía en cañerías (cloacas), comparado con 0% del más bajo.
- Casi 100% del más alto tiene electricidad, comparado con 3% del más bajo.
- Noventa y siete por ciento del más alto tiene radio y 99% tiene televisión, comparado con 62% y 1%, respectivamente, del quintil más bajo.
- Sólo 32% del quintil más alto tiene automóvil, comparado con 0% del más bajo.
- Los principales materiales de construcción de la vivienda para el nivel más alto son pisos de cemento/mosaico/cerámica (84%), paredes de cemento/bloques de concreto (70%), y techo de zinc (82%). Las principales estructuras del quintil más bajo tienen piso de tierra (90%), paredes de madera (60%), y techo de zinc (49%).

Mientras que se podría suponer que el quintil más alto es sumamente adinerado, las estadísticas que empleamos arriba muestran las verdaderas características del 20% de mayor riqueza en Nicaragua. Es importante tener en cuenta este bienestar *relativo* cuando se examinan los resultados.

Cuadro 1: Características y bienes de los hogares por quintil de riqueza, Nicaragua, 2001

Bienes/características del hogar	Quintiles del índice de riqueza					Total
	1ro.	2do.	3ro	4to	5to	
	Más Bajo	Medio-Bajo	Mediano	Medio-Rico	Rico	
Fuente de agua potable (%)						
Dentro de la vivienda	0,1	4,6	14,7	39,2	76,0	26,9
Fuera de la vivienda/dentro de la residencia	3,7	27,0	51,1	45,4	15,7	28,6
Pública	6,3	8,3	3,4	1,3	0,2	3,9
Privada	4,3	6,7	4,3	1,9	0,3	3,5
Pozo público	16,9	15,2	7,0	2,6	0,4	8,4
Pozo particular	18,7	22,9	14,3	7,7	2,3	13,2
Río	18,7	4,5	1,6	0,0	0,0	5,0
Vertiente	31,0	10,1	3,1	0,7	0,0	9,0
Otro	0,3	0,7	0,6	1,1	5,0	1,5
Tipo de sanitario (%)						
Cañería (Desagota en cloacas)	0,0	0,1	1,5	9,2	46,3	11,4
Cañería (Desagota en pozo negro)	0,0	0,0	0,4	1,9	5,9	1,6
Cañería (Desagota en sumidero)	0,0	0,4	0,5	4,5	20,6	5,2
Cañería (Desagota en un río)	0,0	0,2	0,7	1,1	1,2	0,6
Pozo tradicional	30,5	68,2	77,0	66,4	20,4	52,5
Pozo ventilado mejorado	6,2	14,3	14,5	14,9	5,3	11,0
No tiene instalaciones	62,7	16,0	4,7	1,5	0,0	17,0
Otros	0,6	0,9	0,8	0,5	0,2	0,6
% tiene electricidad	3,0	41,6	86,4	98,6	99,9	65,9
% tiene radio	61,5	73,3	79,8	88,0	97,0	79,9
% tiene televisión	0,6	15,1	61,2	86,4	98,5	52,3
% tiene refrigeradora	0,0	0,2	5,7	24,6	74,7	21,0
% tiene bicicleta	4,3	18,6	33,7	37,5	39,0	26,6
% tiene motocicleta	0,0	0,3	0,6	2,1	7,3	2,1
% tiene automóvil	0,0	0,4	1,8	5,7	31,7	7,9
Principal material del piso (%)						
Tierra	89,8	75,7	61,3	16,8	0,8	48,9
Madera/Tambo	9,7	11,8	4,8	1,9	0,0	5,7
Baldosa	0,5	11,7	26,2	39,4	11,7	17,9
Ladrillo de tierra	0,0	0,4	1,5	3,9	3,1	1,8
Cemento/mosaico/cerámica	0,0	0,4	6,2	38,0	84,3	25,8
Principal material de las paredes (%)						
Paja/caña/palma	10,0	1,9	0,4	0,0	0,0	2,5
Pan de tierra	1,3	11,5	18,8	18,9	11,5	12,4
Adobe/taquezal	20,0	19,3	8,4	3,9	3,0	10,9

Bienes/características del hogar	Quintiles del índice de riqueza					Total
	1ro.	2do.	3ro	4to	5to	
	Más Bajo	Medio-Bajo	Mediano	Medio-Rico	Rico	
Madera	59,5	46,9	23,8	6,5	0,9	27,5
Bloques de piedra	0,1	2,3	7,7	8,9	7,9	5,4
Estiércol	8,0	5,5	2,5	0,1	0,0	3,2
Cemento/bloques de concreto	0,1	6,4	26,4	50,6	70,4	30,8
Plycem/Nicalit	0,2	1,9	2,4	0,5	0,2	1,1
Madera/concreto	0,6	4,3	9,6	10,5	6,2	6,2
Principal material del techo (%)						
Paja/hoja de palma	18,6	1,0	0,0	0,0	0,0	3,9
Estiércol	5,1	1,0	0,1	0,0	0,0	1,3
Zinc	48,7	70,9	74,7	78,6	81,5	70,9
Arcilla/tierra/cemento	25,1	26,0	22,3	16,9	8,7	19,8
Plycem/Nicalit	0,1	1,1	2,7	4,3	9,5	3,5
Otro	2,3	0,0	0,0	0,1	0,2	0,5
Cifra media de dormitorios	1,3	1,5	1,6	1,8	2,5	1,7

Características de los que Respondieron

Mientras que el Cuadro 1 ayuda a aclarar qué constituye una persona adinerada frente a una persona pobre, el Cuadro 2 muestra la relación entre la riqueza y otras importantes variables usadas en este análisis, incluidas edad, residencia urbana/rural, educación, departamento y situación en cuanto a seguros.

Al examinar la disparidad de edades, vemos que las mujeres de más edad en pareja tienen más probabilidades de tener más dinero que las mujeres más jóvenes en pareja. Sesenta y tres por ciento del quintil más alto está formado por la cohorte de 30-49 años de edad. Lo inverso se aplica al quintil más bajo, con 56% en la cohorte de 15-29 y 44% en la de 30-49 años de edad.

El cuadro también indica que los quintiles más adinerados viven en zonas urbanas, antes que rurales. Noventa y tres por ciento de las Mujeres en Edad Fértil (MEF) en pareja del quintil más alto vive en zonas urbanas, mientras que sólo 4% vive en zonas rurales. Al revés, 96% de las MEF en pareja del quintil más bajo vive en zonas rurales, y solamente 4% vive en zonas urbanas.

El Cuadro 2 también indica que las entrevistadas más adineradas tienen más educación formal y superior que las entrevistadas más pobres. Setenta y tres por ciento de las MEF en pareja del quintil más alto han recibido educación secundaria o superior, y sólo 3% no tiene educación. Por otro lado, sólo 3% del quintil más bajo tiene educación secundaria o superior, 47% no tiene educación, y 50% ha terminado únicamente la educación primaria; es decir que hay un total de 97% con educación primaria o nada de educación. La proporción de las que no tienen educación disminuye a medida que se sube en quintil de riqueza.

Por último, la distribución por región muestra que hay variaciones regionales en riqueza. Casi 60% de la distribución de las mujeres en pareja por quintil más bajo de ingresos se ubica en sólo cuatro departamentos, a saber, *Jinotega*, *Matagalpa*, *Atlántico del Norte (Raan)*, y *Atlántico del Sur (Raas)*. Cincuenta y tres por ciento del quintil más alto y apenas 1% de las entrevistadas más pobres vive en

Managua. Más aún, casi la mitad de las mujeres en pareja de Atlántico Norte (Raán) (44%) y Jinotega (46%) se encuentran en el quintil más bajo de ingresos (ver Cuadro A1).

En términos de seguros, la mayoría de las entrevistadas (88%) no está cubierta por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), lo cual deja a un 11% con cobertura por el INSS. Dado que el INSS cubre el sector con empleo formal, podemos ver que casi todos los asegurados y las aseguradas se encuentran en zonas urbanas: 19,56% en Managua, 13,83% en Estelí, 12,17% en Carazo, 11,51% en Chontales y 10,04% en León.

Esta información indica que cada uno de los quintiles está asociado con características específicas. Por ejemplo, las MEF que son más pobres tienden a ser algo más jóvenes, rurales, menos educadas, de ciertas regiones difíciles de alcanzar, y no tener seguro. Por el contrario, las MEF de los grupos más altos tienden a pertenecer a la cohorte de más edad, con residencia urbana, de Managua, con más educación y en su mayoría asegurada. En la elaboración de estrategias para racionalizar el uso de servicios, **los encargados de formular políticas y los gerentes de programas pueden usar estos resultados para identificar a grupos representativos de segmentos de la población especialmente difíciles de alcanzar.** Por ejemplo, además de las características ya mencionadas, sabemos que una gran mayoría de las personas pobres viven en zonas rurales. Por lo tanto, los gerentes de programas y responsables de formular políticas pueden elaborar estrategias de enfoque para llegar a sectores rurales como manera de alcanzar al segmento más pobre de la población.

Cuadro 2: Características del índice de riqueza

Distribución por porcentaje de mujeres en pareja por grupo etario, residencia, departamento, educación y afiliación al INSS, según quintiles de riqueza, Nicaragua 2001						
	Más Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Más Alto	Total
Grupo etario						
15-29	55,89	51,52	47,31	41,83	37,36	45,68
30-49	44,11	48,48	52,69	58,17	62,64	54,32
Residencia						
Rural	95,94	74,74	41,46	19,71	6,99	42,44
Urbana	4,06	25,26	58,54	80,29	93,01	57,56
Departamento						
Nueva Segovia	3,79	5,64	4,51	3,18	1,00	3,40
Jinotega	17,50	9,76	3,38	2,64	1,55	6,14
Madriz	5,54	5,30	2,16	0,96	1,19	2,74
Estelí	4,46	6,06	5,65	5,64	3,73	5,03
Chinandega	5,83	10,09	11,44	8,55	6,38	8,37
León	3,22	7,41	8,77	8,41	6,92	7,08
Matagalpa	12,33	12,33	10,25	7,44	4,63	8,89
Boaco	6,52	3,97	2,43	2,37	1,88	3,20
Managua	0,89	5,65	20,30	34,28	53,39	26,19
Masaya	0,43	3,13	8,79	6,92	5,62	5,24
Chontales	3,21	3,37	2,83	2,83	2,53	2,91
Granada	0,90	1,72	2,81	2,30	2,53	2,13
Carazo	1,33	3,09	3,46	4,42	3,33	3,22

Distribución por porcentaje de mujeres en pareja por grupo etario, residencia, departamento, educación y afiliación al INSS, según quintiles de riqueza, Nicaragua 2001

