

## ARTÍCULO ORIGINAL

## DETERMINANTES DE LAS NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE COMARCAS INDÍGENAS EN PANAMÁ

Dra. Fermina Chamorro Mojica<sup>1</sup>, Haydeé Flores Castro<sup>2</sup>, Ruth Graciela De León<sup>3</sup>

**Objetivo.** Identificar los determinantes de las necesidades insatisfechas de planificación familiar en las comarcas Ngäbe-Buglé y Emberá.

**Métodos.** Se estudiaron 447 mujeres casadas o unidas y no embarazadas, de 15 a 49 años de las etnias Ngäbe, Buglé, Emberá y Wounaan, con datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009. Con modelos de regresión logística binominal y multinominal se evaluó la capacidad de predicción de las variables dependientes necesidad insatisfecha para espaciar, para limitar y total, que tenían las variables explicativas edad, número de hijos vivos, contacto con instalación de salud, conoce método, decisiones del hogar respecto a los hijos y grupos étnicos.

**Resultados.** La necesidad insatisfecha de planificación familiar es 73.2% (49.9% para limitar y 23.2% para espaciar). Las mujeres que no conocen anticonceptivos, con más hijos vivos y que participan en menos decisiones del hogar, tienen mayor probabilidad de tener necesidad insatisfecha de limitar y total; mientras que las más jóvenes, sin contacto con instalaciones de salud, y sin conocimiento de métodos anticonceptivos, tienen mayor probabilidad de tener necesidad insatisfecha para espaciar.

**Conclusión.** Las estrategias deben orientarse a mejorar el conocimiento y acceso a métodos de planificación familiar, propiciar la mejora de la situación social, económica y política de las mujeres en las comarcas, y en consecuencia aumentar su participación en las decisiones en el hogar y la comunidad.

**Palabras clave:** Necesidades insatisfechas, planificación familiar, indígenas

**Objective.** Identify the determinants of unmet need for family planning in Embera and Ngobe -Bugle comarcas.

**Methods.** Were studied 447 married or cohabiting and non-pregnant women, aged 15 to 49 years of the Ngobe, Bugle, Embera and Wounaan ethnicities, with data from the National Survey of Sexual and Reproductive Health 2009. With Models

of binomial and multinomial logistic regression is evaluated the predictive ability of the dependent variables: unmet need for spacing, to limit and total, the explanatory variables were age, number of living children, contact with health facility known method, household decisions concerning children and ethnic group.

**Results.** The unmet need for family planning is 73.2 % (49.9 % to 23.2 % for limiting and spacing). Women who do not know contraceptives, with more living children and less involved in household decisions are more likely to have unmet need for limiting and complete; while the younger, without contact with health facilities, without knowledge of contraceptive methods are more likely to have unmet need for spacing.

**Conclusion.** The strategies should aim at improving the knowledge and access to family planning methods, promote the improvement of social, economic and political status of women in these regions, and consequently increase their participation in decision making in the home and community.

**Keywords:** Unmet needs, family planning, indigenous women

## TEXTO PRINCIPAL

## INTRODUCCIÓN

La necesidad insatisfecha de planificación familiar (NIPF) mide la demanda no satisfecha de regulación de la fecundidad mediante anticoncepción<sup>1</sup>. Constituye un indicador del avance para mejorar la salud materna en los objetivos de desarrollo del milenio. La planificación familiar, que disminuye los embarazos no planificados y contribuye a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, se considera una herramienta de salud pública costo-efectiva y un aspecto importante de derechos humanos y desarrollo social, a través de su contribución a la reducción de la pobreza, la mejora de la salud, educación y equidad de género<sup>2-4</sup>.

Estudios en áreas en desarrollo demuestran que la NIPF se relaciona con factores como edad, edad a la primera unión, número de hijos vivos, lugar de residencia, acceso geográfico, educación, trabajo de la mujer, conocimiento sobre planificación familiar y de lugares donde obtenerlos además de la visita de trabajadores de planificación familiar<sup>5</sup>; también es afectada por la baja autonomía de la mujer, el estatus económico del hogar<sup>6</sup>, el temor a efectos adversos, la desaprobación familiar<sup>7</sup>. La falta de conocimiento sobre

<sup>1</sup> Investigadora Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva

<sup>2</sup> Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva

<sup>3</sup> Jefa del Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva

métodos o el lugar donde obtenerlos es una razón importante pero poco común a mayor nivel de desarrollo<sup>8</sup>.

El riesgo de tener embarazos no planeados es mayor en mujeres pobres, rurales y sin educación formal, comparado con mujeres urbanas, educadas y en mejor condición de bienestar<sup>9</sup>. La NIPF disminuye en la mayoría de los países pero, permanece elevada en regiones pobres, menos educadas, con elevada mortalidad infantil y en áreas donde la epidemia de VIH-SIDA ha producido muchas muertes<sup>10</sup>. En América Latina y el Caribe el 27% de las familias más pobres tiene NIPF, 2.25 veces la necesidad de las familias con mayores recursos. El porcentaje más elevado de NIPF en mujeres casadas o unidas se presenta en Haití (39.8 en 2000), seguido por Guatemala (23.1 en 1998-99) y Bolivia (22.7 en 2003) mayores al 12 por ciento de la región en 2005<sup>11-12</sup>.

