



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE NICARAGUA
(UNAN - Managua)
CENTRO DE INVESTIGACIONES
Y ESTUDIOS DE LA SALUD
(C.I.E.S.)



***“USO DE MEDICAMENTOS POR LAS MUJERES DEL
MUNICIPIO DE SIUNA - RAAN
DE JUNIO A JULIO DE 1998”***

**Tesis para optar al Título de Maestro en Administración
de Servicios de Salud
(INFORME FINAL)**

Autor: Dr. Sergio Humberto Rojas Muñoz *

Tutora: Dra. Martha A. González Moncada **

Managua, Agosto de 1998

* Dr. Medicina y Cirugía

** Dr. Medicina y Cirugía, Ms. Epidemiología, Docente Investigador CIES – UNAN

T
131
R741
1998
c.1

INDICE

	Página
<i>Dedicatoria</i>	<i>i</i>
<i>Agradecimiento</i>	<i>ii</i>
<i>Resumen</i>	<i>iii</i>
I. <i>Introducción</i>	1
II. <i>Antecedentes</i>	3
III. <i>Justificación y Propósito</i>	6
IV. <i>Objetivos</i>	7
V. <i>Marco Teórico</i>	8
VI. <i>Diseño Metodológico</i>	30
VII. <i>Resultados</i>	46
VIII. <i>Discusión</i>	52
IX. <i>Conclusiones</i>	68
X. <i>Recomendaciones</i>	70
XI. <i>Bibliografía</i>	72
XII. <i>Anexos</i>	75

DEDICATORIA

A DIOS:

Por guiarme, por el camino de la vida y haberme permitido llegar a éste día.

A mis padres:

Quienes han sido fuente de admiración y sabiduría, y por todos los consejos que me han brindado para conducirme por el buen camino de la vida.

A mi esposa Jessica:

Por su amor, apoyo, paciencia y confianza que me han fortalecido en todo momento.

A mi hija Sarah Alía:

Por ser el gran motivo para seguir adelante.

Dr. Sergio H. Rojas Muñoz

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más profundo agradecimiento a la tutora de la presente tesis, la Doctora Martha A. González Moncada, no sólo por el apoyo técnico prestado para la realización de ésta, sino también por su solidaridad, comprensión, paciencia y ayuda desde el punto de vista personal, por lo que gracias a ello fue posible alcanzar éste propósito.

Al Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) y su personal docente y administrativo que contribuyó, no sólo con los conocimientos impartidos sino también por el apoyo brindado durante la realización de este trabajo.

Dr. Sergio H. Rojas Muñoz

RESUMEN

El presente estudio es de tipo corte transversal; cuyo objetivo general fue identificar los factores sociales, económicos y culturales que influyen en la prescripción y el uso de los medicamentos por las mujeres del Municipio de Siuna, RAAN, en los meses de junio y julio de 1998. La muestra del estudio fue de 208 mujeres jefas de familia mayores de 15 años en igual número de viviendas distribuidas en 10 comunidades urbanas y rurales.

Se utilizó para la recolección de la información el método de encuesta estructurada, usando como técnica la entrevista con cuestionario.

Se encontró que las mujeres jefas de familia en el Municipio de Siuna se caracterizan por ser jóvenes, analfabetas o de bajo nivel académico, habitantes en su mayoría en zonas rurales, con un fondo de tiempo limitado a causa de la responsabilidad de atención a la familia, con pocas perspectivas de desarrollo y con un entorno familiar de bajos ingresos económicos.

Existe una alta incidencia de enfermedades en las mujeres y una prevalencia del 76% en el uso de medicamentos durante procesos mórbidos. La mayoría de las mujeres adquieren medicamentos ante cualquier causa de morbilidad, ya sea por automedicación o por prescripción del personal médico o de enfermería. El 72.1 % de las entrevistadas se automedican.

El uso de medicamentos por las mujeres durante el período de gestación fue del 51.9%. La prevalencia en el uso de anticoncepción planificada por las mujeres estudiadas en edad reproductiva fue del 29.8 %. El 2.6 % de las mujeres mayores de 40 años usan terapia de reemplazo hormonal durante la menopausia.

I INTRODUCCION

Es mundialmente conocida la crisis presupuestaria de los gobiernos para enfrentar en los países en desarrollo, una distribución de medicamentos con equidad y satisfacción al usuario de los servicios de salud pública.

Nicaragua no está exenta de esta crisis situacional, que es agravada por la situación de pobreza que involucra a más del 50 % de los hogares de nuestro país. Una quinta parte de la población vive en la extrema pobreza y afecta más intensamente a quienes viven en las zonas rurales. El 24 % de la población mayor de 10 años es analfabeta, condición que es más acentuada en las áreas rurales donde casi la mitad de la población no sabe leer ni escribir. La mortalidad materna es sumamente alta (160 por cada cien mil nacidos vivos) y registra mayores niveles entre las adolescentes rurales. (2) Por otro lado, existe una disminución del 56 % en el presupuesto para la compra de medicamentos por el Gobierno entre 1989 y 1993. (7)

El consumo per cápita de medicamentos superó los 10 \$USA entre los años 1980 y 1985. El consumo promedio de 12 años analizados ha sido de 10.9 \$USA. El consumo ha variado entre 6.8 \$USA en el año 1990 y 19.6 \$USA en el año 1981. En volumen el consumo promedio en kilogramos per cápita es de 1.6 kilogramos. El consumo más elevado corresponde al año 1986 con 2.6 kilogramos y el menor al año 1992. (7)

En el Municipio de Siuna, más del 80 % de la población vive en zonas rurales de difícil acceso geográfico, el 92 % se clasifican como pobres, y del total de población más de la mitad son mujeres. (2) Existen graves problemas de accesibilidad y abastecimiento de medicamentos que afecta a toda la población, ésta se manifiesta en la dificultad para acceder a fármacos de calidad y eficacia comprobada y a bajo costo, fundamentalmente por los bajos niveles de abastecimiento en el sector público, y el incremento en el precio de los productos en el sector privado. Lamentablemente, lo anterior no es compatible con el conocimiento acerca del impacto que tienen los productos farmacéuticos sobre la salud, su gran efectividad en combatir enfermedades y el mejoramiento de la credibilidad que produce en la calidad de los servicios de salud, la cual resulta esencial para lograr cambios en los factores determinantes de las condiciones de vida y de la salud de la población

Ante esta situación, se realizó una investigación que aporta a la identificación de los problemas en el uso de los medicamentos por las mujeres en el Municipio de Siuna, tomando en cuenta las distintas e importantes características y necesidades de salud de las mujeres en un medio con grandes dificultades sociales, económicas y culturales. En este trabajo, el término “medicamentos” se usó para referirse a cualquier producto utilizado en la prevención o el tratamiento de períodos de morbilidad, biológicos o reproductivos de las mujeres. De igual forma, el término “uso” se refiere al proceso total de pasar medicamentos del sistema de suministros al paciente durante los períodos mencionados, incluyendo en éste procedimiento todas las actividades de presentar el producto a la paciente.

II. ANTECEDENTES

La difícil situación social y económica en la que se encuentra el Municipio de Siuna se manifiesta en el bajo nivel de desarrollo, agravado por muchos años de conflictos armados, desastres naturales y estatismo.

El sector salud es uno de los más afectados y deteriorados, tomando en consideración que según datos del MINSA la mortalidad infantil en 1996 fue de 23 por mil nacidos vivos, la mortalidad general es de 17 por 10 mil habitantes y sus principales causas están asociadas a violencia y enfermedades infecciosas, la mortalidad materna es muy alta (1,046 por 100,000 nacimientos en 1996) y esta directamente relacionada con el acceso a los servicios de salud dado que el mayor número de muertes se produce en zonas rurales y en mujeres que no reciben cuidados prenatales. Por otro lado, la falta de recursos humanos calificados y la inestabilidad de los pocos existentes no permite garantizar los servicios básicos de salud. (1)

Existe un alto porcentaje de desabastecimiento de medicamentos (60 % en 1997) según datos del MINSA y los pocos insumos que llegan al municipio no son administrados y utilizados de manera racional, y menos que sean dirigidos a un grupo “priorizado” como la mujer. (1) La experiencia recogida indica que la mayoría de medicamentos enviados al municipio se consumen en el casco urbano, que a la vez es donde se concentra menos del

40% de las mujeres del territorio según datos estimados por el Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (INEC) y utilizados por el MINSA en su programación anual. (2)

Uno de los resultados de la investigación realizada por el Grupo Latinoamericano para el Sector Salud (GLAS) sobre uso racional de medicamentos en el Centro de Salud del Municipio de Siuna en el año 1996, dice que el 56.67 % de los pacientes entrevistados y que se les prescribió medicamento fueron mujeres, al 100 % de las entrevistadas se les prescribió algún medicamento, el 40 % de las recetas que les extendieron tenían información incompleta, y en el 70 % de los casos se les prescribió 3 o más medicamentos. (3)

El efecto de ésto ha sido que las unidades de salud de las zonas rurales se encuentren desabastecidas, que las mujeres no las visiten y que se trasladen grandes distancias para tratar de acceder a algún medicamento en el centro de salud, éste muchas veces por la gran demanda y el poco abastecimiento, más el uso irracional no consigue aprovisionar a las pacientes, las cuales tienen que comprarlo en el sector privado a precios elevados y sin garantía de calidad y eficacia.

Los organismos de cooperación tanto nacionales como internacionales y las instituciones religiosas, han implementado diferentes modalidades de abastecimiento de medicamentos, algunas de ellas basadas en la organización de redes de promotores comunitarios, unidades de servicios, donaciones directas al sector público, etc. Sin embargo, muy poco han mejorado las condiciones de las mujeres, y por el contrario, hoy en

día se comercializa una gran cantidad de productos sin control alguno, y en manos de personas no capacitadas para hacer uso de ellos. (4)

En otro estudio realizado por Médicos del Mundo - Francia en 1997 sobre la problemática de medicamentos en el Municipio de Siuna encontró que el 63 % de la población se automedica y hace un uso irracional de los medicamentos y que las mujeres generalmente adquieren más medicamentos en relación con los hombres. (4)

A pesar de lo expresado, se destaca un aspecto importante, el cual es que aunque existen precedentes de estudios sobre la situación del medicamento en el municipio, éstos han sido dirigidos a conocer la oferta de servicios y específicamente los aspectos relacionados a la prescripción, y otros a conocer la problemática de medicamentos de la población en general. En realidad, los estudios efectuados en la región iniciaron hace pocos años y presentan en algunas una perspectiva horizontal, de realización en el “terreno” donde los medicamentos son usados; sin embargo, en otros que son la mayoría, aún persisten diseños verticales que sumados a la existencia de limitaciones locales como la falta de acceso o la inseguridad no permiten la realización de estudios que analicen a profundidad y en las comunidades la problemática de grupos de población específicos como el de las mujeres.

III. JUSTIFICACION Y PROPOSITO

Por la particularidad política, social, cultural y económica del Municipio de Siuna, el difícil problema de salud relacionado a la alta tasa de morbilidad y mortalidad materna y a su salud reproductiva, así como a los problemas relacionados al acceso a los servicios de salud y a los medicamentos, se consideró de alta prioridad realizar un estudio que analizara los problemas de uso de los medicamentos por las mujeres en estudio y su rol tradicional de la mujer en la sociedad, la familia y la comunidad.

En lo general la problemática que se estudió, tenía como propósito aportar elementos que apoyaran el mejoramiento de los servicios de salud, la prescripción y el uso de los medicamentos esenciales, dándoles un enfoque integral, en lo social, económico y cultural, e incorporando como actor social fundamental a la mujer.

En lo particular, este estudio es importante por la necesidad de ampliar los conocimientos sobre las características propias del uso de los medicamentos en la mujer, fundamentalmente porque la problemática ha sido poco estudiada en nuestro país.

IV. OBJETIVOS

IV.1. GENERAL

- Identificar los factores sociales, económicos y culturales que influyen en la prescripción y el uso de los medicamentos por las mujeres del Municipio de Siuna, Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), en los meses de Junio y Julio de 1998.

IV.2. ESPECIFICOS

1. Caracterizar a las mujeres del Municipio de Siuna, RAAN, según elementos sociales, económicos, biológicos y reproductivos.
2. Estimar la prevalencia en el uso de los medicamentos por las mujeres estudiadas durante períodos de morbilidad, gestación, edad reproductiva con anticoncepción planificada y postmenopausia.
3. Identificar la relación entre el uso de medicamentos por las mujeres estudiadas y factores que determinan el pago por la adquisición.
4. Determinar el uso de medicamentos por las mujeres estudiadas según mecanismos de prescripción y automedicación.

V. MARCO TEORICO

Reseña general de la Región Autónoma del Atlántico Norte y del Municipio de Siuna

La RAAN se encuentra ubicada en el nordeste de la República de Nicaragua. La extensión territorial es de 35,453 Km², que representa aproximadamente un 25 % del territorio nacional. Está dividida administrativamente en seis municipios: Puerto Cabezas, Prinzapolka, Waspam, Rosita, Siuna y Bonanza. (Anexo 1: Mapa RAAN en Nicaragua)

La población de la RAAN está estimada en 162,603 (INEC, 1995), lo que representa el 3.6 % de la población nacional. La densidad poblacional es de 4.5 habitantes por km² valor muy por debajo del promedio nacional estimado en 27.9 habitantes por km². En lo que respecta a la distribución étnica, refiere el Centro de Investigaciones de la Costa Atlántica (CIDCA), que el 54.7 % de la población son Miskitos, el 39.1 % son Mestizos, el 4.5 % Mayagnas y el 1.7 % criollos.

El Municipio de Siuna está situado a más de 340 kms. de la capital Managua, es una zona geográfica de difícil acceso. Cuenta con una población de 44,761 habitantes (27.5 % del total de la RAAN) en un área de 6,120 km², donde el 83 % vive en zonas rurales dispersas. El 48 % de su población es mayor de 15 años y el 52 % son mujeres. (Anexo 2: Mapa del Municipio de Siuna en Nicaragua y la RAAN).

El Municipio de Siuna enfrenta grandes dificultades como son la paralización de la industria minera, la explotación de los bosques y la falta de infraestructura agroindustrial, sin vislumbrarse un futuro de laboral estable, el que actualmente produce niveles de desempleo abierto y subempleo que se calcula en un 85 % de la población económicamente activa. Estudios socioeconómicos nos han ofrecido datos donde reflejan que el 85 % de la población se encuentra con necesidades básicas insatisfechas, incluyendo un 35 % que viven en condiciones de miseria.

Los sistemas de salud y sus problemas

Aunque los servicios de salud son sólo un factor contribuyente a los éxitos del pasado, no cabe duda de la importancia que desempeñan en el mundo en desarrollo. Las medidas de salud pública adoptadas han sido fundamentales en la reducción del número de muertes resultantes de enfermedades infantiles evitables mediante vacunaciones. Con la expansión y mejora de la asistencia clínica se ha conseguido proteger millones de vidas de las consecuencias de enfermedades infecciosas y traumatismos. No obstante, los sistemas de salud adolecen también de problemas importantes que de no resolverse aminorarán el ritmo del progreso en la reducción de la mortalidad prematura y la discapacidad, y frustrarán los esfuerzos por reaccionar a los nuevos problemas de salud: (5)

- *Asignación equivocada de los recursos.* Se gastan fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficacia en función de los costos, al tiempo que sigue siendo insuficiente el financiamiento de otras medidas de importancia crítica y sumamente eficaces en función de los costos, como el tratamiento de la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). En algunos países, un hospital docente puede llegar a absorber el 20 % o más del presupuesto del ministerio de salud, a pesar de que los servicios eficaces en función de los costos se prestan mejor en establecimientos de nivel más bajo.

- *Desigualdad.* Los pobres carecen de acceso a servicios básicos de salud y la atención que reciben es de mala calidad. El gasto público en salud beneficia en medida desproporcionada a los que están en mejor situación económica, en forma de asistencia gratuita o por debajo del costo en modernos hospitales estatales de nivel terciario y subvenciones de los seguros médicos privados y públicos.

- *Ineficiencia.* Gran parte del dinero que se gasta en salud se despilfarra: se compran productos farmacéuticos de marcas registradas, en lugar de medicamentos genéricos, los auxiliares de salud están mal distribuidos y supervisados, y las camas de hospital están subutilizadas.

En 1990, el gasto público y privado en servicios de salud en todo el mundo alcanzó un total aproximado de \$ 1.7 billones, cifra que equivale a un 8 % del producto mundial total. Casi el 90 % de este monto correspondió al gasto de los países de ingreso alto, lo que supone un promedio de \$ 1.500 por persona. Estados Unidos consumió por sí sólo el 41 % del total mundial, es decir, más del 12 % de su producto nacional bruto (PNB).

El gasto de los países en desarrollo fue de alrededor de \$ 170.000 millones, lo que equivale al 4 % de su PNB y un promedio de \$ 41 por persona, es decir, menos de una treintava parte del monto gastado por los países ricos.

En los *países de ingreso bajo*, los hospitales y clínicas estatales, centros a los que corresponde la mayor parte de la atención médica moderna que se presta, son con frecuencia ineficientes y adolecen de procesos decisorios sumamente centralizados, grandes fluctuaciones en las asignaciones presupuestarias y escasa motivación de sus administradores y de los auxiliares de salud.

Los servicios privados - principalmente a cargo de organizaciones no gubernamentales (ONG) y religiosas en Africa y de médicos privados y practicantes sin licencia en Asia Meridional - son con frecuencia más eficientes desde el punto de vista técnico que los prestados por el sector público y se los considera de mejor calidad, pero no cuentan con el respaldo de las políticas oficiales. En estos países, los grupos de población pobres salen con frecuencia perdiendo en lo que atañe a la salud, ya que el gasto público en este sector se inclina pronunciadamente hacia los servicios hospitalarios de costo elevado que benefician en medida desproporcionada a los grupos urbanos en mejor posición económica. (5)

Funciones del gobierno y del mercado en el sector de salud

La prestación de servicios de salud eficaces en función de los costos a los grupos de población pobres es un método efectivo y socialmente aceptable para *reducir la pobreza*. En la mayoría de los países se considera el acceso a la asistencia sanitaria básica como un derecho humano, concepto incorporado en la meta fijada por la Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud - “salud para toda la humanidad en el año 2000” -, que se celebró en septiembre de 1978 patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y en la que se inició el movimiento de la atención primaria de salud.

Los mercados privados no brindan a los pobres acceso adecuado a servicios clínicos esenciales. Por lo tanto, el financiamiento por el sector público de la asistencia clínica esencial se justifica en razón del alivio de la pobreza, y puede adoptar varias formas: subvenciones a los proveedores privados y las ONG que prestan servicios de salud a los pobres; vales con los que esas personas pueden acceder a los proveedores que ellas elijan, y prestación a los pobres de servicios de salud públicos de forma gratuita o por debajo de su costo. (5)

Políticas oficiales orientadas a lograr la salud para todos

Dado que el crecimiento económico general - y en particular el que contribuye a la reducción de la pobreza - y la educación son elementos fundamentales para unas buenas condiciones de salud, es preciso que los gobiernos sigan políticas macroeconómicas apropiadas que hagan hincapié en la reducción de la pobreza. Tienen también que ampliar las oportunidades de escolaridad básica, especialmente para las niñas, debido a que el modo en que las familias, y sobre todo las madres, usan los recursos financieros para conformar sus decisiones en materia de dieta alimentaria, fecundidad, atención médica y otros aspectos de sus vidas que tienen gran influencia en la salud de la familia. (5)

Los gobiernos de los países en desarrollo deberían gastar mucho menos que actualmente - alrededor de un 50 % menos, como promedio - en las intervenciones menos eficaces en función de los costos, y duplicar o triplicar sus gastos en programas básicos de salud pública, como los de inmunizaciones y prevención del SIDA, y en los servicios clínicos esenciales. Un conjunto mínimo de estos servicios incluiría atención a niños enfermos, planificación de la familia, atención prenatal y en el parto, y tratamiento de la tuberculosis y las ETS.

Debido a que la competencia y la diversidad pueden hacer que mejore la calidad y bajen los costos, los gobiernos deberían fomentarlas en la esfera del suministro de servicios e insumos del sector de salud, en casos en que ello sea factible, esto podría incluir la prestación por el sector privado de servicios de atención de salud financiados con fondos públicos o mediante seguros sociales. Hay también considerable margen para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud estatales, por medio de la descentralización, incentivos basados en el desempeño para los administradores y médicos clínicos, y sistemas conexos de capacitación y fomento de la gestión. (5)

Medicamentos esenciales en el nuevo contexto socio - económico de América Latina y el Caribe

Después de afrontar la prolongada crisis de la década de los 80, la Región ha emprendido un complejo programa de transformaciones políticas y económicas. En lo político ha buscado, entre otros aspectos, el fortalecimiento de sus instituciones democráticas, la creación de mecanismos de participación ciudadana y comunitaria, y la mejora de sus procesos de gestión mediante la descentralización. **Adicionalmente, el sector salud se ha visto enmarcado dentro de una tendencia hacia la privatización, en cuanto a la prestación de los servicios de salud se refiere.** (6)

En lo económico, después de la crisis en casi todos los países de la Región, se impusieron severos procesos de ajuste estructural donde los aspectos sociales fueron los más afectados. Se recortó el gasto social, se pospusieron inversiones urgentes y muchos programas de enorme importancia (en salud y educación), que tenían el objetivo de compensar el grave deterioro en las condiciones de vida de los más pobres, debieron esperar mejores épocas. **La reducción de la inversión social ha traído como resultado la reaparición o el agravamiento de patologías como el cólera, la malaria, el dengue, las infecciones entéricas, etc., estrechamente ligadas al deterioro de las condiciones de vida.** (6)

Situación del medicamento en la Región de América Latina y el Caribe

La función del Estado en cuanto concierne a los medicamentos, cualquiera que sea la concepción política con la que se mire, debe apuntar a garantizar la disponibilidad y la equidad en el acceso de toda la población a medicamentos eficaces, de calidad, al menor costo posible, lo mismo que a su correcta utilización. Los países de la Región se enfrentan al delicado problema de cómo aprovechar al máximo los limitados recursos disponibles y mejorar el acceso a los medicamentos esenciales. (6)

Los servicios de salud se enfrentan a problemas de calidad, disponibilidad y uso apropiados de este insumo crítico.

En respuesta a esta problemática, tradicionalmente se han establecido medidas parciales y coyunturales que por diversos motivos no han tenido el resultado esperado. Por ejemplo: la elaboración de listados de medicamentos de uso obligatorio (que no siempre entraron en vigencia), la reglamentación del uso de los nombres genéricos en la prescripción (que fue rechazada por algunos sectores de la industria y del gremio médico) y el intento de compra conjunta que realizaron los países centroamericanos (que se discontinuó, entre otros motivos, por problemas legales y financieros).

A pesar de que la Región cuenta con un amplio mercado de medicamentos, éste no responde a las necesidades de salud de la mayoría de la población ya que la oferta es frecuentemente irracional en cuanto al tipo de productos y está dirigida a los grupos de mayor capacidad de compra. **Por otra parte, la fuerte reducción en el gasto social y por consiguiente, del presupuesto para la salud, ha traído como consecuencia el que se traslade el gasto cada vez más al usuario, quien debe, por ejemplo, en el caso de los medicamentos, realizar la compra de su propio bolsillo.** (6)

Desde el punto de vista cultural se ha tergiversado el concepto del medicamento, convirtiéndolo en un artículo de consumo; el único capaz de curar o aliviar una enfermedad o dolor, lo cual hace perder de vista el incuestionable papel de la promoción de la salud y la transformación de las condiciones de vida.

La publicidad farmacéutica se ha encargado de convencer tanto a médicos como a pacientes de que cuantos más medicamentos se consuman mayores índices de salud se alcanzan. Lo que genera un gasto innecesario e incrementa el riesgo de los efectos colaterales al convencer al cuerpo médico de su utilización sistemática. (6)

Frente al nuevo contexto económico y social la OPS/OMS viene apoyando a los países en la formulación de Políticas Nacionales de Medicamentos que se basan en el concepto de Medicamento Esencial. Algunos de los elementos de esa política que ya ha sido adoptada por muchos países de la Región, y pueden resumirse de la siguiente forma:

1. Financiamiento: Uno de los objetivos de la política de Medicamentos Esenciales es la garantía del acceso a toda la población. Dentro de este contexto resulta fundamental la definición de formas de financiamiento que aseguren la mayor cobertura posible. Por otra parte, constituyendo el medicamento uno de los aspectos más críticos del financiamiento del sector salud, la política de Medicamentos Esenciales es la mejor estrategia para racionalizar los gastos en este campo.

2. Educación y Capacitación: La prescripción inadecuada de los medicamentos, junto con su uso incorrecto por parte del público en general, son problemas que se extienden cada vez más tanto en el sector público, como en el privado, en la mayoría de los países de la Región. La educación de los prescriptores y del público en general es un elemento fundamental de la política de medicamentos.

3. Información: Al igual que en otros países del mundo, la información sobre los medicamentos de que se dispone en los países de la Región es insuficiente e inadecuada; esta situación no permite optar con pleno conocimiento por un uso racional del medicamento, por eso, un elemento fundamental de la política que recomienda la OPS/OMS es el apoyo para la preparación de guías y formularios terapéuticos y esquemas estandarizados de tratamiento. (6)

Reforma en salud y medicamentos en Nicaragua

Como resultado del deterioro de la economía y la política de ajustes impulsada por el Gobierno, el gasto del Estado en general ha sufrido una disminución importante, lo que en términos absolutos ha significado una disminución real del presupuesto del MINSa, aunque como porcentaje del presupuesto del Gobierno no se puede decir lo mismo. El MINSa recibió US\$ 76.3 millones de dólares en 1992 y 67.1 en 1996. El porcentaje del PIB que se destina al Ministerio de Salud bajó de 6.7 % en 1990 a 4.3 % en 1994. (7)

El gasto de medicamentos de la población pasó del 2 % del ingreso familiar en 1980 a 5 % en 1994. En 1993 en el sector privado las importaciones de medicamentos tuvieron un valor de 40 millones con un per cápita de \$ 9 dólares. Este gasto ha venido aumentando mientras ha disminuido el número de unidades importadas, lo que indica aumento de los precios y una disminución del consumo. El número de farmacias autorizadas pasó de 200 en 1990 a 1,350 en 1995 y los importadores de 8 a 83 en el mismo período. Los medicamentos registrados pasaron de unos cientos a alrededor de 4,000 hasta la fecha. El porcentaje del Presupuesto que el MINSa le ha asignado a los Insumos Médicos

(Medicamentos, Material de Reposición Periódica y Reactivos de Laboratorio) ha sido entre el 18 y 20 % en los últimos 3 años, pero en dólares ha disminuido de 13.2 millones en 1992 a 12.2 en 1996.

El MINSA respondiendo a los cambios políticos/económicos/sociales en el mundo y en Nicaragua, participa en las reformas del Estado, y formuló en 1993 su Política Nacional de Salud. Los principios rectores de esta política, aseveran la equidad en el acceso a los servicios, eficiencia en el uso de los recursos, solidaridad en la prestación de los mismos y responsabilidad de la sociedad. (7)

La política de fortalecimiento institucional se relaciona con los medicamentos y enuncia lo siguiente: Diseñar una Política Nacional de Medicamentos.

Para llevar a la práctica este propósito, se elaboró una Política Nacional de Medicamentos, y en ella se definen tres áreas críticas:

1. Regulación farmacéutica obsoleta, que dificulta asegurar a la población medicamentos que sean seguros, eficaces y de calidad.
2. Acceso insuficiente de la población a medicamentos esenciales.
3. Uso irracional de los medicamentos.

Para mejorar el acceso a los medicamentos de los usuarios del MINSA, se ha priorizado el fortalecimiento de la cadena de suministros, la cual se ha basado en la transferencia del poder a los SILAIS y Municipios para seleccionar y programar sus necesidades de medicamentos, acompañando este proceso con capacitación y ordenamiento de farmacias y almacenes. También se ha mejorado el proceso de compra siendo transparente y confiable. Todo esto para aumentar el abastecimiento de insumos médicos que en 1993 era el principal problema que referían las unidades de salud. (7)

La necesidad de un nuevo modelo de salud en la Región Autónoma del Atlántico Norte

Los cambios derivados del redimensionamiento de la salud como finalidad y factor del desarrollo humano, la modernización del Estado, la reforma sectorial y la redefinición de la gestión pública de los servicios de salud, están poniendo nuevos marcos de referencia a las formas de organizar y prestar la atención de salud. En muchos países se cuestionan los aspectos organizativos, siendo cada vez más evidente la interacción entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico.