	Más Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Más Alto	Total
Rivas	2,05	3,32	3,77	3,79	2,10	2,99
Río San Juan	4,11	2,50	0,95	0,84	0,65	1,63
Atlántico del Norte (Raan)	14,48	9,08	4,55	2,00	0,57	5,36
Atlántico del Sur (Raas)	13,40	7,58	3,96	3,42	1,99	5,49
Educación						
No tiene educación	47,33	28,08	15,80	8,39	3,02	18,13
Primaria	49,60	58,98	53,17	42,47	24,02	43,76
Secundaria	2,90	11,91	28,70	43,30	48,15	29,79
Superior	0,18	1,03	2,33	5,84	24,81	8,32
Seguro						
Afiliada al INSS	0,50	3,49	8,25	12,82	22,67	10,88
No está afiliada	99,20	96,13	90,47	86,28	74,17	87,75
Faltan datos	0,31	0,38	1,28	0,90	3,16	1,37
Total	100	100	100	100	100	100

Características de los Proveedores

Los principales proveedores de servicios de planificación familiar en Nicaragua incluyen a:

- El Ministerio de Salud (MINSa)
- El Instituto Nicaragüense del Seguro Social (INSS) por conducto de EMP (Empresas Médicas Provisionales)
- Organizaciones no gubernamentales, incluidas Profamilia, Marie Stopes Nicaragua (MSN), El Centro Ixchen para la Mujer (Ixchen), NicaSalud, El Instituto Centro Americano de la Salud (ICAS), La Agencia Internacional para la Salud (AIS) en Matagalpa
- Proveedores comerciales a farmacias y otros, incluidos Schering, Pfizer, Rarpe, DICEGSA, CEFA
- Clínicas privadas, incluidas Empresas Médicas Provisionales (EMP: SuMédico, Salud Integral (Cámara de Directivos de EMP)
- Entidades de mercadeo social, incluidas PROFAMILIA, PASMO

Análisis de Resultados Clave

Contexto

En 2004 el Comité de la DAIA en Nicaragua, junto con los proyectos de USAID DELIVER y POLICY, llevaron a cabo un diagnóstico de la situación de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos utilizando una variación del herramienta de SPARHCS. Los resultados de este diagnóstico fueron presentados al Comité de la DAIA en Nicaragua al finalizar el estudio. Así mismo se presentaron algunos rubros generales sobre como esta segmentado el mercado de la planificación familiar en Nicaragua, como primer paso.

El sector nicaragüense de la salud está formado por un subsector público representado por el Ministerio de Salud (MINSa), el Instituto de Seguridad Social de Nicaragua (ISSN), el Ministerio de Gobernación, y el Ministerio de Defensa. Los 17 SILAIS (Sistema Local de Atención Integral de la Salud) representan al MINSa en aspectos técnicos y administrativos en los Departamentos y Regiones Autónomas del país y supervisan la atención brindada en los establecimientos de salud.

El subsector privado incluye hospitales, clínicas, Empresas Médicas Provisionales (EMP), farmacias comerciales y una variedad de Organismos no Gubernamentales (ONG) con fines asistenciales y de desarrollo. Entre las encuestas de 1998-2001, el 60% de la cobertura de atención primaria en Nicaragua era prestada por el MINSa, 10% financiado por el INSS, 20% por los establecimientos y programas privados y 10% por otros³.

Otros en el sector de la salud que desempeñan una función en la DAIA son los fabricantes e importadores de anticonceptivos, las compañías de seguros privadas, la sociedad civil, las organizaciones de base y de defensa de la causa de la salud reproductiva y los derechos de la mujer.

Desde 1992 a 2001, la Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos (TPA) en Nicaragua ha aumentado casi 20 puntos porcentuales, de 45%, a 57.4%, a 66%⁴ (ver Figura A1). En un periodo de apenas tres años, 1998-2001, hubo un aumento en todos los índices de riqueza de por lo menos siete puntos porcentuales (ver Cuadro A2). Los cambios en mortalidad, fertilidad y prevalencia en el uso de anticonceptivos han sido dramáticos en los últimos diez años. Las tasas de mortalidad infantil y en la niñez se han reducido en casi la mitad y la tasa de mortalidad materna también parece haberse reducido desde que se la midió por primera vez en 1992. La fertilidad total se ha reducido en una tercera parte, y el uso de métodos anticonceptivos modernos ha aumentado, y ahora incluye a las dos terceras partes de todas las mujeres en edad de reproducción en unión.

³ ENDESA 1992-3, 1997-1998, 2001, Métodos Modernos, MEF en unión

⁴ ENDESA 1992-3, 1997-1998, 2001, Métodos Modernos, MEF en unión

TPA y Necesidad Insatisfecha

La encuesta de 2001 muestra que en Nicaragua la TPA (métodos modernos únicamente) es 66%. No obstante, si bien la TPA es alta, también lo es la necesidad insatisfecha, 15%. Además, pese a que los servicios de planificación familiar en Nicaragua están distribuidos en forma bastante equitativa, siguen habiendo desigualdades entre los ricos y los pobres, los que tienen educación y los que no la tienen, y la población urbana y la rural. Más aún, hay marcadas diferencias entre los departamentos del país. Atlántico del Norte (RAAN) y Jinotega muestran las deficiencias más graves en servicios y productos de planificación familiar, lo cual significa que estas zonas tienen el mayor índice de necesidad insatisfecha entre las MEF (ver Cuadro A3).

Quintil de riqueza

Hay una relación directa entre la TPA y la riqueza: La TPA se reduce a medida que se reduce la riqueza. La TPA es más alta (71%) en el quintil más alto, comparado con una TPA de apenas 50% en el quintil más bajo. Lo contrario ocurre con la necesidad insatisfecha, la cual se reduce a medida que la riqueza aumenta. Más de la cuarta parte de las mujeres en pareja del quintil más bajo de riqueza tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar, comparadas con apenas un décimo del quintil más alto, lo cual indica que el **quintil más bajo es el más subatendido**. También es interesante mencionar que las MEF en pareja del quintil más bajo tienen tres veces más necesidad insatisfecha de limitar su número de hijos (17%) que las que se encuentran en el segmento más alto (5%), lo cual implica una necesidad de métodos permanentes y de largo plazo en el segmento más bajo.

Residencia

Cuando se examinan las variaciones urbanas/rurales, las MEF en pareja de zonas **urbanas tienen menos necesidad insatisfecha que sus contrapartidas rurales** (12% y 19%, respectivamente) y TPA más alta (71% y 60%, respectivamente). Además, aquéllas en zonas rurales tienen una necesidad general más alta de limitar el número de hijos, antes que espaciarlos, que las mujeres de zonas urbanas. Una segmentación más a fondo de la residencia por riqueza revela un 26% de necesidad insatisfecha entre la población rural más pobre, comparado con 17% para la población urbana más pobre, lo cual indica que la población **rural pobre es la más subatendida** (ver Cuadros A4 y A5).

Educación y edad

La necesidad insatisfecha de planificación familiar en Nicaragua también varía por edad y nivel de educación. Casi la cuarta parte (23%) de las mujeres en pareja que no tienen educación tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar, más del doble que aquéllas con más alto nivel de educación (10%).

En términos de edad, 17% de las MEF entre 15-29 años de edad tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar, mientras que sólo 13% de las mujeres de 30-49 experimentan la misma necesidad. Como es de prever, la necesidad insatisfecha en el segmento más joven es de espaciar los nacimientos, mientras que en el segmento de más edad la necesidad es de limitarlos. (ver Cuadro A3)

Departamentos

En casi todos los departamentos, la necesidad insatisfecha excede 10%, mientras que la TPA oscila entre una cifra baja de 44% en Atlántico del Norte a una alta de 73% en León. Raan parece ser la zona más subatendida y el único departamento en el cual menos de la mitad de las mujeres en pareja usan

anticonceptivos. Además de tener la TPA más baja, también tiene la necesidad insatisfecha más alta (29%). Después de RAAN, Jinotega parece ser el departamento menos atendido, con una TPA de apenas 52% y una necesidad insatisfecha de 21%. Como se indica en las características de las entrevistadas, vemos que tanto RAAN como Jinotega son predominantemente/comparativamente pobres y rurales. Casi dos tercios de las MEF en RAAN se encuentran en los dos quintiles más bajos, y 73% de la gente vive en zonas rurales. (ver Cuadros A1 y A6) Igual que RAAN, casi la mitad (46%) de las MEF en Jinotega también se encuadran en el quintil más bajo, y más de 80% de la gente vive en zonas rurales. Además de ser pobres y rurales, estos dos departamentos tienen una infraestructura muy deficiente (transporte/carreteras, instalaciones de salud, electricidad y agua potable) y acceso geográfico limitado debido a su terreno montañoso.

Por el contrario, los departamentos con menos necesidad insatisfecha son León (9%) y Carazo (9%), los dos departamentos con nivel más alto de cobertura del INSS del sector formal (Estelí [14%] y Managua [20%] son los de nivel más alto). León también es el departamento con la TPA más elevada (73%) del país. Estos departamentos tienen infraestructuras relativamente buenas con acceso fácil a carreteras e instalaciones como agua potable y acceso a electricidad. (ver Cuadros A3 y A19)

