

Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Postgrado
Maestría Profesional en Población y Salud

**Uso de Servicios de Salud Maternos,
Nicaragua 2001.**

**Trabajo final de graduación presentado a la Escuela de Estadística,
para optar al grado de Máster en Población y Salud.**

Estudiante:

Luis Adolfo Carballo Palma

Tutor:

Arodys Robles

Ciudad Universitaria 'Rodrigo Facio'
San José - Costa Rica
Año 2004.

Resumen

El presente estudio tiene el objetivo de analizar las características asociadas al uso de servicios de salud para la atención del embarazo y parto de los hogares nicaragüenses. Los datos han sido tomados de la Encuesta de Demografía y Salud Nicaragua 2001 –ENDESA 2001-, que fue realizada entre septiembre y diciembre del 2001. Han sido seleccionados los 4,848 embarazos que han ocurrido entre enero de 1996 y el momento de la entrevista. Las variables explicativas han sido agrupadas en: Características de la mujer, Características del hogar y Características del entorno geográfico. En 49% de los casos las mujeres no tienen ningún nivel de instrucción o primaria incompleta, en el 43% el área de residencia del hogar es el área rural fuera de Managua, en 79% de los casos el estado marital de las mujeres es ‘actualmente unidas’, 57.6% de los embarazos tuvieron el primer control prenatal antes del 4to mes de embarazo y fueron realizados al menos 4 chequeos prenatales, 71% de los partos tuvieron lugar en un establecimiento de salud.

Utilizando un modelo logístico multivariable se establece que son las Características relacionadas al entorno geográfico las que mayor explican la propensión de uso de los servicios de salud maternos, sin embargo, las Características de los hogares al que pertenecen las mujeres contribuyen tanto como las Características propias de las mujeres a explicar el uso que hacen de los servicios de salud maternos, es decir que es necesario abordar como una barrera para el uso de servicios de salud las características de los hogares. Las mujeres del área rural, sin educación, que pertenecen a familias numerosas y del quintil inferior de bienestar son menos propensas a hacer uso de los servicios para la atención del embarazo y el parto.

Contenido

Resumen	<i>i</i>
Capítulo 1: Introducción	<i>1</i>
Introducción	1
Definición del Problema	1
Marco Conceptual	2
Contexto Nicaragua.....	2
Contexto Internacional sobre la Salud de las Mujeres.....	5
Antecedentes.....	6
Capítulo 2: Metodología	<i>10</i>
Definición de Variables Dependientes	10
Material y Método	11
Fuente de Datos.....	11
Unidad de Análisis.....	12
Operacionalización de variables.....	12
Análisis univariado.....	15
Análisis multivariado.....	15
Capítulo 3: Resultados	<i>17</i>
Análisis Descriptivo	17
Análisis Univariado	18
Análisis Multivariado	22
Capítulo 4: Discusión	<i>26</i>
Discusión	26
Conclusiones	30
Bibliografía	<i>31</i>
Anexos	<i>34</i>

Índice de Cuadros.

Cuadro 1. <i>Nicaragua 2001. Distribución porcentual de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características de la mujer.</i>	34
Cuadro 2. <i>Nicaragua 2001. Distribución porcentual de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características del hogar .</i>	35
Cuadro 3. <i>Nicaragua 2001. Distribución porcentual de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características del entorno geográfico.</i>	37
Cuadro 4. <i>Nicaragua 2001. Porcentaje de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características de la mujer .</i>	38
Cuadro 5. <i>Nicaragua 2001. Porcentaje de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características del hogar.</i>	39
Cuadro 6. <i>Nicaragua 2001. Porcentaje de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características del entorno geográfico.</i>	41
Cuadro 7. <i>Nicaragua 2001. Modelo de Regresión Logística del Uso de Servicios de Salud para la atención del Embarazo.</i>	42
Cuadro 8. <i>Nicaragua 2001. Modelo de Regresión Logística del Uso de Servicios de Salud para la atención del Parto.</i>	43

Capítulo 1: Introducción.

Introducción

El uso de servicios de salud es un tema que ha demandado por mucho tiempo la atención de investigadores -¿Por qué estando disponibles los establecimientos y habiendo ‘clientela’, ésta no los usa? Aún con todo el bagaje acumulado de información, hoy día hay grupos de población vulnerables que no logran ser alcanzados por las intervenciones en materia de salud pública.

Se han tomado los datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud que fue realizada entre septiembre y diciembre del 2001 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el Ministerio de Salud en pro del conocimiento del estado de la salud materno - infantil y de la evolución de las principales características demográficas de la población.

En este estudio han sido incluidos elementos del hogar en la predicción del uso de los servicios maternos de salud en Nicaragua. Tiene como unidad de análisis el último embarazo que tuvieron las mujeres entrevistadas entre enero de 1996 y el momento de la entrevista individual; se han establecido dos variables dependientes: ‘Uso de Servicios de Salud para la atención del Embarazo’ y ‘Uso de Servicios de Salud para la atención del Parto’.

Pretende contribuir al conocimiento de la incidencia de las características del hogar sobre el uso de los servicios de salud.

Definición del Problema.

Factores de carácter institucional, geográficos, económicos y culturales que condicionan el acceso a establecimientos de salud han sido estudiados y vinculados al nivel de salud de las poblaciones; para la atención en salud de mujeres durante el embarazo y parto, las características del hogar relacionadas a factores económicos, sociales y demográficos pueden condicionar que hagan uso de los servicios de salud establecidos para esos fines. Estas condiciones del hogar muchas veces han sido señaladas como una barrera.

Con esto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿En qué medida influyen las características socio demográficas de los hogares al que pertenecen las mujeres que han tenido al menos un hijo en el período estudiado sobre el uso que hicieron de los servicios de salud maternos en Nicaragua?

Marco Conceptual.

Contexto Nicaragua

Nicaragua tiene un área de 129,166 km² y se divide políticamente en 15 departamentos y dos regiones autónomas, que contienen a un total de 151 municipios. Geográficamente hay tres regiones, la región del Pacífico¹, con 15% del territorio alberga al 57% de la población total, en tanto que la región Centro-Norte² alberga al 31% de la población y la región Atlántica³ alberga solamente al 12% (ENDESA-Nic., 2001). La población total estimada para el 2003 fue de 5,480,341 habitantes, de la cual 56.6% es urbana. Un 41.56% de la población es menor de 15 años de edad. Se estima que 8% de la población es indígena, concentrándose en la costa Caribe. La esperanza de vida al nacer, en el 2001 fue de 69 años y la mortalidad infantil de 36 muertes por mil nacidos vivos. La tasa bruta de natalidad fue de 27%. La tasa global de fecundidad fue de casi 4 hijos por mujer, siendo mayor en el medio rural. La tasa de crecimiento anual de población tiende a disminuir, estimándose en 2,7% en el periodo 1995-2000 (OPS, 2003).

Para el 2001 el 45.8% de los nicaragüenses se encontraban en alguna condición de pobreza y el 15.1% en condición de extrema pobreza. Dentro del país hay grandes diferencias según el área en que reside la población, así, de cada diez pobres seis los aporta el área rural y de cada 10 personas extremadamente pobres ocho son aportados por el área rural. Otra forma de ver está preocupante situación es que por cada pobre 'urbano' hay más de dos pobres 'rurales' y por cada persona extremadamente pobre del área urbana hay más de cuatro extremadamente pobres en el área rural (INEC – MECOVI, 2001). En cuanto al uso de servicios de salud, en relación a los no pobres, los pobres usan tres veces menos los servicios públicos de salud para la atención del parto, tienen 10% menos de esquemas completos de vacunas y 33% menos de uso de métodos modernos de anticoncepción (OPS – Situación de Salud de las Américas 2003).

¹ La región del pacífico incluye los departamentos de Chinandega, León, Managua, Granada, Masaya, Carazo y Rivas.

² La región norte – centro, incluye los departamentos de Estela, Madriz, Nueva Segovia, Matagalpa, Jinotega, Boaco y Chontales.

³ La región atlántica incluye los departamentos de 'Región Autónoma del Atlántico Norte', 'Región Autónoma del Atlántico Sur' y Río San Juan.

Nicaragua se ubicó en el 2004 entre los países con desarrollo humano medio, en la posición 118 con un Índice de Desarrollo Humano –IDH- de 0.667. Aunque hay mejoría en forma general en los indicadores que componen el IDH el la mejoría en educación la más importante, al pasar de 66.8% a 76.87 el porcentaje de alfabetización (PNUD, Informe Sobre Desarrollo Humano 2004).

La tasa de mortalidad materna del 2002 fue de 96.6 x 100,000 nvr. A pesar de que se ha observado una disminución en la tasa del país se mantienen grandes brechas entre el área urbana y la región del pacífico con el área rural y la región atlántica en que se concentran minorías étnicas (tasas superiores a 200 x 100000nvr). Las muertes ocurren en 60% de los casos después del parto. Las principales causas son: hemorragias en 60%, Síndrome Hipertensivo Gestacional 24%, aborto 10% y sepsis 6%. (OPS – Situación de Salud de las Américas 2003).

Sector Salud. En Nicaragua el Sector Salud está conformado por un Sub-Sector Público y un Sub-Sector Privado. El Sub-Sector Público está integrado principalmente por el Ministerio de Salud –MINSAL- que realiza las funciones de Rectoría, Financiación y Prestación de servicios. La función de prestación de servicios está organizada en dos niveles de atención, el nivel primario a cargo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud –SILAIS- que brinda atención ambulatoria, teniendo como principal objetivo la realización de actividades de prevención primaria, y el nivel secundario que brinda atención de hospitalización y su objetivo principal es la prevención secundaria. El Ministerio de Salud es el principal proveedor de servicios de salud en el país, contando para el 2001 con 1,051 unidades asistenciales con un potencial de cobertura de más de tres millones de personas (MEASURE Evaluation Technical Report Series No. 13).

Otras instituciones que integran el Sub-Sector Público son el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social –INSS- a través de la red de ‘Empresas Médicas Previsionales’ -EMP- que brinda atención médica a los derecho-habientes – trabajadores cotizantes y beneficiarios-; el Instituto de Desarrollo Humano y Seguridad Social, del Ministerio de Gobernación, que brinda atención médica a miembros de dicho Ministerio –Policía Nacional, Personal de Migración y Extranjería y Personal del Sistema Penitenciario Nacional-; y los Servicios Médicos del Ejército Nacional, que brinda atención a los miembros del ejército.

El Sub-Sector Privado está integrado por una gama de Hospitales, Policlínicas, Laboratorios Clínicos, Centros de Diagnóstico por Imágenes, Consultorios Médicos y Farmacias, existentes en todo el país, una vez que éstos han sido acreditados por la Dirección de Regulación de Establecimientos de Salud del MINSA esta Dirección supervisa su funcionamiento.