En Panamá, 26.9 por ciento de las mujeres casadas o unidas y no embarazadas tienen necesidad insatisfecha de planificación para espaciar (7.2%) y para limitar (19.8%), mayor en áreas indígenas (70.4%) que en áreas urbanas (24.2%) y rurales (24.1%). En las provincias y comarcas, el mayor porcentaje de necesidades insatisfechas se observa en la Comarca Ngäbe-Buglé (75.2%), la Provincia de Bocas del Toro (47.2%) y la Comarca Emberá (45.2%), mientras que el menor en la Provincia de Herrera (11.3%)<sup>13</sup>.

La situación de desventaja en que se encuentran las poblaciones originarias de Panamá hacen de este un grupo prioritario para el desarrollo de programas adecuados y para el estudio de los factores sociales y económicos que la ponen en esta situación, en cumplimiento de objetivos internacionales<sup>14</sup>. En estas comarcas prevalece un sistema patriarcal, la transición de la fecundidad es incipiente y los servicios de salud son poco accesibles<sup>15</sup>. Se desconoce cuáles son los determinantes de las NIPF en las comarcas Ngäbe-Buglé y Emberá, la información disponible es descriptiva, orientada a presentar los niveles y no las causas del problema.

Para reducir las consecuencias en la salud pública de los nacimientos no deseados, los responsables de desarrollar políticas y programas de planificación familiar deben conocer las razones por las que algunas mujeres que viven en pareja no usan anticonceptivos aunque no quieren más hijos o deseen posponer sus nacimientos. El objetivo principal de este estudio es identificar los principales factores demográficos y sociales que afectan la NIPF en mujeres indígenas casadas o unidas no embarazadas en las comarcas Ngäbe-Buglé y Emberá.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva realizada en 2009 (ENASSER 2009). La muestra 746 de mujeres de 15 a 49 años es representativa para cada comarca (Ngäbe-Buglé y Emberá). Se incluyeron en el análisis 447 mujeres Ngäbe, Buglé, Emberá y Wounaan en estas comarcas que estaban en uniones estables (casadas o unidas), fértiles y no embarazadas al momento de la encuesta.

Se estudiaron las variables independientes edad, número de hijos vivos, edad a la primera unión, número de uniones, trabajo actual, educación de la mujer, educación de la mujer respecto al hombre, exposición a radio o televisión, contacto con instalaciones de salud, conocimiento de anticonceptivos, promedio de actitudes positivas de género, promedio de situaciones por la cual se justifica que la pareja le pegue, decisiones del hogar en las cuales la mujer tiene algo que decir, violencia en los últimos 12 meses y grupos étnicos. Como variable dependiente se estudió la NIPF (para espaciar, limitar y total). Se trabajó con datos expandidos a la población de las comarcas basadas en estimaciones de población por edad y sexo, al 31 de octubre de 2009, elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censo<sup>16</sup>. Las tabulaciones y modelos de regresión se estimaron utilizando SPSS 17.0.

Se emplearon métodos descriptivos y multivariados. En el análisis descriptivo se calcularon proporciones de mujeres que deseaban espaciar o limitar la fecundidad, usuarias de anticonceptivos y con NIPF. El análisis multivariado empleo modelos de regresión logística multinomial y binomial. El primer modelo se usó para identificar factores asociados a espaciar y limitar, clasificando las mujeres en tres categorías (las que querían espaciar, limitar y sin necesidad). Las mujeres sin necesidad se consideraron de referencia para comparar los resultados con las que querían espaciar limitar. El modelo binomial se usó para identificar los factores asociados con la necesidad insatisfecha total de planificación familiar y se aplicó después de clasificar los datos en dos grupos, con necesidad insatisfecha y con necesidad satisfecha. Las variables que se emplean en el análisis multivariado son aquellas que presentan mayor poder predictivo en su evaluación mediante los índices de Cox y Snell, Nagelkerke y McFadden: edad, número de hijos vivos, contacto con instalación de salud, conoce método, decisiones del hogar respecto a los hijos y grupos étnicos. En las comparaciones se utilizó la razón de ventajas con nivel crítico de 5%.

La NIPF mide la proporción de mujeres fértiles no embarazadas en unión estable (casadas o unidas) que no usan método de planificación familiar, pero quieren posponer o dejar la fecundidad. La necesidad insatisfecha total de planificación familiar es la suma de la necesidad insatisfecha de espaciar y la necesidad insatisfecha de limitar. No se incluyó a mujeres cuyo embarazo fue mal calculado o no era deseado porque la pregunta sobre deseo de hijos en embarazadas no se incluyó en ENASSER 2009.