Se ha venido abriendo en Nicaragua el “entendimiento de que el desarrollo de la salud, concebida como un bien social, forma parte y apoya el desarrollo local saludable y sostenible, como un compromiso asumido de manera firme y de consenso por las autoridades y la sociedad civil”.

Si a ésto agregamos el hecho, ya señalado por muchos autores, de que “en las comunidades de las Regiones Autónomas existe una práctica médica que combina de hecho, elementos de la medicina indígena con la medicina occidental y la medicina casera” y que “tradicionalmente, la medicina indígena ha constituido el principal recurso para la atención de salud en esas comunidades”, resulta evidente que para abordar temas como equidad, desarrollo sostenible, autonomía, participación comunitaria se requiere de un abordaje adecuado culturalmente a la Región y sus habitantes.

Un Sistema de Salud debe de estar organizado en función de dar respuestas concretas a las necesidades básicas sentidas por la población. Hasta la fecha la interpretación de estas necesidades fue realizada en los niveles centrales del gobierno, sin que la población participase en este proceso. De ello surgieron programas de salud más o menos verticales, que no recogían el sentir de la mayoría de la población ni respondían a las demandas de la misma. (8)

La situación de salud en las comunidades en la RAAN es bastante deficiente. En un estudio realizado recientemente sobre el impacto de las reformas del sector salud sobre los pueblos indígenas, el 40 % de las personas encuestadas opinaban que el acceso de los indígenas a los servicios de salud es diferente al resto de la población y que la inaccesibilidad se debía entre otras razones a la dispersión geográfica, la ruralidad, el atraso tecnológico, irrespeto a la cultura por parte de los trabajadores de la salud, la falta de medios de transporte y la falta de experiencia de los indígenas por reclamar sus derechos. También opinaron que hay poca promoción de la cultura indígena y de espacios en los cuales puedan compartir y transmitir experiencias y conocimientos de los ancianos a los jóvenes sobre la salud y señalan la necesidad de que los trabajadores de la salud se identifiquen con la cultura indígena y que brinden una atención humanizada, reconociendo la medicina tradicional y sus prácticas. (8)

Satisfacción de los consumidores con la atención de salud

El grado de satisfacción de la gente con el propio estado de salud y con la atención sanitaria que recibe puede explicarse sólo en parte por criterios objetivos; las expectativas subjetivas tienen poca importancia. Además, es posible estar satisfecho con la atención médica propia e insatisfecho con el sistema de salud del país en general.

Un estudio de diez países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), con diferentes sistemas de salud halló que en ocho de ellos la satisfacción del público estaba relacionada con el nivel de gasto. Canadá, que ocupaba el segundo lugar en cuanto a gasto, tenía el nivel de satisfacción más alto, en tanto que la gente estaba generalmente más satisfecha con los sistemas de salud más costosos de Alemania, Francia y Países Bajos que con los sistemas de menor costo de Australia, Italia, Japón y Reino Unido.

En Estados Unidos se halló un nivel de gasto muy alto y también gran insatisfacción. El estudio demostró que el hecho de tener un sistema nacional de salud unificado no garantizaba un alto nivel de satisfacción. En la mayoría de los países, entre el 30 % y el 50 % de los encuestados apoyaba la introducción de “cambios fundamentales” en el sistema de salud.

Las encuestas de unidades familiares muestran sistemáticamente que la decisión acerca de sí buscar atención o no y qué profesional de salud consultar se basa en muchos factores: horario del servicio, tiempo y/o costo del viaje, tiempo de espera, disponibilidad de médicos o medicamentos y trato personal que reciben los pacientes. El tiempo que se requiere para obtener atención puede valorarse de conformidad con los salarios locales y tratarse como un costo del servicio conjuntamente con los pagos en dinero. (5)

Tanto en El Salvador como en la República Dominicana, los residentes más pobres de la capital obtienen más de la mitad de la atención ambulatoria de médicos privados. Aunque el precio de la atención privada para los pacientes más pobres es, en promedio, la mitad del precio que se cobra a los más ricos, siendo 15 veces superior a lo que cobra el Ministerio de Salud Pública.

También existe sensibilidad al precio y al tiempo de viaje en las zonas rurales de Perú y Côte d’Ivoire. Pero la atención hospitalaria privada sigue siendo demasiado cara para los pobres; incluso aquellos que consultan a médicos privados van a los hospitales públicos. El uso excesivo de atención hospitalaria, en comparación con los servicios ambulatorios, que se ve con frecuencia en los sistemas de salud pública, es resultado en parte de la insatisfacción provocada por el elevado costo en términos de tiempo y por la calidad, considerada deficiente, de la atención ambulatoria. A falta de incentivos para mejorar los establecimientos de nivel primario y sus servicios, ese exceso de uso refuerza la tendencia a concentrar los recursos en los hospitales, las zonas urbanas y las intervenciones menos eficaces en función de los costos. (5)

Los servicios diseñados para la población pobre es casi inevitable que sean de inferior calidad y no obtengan el apoyo político necesario para prestarlos adecuadamente. Esto es delicado, ya que puede ser difícil mantener la equidad y controlar los costos si la cobertura es universal. (5)

Mejora del entorno económico para que las unidades familiares mejoren su salud

Los avances conseguidos en materia de ingresos y educación han permitido que el nivel de salud de las unidades familiares mejore en casi todo el mundo. En el decenio de 1980, las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años disminuyeron en casi 30%, incluso en los países en los que los ingresos medios bajaron; sin embargo, la tasa de mortalidad en la niñez se redujo en más del doble en los países en los que los ingresos medios aumentaron en más de 1% al año. Por lo tanto, las políticas económicas conducentes al crecimiento sostenido se cuentan entre los instrumentos más importantes que los gobiernos pueden utilizar para mejorar las condiciones de salud de sus ciudadanos. Por consiguiente, las políticas oficiales que promueven la equidad y el crecimiento serán más favorable para la salud. (5)

La Educación de las Madres y la Salud de los Hijos. En la mayoría de los hogares son fundamentalmente las mujeres quienes se ocupan de una amplia variedad de actividades que inciden en la salud. Realizan los quehaceres domésticos, limpian la casa, elaboran los alimentos y preparan las comidas, alimentan y cuidan a los niños pequeños y atienden a los enfermos. La salud de las propias mujeres y su eficiencia en el uso de los recursos a su alcance tienen suma importancia para la salud de los otros miembros de la familia, en particular de los niños. Por ejemplo, en un estudio sobre los niños menores de 10 años realizado en Bangladesh, se halló que en el período de los dos años siguientes a la muerte de una madre, las tasas de mortalidad de los hijos, comparadas con la de los niños que tenían a sus madres, eran el doble de altas para los varones y el triple de altas para las hembras.

Luego del nacimiento, los hijos de las madres instruidas siguen gozando de otras ventajas que resultan beneficiosas para la salud, tales como mejor higiene doméstica, que reduce el riesgo de infección; mejor alimentación y más inmunizaciones, que disminuyen la susceptibilidad a las infecciones y un uso más atinado de los servicios médicos. Un estudio acerca de las mujeres de Bangladesh demostró que las que habían recibido educación mantenían los hogares más limpios y los niños más arreglados y aseados que las que no tenían instrucción alguna, y preferían el agua de depósitos o pozos entubados en sus viviendas antes que la de los canales o ríos.

Las madres instruidas son también más capaces para procurarse información sobre cuestiones sanitarias y obrar de acuerdo con ella. En Brasil, los beneficios para la salud que los niños derivan de la educación del padre se perciben en su mayor parte a través de los ingresos de éste, en tanto que prácticamente todos los efectos derivados de la educación de la madre tienen su origen en lo que ella aprende sobre la salud en los periódicos, la televisión y la radio. (5)

La condición de la mujer

Además de la educación, hay otras políticas que pueden desarrollar la capacidad de la mujer para mejorar su salud y la de su familia. Si se elimina la discriminación - en el mercado laboral, en el acceso al crédito, en el derecho de propiedad, etc. -, podrán aumentar la remuneración y la seguridad financiera de la mujer, lo cual (como se ha señalado en una sección anterior) puede promover la salud de la familia. Además, para desempeñar sus funciones como madres y administradoras del hogar, es indispensable que las propias mujeres gocen de buena salud. Tienen necesidades específicas en esta materia, entre otras la protección frente a la violencia. Más de un tercio de la carga global de la morbilidad entre las mujeres de 15 a 44 años y más de una quinta parte de la correspondiente de 45 a 59 años tienen por causa afecciones exclusivas (mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad y cáncer de cuello del útero) o que predominan en ellas (anemia, enfermedades de

transmisión sexual, osteoartritis y cáncer de mama). La mayoría de estos problemas se pueden tratar de forma eficaz en función de los costos, pero en muchos países en desarrollo los servicios de salud a menudo se han limitado a ocuparse de la mujer madre. (5)

Las mujeres y los medicamentos. Alterando un equilibrio delicado

Las mujeres desempeñan una doble función: usan y prestan atención sanitaria. Las mujeres hacen más uso de los servicios de salud y toman más medicinas que los hombres. Como individuos, las mujeres tienen necesidades de salud distintas e importantes, relacionadas en parte con la reproducción. Como “agentes”, ellas son las proveedoras informales de los cuidados de salud en la familia y representan la mayoría de los trabajadores de salud profesionales en la comunidad. (9)

Sin embargo, aunque las mujeres son las mayores usuarias y proveedoras de cuidados sanitarios, están raras veces en posición de determinar las prioridades. La mayoría de sistemas de salud son dominado por el varón, en términos de políticas y de los mecanismos para la toma de decisiones; y excluyen a las mujeres de las posiciones de poder. (9)

Muy a menudo el modelo del ciclo de vida del varón es tomado como norma. Cuando esto se aplica a las mujeres, no es extraño que un gran número de procesos naturales y normales lleguen a ser diagnosticados como “anormales”, llevando a administrar una variedad de medicamentos. La industria farmacéutica tiene interés en mantener esta idea y usa sus estrategias de mercadeo para promover los medicamentos como una solución para esos “problemas de salud”. (9)

Efectos de los medicamentos en las mujeres

La deficiente información acerca de los efectos de los medicamentos en las mujeres es otra preocupación. El prejuicio sexual ayuda a determinar las políticas de investigación y sesga algunos resultados. Por ejemplo, en un estudio de más de 7,000 personas en el Reino Unido para determinar los posibles efectos adversos de los medicamentos administrados para la presión arterial, sólo a los hombres se les preguntó si los medicamentos afectaban su actividad sexual. (9)

Las mujeres metabolizan los medicamentos en forma diferente a como ocurren en los hombres. En parte, esto se debe a la diferencia de peso entre ambos sexos y en parte a las diferencias hormonales. Otro factor puede ser la desnutrición. En los países en desarrollo, la desnutrición prevalece más en las mujeres que en los hombres, una diferencia de género que usualmente comienza en la infancia.

En 1992, un informe de la Oficina de Contabilidad General de los Estados Unidos pidió la inclusión de más mujeres en pruebas clínicas de medicamentos y más análisis de potenciales diferencias de género en la seguridad y la eficacia de las medicinas. Sólo el 12 % de los medicamentos aprobados en los últimos años en los EE.UU. han tenido estudios especiales para apreciar la interacción hormonal o la interacción con anticonceptivos orales. La información sobre la seguridad del medicamento fue analizada teniendo en cuenta el género en sólo 54 % de los medicamentos y la eficacia fue analizada con esta consideración en sólo 43 %. (9)

La seguridad del medicamento

Por más de tres décadas la seguridad del medicamento ha sido una preocupación muy importante para las mujeres. En 1960, la tragedia de la talidomida llevó a los hogares el alto riesgo de tomar medicamentos durante el embarazo. Como resultado, se

establecieron o fueron fortalecidas la mayoría de las agencias reguladoras de medicamentos en los países industrializados. Ahora se hacen pruebas extensas para identificar los medicamentos que tienen más probabilidades de causar defectos en el feto. (9)

También ha habido tragedias con antiguos medicamentos que ahora raramente son usados en los países industrializados, pero que todavía representan un problema en los países en desarrollo.

El dietilestilbestrol (DES), un estrógeno sintético, se usó ampliamente para prevenir abortos pero se descubrió que era ineficaz e inseguro. La exposición al DES durante la gestación ha sido vinculada a malformaciones de los órganos reproductivos tanto en hombres como en mujeres, lo que puede conducir a problemas en el embarazo e infertilidad. Una forma rara de cáncer vaginal - adenocarcinoma de células claras - ocurre en alrededor de 1 de cada 1,000 mujeres expuestas durante la gestación. Las mujeres que tomaron DES durante su embarazo también tienen un alto riesgo de cáncer al seno. Ahora los expertos están de acuerdo que no hay ninguna indicación para el uso del DES o cualquier estrógeno durante el embarazo. (9)

Los productos con altas dosis de estrógenos y progestágenos (EP) han gozado de una gran popularidad en muchos países en desarrollo como prueba de embarazo. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que como prueba de embarazo, los medicamentos EP no son de confiar y hay un riesgo de malformaciones si son usados durante el embarazo.

A pesar de las lecciones del pasado, todavía hay evidencias del gran uso innecesario de medicamentos por mujeres embarazadas. Algo de esto puede ser atribuido a mujeres que no reconocen los peligros de tomar medicamentos durante el embarazo; pero en parte también se debe a la práctica médica cotidiana. La mayoría de las mujeres que van a los hospitales a tener un bebé en el Reino Unido reciben algún tipo de sedante la noche antes del parto. (9)

Medicalización de la vida

Generalmente, hay una tendencia creciente a medicalizar la vida de las mujeres. Más y más, se espera que las mujeres vayan al médico para tratar aspectos normales de la vida como la anticoncepción, el embarazo y el parto. En efecto, todo el período desde la menstruación hasta la menopausia “es ahora frecuentemente considerado como si fuera una enfermedad”. El tratamiento con medicamentos es ofrecido para los cambios hormonales relacionados con los ciclos de menstruación, tales como la tensión premenstrual. Inclusive la menopausia está siendo definida como un estado deficitario. (9)

En general, más mujeres que hombres se enfrentan a la pobreza, a la dependencia económica o a precarias condiciones de vida y de vivienda; y más mujeres son las que se encargan de los cuidados especiales de los niños pequeños y ancianos, lo que conduce a una sobrecarga de trabajo y a una considerable tensión. Aunque las soluciones reales a estos problemas son sociales, políticas y económicas, no es extraño que la comercialización de medicamentos contra la ansiedad y los antidepresivos, estén dirigidos principalmente a las mujeres. En el Reino Unido, por cada receta de benzodiazepinas hecha para varones, tres son recetadas para mujeres. Un modelo similar existe en el resto de los países. (9)

Hormonas

En 1960 se prometió a las mujeres liberarlas de embarazos no deseados si usaban hormonas anticonceptivas por vía oral. En 1990, a muchas de estas mismas mujeres se les

ha prometido exonerarlas de los efectos de la menopausia si continúan con una dosis diaria de hormonas. Estas hormonas han sido asociadas con una variedad de efectos secundarios que pueden causar molestias en las mujeres e interferir con la calidad de sus vidas. Más preocupante es la posibilidad que las hormonas puedan causar algunas formas de cáncer u otros efectos a largo plazo. Ciertamente muy poco se sabe acerca de los efectos a largo plazo. (9)

Anticonceptivos

Para las mujeres es importante tener acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos.

Las mujeres, particularmente en los países en desarrollo, son mal informadas acerca de las ventajas y desventajas de la anticoncepción. Sin la debida información, las mujeres se vuelven suspicaces y piensan que están siendo manipuladas. Otra razón por la que las mujeres rechazan la variedad actual de métodos anticonceptivos, es que no han sido diseñados tomando en cuenta sus necesidades. Por ejemplo, es posible que las mujeres no estén de acuerdo en que un pequeño aumento en la efectividad del anticonceptivo valga la pena una más alta frecuencia del ciclo menstrual y otros efectos secundarios. Puede ser que los demógrafos y trabajadores de planificación familiar estén más preocupados que las mujeres, por evitar métodos que tengan posibilidades de fallar por la conducta del usuario. (9)

Menopausia y terapia de reemplazo hormonal

La menopausia no es una enfermedad, sino una transición en el ciclo de vida. Es un tiempo de cambio en la vida de la mujer y para la mayoría de las mujeres, es algo que sucede con un mínimo de molestias y sin necesidad de intervención médica.

La industria farmacéutica tiene una opinión diferente. Promociona la terapia de reemplazo hormonal (TRH) - estrógeno (muchas veces con progestágeno) - para tratar los síntomas de la menopausia. Esta propaganda y muchas otras dirigidas al consumidor o a los médicos son que sin hormonas, las mujeres experimentarán una grave pérdida. La mayoría de las propagandas llaman la atención sobre la apariencia y emociones de la mujer en vez de referirse a los efectos médicos del medicamento. (9)

Así como los anticonceptivos hormonales, muy poco se sabe acerca de los efectos a largo plazo del uso de hormonas durante y después de la menopausia. Hay un alto porcentaje de cáncer al endometrio en mujeres que han usado el tratamiento con estrógeno. También existen dudas sobre los beneficios del tratamiento con hormonas. Esto, junto con la falta de buenas investigaciones de enfoques alternativos, deja a mujeres y médicos con poca información válida que los ayude a decidir si el tratamiento es necesario; y si es el caso, qué tipo es el más adecuado. (9)

Promocionando medicamentos

Debido a que en las familias las mujeres son el “camino” hacia las medicinas y toman las decisiones acerca de los medicamentos a comprar, ellas frecuentemente son el blanco de las campañas promocionales de medicamentos de venta libre. Una gran proporción de estos medicamentos está dirigida a los niños, pero la promoción está hecha para actuar sobre las emociones de los padres, particularmente de las madres. La publicidad de vitaminas, tónicos, estimulantes para el apetito, remedios para la tos, resfríos y antidiarréicos, generalmente muestra a la mujer en el papel de la persona encargada del cuidado del enfermo con un niño que se está recuperando rápidamente por el medicamento que ella le ha dado. Algunas campañas promocionales son de productos para mujeres, resaltando la imagen de belleza, juventud y vitalidad. Las vitaminas, las ayudas para adelgazar, reacondicionadores para la piel, todos prometen mucho, pero si el producto falla y la mujer sufre de cansancio o dolor menstrual, hay más soluciones: otra vez vitaminas, varios tónicos, analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) para el dolor. (9)

Además de los productos de venta libre, hay preparaciones hormonales y antidepresivos que los médicos pueden recetar para enfrentar los problemas de la vida. Debido a que las mujeres son las más grandes consumidoras de medicinas, una considerable fracción de la propaganda que llega a los médicos promociona específicamente el uso de medicamentos bajo prescripción para mujeres. Se ha encontrado que gran parte de este material enfatiza estereotipos negativos. Esto incluye la idea de que las mujeres no se pueden adaptar, que no son muy inteligentes, que realmente pueden ser una verdadera

molestia, y que los factores biológicos determinan su destino. La idea básica fue transmitida por una propaganda sobre la terapia de reemplazo hormonal que llevaba como título “Algo esta terriblemente mal”. En las Filipinas, en 1988, Searle se basó en una tira cómica para promocionar entre los médicos su antidiarreico Lomotil (difenoxilato). La imagen presenta la caricatura de una mujer que no puede arreglárselas ni siquiera en el día de su matrimonio; dependía de Lomotil para salvar el día. En 1992, en Bélgica, una propaganda en caricatura muestra un médico que es agobiado por su paciente femenina que tiene todos los síntomas gastrointestinales imaginables. La solución que se le ofreció al médico es Tranquo-Buscopan de Boehringer Ingelheim; una combinación que contiene un antiespasmódico (butilbromuro de hioscina) y un tranquilizante (oxazepam). (9)

En 1991 en Perú, Schering promocionó el derivado de la ergotamina Dopergin (Lisuride), para inhibir la producción de leche. La propaganda muestra 5 mujeres delgadas y describe el producto como “el más potente inhibidor de la prolactina en la clínica”. El mensaje implícito, que sugiere las fotos de las mujeres es que para tener una figura delgada ellas no deben dar de lactar - un mensaje incluido en el estereotipo que el dar de lactar afecta la figura - pero que tiene muy poca consideración por la realidad o por los beneficios que pueden obtenerse de la lactancia materna, tanto para la madre, el niño y la salud pública. (9)

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio

El estudio fue de tipo corte transversal; y se estableció la prevalencia de uso de medicamentos y la relación con factores encontrados.

2. Area de estudio

El estudio se realizó en el Municipio de Siuna, situado en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) de Nicaragua, a más de 340 kilómetros de la capital Managua; con una población de 44.761 habitantes, donde el 83 % viven en zonas rurales de difícil acceso. El territorio tiene más de 6,100 kms² y su densidad poblacional es menor a 8 habitantes por km². Siuna presenta una de las más altas tasas de crecimiento poblacional en el país (5.9 % anual) producto fundamentalmente del incremento de las migraciones de la Región del Pacífico. La explotación de minerales ha sido una de las principales fuentes de ingreso, la cual ha sido reducida drásticamente en los últimos años. Muy pocas industrias se localizan en Siuna y de ellas la mayoría dependen en gran medida de la explotación minera.

3. Universo:

Se tomó como universo del estudio un total de 12,335 mujeres mayores de 15 años (51 % del total de mujeres y 27.5 % del total de población del municipio) que habitan en el territorio del municipio de Siuna.

4. Tamaño de la muestra:

Se realizaron entrevistas a 208 mujeres jefas de familia mayores de 15 años en igual número de viviendas distribuidas en 10 comunidades (urbano y rural). El número de la muestra que representa el 1.7 % del universo total de mujeres del municipio se definió por determinación de muestra por el método estadístico probabilístico, tomando en consideración el 57 % de prevalencia esperada en el uso de medicamentos por mujeres, según estudio anterior del GLAS (3), y el peor de los resultados esperados (63%) de MDM - Francia (4); con un nivel de confianza del 95 %. El tamaño de la muestra fue calculado en EPI.INFO 6.04, para un total de 189 mujeres, y 10 % de ampliación como margen para asegurar una tasa de respuesta mayor del 95% para todas las variables. La fórmula utilizada para estimar el tamaño de la muestra en este estudio fue:

$$N = \frac{Z^2 (p (1 - p))}{D^2}$$

Donde “ p ” es la proporción de casos con las características en estudio y 1 – p es el complemento, es decir “ q ”. Debe recordarse que

$$P + q = 1$$

El valor de Z representa la desviación estándar normal que corresponde al intervalo de confianza deseado. El intervalo de confianza indica el porcentaje de veces que bajo repeticiones de un experimento, el valor que está considerando estará incluido dentro del intervalo.

El valor “ D “ se refiere a la precisión deseada del estudio

5. Método de muestreo:

Fueron utilizados dos métodos de muestreo de las viviendas: a) estratificado proporcional y b) aleatorio simple. En el estratificado proporcional se consideró al municipio como un todo, dividido en comunidades que representan estratos, con asignación de muestra a cada uno de ellas de manera proporcional al número de viviendas de las mismas con relación al total. Se decidió que durante el proceso de selección de las comunidades a encuestar (urbanas y rurales), todas tuvieran las mismas posibilidades de ser escogidas (aleatoriedad). Para calcular las viviendas del estudio se realizó la siguiente tabla:

Zonas	Total de viviendas		Entrevistas
	#	%	
1. Urbano	1,342	20.66	43
2. Rural	5,153	79.34	165
Total	6,495	100	208

El casco urbano por sus características representó un estrato. En las zonas rurales se seleccionaron por el método estadístico un total de nueve comunidades, las cuales se eligieron aleatoriamente entre las 75 comunidades rurales.

En el segundo método se eligió cada unidad muestral dividiendo el total de casas de la comunidad entre el número de casas a visitar, lo cual dio como resultado (promedio) cada cuatro casas entrevistadas. Se entrevistó en cada vivienda seleccionada a una mujer mayor de 15 años que fuese jefa de familia o que tuviese alguna jerarquía. En la vivienda donde no se encontraba a la persona con las características establecidas en el estudio se continuaba con la siguiente casa hasta encontrar una y luego se elegía nuevamente la cuarta casa.

6. Unidad de muestreo:

Fueron las unidades habitacionales (viviendas) tanto urbano como rurales del Municipio de Siuna, RAAN donde una mujer fuese la jefa de familia, o en donde hubiese una mujer con jerarquía. En ellas se recolectaron los datos que sirvieron de base para la realización del estudio.

7. Unidad de observación:

Las mujeres entrevistadas fueron jefas de familia (madres, abuelas, tías, etc.) de cada vivienda seleccionada. Durante el proceso de observación se enfatizó la investigación en aquellas mujeres que hubiesen estado embarazada en los pasados seis meses o que lo estuvieran en el momento de la entrevista.

8. Procedimientos de recolección de los datos:

Para la realización del estudio en el Municipio de Siuna se utilizó el método de encuesta; usando como técnica la entrevista con cuestionario (Anexo 3). El estudio se realizó en un período de seis meses, desde su planificación hasta el informe de resultados.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en dos meses, abarcando desde la definición y preparación del equipo de trabajo encuestador, hasta la revisión, codificación y ordenamiento del instrumento de recopilación de la información. La colecta de datos fue realizada por un total de 10 encuestadores, los cuales fueron seleccionados a nivel del municipio, cada uno de ellos realizó un total de 21 entrevistas.

Los encuestadores fueron capacitados por el equipo coordinador (compuesto por dos personas) durante dos días, posteriormente se realizó la validación de los instrumentos de recolección de la información en el terreno durante otros dos días. La información (cuestionarios) resultantes de la validación no fue incluida en los resultados finales.

9. Plan de tabulación, definición y operacionalización de variables

Plan de tabulación:

Una vez recolectados los datos se llevó a cabo su procesamiento. Se utilizó para la fase de recepción, captura de datos y procesamiento de la información el programa EPIINFO 6.04. La producción de cuadros y gráficos de resultados preliminares fue apoyada en los programas Microsoft Word 7.0 y Excel 7.0. Las variables fueron precodificadas para disminuir las posibilidades de error al momento de la digitación.

Definición de variables:

a. Identificación de las variables:

Características de las mujeres

Variables:	Procedencia
	Edad
	Escolaridad
	Número de hijos vivos
	Número de personas que atiende en la vivienda
	Ocupación
	Ingreso familiar

Uso de medicamentos por las mujeres

Variables:	Enfermedad actual que padece
	Ultimo motivo de consulta
	Lugar donde acudió
	Personal que la atendió
	Medicamento recetado
	Medicamento adquirido
	Lugar de adquisición del medicamento
	Pago por el medicamento adquirido
	Administración de medicamentos durante el embarazo
	Ingesta o aplicación de hormonas durante la menopausia
	Utilización de métodos de anticoncepción

b. Operacionalización de las variables principales:

. Características de las mujeres

Concepto: Determinación de los rasgos y particularidades de las jefas de familia entrevistadas. Interesa conocer procedencia, edad, escolaridad, número de hijos vivos, personas que atiende, ocupación e ingresos económicos de la familia.

Indicador: Particularidades de la jefa de familia expresado por la encuestada.

Escala: Definidas en las particularidades de cada variable.

. Uso de medicamentos:

Concepto: El proceso total de pasar medicamentos del sistema de suministros al paciente incluyendo en este procedimiento todas las actividades de presentar el fármaco al paciente. El empleo que hace la paciente del medicamento adquirido por cualquier fuente para satisfacer sus necesidades de salud.

Indicador: Uso de medicamentos por las mujeres y la familia de la vivienda encuestada, se tomará la opinión de la entrevistada.

Escala: Si
No

Operacionalización de variables:

Características Sociales

Procedencia:

Concepto: Origen geográfico de la mujer entrevistada.

Indicador: Lugar de origen expresado por la encuestada.

Escala: Urbano
Rural

Edad:

Concepto: Tiempo en años cumplidos de la entrevistada al momento de la entrevista.

Indicador: Edad en años cumplidos.

Escala: 15 a 34 años

35 a 49 años

50 y más años

Escolaridad:

Concepto: Conjunto de los cursos que la entrevistada ha seguido en un colegio, escuela técnica o profesional.

Indicador: Último año de estudio aprobado e indicado por la encuestada.