Atención en Salud de Mujeres

Según los datos de las Encuestas de Demografía y Salud –ENDESA- de 1998 y el 2001, ha habido mejoras en las coberturas de la atención de mujeres durante el embarazo y el parto, en que el porcentaje de mujeres que no recibió atención prenatal en el último embarazo se redujo en 4 puntos porcentuales (18% a 14%), a la vez que se incrementó la atención institucional del parto de 64 a 66% entre 1998 y el 2001 (ENDESA, 2001). Sin embargo estos incrementos no están acordes al incremento en la cantidad de recursos que ha habido en dicho período en el sector salud, el que ha sido de 46% como lo muestran los informes del Banco Central de Nicaragua en que el Gasto en el sector salud ha pasado de 0.213 a 0.311 millones de dólares 1998 al 2001; a expensa principalmente del Sub sector Privado. (BCN, 2001).

Características de los hogares.

De las 58,209 personas que integran los 11,328 hogares de los que se obtuvo información en la Endesa 2001, 51% son mujeres, 57% residen en el área urbana, 40% son menores de 15 años, 55% están en edad activa y reproductiva (15 a 64 años). Un 20% de las personas de 10 y más años de edad no saben leer ni escribir, este porcentaje en el área rural es 37%. De los mayores de 6 años el 26% de la población masculina y el 24% de la femenina no tienen ningún grado de educación formal.

El 73% de las viviendas están conectadas al servicio público de electricidad, 95% de las del área urbana y 40% de las del área rural. 63% de las viviendas tienen servicio de agua conectado de una red pública, en el área rural esto ocurre en el 28% de las viviendas y en el área urbana en el 87% de las viviendas; en el 47% de las viviendas del área urbana y solamente en el 8% de las viviendas del área rural la fuente de agua para beber es de la red pública y el grifo está dentro de la vivienda. La leña es el tipo de combustible más usado para cocinar, 60% del total de las viviendas la utilizan, en el área rural la emplean el 92% y en el área urbana 38% de las viviendas; el segundo tipo de combustible empleado para cocinar es el gas butano o propano usado en el

37% de las viviendas, en el 58% de las viviendas del área urbana y en sólo el 7% de las viviendas del área rural.

Contexto Internacional sobre la Salud de las Mujeres.

Según la Organización Panamericana de la Salud - OPS, a pesar de que en América Latina se ha logrado reducir la mortalidad general poco ha sido lo que se ha hecho por reducir la mortalidad materna que sigue siendo un problema de salud pública. Después de la ‘Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo’ (Nairobi 1987), la OPS lanzó en la 23ª Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990 el ‘Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas’ cuyo objetivo principal era reducir las Tasas de Mortalidad Materna en un 50% o más al llegar el año 2000, mediante el mejoramiento de los servicios de salud reproductiva, sin embargo sólo se alcanzaron mejoras insignificantes debido principalmente a limitaciones políticas y financieras. El Programa de acción de la Conferencia Internacional de 1994 (Cairo) sobre Población y Desarrollo hizo un amplio llamado a favor del ‘derecho de acceso a servicios apropiados de atención en salud, que permitan a las mujeres un embarazo y parto sin riesgo’ (*OPS-Plan Estratégico de Mortalidad Materna*).

En 1997, durante la ‘Consulta Técnica sobre la Maternidad Segura’ se originó el ‘Programa de Acción de la Maternidad Segura’ el que consiste principalmente en fomentar la maternidad sin riesgo mediante el apoyo de los derechos humanos, sociales y económicos de las mujeres. En el año 2000, en la ‘Cumbre del Milenio’ las Naciones Unidas adoptan la ‘Declaración del Milenio’, en la que figuran un conjunto de metas para alcanzar el desarrollo en todos los países en el año 2015. Una de las metas del milenio es reducir la mortalidad materna en 75% los niveles de 1990. Un indicador para medir el progreso en alcanzarla es la presencia de un proveedor calificado en al menos el 80% de los nacimientos en el mundo para el 2015 (*OPS-Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas*).

El Population Reference Bureau (2002) estima que el 99% de las muertes maternas se producen en países menos desarrollados y la mayor parte de ellas son evitables. Identifica con claridad cuatro ‘Retrasos’ en la búsqueda y obtención de atención a las mujeres: 1) En el reconocimiento de los signos de peligro por parte de las mujeres y otros miembros del hogar; 2) En la toma de decisión de buscar atención; 3) En la obtención de atención adecuada; y 4) En recibir atención

en el establecimiento de salud. Para los dos primeros hay cuotas de responsabilidad claras para los miembros del hogar al que pertenecen las mujeres.

Antecedentes

El modelo que ha dominado los estudios de acceso a servicios de salud es el Modelo Comportamental propuesto por Andersen en 1968 de la Universidad de Chicago, que establece que el acceso a los servicios de salud está determinado por tres conjuntos de características: ^{a)}Características Predisponentes, en las que se encuentran características demográficas, de la estructura social y las actitudes relacionadas a la salud. ^{b)}Características Posibilitantes, que son factores que pueden impedir u obstaculizar el uso de servicios de salud, incluye recursos individuales de la familia como el ingreso, seguro de salud y apoyo familiar así como recursos de la comunidad como la disponibilidad de servicios de salud. ^{c)}Las Necesidades, proveen estímulos básicos para el uso de servicios, se refiere a la necesidad individual percibida para dichos servicios (Fosu, 1989). Esto es en otras palabras las características de los individuos, del hogar y de la comunidad (Pebley et al 1996).

a) Características de las Mujeres

Diversos estudios han encontrado que factores biológicos como la edad y paridez de la mujer están asociados al uso que éstas hacen de los servicios de salud. Sánchez-Pérez et al (1997), en un trabajo sobre uso de servicios de atención prenatal en Chiapas, México, encontraron que a mayor edad tiene la mujer al primer embarazo, mayor es la probabilidad de que haga uso de servicios de salud para la atención prenatal. La edad de la mujer y la edad a la primera unión han sido asociadas al uso de los servicios de salud que hacen las mujeres para la atención del parto (Makhlouf y Potter, 1991), entre más joven es la mujer mayor es la probabilidad que tiene de hacer uso de los servicios de salud para la atención del parto.

Short y Zhang (2004), en una investigación sobre uso de servicios de salud materna en la parte rural de China encuentra que las mujeres con paridad superior a 2 postergan más la primera atención prenatal y tienen menor probabilidad de hacer uso de servicios de salud para la atención del parto, esta asociación también fue encontrada por Pebley et al (1996) en un estudio sobre inmunización infantil y atención prenatal en Guatemala. La explicación de esta asociación es dada por la percepción negativa que tienen las mujeres de hacer uso de los servicios de salud

basadas en la experiencia del embarazo y parto previo que transcurrieron en forma segura y saludable, unido a los inconvenientes de haber tenido que ausentarse del hogar para ser atendida. (Short y Zhang, 2004).

El alto logro educativo de las mujeres está asociado a mayor probabilidad de que éstas hagan uso de los servicios de salud para la atención del embarazo y el parto (Makhlouf y Potter, 1991; Pebley et al, 1996; Sánchez-Pérez et al, 1997).

La experiencia de complicaciones durante el embarazo previo podría tener incidencia en el uso de los servicios de salud para atención del embarazo y el parto, aunque no se ha encontrado que sea estadísticamente significativo (Pebley et al, 1996). El resultado del embarazo anterior (nacido vivo - nacido muerto – muerte neonatal temprana) tiene un efecto positivo sobre el uso de servicios de salud para la atención del parto pero no tiene efecto sobre el uso de servicios de salud para la atención del embarazo (Short y Zhang, 2004).

Family Health International (1994), ha documentado que la falta de autonomía de las mujeres, vista en la necesidad que tienen de solicitar ‘permiso’ al cónyuge o a otro miembro del hogar, preferiblemente del sexo masculino, es uno de los factores que limita el uso de los servicios de salud a las mujeres.

La situación del empleo de la mujer también ha sido encontrada como un factor que incide en el uso que ésta hace de los servicios de salud, las mujeres que siempre han tenido empleo tienen mayor probabilidad de hacer uso de servicios de salud para la atención del embarazo y el parto (Pebley et al, 1996).

b) Características de los Hogares.

Las principales características del hogar que han sido asociadas al uso de servicios de salud que hace la mujer para la atención del embarazo y el parto son las relacionadas al status socioeconómico (Pebley et al, 1996; Fosu, 1989; Andersen, 1968).

Aunque generalmente el tamaño de la familia está asociado positivamente con el uso de servicios clínicos de niños y otros miembros del hogar, es decir que entre mayor es el número de integrantes de la familia mayor es la probabilidad de uso de servicios de salud para niños y otros

miembros. El número de niños en el hogar ha sido asociado negativamente al uso de servicios de salud por parte de la mujer, entre mayor es el número de niños en el hogar menor es la probabilidad de que la mujer haga uso de los servicios de salud para la atención del embarazo y el parto (Fosu, 1989; Makhlouf y Potter, 1991).

El logro educativo del cónyuge de la mujer (Pebley et al, 1996) y el del jefe del hogar al que pertenece la mujer (Sánchez-Pérez et al, 1997) han sido asociado positivamente al uso de servicios de salud que la mujer hace para la atención del embarazo y el parto, las mujeres cuyo cónyuge o jefe de hogar poseen alto logro educativo tienen mayor probabilidad de hacer uso de servicios para la atención prenatal. Lindelöw (2004) en su estudio sobre la Decisión de la Atención en Salud como asunto de Familia en Mozambique, encuentra que aunque la educación materna ha sido considerada como una variable de primordial importancia para la decisión de la atención en salud, la educación de otros miembros del hogar tiene un significativo y a veces gran efecto sobre la decisión.

El tipo de hogar al que pertenecen las mujeres ha sido encontrado asociado al uso de servicios de salud privados para la atención del parto, las mujeres que forman parte de un hogar tipo extendido tienen mayor probabilidad de hacer uso de servicios de salud privados que las que pertenecen a un hogar tipo nuclear (Makhlouf y Potter, 1991).

La relación ‘espacio de la vivienda por miembros’ que integran el hogar está asociada positivamente al uso que hacen las mujeres de los servicios de salud para la atención prenatal (Makhlouf y Potter, 1991).

El status económico y social de los hogares ha sido encontrado positivamente asociado, en diversos estudios, al uso que hacen las mujeres de los servicios de salud para la atención del embarazo y el parto (Short y Zhang, 2004; Sánchez-Pérez et al, 1997; Pebley et al, 1996; Makhlouf y Potter, 1991).

c) Características del entorno geográfico.

Las mujeres del área urbana y más aún las que residen en las capitales del país, provinciales o departamentales, tienen mayor probabilidad de hacer uso de servicios de salud para la atención del embarazo y el parto (Sánchez-Pérez et al, 1997; Pebley et al, 1996; Makhlouf y Potter, 1991).

Las mujeres que viven cerca a un establecimiento de salud o que requieren poco tiempo para llegar a él, tienen mayor probabilidad de hacer uso de servicios de salud para la atención del embarazo y el parto (Sánchez-Pérez et al, 1997; Pebley et al, 1996). Aunque Sandoval (2002) en un estudio sobre atención prenatal, parto y puerperio en el Perú, encuentra que factores contextuales como la disponibilidad de servicios de salud –a excepción del hospital- no tienen relación significativa con la atención prenatal, parto institucional y atención del puerperio, atribuyendo mayor importancia a factores individuales.