La necesidad insatisfecha de espaciar incluye a mujeres que no se declaran infértiles, no usan planificación familiar y que: quieren más hijos pero quieren esperar dos o más años para su siguiente embarazo, o están inseguras si quieren otro hijo, o quieren otro hijo pero están inseguras de cuándo tenerlo. La necesidad insatisfecha de limitar incluye a mujeres que no se declaran infértiles, no usan planificación familiar y no quieren más hijos. La necesidad satisfecha de espaciar incluye mujeres que están utilizando algún método de planificación familiar y que: quieren tener otro hijo, o están indecisas en tener otro. La necesidad satisfecha de limitar incluye a mujeres que están utilizando algún método y no quieren más hijos.

La autonomía de la mujer se midió según su participación en las decisiones relativas a la educación de los hijos, que hacer si se enferman, como disciplinarlos y tener otro hijo. Se consideró que la mujer participaba, si las decisiones las tomaba ella o en compañía de otra persona. A esta condición se le asignó valor de 1, mientras que la no participación o la respuesta no sabe se le asignó valor 0. Los valores de las decisiones se resumieron mediante promedio aritmético.

Las actitudes hacia la igualdad de género se valoraron con la manifestación de acuerdo o desacuerdo de la mujer en relación a aspectos de la vida familiar. La mujer tenía una actitud positiva si estaba en desacuerdo con que las decisiones importantes las tome el esposo o pareja, con aguantar que el hombre le pegue con el objeto de mantener la familia unida y con la idea de que es mejor educar a un hijo que a una hija; y si estaba de acuerdo en que el hombre debe ayudar en los quehaceres si la mujer trabaja fuera del hogar, con el trabajo de la mujer casada fuera de la casa y con el derecho de la mujer a expresar su opinión si no está de acuerdo con lo que la pareja dice. Las actitudes positivas se valoraron con 1, mientras que las respuestas no sabe y el resto con 0. Con estos valores 0 y 1 se obtuvo un promedio de actitudes positivas para cada mujer.

Existía aceptación de la mujer al maltrato si estaba de acuerdo con que el esposo o pareja le pegue si sale de casa sin decirle, descuida o desatiende a los niños, discute con él, rehúsa tener relaciones sexuales, quema los alimentos y le falta el respeto. La respuesta no sabe o estar de acuerdo con las situaciones que justifican el maltrato se valoró con 1 y el desacuerdo con 0. Las situaciones por la cual se justifica que el esposo o compañero le pegue se resumieron mediante promedio aritmético.

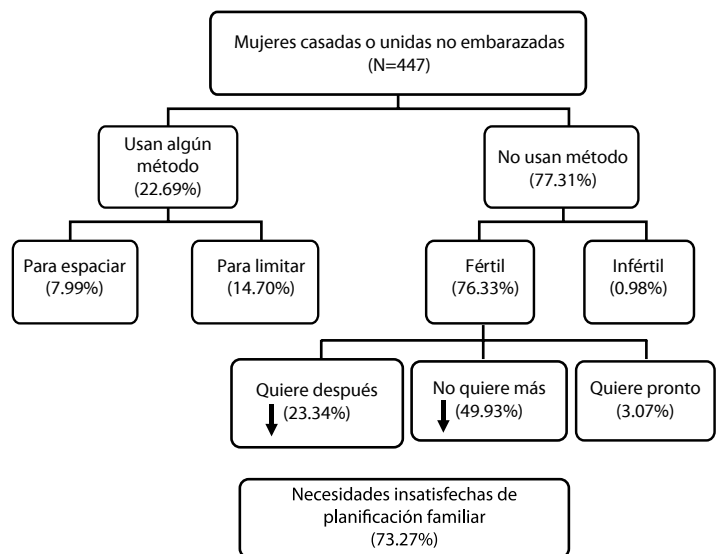
Se consideró que las mujeres habían padecido violencia si recibieron de su pareja, alguna vez en los últimos 12 meses, humillaciones, amenazas, golpes, amenazas y agresiones con armas, haber sido obligada a tener relaciones sexuales contra su voluntad o realizar actos sexuales sin su aprobación. La edad de las mujeres se clasificó en grupos quinquenales, el número de hijos vivos en cuatro categorías, 0-1, 2-3, 4-5, 6 y más, el número de uniones en dos grupos (más de una, una vez). La educación formal se agrupó en tres niveles (sin educación, primaria, secundaria y mas), la exposición a los medios de comunicación y los grupos étnicos se clasificaron en dos categorías (ninguno de ellos, radio o TV; y Ngäbe-Buglé, Emberá-Wounaan, respectivamente), al igual que el trabajo actual (no trabaja, trabaja). El promedio de actitudes positivas de género se agrupó en tres clases (0-2, 3-5, 6), el promedio de situaciones por la cual se justifica que su pareja le pegue en tres (0, 1-2, 3-5), al igual que el promedio de decisiones del hogar en las cuales la mujer tiene algo que decir (0-1, 2-3, 4). El contacto con instituciones de salud (para obtener información sobre anticoncepción o atención del aborto o control prenatal) y el conocimiento de anticoncepción se agrupó en dos categorías (sin contacto, con contacto; no conoce, y conoce respectivamente).

## RESULTADOS

Las comarcas son unidades administrativas habitadas por

pueblos originarios. En el país existen tres comarcas con equivalencia de provincia: Ngäbe-Buglé, Emberá, y Guna Yala<sup>17-18</sup>. En términos de desarrollo humano, las comarcas se ubican dentro del rango mas bajo (menor de 0.5) con los más bajos niveles de ingreso per cápita y de inversión estatal<sup>19</sup>.