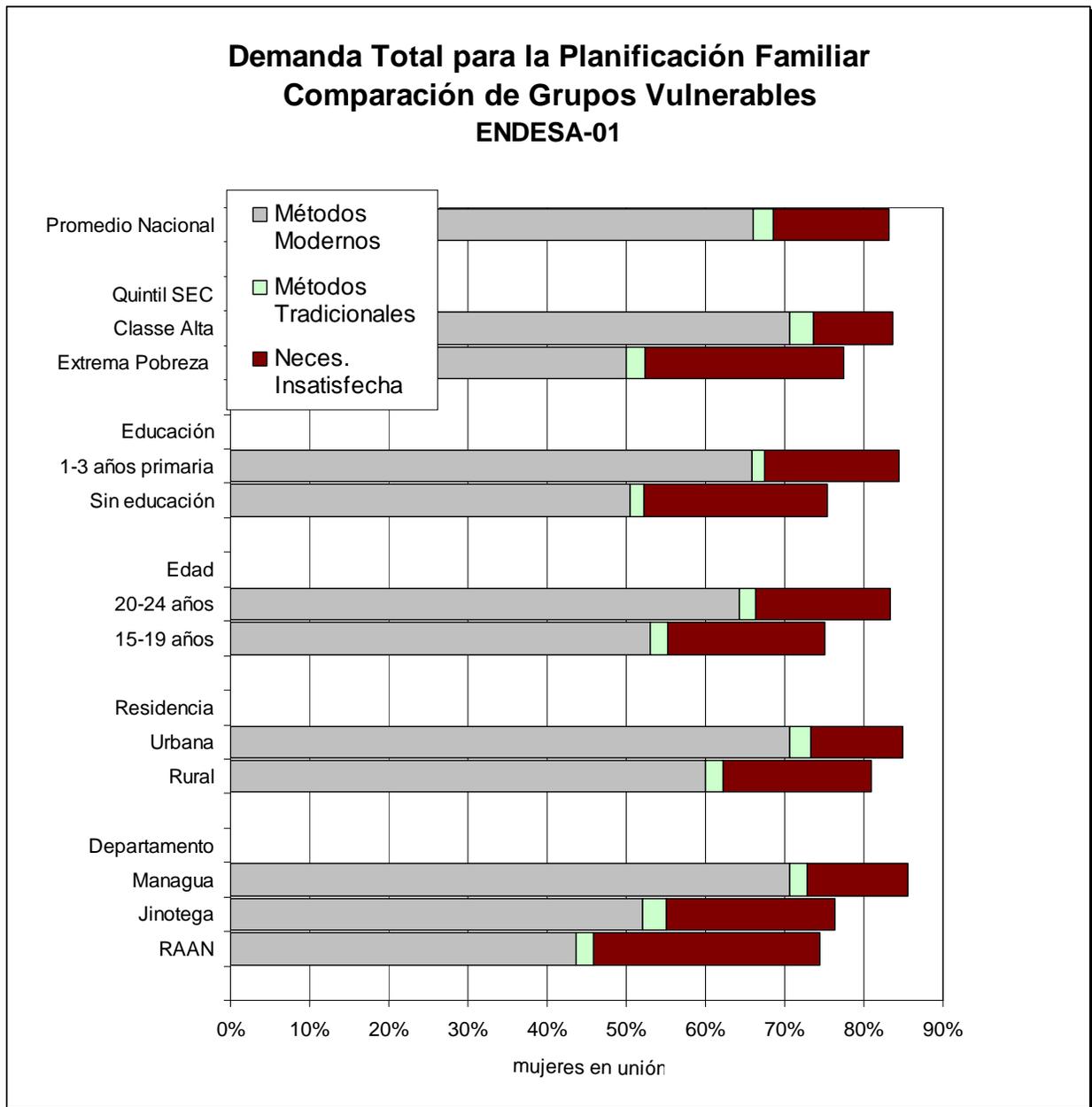
Cuando examinamos Managua y Granada, vemos que la TPA es 71% y 68%, respectivamente, y la necesidad insatisfecha es 13% y 12%, respectivamente. (ver Cuadro A3) Sabemos que estos departamentos tienen infraestructuras fuertes y tasas de empleo más altas (vg., sus residentes son más adinerados) y que más de sus poblaciones viven en zonas urbanas. Dada la relativamente alta necesidad insatisfecha tanto en Managua como en Granada y la relativa facilidad de acceso geográfico a farmacias e instalaciones de salud, se podría llegar a la conclusión de que puede haber escasez de insumos de planificación familiar en estos dos departamentos, ya que la demanda es superior a la oferta.

Otras zonas más alejadas requieren más análisis. Si bien Boaco tiene muchas zonas difíciles de alcanzar, aproximadamente 70% de sus MEF usan métodos modernos. Además, Nueva Segovia y Matagalpa tienen terreno sumamente difícil e infraestructura deficiente; no obstante, su TPA es más alta que la de Jinotega y RAAN. Tal vez otros factores contribuyen al éxito de Nueva Segovia, Matagalpa y Boaco, por ejemplo un equipo fuerte de gestión de Sistemas Locales de Atención Integral de la Salud (SILIAS), distribución de la riqueza, población en zonas de concentración, etc. Por ejemplo, la población urbana en Nueva Segovia es 45%, más de la mitad de las MEF se encuentran en los tres quintiles más altos, y sólo 4% de las MEF del quintil más bajo del país viven en esta zona. Otra explicación podría ser que la población urbana de Matagalpa (32%) y Nueva Segovia (45%) es más alta que la de Jinotega (19%) y RAAN (27%); y una vez más, más de la mitad de las MEF se encuentran en los tres quintiles más altos (ver Cuadros 2, A1, A6).

Por otro lado, la necesidad insatisfecha en Masaya es 16%, pero es principalmente urbana y peri-urbana, y el acceso a los servicios y productos de PF debería de ser fácil de obtener.

De la población de MEF, real en unión, las más subatendidas son del quintil más bajo, las menos educadas, las de zonas rurales, las más jóvenes (15-29 años), y las de Jinotega y Raan (ver Cuadro A7 y Figura 1).

Figura 1: Disparidades en TPA y Necesidad Insatisfecha , Nicaragua, 2001



Mezcla de Métodos

Tendencia

Entre 1998 y 2001, los métodos anticonceptivos dominantes entre las MEF en pareja usuarias de PF en Nicaragua eran la esterilización, la píldora, el DIU y los anticonceptivos inyectables. Entre 1998 y 2001, se produjeron cambios de importancia en la preferencia de métodos entre las MEF; sin embargo, es difícil explicar por qué ocurrieron esos cambios. Si bien la esterilización de la mujer sigue siendo el método más popular de planificación familiar entre las usuarias, la proporción de aceptación se ha reducido, de 45% en 1998 a 38% en 2001. La disminución fue más marcada en el quintil más bajo, en el cual el uso de la esterilización femenina bajo del 39% en 1998 a 23% en 2001. En los tres últimos años, la proporción de aceptación de inyectables aumentó más que ningún otro método, de 9% a 22%. Mientras que el aumento de usuarias de inyectables entre 1998 y 2001 es observable en todos los quintiles de riqueza, es particularmente notable entre las del quintil más bajo, en el cual el uso de la inyección en 1998 era de solo 9%, comparado con 38% en 2001, y en el medio más bajo de 9% a 27% en el lapso de tres años. La proporción de usuarias del DIU se redujo de 16% en 1998 a 10% en 2001. (ver Cuadros A8 y A20, y Figura 2).

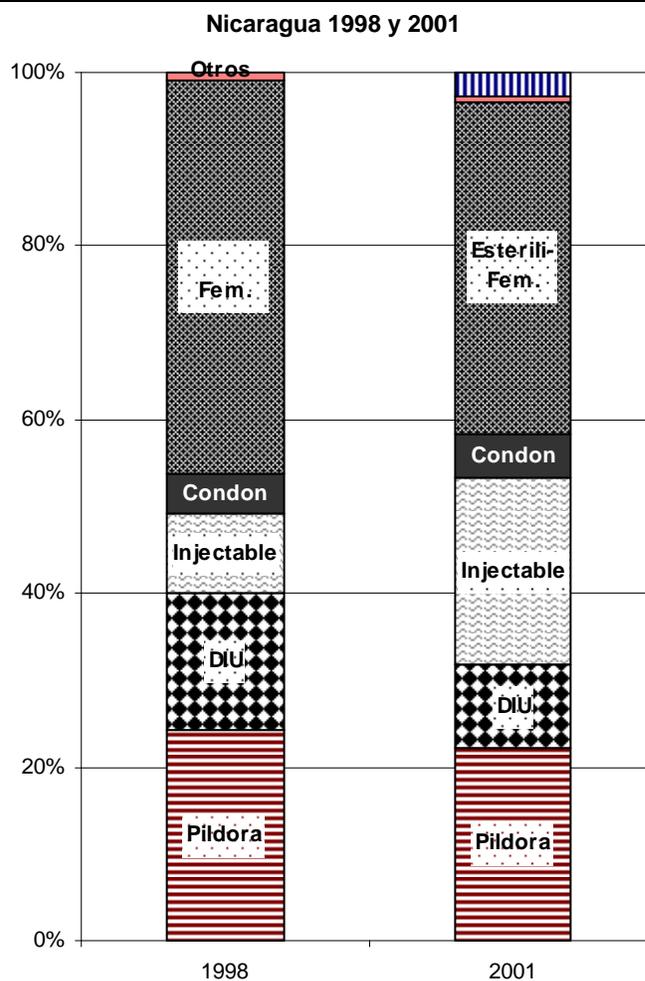
Quintil de riqueza y residencia

Se disciernen algunos patrones claros en el uso de métodos en relación a la riqueza. La proporción de usuarios de inyecciones tiende a disminuir a medida que aumenta la riqueza (más bajo: 40%; más alto: 13%). Mientras que las inyecciones se aplican como método preferido en el quintil más bajo de riqueza, la esterilización femenina y el DIU se aplican como método preferido en el quintil más alto de riqueza (Esterilización femenina: más bajo: 24%; más alto: 44% y DIU: más bajo: 5%; más alto: 15%). (ver Cuadro A8)

Estos patrones son muy similares tanto en las zonas urbanas como en las rurales. La diferencial de la mezcla de métodos es mayor entre residentes rurales y urbanas si se compara el uso de DIU (rural: 5% y urbana: 12%), inyectables (rural: 30% y urbana: 16%), y condones (rural: 3% y urbana: 6%).

Las mujeres con más poder adquisitivo tienen más probabilidades de vivir en zonas urbanas, lo cual puede explicar la similitud en las tendencias de residencia y riqueza para la esterilización, los condones, el DIU y los inyectables. Igual que con el análisis de riqueza, estos resultados suscitan inquietud con respecto a acceso, igualdad y capacidad de elegir entre la población rural (pobre).

Figure 2: Distribución de mujeres actualmente en pareja que usan un método anticonceptivo moderno, por año de la encuesta.



Edad

En términos de edad, es comprensible que el grupo más joven tienda a usar más los métodos de corto plazo que los de largo plazo, y que la dependencia de los métodos de largo plazo domine a medida que las MEF tienen más años. Por ejemplo, 34% de las MEF de 15-29 años de edad que usan anticonceptivos prefieren la píldora, comparado con apenas 13% de las que eligen ese método entre los 30-49 años. Por otro lado, casi 60% de las MEF de 30-49 años elige la esterilización femenina, comparado con algo más de 11% entre los 15-29 años. La distribución del uso del condón es aproximadamente igual entre ambos grupos etarios. Esto coincide con la preferencia en muchos países y tiene relación con el ciclo de vida de las MEF. (ver Cuadro A8)

Departamento

Parece haber considerable variación en la mezcla de métodos por regiones y departamentos. La proporción de usuarias del DIU fluctúa entre una cifra baja de 2% (RAAS) a una alta de 17% (Managua). Asimismo, la proporción de usuarias de PF que aceptan inyectables varía, de un máximo de 42% (Boaco) y 38% (Jinotega) a un mínimo de 14% para Estelí, y la proporción de usuarias de PF que eligen la esterilización femenina varía de 26% (Jinotega) a 51% (Carazo). (ver Cuadro 8)

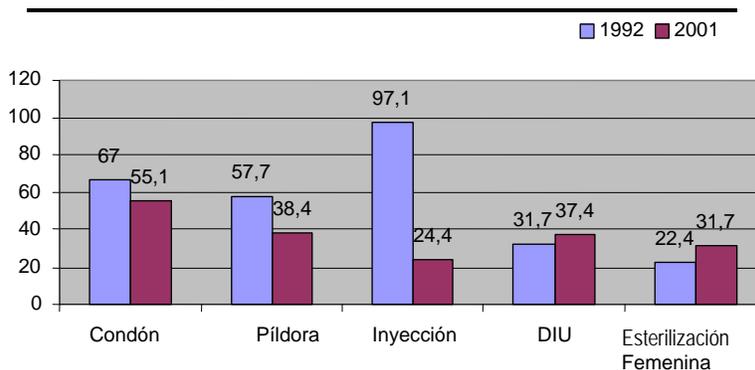
La proporción de usuarias de PF que aceptan métodos en el largo plazo (cifras combinadas para DIU y esterilización) es más alta en León (57%), Managua (57%), y Carazo (56%). Es interesante que estos tres departamentos también notifiquen la TPA más alta y la necesidad insatisfecha más baja del país.