En síntesis, según los estudios revisados sobre el uso de servicios de salud maternos se puede resumir en tres conjuntos las variables que están asociadas, ^{a)} las relacionadas con las características individuales de la mujer como edad (Sánchez-Pérez et al, 1997; Makhlouf y Potter, 1991), paridez (Pebley et al, 1996; Sánchez-Pérez et al, 1997; Short y Zhang, 2004), educación (Makhlouf y Potter, 1991; Pebley et al, 1996; Sánchez-Pérez et al, 1997) y antecedentes de complicaciones obstétricas (Short y Zhang, 2004); ^{b)} las relacionadas con las características del hogar como el tamaño del hogar (Fosu, 1989), el número de niños (Fosu, 1989; Makhlouf y Potter, 1991), la educación del cónyuge o el jefe de hogar (Pebley et al, 1996; Sánchez-Pérez et al, 1997), el hacinamiento (Makhlouf y Potter, 1991), el tipo de hogar (Makhlouf y Potter, 1991) y el estatus socioeconómico (Short y Zhang, 2004; Sánchez-Pérez et al, 1997; Pebley et al, 1996; Makhlouf y Potter, 1991).; y ^{c)} las relacionadas al entorno en el que viven las mujeres más allá del hogar como el área de residencia (Sánchez-Pérez et al, 1997; Pebley et al, 1996; Makhlouf y Potter, 1991) y la proximidad a un establecimiento de salud (Sánchez-Pérez et al, 1997; Pebley et al, 1996).

Capítulo 2: Metodología.

Definición de Variables Dependientes.

Las Normas de Atención Integral a la Mujer del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA, 1997), establecen que la atención prenatal se realiza con el fin de vigilar el estado de salud de la madre y su hijo, observando la evolución del embarazo para detectar oportunamente signos de alarma y a la vez preparando a la mujer para el parto y la maternidad. Debe tener las siguientes características para ser considerada eficiente: ^{a)} Precoz o temprana, que el primer chequeo debe realizarse cuánto antes después de diagnosticarse el embarazo, idealmente durante el primer trimestre del embarazo, con ello se persigue tener una valoración más aproximada del estado de salud de la mujer previo al embarazo. ^{b)} Periódico, debe haber continuidad entre los chequeos prenatales que permitan observar la evolución de signos como la ganancia de peso materno y el crecimiento uterino. ^{c)} Integral, en cada chequeo debe abordarse inquietudes relacionadas a la salud de la mujer sean ó no alusivas al embarazo, para un embarazo de bajo riesgo es conveniente realizar como mínimo 4 chequeos durante todo el embarazo. ^{d)} Amplia cobertura, una característica del servicio de salud, el que debe detectar al mayor número de embarazadas dentro de su área de interés, para incorporarlas a las actividades de prevención primaria o secundaria. Por otro lado, la Norma recomienda la atención institucional del parto como estrategia clave en la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Tomando en cuenta la Normas de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, en este estudio se define como uso de servicios de salud para la atención del embarazo, cuando en el último embarazo que ha tenido la mujer en el período de interés del estudio, ha realizado su primer chequeo prenatal antes del 4to mes de embarazo y se ha realizado al menos 4 chequeos durante el embarazo.

Se considera que la mujer ha hecho uso de servicios de salud para la atención del parto cuando se ha hecho atender el parto de su último embarazo en un establecimiento de salud.

Material y Método.

Fuente de Datos.

Los datos han sido tomados de la Encuesta de Demografía y Salud Nicaragua 2001 –ENDESA 2001- del sitio web de DHS (<http://www.measuredhs.com>). La ENDESA 2001 fue conducida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos –INEC- y el Ministerio de Salud –MINSA- y se realizó entre septiembre y diciembre del 2001. El INEC utilizó el mismo diseño muestral que para la ENDESA de 1998, un muestreo probabilístico estratificado bietápico y por conglomerados. La estratificación se realizó a nivel de las subdivisiones geográficas (regiones geográficas, dentro de cada región por departamento y dentro de cada departamento por área de residencia urbano – rural). En una primera etapa, los segmentos censales fueron considerados como las Unidades Primaria de Muestreo (UPM); y en una segunda etapa los hogares listados en las UPM seleccionadas, previa actualización cartográfica, fueron establecidos como Unidades Secundarias de Muestreo. Para la ENDESA 2001, de un total de 12,000 segmentos censales fueron seleccionados 611 segmentos, en los que se seleccionaron 13,417 hogares de los cuales se encontraron ocupados 11,986 y de ellos fueron entrevistados 11,328 (tasa de respuesta de 95%). El número promedio de hogares por segmento fue 22. En los hogares entrevistados se seleccionó para entrevista individual a todas las mujeres con edad comprendida entre 15 y 49 años, un total de 14,123 mujeres, de las que fueron entrevistadas 13,060 (tasa de respuesta de 93%). La muestra es autoponderada dentro de cada departamento pero no así para unidades administrativas mayores como las regiones naturales, el área de residencia (urbano / rural) y el total del país, por lo que el INEC ha generado factores de ponderación que restituyen la participación real de cada departamento dentro de cada nivel mayor, en particular el total del país.

Para la recolección de la información se utilizaron dos cuestionarios, un cuestionario del hogar y el cuestionario individual de mujeres aplicado a las mujeres en edad fértil en esos hogares.

Con el cuestionario de hogar se listan todos los miembros y visitantes en los hogares seleccionados (residencia de facto), recolectándose información concerniente principalmente a la edad, sexo, educación, estado marital y relación con el jefe de hogar. Entre los propósitos de este cuestionario está identificar mujeres elegibles para la entrevista individual. También se

colectó información de la vivienda como fuente de agua, tipo de servicio sanitario, tipo de material de paredes, piso y techo, así como la tenencia de bienes durables propiedad de los miembros del hogar.

Con el cuestionario individual, aplicado a cada mujer, se obtuvo información acerca de sus características personales: edad, educación e historia de residencia, historia reproductiva, conocimiento y uso de anticonceptivos, atención prenatal y del parto, prácticas de alimentación de los hijos, inmunización y salud infantil, preferencia y actitudes sobre la planificación familiar, características personales de su esposo o compañero, información laboral y conocimientos sobre el SIDA.

Unidad de Análisis.

La unidad de análisis es el último embarazo que ha tenido la mujer desde enero de 1996 hasta el momento de la entrevista, un total de 4,848 embarazos. El 70% de las mujeres tuvieron en ese período solamente un nacimiento, 26% tuvieron 2 nacimientos y 4% tuvieron 3 ó 4 nacimientos. El 48% de los nacimientos ocurrió entre el año 2000 y el 2001, 39% ocurrieron entre los años 1998 y 1999, y 13% ocurrieron entre los años 1996 y 1997; en 92% de los casos hubo un nacimiento por hogar, en 7% de los casos hubo 2 ó más nacimientos en un hogar y en menos del 1% hubo de 3 a 5 nacimientos en el mismo hogar.

Operacionalización de variables.

Tomando en consideración la experiencia que se ha acumulado alrededor del uso de servicios de salud para la atención del embarazo y el parto y además teniendo en cuenta la oportunidad que brindan los datos de la ENDESA Nicaragua 2001, se toman como variables que pueden contribuir a la explicación del uso de servicios de salud ya sea por su papel predictor, confusor o de interacción las siguientes:

Variables Independientes.

Características de la mujer.

- Edad: Categórica. ‘15 a 19 años’, ‘20 a 29 años’, ‘30 a 29 años’ y ‘40 a 49 años’.
- Paridez: Continua. Número total de hijos que ha tenido la mujer.
- Educación: Categórica. ‘Sin Educación’, ‘Primaria Incompleta’, ‘Primaria Completa’, ‘Secundaria Incompleta’, ‘Secundaria Incompleta y Más’.
- Cesárea en el penúltimo nacimiento: Categórica. ‘Sí’, ‘No ó No embarazo anterior’, ‘Sin respuesta’.
- Autonomía en su propia atención en salud: Dicotómica. Si la mujer no requiere de pedir permiso a algún miembro del hogar para acudir a un establecimiento de salud y si no requiere del aporte monetario de algún miembro del hogar para acudir a un establecimiento de salud y si las actividades domésticas tampoco se lo impiden. Es una variable que ha sido generada para este estudio de tres preguntas relacionadas a si la mujer considera tener problemas para acudir a un establecimiento de salud por las causas enunciadas.
- Empleo. Dicotómica.
- Seguro Materno: Dicotómica. Si ya sea por cuenta propia o por ser beneficiaria de su cónyuge tiene seguro para atención de salud por condición de maternidad.
- Estado Conyugal de la Mujer: Categórica. ‘Nunca Unida’, ‘Actualmente Unida’, ‘Alguna vez Unida’.

Características del hogar.

- Número de miembros en el hogar. Categórica. ‘1 a 5’, ‘6 a 7’ y ‘8 ó más’.
- Número de menores de 5 años en el hogar. Continua.
- Educación del Cónyuge: Categórica. ‘Sin Educación’, ‘Primaria Incompleta’, ‘Primaria Completa’, ‘Secundaria Incompleta’, ‘Secundaria Incompleta y Más’, ‘No recuerda / Sin Cónyuge / Sin información’.
- Relación Personas por Cuarto para Dormir: Categórica. ‘2 o Menos’, ‘3 a 4’, ‘Más de 4’.
- Tipo de hogar: Categórica. ‘Nuclear’, ‘Extendido’, ‘Compuesto’. Nuclear el que es conformado por el Jefe de hogar más cónyuge (no indispensable), más hijos (no indispensable). Extendido es el hogar nuclear con otro pariente diferente a cónyuge o

hijos. Compuesto es el tipo de hogar nuclear o extendido en el que hay miembros que no tienen relación de parentesco con el jefe de hogar.