Escala: Analfabeta

Primaria Incompleta

Secundaria Incompleta

Universitaria

Número de hijos vivos:

Concepto: Total de hijos vivos que actualmente conviven con la encuestada

Indicador: Número total de hijos vivos.

Escala: 1 - 3

4 - 6

Más de 6

Personas que atiende:

Concepto: Es el número de personas que conviven en la vivienda al momento de la entrevista, que están bajo su responsabilidad, con o sin vínculo familiar.

Indicador: Número de personas que atiende en la vivienda según la encuestada.

Escala: 1 a 3
4 a 6
7 a 9
10 y más

Ocupación:

Concepto: Es la labor o tipo de trabajo principal en que se desempeña la entrevistada.

Indicador: Ocupación expresada por la encuestada al momento de la entrevista.

Escala: Ama de casa
Agropecuaria
Obrera
Comercio
Servicios

Ingresos económicos:

Concepto: Total de ingresos monetario disponibles en la vivienda para suplir sus necesidades.

Indicador: Cantidad de ingresos mensuales en córdobas de la familia referido por la encuestada.

Escala: Menos de 1000
1000 a 2000
Más de 2000

Uso de medicamentos

Enfermedad actual :

Concepto: Proceso mórbido que padezca actualmente o haya tenido en los últimos treinta días.

Indicador: Enfermedad según refiere la encuestada

Escala: Si
No

Ultimo motivo de consulta:

Concepto: Causa de enfermedad u otro por lo que asistió la última vez a algún servicio de salud.

Indicador: Causa que provocó su asistencia a algún servicio de salud según refiere la encuestada

Escala: Infecciosas (EDA,IRA, Malaria, Dengue)
Ginecológicas
Obstétricas
Crónica (Hipertensión, reumatismo, epilepsia)
Otros

Lugar donde acudió:

Concepto: Unidad de salud del sector público, privado o comunitaria donde acudió la encuestada a que se le brindará atención en salud.

Indicador: Tipo de unidad de salud donde buscó la primera atención en salud según refiere la encuestada.

Escala: Unidades de salud del sector público (centros y puestos de salud)

Clínica Privada

Farmacia Privada

Casa base del promotor voluntario

Curandero

Partera

Personal que la atendió:

Concepto: Recurso humano profesional, técnico o empírico del sector público, privado o tradicional que brinda atención en salud.

Indicador: Tipo de personal de salud que le brindó atención en salud según refiere la encuestada.

Escala: Médico

Personal de enfermería

Despachador de farmacia

Promotor de salud

Curandero

Partera

Medicamento recetado (prescripción):

Concepto: Es el acto de determinar qué medicamentos debe recibir la paciente, que dosificación y la duración del tratamiento.

Indicador: Prescripción de algún medicamento según refiere la encuestada

Escala: Ninguno

1 - 3

Más de 3

Medicamento adquirido:

Concepto: Demanda y obtención de fármacos y otros medicamentos realizada en forma directa por la usuaria o a través de los servicios de atención a la salud, independientemente del sector o personal donde lo obtuvo.

Indicador: Adquisición de medicamentos según indique la encuestada

Escala: Ninguno

1 - 3

Más de 3

Lugar de adquisición del medicamento:

Concepto: Unidad de aprovisionamiento del sector público o privado donde la encuestada demanda y obtiene fármacos y otros medicamentos en forma directa.

Indicador: Tipo de unidad de aprovisionamiento donde adquirió el medicamento la persona encuestada.

Escala: Farmacias MINSA
Clínica Privada
Farmacias Privadas
Mercado
Promotor Voluntario
Curandero
Parteras

Pago por medicamento adquirido:

Concepto: Egreso económico por medicamento adquirido en las diferentes unidades de aprovisionamiento.

Indicador: Pago por el medicamento adquirido por la familia referido por la encuestada.

Escala: Si
No

Automedicación :

Concepto: Es cuando una persona toma un medicamento por decisión propia o por consejo de una persona que no tiene conocimientos cualificados sobre los medicamentos.

Indicador: Ingesta o aplicación de medicamentos según refiere la encuestada

Escala: Si
No

Uso de medicamentos durante el embarazo:

Concepto: Uso de cualquier tipo de medicamentos durante el período de gestación

Indicador: Uso de medicamentos referido según la encuestada

Escala: Si
No

Utilización de métodos de anticoncepción :

Concepto: Uso de cualquier tipo de medicamentos hormonales para evitar los embarazos

Indicador: Uso de medicamentos anticonceptivos referido por la encuestada

Escala: Si
No

Utilización de hormonas durante la menopausia :

Concepto: Medicamentos hormonales de uso común por las demandantes durante el período de la menopausia.

Indicador: Uso de medicamentos hormonales comunes referido por la encuestada

Escala: Si
No

10. Plan de análisis:

Los resultados obtenidos en el Municipio de Siuna, se ordenaron de acuerdo a las variables y fueron presentadas en cuadros y gráficos, de manera individual o a través de cruces, categorizados para dar respuesta a los objetivos y el problema en estudio. El análisis estadístico de los datos se realizó de manera descriptiva y analítica. Se utilizó la distribución de frecuencias y se aplicó la distribución porcentual para la determinación del uso de medicamentos, así como algunas características de la población estudiada.

Las variables fueron analizadas de la siguiente forma:

- Procedencia / edad / escolaridad / número de hijos vivos / personas que atienden / ocupación e ingreso familiar. (Frecuencia)
- Escolaridad / Procedencia (Tabla 2x4)
- Ocupación / Procedencia (Tabla 2x3)
- Número de hijos vivos / Procedencia (Tabla 2x3)
- Escolaridad / Número de hijos vivos (Tabla 3x4)
- Ingresos económicos / Escolaridad (Tabla 3x4)
- Ingresos económicos / Procedencia (Tabla 3x2)
- Enfermedad / Causa de consulta (Tabla 2x4)

- Lugar donde acudió / Personal que la atendió (Tabla 3x3)
- Número de medicamentos prescritos / personal que la atendió (Tabla 3x3)
- Medicamentos adquiridos / Medicamentos prescritos (Tabla 3x3)
- Medicamento adquirido / Lugar de adquisición (Tabla 3x3)
- Pago por el medicamento adquirido / medicamento adquirido (Tabla 2x3)
- Automedicación / Pago por el medicamento (Tabla 2x2)
- Automedicación / Uso de medicamentos durante el embarazo (Tabla 2x2)
- Uso de medicamentos durante el embarazo / Procedencia (Tabla 2x2)
- Uso de medicamentos durante el embarazo / Escolaridad (Tabla 4x2)
- Uso anticonceptivos / Uso de medicamentos en el embarazo (Tabla 2x2)
- Uso de hormonas en la menopausia / Procedencia (Tabla 2x2)
- Uso de hormonas en la menopausia / Personal que la atendió (Tabla 3x2)
- Uso de medicamentos en el embarazo/ Personal que la atendió (Tabla 3x2)
- Uso de medicamentos en el embarazo / Lugar al que acudió (Tabla 3x2)

VII. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 208 mujeres jefas de familia mayores de 15 años en igual número de viviendas distribuidas en 10 comunidades (urbano y rural). El número de la muestra probabilística representa el 1.7 % del universo de mujeres del municipio. En dicha muestra se utilizó como unidad de observación a la mujer jefa de familia de cada vivienda seleccionada.

Características de las mujeres

Acerca de las características encontradas en la población femenina del Municipio de Siuna, se observa el alto porcentaje de mujeres que residen en comunidades rurales (79.8%) en comparación con el 20.2 % de residencia urbana (cabecera municipal). Es necesario anotar que en éste resultado influyó la selección del número de comunidades, la cual fue realizada de acuerdo a la proporción urbano - rural que representan en el total del municipio. (Tabla N° 1)

En este estudio se destaca el alto porcentaje de mujeres jefas de familia jóvenes existente en el territorio, donde el grupo de 15 a 34 años representa un 69.7 % del total. Otro grupo de edad importante encontrado es el comprendido entre los 35 y los 49 años de edad (28.4 %), y una minoría de mujeres mayores de 50 años (1.9 %). (Tabla N° 1)

Cerca de la mitad de mujeres jefas de familia entrevistadas son analfabetas (40.9 %) y el 41.3 % no logró terminar la escuela primaria; en contraste con las pocas que cursaron o lograron acceder a algún nivel de la escuela secundaria sin completarla (13.5 %) y las que alcanzaron el nivel universitario (4.3 %). (Tabla N° 1)

El 48.7 % de las mujeres atienden entre 1 a 3 hijos y el 34.9 % de 4 a 6, y el 16.4 % con más de 6; del total de entrevistadas sólo el 9.1 % refirió no tener hijos vivos; a éstos datos se agregan que en el 44.8 % de los casos las mujeres tienen bajo su responsabilidad y brindan atención de 4 a 6 personas, y en el 35.3 % a más de 7 personas en su vivienda (hijos, esposo, ancianos y otros familiares); sólo en el 19.9 % de las viviendas la mujer se responsabiliza de menos de 3 personas. (Tabla N° 1)

Más de las tres cuartas partes (78.7 %) de las jefas de familia entrevistadas se ocupan de labores de la casa (ama de casa), un 8.2 % se catalogan como obreras, las que en su mayoría son agrícolas (6.3 %) y un tercer grupo de importancia es las que laboran en el sector servicios (13.0 %). (Tabla N° 1)

Otra característica de importancia es que el 85.1 % de las familias visitadas donde la jefa es una mujer, perciben mensualmente entre todos sus integrantes menos de 1,000 córdobas por los trabajos que realizan, y apenas el 13.9 % reciben de 1,000 a 2,000 córdobas. (Tabla N° 1)

Al cruzar las variables de escolaridad y procedencia de las entrevistadas se encontró que existe la siguiente relación: del total de mujeres que residen en comunidades rurales el 40.9 % son analfabetas y 44.0 % no cursaron la primaria completa. De igual forma, en las mujeres que residen en el casco urbano también existe un alto porcentaje de analfabetismo y sin primaria finalizada (33.3 % y 31.0 % respectivamente). También se encontró una mayor proporción de mujeres que habitan en el territorio urbano (35.7 %) en relación a las rurales (13.2 %) con escolaridad de secundaria y universidad. (Tabla N° 2)

Relacionando la ocupación de las entrevistadas con su procedencia se identificó que el 78.4 % de las jefas de familia se ocupan de las labores de la casa (ama de casa), sin encontrar mayores diferencias en relación con su procedencia urbana y rural (73.8 % y 79.5% respectivamente), un segundo grupo de importancia fue el de las mujeres que laboran en el sector servicios (12.9 %), en ésto cabe destacar la mayor presencia de las

mujeres urbanas (19.1 %) contra el 11.5 % de las que proceden de comunidades rurales. (Tabla N°3)

Resultados encontrados al relacionar las variables número de hijos con la procedencia de las entrevistadas, se encontró que el 48.7 % de las mujeres han procreado un número de hijos dentro del rango de 1 a 3 y el 34.9 % de 4 a 6. También se encontró que el 16.4 % habían procreado más de 6 hijos. Un dato interesante encontrado es que el 54.5 % de las mujeres de origen urbano tienen entre 4 y 6 hijos, en contraste con el 30.4 % que representan este grupo en las mujeres de procedencia rural. En el medio rural, el 51.9 % de las mujeres tienen entre 1 y 3 hijos, siendo en el medio urbano del 33.3 %. Se encontraron pocas diferencias entre las mujeres que tienen más de 6 hijos y su procedencia urbana o rural (12.2 % y 17.3 % respectivamente). (Tabla N°4)

Con respecto a la escolaridad y número de hijos de las mujeres entrevistadas, un poco menos de las tres cuartas partes (71.0 %) de las mujeres que tienen más de 6 hijos son analfabetas y el 29.0 % no habían terminado la primaria. En contraste las mujeres que cursaron algún nivel de secundaria (14.1 % de 1 a 3 hijos y 12.1 % de 4 a 6) o universidad (9.8 % de 1 a 3 hijos) tuvieron un menor número de hijos. (Tabla N°5)

En cuanto a los ingresos económicos percibidos mensualmente por la familia y su relación con la escolaridad de la jefa de familia, se encontró que del total de entrevistadas que tienen ingresos menores a los 1,000 córdobas el 44.1 % son analfabetas y el 44.6 % no alcanzaron a terminar la primaria, al contrario de las que tuvieron ingresos mayores a los 1,000 córdobas donde el 54.8 % habían cursado algún nivel secundario o universitario. (Tabla N°6) También se encontró que el 84.2 % de los que tenían ingresos menores a los 1,000 córdobas procedían de zonas rurales. (Tabla N°7)

Uso de medicamentos

Se encontró en relación con la prevalencia en el uso de los medicamentos por las mujeres estudiadas, que el 76 % de ellas los usaron durante períodos de morbilidad, el 51.3% tuvieron como causas los procesos infecciosos, el 14.3 % ginecológicos, 9.7 % obstétricas y el 24.7 % enfermedades crónicas y traumáticas. (Tabla N°8)

Del total de mujeres entrevistadas el 88.9 % acuden a unidades del subsector público (centro y puestos de salud del MINSA) cuando necesitan atención, de ellas el 82.7 % fueron atendidas por personal médico y el 14.0 % por personal de enfermería. El 7.7 % refirió haber acudido al subsector tradicional (curanderos, parteras) y el 3.4 % al subsector privado. (Tabla N°9)

El 77.9 % (162) de las entrevistadas se les prescribió de 1 a 3 medicamentos, y donde al 78.4 % (127) de ellas la prescripción fue brindada por personal médico y el 11.1 % por personal de enfermería. Es importante mencionar que al 12.5 % de las mujeres les prescribieron más de 3 medicamentos y donde el 84.6 % habían sido recetados por médicos. Sólo el 9.5 % del total de los medicamentos fueron recetados por personal de salud del subsector tradicional. (Tabla N° 10)

Al relacionar la adquisición según el número de medicamentos prescritos, se identificó que del total de jefas de familia entrevistadas que se les prescribió de 1 a 3 medicamentos el 88.9 % logró adquirirlos, así como el 50 % de las que les recetaron más de 3 medicamentos. Es interesante mencionar que el 30 % de las mujeres a las que no se les prescribió ningún producto lograron adquirir de 1 a 3 medicamentos. (Tabla N° 11)

Los resultados obtenidos acerca del lugar donde adquirieron el medicamento prescrito, reflejan que en el 88.9 % de los casos lo hicieron en el subsector público (MINSA), de las que adquirieron de 1 a 3 productos el 82.7 % también lo hicieron en ese subsector. Por otro lado, en el 71.4 % de las mujeres que no adquirieron ningún

medicamento habían acudido al subsector privado y el 62.5 % al subsector tradicional. (Tabla N°12) Otro dato importante es que sólo el 27 % de las mujeres que adquirieron medicamentos pagaron por él. De las que si pagaron el 59.6 % adquirió de 1 a 3; sin embargo, es llamativo encontrar que el 33.3 % de las mujeres que no adquirieron ningún medicamento habían pagado por él. (Tabla N°13)

Al relacionar la automedicación y el pago por el medicamento, se identificó que el 72.1 % de las mujeres se automedica. Del total de mujeres que pagaron por el medicamento el 80.7 % se automedica y el 68.9 % de las que no pagaron. De igual manera, el 30.7 % de las que se automedican pagaron por el medicamento. (Tabla N°14) Al tomar como referencia las entrevistadas que se automedican y usan medicamentos durante el embarazo se encontró que el 56.7 % de ellas lo hacen cotidianamente. Igualmente, el 79.4 % de las mujeres que usan medicamentos durante el embarazo también se automedican y el 64.3 % de las que no usan medicamentos en el embarazo se automedican. (Tabla N°15)

La prevalencia que se encontró en el uso de medicamentos por las mujeres durante el período de gestación fue del 51.9 %. (Tabla N°15)

Al analizar la relación del uso de medicamentos en el embarazo y la procedencia de las entrevistadas se encontró que el 40.5 % de las mujeres urbanas no los usa, mientras que en las zonas rurales este dato alcanza el 54.2 %. (Tabla N°16) Otro resultado encontrado fue que el 55.3 % de las mujeres analfabetas usa medicamentos durante el embarazo, así como el 54.7 % de las que no lograron terminar la primaria; lo contrario a ello se observa cuando sólo el 35.1 % de las mujeres que lograron algún nivel secundario o universitario hicieron uso de medicamentos en períodos gestacionales. (Tabla N°17)

La prevalencia en el uso de anticoncepción planificada por las mujeres estudiadas en edad reproductiva fue del 29.8 %. El 55.6 % de las entrevistadas que usan algún método anticonceptivo también respondieron que usan medicamentos durante el embarazo, no se

encontraron diferencias importantes entre las que no usan anticonceptivos y si usan medicamentos en el embarazo (49.6 %). (Tabla N° 18)

Se investigó también el uso de medicamentos durante el embarazo según el personal de salud que la atendió, obteniéndose como resultado que el 75.7 % de las mujeres entrevistadas que usaron medicamentos durante el embarazo fueron atendidas por médicos, el 11.2 % por personal de enfermería, el 6.5 % por curanderos y 3.7 % por parteras. Es importante hacer notar que el 41.0 % de las mujeres atendidas por personal de salud del subsector tradicional (promotor, curandero y parteras) no usan medicamentos durante el embarazo. (Tabla N° 19) También se conoció que el 85.0 % de las mujeres que usan medicamentos durante el embarazo prefieren acudir a las unidades de salud del subsector público (MINSA) para recibir atención, el 5.6 % acude al curandero y en tercer lugar a clínicas privadas (3.8 % y a las parteras (3.8 %). (Tabla N° 20)

Con relación a los resultados encontrados acerca de las entrevistadas que usaron terapia de reemplazo hormonal durante la menopausia no se encontró significancia estadística dado el bajo número de mujeres que hacen uso de estos medicamentos (6) que proporcionalmente significa el 3.0 % del total. Un dato que llama la atención es que el 83.3 % (5) de las mujeres que usaron hormonas tenían menos de 40 años de edad y el 66.7 % (4) tenían edades comprendidas entre los 32 y los 37 años. También se encontró que del total de mujeres mayores de 40 años (38) solamente el 2.6 % (1) hacía uso de hormonas.

Un dato de relevancia es que el 66.7 % de las mujeres que usaron terapia de reemplazo hormonal procedían de zonas rurales (Tabla N° 21), en el 83.3 % de los casos habían sido atendidas y se las había prescrito personal médico, y en el 16.7 % se las prescribió personal de enfermería. (Tabla N° 22)

VIII. DISCUSION

Los esfuerzos destinados a conocer la problemática de medicamentos en relación con la demanda que hacen de ellos las mujeres y los aspectos específicos en el uso de los mismos deja claro que los motivos que inciden son complejos e incluyen una masa de factores sociales, económicos y culturales. Existen actualmente barreras que se oponen al uso adecuado y oportuno de los medicamentos destacando que se han producido cambios importantes en el contexto de funcionamiento de la sociedad y los servicios de salud.

En este estudio se encontró que la mayoría de las usuarias se encuentran en un enorme entorno cultural y organizativo donde se usan los medicamentos. Las características de la población femenina (edad, escolaridad, ocupación, número de hijos), el medio geográfico en que se habitan (ruralidad, dispersión geográfica) y las condiciones de los servicios de salud, inducen a tendencias sociales y ejercen influencias en el comportamiento y por ende en el uso de los medicamentos. Las costumbres y creencias locales (automedicación, esquemas de prescripción inadecuados) relativas a la salud son también importantes para determinar cómo las mujeres usan los medicamentos, tomando en consideración que éstos se basan en valores tales como la categoría y la identidad del individuo, los significados sociales y culturales y el costo económico.

Con ésto se quiere decir que la capacidad de uso de los medicamentos por las mujeres depende en gran medida de la manifestación de los factores sociales, culturales y económicos. Aspectos de esta naturaleza fueron también señalados en la Conferencia Internacional sobre la mejora del uso de medicamentos (CIMUN) realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1997 en Tailandia.(11)

En éste estudio se encontró, una población de mujeres jóvenes, donde el 69.7 % se sitúan entre los 15 y los 34 años, con aproximadamente un tercio entre 35 a 49 años y muy pocas mayores de 50 años. Un 40 % de las entrevistadas fueron analfabetas y otra porción similar no logró finalizar la instrucción primaria; la mayoría de ellas residen en zonas rurales (79.8 %) y se desempeñan en el 78.7 % como amas de casa.

Un aspecto importante, fue encontrar un bajo grado de interés y perseverancia de la mujer por superarse académicamente, donde menos del 14 % de ellas han cursado algún grado de secundaria y sólo el 4.3 % han ingresado a la universidad.

La tasa de deserción escolar de las originarias del sector rural en su mayoría se producen al iniciar la secundaria, mientras que en las urbanas, la deserción más alta se produce al terminar la secundaria completa e iniciar la universidad. Es importante mencionar que de las analfabetas, más de las tres cuartas partes son originarios de la zona rural, ratificando el alto grado de dificultad que tienen las mujeres para acceder a las escuelas y los conocimientos básicos. Es cierto que el sector rural accede regularmente a la escuela primaria, pero ésta disminuye al llegar a secundaria que sí es accesible en la cabecera municipal, sin embargo, no se encontró diferencias entre las mujeres urbanas (4.7 %) o rurales (4.2 %) que accedieron al nivel universitario. La prueba estadística de χ^2 para las variables escolaridad - procedencia (Tabla N° 2) resultó significativa.

Con relación a lo anterior, se conoce la importancia que representa la educación como elemento fundamental para lograr buenas condiciones de salud. En lo general se propone que se sigan políticas apropiadas que logren ampliar las oportunidades de escolaridad básica, especialmente para las niñas, debido a que el modo en que las familias, y sobre todo las madres, usan los recursos financieros para conformar sus decisiones en materia de dieta alimentaria, fecundidad, atención médica y otros aspectos de sus vidas que tienen gran influencia en la salud de la familia. (10)

Existen referencias que reflejan que Nicaragua tiene un nivel de igualdad en el acceso a la educación entre hombres y mujeres, sin embargo, se observa que ello corresponde a los primeros niveles y no tanto en educación terciaria. (10)

Por otro lado, se encontró que el 80.1 % de las encuestadas atienden a más de cuatro personas (esposo, hijos, familiares, ancianos, etc.), lo cual significa que deben de invertir una gran parte de su tiempo en el cuidado de estas personas; por otro lado, casi un 35 % de ellas atienden en sus viviendas más de 7 personas, lo que ocasiona un alto grado de hacinamiento que aumentan el riesgo de padecer de enfermedades transmisibles, las cuales en su mayor parte la responsable primaria de su atención son las jefas de familia. La prueba estadística de χ^2 para las variables número de hijos - procedencia (Tabla N° 4) resultó significativa. Cuando se estableció una tabla 2 x 2 queriendo identificar la condición de ruralidad y tener más hijos, se encontró que el OR era menor a 1 y los resultados no eran estadísticamente significativos, aunque los resultados están en el límite de significancia; los resultados urbanos pudieron estar influenciados por el tamaño de la muestra o que en la zona urbana las mujeres demandan más servicios de salud y de medicamentos.

Otro aspecto de importancia, fue que más de las tres cuartas partes de las mujeres se ocupan de las labores domésticas (ama de casa), sin mayores diferencias urbanas - rural, muy pocas participan en otras actividades, algunas se destacan en el sector servicios y otras pocas como obreras y comerciantes, este tipo de actividad doméstica contribuye a brindar una mayor atención hacia l@s hij@s, principalmente l@s menores de cinco años l@s cuales requieren mucho esmero en relación con su crecimiento y desarrollo, y de igual forma a l@s ancian@s, a expensas de no poder participar y desarrollarse en otros aspectos.

En este estudio se tomó como uno de los factores determinantes para identificar la calidad de vida el ingreso económico. Solamente la séptima parte de las mujeres encuestadas tienen ingresos mayores a un mil córdobas lo que revela la poca disponibilidad de pago en la adquisición y uso de medicamentos, sin embargo, las dos terceras partes adquirieron el producto y de estos el 90 % tienen ingresos menores de un mil córdobas,

cifra similar a los que usan el medicamento, esto refleja que aunque los ingresos de la comunidad son bajos, se tiende a priorizar la salud familiar.

Lo descrito anteriormente refleja que en el municipio de Siuna al igual que en el resto del país y en Centroamérica las mujeres constituyen el soporte de la unidad familiar. Ellas organizan su particular forma de subsistencia, llamada “economía del sector informal”, en condiciones desiguales con relación al acceso al trabajo y a la remuneración. Por otro lado, es evidente que los ingresos percibidos por los trabajos que más frecuentemente realizan las mujeres son insuficientes tomando en consideración que el salario mínimo establecido no supera los C\$ 400 córdobas y que la canasta básica se aproxima a los C\$2,000 córdobas. Existen algunos informes que miden variables como el “Índice de Desarrollo de Género” (IDG). En esta variable, en lo que se refiere a la participación del ingreso por trabajo Nicaragua ocupa el primer lugar con un aporte de las mujeres de 29.5 % y de 70.5 % en los hombres. (10)

Tomando en cuenta que se encontró un panorama caracterizado por una población analfabeta o de bajo nivel académico, joven, rural, con un fondo de tiempo limitado a causa de la responsabilidad de atención a la familia, con pocas perspectivas de desarrollo y de bajos ingresos económicos, consideramos que éstas inducen a determinadas actitudes y apreciaciones acerca de qué y cómo usar los medicamentos.

En este estudio se encontró que existe una alta incidencia de enfermedades en las mujeres y una mayor prevalencia (76 %) en el uso de medicamentos durante procesos mórbidos. De las que adquirieron medicamentos, un 8.7 % no habían referido estar enfermas; esto es debido a múltiples factores, uno de ellos puede ser que más del 70 % no pagaron por ellos. La política de gratuidad de los medicamentos en el subsector público induce a adquirirlos y almacenarlos hasta que se produzca la enfermedad. Esto se debe a que el valor de los medicamentos en el sector privado es alto tomando en cuenta los ingresos promedio de la mayoría de las encuestadas (10 %). Sobre esto, existe un estudio sobre la problemática de medicamentos, realizado en octubre de 1997, que analiza la actitud

y disponibilidad financiera de la población de Siuna para adquirir medicamentos. El 61 % de los entrevistados gastan por vivienda aproximadamente C\$ 100.00 al mes, lo que realizan mayoritariamente en los subsectores privado y tradicional, los cuales en muchas ocasiones no garantiza medicamentos de calidad que resuelvan sus problemas de salud.

En este sentido, este estudio encontró que la mayoría de las mujeres adquieren medicamentos ante cualquier causa de morbilidad, ya sea por automedicación - la cual disminuye cuando paga por ella - o por prescripción de personal médico o enfermería principalmente del subsector público. Estos últimos resultan ser los principales orientadores en la búsqueda y adquisición de productos farmacéuticos para resolver las principales causas de demanda de atención en salud por las mujeres.

Por otra parte, estos mismos recursos que orientan la adquisición y uso de medicamentos, también practican y cometen abusos de prescripción (sobreprescripción), provenientes principalmente de médicos del sector público, y donde el sector privado también tiene su influencia.

En este estudio, ocho de cada diez pacientes se les prescribió algún medicamento y a una de esas ocho, más de tres; el lugar donde adquirieron el medicamento fue mayoritariamente en las farmacias del sector público.

Los datos anteriores son compatibles con los resultados del estudio Problemática de los Medicamentos realizado en 1997, donde el 33 % del personal médico encuestado reconoció que prescriben de una manera irracional, siendo las causas de ello: la falta de educación y supervisión continua, capacitaciones inadecuadas en farmacología y terapéutica y la falta de tiempo debido a la sobrecarga de pacientes. (4)

Se sabe que nunca puede contarse con un uso apropiado de medicamentos pero sí es posible identificar una constelación de factores que lo afectan en forma profunda, y quien receta debería tomarlos en consideración. Estos factores incluyen la enfermedad misma, el

paciente, el médico, el medicamento, los tipos de servicio disponibles y el comportamiento cultural en materia de medicamentos.

Al analizar la relación entre el número de medicamentos prescritos y los que adquirieron, se observó que al comparar el intervalo ninguno con los demás intervalos (1-3; más de 3), se aumentó la capacidad de adquisición hasta en una tercera parte, a pesar de no haberles prescrito ningún medicamento, ésto puede deberse a que las pacientes no estuvieron de acuerdo con la decisión de no prescribirles y deciden buscar una alternativa de adquisición por automedicación u otra prescripción; lo contrario se encontró en grupos de mujeres a quienes se les prescribió medicamentos, y donde una de cada cuatro no logra adquirirlos.