Las poblaciones de las comarcas Ngäbe-Buglé y Emberá están dispersas, ubicadas en áreas de difícil acceso. Según el censo de Población y Vivienda 2010<sup>20</sup>, estas comarcas tenían 166,748 habitantes que representaban el 4.9% de la población del país de 3,405,813 personas. Las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) constituyen el 20.7% de la población y los menores de 15 años el 51.3%, constituyendo un potencial para el crecimiento acelerado de la población. Las NIPF en mujeres casadas o unidas no embarazadas de las comarcas Ngäbe-Buglé y Emberá en 2009 se presentan en la Figura 1.



**FIGURA 1.** Necesidades insatisfechas de planificación familiar en mujeres casadas o unidas no embarazadas de las comarcas Ngäbe-Buglé y Emberá, 2009.

**Fuente:** elaboración de las autoras con la base de datos de ENASSER 2009.

## Características de la población estudiada

Las mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas y no embarazadas de las comarcas Ngäbe-Buglé, y Emberá tenían en promedio 31.11 ( $\pm 1.01$ ) años, y 3.68 ( $\pm 0.21$ ) hijos vivos. El matrimonio o unión ocurre a temprana edad, 81.9% de las mujeres estaban en uniones estables antes de cumplir 20 años, con edad promedio a la primera unión de 17 ( $\pm 0.53$ ) años, igual proporción (83.6%) se habían casado o unido solo una vez. Noventa por ciento de las mujeres mencionaron que además del trabajo en el hogar no realizaban trabajos por los cuales recibían paga (en dinero o especie) o actividades que les generaran ingresos al momento de la encuesta. La escolaridad es baja, 29.0% no tenían educación formal y 51.3% había logrado completar algún grado de primaria, mientras que sólo 11.1% de las mujeres tenía una educación superior a la del hombre.

El setenta por ciento de mujeres mencionó haber estado expuesta a la radio o televisión. Igual proporción (74.7%) mencionó que tuvo contacto con instalaciones de salud y sólo 61.7% tenía conocimiento de algún método de planificación familiar. Diecinueve por ciento de las mujeres habían padecido algún tipo de violencia en los 12 meses anteriores a la encuesta por parte de su esposo o compañero; no obstante, el 68% consideraba que no existían situaciones que justificaran la violencia por parte de su pareja. Sólo 9.5% presentó actitudes positivas de género. La participación de la mujer en las decisiones relacionadas con los hijos es limitada, 54.8% tenía algo que decir en las decisiones sobre tener otro hijo, cómo educarlos, qué hacer si se enferman y como disciplinarlos. El mayor peso (93.4%) en la población estudiada recae en mujeres que pertenecen a las etnias Ngäbe y Buglé con mayor proporción dentro de los grupos originarios del país.

### **Demanda de planificación familiar y uso de anticonceptivos**

La proporción de mujeres que desea espaciar es elevada a menor edad y baja paridad, mientras que la proporción que desea limitar aumenta con la edad y con el número de hijos (Cuadro 1). La necesidad insatisfecha para espaciar los nacimientos es mayor en las más jóvenes (<20), y menor en las mayores (>34), mientras que la necesidad insatisfecha para limitar aumenta de 25,0% en la cohorte más joven a 64.8% en la de mayor edad. La necesidad insatisfecha para limitar aumenta con el número de hijos vivos; 23.0% de mujeres con un hijo vivo tiene necesidad insatisfecha de limitar los nacimientos, mientras que en mujeres con 6 o más hijos vivos, esta proporción asciende a 75.2%.

Variables	Necesidad Espaciar	insatisfecha Limitar	Necesidad satisfecha <sup>a</sup>
<b>Edad</b>			
15-19	57.6	25.0	8.1
20-24	34.2	40.5	22.8
25-29	23.1	35.7	37.2
30-34	14.3	62.0	18.9
35-49	13.0	64.8	19.0
<b>Número de hijos vivos</b>			
0-1	43.9	23.0	20.5
2-3	23.5	44.3	30.7
4-5	15.1	58.5	24.6
6+	12.8	75.2	9.5
<b>Contacto con instalación de salud</b>			
No	28.3	63.1	3.1
Sí	21.2	45.8	29.5
<b>Conoce método</b>			
No	30.4	66.0	0.0
Sí	18.9	40.0	36.8
<b>Decisiones del hogar respecto a los hijos</b>			
0-1	31.0	58.4	7.7
2-3	25.8	53.2	15.9
4	19.7	45.8	31.2
<b>Grupos étnicos</b>			
Ngäbe-Buglé	23.7	51.3	21.0
Emberá-Wounaan	9.8	37.4	47.7
<b>Total</b>	<b>23.3</b>	<b>49.9</b>	<b>22.7</b>

**CUADRO 1.** Mujeres de 15-49 años casadas o unidas no embarazadas por demanda de anticonceptivos según variables con

capacidad de predicción, Comarca Ngäbe-Buglé y Comarca Emberá, 2009. Fuente: elaboración de las autoras con la base de datos de ENASSER 2009.