- Educación del Jefe de hogar: Categórica. ‘Ninguna’, ‘Primaria Incompleta’, ‘Primaria Completa’, ‘Secundaria Incompleta’, ‘Secundaria Incompleta y Más’, ‘No recuerda / sin información’.
- Quintil de bienestar: Categórica. ‘Quintil más bajo’, ‘Segundo’, ‘Tercero’, ‘Cuarto’ y ‘Quintil más alto’. Variable contenida en la base de datos que fue generada en base a las condiciones de la vivienda y la prevalencia de bienes durables en el hogar utilizando la metodología de Análisis de Componentes Principales.
- Edad del Cónyuge: Continua. Número de años cumplidos que tiene el cónyuge de la mujer objeto de estudio al momento de la entrevista de la mujer.
- Edad del jefe de hogar. Continua.
- Sexo del Jefe de hogar: Dicotómica. ‘Masculino’, ‘Femenino’.
- Algún miembro viviendo en el exterior. Dicotómica.
- Discapacitados en el hogar: Dicotómica. ‘Ninguno’, ‘Uno ó más’.
- Relación de parentesco que tiene la mujer con el jefe de hogar: Categórica. ‘Jefe de Hogar’, ‘Cónyuge’, ‘Otro’.
- Gastó en la Atención del Embarazo: Categórica. ‘Sí’, ‘No’, ‘Sin Información’. Es Sí en el caso que ya sea en transporte, exámenes, medicamentos o por la consulta misma haya tenido que hacer desembolso monetario.
- Número de mujeres de 15 a 49 años en el hogar. Categórica. 1 mujer en el hogar. 2 mujeres en el hogar; 3 ó más mujeres en el hogar con edad de 15 a 49 años.
- Relación de Dependencia Demográfica: Categórica. ‘Menos de 75%’, ‘75 a 150%’, ‘Más de 150%’. Cociente del número de miembros en el hogar con edades menores de 15 años y mayores de 64 años entre el número de miembros con edades comprendidas entre 15 y 64 años multiplicado por 100.

Características del entorno geográfico.

- Área de residencia: Categórica. ‘Managua’, ‘Resto Urbano’ y ‘Resto Rural’.
- Tiempo en llegar al establecimiento para atención del embarazo: Categórica. ‘Menos de 15 minutos’, ‘15 a 45 minutos’, ‘Más de 45 minutos’, ‘No recuerda / sin información’.

- Problema para llegar al establecimiento de salud: Dicotómica. En el caso de que la mujer haya referido que es grande la distancia a recorrer para llegar al establecimiento de salud ó si tiene dificultad con el medio de transporte ó si no conoce el paquete de atenciones que es ofrecido en el establecimiento de salud.
- Idioma Nativo: Dicotómica. ‘Español’ y ‘Otro’.
- Lee periódico. Dicotómica.
- Escucha Radio. Dicotómica.

Análisis univariado.

Se estiman los porcentajes de las mujeres que hacen uso de servicios de salud maternos y sus componentes, el Uso de Servicios de Salud para la Atención del Embarazo y el Uso de los Servicios de Salud para la Atención del Parto, según las categorías de cada variable independiente. Mediante tabulación simple es examinada la variación del uso de servicios de salud maternos sin ningún control estadístico.

Análisis multivariado.

Fue aplicado un modelo de regresión logística multivariable. Se obtuvo salidas para las dos variables dependientes: Uso de Servicios de Salud para la Atención del Embarazo y Uso de Servicios de Salud para la Atención del Parto. El uso de modelos de regresión permite empíricamente evidenciar, si lo hubiese, el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente manteniendo bajo control el efecto de las demás variables presentes en el modelo.

Regresión logística.

El análisis de regresión logística es un modelo matemático formulado con el propósito de predecir el comportamiento de una variable dependiente en función de una o más variables independientes. La regresión logística es un modelo no lineal, en el sentido que los datos no se ajustan a una línea recta. La función logística es una curva sigmoidea en forma de letra ‘S’ estilizada. Sin embargo, utilizando propiedades de los logaritmos es posible ‘linealizar’ el modelo.

La predicción se realiza en función de un conjunto de variables independientes con capacidad explicativa respecto a la variable dependiente. La regresión logística es una derivación de la regresión lineal para situaciones en que la estimación de los valores de la variable dependiente se realiza en términos de probabilidad.

Los objetivos del modelo logístico son ‘determinar la existencia o ausencia de relación entre una o más variables independientes y la variable dependiente; medir la magnitud de dicha relación y estimar o predecir la probabilidad de que se produzca un suceso determinado en función de los valores que adopten las variables independientes.

La regresión logística puede ser simple o múltiple, según el número de variables predictoras que se incluya en el modelo, es múltiple cuando son incluidas más de dos variables predictoras. El modelo de regresión logística simple en general no permite buenas predicciones respecto a los valores de la variable dependiente.

Los coeficientes del modelo se calculan mediante el procedimiento de máxima verosimilitud, en que se realizan cálculos iterativos con el propósito de maximizar un valor ‘V’ que asume el valor uno cuando todos los elementos están correctamente clasificados. Siendo ‘V’ una función de los coeficientes del modelo se trata de encontrar los valores de a y b_i que generen para ‘V’ el valor más cercano posible a uno. Los valores finales de los coeficientes son las estimaciones máximo verosímiles de los coeficientes a y b_i . (Jonhson, 2000)

Capítulo3: Resultados.

Análisis Descriptivo

Uso de Establecimientos de Salud.

De los 4,848 embarazos que tuvieron las mujeres en el período estudiado, en el 57.6% de los casos se hizo uso de servicios de salud para la atención del embarazo y en 71.1% se hizo uso de servicios de salud para la atención del parto.

Características de la Mujer

La mayor parte de las mujeres tenían edad comprendida entre 20 y 29 años, tenían paridez de 0 a 1 hijo, no tenían ningún nivel de educación formal o sólo primaria incompleta, la mayoría tenía autonomía para buscar atención para su propia salud, la mayoría no tenía empleo tampoco seguro materno y el estado conyugal era ‘actualmente unidas’. (Cuadro 1).

Características del hogar

La mayoría de los hogares, al que pertenecían las mujeres, estaban formados por 6 ó más miembros; en la mayoría había de 0 a 1 niño menor de cinco años; el cónyuge no tenía ningún nivel en la educación formal o sólo primaria incompleta; en la mayoría de hogares había más de 4 personas por cuarto para dormir; la mayor parte de los hogares eran de tipo ‘extendidos’; el jefe del hogar no tenía ningún nivel en la educación formal o sólo primaria incompleta; la mayor parte de los hogares pertenecen a los dos quintiles más bajos de bienestar; en la mayoría de los casos el cónyuge tenía 35 años o menos de edad; en la mayoría de los casos no había personas con discapacidad ni miembros viviendo en el exterior; el sexo masculino fue el más frecuente en los jefes de hogar; la principal relación de parentesco que tenía la mujer respecto al jefe del hogar fue ‘cónyuge’; una sola mujer en edad fértil había en la mayoría de los hogares; la relación de dependencia demográfica en la mayoría de hogares estaba comprendida entre 75 y 150%. (Cuadro 2).

Características del entorno geográfico

En la mayoría de los casos el área de residencia fue el área ‘Resto Rural’; el tiempo necesario para llegar al establecimiento para la atención del embarazo fue 45 minutos o menos en la

mayoría de los casos; la mayoría de las mujeres no perciben como problema llegar al establecimiento de salud, la lengua nativa más frecuente fue el español, la mayoría de mujeres no leían periódico pero sí escuchaban radioemisoras y no fue necesario gastar para la atención del embarazo. (Cuadro 3).

Análisis Univariado

Uso de Servicios de Salud para la Atención del Embarazo.

Características de la mujer

El uso de servicios de salud para la atención del embarazo es más bajo cuando las mujeres están en las edades extremas. Hay una relación negativa entre el uso de los servicios de salud con la paridez de la mujer. Hay una relación positiva entre el uso de los servicios de salud con el nivel de educación que tiene la mujer. Las mujeres que han tenido cesárea en el embarazo previo, las que tienen autonomía para su propia atención en salud, las que tienen empleo y las que cuentan con seguro materno tienen mayor porcentaje de uso de los servicios de salud. El porcentaje de uso de servicios de salud para la atención del embarazo entre las mujeres cuyo estado conyugal es ‘nunca unida’ es inferior al de mujeres con otro tipo de estado conyugal. (Cuadro 4).

Características del hogar

Hay una relación negativa entre el uso de servicios de salud para la atención del embarazo y el tamaño del hogar, similar a lo que ocurre con la relación de dependencia demográfica. Hay una relación positiva entre uso de servicios de salud para la atención del embarazo y el nivel educativo del cónyuge de la mujer. La relación del número de personas por cuarto para dormir tiene una relación negativa con el uso de servicios de salud para la atención del embarazo. El porcentaje de uso de los servicios de salud es mayor en los casos en que el hogar es de tipo ‘Compuesto’. Hay una relación positiva entre el quintil de bienestar y el uso de servicios de salud para la atención del embarazo. El uso de servicios de salud para la atención del embarazo es mayor en los casos en que el cónyuge de la mujer tiene entre 28 y 35 años de edad. El uso de servicios de salud para la atención del embarazo es mayor en los casos en que el jefe de hogar tiene 33 años o menos de edad. No hay gran diferencia en el uso de servicios de salud para la atención del embarazo según el sexo del jefe de hogar, ó si en el hogar hay algún miembro en el exterior, ó si en el hogar hay presencia de algún miembro con discapacidad, o la relación de

parentesco que tenga la mujer respecto al jefe de hogar, o la cantidad de mujeres en edad fértil en el hogar. (Cuadro 5).

Características del entorno geográfico

El uso de servicios de salud para la atención del embarazo es menor en aquellos hogares del área ‘Resto Rural’ y en los casos en que el tiempo necesario para llegar al establecimiento de salud es mayor a los 45 minutos. El uso de servicios de salud para la atención del embarazo es mayor en aquellos casos en que la mujer considera que no es un problema llegar al establecimiento de salud, ó cuando tiene como lengua nativa el español, ó cuando lee periódicos, ó escucha radioemisoras y cuando sí fue necesario gastar algo en la última atención que recibió del embarazo. (Cuadro 6).

Uso de Servicios de Salud para la Atención del Parto.

Características de la mujer

Se encontró una relación negativa entre el uso de servicios de salud para la atención del parto y la edad y paridez de la mujer. Hay una relación positiva entre el uso de los servicios de salud con el nivel de educación que tiene la mujer. Las mujeres que han tenido cesárea en el embarazo previo, las que tienen autonomía para su propia atención en salud, las que tienen empleo, las que tienen seguro materno, tienen mayor porcentaje de uso de los servicios de salud. El uso de servicios de salud para la atención del parto entre las mujeres cuyo estado conyugal es ‘nunca unida’ es superior al de mujeres con otro tipo de estado conyugal. (Cuadro 4).

Características del hogar

Hay una relación negativa entre el uso de servicios de salud para la atención del parto y el tamaño del hogar, similar a lo encontrado con la variable ‘relación de dependencia demográfica’ en forma similar a lo visto en el uso de servicios de salud para la atención del embarazo. Hay una relación positiva entre el uso de servicios de salud para la atención del parto y el nivel educativo del cónyuge de la mujer. La relación del número de personas por cuarto para dormir tiene una relación negativa con el uso de servicios de salud para la atención del parto. El porcentaje de uso de los servicios de salud es mayor en los casos en que el hogar es de tipo ‘Extendido’. Hay una relación positiva entre el quintil de bienestar y el uso de servicios de salud

para la atención del parto. Hay una relación negativa entre el uso de servicios de salud para la atención del parto y la edad del cónyuge de la mujer. Hay una relación positiva entre el uso de servicios de salud para la atención del parto y la edad del jefe de hogar. A diferencia del uso de servicios de salud para la atención del embarazo sí hay diferencias en el uso de servicios de salud para la atención del parto según el sexo del jefe de hogar (mayor uso en casos que el jefe es mujer), ó si en el hogar hay algún miembro en el exterior (mayor uso en casos en que hay algún miembro en el exterior), ó si en el hogar hay presencia de algún miembro con discapacidad (mayor uso en casos en que hay algún discapacitado), o la relación de parentesco que tenga la mujer respecto al jefe de hogar (menor uso si es cónyuge), o la cantidad de mujeres en edad fértil en el hogar (relación positiva entre el número de mujeres en edad fértil y el uso de servicios de salud para la atención del parto). (Cuadro 5).