Al encontrar un aspecto relevante como es que la mayoría de las mujeres que no adquirieron medicamentos acudieron a las farmacias privadas y a unidades del sector tradicional, y donde es obvio que en unidades privadas no lo adquieren por falta de disponibilidad económica, y en el tradicional por problemas de disponibilidad del producto; el 80 % de las mujeres que no adquirieron, estaban en el grupo donde sus familias no perciben ingresos que superen los mil córdobas.

En éste sentido sabemos que las pobres tienen considerablemente menos acceso a la atención de salud. Se sabe que aunque se cuenta con un amplio mercado de medicamentos, éste no responde a las necesidades de salud de la mayoría de la población ya que la oferta es frecuentemente irracional en cuanto al tipo de productos y está dirigida a los grupos de mayor capacidad de compra. Por otra parte, la fuerte reducción en el gasto social y, por consiguiente, del presupuesto para la salud, ha traído como consecuencia el que se traslade el gasto cada vez más al usuario. (6)

El gasto del Estado en general ha sufrido una disminución importante, lo que ha significado una disminución real del presupuesto del MINSA, aunque como porcentaje del presupuesto del Gobierno no se puede decir lo mismo. El MINSA recibió US\$ 76.3

millones de dólares en 1992 y 67.1 en 1996. El porcentaje del PIB que se destina al MINSA bajó de 6.7 % en 1990 a 4.3 % en 1994. El gasto en medicamentos de la población pasó del 2 % del ingreso familiar en 1980 a 5 % en 1994. (7)

Esto nos indica dos cosas: una es que existe cobertura insuficiente de abastecimiento del sector público y segunda, que las mujeres que no adquirieron medicamentos fue por no haber sido abastecidas por el sector público o por no tener el dinero para comprar en el sector privado o por no haber disponibilidad en el sector tradicional. También refleja que el sector privado juega un papel importante en lo referente a la dispensación de estos insumos, en tanto el sector público que ocupa el primer lugar de preferencia seguramente está diezmado por el abastecimiento insuficiente causado por su pobre capacidad de administración, gestión y cobertura. Por último, el sector tradicional en las comunidades tienen poco que ofrecer ya que no existe una vía de abastecimiento manejadas por personal voluntario. Este dato nos sugiere que en determinados momentos aunque la población tuviese productos disponibles y accesibles geográficamente, estos pueden no ser accesibles económicamente.

Una de las variables estudiadas fue el uso los medicamentos por las mujeres durante períodos de morbilidad, obteniéndose una prevalencia del 76 %. De igual forma, se estudió el uso de medicamentos durante el embarazo, y se encontró que ocho de cada diez mujeres encuestadas en Siuna mencionó que ha usado medicamentos durante el embarazo automedicándose, además de haber pagado por adquirirlos.

Los resultados de este estudio efectuado en Siuna son similares al realizado en 22 países (Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy, 1992), llevado a cabo hacia fines de los años 80's, que incluyó mujeres de Europa, Asia Africa y América Latina, y que encontró que solamente el 14 % de las mujeres no tomaban ningún medicamento durante el embarazo. Entre el 86% de las mujeres que tomaron por lo menos un medicamento, el

¹ Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy, 'Medication during pregnancy: an intercontinental cooperative study', International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol 39,1992, pp 185 -96

número promedio fue casi de tres medicamentos incluyendo hierro y vitaminas en rango de 1:15.

Un estudio de 1986 en Gran Bretaña (Rubin, 1987) mostró que cerca al 35% de las mujeres tomó medicamentos (excluyendo hierro y suplementos vitamínicos y medicamentos usados durante el trabajo de parto) por lo menos una vez durante el embarazo aunque sólo el 6% tomó un medicamento durante los primeros tres meses del embarazo, período en el cual el riesgo que el medicamento cause deformidades en el feto es mayor.

Otro estudio hecho en 1985 (Rubin, 1987) en los Estados Unidos mostró que alrededor del 45% de las mujeres embarazadas tomó por lo menos un medicamento bajo prescripción durante el embarazo y muchas más usaron medicamentos que compraron sin receta.

Un estudio de 1987-88 (Jong-van den Berg, 1991) llevado a cabo en Holanda encontró que el 86% de las mujeres tomó por lo menos un medicamento (incluyendo hierro y vitaminas) durante el embarazo. El promedio fue poco más de cuatro medicamentos.

Esto indica que existen muchos factores que contribuyen al uso de medicamentos durante el embarazo. La mentalidad existente que debe haber “una pastilla para cada dolencia” se extiende al embarazo. Los resultados encontrados también nos sugieren que algunos de estos usos son fomentados por médicos que laboran tanto en unidades públicas como privadas; y que a la vez son inducidos a prescribir de esa manera por la industria farmacéutica.

Rubin, P.C. (ed.), Prescribing in Pregnancy, London British Medical Journal, 1987, p 1

Jon-van den Berg, L.T.w., et al, Investigating drug use in pregnancy: methodological problems and perspectives”,

Pharmaceutisch Weekblad Scientific Edition, Vol 13, No 1, 1991, pp 32 –8.

Es impresionante observar como el embarazo en sí ha llegado a ser visto más como un estado de enfermedad que como una condición normal y saludable. En esas circunstancias, la intervención médica resulta virtualmente inevitable. Esta ‘medicalización’ del embarazo significa que las mujeres pierden control de las decisiones que las afectan. Frecuentemente, no les dan información cuando la necesitan y pueden ser mal orientadas a pensar que la intervención durante el embarazo es la forma normal de adaptarse a los problemas que surgen.

Los trabajadores de salud frecuentemente no tienen la información necesaria para prescribir un tratamiento racional durante el embarazo. A menudo, la información suministrada por la industria farmacéutica no es útil. Generalmente las compañías incluyen una frase standard de protección en la información del medicamento afirmando simplemente que “ la seguridad de su uso durante el embarazo no ha sido establecida” (Leward, 1987).

En general, muy poco se sabe acerca de los efectos de los medicamentos que se toman durante el embarazo. Como menciona la Asociación Médica Americana (AMA, op cit, p 42), “para muchos medicamentos, especialmente los nuevos, hay disponible poca o ninguna información en cuanto a su uso durante el embarazo”.

Un aspecto importante de mencionar con relación a la procedencia y la escolaridad de las mujeres que usan medicamentos durante el embarazo, y es que no son significativas las diferencias entre las mujeres que habitan en zonas urbanas y rurales, así como la escolaridad de las mismas - a excepción de grupos que cursaron secundaria incompleta -, lo que nos induce a pensar que la influencia del uso irracional de los medicamentos se extiende a la mayoría de las mujeres sin importar dónde viven o que nivel académico logro alcanzar.

Leward, R.S., “Antimicrobial drug in pregnancy” in: Hawkins, D.F. (ed.), *Drugs and Pregnancy*, London, Churchill Livingstone, (2 nd edn) 1987, pp 148 – 65

AMA, *Drug Evaluations*, Philadelphia, W.B. Saunders Co., (6 th edn) 1986, pp 41 - 50

Otra de las variables estudiadas para entender el problema del uso de los medicamentos fue el uso de métodos anticonceptivos por las mujeres, los hallazgos encontrados revelan una prevalencia del 29.8 % de mujeres en edad fértil que usan algún método anticonceptivo. Esto contrasta al relacionarlo con la carga de una salud precaria asociada con la reproducción, la cual está dividida muy desigualmente entre los dos sexos, y donde las mujeres soportan el peso de esta situación. Agregado a esto existe falta de acceso a formas de control de la natalidad es enorme: “más de 500 millones de mujeres casadas expresan actualmente el deseo de tener acceso al control natal pero no pueden obtener métodos apropiados a sus necesidades” (Jacobson, J.L., 1991).

A pesar de los diferentes tipos de anticoncepción, para la mayoría de las mujeres las probabilidades de elección son limitadas si el que proporciona la atención de salud no prescribe ciertos métodos o no cree que los métodos específicos son apropiados para una mujer en particular. Otro estudio (Lethbrigde, 1991) examina la percepción de las mujeres acerca del uso de anticonceptivos, relata la experiencia de una de las mujeres que quería cambiar del DIU al diafragma: “Cuando fui a que me sacaran mi DIU, él (médico) se negó y dijo que simplemente saldría embarazada otra vez. Entonces tuve que ir a otro médico (una mujer) que lo sacó”.

Son sumamente interesantes la similitud de los estudios mencionados anteriormente y los resultados que se encontraron al analizar la relación de mujeres que refirieron usar métodos anticonceptivos y las que usan medicamentos durante el embarazo en el estudio del Municipio de Siuna. Más de la mitad (55.6 %) de las mujeres que usan métodos anticonceptivos también usan medicamentos durante el embarazo. Si se toma en consideración que más del 85 % de las mujeres que usaron medicamentos durante el embarazo fueron atendidas por personal médico (75.7 %) o de enfermería (11.2 %), que brindan sus servicios principalmente en unidades del sector público (MINSA) (85 %).

Jacobson, J.L., Women's Reproductive Health: the silent emergency, (Worldwatch Paper 102), Washington, Worldwatch Institute, 1991.
Lethbrigde, D.J., "Choosing and using contraception: toward a theory of women's contraceptive self-care" Nursing Research, Vol 40, No. 5, sep - oct. 1991, pp 276 - 80

Los resultados inducen a pensar que existe una relación directa entre la falta de alternativas de métodos anticonceptivos ofrecidos fundamentalmente por personal calificado y el uso irracional de los medicamentos durante el embarazo. Por otro lado, es evidente la influencia que ejercen el personal médico y de enfermería en las decisiones de la paciente acerca de cómo y qué medicamentos y métodos de planificación debe usar conforme a los conocimientos e instrucciones que transmite.

Aunque los resultados obtenidos en esta investigación acerca del uso de hormonas durante la menopausia no fueron significativos estadísticamente con relación al total de entrevistadas, y apenas resultó una tasa de prevalencia del 3 %. Tampoco fue significativo en relación con el grupo de edad susceptible a menopausia (mayores de 40 años), donde sólo el 2.6 % hace uso de terapia de reemplazo hormonal. Sin embargo, las mujeres de Siuna no están fuera de peligro con relación a que aumente la prescripción de este medicamento, de hecho las mujeres que actualmente se les prescribe hormonas tienen menos de 40 años y proceden en el 66.7 % de los casos a zonas rurales. Es necesario mencionar que la industria farmacéutica y su publicidad tiene dirigidos sus esfuerzos a convencer a una población de mujeres saludables a finales de sus cuarenta o comienzos de los cincuenta; mujeres que están cercanas a experimentar el retiro de su menstruación (menopausia), se les convence de que se les está terminando el tiempo, que su juventud se les va a acabar para siempre. Después se les da la buena noticia que hay una buena forma de detener el tiempo: con tratamientos de estrógenos (Advertisement, MIMS Caribbean, 1991)

Como la compañía Wyeth/Ayerst gusta decir a las mujeres en todo el mundo: “el tiempo no espera a la mujer....hasta que ella comienza a usar....Premarin (estrógeno conjurado)” (Advertisement, MIMS Caribbean, 1991).

Advertisement, MIMS Caribbean, January 1991, inside front cover

En Pakistán, (QIMP, 1990) a las mujeres que usaron Premarin se les prometió “un regalo de tiempo”. En 1990 en Nueva Zelanda, la Schering promocionó su preparación de estrógeno en el New Zealand Doctor con el titular: “Así, una mujer puede seguir gozando el ser mujer” (Coney, S., 1992). En los Estados Unidos, la Ciba- Geigy dijo a las mujeres que “el cambio de vida” no significaba que ellas tenían que cambiar su participación en los deportes, o que los hombres ya no estarán interesados en ellas. Todo lo que tenían que hacer era usar el Estraderm de Ciba (estrógene transdérmico), (Washington, US Government Printing Office, 1992).

Se sabe que hoy en día proporcionar estrógenos para las mujeres que están en la menopausia es un negocio lucrativo. El producto líder en el campo de “la terapia de reemplazo hormonal”(TRH), es el Premarin de Wyerth Ayerst. Está clasificado como el número 25 en ventas mundiales en 1991, con un valor de 659 millones de dólares (Anon, 1992). En 1992, Premarin fue el medicamento más ampliamente prescrito en los Estados Unidos. También se convirtió en el producto mas vendido de la Wyeth en el mundo con un total de ventas de 642 millones do Dólares, representando más del 17% del movimiento farmacéutico de la compañía (Anon., 1993).

Puede ser lucrativo; pero ¿ tiene algo que ver con la salud?. ¿Hay alguna razón para que el 30% de las mujeres en Estados Unidos después de iniciada la menopausia y el 10% de las mujeres de Australia (Coney, op cit) e Inglaterra, deban consumir hormonas potentes cuya asociación con un alto riesgo de producir cáncer es conocida? Sí, dice la industria farmacéutica, frecuentemente con el respaldo de algunos entusiastas de la profesión médica y de algunas mujeres. No, realmente no, dicen las abrumadoras pruebas científicas.

QIMP, Vol 22, No. 1 / 2, Mar – Aug 1990, facing p 70

Coney, S., “The exploitation of fear: hormone replacement therapy and the menopausal women”, in: Davis, P. (ed), For Health or Profit: Medicine, the Pharmaceutical Industry, and the State in New Zealand, oxford University Press, 1992, pp 179 –207.

US Congress, Office of Technology Assessment, The Menopause, Hormone Therapy and Women’s health, OTA-BP-88

Anon., “Top 25 products in 1991”, Scrip, no. 1717, 13 May 1992, p 28 / New products boost AHP in 1992, 4 may 1993, pp 18 – 19

Coney, (op cit) pag. 62

Ya sea que las mujeres hayan elegido tener o no tener niños, la menopausia marca una transición en sus vidas como el final de sus años reproductivos. La forma en que una mujer experimenta la menopausia depende de las actitudes que ella y la sociedad tengan acerca de la madurez de la mujer, junto con la extensión y la calidad de su relación con otros. “La menopausia no es una enfermedad, sino una transición del ciclo de vida”, (Lock, M., 1991).

Sin embargo, algunas mujeres pueden experimentar una serie de síntomas durante la menopausia: bochornos, sudoración, alteraciones del sueño y del temperamento, y sequedad en la vagina. Los bochornos y la sequedad en la vagina pueden ser atribuidos directamente al cambio en los niveles de hormonas. Así, los fabricantes de hormonas han promocionado el uso de estrógeno como una forma de tratar lo que se ha llamado un “estado de deficiencia” de la menopausia (Ford, op cit). El concepto total del tratamiento de reemplazo hormonal en sí mismo promocional. Las hormonas no faltan; no tienen que ser reemplazadas. Hay otras opciones para tratar estos síntomas.

El uso de medicamentos en este estudio referente al plano social fue más frecuente en mujeres con menor educación, en lo económico los grupos con menores ingresos y las que no pagaron por el medicamento adquirido, y en lo cultural las que se automedicaron. Una causa frecuente de no uso encontrada en otros estudios (MSH, 1989), es que donde los medicamentos son vendidos al precio alto del mercado, existe inhabilidad de la paciente de comprar el tratamiento completo de medicinas requeridas para la terapia.

Según el Boletín de Medicamentos Esenciales de la OMS N° 23 (1997), en muchos países en desarrollo, más del 80 % de los medicamentos son adquiridos por las personas para ellas mismas o sus familiares sin receta. Incluso si se obtienen los medicamentos después de la consulta con un profesional sanitario, el modo de utilizarlos dependerá de la comprensión y la decisión del consumidor.

Lock, M., “Contested meanings of the menopause” *Lancet*, Vo 337, 25 May 1991, pp 1270 – 2

Ford, A.R., “Hormones: getting out of hand” in: McDonnell, K. (ed.), *Adverse Effects: Women and the Pharmaceutical Industry*, Penang Management Sciences for health (MSH) *El Suministro de Medicamentos*, 1989, pp. 253 - 55

En el territorio objeto del estudio, por tradición neo-cultural existe una actitud de automedicación en un poco menos de las tres cuartas partes de las mujeres entrevistadas, mientras más adquieren y usan, más se estimula la automedicación, sobre todo donde la inaccesibilidad geográfica y económica es considerable.

En este estudio la automedicación de las mujeres representó el 72.1 %. De estas que se automedicaron un amplio porcentaje (97 %) adquirió el medicamento, otras no lograron presumiblemente por causas de acceso económico. Por otro lado, es sorprendente que de las mujeres que se automedicaron el 79.4 % también usaron medicamentos durante el embarazo. Ello significa en primer lugar que es necesario comprender las actitudes de las mujeres hacia los medicamentos para mejorar su uso, y segundo que sólo una proporción de ellas conoce cómo usar correctamente los medicamentos.

En otro estudio realizado (Médicos del Mundo, 1997) en Siuna sobre la problemática de medicamentos fue notorio que a las unidades de aprovisionamiento privado únicamente les interesa vender el producto y en el sector público solamente se dedican a entregar el insumo médico, en ningún momento cumplen con algunos requisitos básicos del uso y manejo del producto, como: recordatorio de preparación, dosis a suministrar, tiempo de consumo, resguardo o conservación y desecho del mismo.

En ese mismo estudio también se encontró que a causa del problema de acceso y disponibilidad del medicamento gran parte de la población que no utiliza el medicamento en su totalidad lo guarda para utilizarlo o prescribirlo en otro episodio parecido, ésto refleja la necesidad de la población de quedarse con algún tipo de producto farmacéutico para otros casos, sobre todo conociendo su medio ambiente y sus condiciones los cuales son propicios para que se presenten nuevos episodios de enfermedades parecidas a la actual. Lo difícil en esta situación, es que la población no tiene condiciones de almacenamiento de algunos productos, o conocimientos sobre si estos pueden ser utilizados nuevamente, creando situaciones de riesgo para los pacientes que pudieran consumirlos en un futuro.

El estudio de Médicos del Mundo también anota que el guardar los medicamentos sobrantes genera mayor automedicación, ya que reciben uno o más medicamentos por iniciativa propia o por sugerencia empírica de terceros. Esta práctica es bien común en los países de América Latina, en donde las leyes no permiten la venta libre de medicamentos, pero las mismas muy raramente se cumplen.

Un estudio realizado en Sao Paulo, Brasil, concluyó que las farmacias constituyen la primera fuente de auxilio para el 90 % de las personas que habían contraído gonorrea. Un estudio ecuatoriano reveló que 76 % de l@s usuari@s de farmacias no tenían receta. (9)

En una encuesta de hogares en León (Nicaragua) se encontró una prevalencia de automedicación del 45.5 % para enfermedades agudas y 18.8 % en las crónicas. Otro estudio multicéntrico que incluyó a Nicaragua reveló que se adquieren medicamentos para automedicación en proporción del 68.2 % para l@ adult@s, 14.1 % para l@s niñ@s y 7.9 % para l@s ancian@s. Los medicamentos más utilizados para automedicarse son los analgésicos, luego los antibióticos, antirreumáticos - antiinflamatorios y las vitaminas. (12)

En nuestro país, aparte de los medicamentos psicotrópicos, puede obtenerse casi cualquier medicamento sin receta. Incluso éstos mismos se despachan en muchas farmacias sin receta, encargándose luego de conseguirla para justificar la venta.

Entre los factores que promueven la automedicación en nuestro país se encuentran la falta de accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud, así como la presión creciente de la publicidad farmacéutica dirigida al público.

Existen una serie de problemas de salud que afectan frecuentemente a la mayoría de las personas. La mayoría de éstos problemas no son lo suficientemente serios como para requerir la atención de un médico y eventualmente curan espontáneamente. En muchos casos reducen la productividad, interrumpen la atención en la escuela y el trabajo o interfieren con actividades sociales. Para la mayoría de las personas el primer paso en el

manejo de esos problemas es utilizar un remedio natural o un medicamento disponible que no necesite receta.

Hay muchas condiciones médicas que pueden ser tratadas con medicamentos sin receta y éstas constituyen una parte esencial de la atención en salud actualmente. El MINSA ha elaborado una lista de síntomas que pueden ser tratados con medicamentos de libre venta y de hecho se puede considerar que se promueve la automedicación responsable; recomendaciones sobre el manejo de las EDA e IRA en el hogar son un buen ejemplo de ello, incluyendo el uso de sales de rehidratación y de acetaminofén.

En Nicaragua, la falta de información existente aumenta el riesgo de caer en el uso irracional de los medicamentos y el uso de medicamentos inútiles y peligrosos. A esto se añade las recetas indiscriminadas emitidas por algunos médicos que además de dar mal ejemplo al paciente que se automedica deteriora la relación entre sistema de salud y paciente fomentando la automedicación inapropiada.

Las reacciones adversas son un problema inmediato, como consecuencia del desconocimiento de las dosis, intervalos, contraindicaciones e interacciones con otros medicamentos. Factor que se ve agravado cuando son grupos de riesgo los que se automedican; embarazadas, niños y ancianos, así como las personas en situaciones de riesgo. El costo asumido por la población ya es grande con lo invertido en compra de medicamentos prescritos. A esto tendríamos que sumarle el gasto invertido en medicamentos inútiles, y combinaciones irracionales promocionados por la industria farmacéutica y obtenidos sin receta.

Uno de los riesgos preocupantes está en la posibilidad del uso indiscriminado de los antibióticos, favoreciendo la diseminación de bacterias resistentes, por lo que las infecciones se hacen intratables o sólo tratables con antibióticos más tóxicos y de alto costo.

IX. CONCLUSIONES

1. Las mujeres jefas de familia del Municipio de Siuna entrevistadas en este estudio se caracterizan desde el punto de vista social por ser una población joven, analfabeta o de bajo nivel académico que residen mayoritariamente en comunidades rurales. Gran parte de ellas se ocupan principalmente de las labores domésticas y son las responsables de atender a un alto número de hij@s que han procreado, además de otros miembros de la familia.
2. El fondo de tiempo que las mujeres invierten en la atención de la familia sobre todo la de los niñ@s y l@s ancian@s no les permite disponer del fondo de tiempo necesario para desarrollarse académica y económicamente; en éste sentido, la principal característica desde el punto de vista económico que se encontró fue la del predominio de mujeres jefas de familia empobrecidas a causa de los bajos ingresos económicos producto de su pobre y poco remunerada actividad laboral.
3. Existe una alta incidencia de enfermedades en las mujeres estudiadas, cuyas causas predominantes fueron las enfermedades infecciosas, crónicas y traumáticas. Se encontró como característica cultural importante una extendida práctica de automedicación especialmente para el manejo de los síntomas de las patologías más comunes.
4. Existe una alta prevalencia en el uso de medicamentos por las mujeres durante períodos de enfermedades, e incluso cuando no han estado enfermas. En éste caso, la adquisición y uso de los medicamentos está relacionado a que la mayoría de las mujeres adquieren el producto farmacéutico ya sea por automedicación o por prescripción del personal médico o de enfermería que laboran principalmente en el subsector público (MINSA).

5. En las mujeres estudiadas también se encontró una alta prevalencia en el uso de los medicamentos durante el embarazo, predominando en éste período la adquisición por automedicación, en mujeres que residen en zonas rurales y con bajo nivel de escolaridad.
6. Las mujeres hacen poco uso de los métodos de planificación familiar que se les oferta, así como de la terapia de reemplazo hormonal durante la menopausia. La baja prevalencia encontrada en ambos casos, refuerza el criterio del pobre acceso que aún tienen las mujeres principalmente de comunidades rurales a éstos servicios de salud.
7. Es importante la relación encontrada entre el uso de medicamentos y el personal que atendió a la paciente, así como el subsector donde se le brindó el servicio. Sin embargo, es necesario agregar que en éste caso la adquisición y uso de los medicamentos está relacionado directamente al pago o la gratuidad de los mismos. En el subsector público gran parte de las consultas terminan con la prescripción de uno o varios medicamentos y dispensación algunos de forma gratuita; lo contrario sucede en el sector privado y tradicional donde el acceso y adquisición de los productos son menores y está limitado a la capacidad económica de la paciente.
8. Los subsectores privado y tradicional aunque muchas veces inaccesibles económicamente a la población juegan un papel preponderante en la dispensación de los insumos médicos, en vista que las usuarias los utilizan para abastecerse cuando el subsector público no cuenta con el medicamento que brinda gratuitamente.
9. Existe relación entre el haber pagado por el medicamento y la automedicación, una mayoría de las mujeres que no pagan cotidianamente por el producto que consumen en el subsector público son las más frecuentemente se automedican. De igual forma, una gran parte de las mujeres que usan medicamentos durante el embarazo fueron atendidas en el subsector público donde en su mayoría se les prescribió medicamentos de forma irracional y se les dispensó gratuitamente. La automedicación en las mujeres de Siuna está directamente relacionada a la prescripción por personal calificado.

X. RECOMENDACIONES

El MINSA como ente rector de la salud en el territorio debe desarrollar el sistema de aprovisionamiento y utilización racional de medicamentos y productos medicinales tradicionales en el Municipio de Siuna. Este debe tener como base la implementación de unidades de aprovisionamiento comunales, las que permitan mejorar la accesibilidad (geográfica, sociocultural, económica) para el conjunto de la población con énfasis en la mujer, que sea viable (en el ámbito político, social, económico, cultural y técnico), y que involucre a todos los actores sociales (públicos y privados).

Las organizaciones comunitarias y el MINSA deben desarrollar estrategias que permitan mejorar la accesibilidad de la población en general y a las mujeres en particular a medicamentos seguros, de calidad y a precio justo, a través de: a) Creación de comités de suministros comunales los cuales aplicarán el reglamento establecido para el proceso de aprovisionamiento, y formularán e implementarán una lista básica de medicamentos esenciales de acuerdo a las condiciones de salud de la comunidad, b) incremento del número y capacidades del personal comunitario que administre y gestione el aprovisionamiento de los productos farmacéuticos comunitarios, c) creación de una red de unidades de aprovisionamiento comunales y, d) diseño e implementación de una campaña de información acerca de las unidades comunales, así como la divulgación del uso de plantas medicinales y de medicamentos genéricos.

El MINSA apoyará el desarrollo organizativo y educativo existente en las comunidades a través de la transmisión de conocimientos, habilidades y recursos para mejorar el uso de los medicamentos, fortaleciendo los vínculos existentes entre los subsectores público, privado y tradicional.

Capacitar en la gerencia del ciclo de suministros (selección, adquisición, distribución y uso) de medicamentos y plantas medicinales al personal del MINSA y de las comunidades.

El MINSA y los Comités Comunales deben diseñar el sistema de adquisición y distribución el cual debe cumplir con los principios de los medicamentos esenciales: genéricos y a bajo costo. La práctica en el uso de la medicina natural debe ser expandida, pudiendo incorporarse a las unidades de aprovisionamiento comunales.

El MINSA y los Comités Comunales implementarán actividades de información, educación y comunicación (IEC) a la población del Municipio de Siuna para desmotivar hábitos y costumbres no convenientes y que contribuyen a la automedicación, al incumplimiento del esquema de tratamiento y al uso de medicamentos durante el embarazo. Las actividades deben de realizarse en todos los niveles donde se haga uso del medicamento, éstos pueden ser: durante la consulta, visitas casa a casa, durante la dispensación, durante el pase de visitas en las salas de hospitalización, etc.

El MINSA y el Ministerio de Educación (MED) deben coordinar con los pobladores comunitarios la implementación de un programa de alfabetización focalizado en aquellos grupos de mujeres donde existen los mayores índices de analfabetismo, ya que ésto permitiría lograr mejores niveles de comunicación y de información escrita que llega a las principales responsables de la atención de la salud en la familia.