<sup>a</sup> Porcentaje de mujeres que actualmente usan algún anticonceptivo.

Las mujeres sin contacto con instalaciones de salud, que no conocen métodos, que no participan o participan en una decisión del hogar en promedio y aquellas que pertenecen a las etnias Ngäbe y Buglé prefieren limitar su fecundidad. Las mujeres que no han tenido contacto con instalaciones de salud tienen un mayor nivel de necesidad insatisfecha para limitar los nacimientos comparadas con las que habían estado en contacto con instalaciones de salud. El 91.4% de las mujeres sin contacto con instalaciones de salud tienen necesidad insatisfecha total de planificación familiar, mientras que en las mujeres con acceso, el 67.0% estaba en esta condición. La NIPF total, de espaciar y limitar es mayor en mujeres que no conocen al menos un método de planificación familiar comparadas con las que tienen conocimiento de métodos anticonceptivos. La necesidad insatisfecha para limitar y total es mayor en mujeres que participan en menor número de decisiones en el hogar, mientras que es menor en las que participan en más decisiones. La NIPF total, de espaciar y de limitar, fue más alta entre las Ngäbe y Buglé que entre las Emberá y Wounaan. El 75.0% de las primeras tenía necesidad total comparado con el 42.2% de las Emberá y Wounaan.

La prevalencia de uso de algún tipo de anticonceptivos es más elevada en mujeres jóvenes (20-29 años) y en mujeres con 2 a 3 hijos. También, es alta en las mujeres que han tenido contacto con instalaciones de salud, conocen métodos, participan en las decisiones del hogar y pertenecen a los grupos étnicos Emberá-Wounaan.

### **Necesidades insatisfechas y razones de no uso de anticonceptivos**

La NIPF es 73.2% en 2009 (Cuadro 2). La necesidad para limitar es dos veces la necesidad de espaciar tanto para la demanda satisfecha e insatisfecha. La demanda total (porcentaje con necesidades insatisfechas más porcentaje que usa anticonceptivos) en las comarcas fue 95.9% y el porcentaje de demanda satisfecha 23.7% de la demanda total.

Componentes de la demanda de planificación familiar	Porcentaje
<b>Necesidad insatisfecha</b>	<b>73.2</b>
Para espaciar	23.3
Para limitar	49.9
<b>Necesidad satisfecha</b>	<b>22.7</b>
Para espaciar	8.0
Para limitar	14.7
<b>Demanda total</b>	<b>95.9</b>
Para espaciar	31.3
Para limitar	64.6
<b>Porcentaje de demanda satisfecha <sup>a</sup></b>	<b>23.7</b>

**CUADRO 2.** Necesidades insatisfechas, necesidades satisfechas y demanda total de planificación familiar en mujeres casadas o unidas

y no embarazadas de 15-49 años, Comarca Ngäbe-Buglé y Comarca Emberá, 2009. **Fuente:** elaboración de las autoras con la base de datos de ENASSER 2009.

<sup>a</sup> El porcentaje de la demanda satisfecha se obtiene dividiendo el uso actual por la demanda total.

Las razones que fueron mencionadas con mayor frecuencia por las mujeres con necesidades insatisfechas, están relacionadas con la fecundidad: no tener relaciones sexuales o relaciones sexuales poco frecuentes y amenorrea post parto o lactancia (Cuadro 3). Otra razón mencionada con frecuencia es la oposición al uso de anticonceptivos por ambos miembros de la pareja, principalmente la mujer. El miedo a los efectos secundarios y la falta de conocimiento de métodos también fueron mencionadas como razones para el no uso.

Razón de no uso	Porcentaje <sup>a</sup>
<b>Razones de fecundidad</b>	
No tiene relaciones sexuales/o sexo poco frecuente	10.87
Menopáusica/histerectomizada	2.94
Infertilidad	0.66
Amenorrea postparto/lactancia	10.55
<b>Oposición a usar</b>	
Entrevistada se opone	9.97
Esposo/pareja se opone	6.47
Otros se oponen	2.32
Prohibición religiosa	0.58
<b>Falta de conocimiento</b>	
No conoce método	4.36
No sabe donde conseguirlo	0.04
<b>Relativos al método</b>	
Razones de salud	3.28
Miedo a efectos secundarios	3.48
Uso inconveniente	0.08
Falta de acceso/muy lejos	1.74
Muy costoso	0.58
Otros	5.34
No sabe	7.77

**CUADRO 3.** Razones para no uso actual de anticonceptivos entre mujeres casadas o unidas y no embarazadas de 15-49 años que no usan anticonceptivos y que no desean más hijos o que no quieren hijo pronto, Comarca Ngäbe-Buglé y Comarca Emberá, 2009.

**Fuente:** elaboración de las autoras con la base de datos de ENASSER 2009.

<sup>a</sup> Muestra el porcentaje de mujeres que indicó cada razón. No suma 100% porque las respuestas eran de selección múltiple.