Características del entorno geográfico

Las variables del entorno geográfico se comportan de forma idéntica al uso de servicios de salud para la atención del embarazo. (Cuadro 6).

Resumen Análisis Univariado

Características de las mujeres

El uso de servicios de salud para la atención del embarazo y el uso de los servicios de salud para la atención del parto varía según las categorías de cada una de las variables revisadas. Algunas variables guardan alta correlación entre sí, como el caso de la variable ‘autonomía’, ‘empleo’ y ‘estado conyugal’ con ‘seguro materno’. La variable ‘cesárea anterior’ tuvo una baja tasa de respuesta entre las mujeres que al momento de la encuesta tenían al menos un hijo, en 40% de estos casos no se obtuvo información.

Características de los hogares

En este grupo de variables, hay algunas en que el uso de servicios de salud varía poco según las diferentes categorías, como en el caso de ‘tipo de hogar’, ‘edad del jefe de hogar’, ‘sexo del jefe de hogar’, ‘algún miembro viviendo en el exterior’, ‘algún miembro con discapacidad’, ‘parentesco con el jefe de hogar’ y ‘número de mujeres en edad fértil’. Al haber un 10% de mujeres que son ‘jefes de hogar’ las variables edad y educación del jefe de hogar tienen cierto

nivel de duplicidad de información entre ellas. No se conoce el mecanismo por el cual la 'edad del cónyuge' y la 'relación de dependencia demográfica' brinden una explicación del uso de servicios de salud que hacen las mujeres para la atención del embarazo y parto.

Características del entorno

El uso de los servicios de salud para la atención del embarazo y para la atención del parto varía según las categorías de las variables relacionadas al entorno en que viven las mujeres. Hay variables que están correlacionadas entre sí, como la variable 'Problema llegar al establecimiento de salud' que al pretender valorar la dificultad que experimenta la mujer en el acceso al establecimiento, presenta alta correlación con 'Área de Residencia' y con la variable 'Tiempo para llegar al establecimiento de salud'. La variable 'Lengua Nativa' está correlacionada con 'Área de Residencia' de la mujer, y además las observaciones están altamente concentradas en una de sus categorías. 'Lee periódico' está correlacionada con la 'educación de la mujer' y el 'Área de residencia'. 'Gastó en la atención' está altamente correlacionada con 'Quintiles de Bienestar'. Sobre la variable 'Oye radio' no se cuenta con información sobre la implementación de campañas de radio transmisión en que se fomente el uso de servicios de salud, tampoco con evidencia del mecanismo preciso por el cuál esté asociada al uso de servicios de salud.

En síntesis, tomando en cuenta los antecedentes y el aporte del análisis univariado se consideran variables que contribuyen a explicar el uso de servicios de salud para la atención del embarazo y del parto las siguientes:

- ◇ Características de la mujer: Edad, Paridez, Educación, Seguro Materno.
- ◇ Características del hogar: Número de miembros en el hogar, Educación del cónyuge y Quintil de bienestar.
- ◇ Características del entorno: Área de residencia, Tiempo en llegar al establecimiento de salud.

Análisis Multivariado.

Para aproximar la explicación de qué determina que las mujeres hagan uso de los servicios de salud para la atención del embarazo y del parto, se presenta lo encontrado en el modelo de regresión logístico aplicado para el uso de servicios de salud para la atención del embarazo y para la atención del parto.

Características de las mujeres

En forma general las variables relacionadas a características personales de las mujeres, contribuyen a explicar en cerca del 10% el uso que éstas hacen de los servicios de salud para la atención del embarazo y un 18% del uso de los servicios de salud para la atención del parto.

En el análisis univariado se encontró que las mujeres en edades extremas hacían menos uso de los servicios de salud para la atención del embarazo, y para la atención del parto la edad presentó una relación francamente negativa con el uso de servicios de salud. Al controlar el efecto de las otras variables incluidas en el modelo de regresión se encuentra que la propensión que tienen las mujeres de hacer uso de servicios de salud para la atención del embarazo oscila entre 1.455 y 1.974 en las mujeres de 20 a 49 años, en comparación a las mujeres de 15 a 19 años, es decir que hay una tendencia de mayor propensión a hacer uso de servicios de salud para la atención del embarazo en la medida que la mujer tiene mayor edad. En cuanto al parto, en comparación a mujeres de 15 a 19 años, las mujeres con edades comprendidas entre 40 y 49 años tienen una propensión de 1.707 para hacer uso de servicios de salud.

Similar a lo encontrado en el análisis univariado en que la paridez presentaba una relación negativa con el uso de servicios tanto para la atención del embarazo como del parto, al controlar el efecto de las demás variables incluidas en el modelo de regresión se encuentra que la paridez está asociada en forma negativa con el uso de servicios de salud maternos, así por cada hijo que tiene la mujer la propensión de que haga uso de servicios de salud para la atención del embarazo es de 0.933; y la propensión de que haga uso de servicios de salud para la atención del parto es de 0.870 por cada hijo adicional que tenga. Esto es, que al aumentar la paridez en la mujer, ésta hace menos uso de servicios de salud para la atención del embarazo y el parto.

En el análisis univariado se encontró una relación positiva entre la escolaridad de la mujer y el uso de servicios de salud tanto para la atención del embarazo como para la atención del parto. Al controlar el efecto de las demás variables incluidas en el modelo de regresión se encontró que, en comparación con mujeres que no alcanzan ningún nivel en la educación formal, las mujeres con mayor logro educativo tienen mayor propensión de hacer uso de servicios de salud para la atención del embarazo y del parto. Las mujeres con secundaria completa ó más tienen una propensión de 1.879 de hacer uso de servicios de salud para la atención del embarazo. En relación a la atención del parto, en comparación con mujeres que no alcanzaron ningún nivel en la educación formal, las mujeres que tienen primaria completa ó más tienen mayor propensión a hacer uso de servicios de salud, así las mujeres con secundaria completa ó más tienen una propensión de 2.108.

Características de los hogares

Las variables relacionadas a las características de los hogares al que pertenecen las mujeres contribuyen a explicar un poco menos del 10% el uso de servicios de salud que éstas hacen para la atención del embarazo y un 23% el uso de servicios de salud para la atención del parto.

El análisis univariado entre el tamaño del hogar y el uso de servicios de salud para la atención del embarazo y para la atención del parto demostró la existencia de una relación negativa entre las dos variables. Al controlar el efecto de las demás variables incluidas en el modelo de regresión se encontró que, en comparación a mujeres cuyo hogar está integrado por 5 ó menos miembros, la propensión de hacer uso de servicios de salud para la atención del embarazo en mujeres cuyos hogares tienen de 6 a 7 miembros es de 0.764 y se reduce a 0.735 en aquellas que en sus hogares hay 8 ó más personas.

En el análisis univariado entre uso de servicios de salud para la atención del embarazo y para la atención del parto con el nivel educativo del cónyuge de las mujer, se encontraba una relación positiva. Controlando el efecto de las demás variables incluidas en el modelo de regresión se determinó que, las mujeres cuyos cónyuges tienen algún logro educativo tienen mayor propensión de hacer uso de servicios de salud para la atención del embarazo y el parto. Así, las mujeres cuyo cónyuge tiene primaria completa presentan una propensión de 1.514 y las que

tienen cónyuges con secundaria incompleta tienen una propensión de 1.497 de hacer uso de los servicios de salud para la atención del embarazo en comparación con mujeres que tienen cónyuges que no alcanzan ningún nivel en la educación formal. En cuanto al parto, se encuentra con claridad que en la medida que el logro educativo del cónyuge es mayor, aumenta la propensión de la mujer para hacer uso de los servicios de salud, siendo que en comparación con mujeres cuyo cónyuge no alcanza ningún nivel en la educación formal, las que tienen cónyuge con secundaria completa tienen una propensión de 2.444 de hacer uso de los servicios de salud para la atención del parto.

La relación entre quintil de bienestar al que pertenece el hogar del que forma parte la mujer y el uso de servicios de salud para la atención del embarazo y para la atención del parto en el análisis univariado fue positiva. Controlando el efecto de las demás variables incluidas en el modelo de regresión se encontró que, en comparación a mujeres que pertenecen a hogares ubicados en el quintil de bienestar más alto, las mujeres de hogares del quintil inferior tienen una propensión de hacer uso de servicios de salud para la atención del embarazo de 0.584 y las mujeres del segundo quintil más bajo tienen una propensión de sólo 0.693. Similar hallazgo ocurre con el uso de servicios de salud para la atención del parto, en que las mujeres que pertenecen a hogares ubicados en el quintil más bajo de bienestar tienen una propensión de sólo 0.253 y las del segundo quintil más bajo una propensión de 0.490 en comparación a las mujeres que pertenecen a hogares ubicados en el quintil más alto de bienestar.

Características del entorno

Las variables relacionadas al entorno en el que residen las mujeres contribuyen a explicar en un 23% el uso que éstas hacen de los servicios de salud para la atención tanto del embarazo como el uso de servicios de salud para la atención del parto.

El análisis univariado entre el área de residencia y el uso de servicios de salud que hacen las mujeres para la atención del embarazo y la atención del parto encontró que el porcentaje de mujeres que hacen uso de servicios de salud es menor entre las mujeres del área 'Resto Rural', es decir el área rural fuera de Managua y mayor entre las mujeres que residen en el departamento de Managua. Controlando el efecto de las demás variables incluidas en el modelo de regresión se

encontró que las mujeres del área 'resto urbana', es decir las del área urbana fuera de Managua, tienen una propensión de hacer uso de servicios de salud para la atención del parto de 0.386 y las mujeres del área 'resto rural', tienen una propensión de sólo 0.205 de hacer uso de servicios de salud para la atención del parto en comparación con las mujeres que residen en el departamento de Managua.

El análisis univariado entre el tiempo necesario para llegar al establecimiento de salud y el uso de servicios de salud para la atención del embarazo ó para la atención del parto encontró que el porcentaje de mujeres que hacen uso de los servicios de salud es menor entre las mujeres que necesitan más de 45 minutos para llegar al establecimiento de salud. Al controlar el efecto de las demás variables incluidas en el modelo de regresión se encontró que, en comparación con mujeres que necesitan más de 45 minutos para llegar a un establecimiento de salud para la atención del embarazo, las mujeres que requieren de 15 a 45 minutos tienen una propensión de 1.560 de hacer uso de servicios de salud para la atención del parto.