Fuente/Suministro

Tendencia

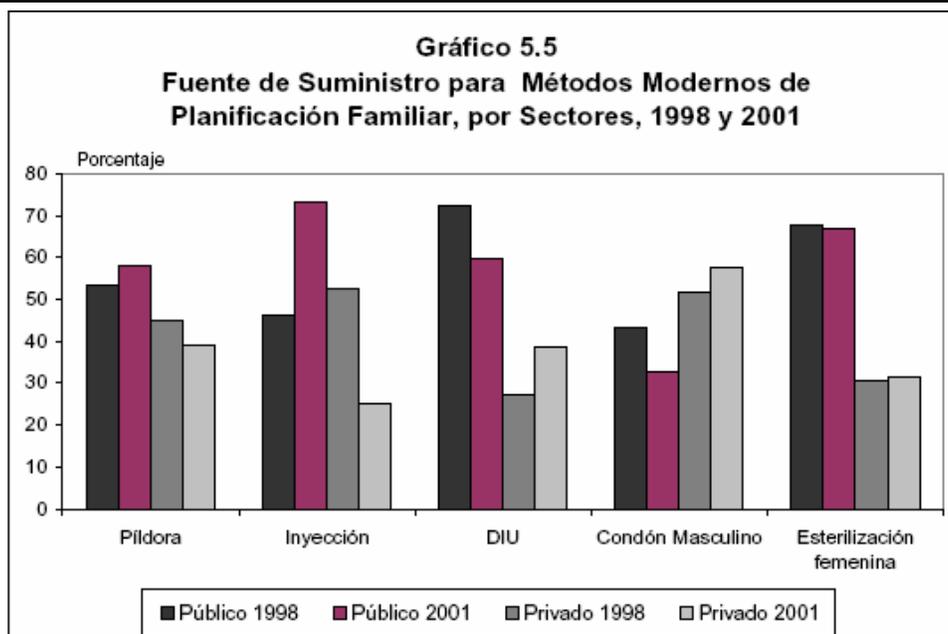
La encuesta de 2001 mostró que el sector público desempeñó un papel predominante en la provisión de servicios y productos de planificación familiar. En los últimos diez años la distribución de condones ha estado principalmente en manos del sector privado; no obstante, el uso del condón se ha reducido, de 67% en 1992 a 55% en 2001. Los métodos hormonales temporarios se han reducido considerablemente, de 57,7% en 1992 a 38,4% en 2001, y los inyectables, de 97,1% a 24,4% en el mismo periodo. Además, los métodos en el largo plazo suministrados por el sector privado, principalmente el DIU y la esterilización, aumentaron ligeramente durante el mismo periodo de 10 años, 1992-2001 (ver Figura 3: Fuentes del Sector Privado por Método 1992-2001)⁵. ***

Figura 3: Fuentes del sector privado, por método, ENDESA 1992 y 2001



⁵ (2001) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA)

Figura 4: Fuente de Suministro para Métodos Modernos de Planificación Familiar, por Sectores, Nicaragua, 1998 y 2001



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud, República de Nicaragua (MINSa). (2001) *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA)*. Nicaragua

La principal fuente de anticoncepción en 1998 fue el sector público (62%) y en 2001 incrementó solamente al 64%. Entre los años de la encuesta, 1998 y 2001, se produjeron cambios significativos en la mezcla de métodos por origen. La provisión de inyectables por el MINSa fue la que más aumentó, de 38% en 1998 a 62% en 2001, y, por el contrario, las inserciones de DIU y el uso del condón disminuyeron (DIU: 72% a 59%; condón: 40% a 30%). La provisión de inyectables por el sector privado total (ONG, farmacias y proveedores privados) pasó del 52% en 1998 al 24% en 2001. La encuesta de 2001 muestra que el MINSa es el mayor proveedor de servicios de planificación familiar en Nicaragua (ver el Figura 4/Gráfico 5.5). Los centros de salud del MINSa han incrementado su participación en un 60 por ciento en la oferta de la inyección (al pasar de 38 a 62 por ciento desde 1998), disminuyendo en el suministro del condón y el DIU (en 9 y 7 puntos porcentuales respectivamente)⁶.

Fuente

Para 2001, el sector público era la principal fuente de suministros, con el 64% de todos los métodos modernos, salvo los condones (y la esterilización masculina). Las clínicas públicas proveyeron el 67% de la esterilización femenina, el 58% de todas las píldoras, el 60% de los DIU, y el 73% de las inyecciones (ver Cuadro A11).

Las farmacias y otros negocios minoristas ocuparon el 14% del mercado, mientras que las ONG y las clínicas privadas ocuparon el 13% y el 7%, respectivamente, de los métodos modernos. Las ONG proveyeron alrededor del 20% de las inserciones de DIU y de la esterilización femenina; las clínicas

⁶ (2001) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA)

privadas realizaron 10% de la esterilización femenina y 15% de las inserciones de DIU; y las farmacias entregaron 33% de las pastillas, 16% de las inyecciones, y 52% de los condones.

Es interesante observar que la esterilización femenina y el DIU se emplearon más en el quintil más alto de riqueza, lo cual indica que el quintil más alto se está volviendo hacia el sector público en procura de estos métodos.

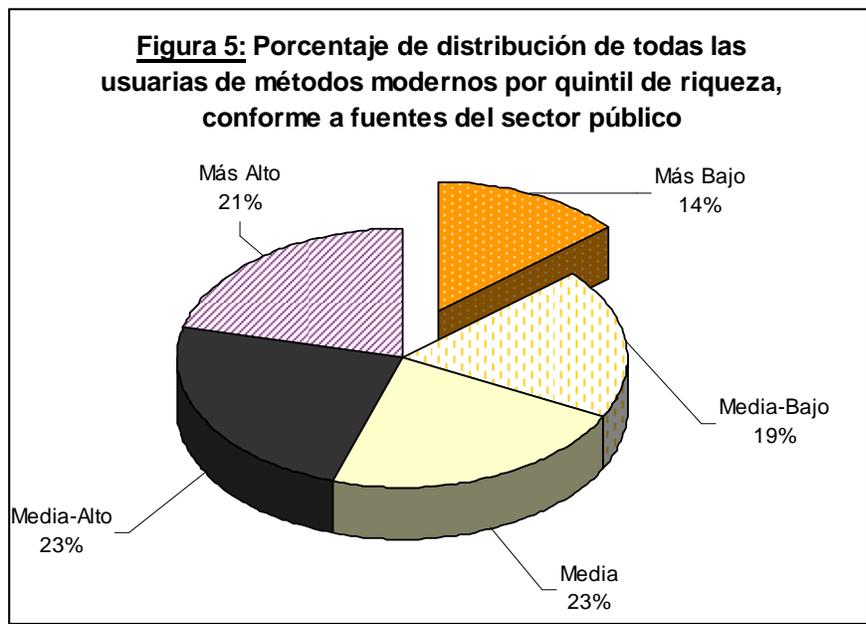
De esto es posible inferir que, en general, el uso del sector público por los quintiles más altos está limitando la disponibilidad de servicios de esterilización femenina y DIU a los quintiles más bajos. Esto tiene importancia porque la mayoría de los servicios de esterilización en el sector público están siendo usados por personas que podrían tener la capacidad de pagar por ellos a otros proveedores. Esta situación deja menos de los escasos recursos para esterilización femenina y DIU del sector público para el quintil más bajo (ver Cuadro A12).

Por otro lado, tanto las ONG como el sector privado podrían diversificar su suministro. Los servicios de esterilización femenina dan cuenta de casi dos terceras partes (74%) de los servicios de las ONG, seguidos de las inyecciones (10%) y los DIU (9%). La esterilización femenina da cuenta de la mayoría (59%) de los servicios del sector privado, y los DIU de casi la quinta parte, o 17% (ver Cuadro A13). Un total de 31% de aquéllas en los quintiles más altos están recurriendo al sector público para sus anticonceptivos orales, y 47% está usando bocas de expendio privadas (7%) o farmacias (40%) (ver Cuadros A14 y A15).

Quintil de riqueza y residencia

Más de 21% de las mujeres clientas del sector público en edad fértil que son usuarias de métodos modernos pertenecen al quintil más alto, y 24% pertenecen al segundo quintil medio-alto (ver Cuadro A16). Contrariamente, sólo 32% de las clientas del sector público son del quintil más bajo (14%) y del medio-bajo (19%). La tasa de prevalencia de anticonceptivos más baja entre las mujeres más pobres

puede atribuirse a la falta de acceso de estas mujeres a servicios anticonceptivos públicos.



Tanto en zonas urbanas como rurales, el sector público es la principal fuente de suministros de métodos modernos. Entre las mujeres rurales en edad fértil en pareja, el sector público (74%) es la principal fuente, seguida por clínicas de ONG (12%). Una mayoría considerable de la población más pobre (80%) y media pobre (74%) usa el sector público. Además, por lo menos la mitad del quintil medio-alto (68%) y del

quintil más alto de riquezas (50%) también usan el sector público como su principal fuente de suministros en zonas rurales (ver Cuadros A11 y A17).

En zonas urbanas, 58% recurre al sector público, seguido de las farmacias (16%) y las ONG (14%) (ver Cuadro A11). En zonas urbanas, los sectores pobre y medio-pobre usan el sector público como su principal fuente de métodos modernos. En zonas urbanas, el quintil medio-rico 6% recurre a fuentes privadas y 12% a las farmacias, y 15% de los ricos usa fuentes privadas, y 16% usa la farmacia. Por el contrario, 43% de aquéllas en el quintil más alto de riqueza y 60% de aquéllas en el quintil medio-alto en zonas urbanas usan el sector público (ver Cuadro A18).

Departamento

Nueva Segovia, Jinotega, Madriz, y Río San Juan recurren principalmente al sector público en busca de productos de planificación familiar, y al menos 80% de los consumidores recurren a servicios del sector público. En Nueva Segovia, 84% busca servicios del sector público y 2% de fuentes privadas.