### Determinantes de las necesidades insatisfechas de planificación familiar

El modelo de regresión logística binomial y multinomial resultante (Cuadro 4) indica que la edad de la mujer es un indicador de la probabilidad de tener necesidades insatisfechas para espaciar. La razón de ventajas de tener necesidades insatisfechas para espaciar es significativamente mayor en el grupo de mujeres de 15 a 19 años. Las probabilidades de tener necesidad insatisfecha para espaciar disminuyen conforme aumenta la edad.

La probabilidad de tener necesidad insatisfecha total y necesidad insatisfecha para limitar aumenta significativamente

cuando el número de hijos vivos aumenta. Las mujeres sin contacto con instalaciones de salud tienen mayor probabilidad de tener necesidades insatisfechas para espaciar comparadas con las que si tienen contacto con instalaciones de salud ya sea por información sobre anticoncepción, por atención del aborto o para control prenatal.

Variables	Necesidad de espaciar	Necesidad de limitara	Necesidad total <sup>b</sup>
<b>Edad</b>			
15-19	7.57*	1.31	2.30
20-24	3.64	1.30	1.54
25-29	2.08	0.44	0.64
30-34	1.06	0.99	0.94
35-49	1	1	1
<b>Número de hijos vivos</b>			
0-1	0.87	0.12*	0.25*
2-3	0.78	0.32*	0.39
4-5	0.76	0.58	0.59
6+	1	1	1
<b>Contacto con instalación de salud</b>			
No	3.42*	1.74	2.07
Si	1	1	1
<b>Conoce método</b>			
No	16.04**	10.03**	10.95**
Si	1	1	1
<b>Decisiones del hogar respecto a los hijos</b>			
0-1	4.73	3.70*	3.81*
2-3	1.30	1.09	1.17
4	1	1	1
<b>Grupos étnicos</b>			
Ngäbe-Buglé	3.25*	3.09**	2.95**
Emberá-Wounaan	1	1	1

**CUADRO 5.** Razón de ventajas de variables con capacidad de predicción de la necesidad insatisfecha de espaciar, limitar y total de mujeres de 15-49 años casadas o unidas y no embarazadas de la Comarca Ngäbe-Buglé y Comarca Emberá, 2009.

**Fuente:** elaboración de las autoras con la base de datos de ENASSER 2009.

\*  $p < 0.05$       \*\*  $p < 0.001$

<sup>a</sup> Resultados del modelo de regresión logística multinomial de necesidades insatisfechas para espaciar y limitar, "sin necesidad" como categoría de referencia.

<sup>b</sup> Resultados del modelo de regresión logística binomial de necesidades insatisfechas de anticoncepción (espaciar + limitar), "sin necesidad" como categoría de referencia.

La falta de conocimiento de algún método de planificación se asocia significativamente con la necesidad insatisfecha total, para espaciar y para limitar. La razón de ventajas de tener necesidades insatisfechas es positiva y significativamente mayor en el grupo de mujeres que no conoce métodos de planificación familiar. Las mujeres que manifestaron no conocer métodos tienen una probabilidad 11 veces mayor de tener necesidades insatisfechas que aquellas que si conocen métodos.

Las mujeres casadas o unidas con menor participación en las decisiones del hogar son más propensas ( $p < 0.05$ ) a tener necesidad insatisfecha total y de limitar en comparación con las mujeres que tienen mayor participación.

La razón de ventajas de tener necesidades insatisfechas es significativamente mayor en el grupo Ngäbe Buglé que en el Emberá-Wounaan. Las mujeres de las etnias Ngäbe y Buglé tienen 3 veces mayor probabilidad de tener necesidades insatisfechas total, para espaciar y para limitar que las mujeres de las etnias Emberá y Wounaan.

## DISCUSIÓN

La comprensión de los factores que afectan las NIPF en mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas y no embarazadas de las comarcas Ngäbe-Buglé y Emberá contribuye al conocimiento de los obstáculos para el uso de planificación familiar<sup>21</sup>. En estas comarcas el porcentaje de demanda satisfecha de anticonceptivos es baja (23.7%) y la fecundidad elevada (5 hijos por mujer).

El porcentaje de mujeres casadas o unidas y no embarazadas con NIPF en las comarcas es 73.2 (23.3% espaciar y 49.9% limitar), mayor al 26.9% del país en 2009. La preferencia para espaciar los nacimientos es más evidente entre jóvenes y mujeres con menos hijos, mientras que la preferencia para limitar es alta en mujeres mayores (35 años o más) con cuatro o más hijos. Entre las razones de fecundidad importantes que se mencionaron, para no usar métodos anticonceptivos, tenemos el sexo poco frecuente o no tener relaciones sexuales, situación que puede estar relacionada al desplazamiento temporal de sus parejas en la búsqueda de trabajo en bananeras, cafetales, fincas ganaderas y cañaverales.