En los cuadros 7 y 8 están los resultados de la razón de momios de hacer uso de los servicios de salud para la atención del embarazo y para la atención del parto respectivamente según las variables independientes, el error estándar y la probabilidad asociada al azar (valor de p).

Capítulo 4: Discusión.

Discusión

El uso de los servicios de salud por parte de las mujeres en condición de maternidad, ha sido una de las principales metas de los programas de atención en salud pública, como un mecanismo intermedio que contribuye en forma importante a la contención de la morbi-mortalidad materna. En Nicaragua, uno de los países con mayor tasa de mortalidad materna de Latinoamérica, han sido muchos los esfuerzos de parte gubernamental y no gubernamental para revertir los niveles de este importante indicador de salud de las poblaciones, sin embargo, a pesar de las mejorías en las tasas de mortalidad materna, estos cambios son aún muy tímidos. Este estudio ha pretendido valorar la contribución de las características sociodemográficas de los hogares al que pertenecen las mujeres en el uso que éstas hacen de los servicios de salud por su condición de maternidad. Los resultados que se obtuvieron son similares a los que se encontró en estudios anteriores sobre el uso de servicios de salud que hacen las mujeres en relación al embarazo y parto.

Características de las mujeres

Las variables relacionadas a las características de las mujeres, como conjunto, contribuyen en magnitud diferente a explicar el uso de servicios de salud que hacen las mujeres para la atención del embarazo y para la atención del parto, el hecho de que la atención del parto sea una sola para el evento del embarazo y que para la atención del embarazo se requiera al menos 4 visitas, podría determinar el efecto que los factores relacionados a características personales de las mujeres jueguen un papel diferente en el uso de los servicios de salud para la atención del embarazo en relación al uso de servicios de salud que hacen para la atención del parto.

La edad que la mujer tiene aportó parte de la explicación del uso de servicios de salud que hace durante el embarazo y parto, la asociación positiva que se encontró es compartida por Pebley et al (1996), Sánchez-Pérez et al (1997), y Short y Zhang (2004) aunque Makhlouf y Potter (1991) encuentran más bien que son las mujeres jóvenes las que hacen más uso de los servicios de salud para la atención del parto. El mecanismo por el cual a medida que la mujer tiene más edad esté más propensa a hacer uso de los servicios de salud puede ser explicado por la reducción de barreras psico-sociológicas para visitar los establecimientos de salud, que han sido diseñados

para ‘mujeres maduras’, con un estado conyugal socialmente aceptado, y por la ‘teoría del contagio mental’ en la conducta colectiva del comportamiento humano (Fidalgo, M).

En cuanto a la paridez y el uso de servicios de salud maternos, se encontró una asociación negativa entre la paridez de la mujer y el uso que hace de los servicios de salud para la atención del embarazo y el parto, tanto Pebley et al (1996), Short y Zhang (2004) como Sánchez-Pérez et al (1997) obtienen resultados similares. Hay variadas explicaciones sobre el mecanismo por el cual la paridez está asociada en forma negativa al uso de servicios de salud maternos, una de ellas es que en la medida que la mujer tiene más hijos, sobre todo menores de 5 años, requiere destinar más tiempo para el cuidado de los mismos inclusive a expensa de reducir su propio cuidado, entre lo que está la visita a los establecimientos de salud por condición de maternidad. Otra explicación de esta asociación es dada por la percepción negativa que tienen las mujeres de hacer uso de los servicios de salud basadas en la experiencia del embarazo y parto previo que transcurrieron en forma segura y saludable, unido a los inconvenientes de haber tenido que ausentarse del hogar para ser atendida (Short y Zhang, 2004), esto es particularmente aplicable para el caso de Nicaragua en que los criterios de para clasificar un embarazo como de riesgo tienen una alta prevalencia, por ejemplo el caso de las mujeres con estado civil ‘soltera’, con edad menor a 18 años ó mayor a 35 años, mujer con algún nivel de anemia, mujer con antecedente de cesárea en el embarazo previo; a mujeres con alguna de estas características les han hecho saber que el embarazo que tienen es de alto riesgo, y al final todo transcurre sin mayores eventos adversos y llegan a tener bebés saludables. Esto determina que en los embarazos subsiguientes haya menos confianza en el sistema y baja motivación a demandar atención prenatal.

El logro educativo que tiene la mujer está asociado en forma positiva al uso de servicios de salud maternos, similar a lo encontrado por Makhoulouf y Potter (1991), Pebley et al (1996) y Sánchez-Pérez et al (1997). Esta es una variable ampliamente estudiada, los mensajes desplegados en forma sistemática tanto por el Ministerio de Salud como por Organismos No Gubernamentales sobre la importancia de visitar los establecimientos de salud para actividades de prevención primaria, son mejor recepcionados por mujeres con algún nivel de escolaridad; por otro lado, la educación al aumentar la amplitud en la forma de ver el mundo, condiciona que las mujeres con

mayor logro educativo sean más conscientes de los riesgos que conlleva el estado de embarazo y más aún el momento del parto, determinando una mayor demanda de servicios de salud.

Características de los hogares

Se encontró que el tamaño del hogar está asociado en forma negativa al uso de servicios de salud que para atención del embarazo y el parto hace la mujer, similar resultado encuentra Fosu (1989) y Makhoulf y Potter (1991). Estos autores explican que esto se debe principalmente al número de niños en el hogar, independientemente si son o no hijos de la mujer, entre mayor es el número de niños en el hogar menor es la probabilidad de que la mujer haga uso de los servicios de salud para la atención del embarazo y el parto.

Se encontró que el logro educativo del cónyuge estuvo asociado en forma positiva sobre el uso de servicios de salud maternos, a como Pebley et al (1996) encontraron. A pesar de que ha sido el logro educativo del jefe del hogar el que mejor contribuye al uso de servicios de salud para la atención del embarazo y parto, este careció de significancia estadística en el este estudio, pero la asociación del logro educativo del cónyuge al uso de servicios de salud maternos, está en la línea de lo que encuentra Lindelöw (2004), que la educación de otros miembros en el hogar (además de la del jefe) tiene gran efecto sobre la decisión de que la mujer haga uso de servicios de salud. La sensibilización de los miembros del hogar con alto logro educativo sobre la importancia de que a las mujeres embarazadas les sean realizados chequeos periódicos para la detección oportuna de alteraciones durante esa condición para evitar complicaciones y muertes, producto de los contenidos en los programas educativos sobre cuidados de salud, contribuye a que en el hogar les sean procuradas las condiciones a las mujeres para que hagan uso de los servicios de salud.

El pertenecer a un hogar del quintil superior de bienestar, como forma de reflejar el status socioeconómico del hogar, estuvo asociado en forma positiva al uso de servicios de salud que hacen las mujeres, esto es lo encuentran una diversidad de estudios, como los de Makhoulf y Potter (1991), Pebley et al (1996), Sánchez-Pérez et al (1997) y Short y Zhang (2004). El status socioeconómico al que pertenece el hogar del que forman parte las mujeres es el determinante más importante dentro de las variables del hogar sobre el uso de servicios de salud, esto puede

deberse a las mayores facilidades que tienen las mujeres del quintil más elevado de bienestar de estar informadas (posesión de radio ó televisor), y de movilidad (posesión de vehículos automotores), u otro tipo de artefactos en el hogar que les permita la realización de las actividades domésticas en menor tiempo.

Características del entorno

Residir en la gran ciudad se encuentra asociado positivamente a que las mujeres hagan uso de los servicios de salud maternos, como ha sido encontrado en los estudios de Makhoulf y Potter (1991), Pebley et al (1996) y Sánchez-Pérez et al (1997).

Tener poca dificultad, medido según el tiempo que se necesita para llegar al establecimiento de salud, se encuentra asociado positivamente al uso de servicios de salud maternos que hacen las mujeres, hecho que está en la línea de lo encontrado en sus respectivos estudios por Pebley et al (1996) y Sánchez-Pérez et al (1997).

Conclusiones.

Las variables relacionadas al entorno en que viven las mujeres son las que aportan más a la explicación del uso de servicios de salud que hacen las mujeres para la atención del embarazo y la atención del parto, dicho de otra forma, las principales barreras que impiden el uso de servicios de salud a las mujeres por su condición de maternidad están relacionadas al tipo de área de residencia (urbano – rural) y al tiempo que requieren para llegar al establecimiento de salud, que no necesariamente depende de la distancia sino también de la dificultad para movilizarse (vías de transporte y vías de acceso).

El número de personas que lo integran, el logro educativo del cónyuge de la mujer y, sobretodo, el quintil de bienestar en el que éste está ubicado, son características del hogar que contribuyen a explicar el uso de servicios de salud que para la atención del embarazo y del parto hacen las mujeres. Las características del hogar son en sí una barrera para que las mujeres hagan uso de los servicios de salud, y sobre la cual deben dirigirse esfuerzos que contribuyan a reducirla para mejorar el uso de servicios de salud que hacen las mujeres por su condición de maternidad, como un medio para reducir la tasa de mortalidad materna en Nicaragua.

La edad, el número de hijos que ha tenido y el nivel de escolaridad que ha alcanzado son características de la mujer que ejercen efecto sobre el uso de servicios de salud que hacen para la atención del embarazo y del parto. Los esfuerzos para reducir la mortalidad materna se han dirigido principalmente a modificar las características de las mujeres, sin embargo en conjunto estas variables aportan poco por sí solas a la explicación del uso de servicios de salud que hacen las mujeres para la atención del embarazo y del parto.

En Nicaragua, entre las mujeres que tienen un nacimiento en los años 1999 al 2001, las que residen en Managua, que son parte de hogares de tamaño pequeño y que pertenecen al quintil de bienestar superior, las que tienen nivel de escolaridad de secundaria ó más, que dentro del grupo de 15 a 49 años tienen mayor edad, las que tienen cónyuges con algún logro educativo, que tienen una baja paridez y que requieren de poco tiempo para llegar a un establecimiento de salud para la atención por su condición de embarazada o parturienta son las que tienen más propensión de hacer uso de servicios de salud maternos.

Bibliografía.