El MINSA diseñará e implementará en conjunto con los comités comunitarios un plan de capacitación dirigido al personal médico y de enfermería del sector público (MINSA) y del sector privado (lucrativo y no lucrativo), sobre las normas de manejo estandarizado de las principales patologías que se presentan en la zona; a l@s dispensador@s sobre las normas adecuadas de despacho de medicamentos, al personal de los expendios de medicamentos del sector privado lucrativo sobre la gestión y el abastecimiento, almacenamiento y distribución adecuada de los medicamentos y plantas, y a la población en general y las mujeres en especial sobre el uso racional de medicamentos y plantas medicinales.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Informes Estadísticos del Ministerio de Salud, Municipio de Siuna, Dirección de Abastecimiento Técnico Material 1995 - 1996.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. VII Censo Nacional de Población y III de vivienda 1995. Diciembre 1996. Managua, Nicaragua.
3. Uso Racional de Medicamentos en el Centro de Salud de Siuna, RAAN. Grupo Latinoamericano para el Sector Salud (GLAS), 1996. Borrador
4. Estudio de la Problemática de Medicamentos en el Municipio de Siuna - RAAN. Proyecto de Desarrollo de la APS en el Area Rural de Siuna. (RAAN - Nicaragua). Médicos del Mundo - Francia, Unión Europea Nicaragua. Octubre 1997.
5. Informe sobre Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Indicadores del Desarrollo Mundial. Banco Mundial. páginas 3 - 7, 71,72.
6. Medicamentos Esenciales en el nuevo contexto socioeconómico de América Latina y el Caribe. Principios y Estrategias. HSP/SILOS-42 Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Marzo 1995.
7. Informe de la Reunión Nacional “Medicamentos y Reformas” Minsa - Organización Panamericana de la Salud - Programa de Medicamentos Esenciales. Abril - 1996.
8. El Modelo de Atención en Salud en la RAAN. Consejo Regional Autónomo RAAN. 1997.

9. Medicamentos problema. Andrew Chetley Health Action Internacional (HAI-Europa) Acción Internacional por la Salud América Latina y El Caribe, 1995. Pagina 33 a 40.
10. Informe sobre Desarrollo Humano 1997. Nicaragua. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
11. Boletín de Medicamentos Esenciales No. 23. Conferencia Internacional sobre la mejora del uso de medicamentos (CIMUN). Organización Mundial de la Salud (OMS). Tailandia, 1997.
12. Prevalencia en el Uso de Medicamentos en la Población de León, Nicaragua. 1996.

OTRA BIBLIOGRAFIA REVISADA

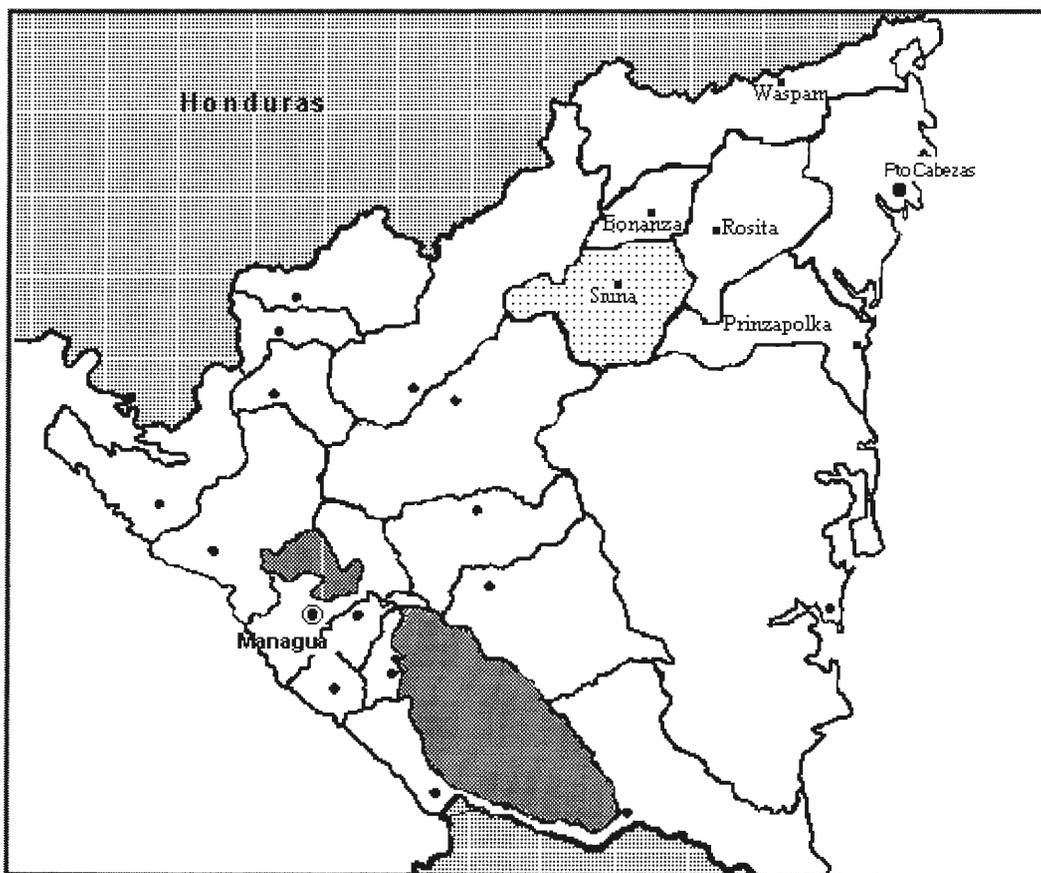
- Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Participación Social. HSD / SILOS-3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Septiembre, 1990.
- Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Participación Social. Estudios de Casos. HSD/SILOS-7. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Noviembre 1990.
- Satisfacción de los Usuarios con el Flujo del Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, Centro de Salud “Ramón Guillén”, Boaco, Noviembre 1997. Trabajo Monográfico Boaco, Nicaragua. Febrero, 1998.

- Sistema de Salud de Distrito Nuevo Impulso a la Atención Primaria de Salud. Informe del Coloquio Internacional de Médicos Mundi, Bruselas 21 - 22 Mayo 1989.
- La Farmacia en un Marco de Atención Regulada. Serie Medicamentos Esenciales y Tecnología. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. Febrero, 1997.
- El Sistema de Suministros de Medicamentos. Management Sciences for Health (MSH). 1989.
- Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Los Medicamentos Esenciales. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Abril, 1990.
- Plan Maestro de Salud 1991 -1996. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Encuestas y Censos. VII Censo Nacional de Población y III de Vivienda 1995. DIC. 1996. Managua, Nicaragua.
- Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Publicación Científica de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua N° 1. Dr. Julio Piura López. Cooperación Española - Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
- Informe de Vigilancia de los Insumos Críticos. República de Nicaragua, MINSA, Management Sciences for Health . Dirección de Normalización de Insumos Médicos. Managua, Nicaragua. Abril, 1996.

XII. ANEXOS

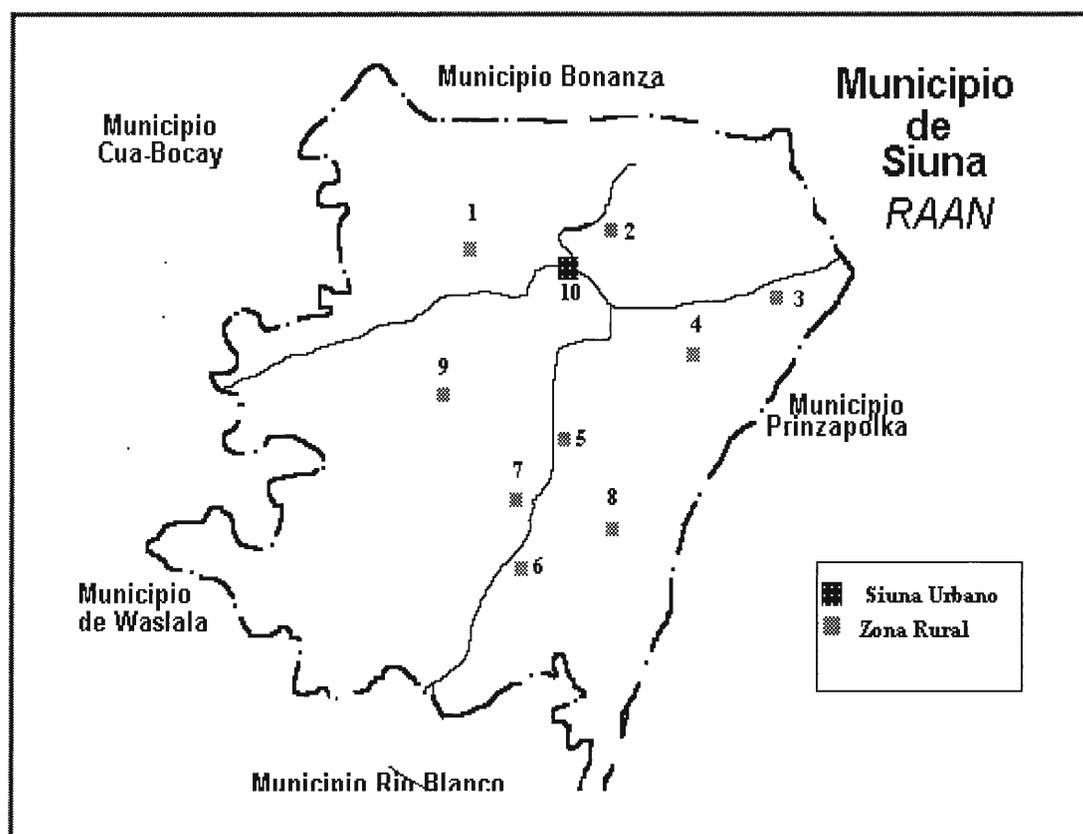
ANEXO 1

**UBICACION DEL MUNICIPIO DE SIUNA EN LA RAAN Y
EN LA REPUBLICA DE NICARAGUA
JULIO 1998**



ANEXO 2

COMUNIDADES DONDE SE REALIZARON ENTREVISTAS EN EL MUNICIPIO DE SIUNA RAAN JUNIO - JULIO 1998



Comunidades Visitadas

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. El Hormiguero | 6. El Guineo |
| 2. Unión Labú | 7. Kurrín |
| 3. Campo 1 | 8. Baka 1 |
| 4. Floripón | 9. Santa Rita |
| 5. Tadazna | 10 Siuna Urbana |

ANEXO 3

**“USO DE MEDICAMENTOS POR LAS MUJERES
DEL MUNICIPIO DE SIUNA - RAAN.”**

Junio - Julio 1998

NUMERO DE LA VIVIENDA ENCUESTADA: _____

• CARACTERISTICAS SOCIALES

1. ¿De dónde es usted originaria?

Urbano
Rural

2. ¿Cuántos años tiene?

3. ¿Hasta qué grado escolar cumplió?

Analfabeta:
1ria Incompleta
2ria Incompleta
Universidad

4. ¿Cuántos hijos vivos tiene?

1 a 3
4 a 6
Más de 6

5. ¿Cuántas personas atiende en la vivienda?

1 a 3
4 a 6
7 a 9
10 y más

Niños (as) < 5 años _____ Ancianos > 65 años _____
Esposo: si _____ no _____ Otros _____

6. ¿En qué trabaja?

Ama de casa
Agrícola /ganadera
Obrera
Comercio
Servicios

7. ¿Cuánto córdobas ganan al mes entre todos los que habitan en la casa?

Menos 1000
1000 - 2000
Más de 2000

• **USO DE MEDICAMENTOS**

8. ¿Ha estado enferma en los últimos treinta días?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿La última vez que asistió a una unidad de salud que enfermedad tenía?	infecciosa		<input type="checkbox"/>
	traumatismo		<input type="checkbox"/>
	ginecológica		<input type="checkbox"/>
	obstétrica		<input type="checkbox"/>
	crónica		<input type="checkbox"/>
10. ¿A qué servicio acudió para ser atendida?	público		<input type="checkbox"/>
	clínica privada		<input type="checkbox"/>
	farmacia privada		<input type="checkbox"/>
	casa promotor		<input type="checkbox"/>
	curandero		<input type="checkbox"/>
	partera		<input type="checkbox"/>
11. ¿Quien la atendió?	Médico		<input type="checkbox"/>
	Pers. Enfermería		<input type="checkbox"/>
	Despachador farm.		<input type="checkbox"/>
	Promotor		<input type="checkbox"/>
	curandero		<input type="checkbox"/>
	partera		<input type="checkbox"/>
12. ¿Cuántos medicamentos le recetaron?	Ninguno		<input type="checkbox"/>
	1 - 3		<input type="checkbox"/>
	Más de 3		<input type="checkbox"/>
13. ¿Cuántos medicamentos recetados logro conseguir?	Ninguno		<input type="checkbox"/>
	1 - 3		<input type="checkbox"/>
	Más de 3		<input type="checkbox"/>
14. ¿Dónde adquirió este medicamento?	Farmacia Minsa		<input type="checkbox"/>
	Clínica privada		<input type="checkbox"/>
	Farmacia privada		<input type="checkbox"/>
	Mercado		<input type="checkbox"/>
	Promotor		<input type="checkbox"/>
	Curandero		<input type="checkbox"/>
	Partera		<input type="checkbox"/>
15. ¿Pago por el medicamento adquirido?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
16. ¿Acostumbra recetarse cuando esta enferma?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
17. ¿Ha usado medicamentos durante el embarazo?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
18. ¿Usa algún método para evitar el embarazo?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
19. ¿Cuál método utiliza?	_____		
20. ¿Usa algún tipo de hormona para los problemas de la menopausia?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	

ANEXO 4

TABLA N° 1
Características sociales, económicas y laborales de las mujeres estudiadas
Municipio de Siuna, RAAN. Junio - Julio 1998

• Características de las mujeres	N°	%
- Procedencia de las mujeres		
a) Urbano	42	20.2
b) Rural	166	79.8
- Edad		
a) 15 a 34 años	145	69.7
b) 35 a 49 años	59	28.4
c) 50 y más años	4	1.9
- Escolaridad		
a) Analfabeta	85	40.9
b) Primaria incompleta	86	41.3
c) Secundaria incompleta	28	13.5
d) Universitaria	9	4.3
- Número de hijos vivos (189)		
a) 1 a 3	92	48.7
b) 4 a 6	66	34.9
c) Más de 6	31	16.4
- Número de personas que atiende en la vivienda (201)		
a) 1 a 3	40	19.9
b) 4 a 6	90	44.8
c) 7 a 9	48	23.9
d) 10 y más	23	11.4
- Ocupación		
a) Ama de casa	163	78.7
b) Agropecuaria	13	6.3
c) Obrera	1	0.5
d) Comercio	3	1.4
e) Servicios	27	13.0
- Ingresos económicos mensuales en córdobas entre toda la familia		
a) Menos de 1000	177	85.1
b) 1000 a 2000	29	13.9
c) Más de 2000	2	1.0

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

TABLA N° 2
Escolaridad de las mujeres según procedencia
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Procedencia	Escolaridad									
	Analfabeta		Primaria Incompleta		Secundaria Incompleta		Universitaria		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Urbano	14	33.3	13	31.0	13	31.0	2	4.7	42	100
Rural	71	42.8	73	44.0	15	9.0	7	4.2	166	100
Total	85	40.9	86	41.3	28	13.5	9	4.3	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$\chi^2 = 14.09$ χ^2 no valida. Un valor esperado es < 5

Grados de libertad = 3

$p = 0.00278693$

TABLA N° 3
Ocupación de las mujeres según procedencia
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Procedencia	Ocupación							
	Ama casa		Agrop/Obrera/ Com.		Servicios		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Urbano	31	73.8	3	7.1	8	19.1	42	100
Rural	132	79.5	15	9.0	19	11.5	166	100
Total	163	78.4	18	8.7	27	12.9	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$\chi^2 = 3.50$

Grados de libertad = 4

$p = 0.47823225$

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 4
Número de hijos vivos de las mujeres según procedencia
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Procedencia	Número de hijos vivos							
	1 - 3		4 - 6		Más de 6		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Urbano	11	11.9	18	27.3	4	12.9	33	17.5
Rural	81	88.1	48	72.7	27	87.1	156	82.5
Total	92	100	66	100	31	100	189	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$x^2 = 6.79$

Grados de libertad = 2

$p = 0.03354302$

TABLA N° 5
Escolaridad de las mujeres encuestadas según número de hijos vivos
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Número de hijos vivos	Escolaridad									
	Analfabeta.		Primaria Incompleta.		Secundaria. Incompleta		Universitaria.		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 - 3	33	35.9	37	40.2	13	14.1	9	9.8	92	100
4 - 6	27	40.9	31	47.0	8	12.1	0	0	66	100
Más de 6	22	71.0	9	29.0	0	0	0	0	31	100
Total	82	43.4	77	40.7	21	11.1	9	4.8	189	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$x^2 = 22.15$ x^2 no valida. Un valor esperado es < 5

Grados de libertad = 6

$p = 0.00113553$

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 6
Ingresos económicos de las mujeres según escolaridad
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Ingresos	Escolaridad									
	Analfabeta		1ria incomp.		2ria incomp.		Universitaria		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
- 1000	78	44.1	79	44.6	19	10.7	1	0.6	177	100
1000 - 2000	7	24.1	6	20.7	9	31.0	7	24.2	29	100
+ 2000	0	0	1	50.0	0	0	1	50.0	2	100
Total	85	40.9	86	41.3	28	13.5	9	4.3	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$\chi^2 = 56.37$

Grados de libertad = 6

$p = 0.00000000$

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 7
Ingresos económicos de las mujeres según procedencia
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Ingresos	Procedencia					
	Urbana		Rural		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
- 1000	28	15.8	149	84.2	177	100
1000 - 2000	13	44.8	16	55.2	29	100
+ 2000	1	50.0	1	50.0	2	100
Total	42	20.2	166	79.8	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$\chi^2 = 14.12$ Grados de libertad = 2

$p = 0.00085677$

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 8
Enfermedad de las mujeres por causa de consulta
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Enfermedad	Ultimo motivo de consulta									
	Infecciosa		Ginecológica		Obstétrica		Crónica y trauma		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	79	51.3	22	14.3	15	9.7	38	24.7	154	100
No	24	44.4	7	13.0	9	16.7	14	25.9	54	100
Total	103	49.6	29	13.9	24	11.5	52	25.0	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$\chi^2 = 7.40$ χ^2 no valida. Un valor esperado es < 5

Grados de libertad = 4 $p = 0.11617463$

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 9
Lugar donde acudieron las mujeres según personal que la atendió
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Lugar donde acudieron	Personal que la atendió							
	Medico		Enferm / Desp. Farm.		Promot. / Curand. Partera		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Unidades salud públicas	153	82.7	26	14.0	6	3.3	185	100
Unidades salud privadas	5	83.3	2	28.6	0	0	7	100
Unidades tradicionales	0	0	0	0	16	100	16	100
Total	158	76.0	28	13.5	22	10.5	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$\chi^2 = 402.77$

Grados de libertad = 16 $p = 0.00000000$

TABLA N° 10
Número de medicamentos prescritos según el personal que atendió a las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Prescripción brindada	Personal que la atendió							
	Medico		Enferm Desp. Farm.		Prom./Curand. Partera		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	9	45.0	7	35.0	4	20.0	20	100
1 - 3	127	78.4	19	11.7	16	9.9	162	100
Más de 3	22	84.6	2	7.7	2	7.7	26	100
Total	158	76.0	28	13.5	22	10.5	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)
 $\chi^2 = 14.85$ χ^2 no valida. Un valor esperado es < 5
 Grados de libertad = 8 $p = 0.06212651$
 No significancia estadística (NS)

TABLA N° 11
Medicamentos adquiridos según el número de medicamentos prescritos a las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Prescripción brindada	Medicamento adquirido							
	Ninguno		1 - 3		Más de 3		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	14	70.0	6	30.0	0	0	20	100
1 - 3	18	11.1	144	88.9	0	0	162	100
Más de 3	4	15.4	9	34.6	13	50.0	26	100
Total	36	17.3	159	76.4	13	6.3	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)
 $\chi^2 = 144.12$ χ^2 no valida. Un valor esperado es < 5
 Grados de libertad = 4 $p = 0.00000000$
 No significancia estadística (NS)

TABLA N° 12
Medicamento adquirido por las mujeres según el lugar donde lo adquirieron
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Lugar de adquisición	Medicamento adquirido							
	Ninguno		1 - 3		Más de 3		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Unidades de salud públicas	21	11.4	153	82.7	11	5.9	185	100
Unidades de salud privadas	5	71.4	2	28.6	0	0	7	100
Unidades tradicionales	10	62.5	4	25.0	2	12.5	16	100
Total	36	17.3	159	76.4	13	6.3	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$\chi^2 = 33.50$

χ^2 no valida. Un valor esperado es < 5

Grados de libertad = 12

$p = 0.00080964$

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 13
Pago por el medicamento adquirido por las mujeres según medicamento adquirido
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Pago por el medicamento	Medicamento adquirido							
	Ninguno		1 - 3		Más de 3		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	19	33.3	34	59.6	4	7.1	57	100
No	17	11.2	125	82.8	9	6.0	151	100
Total	36	17.3	159	76.4	13	6.3	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$\chi^2 = 20.34$

Grados de libertad = 2

$p = 0.00003828$

TABLA N° 14
Automedicación por las mujeres según pago por el medicamento
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Pago por el medicamento	Automedicación					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	46	80.7	11	19.3	57	100
No	104	68.9	47	31.1	151	100
Total	150	72.1	58	27.9	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

Odds ratio 1.37 Límite de confianza OR de Cornfield 95 % $0.60 < OR < 3.18$

Riesgo Relativo de (N16RECEENF = +) para (N15PAGOMED = +) 1.07

Límite confianza RR Greenland, Robins 95 % $0.91 < RR < 1.26$

	<u>Chi - Cuadrado</u>	<u>Valor - p</u>
No Corregida:	0.65	0.42088187

Mantel - Haenszel:	0.64	0.42207545
--------------------	------	------------

Corregida Yates:	0.38	0.53654749
------------------	------	------------

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 15
Automedicación y uso de medicamentos durante el embarazo por las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Uso de medicamentos durante el embarazo	Automedicación					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	85	79.4	22	20.6	107	100
No	65	64.3	36	35.7	101	100
Total	150	72.1	58	27.9	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

Odds ratio 1.38 Límite de confianza OR de Cornfield 95 % $0.68 < OR < 2.79$

Riesgo Relativo de (N17EMBARAM = +) para (N16RECEENF = +) 1.17

Límite confianza RR Greenland, Robins 95 % $0.84 < RR < 1.65$

	<u>Chi - Cuadrado</u>	<u>Valor - p</u>
No Corregida:	0.94	0.33344895

Mantel - Haenszel:	0.93	0.33462505
--------------------	------	------------

Corregida Yates:	0.64	0.42240519
------------------	------	------------

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 16
Uso de medicamentos durante el embarazo por las mujeres según procedencia
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Procedencia	Uso de medicamentos en el embarazo					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Urbana	17	40.5	25	59.5	42	100
Rural	90	54.2	76	45.8	166	100
Total	107	51.4	101	48.6	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

Odds ratio 1.79 Límite de confianza OR de Cornfield 95 % $0.85 < OR < 3.80$

Riesgo Relativo de (N17EMBARAM = +) para (N1DONDEORI = RURAL) 1.36

Límite confinza RR Greenland, Robins 95 % $0.92 < RR < 2.01$

	<u>Chi - Cuadrado</u>	<u>Valor - p</u>
No Corregida:	2.78	0.09554980

Mantel - Haenszel:	2.76	0.09635820
--------------------	------	------------

Corregida Yates:	2.23	0.13523972
------------------	------	------------

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 17
Uso de medicamentos durante el embarazo por las mujeres según escolaridad
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Escolaridad	Uso de medicamentos en el embarazo					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	47	55.3	38	44.7	85	100
Primaria incompleta	47	54.7	39	45.3	86	100
Secundaria incompleta	9	32.1	19	67.9	28	100
Universitaria	4	44.4	5	55.6	9	100
Total	107	51.4	101	48.6	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$x^2 = 5.52$

Grados de libertad = 3 $p = 0.13723340$

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 18
Uso de métodos anticonceptivos por las mujeres y uso de medicamentos
durante el embarazo
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Uso de métodos anticonceptivos	Uso de medicamentos durante el embarazo					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	35	55.6	28	44.4	63	100
No	72	49.6	73	50.4	145	100
Total	107	51.4	101	48.6	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

Odds ratio 1.36 Límite de confianza OR de Cornfield 95 % $0.71 < OR < 2.62$

Riesgo Relativo de (N18METDOEM = +) para (N17EMBARAM = +) 1.25

Límite confianza RR Greenland, Robins 95 % $0.81 < RR < 1.91$

	Chi - Cuadrado	Valor - p
No Corregida:	1.03	0.31118666
Mantel - Haenszel:	1.02	0.31236397
Corregida Yates:	0.74	0.38978386

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 19
Uso de hormonas durante la menopausia según procedencia de las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Procedencia	Uso de hormonas durante la menopausia					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Urbana	2	33.3	40	19.8	42	20.2
Rural	4	66.7	162	80.2	166	79.8
Total	6	100	202	100	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

Odds ratio 0.48 Límite de confianza OR de Cornfield 95 % $0.07 * < OR < 3.97*$

* Puede estar mal

Riesgo Relativo de (N20TIPOHOR = +) para (N1DONDEORI= RURAL) 0.49²

Límite confianza RR Greenland, Robins 95 % $0.09 < RR < 2.59$

	Chi - Cuadrado	Valor - p
No Corregida:	0.73	0.39423154
Mantel - Haenszel:	0.72	0.39539874
Corregida Yates:	0.11	0.74061731
Exact Fischer: valor-p	1-cola:	0.3372695
valor-p	2-colas:	0.3372695

Un valor esperado es menor de 5

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 20
Uso de hormonas durante la menopausia según el personal de salud
que atendió a las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Personal que la atendió	Uso de hormonas durante la menopausia					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	5	83.3	153	78.2	158	76.0
Enferm. / Desp. farmacia	1	16.7	27	13.7	28	13.5
Prom. / Curand. / Partera	0	0	22	8.1	22	10.5
Total	6	100	202	100	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$\chi^2 = 0.60$

Grados de libertad = 4 $p = 0.96352683$

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 21
Uso de medicamentos durante el embarazo según el personal de salud
que atendió a las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Personal que la atendió	Uso de medicamentos en el embarazo					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	81	75.8	77	76.2	158	76.0
Enferm. / Desp. Farmacia	13	12.1	15	14.9	28	13.5
Prom. / Curand. / Partera	13	12.1	9	8.9	22	10.5
Total	107	100	101	100	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$\chi^2 = 5.45$

Grados de libertad = 4 $p = 0.24393626$

No significancia estadística (NS)

TABLA N° 22
Uso de medicamentos en el embarazo según lugar donde acudieron las mujeres para recibir atención
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998

Lugar donde acudieron por atención	Uso de medicamentos durante el embarazo					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Unidades salud públicas	91	85.0	94	93.0	185	88.9
Unidades salud privadas	5	4.7	2	2.0	7	3.4
Unidades tradicionales	11	10.3	5	5.0	16	7.7
Total	107	100	101	100	208	100

Fuente: Encuesta aplicada por el autor (Anexo)

$\chi^2 = 5.40$

Grados de libertad = 4

$p = 0.24850125$

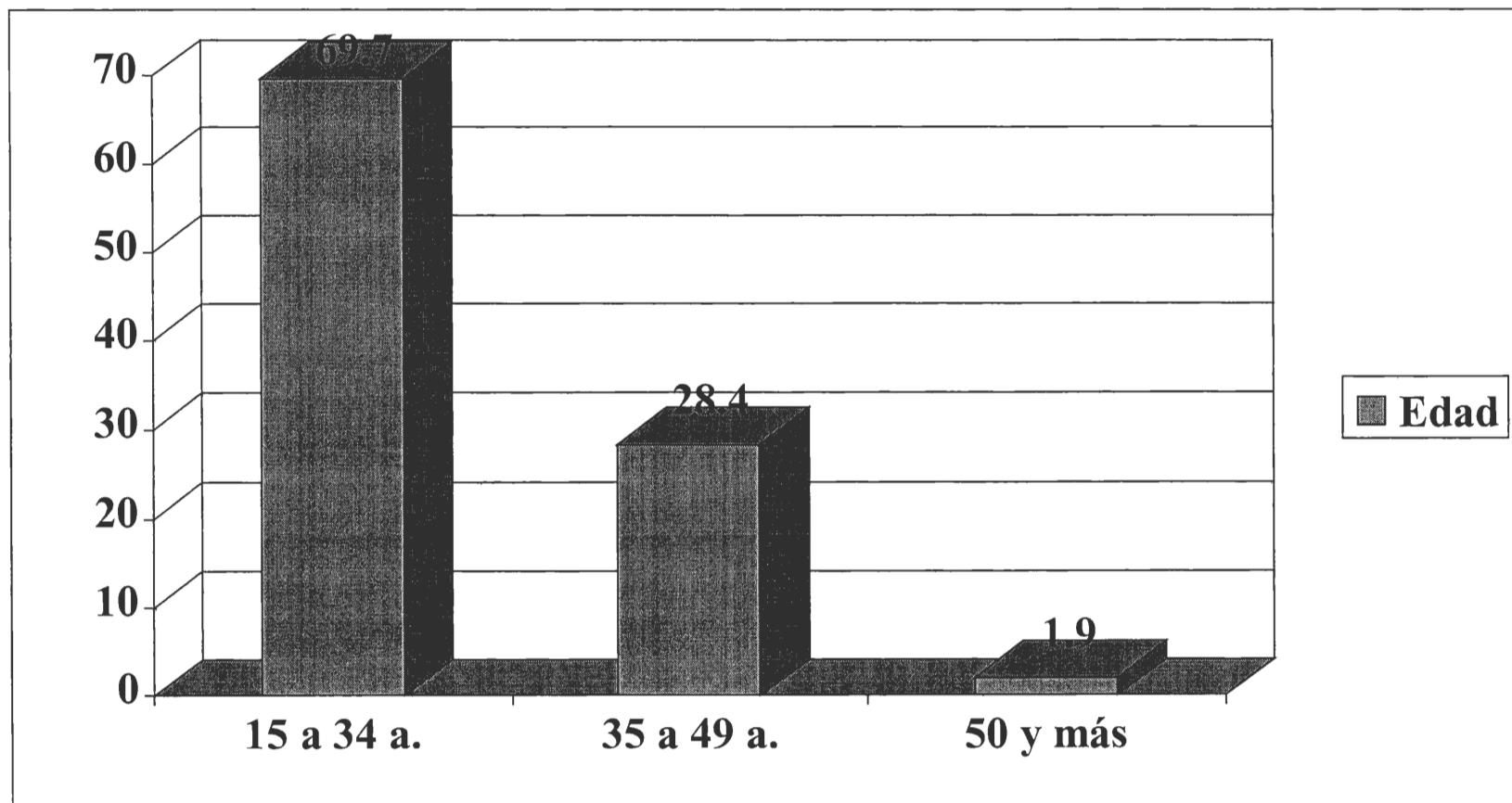
No significancia estadística (NS)