Se identificaron diferencias por edad en la NIPF. La necesidad insatisfecha para espaciar es mayor en mujeres más jóvenes y disminuye con el aumento de la edad, indicando que los servicios de planificación familiar deben prepararse para atender las necesidades insatisfechas para espaciar de las jóvenes. La necesidad insatisfecha para limitar está presente en mujeres con un hijo y su aumento es notorio en mujeres con 2 a 3 hijos, además, la disminución en la necesidad de espaciar se observa desde el primer hijo, pareciendo indicar que las mujeres en las comarcas piensan con mayor fuerza en limitar la fecundidad a partir del segundo o tercer hijo, consistente con el ideal de 3 hijos según ENASSER 2009<sup>22</sup> y las tasas globales de fecundidad deseadas y observadas de 2 y 5 hijos por mujer respectivamente.

La NIPF está relacionada con la condición de la mujer dentro del hogar. Las mujeres que participan menos en las decisiones del hogar relativas a los hijos, son más propensas a tener mayor NIPF que las mujeres con participación mayor, sugiriendo que la capacidad de tomar decisiones se relaciona con el comportamiento de control de la reproducción. Siendo la autonomía de la mujer relevante en la explicación de las NIPF en las comarcas, se debe mejorar su capacidad de tomar decisiones en el hogar para hacer frente a las necesidades de anticoncepción. La mujer de las comarcas está en condición de sumisión a la autoridad del hombre en la familia, aunque participe en el trabajo doméstico, agrícola, artesanal y asalariado en ocasiones<sup>23</sup>. Se debe promover y aumentar la participación de la mujer indígena en la toma de decisiones económicas, sociales, y políticas, de forma consistente a lo establecido en la Declaración del Milenio<sup>24</sup>.

Aunque en las comarcas la NIPF es elevada, las mujeres Ngäbe y Bugle son más propensas que las Emberá y Wounaan a no usar anticonceptivos a pesar de sus deseos de posponer o limitar la maternidad. Esto indica que se deben realizar esfuerzos mayores en la Comarca Ngäbe-Buglé en materia de planificación familiar que consideren la base

poligámica de la familia Ngäbe, las expectativas cambiantes en las generaciones jóvenes que quieren usar métodos anticonceptivos y la existencia de métodos tradicionales en peligro por pérdida de conocimientos y especies vegetales usadas para este propósito<sup>25</sup>.

La falta de conocimiento de métodos de planificación familiar es el determinante más importante de necesidad insatisfecha entre las mujeres casadas o unidas no embarazadas en las comarcas. Esta variable está asociada con niveles significativamente más altos de necesidad insatisfecha total, para espaciar y limitar la fecundidad. La mayor necesidad insatisfecha en las mujeres que carecen de conocimientos sobre métodos, destaca la importancia de realizar esfuerzos para mejorar el acceso cultural, económico y geográfico a servicios eficaces de planificación familiar en las comarcas aunados a aumentos en el nivel de educación que producen aumentos en la demanda de anticonceptivos y disminución en las NIPF<sup>26</sup>. Se trata también de fortalecer la inversión pública en sectores sociales como educación, salud pública y desarrollo de capacidades y alternativas para la generación de ingresos en estas áreas.

Este estudio no incluye información de la Comarca Guna Yala debido a que su máximo organismo de gobierno, el Congreso General Guna, no consintió que su población participara en ENASSER 2009. La principal limitante de este estudio es la concepción transversal de ENASSER 2009, que no permite establecer causalidad. Por otra parte, es necesario realizar estudios con una muestra de mayor tamaño.

## CONCLUSIONES

En las comarcas Ngäbe-Buglé y Emberá es más probable que las mujeres sin conocimiento sobre métodos de planificación familiar, pertenecientes a las etnias Ngäbe y Buglé y con menor autonomía, tengan NIPF. Las mujeres más jóvenes, sin contacto con instalación de salud, sin conocimiento de métodos y pertenecientes a las etnias Ngäbe y Buglé tienen mayor probabilidad de presentar necesidades insatisfechas para espaciar. La razón más importante para las necesidades insatisfechas es el desconocimiento de métodos anticonceptivos.

Las estrategias a desarrollar deben mejorar el conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos para que las mujeres indígenas tengan la opción de planificar su familia, considerando la contribución que la mejora en la educación formal, el desarrollo de capacidades para la generación de ingresos y la participación política, producirían en la mejora de la posición de la mujer indígena en el hogar y la comunidad, además de aspectos culturales y la concepción del individuo y la familia dentro de la comunidad indígena.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Annie Martínez por su colaboración en la revisión de la consistencia de los cuadros para el análisis. También deseamos agradecer a los encuestadores, supervisores, críticos de campo y aquellas personas que colaboran en el desarrollo de ENASSER 2009 que dio origen a los datos utilizados en este análisis.

**MANIFESTACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Las autoras manifiestan no tener conflicto de interés.

**REFERENCIAS**

1. Casterline JB, Sinding SW. Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy. *Population and Development Review*. 2000;26(4):691-723.
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Panel de discusión sobre maternidad segura y acceso universal a la salud sexual y reproductiva. 51º Consejo Directivo, 63ª Sesión del Comité Regional Washington, D.C.: OPS; 2011.
3. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*. 2006; 368(9549): 1810-1827. Disponible en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69480-4](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69480-4). Acceso el 11 de febrero de 2012.
4. Bongaarts S, Sinding SW. A Response to Critics of Family Planning Programs. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. [comment]. 2009; 35(1):39-44.
5. Hailemariam A, Haddis F. Factors affecting unmet need for family planning in southern nations, nationalities and peoples region, Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*. 2011; 21(2):77-89. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275860/pdf/EJHS2102-0077.pdf>. Acceso el 15 de diciembre de 2011.
6. Woldemicael G, Beaujot R. Currently married women with an unmet need for contraception in Eritrea: Profile and determinants. *Canadian Studies in Population*. 2011;38(1-2):61-81. Disponible en <http://web.uvic.ca/~canpop/journal/2011/CSPv38n1-2p61.pdf>. Acceso el 3 de diciembre de 2011.
7. Bongaarts J, Bruce J. The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Content of Services. *Studies in Family Planning*. 1995;26(2):57-75.
8. Ashford L. Necesidad insatisfecha de planificación. Familiar: Enfoques recientes e implicaciones programáticas. Boletín normativo. Washington, DC: Population Reference Bureau, MEASURE Communication; 2003. Disponible en [http://www.prb.org/pdf/UnmetNeed\\_Spanish.pdf](http://www.prb.org/pdf/UnmetNeed_Spanish.pdf). Acceso el 3 de diciembre de 2011.
9. Sedgh G, Hussain R, Bankole A, Singh S. Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method. Occasional Report No. 37. New York: Guttmacher Institute; 2007. Disponible en <http://guttmacherinstitute.net/pubs/2007/07/09/or37.pdf>. Acceso el 24 de enero de 2012.
10. Bongaarts J. Can Family Planning Programs Reduce High Desired Family Size in Sub-Saharan Africa? [comment]. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2011; 37(4); 209-16. Disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3720911.pdf>. Acceso el 14 de abril de 2012.
11. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio: Informe 2008. Nueva York: Naciones Unidas; 2008. Disponible en: [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2008\\_Spanish.pdf](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_Spanish.pdf). Acceso el 20 de marzo de 2012.
12. Westoff CF. New Estimates of Unmet Need and the Demand for Family Planning. DHS Comparative Reports No. 14. Calverton, Maryland USA: Macro International INC; 2006. Disponible en <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR14/CR14.pdf>. Acceso el 24 de enero de 2012.
13. De León R, Martínez L, Chu E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Alvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez, F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá 2009. Informe Final. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2011.
14. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: Naciones Unidas; 1994 (Documento oficial A/Conf.171/13). Disponible en <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>. Acceso el 20 de marzo de 2012.
15. Alvarado, E. Perfil de los Pueblos Indígenas de Panamá. Panamá: Banco Mundial, Unidad Regional de Asistencia Técnica, Ministerio de Gobierno y Justicia; 2001.
16. De León R, Martínez L, Chu E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Alvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez, F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá 2009. Informe Final. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2011.
17. Asamblea Legislativa. Ley 10 del 7 de marzo de 1997 por la cual se crea la Comarca Ngöbe-Buglé y se toman otras medidas. Gaceta Oficial N° 23242. Panamá: Asamblea Legislativa; 1997.
18. Asamblea Legislativa. Ley 22 del 8 de noviembre de 1993 por la cual se crea la Comarca Emberá de Darién. Gaceta Oficial N° 19976. Panamá: Asamblea Legislativa; 1993.
19. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Atlas de Desarrollo Humano y Objetivos del Milenio. Panamá 2010. Panamá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2010.
20. Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo 2010. Censos Nacionales 2010. XI Censo de Población y VII de Vivienda, 2010. Resultados Finales. Panamá: Contraloría General de la República; 2010.
21. Richey C, Salem RM. Elements of Success in Family Planning Programming. *Population Reports, Series J, No. 57*. Baltimore, INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, September 2008. Disponible en [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADN430.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADN430.pdf). Acceso el 14 de abril de 2012.
22. De León R, Martínez L, Chu E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Alvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez, F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá 2009. Informe Final. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2011.
23. Naciones Unidas. Declaración del Milenio. Nueva York: Naciones Unidas; 2000 (Documento oficial A/Res/55/2). Disponible en <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>. Acceso el 16 de mayo de 2012.
24. Naciones Unidas. Declaración del Milenio. Nueva York: Naciones Unidas; 2000 (Documento oficial A/Res/55/2). Disponible en <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>. Acceso el 16 de mayo de 2012.
25. BID/CEPAL/Gobierno de Panamá. Taller "Uso de la Información Censal para Pueblos Indígenas: Su pertinencia y alcances en políticas y programas". Informe de relatoría. Panamá: BID, CEPAL, Gobierno de Panamá; 2004. Disponible en [www.eclac.cl/celade/agenda/0/31370/RelatoriaPanama.pdf](http://www.eclac.cl/celade/agenda/0/31370/RelatoriaPanama.pdf). Acceso el 16 de mayo de 2012.
26. Bongaarts, J. The Causes of Educational Differences in Fertility in sub-Saharan Africa. Working Paper No. 20. New York: The Population Council; 2010. Disponible en <http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/pgy/020.pdf>. Acceso el 1 de mayo de 2012.