1. Andersen, R. M. (1968). A behavioral model of families' use of health services. Research Series, 25, Center for Health Administration Studies. Chicago: University of Chicago.
2. Bulatao, R., & Ross, J. (2001). Rating Maternal and Neonatal Health Programs in Developing Countries. Measure Evaluation Bulletin, sn(3), 11-16.
3. Cameron, A. C., Trivedi, P. K., Milne, F., & Piggott, J. (1988). A Microeconomic Model of the Demand for Health Care and Health Insurance in Australia. The Review of Economic Studies, 55(1), 85-106.
4. Family Health International (1994). El acceso a la atención puede salvar vidas. Network en Español, 9(2).
5. El Sitio de Ciencias de la Educación. Psicología de las masas y análisis de Yo. Consulta del 21 de octubre, 2004, de <http://www.segciencias.com.ar/masa.htm>
6. Fosu, G. B. (1989). Access to Health Care in Urban Areas of Developing Societies. Journal of Health and Social Behavior, 30(4), 398-411.
7. Frankenberg, E., & Thomas, D. (2001). Women's Health and Pregnancy Outcomes: Do Services Make a Difference? Demography, 38(2), 253-265.
8. Gibbons, R. D., & Wilcox-Gok, V. (1998). Health Service Utilization and Insurance Coverage: A Multivariate Probit Analysis. Journal of the American Statistical Association, 93(441), 63-72.
9. Hidalgo, M. La conducta humana ante situaciones de emergencia: la conducta colectiva. Consulta del 21 de octubre, 2004, de http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_395.htm
10. Johnson, D. E. Métodos Multivariados aplicados al análisis de datos. International Thomson Editores. 2000. México D.F
11. Lindelöw, M. (2004). Health Care Decisions as a Family Matter. World Bank Policy Research Working Paper 3324, June 2004. Consulta del 16 de Julio, 2004, de http://econ.worldbank.org/files/35979_wps3324.pdf
12. Makhlof O., C., & Potter, J. E. (1991). Maternal Health Care Utilization in Jordan: A Study of Patterns and Determinants. Studies in Family Planning, 22(3), 177-187.
13. Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Consulta del 23 de julio, 2004, de http://hdr.unpd.org/reports/global/2004/español/pdf/hdr04_sp_HDI.pdf

14. Nicaragua. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional sobre Medición del Nivel de Vida, 2001.
15. Nicaragua. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001.
16. Nicaragua, Ministerio de Salud. Normas de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. 1997.
17. Nicaragua. Ministerio de Salud. Indicadores Económicos y Sociales 1995 - 2001. Consulta del 23 de julio, 2004, de <http://www.minsa.gob.ni/cuentas/cuentaindec.htm>
18. Nicaragua. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Comunicación verbal con el Ing. Luis Blandón Sequeira, Coordinador Técnico del Proyecto ‘Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud’ sobre el número total de segmentos censales. (26/7/2004).
19. Nicaragua, Ministerio de Salud, MINSA and MEASURE Evaluation. Encuesta de Establecimientos de Salud: Nicaragua 2001. MEASURE Evaluation Technical Report Series No. 13. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill. Agosto 2002.
20. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de Mortalidad Materna. Consulta del 16 de julio, 2004, de <http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/mujer/downloads/plan-estrat-mortalidad-materna.pdf>
21. Organización Panamericana de la Salud. Reducción de la Mortalidad y la Mortalidad Maternas. Consulta del 16 de julio, 2004, de http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/mujer/downloads/docSMStrategicConsensus_Sp.pdf
22. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Perfil de País –Nicaragua-. 2003.
23. Paz, M. y Murillo-Camberos, A. (2002). Identificación de Territorios Críticos en Salud Materna mediante indicadores. Revista Panamericana de Salud Pública, 12(1), 5-9.
24. Pebley, A.N., Goldman, N. y Rodríguez, G. (1996). Prenatal Delivery care Childhood Immunization in Guatemala: Do Family and Community Matter? Demography, 33(2), 231-247.
25. Population Reference Bureau. (2002). Por una maternidad sin riesgos. Consulta del 16 de julio, 2004, de <http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/mujer/downloads/maternidad-sin-riesgo.pdf>
26. Rosero Bixby, L., & Güel, D. (Irosero@ccp.ucr.ac.cr). (1998) Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS). Consulta del 15 de junio, 2004, de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/bvp/index.htm>
27. Rosett, R. N., & Huang, L. (1973). The Effect of Health Insurance on the Demand for Medical Care. The Journal of Political Economy, 2(1), 281-305.

28. Sánchez-Pérez, H.J., Ochoa-Díaz, H., y García-Gil, M.M. (1997). Bienestar social y servicios de salud en la Región Fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal. Biblioteca Virtual de Salud Pública. Consulta del 16 de julio, 2004, de <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/calidad/01012002.htm>
29. Sandoval, I., & González, L. (2000) La Composición de los Hogares Costarricenses en los Censos de 1984 y 2000: Un análisis desde las Jefaturas Femeninas y Masculinas. Consulta del 15 de junio, 2004, de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/bvp/index.htm>
30. Sastry, N. (1996). Community Characteristics, Individual and Household Attributes, and Child Survival in Brazil. Demography, 33(2), 211-229
31. Short, S.E. y Zhang, F. (2004). Use of maternal health services in rural China. Population Studies, 58(1), 3 – 19.
32. United Nations. (1996). Population Goals of the United Nations. Population and Development Review, 22(3), 594-600.

Anexos.

Cuadro 1. Nicaragua 2001. Distribución porcentual de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características de la mujer descritas.

Características de la mujer	Total de Nacimientos	Uso de Servicios de Salud para Embarazo	Uso de Servicios de Salud para Parto
<i>Edad de la mujer</i>			
15 a 19 años	13.4	11.3	13.9
20 a 29 años	52.7	55.4	53.8
30 a 39 años	27.5	28.4	27.2
40 a 49 años	6.4	4.9	5.2
<i>Paridez</i>			
0 a 1	52.1	57.1	58.8
2 a 3	25.5	26.5	25.1
4 ó más	22.4	16.4	16.0
<i>Educación</i>			
Sin educación	18.9	11.3	10.4
Primaria incompleta	30.0	26.3	25.2
Primaria completa	13.7	14.7	15.5
Secundaria incompleta	21.1	25.0	27.1
Secundaria completa o más	16.3	22.6	21.8
<i>Cesárea en el penúltimo nacimiento</i>			
Si	2.9	3.5	4.0
No / No embarazo anterior	56.3	51.4	54.5
Sin información	40.8	45.1	41.5
<i>Autonomía en la atención de salud</i>			
Si	59.0	63.1	63.8
No	41.1	36.9	36.2
<i>Empleo</i>			
Si	35.0	39.4	38.9
No	65.0	60.6	61.0
<i>Seguro materno</i>			
Si	16.3	22.0	21.2
No	83.8	78.0	78.8
<i>Estado conyugal de la mujer</i>			
Nunca unida	3.3	2.3	3.7
Actualmente unida	78.6	80.7	77.6
Antes unida	18.1	17.0	18.7
Total	% n	100.0 4,848	100.0 2,794
			3,445

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDESA Nicaragua 2001.

Cuadro 2. Nicaragua 2001. Distribución porcentual de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características del hogar descritas.

Características del hogar	Total de Nacimientos	Uso de Servicios de Salud para Embarazo	Uso de Servicios de Salud para Parto
<i>Número de miembros en el hogar</i>			
1 a 5	40.4	46.2	43.1
6 a 7	25.3	24.1	25.2
8 ó más	34.3	29.7	31.6
<i>Número de menores de 5 años en el hogar</i>			
0 a 1	52.2	58.8	57.6
2 a 3	43.2	38.0	38.8
4 ó más	4.6	3.2	3.6
<i>Educación del cónyuge</i>			
Sin educación	20.4	13.6	12.6
Primaria incompleta	26.7	23.2	22.5
Primaria completa	12.2	14.2	13.7
Secundaria incompleta	17.9	21.9	22.3
Secundaria completa o más	17.3	23.1	23.2
No recuerda / Sin cónyuge / Sin inf.	5.6	4.0	5.6
<i>Relación personas por cuarto para dormir</i>			
2 ó menos	23.6	28.6	28.4
3 a 4	37.0	39.3	37.8
Más de 4	39.4	32.1	33.8
<i>Tipo de hogar</i>			
Nuclear	42.3	41.9	38.1
Extendido ó Compuesto	57.7	58.1	61.9
<i>Educación del Jefe de hogar</i>			
Sin educación	29.2	21.9	22.2
Primaria incompleta	32.6	30.8	30.2
Primaria completa	11.6	13.2	13.3
Secundaria incompleta	13.5	16.0	17.0
Secundaria completa o más	12.5	17.6	16.9
No recuerda / Sin cónyuge / Sin inf.	0.6	0.3	0.4
<i>Quintil de bienestar</i>			
Quintil más bajo	23.5	14.7	10.9
Segundo quintil	21.3	19.1	19.2
Tercer quintil	19.6	20.8	22.9
Cuarto quintil	18.7	22.9	24.0
Quintil más alto	17.0	22.4	23.0
<i>Edad del cónyuge</i>			
27 años ó menos	28.4	29.1	29.7
28 a 35 años	25.5	28.0	25.4
36 ó más años	24.8	23.6	22.5
Mujer sin cónyuge	21.4	19.3	22.4
Total	100.0 n 4,848	100.0 2,794	100.0 3,445

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDESA Nicaragua 2001.

Cuadro 2. (cont.). Nicaragua 2001. Distribución porcentual de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características del hogar descritas.

Características del hogar	Total de Nacimientos	Uso de Servicios de Salud para Embarazo	Uso de Servicios de Salud para Parto
<i>Edad del Jefe de hogar</i>			
33 años ó menos	34.0	34.0	35.5
34 a 45 años	32.5	32.5	31.9
Más de 45 años	33.5	33.5	32.7
<i>Sexo del Jefe de hogar</i>			
Femenino	28.6	29.4	32.2
Masculino	71.4	70.7	67.8
<i>Algún miembro viviendo en el exterior</i>			
Si	12.4	13.0	14.7
No	87.6	87.0	85.3
<i>Discapacitados en el hogar</i>			
Ninguno	84.1	84.6	83.4
Uno ó más	15.9	15.4	16.6
<i>Parentesco con el jefe de hogar</i>			
Jefe de hogar	9.9	10.0	10.4
Cónyuge	50.9	51.2	46.2
Otro	39.2	38.8	43.4
<i>Número de mujeres en edad fértil en el hogar</i>			
1	58.8	58.6	55.3
2	23.7	23.6	25.2
3 ó más	17.5	17.8	19.5
<i>Relación de dependencia demográfica en el hogar</i>			
Menos de 75%	36.8	42.3	42.8
75 a 150%	42.0	41.4	41.5
Más de 150%	21.3	16.2	15.7
Total	% n	100.0 4,848	100.0 3,445

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDESA Nicaragua 2001.

Cuadro 3. Nicaragua 2001. Distribución porcentual de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características del entorno geográfico descritas.

Características del entorno geográfico	Total de Nacimientos	Uso de Servicios de Salud para Embarazo	Uso de Servicios de Salud para Parto
<i>Área de residencia</i>			
Managua	23.7	28.1	31.6
Resto urbano	33.3	38.5	40.1
Resto rural	43.0	33.4	28.2
<i>Tiempo en llegar al establecimiento para la atención del embarazo</i>			
Menos de 15 minutos	20.5	25.9	23.9
15 a 45 minutos	36.0	45.2	43.8
Más de 45 minutos	26.1	27.9	23.6
No recuerda / No CPN / Sin información	17.5	1.0	8.7
<i>Problema para llegar a la unidad de salud</i>			
Si	40.9	35.2	33.1
No	59.1	64.8	66.9
<i>Lengua nativa</i>			
Español	96.1	97.7	97.3
Otra	3.9	2.3	2.7
<i>Lee periódico</i>			
Si	46.6	55.3	56.0
No	53.4	44.7	44.0
<i>Escucha radio</i>			
Si	84.1	87.4	87.2
No	15.9	12.7	12.8
<i>Gastó en la atención del embarazo</i>			
Si	38.8	47.9	45.7
No	42.6	49.1	44.1
Sin información / No se atendió emb.	18.6	3.0	10.2
Total	% n	100.0 4,848	100.0 2,794
			100.0 3,445

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDESA Nicaragua 2001.