ANEXO 5

GRAFICOS

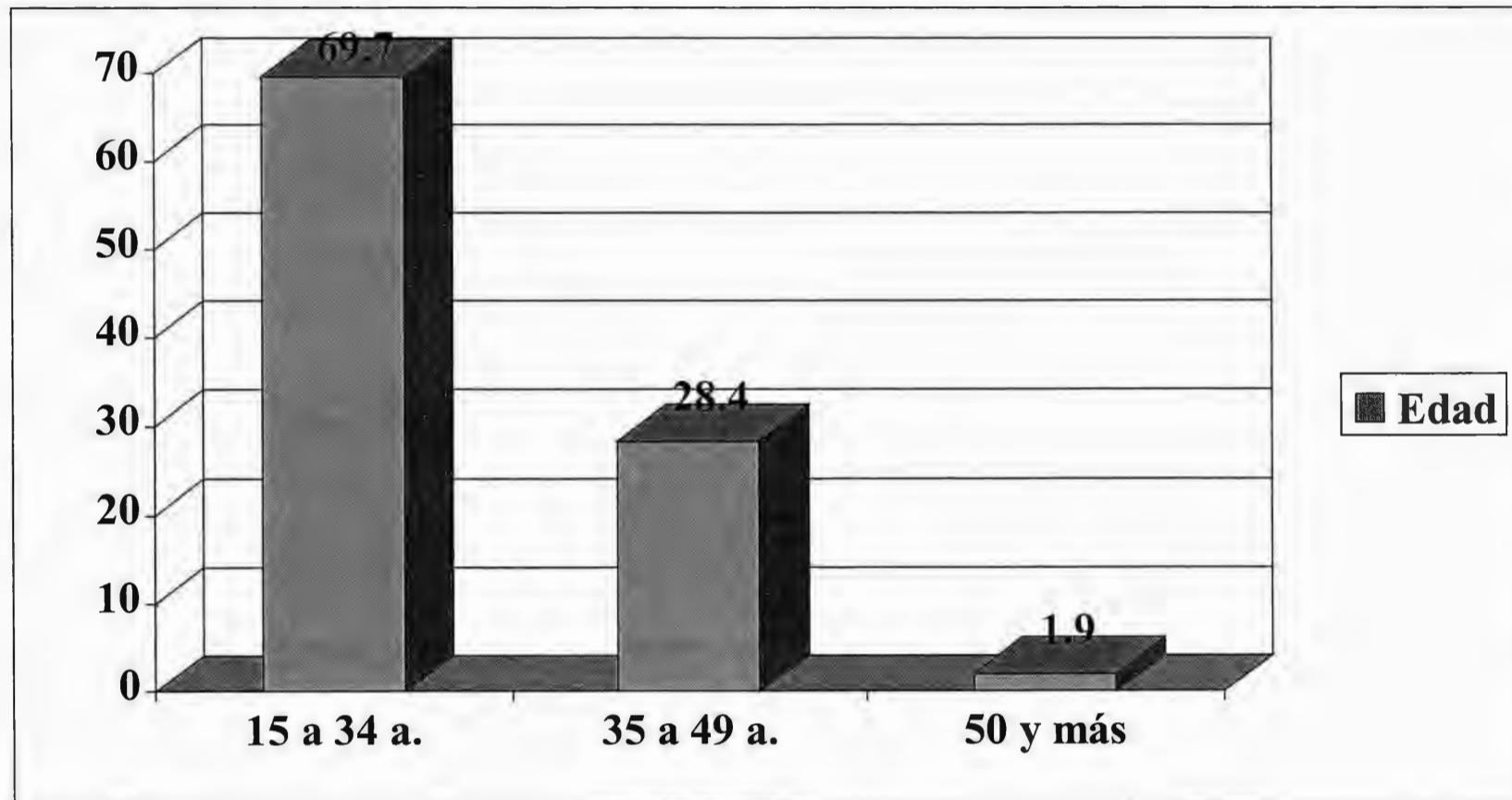
**“USO DE MEDICAMENTOS POR LAS MUJERES
EN EL MUNICIPIO DE SIUNA, RAAN.
JUNIO - JULIO 1998**

GRAFICO 1
Característica de las mujeres estudiadas según grupos de edad
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



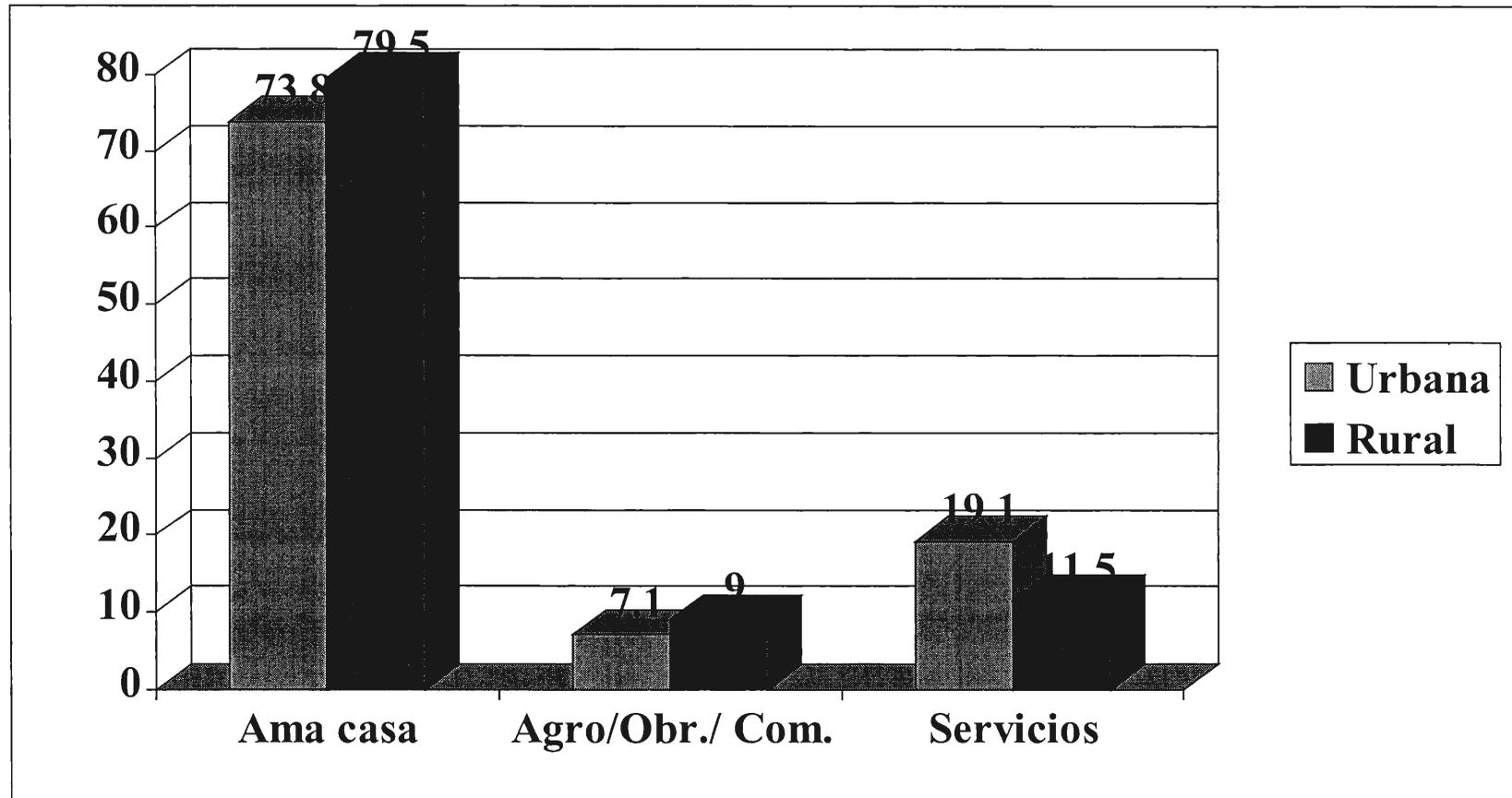
Fuente: Anexo 4. Tabla 1

GRAFICO 1
Característica de las mujeres estudiadas según grupos de edad
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



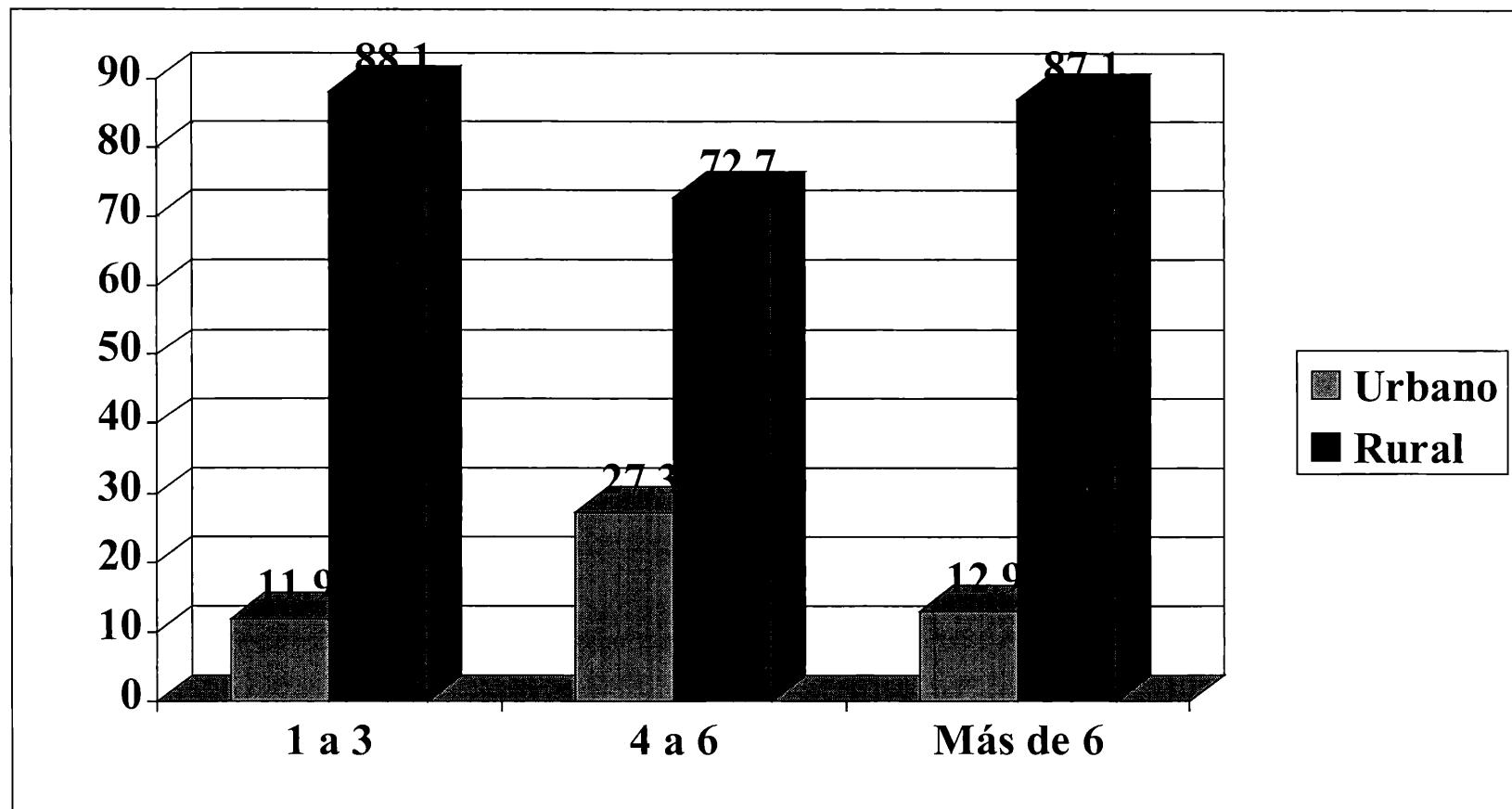
Fuente: Anexo 4. Tabla 1

GRAFICO 3
Ocupación de las mujeres según procedencia
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



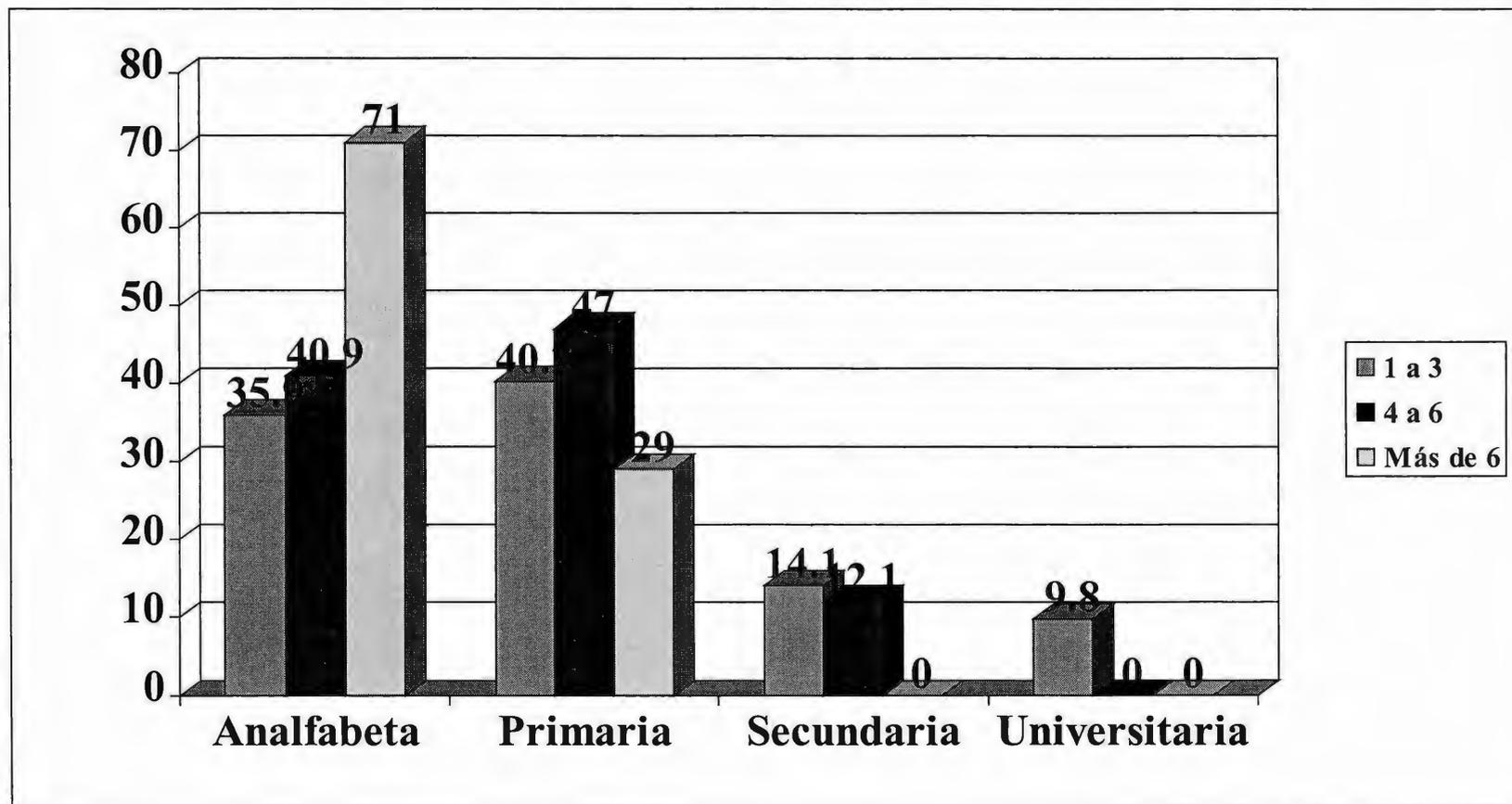
Fuente: Anexo 4. Tabla 3

GRAFICO 4
Número de hijos vivos de las mujeres según procedencia
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



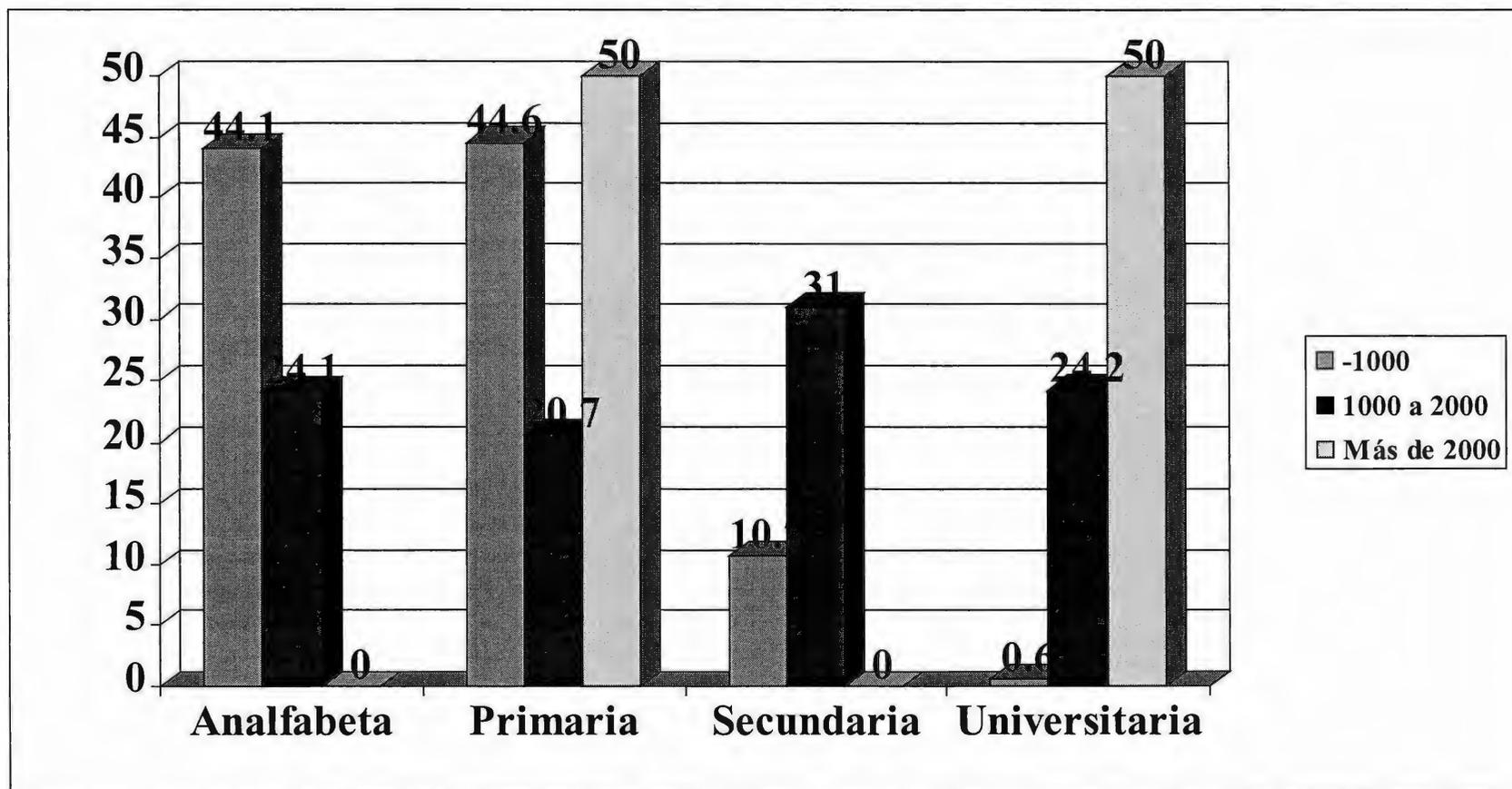
Fuente: Anexo 4. Tabla 4

GRAFICO 5
Escolaridad de las mujeres encuestadas según número de hijos vivos
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



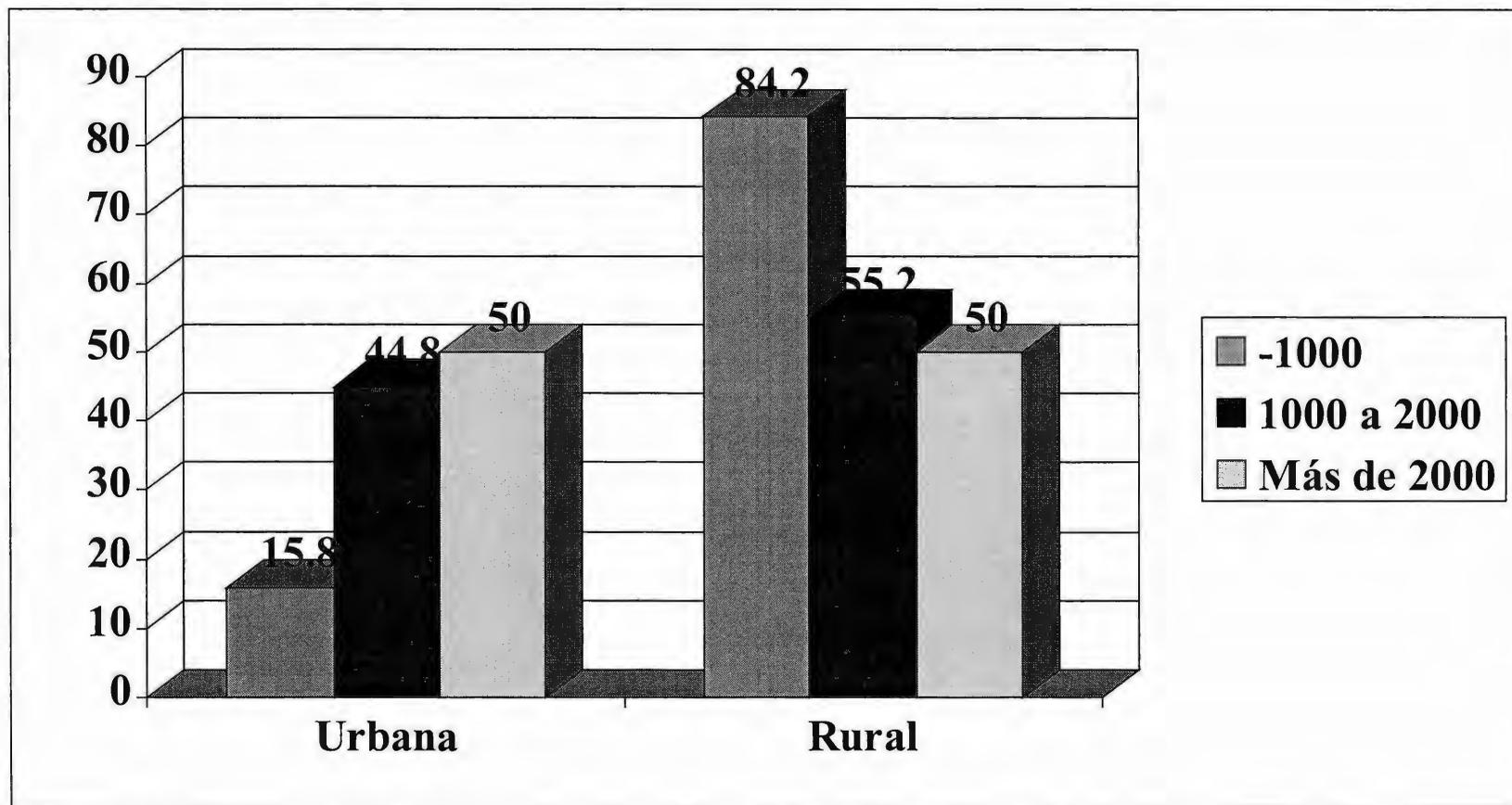
Fuente: Anexo 4: Tabla 5

GRAFICO 6
Ingresos económicos de las mujeres según escolaridad
Municipio de Siuna, RAAN
Junio - Julio 1998



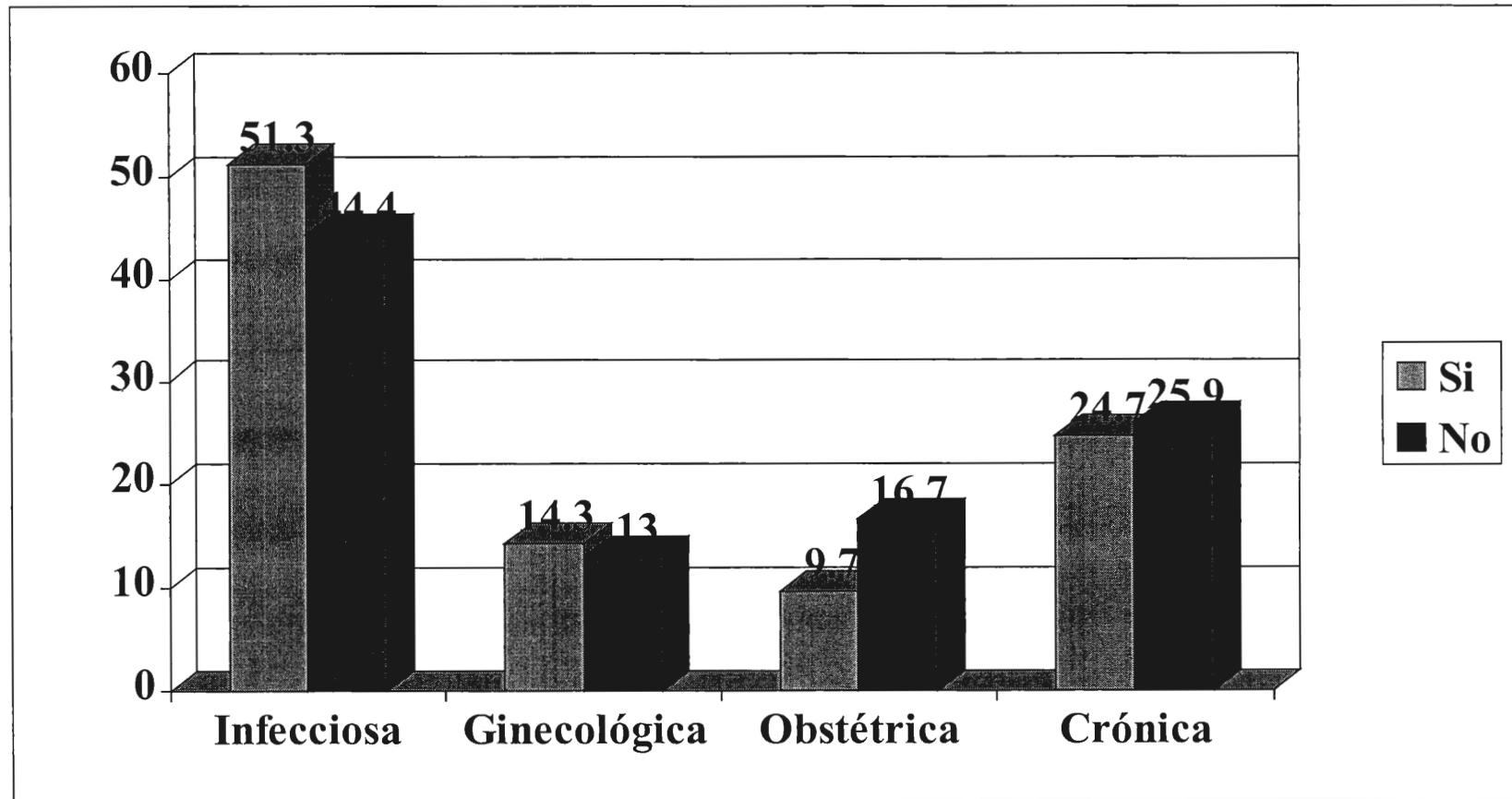
Fuente: Anexo 4. Tabla 6

GRAFICO 7
Ingresos económicos de las mujeres según procedencia
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