Mujeres en edad fértil en pareja de Managua son las que menos recurren a las fuentes públicas, apenas 48%, y en su lugar recurren a fuentes privadas, 12%. Managua, Chinandega, RAAN, León, y Estelí tienen las cifras más altas de uso del sector privado, con 12% (Managua) y 5% (Estelí). La cifra de 9% en la RAAN es interesante dado que la TPA está entre las más bajas de todos los departamentos con la cifra más alta de necesidad insatisfecha a nivel nacional. Sin embargo, el uso del sector privado en la RAAN sigue siendo un segmento pequeño del uso total, ya que casi dos terceras partes de las MEF de la RAAN siguen dependiendo de los recursos del sector público. (ver Cuadro A11)

Edad

Más del doble de la proporción de mujeres del grupo etario más joven, 20%, recurre a farmacias y comercios minoristas para obtener sus anticonceptivos, comparado con apenas 9% de las que pertenecen al grupo de más edad. Por el contrario, 18% de las mujeres del grupo de mayor edad usa el sector de ONG y clínicas, comparado con menos de la mitad de esa cifra, o 7%, del grupo de menos edad. Algo más del 60% de las mujeres de ambos grupos etarios emplea los servicios públicos. (ver Cuadro A11)

Lineas Estrategicas y Opciones para el Futuro

A fin de elaborar una estrategia de mercado que racionalice y coordine intervenciones sectoriales, incluida la selección de segmentos y métodos como objetivos, es esencial adoptar tantos procesos como sistemas y estrategias programáticas. Esta sección presenta líneas estratégicas que los miembros del Comité de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos han identificado como las más factibles para el abordaje del mercado entero en cuanto a la planificación familiar.

Racionalización de recursos: segmentación y focalización de opciones

La focalización de estrategias ayuda a identificar posibles ventajas comparativas de cada uno de los sectores que provee productos y servicios de planificación familiar (MINSa, INSS, ONG y sectores comerciales) y puede ayudar con la definición del papel que juegan los abastecedores de productos y la racionalización de uso/venta de estos productos y servicios. Los datos sobre los sectores urbanos y rurales son fáciles de conseguir en este contexto a través de la ENDESA y pueden ser utilizados como representativos de segmentos ricos y pobres de la población.

Sector público:

MINSa

Actualmente el gobierno de Nicaragua, a través del MINSa, proporciona anticonceptivos gratuitamente a cualquier cliente que busque estos servicios o productos en instalaciones públicas, sin importar su habilidad de pagar o su nivel de ingresos. Para maximizar recursos, MINSa podría cambiar su papel a el de:

- *Rectoría y coordinación* de productos y servicios de planificación familiar para asegurar la disponibilidad a cada sector y, con este esfuerzo, *focalizar* en la meta de obtener seguridad anticonceptiva por sector. Esto implicaría que cada sector cubriría segmentos específicos de la población y sería la responsabilidad de MINSa asegurarse que no haga falta ni se duplique la cobertura de estos servicios y productos.
- *Regulación y control de calidad* de productos y servicios de planificación familiar. En cuanto MINSa dejaría de proveer todos los métodos anticonceptivos a todas las poblaciones y empezaría a coordinar y asegurarse que todas las necesidades están siendo satisfechas, también sería la responsabilidad del sector público asegurarse que el control de calidad exista en el sector comercial/privado. Por lo tanto, la regulación de calidad sería una función importante de MINSa en su nuevo papel de coordinador y rector.
- *Enfocar en poblaciones con menos acceso* (pobres, jóvenes, rurales, ciertas regiones inaccesibles). Bajo esta opción MINSa coordinaría, tanto como fuera posible, las contribuciones de cada sector, para así satisfacer la seguridad anticonceptiva. Probablemente algunos grupos van a ser difíciles de

alcanzar y las ONG y sectores comerciales no podrán llegar a cubrirlos – específicamente grupos pobres y rurales y grupos en regiones con menos acceso. Estos grupos serían servidos por el sector público. Sin embargo, la segmentación de análisis por renta es difícil y costosa, y podría ser más fácil que MINSA utilice el segmento rural como representativo del sector pobre de la población (los 93% de las MEF en unión en Nicaragua son del quintil de riqueza más bajo y viven en áreas rurales; solamente siete por ciento de las MEF viven en áreas urbanas). Estos sectores de la población tienen la necesidad insatisfecha más alta y son los más difíciles y económicamente costosos de alcanzar. Por este motivo, estos grupos no son económicamente viables como poblaciones de enfoque para el sector privado y las ONG, que generalmente requieren la recuperación de costos para asegurar sostenibilidad financiera. Para enfocar con eficacia en las poblaciones con menos acceso, MINSA podría hacer un número de cosas incluyendo:

- Considerar *contratar a las ONG* para ampliar la cobertura, como fue hecho en Nicaragua en base experimental, bajo un proyecto del Banco Mundial; o a nivel nacional como en Guatemala, donde se utilizaron préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo, para aumentar la entrega de servicios de salud primarias. En éste contexto, el sector público mantendría la responsabilidad de servir a las áreas rurales, pero las ONG desarrollarían redes de contactos y relaciones al nivel comunitario en estas regiones difíciles de alcanzar. Además las ONG podrían usar estrategias diferentes para enfocar en estos grupos. Por ejemplo, las ONG podrían fortalecer la calidad de servicios para satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos de largo plazo a través de clínicas móviles, etc., tomando en cuenta la alta necesidad y demanda de los sectores pobres y rurales de la sociedad.

Estas estrategias pueden ser más costosas, pero como parte de una nueva estrategia del mercado entero, se liberarían recursos del sector público que MINSA podría invertir en sectores vulnerables de la población. Sin embargo, el sector público también podría conducir un análisis de costo-beneficio para decidir si contrata a las ONG. Se debe observar que si el ministerio de salud no desea contratar a las ONG también podría servir en la capacidad antedicha, pero tendría que encargarse de crear la infraestructura y proveer el personal necesario para encargarse de estos sectores, donde las ONG ya podrían estar funcionando.

- *Ofrecer una mezcla de métodos básicos.* Para obtener seguridad anticonceptiva, el sector público necesitaría asegurarse de que esté disponible una mezcla completa de métodos anticonceptivos, incluyendo condones. El sector público no necesitaría proveer múltiples marcas de fabricación del mismo método porque los sectores comerciales y las ONG se encargarían de ofrecer esta variedad.
- *Servir como una red de seguridad.* Además de enfocar en los grupos rurales y pobres, sería la responsabilidad del sector público de servir como una red de seguridad, ofreciendo servicios a los grupos que, por cualquier razón, no pueden tener acceso al mercado privado o al de las ONG.

INSS

Las personas cubiertas por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) incluyen al sector de trabajo formal, que llegan a ser alrededor del 11% de la población. La mayoría de los individuos cubiertos por INSS viven en áreas urbanas y caen entre la cuarta y la quinta quintil de riqueza. Dada la situación socioeconómica de Nicaragua y su la actual y probable población futura cubierta por INSS, el instituto podría tomar un número de medidas para mejorar la segmentación del mercado anticonceptivo y aumentar con eficacia la confianza urbana/Q4 y Q5 en INSS. Así se podría disminuir la dependencia en los servicios financiados por el gobierno/MINSA. Estas opciones incluyen:

- promover servicios y mercadería de planificación familiar.

- utilizar los resultados del análisis de costo (financiado por USAID) junto con una estrategia de información, educación y comunicación para promover el uso de la planificación familiar entre los que tienen beneficios del INSS.

ONG

Las ONG tienen el potencial de jugar varios papeles en ésta nueva estrategia de mercado total para la planificación familiar, incluyendo:

- *Ayudar la MINSA de alcanzar las poblaciones pobres, rurales, y con menos acceso.* Según lo discutido anteriormente, MINSA podría optar por contratar ciertas ONGs para ayudar a resolver las necesidades insatisfechas en las áreas rurales. La contratación de las ONG podría ser en una forma más eficiente y manejable para MINSA. De esta forma selectas ONG serían las abastecedoras de servicios de salud primarios en áreas rurales y difíciles de alcanzar. Las ONG desarrollarían estrategias para satisfacer la demanda insatisfecha, usando los resultados de la segmentación del mercado, resumidos en este informe, y conduciendo un análisis de los motivos del no uso de los anticonceptivos. Por ejemplo, debido a la alta necesidad insatisfecha de limitar en este segmento de la población, las ONG podrían desear introducir clínicas móviles u otras estrategias para asegurar el acceso y la disponibilidad de los métodos de la planificación a largo plazo. Los proveedores de servicios primarios de salud ya podrían estar funcionando en áreas difíciles de alcanzar. De esta forma la planificación familiar se podría integrar a los servicios existentes.
- En particular, *el mercado de enfoque de Profamilia necesita ser identificado*, clarificado y, por lo tanto, se debe desarrollar un plan de sostenibilidad para que la población de enfoque de Profamilia no sea la misma que la de MINSA y la sostenibilidad financiera sea obtenida más fácilmente. Actualmente las clínicas peri-urbanas de Profamilia parecen estar compitiendo con las clínicas privadas. Al definir este mercado claramente, basándose en estudios de mercado, Profamilia podría trabajar en coordinación cercana con MINSA. Profamilia y MINSA podrían llegar a proveer acceso universal a la planificación familiar, evitando la duplicación de MINSA y/o abastecedores y farmacias comerciales.
- *Ofrecer diferenciación de marcas de fabricación.* Si MINSA opta ofrecer solamente la mezcla básica de métodos según lo sugerido arriba, sería óptimo si Profamilia, PASMO, y otras ONG pudieran ofrecer otras marcas para complementar las fuentes de oferta de MINSA.

Sector Comercial

Aunque el Comité de Seguridad Anticonceptiva no necesariamente podría afectar directamente las fuentes de oferta del sector comercial de productos y servicios de planificación familiar con la implementación de algunas de las opciones enumeradas arriba, MINSA sí podría influenciar indirectamente los servicios anticonceptivos y los productos ofrecidos por el sector privado. Las empresas privadas y las farmacias comerciales además serían beneficiadas si colaboran con el Comité de Seguridad Anticonceptiva y el MINSA. Las empresas y las farmacias podrían utilizar los estudios de mercado para determinar si sus productos son viables para diversos grupos de la población y en diversas áreas geográficas. Estas son algunas de las posibles áreas de enfoque para el sector comercial, tomando en cuenta estudios de mercado:

- Enfocar en poblaciones urbanas (como representativos de los grupos más ricos)
- Si el 93% de MEF en unión del quintil más alto viven en áreas urbanas, y solamente siete por ciento de las mujeres pobres viven en áreas urbanas, existe mucho potencial para que el sector comercial

aumente sus ventas en las áreas urbanas, que generalmente también tienen una mayor concentración de riqueza y acceso más fácil a todos los servicios.