Cuadro 4. Nicaragua 2001. Porcentaje de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características de la mujer descritas. (n=4,848)

Características de la mujer	Total de Nacimientos	Uso de Servicios de Salud para Embarazo	Uso de Servicios de Salud para Parto
<i>Edad de la mujer</i>			
15 a 19 años	648	48.9	73.7
20 a 29 años	2557	60.5	72.5
30 a 39 años	1331	59.5	70.3
40 a 49 años	311	44.2	57.4
<i>Paridez</i>			
0 a 1	2525	63.2	80.2
2 a 3	1234	60.0	70.1
4 ó más	1088	42.2	50.8
<i>Educación</i>			
Sin educación	918	34.4	38.9
Primaria incompleta	1455	50.5	59.6
Primaria completa	665	61.9	80.3
Secundaria incompleta	1021	68.6	91.7
Secundaria completa o más	790	80.1	95.2
<i>Cesárea en el penúltimo nacimiento</i>			
Si	143	69.4	95.3
No / No embarazo anterior	2728	52.6	68.8
Sin información	1977	63.7	72.3
<i>Autonomía en la atención de salud</i>			
Si	2858	61.7	76.9
No	1990	51.8	62.6
<i>Empleo</i>			
Si	1697	64.8	79.0
No	3151	53.8	66.7
<i>Seguro materno</i>			
Si	788	78.0	92.9
No	4060	53.7	66.8
<i>Estado conyugal de la mujer</i>			
Nunca unida	159	40.7	79.9
Actualmente unida	3811	59.1	70.1
Antes unida	877	54.1	73.5

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDESA Nicaragua 2001.

Cuadro 5. Nicaragua 2001. Porcentaje de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características del hogar descritas. (n=4,848)

Características del hogar	Total de Nacimientos	Uso de Servicios de Salud para Embarazo	Uso de Servicios de Salud para Parto
<i>Número de miembros en el hogar</i>			
1 a 5	1961	65.8	75.8
6 a 7	1227	54.8	70.9
8 ó más	1661	50.0	65.6
<i>Número de menores de 5 años en el hogar</i>			
0 a 1	2531	64.9	78.4
2 a 3	2092	50.7	63.9
4 ó más	225	40.3	54.7
<i>Educación del cónyuge</i>			
Sin educación	988	38.6	43.8
Primaria incompleta	1294	50.1	60.0
Primaria completa	589	67.4	80.3
Secundaria incompleta	869	70.5	88.5
Secundaria completa o más	838	77.0	95.5
No recuerda / Sin cónyuge / Sin inf.	271	40.8	71.5
<i>Relación personas por cuarto para dormir</i>			
2 ó menos	1142	69.9	85.6
3 a 4	1795	61.2	72.5
Más de 4	1912	46.9	61.0
<i>Tipo de hogar</i>			
Nuclear	2052	57.1	64.0
Extendido ó Compuesto	2796	58.0	76.3
<i>Educación del Jefe de hogar</i>			
Sin educación	1416	43.3	54.1
Primaria incompleta	1579	54.5	65.9
Primaria completa	564	65.5	81.6
Secundaria incompleta	653	68.6	89.4
Secundaria completa o más	608	81.1	95.6
No recuerda / Sin cónyuge / Sin inf.	28	34.8	52.8
<i>Quintil de bienestar</i>			
Quintil más bajo	1138	36.1	32.9
Segundo quintil	1032	51.7	64.1
Tercer quintil	948	61.4	83.3
Cuarto quintil	908	70.6	91.2
Quintil más alto	824	76.1	96.3
<i>Edad del cónyuge</i>			
27 años ó menos	1375	59.2	74.5
28 a 35 años	1236	63.3	70.8
36 ó más años	1200	54.8	64.5
Mujer sin cónyuge	1037	52.1	74.4

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDESA Nicaragua 2001.

Cuadro 5. (cont.). Nicaragua 2001. Porcentaje de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características del hogar descritas. (n=4,848)

Características del hogar	Total de Nacimientos	Uso de Servicios de Salud para Embarazo	Uso de Servicios de Salud para Parto
<i>Edad del Jefe de hogar</i>			
33 años ó menos	1648	60.1	58.9
34 a 45 años	1575	56.5	70.3
Más de 45 años	1625	56.2	73.9
<i>Sexo del Jefe de hogar</i>			
Femenino	1387	59.2	80.0
Masculino	3461	57.0	67.5
<i>Algún miembro viviendo en el exterior</i>			
Si	603	60.4	84.3
No	4245	57.2	69.2
<i>Discapacitados en el hogar</i>			
Ninguno	4075	58.0	70.5
Uno ó más	773	55.7	74.1
<i>Parentesco con el jefe de hogar</i>			
Jefe de hogar	478	58.4	74.9
Cónyuge	2468	57.9	64.5
Otro	1902	57.0	78.5
<i>Número de mujeres en edad fértil en el hogar</i>			
1	2849	57.5	66.8
2	1150	57.2	75.6
3 ó más	848	58.7	79.1
<i>Relación de dependencia demográfica en el hogar</i>			
Menos de 75%	1782	66.4	82.7
75 a 150%	2036	56.9	70.3
Más de 150%	1031	44.0	52.3

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDESA Nicaragua 2001.

Cuadro 6. Nicaragua 2001. Porcentaje de los últimos embarazos y nacimientos que ocurrieron entre enero de 1996 y el momento de la entrevista por Uso de Servicios de Salud según las características del entorno geográfico descritas. (n=4,848)

Características del entorno geográfico	Total de Nacimientos	Uso de Servicios de Salud para Embarazo	Uso de Servicios de Salud para Parto
<i>Área de residencia</i>			
Managua	1149	68.3	94.9
Resto urbano	1613	66.8	85.7
Resto rural	2086	44.7	46.6
<i>Tiempo en llegar al establecimiento para la atención del embarazo</i>			
Menos de 15 minutos	993	73.0	82.8
15 a 45 minutos	1743	72.4	86.6
Más de 45 minutos	1265	61.6	64.3
No recuerda / No CPN / Sin información	847	3.3	35.2
<i>Problema para llegar a la unidad de salud</i>			
Si	1985	49.5	57.4
No	2863	63.3	80.5
<i>Lengua nativa</i>			
Español	4659	58.6	71.9
Otra	189	33.4	49.2
<i>Lee periódico</i>			
Si	2261	68.3	85.4
No	2587	48.3	58.6
<i>Escucha radio</i>			
Si	4076	59.9	73.7
No	772	45.8	57.2
<i>Gastó en la atención del embarazo</i>			
Si	1880	71.2	83.7
No	2066	66.5	73.5
Sin información / No se atendió emb.	902	9.1	39.1

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDESA Nicaragua 2001.

Cuadro 7. Nicaragua 2001. Modelo de Regresión Logística del Uso de Servicios de Salud para la atención del Embarazo. (n= 4,848)

Característica	Razón de momios	Error Estándar
Edad		
15 a 19 (ref.)	---	---
20 a 29	1.455	0.155***
30 a 39	1.911	0.270***
40 a 49	1.974	0.427***
Paridez	0.933	0.021***
Educación de la mujer		
Ningún nivel (ref.)	---	---
Primaria Incompleta	1.067	0.106
Primaria Completa	1.281	0.166
Secundaria Incompleta	1.269	0.168
Secundaria Completa ó más	1.879	0.321***
Seguro Materno		
Sin Seguro Materno (ref.)	---	---
Con Seguro Materno	1.309	0.163*
Tamaño del hogar		
1 a 5 miembros (ref.)	---	---
6 a 7 miembros	0.764	0.068***
8 ó más miembros	0.735	0.063***
Educación del cónyuge		
Ningún nivel (ref.)	---	---
Primaria Incompleta	1.163	0.111
Primaria Completa	1.514	0.194**
Secundaria Incompleta	1.497	0.195**
Secundaria Completa ó más	1.268	0.189
Sin información	0.626	0.106
Quintil de bienestar		
Quintil más alto (ref.)	---	---
Quintil inferior	0.584	0.105**
Segundo quintil más bajo	0.693	0.114*
Tercer quintil	0.765	0.115
Cuarto quintil	0.900	0.131
Área de residencia		
Managua (ref.)	---	---
Resto urbano	1.027	0.140
Resto rural	1.066	0.165
Tiempo en llegar al establecimiento		
Más de 45 minutos (ref.)	---	---
Menos de 15 minutos	1.097	0.107
15 a 45 minutos	1.152	0.100
No recuerda	0.022	0.004

* p<0.05 / **p<0.01 / ***p<0.001

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDESA Nicaragua 2001.

Cuadro 8. Nicaragua 2001. Modelo de Regresión Logística del Uso de Servicios de Salud para la atención del Parto. (n= 4,848)

Característica	Razón de momios	Error Estándar
Edad		
15 a 19 (ref.)	---	---
20 a 29	0.850	0.100
30 a 39	1.189	0.187
40 a 49	1.707	0.395*
Paridez	0.870	0.020***
Educación de la mujer		
Ningún nivel (ref.)	---	---
Primaria Incompleta	1.190	0.113
Primaria Completa	1.616	0.213***
Secundaria Incompleta	2.397	0.360***
Secundaria Completa ó más	2.108	0.442***
Seguro Materno		
Sin Seguro Materno (ref.)	---	---
Con Seguro Materno	1.237	0.203
Tamaño del hogar		
1 a 5 miembros (ref.)	---	---
6 a 7 miembros	1.128	0.111
8 ó más miembros	1.059	0.099
Educación del cónyuge		
Ningún nivel (ref.)	---	---
Primaria Incompleta	1.108	0.103
Primaria Completa	1.502	0.201**
Secundaria Incompleta	1.519	0.217**
Secundaria Completa ó más	2.444	0.488***
Sin información	1.175	0.208
Quintil de bienestar		
Quintil más alto (ref.)	---	---
Quintil inferior	0.253	0.061***
Segundo quintil más bajo	0.490	0.114**
Tercer quintil	0.668	0.151
Cuarto quintil	0.725	0.167
Área de residencia		
Managua (ref.)	---	---
Resto urbano	0.386	0.093***
Resto rural	0.205	0.051***
Tiempo en llegar al establecimiento		
Más de 45 minutos (ref.)	---	---
Menos de 15 minutos	0.948	0.105
15 a 45 minutos	1.560	0.155***
No recuerda	0.282	0.030

* p<0.05 / **p<0.01 / ***p<0.001

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDESA Nicaragua 2001.