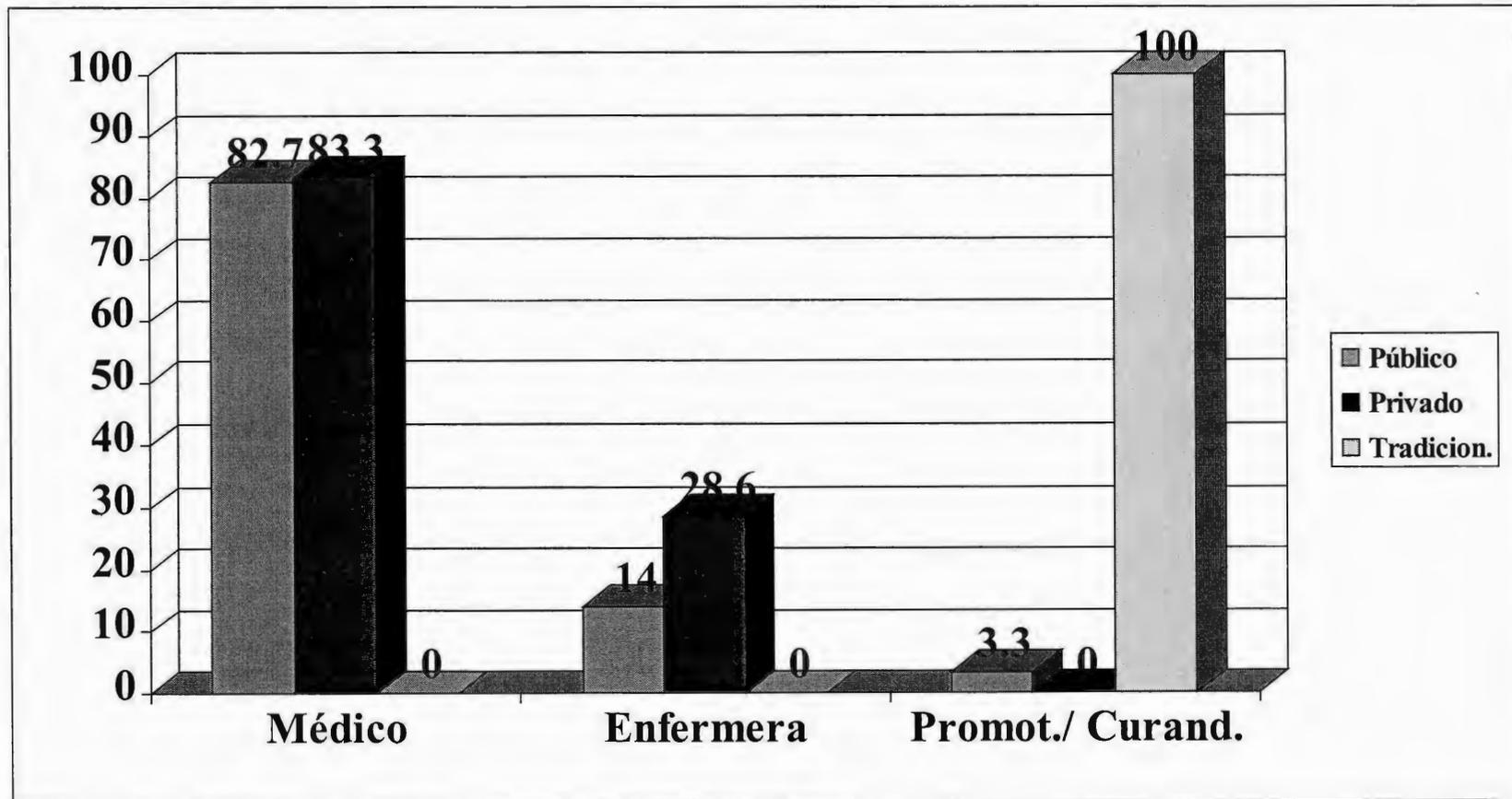
Fuente: Anexo 4. Tabla 7

GRAFICO 8
Enfermedad de las mujeres por causa de consulta
Municipio de Siuna, RAAN
Junio - Julio 1998



Fuente: Anexo 4. Tabla 8

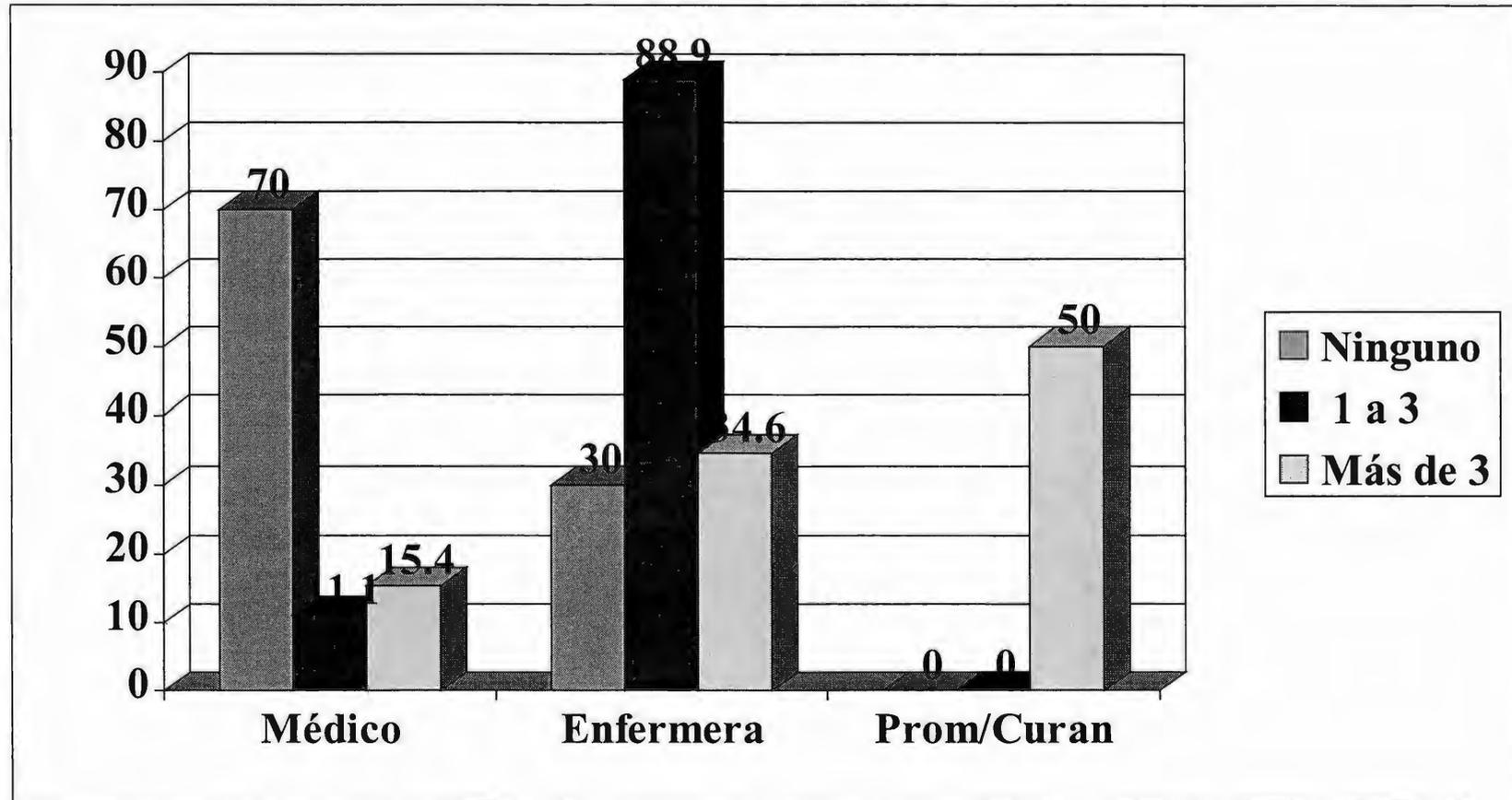
GRAFICO 9
Lugar donde acudieron las mujeres según personal que la atendió
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



Fuente: Anexo 4. Tabla 9

GRAFICO 10

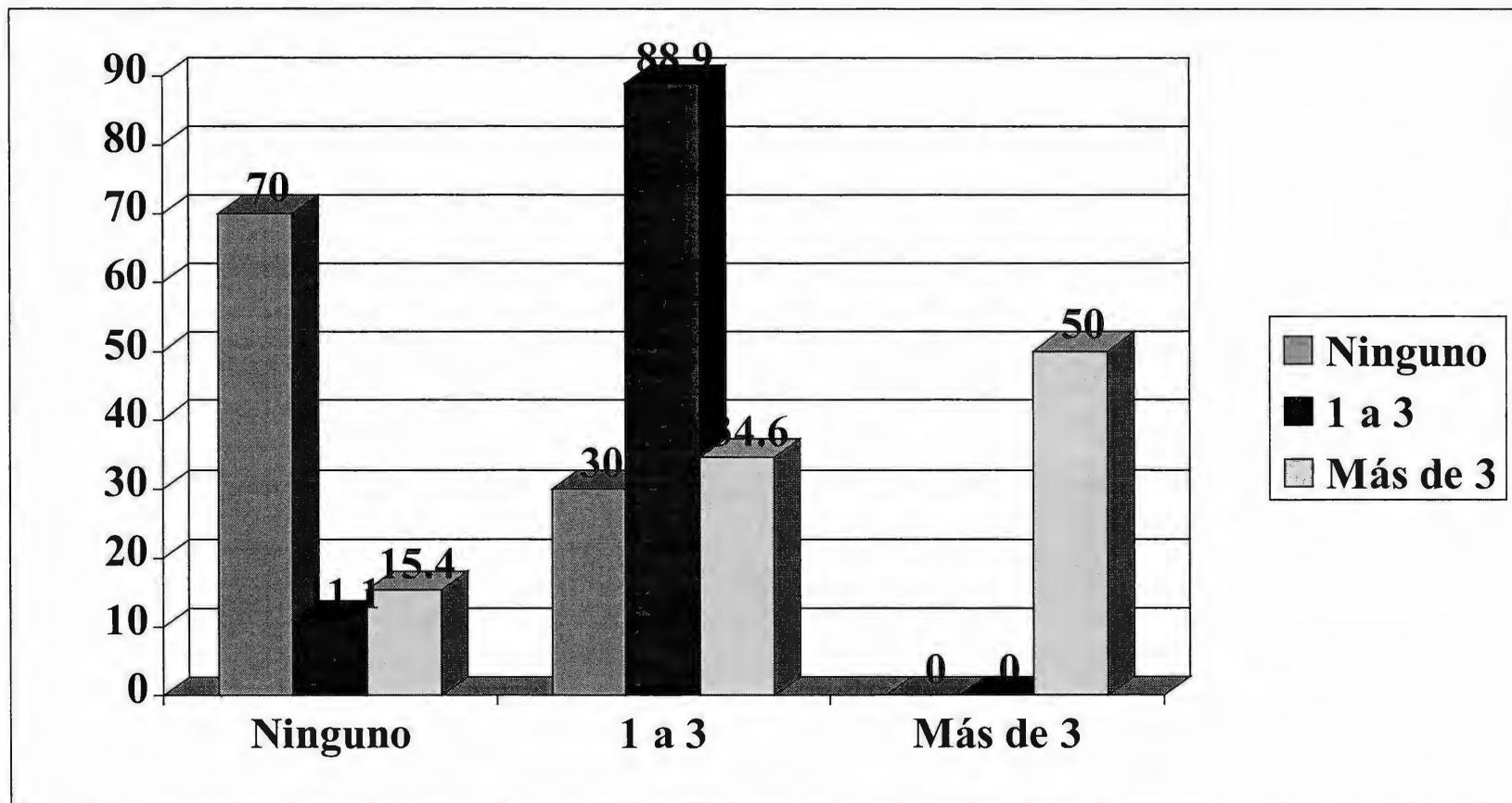
Número de medicamentos prescritos según el personal que atendió a las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



Fuente: Anexo 4. Tabla 10

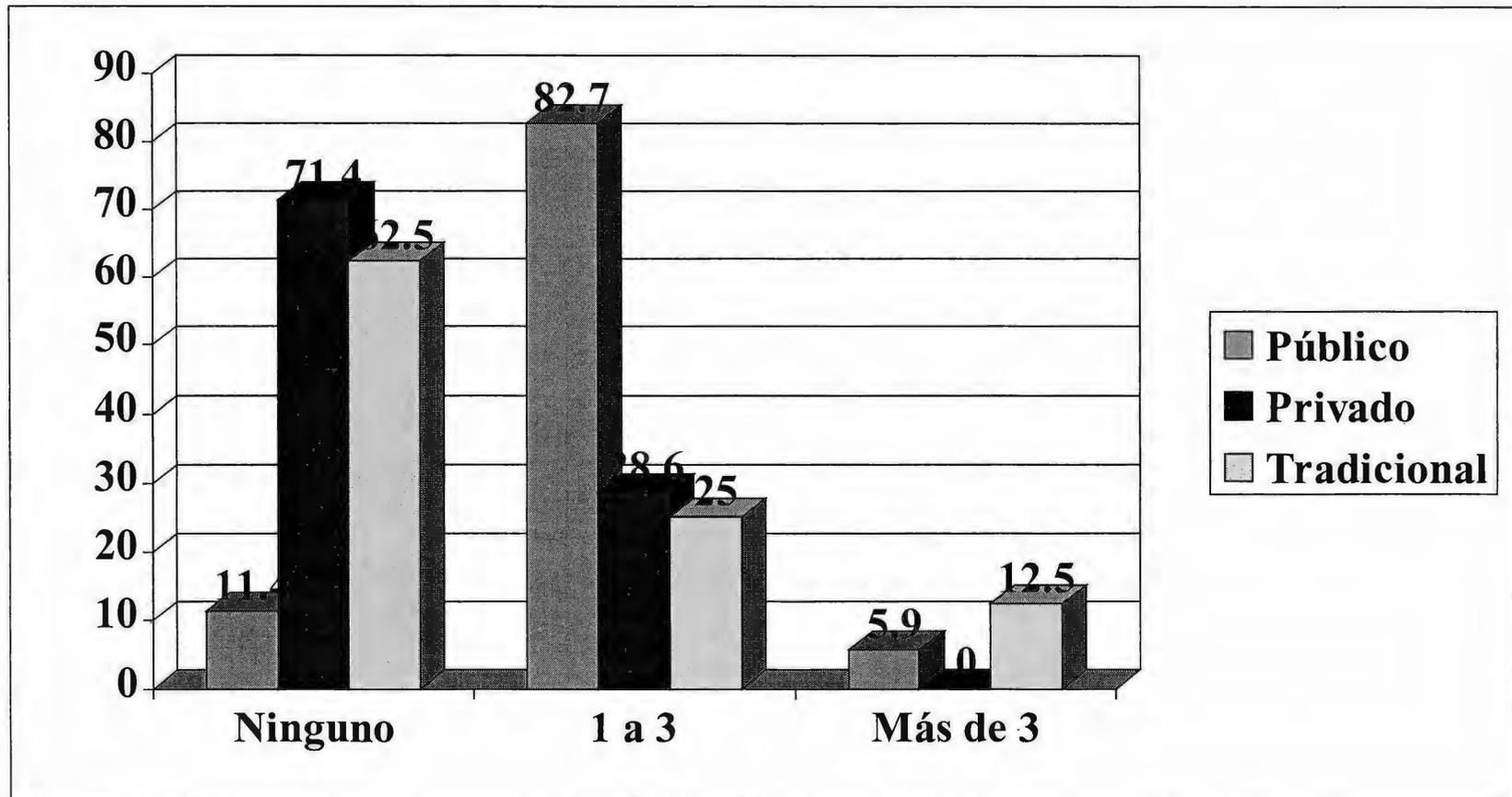
GRAFICO 11

Medicamentos adquiridos según el número de medicamentos prescritos a las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



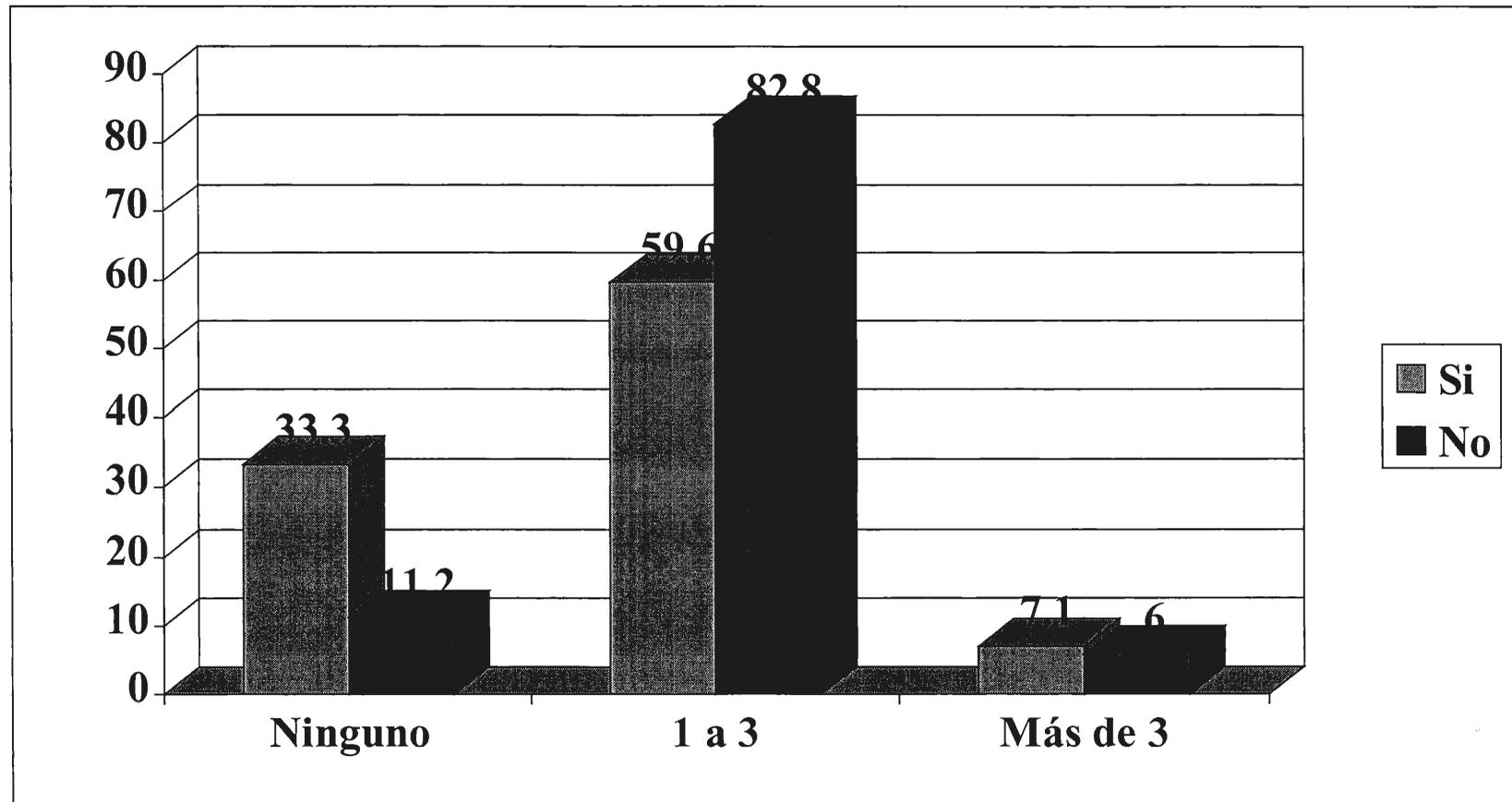
Fuente: Anexo 4. Tabla 11

GRAFICO 12
Medicamento adquirido por las mujeres según el lugar donde lo adquirieron
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



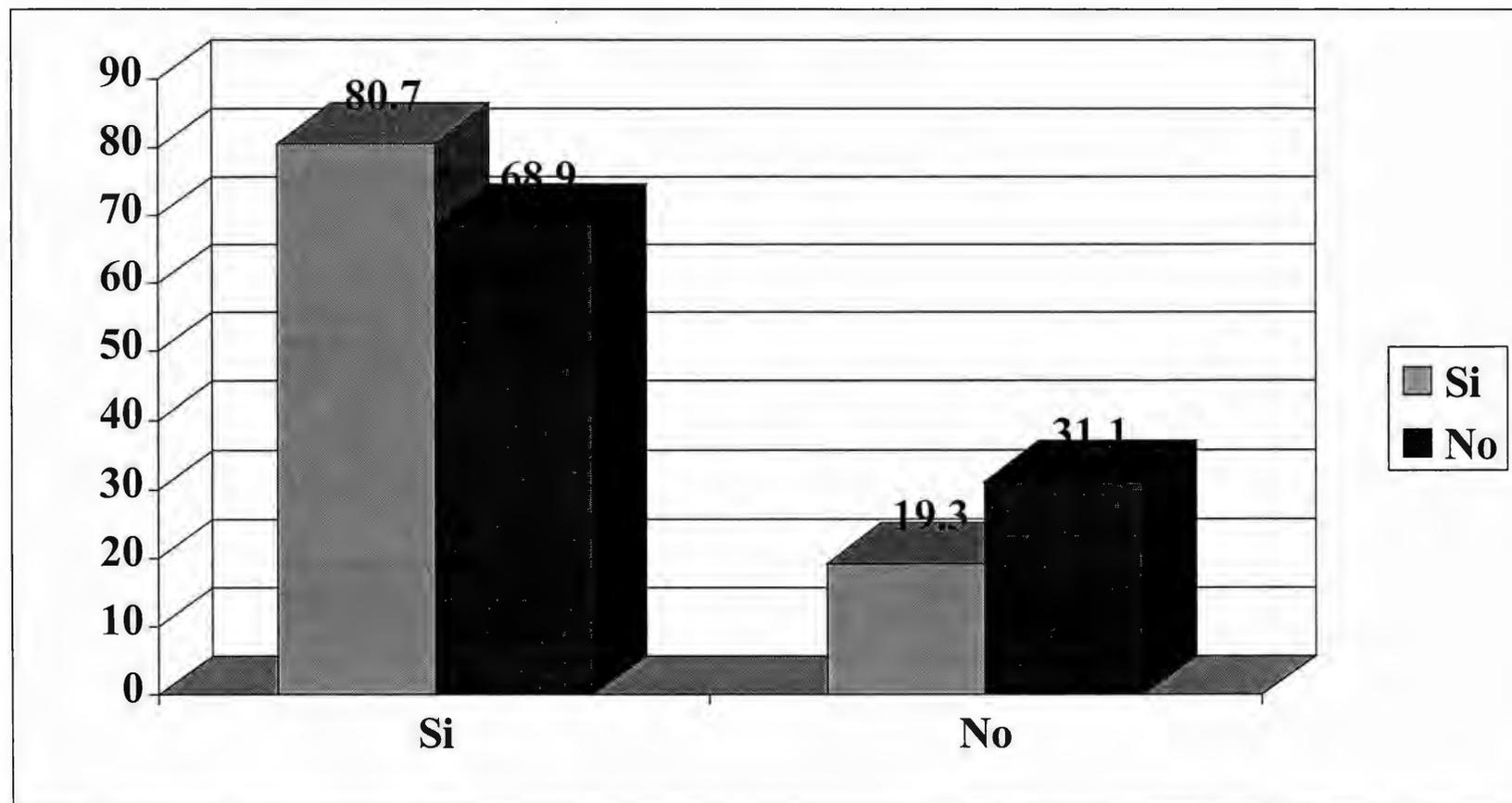
Fuente: Anexo 4. Tabla 12

GRAFICO 13
Pago por el medicamento adquirido por las mujeres según medicamento adquirido
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



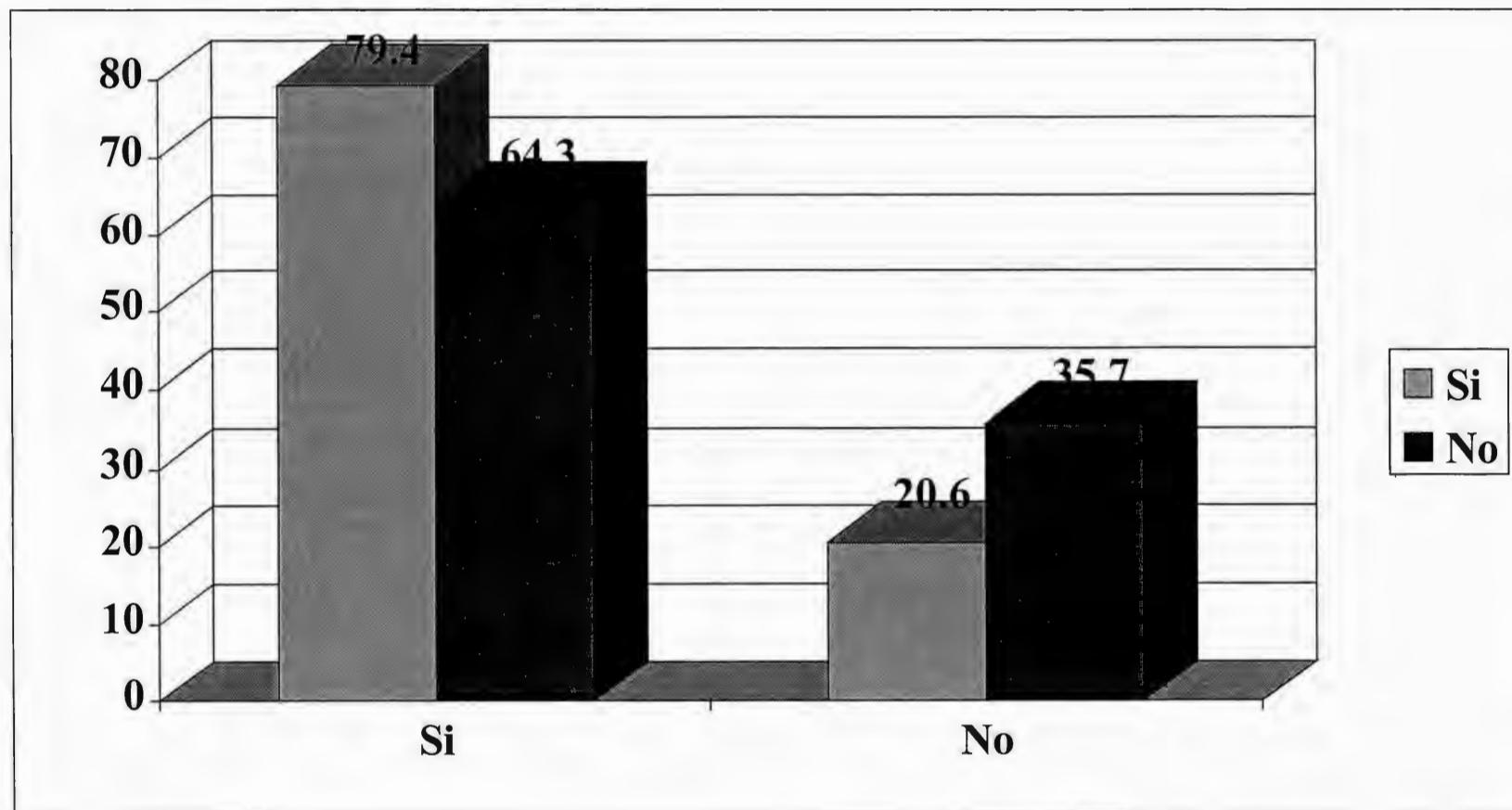
Fuente: Anexo 4. Tabla 13

GRAFICO 14
Automedicación por las mujeres según pago por el medicamento
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