- Ampliar la promoción de esterilización femenina, ciclos orales, DIUs, e inyectables en el mercado. Actualmente los sectores más ricos de la población (en áreas urbanas) dependen del sector público para obtener esterilización femenina, ciclos orales, DIUs, e inyectables. Por este motivo, es importante considerar la viabilidad del sector comercial en estos mercados donde la venta de métodos está siendo dominada por el sector público. Algunas opciones para llegar a esta meta incluyen:
 - Cooperar con organizaciones de comercialización social, de modo que estas organizaciones proporcionen DIUs e inyectables a clínicas a precios subvencionados. Las clínicas privadas a su vez podrían venderlos a precios reducidos y administrarlos a los clientes.
 - Explorar posibles conflictos con los farmacéuticos que normalmente proporcionarían estos tipos de métodos.

Apéndices

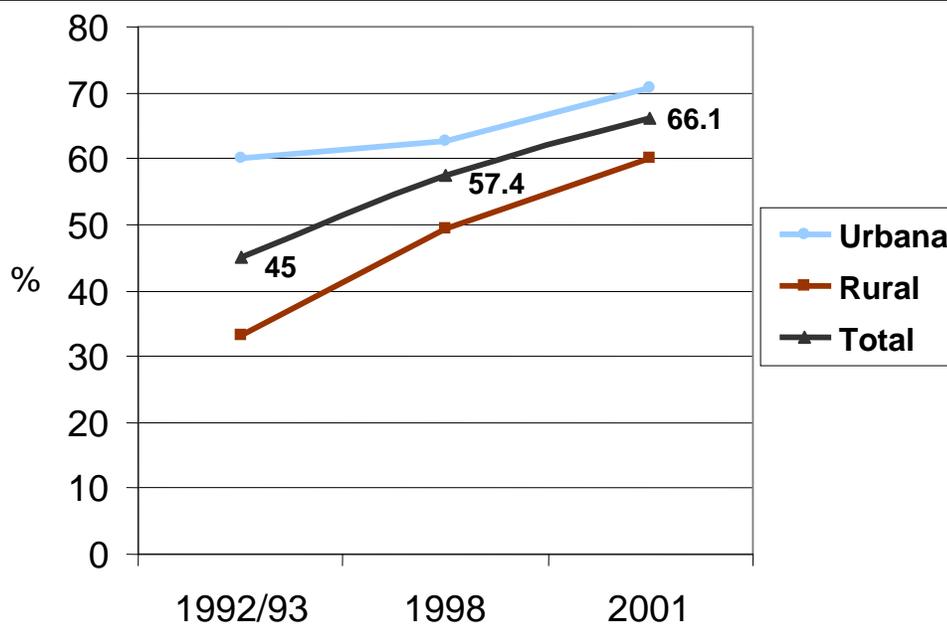
Cuadros y Figuras: Introducción

Cuadro A1: Distribución de las mujeres en pareja por quintil de riqueza según departamento

Departamento	Más Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Más Alto	Total
Nueva Segovia	18,11	28,61	25,46	20,21	7,61	100,00
Jinotega	46,23	27,39	10,55	9,30	6,53	100,00
Madriz	32,81	33,33	15,10	7,55	11,20	99,99
Estelí	14,36	20,74	21,54	24,20	19,15	99,99
Chinandega	11,29	20,77	26,23	22,04	19,67	100,00
León	7,38	18,03	23,77	25,61	25,20	99,99
Matagalpa	22,48	23,89	22,12	18,05	13,45	99,99
Boaco	32,99	21,37	14,52	15,98	15,15	100,01
Managua	0,55	3,72	14,88	28,24	52,62	100,01
Masaya	1,32	10,29	32,19	28,50	27,70	100,00
Chontales	17,90	19,95	18,67	20,97	22,51	100,00
Granada	6,84	13,92	25,32	23,29	30,63	100,00
Carazo	6,67	16,52	20,58	29,57	26,67	100,01
Rivas	11,14	19,13	24,21	27,36	18,16	100,00
Río San Juan	40,95	26,43	11,19	11,19	10,24	100,00
Atlántico Norte (Raan)	43,76	29,18	16,28	8,03	2,75	100,00
Atlántico Sur (Raas)	39,57	23,78	13,84	13,45	9,36	100,00
Total	16,21	17,23	19,19	21,57	25,81	100,01

Cuadros y Figuras: TPA y Necesidad Insatisfecha

Figura A1: Tasa de Prevalencia Anticonceptiva por Area de Residencia 1992-2000, Métodos Modernos, Mujeres en Unión



Cuadro A2: Tendencia en el uso de métodos modernos de anticonceptivos entre mujeres en pareja, por quintil de riqueza, Nicaragua 1998 y 2001

	1998	2001
Más Bajo	41%	50%
Medio-Bajo	51%	63%
Medio	61%	71%
Medio-Alto	64%	72%
Alto	64%	71%

Cuadro A3: Porcentaje de mujeres en pareja que usan PF y tienen necesidad insatisfecha de PF por características seleccionadas de antecedentes, Nicaragua, 2001

Características y antecedentes	Uso de anticonceptivo			Necesidad insatisfecha			Muestra
	Moderno	Tradicional	Total	De espaciamiento	De limitación	Total	
Quintil de riqueza							
Más bajo	49,80	2,35	52,15	8,66	16,76	25,4	1.203
Medio-bajo	62,72	1,81	64,53	7,10	10,63	17,7	1.279
Medio	70,78	2,29	73,07	4,94	8,08	13,0	1.424
Medio-alto	71,62	2,81	74,43	5,02	5,72	10,7	1.601
Más alto	70,62	2,95	73,57	4,64	5,33	10,0	1.916
Grupo etario							
15-29	63,23	2,18	65,41	10,24	6,97	17,2	3.391
30-49	68,57	2,77	71,34	2,96	10,17	13,1	4.033
Residencia							
Rural	60,00	2,29	62,29	6,98	11,72	18,7	3.150
Urbana	70,65	2,66	73,31	5,02	6,49	11,5	4.273
Departamento							
Nueva Segovia	65,62	3,94	69,56	5,25	9,71	14,96	252
Jinotega	52,01	3,02	55,03	9,30	12,06	21,36	456
Madriz	63,02	4,17	67,19	6,51	9,90	16,41	203
Estelí	71,01	5,59	76,60	4,26	8,24	12,50	373
Chinandega	68,49	2,73	71,22	4,74	7,10	11,84	621
León	72,95	1,84	74,79	4,51	4,71	9,22	526
Matagalpa	64,07	1,95	66,02	6,55	10,97	17,52	660
Boaco	69,92	1,45	71,37	5,19	7,05	12,24	238
Managua	70,66	2,07	72,73	5,65	7,16	12,81	1.944
Masaya	64,38	3,17	67,55	5,54	10,29	15,83	389
Chontales	70,59	1,79	72,38	3,84	6,65	10,49	216
Granada	67,59	3,80	71,39	5,82	6,58	12,40	158
Carazo	70,72	3,48	74,20	4,35	4,93	9,28	239
Rivas	71,67	1,69	73,36	4,12	8,47	12,59	222
Río San Juan	67,86	1,67	69,53	3,81	9,29	13,10	121
Atlántico Norte (Raan)	43,55	2,33	45,88	10,15	18,39	28,54	398
Atlántico Sur (Raas)	61,01	0,97	61,98	6,82	9,55	16,37	408
Educación							
No educación	50,35	1,78	52,13	7,32	15,90	23,2	1.346
Primaria	69,81	1,87	71,68	5,37	8,38	13,8	3.249
Secundaria	69,72	3,32	73,04	5,87	5,84	11,7	2.212
Superior	68,28	4,46	72,74	5,16	5,01	10,2	617
Seguro							
Afiliado al INSS	75,03	2,48	77,51	4,12	4,54	8,7	808
No afiliado	64,87	2,54	67,41	6,02	9,31	15,3	6.514
Total	66,13	2,50	68,63	5,85	8,71	14,6	7.424

Las variaciones estadísticamente significativas ($p < .05$) de uso de métodos modernos, tradicionales y total de necesidad insatisfecha entre las mujeres actualmente en pareja por variable de antecedentes se indican con un asterisco (*). Para el análisis se usó el software estadístico Stata.

Cuadro A4: Porcentaje de mujeres actualmente en pareja con necesidad insatisfecha de planificación familiar por quintil de riqueza, zona rural, Nicaragua, 2001

	Más Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Alto	Total
Necesidad insatisfecha de espaciamiento	9%	7%	5%	5%	7%	7%
Necesidad insatisfecha de limitación	17%	11%	8%	8%	2%	12%

Cuadro A5: Porcentaje de mujeres actualmente en pareja con necesidad insatisfecha de planificación familiar por quintil de riqueza, zona urbana, Nicaragua, 2001

	Más Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Alto	Total
Necesidad insatisfecha de espaciamiento	0%	8%	5%	5%	4%	5%
Necesidad insatisfecha de limitación	17%	10%	8%	6%	6%	6%

Cuadro A6: Población, Censo 1995

Departamento	Urbana	Rural	Total	% Urbana
Nueva Segovia	67.023	81.469	148.492	45,1
Jinotega	48.797	209.136	257.933	18,9
Madriz	27.411	80.156	107.567	25,5
Estelí	93.471	81.423	174.894	53,4
Chinandega	203.555	146.657	350.212	58,1
León	185.520	151.374	336.894	55,1
Matagalpa	122.440	261.336	383.776	31,9
Boaco	39.173	97.776	136.949	28,6
Managua	974.188	119.572	1.093.760	89,1
Masaya	137.546	103.808	241.354	57,0
Chontales	71.650	72.985	144.635	49,5
Granada	96.701	58.982	155.683	62,1
Carazo	85.620	63.787	149.407	57,3
Rivas	48.163	92.269	140.432	34,3
Río San Juan	14.928	55.212	70.143	21,3
Atlántico Norte (Raán)	51.224	141.492	192.716	26,6
Atlántico Sur (Raas)	103.339	168.853	272.252	38,0

Cuadro A7: Disparidades en necesidad insatisfecha, TPA, mezcla de métodos, y fuente, Nicaragua, 2001

Disparidades en necesidad insatisfecha, TPA, mezcla de métodos y fuente, Nicaragua, 2001

		Necesidad insatisfecha	Uso (Método moderno)	MEZCLA DE MÉTODOS				FUENTE			
				DIU	Inyección	Condón	Esterilización femenina	Pública	Privada	Farmacia/ Comercio	ONG/ Clínica
Edad	15-29	17	63	11	34	5	11	65	5	20	7
	30-49	13	69	9	12	5	59	63	8	9	17
Residencia	Rural	19	60	5	30	3	35	74	3	9	12
	Urbana	12	71	12	16	6	41	58	9	16	14
Región	Atlántico Norte (Raan)	29	44	6	42	3	28	74	9	12	3
	Jinotega	21	52	5	38	2	26	81	1	6	9
	Managua	13	71	17	14	7	40	48	12	18	19
	León	9	73	9	15	5	48	79	7	10	3
	Carazo	9	71	5	22	5	51	64	5	12	16
Educación	Sin educación	23	50	4	29	2	42	74	3	6	14
	Educación superior	10	68	17	16	9	39	39	20	26	12
Riqueza	Más Bajo	25	50	5	40	2	24	81	2	8	6
	Más Alto	10	71	15	13	8	44	47	14	20	16

Cuadros y Figuras: Mezcla de Métodos

Cuadro A8: Porcentaje de distribución de mujeres en pareja usuarias de métodos modernos por el método que usan en la actualidad, según características y antecedentes, Nicaragua, 2001

Características y antecedentes	Píldora	DIU	Inyecciones	Condón	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Otro	Total	No. de mujeres
Quintil de riqueza									
Más Bajo	23,26	4,91	39,85	1,82	23,73	0,29	6,14	100	600
Medio-Bajo	25,88	4,68	28,1	3,44	32,63	0,11	5,17	100	804
Medio	22,79	7,93	22,41	4,95	38,39	0,57	2,96	100	1.008
Medio-Alto	23,66	10,44	16,69	4,5	43,11	0,52	1,07	100	1.147
Más Alto	17,42	15,27	13,04	7,72	43,85	1,52	1,18	100	1.353
Residencia									
Rural	22,15	5,24	30,18	3,28	34,50	0,38	4,27	100	1.893
Urbana	22,03	12,39	16,16	6,04	40,62	0,92	1,84	100	3.019
Grupo etario									
15-29	33,59	10,57	34,44	5,31	11,18	0,35	4,57	100	2144
30-49	13,17	8,91	11,59	4,72	59,23	0,99	1,39	100	2769
Departamento									
Nueva Segovia	28,40	6,40	18,00	5,20	32,80	0,00	9,20	100	165,4
Jinotega	21,15	5,29	37,50	2,40	25,96	0,00	7,69	100	238,1
Madriz	25,62	7,85	26,45	2,89	34,71	0,00	2,48	100	128,2
Estelí	29,21	8,61	13,86	3,75	43,07	0,00	1,50	100	265,1
Chinandega	21,81	9,31	18,09	3,19	42,02	0,27	5,32	100	425,6
León	22,19	8,71	14,61	5,06	48,31	0,00	1,12	100	383,5
Matagalpa	23,14	6,89	27,27	5,79	33,33	0,83	2,75	100	424,0
Boaco	17,51	4,15	41,84	1,19	30,56	0,30	4,45	100	166,3
Managua	18,91	17,15	14,04	7,41	39,57	1,56	1,36	100	1.374,0
Masaya	20,90	8,61	19,26	6,15	43,03	0,82	1,23	100	250,3
Chontales	26,09	5,07	28,62	3,26	34,42	0,00	2,54	100	152,3
Granada	28,84	4,49	19,10	8,61	37,08	0,37	1,50	100	106,9
Carazo	15,16	4,92	21,72	4,51	51,23	1,23	1,23	100	169,3
Rivas	22,64	7,43	19,93	4,05	42,23	0,34	3,38	100	159,1
Río San Juan	29,12	4,21	27,72	3,16	32,98	2,11	0,70	100	82,0
Atlántico Norte (Raán)	19,81	5,80	41,55	2,90	28,02	0,00	1,93	100	174,2
Atlántico Sur (Raas)	27,80	1,92	33,23	1,60	30,35	0,64	4,47	100	248,7
Educación									
Sin educación	17,63	3,94	28,64	2,24	42,43	0,08	5,04	100	679
Primaria	22,10	7,72	22,63	4,03	39,45	0,75	3,33	100	2.270
Secundaria	25,41	12,85	18,48	6,35	34,49	1,01	1,41	100	1.542
Superior	16,90	17,39	15,67	9,47	38,94	0,44	1,19	100	422
Seguro									
Afiliado al INSS	20,01	14,36	14,35	7,19	41,76	1,31	1,02	100	606
No afiliado	22,45	8,83	22,62	4,69	37,69	0,64	3,08	100	4.229
Total	22,08	9,64	21,56	4,98	38,26	0,71	2,78	100	4.912

La mezcla de métodos entre las mujeres actualmente en pareja varía considerablemente ($p < .05$) por riqueza, residencia, edad, región, educación y etnia.

Cuadro A9: Mezcla de métodos anticonceptivos por quintil de riqueza para mujeres actualmente en pareja, zonas urbanas, Nicaragua, 2001

	Píldora	DIU	Inyecciones	Condón	Esteril. femenina	Esteril. masculina	Abstinencia periódica	C. interruptus	Otro	
Más Bajo (n=33)	21%	3%	44%	0%	27%	0%	0%	0%	5%	100%
Medio-Bajo (n=225)	29%	7%	26%	3%	27%	0%	1%	0%	5%	100%
Medio (n=613)	24%	8%	20%	5%	36%	1%	2%	1%	3%	100%
Medio-Alto (n=952)	24%	11%	15%	5%	40%	1%	2%	2%	1%	100%
Alto (n=1,310)	17%	15%	12%	8%	42%	1%	2%	2%	1%	100%

Cuadro A10: Mezcla de métodos anticonceptivos por quintil de riqueza para mujeres actualmente en pareja, zonas rurales, Nicaragua, 2001

	Píldora	DIU	Inyecciones	Condón	Esteril. femenina	Esteril. masculina	Abstinencia periódica	C. interruptus	Otro	
Más Bajo (n=595)	22%	5%	38%	2%	22%	0%	3%	2%	6%	100%
Medio-Bajo (n=600)	24%	4%	28%	3%	34%	0%	2%	1%	5%	100%
Medio (n=428)	20%	7%	24%	4%	39%	0%	3%	1%	3%	100%
Medio-Alto (n=239)	17%	5%	22%	3%	48%	0%	3%	1%	1%	100%
Alto (n=100)	18%	8%	24%	5%	39%	3%	1%	1%	1%	100%

Cuadros y Figuras: Fuente

Cuadro A11: Porcentaje de distribución de usuarias de métodos modernos por fuente, según método y antecedentes, Nicaragua, 2001

Características y antecedentes	Porcentajes no ajustados						No. de mujeres
	Pública	Privada	Farmacia/comercio	ONG Clínica	Otro / faltan datos	Total	
Método							
Píldora	58,15	2,04	33,39	2,95	3,47	100	1.173
DIU	59,61	14,71	3,43	19,65	2,61	100	537
Inyecciones	73,24	3,16	16,33	4,90	2,37	100	1.193
Condón	32,64	0,64	51,83	2,65	12,24	100	289
Esterilización femenina	66,91	9,74	0,00	21,51	1,83	100	2.368
Esterilización masculina	13,04	29,01	0,00	54,29	3,65	100	36
Quintil de riqueza							
Más Bajo	81,15	1,59	7,81	6,06	3,39	100	599
Medio-Bajo	76,62	1,68	6,69	11,51	3,50	100	870
Medio	69,10	4,30	11,79	12,54	2,28	100	1.165
Medio-Alto	63,22	6,06	13,90	14,31	2,51	100	1.340
Más Alto	46,52	14,07	20,10	16,09	3,21	100	1.622
Residencia							
Rural	74,15	2,76	8,65	11,70	2,73	100	1.984
Urbana	57,82	9,10	16,14	13,93	3,01	100	3.613
Grupo etario							
15-29	65,12	5,22	19,75	7,21	2,71	100	2356
30-49	62,51	8,05	8,93	17,45	3,06	100	3241
Departamento							
Nueva Segovia	83,78	1,54	6,95	6,18	1,54	100	171
Jinotega	80,57	1,42	6,16	9,48	2,37	100	242
Madriz	82,76	1,92	6,13	7,66	1,53	100	138
Estelí	70,61	5,07	14,86	2,70	6,76	100	294
Chinandega	71,22	9,76	8,29	9,51	1,22	100	464
León	78,69	6,79	9,84	3,04	1,64	100	460
Matagalpa	64,40	2,88	11,78	17,80	3,14	100	446
Boaco	70,83	1,67	12,78	12,22	2,50	100	178
Managua	47,86	12,20	17,75	18,86	3,33	100	1.690
Masaya	59,03	4,51	13,89	20,49	2,08	100	296
Chontales	62,90	4,19	16,45	14,19	2,26	100	171
Granada	57,58	3,70	20,54	17,51	0,67	100	119
Carazo	64,44	4,81	12,22	15,93	2,59	100	187
Rivas	59,82	2,42	13,60	23,26	0,91	100	178

Características y antecedentes	Porcentajes no ajustados						No. de mujeres
	Pública	Privada	Farmacia/comercio	ONG Clínica	Otro / faltan datos	Total	
Río San Juan	82,33	2,00	7,67	6,00	2,00	100	86
Atlántico Norte (Raan)	73,50	8,55	11,54	2,99	3,42	100	197
Atlántico Sur (Raas)	68,56	1,70	16,71	6,23	6,80	100	281
Educación							
Sin educación	74,40	2,54	6,33	13,64	3,08	100	748
Primaria	71,85	3,41	9,15	12,95	2,64	100	2.500
Secundaria	54,92	9,48	18,81	13,40	3,38	100	1.820
Superior	39,22	20,23	25,80	12,40	2,36	100	528
Seguro							
Afiliado al INSS	45,81	18,96	19,42	14,12	1,69	100	749
No afiliado	66,84	4,63	12,40	12,96	3,16	100	4.755
Total	63,61	6,86	13,49	13,14	2,91	100	5597

En el análisis sin ajustar, la fuente por método de PF varía considerablemente ($p < .05$) por método, riqueza, edad, región, educación y etnia. Los porcentajes ajustados se producen usando modelos logísticos de regresión. Para el análisis ajustado, la fuente por método de PF varía considerablemente ($p < .05$) por método, lugar de residencia y región.