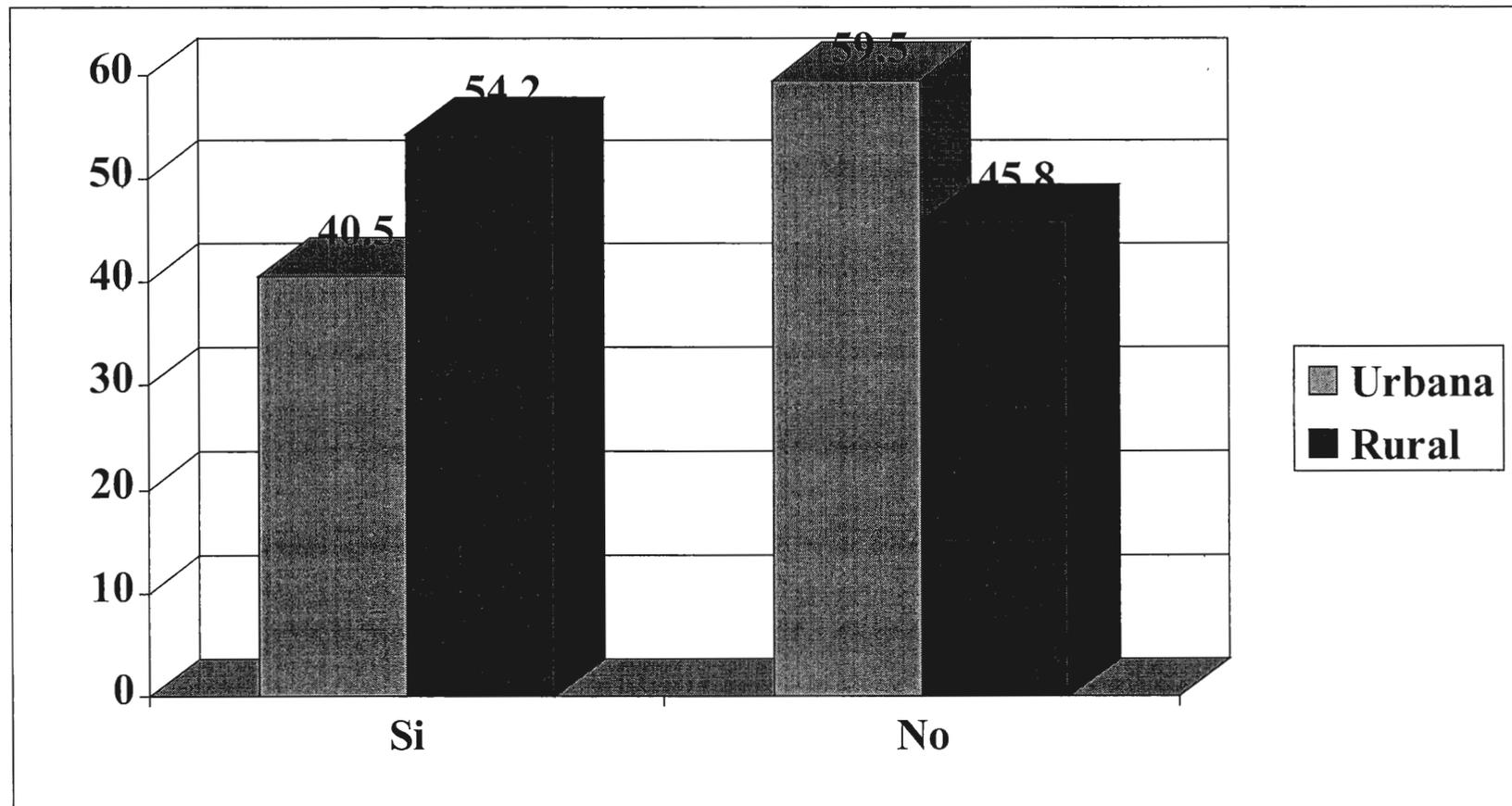
Fuente: Anexo 4. Tabla 14

GRAFICO 15
Automedicación y uso de medicamentos durante el embarazo por las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



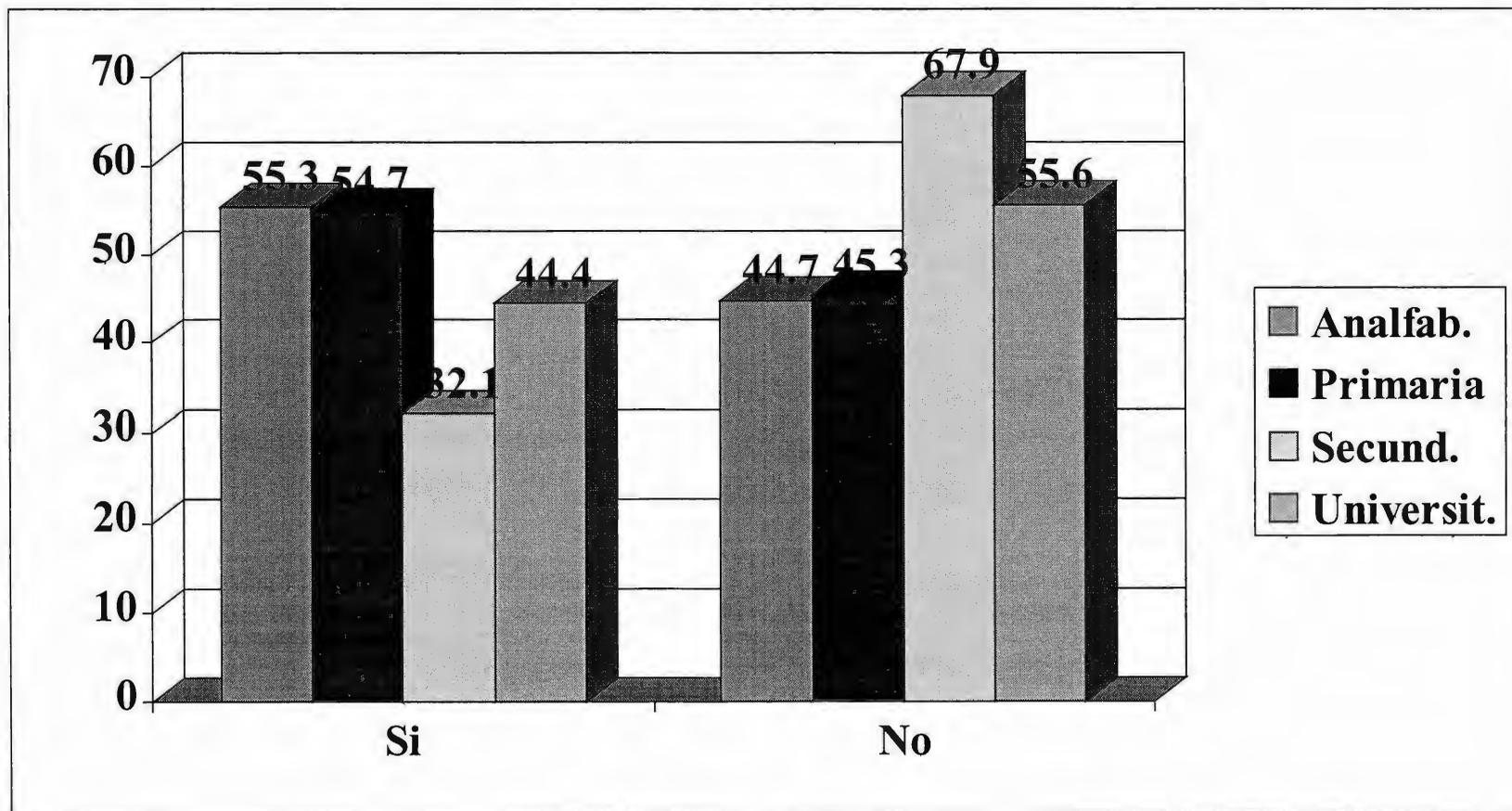
Fuente: Anexo 4. Tabla 15

GRAFICO 16
Uso de medicamentos durante el embarazo por las mujeres según procedencia
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



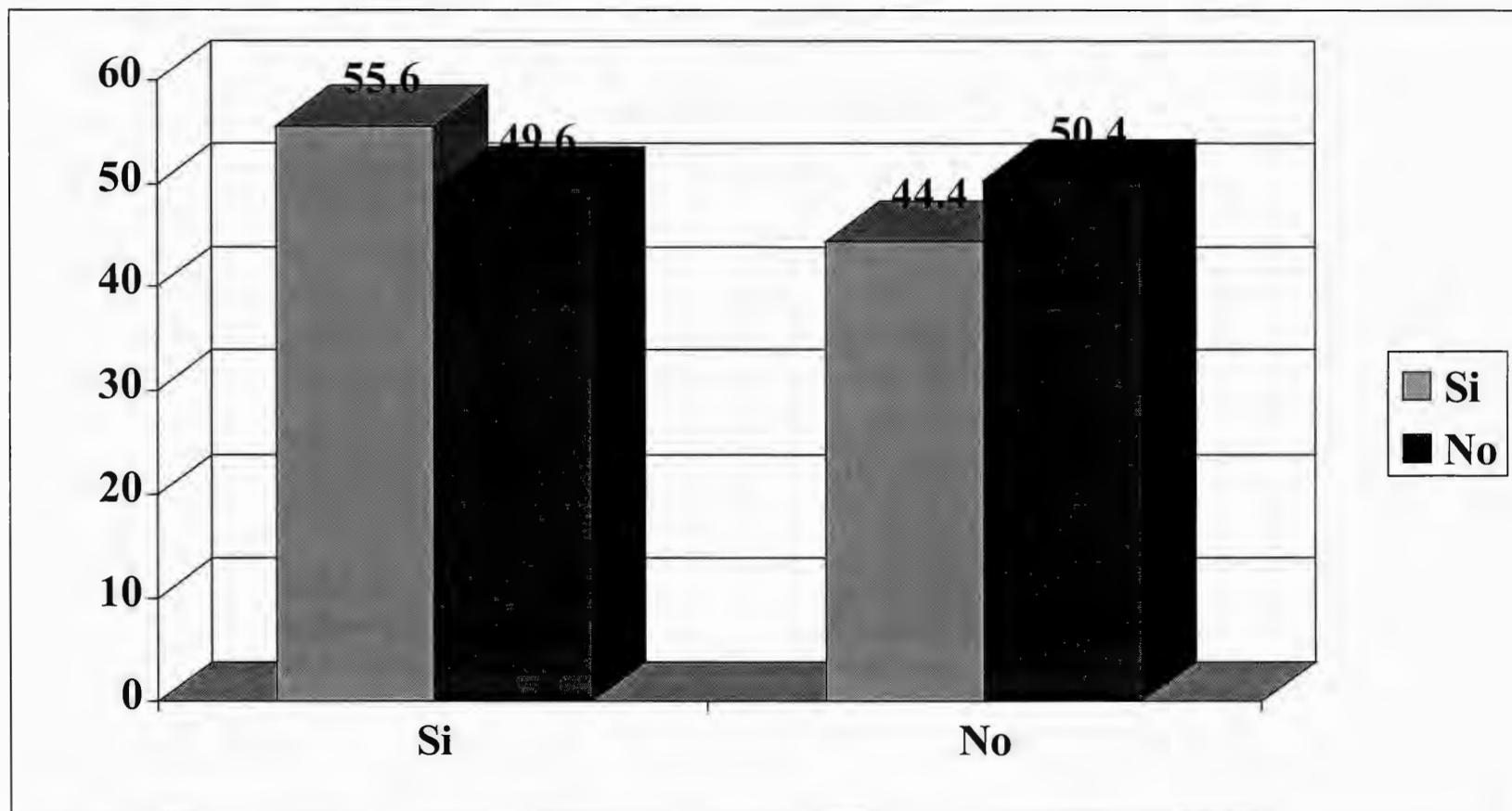
Fuente: Anexo 4. Tabla 16

GRAFICO 17
Uso de medicamentos durante el embarazo por las mujeres según escolaridad
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



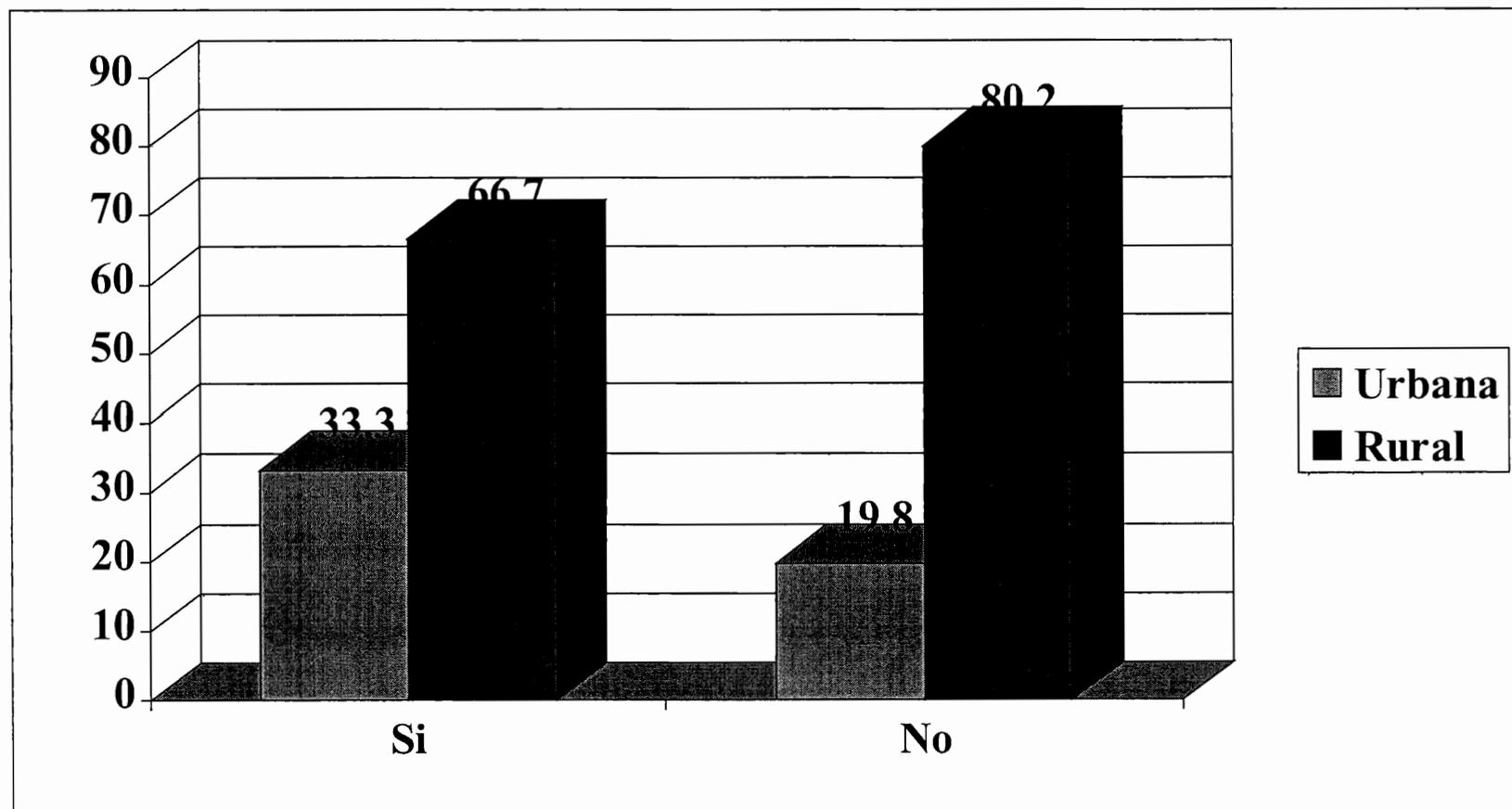
Fuente: Anexo 4. Tabla 17

GRAFICO 18
Uso de métodos anticonceptivos por las mujeres y uso de medicamentos
durante el embarazo
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



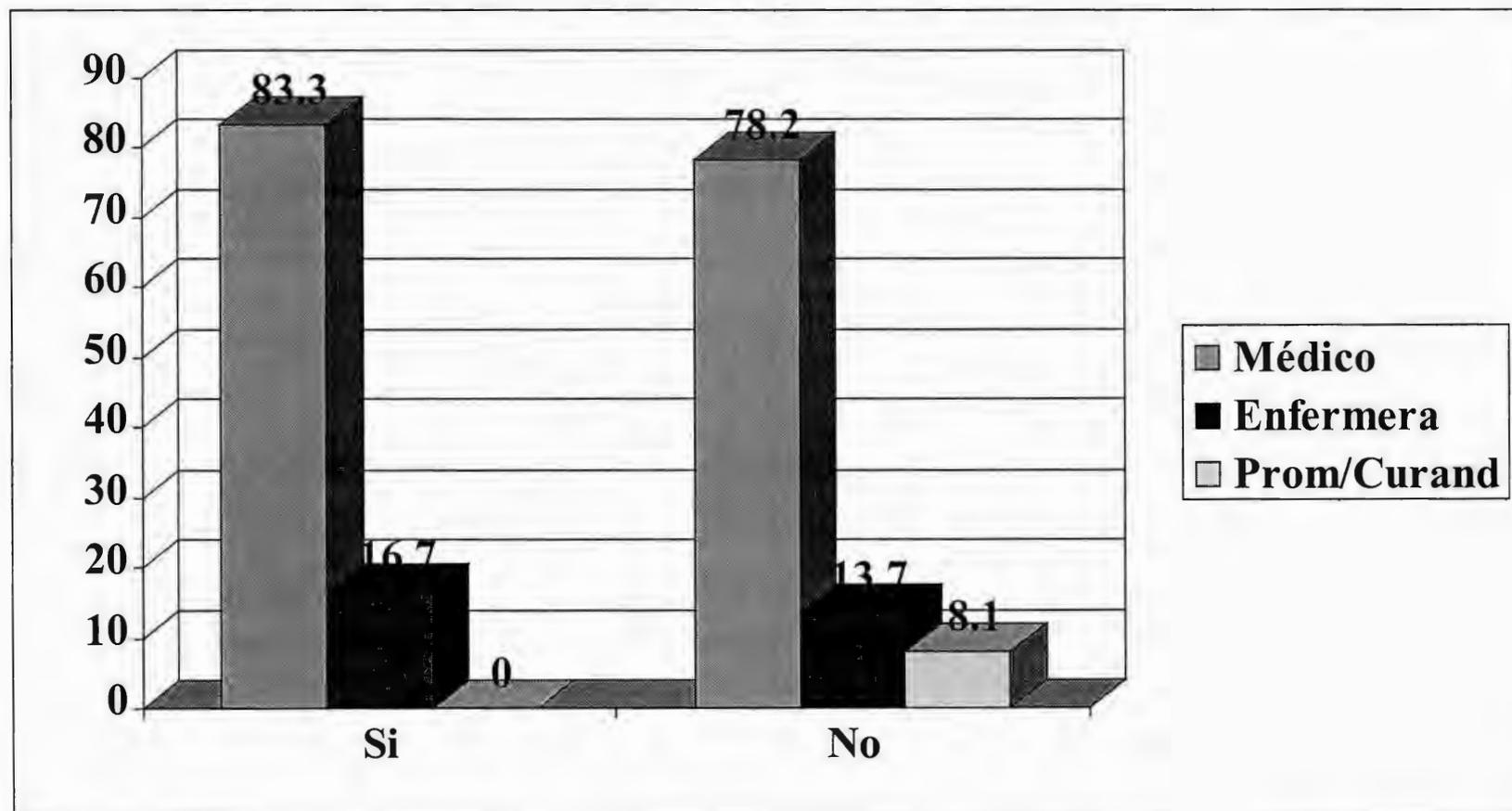
Fuente: Anexo 4. Tabla 18

GRAFICO 19
Uso de hormonas durante la menopausia según procedencia de las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



Fuente: Anexo 4. Tabla 19

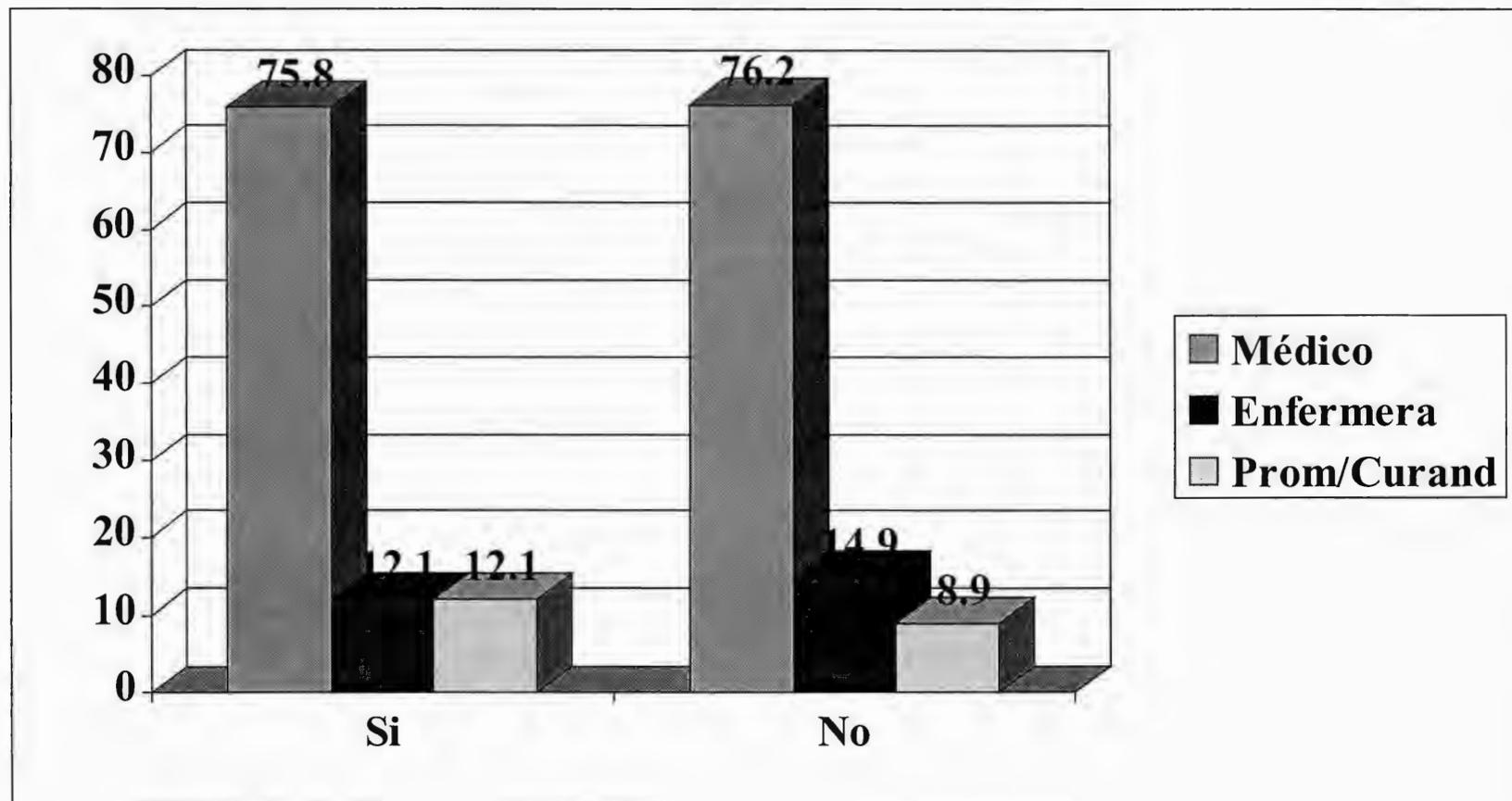
GRAFICO 20
Uso de hormonas durante la menopausia según el personal de salud
que atendió a las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



Fuente: Anexo 4. Tabla 20

GRAFICO 21

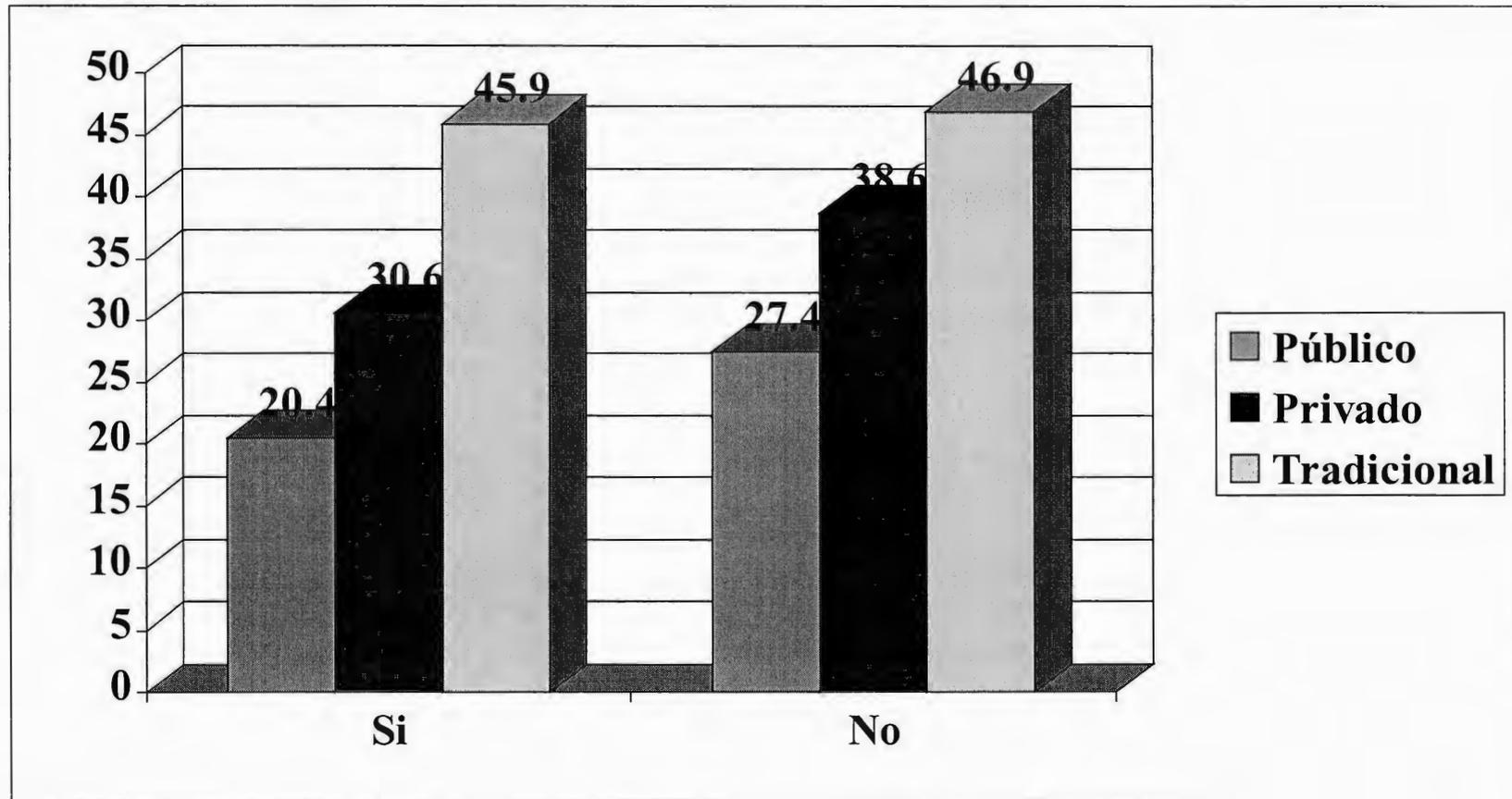
Uso de medicamentos durante el embarazo según el personal de salud
que atendió a las mujeres
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



Fuente: Anexo 4. Tabla 21

GRAFICO 22

Uso de medicamentos en el embarazo según lugar donde acudieron
las mujeres para recibir atención
Municipio de Siuna, RAAN.
Junio - Julio 1998



Fuente: Anexo 4. Tabla 22