Cuadro A12: Distribución de mujeres que aceptan la esterilización femenina por quintil de ingresos, según fuente, Nicaragua, 2001

	Pública (n 1,585)	Privada (n 231)	Clínica de ONG (n 510)	Otro/NS/falta (n 43)
Más Bajo	7%	2%	6%	6%
Medio-Bajo	15%	3%	17%	13%
Medio	23%	13%	22%	13%
Medio-Alto	27%	23%	26%	24%
Alto	29%	60%	29%	44%

Cuadro A13: Distribución de usuarios/as de anticonceptivos por mezcla de métodos, según fuente de suministros, Nicaragua, 2001

	Píldora	DIU	Inyección	Condón	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Total
Pública (n=3,425)	19%	6%	25%	3%	46%	0%	100%
Privada (n=394)	9%	17%	12%	1%	59%	3%	100%
Farmacia/otra fuente (n=578)	51%	2%	26%	21%	0%	0%	100%
Clínica de ONG (n=690)	4%	9%	10%	1%	74%	3%	100%
Otro/no sabe/falta (n=509)	32%	35%	14%	10%	9%	0%	100%

Cuadro A14: Distribución de mujeres que han adoptado la esterilización femenina, por fuente, por quintil de riqueza, Nicaragua, 2001

	Pública	Privada	Farmacia/ otra fuente	Clínica de ONG	Otro/NS/falta	Total
Más Bajo (n=153)	76%	3%	0%	20%	2%	100%
Medio-Bajo (n=328)	71%	2%	0%	26%	2%	100%
Medio (n=508)	71%	6%	0%	22%	1%	100%
Medio-Alto (n=618)	68%	9%	0%	22%	2%	100%
Alto (n=761)	60%	18%	0%	20%	3%	100%

Cuadro A15: Distribución de usuarias de píldoras, por fuente, por quintil de riqueza, Nicaragua, 2001

	Pública	Privada	Farmacia/ otra fuente	Clínica de ONG	Clínica de ONG/NS/falta	Total
Más Bajo (n=148)	75%	2%	12%	1%	11%	100%
Medio-Bajo (n=214)	73%	0%	14%	3%	10%	100%
Medio (n=245)	60%	2%	21%	3%	14%	100%
Medio-Alto (n=293)	52%	2%	29%	2%	13%	100%
Alto (n=273)	31%	7%	40%	3%	19%	100%

Cuadro A16: Porcentaje de distribución de todos los usuarios/as de métodos modernos por quintil de riqueza, por fuente, Nicaragua, 2001

	Más Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Alto	Total
Pública	13,66	18,73	22,6	23,8	21,2	100
Privada	2,48	3,81	13,04	21,17	59,5	100
Farmacia/otra fuente	6,21	7,71	18,19	24,68	43,21	100
Clínica de ONG	4,94	13,62	19,86	26,09	35,49	100
Clínica de ONG/No sabe/falta	12,45	18,69	16,27	20,61	31,98	100
Total	10,71	15,55	20,81	23,95	28,99	100

Cuadro A17: Distribución de usuarios/as de anticonceptivos modernos por fuente en zonas rurales , por quintil de riqueza, Nicaragua, 2001

	Pública	Privada	Farmacia/ otra fuente	Clínica de ONG	Clínica de ONG/NS/falta	Total
Más Bajo (n=557)	80%	2%	6%	6%	6%	100%
Medio-Bajo (n=612)	74%	2%	6%	12%	7%	100%
Medio (n=451)	67%	2%	9%	16%	6%	100%
Medio-Alto (n=253)	68%	4%	6%	16%	6%	100%
Alto (n=111)	50%	13%	15%	13%	9%	100%

Cuadro A18: Distribución de usuarios/as de anticonceptivos modernos por fuente en zonas urbanas, por quintil de riqueza, Nicaragua, 2001

	Pública	Privada	Farmacia/ otra fuente	Clínica de ONG	Clínica de ONG/NS/falta	Total
Más Bajo (n=42)	78%	3%	2%	12%	5%	100%
Medio-Bajo (n=259)	77%	2%	5%	10%	6%	100%
Medio (n=714)	64%	5%	9%	11%	10%	100%
Medio-Alto (n=1,087)	60%	6%	12%	12%	10%	100%
Alto (n=1,511)	43%	15%	16%	14%	12%	100%

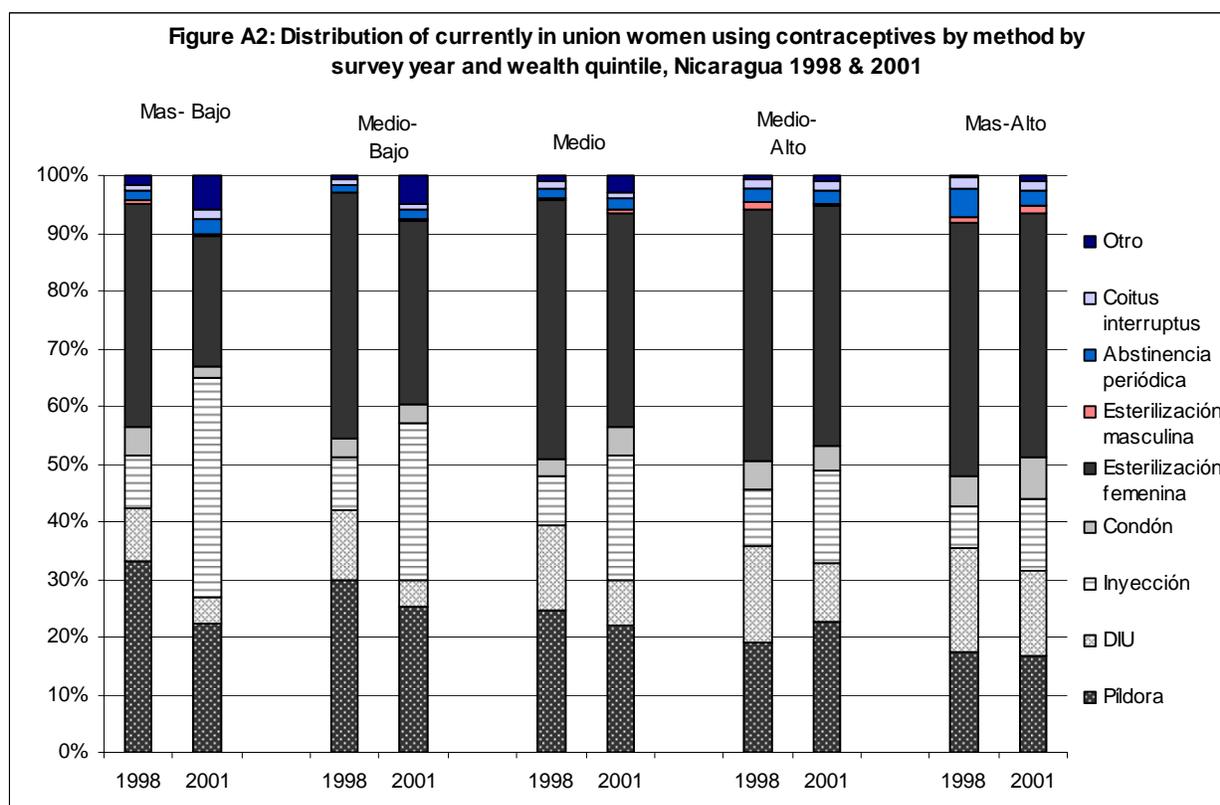
Cuadros: INSS y Análisis de Tendencias

Cuadro A19: Distribución de afiliados y no afiliados al INSS por residencia, edad, departamento y nivel de educación, Nicaragua, 2001

	Afiliado al INSS	No afiliado	Faltan datos	Total
Residencia				
Rural	3,17	96,25	0,59	100
Urbana	16,57	81,49	1,95	100
Grupo etario				
15-29	8,51	90,35	1,15	100
30-49	12,88	85,57	1,56	100
Departamento				
Nueva Segovia	7,35	92,39	0,26	100
Jinotega	2,51	96,48	1,01	100
Madriz	5,99	93,75	0,26	100
Estelí	13,83	85,11	1,06	100
Chinandega	9,65	89,25	1,09	100
León	10,04	88,11	1,84	100
Matagalpa	4,96	94,16	0,88	100
Boaco	6,02	93,15	0,83	100
Managua	19,56	77,96	2,48	100
Masaya	6,86	91,82	1,32	100
Chontales	11,51	87,21	1,28	100
Granada	8,61	90,63	0,76	100
Carazo	12,17	86,67	1,16	100
Rivas	7,02	92,25	0,73	100
Río San Juan	5,71	94,05	0,24	100
Atlántico Norte (Raan)	6,98	92,39	0,63	100
Atlántico Sur (Raas)	7,21	92,01	0,78	100
Educación				
Sin educación	1,4	97,73	0,87	100
Primaria	3,17	96,00	0,83	100
Secundaria	17,18	81,08	1,73	100
Superior	49,53	46,46	4,02	100
Total	10,88	87,75	1,37	100

Cuadro A20: Distribución de mujeres actualmente en pareja que usan anticonceptivos, por método, por año de la encuesta y por quintil de riqueza, Nicaragua, 1998 y 2001

	Más Bajo		Medio-Bajo		Medio		Medio-Alto		Alto	
	1998	2001	1998	2001	1998	2001	1998	2001	1998	2001
Píldora	33.23%	22.24%	29.68%	25.21%	24.69%	22.07%	19.16%	22.78%	17.35%	16.72%
DIU	9.19%	4.70%	12.13%	4.56%	14.70%	7.68%	16.64%	10.05%	17.95%	14.65%
Inyección	9.17%	38.14%	9.38%	27.38%	8.37%	21.70%	9.80%	16.07%	7.30%	12.52%
Condón	4.84%	1.74%	3.13%	3.35%	3.10%	4.79%	4.81%	4.33%	5.26%	7.41%
Esterilización femenina	38.77%	22.70%	42.63%	31.79%	44.79%	37.18%	43.55%	41.49%	43.84%	42.08%
Esterilización masculina	0.65%	0.27%	0.06%	0.11%	0.42%	0.56%	1.29%	0.50%	1.14%	1.47%
Abstinencia periódica	1.44%	2.65%	1.26%	1.55%	1.50%	2.16%	2.33%	2.12%	4.71%	2.37%
Coitus interruptus	0.95%	1.69%	1.18%	1.02%	1.54%	0.99%	1.61%	1.64%	2.11%	1.64%
Otro	1.72%	5.88%	0.53%	5.04%	0.89%	2.86%	0.81%	1.03%	0.32%	1.13%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%



Referencias

Taylor, Patricia A., Dra. Carolina Arauz, David Sarley, Dr. José Antonio Medrano (PROFAMILIA), Dra. Gracia Subiria (POLICY II), Cindi Cisek (POLICY II), Dr. Diony Fuentes (MSH/Management and Leadership). Febrero 2-13, 2004. *USAID/LAC/RSD-PHN Estudio Regional de Factibilidad de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos; NICARAGUA Diagnóstico de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos*. JSI/DELIVER. 2004. Arlington, Virginia: John Snow, Inc./DELIVER para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud, República de Nicaragua (MINSa). (2001) *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA)*. Nicaragua; Demographic and Health Surveys; Macro Internacional Inc.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud, República de Nicaragua (MINSa). (1998) *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA)*. Nicaragua; Demographic and Health Surveys; Macro Internacional Inc.

Encuesta Sobre Salud Familiar, 1992–1993 [National Family Health Survey, 1992–1993]; Nicaragua; Centers for Disease Control and Prevention; Department of Health and Human Services.