29

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ACATLAN

"CONTINUIDAD EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MEXICO 1974-1979 Y 1982-1987"

TESIS PROFESIONAL QUE PRESENTAN

ELBA AGUILAR PEREZ
NORMA LORENA CARO GUZMAN

PARA OBTENER EL TITULO DE:

A C T U A R I O

MEXICO, D. F. 1993

VNIVERSIDAD NACIONAL AVTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ACATLAN"
DIVISION DE MATEMATICAS E INGENIERIA
PROGRAMA DE ACTUARIA Y M.A.C.

PAM-13-93

SRITA. ELBA AGUILAR PEREZ
SRITA. NORMA LORENA CARO GUZMAN
Alumnas de la carrera de Actuaría
P r e s e n t e .

De acuerdo a su solicitud presentada con fecha 25 de octubre de 1988, me complace notificarles que esta Jefatura tuvo a bien asignarle el siguiente tema de tesis: "CONTINUIDAD EN EL -- USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MEXICO 1974-1979 y 1982-1987", el cual se desarrollará como sigue:

INTRODUCCION

I. La efectividad y continuidad en el uso de métodos anticonceptivos en la evaluación del programa de planificación familiar.
II. El uso-efectividad de los métodos anticonceptivos en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y - Salud. 1987.
III. Análisis del comportamiento de la continuidad y uso-efectividad de métodos anticonceptivos en México durante el período 1982-1987 y comparación de los datos respectivos referentes al ciclo - - 1974-1979.
Conclusiones.
Apéndices.
Bibliografía.

Asimismo fue designado como Asesor de Tesis el MTRO. RICARDO CESAR APARICIO JIMENEZ.

Ruego a usted tomar nota que en cumplimiento de lo especificado en la Ley de Profesiones, deberán prestar servicio social durante un tiempo mínimo de seis meses como requisito básico para sustentar examen profesional, así como de la disposición de la Coordinación de la Administración Escolar en el sentido de que se imprima en lugar visible de los ejemplares de la tesis el título del trabajo realizado. Esta comunicación deberá imprimirse en el interior de la tesis.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Acatlán, Edo. México, mayo 24 de 1993

ACT. LAURA MA. RIVERA BECERRIL
Jefe del Programa.

Contenido

Introducción

Las actividades de planificación familiar en México, se iniciaron como consecuencia lógica de la evolución demográfica que se presentó en el país, como parte de las actuales políticas de población, mismas que siempre se han asociado a los niveles de crecimiento de ésta y que han correspondido a las circunstancias del momento histórico que se ha vivido en cada etapa.

Así pues, un crecimiento lento y sostenido hasta antes de la Revolución Mexicana ocasionado por altos índices de natalidad y de mortalidad, que fue seguido por un leve descenso en la población, producto del conflicto armado, dió lugar a una actitud pronatalista, en vista de la necesidad de contar con la fuerza de trabajo que pudiese afrontar el reto del desarrollo económico y social requerido después de una guerra civil. Se logró con ello una marcada aceleración del ritmo de crecimiento de la población, que se dió por los mejores niveles de vida, de salud y de seguridad social y económica que tuvieron lugar a partir de las transformaciones económicas y sociales desde 1930. Primordialmente, fue el espectacular descenso de la mortalidad observado a partir de los años cuarenta, lo que realmente permitió alcanzar un crecimiento acelerado de la población.

El aumento de la población mexicana para 1940 fué del 1.7%, incrementándose a 2.7% en 1950 y llegó hasta el 3.4% para 1970. La tasa global de fecundidad entre 1950 y 1970 se mantuvo en niveles altos y estables con cifras que superaban a los 6 hijos por mujer, alcanzando su valor más alto hacia 1970, con 6.5 hijos. Este incremento generó una preocupación en diversos sectores de la sociedad, ya que de continuar a ese ritmo, la población se habría duplicado cada veinte años, con el consiguiente crecimiento en la demanda de bienes y servicios.

En busca de un mejor equilibrio entre la dinámica demográfica de ese entonces, y el desarrollo económico y social del país, a partir de los años setenta se gestó un cambio en la actitud gubernamental, reconociéndose la conveniencia de favorecer un crecimiento poblacional más lento. En 1973, se aprobó un nuevo código sanitario, en el que se deroga el artículo del código anterior que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos y se promulgó una nueva Ley General de Población. De este modo, se comenzaron a ver favorecidas las actividades relacionadas a la regulación de los fenómenos que afectan el volúmen, la estructura, la dinámica y la distribución de la población.

Trascendente, resulta la modificación al Artículo 4o. Constitucional, indicando que toda persona tiene el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos; quedando así sentadas las bases para que fuese aceptada la planificación familiar a través de servicios educativos y de salud pública. Finalmente, fue en 1976 que se expidió el Reglamento de la Ley General de Población en el que se ubica a los programas de planificación familiar en el contexto de las políticas de bienestar social, actuando fundamentalmente en los campos de la salud, la educación, la protección de la familia y, en especial, de la madre y el niño. De tal manera en 1977, el C. Presidente de la República aprobó el Plan Nacional de Planificación Familiar, como un intento de conjuntar los esfuerzos que desde 1973 venían realizando de manera independiente algunas instituciones como el IMSS, el ISSSTE y la SSA.

Después del programa de 1977, se ha continuado con los esfuerzos a través de la aplicación de algunos programas más, como fue el Programa Interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988, el Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988 y el de 1990-1994 con el mismo nombre. Todos ellos persiguiendo un objetivo común, que es el prestar servicios de planificación familiar con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población, reducir la fecundidad y disminuir la incidencia al aborto; mediante tareas en comunicación, educación y servicios de salud en planificación familiar.

Alrededor de estos programas ha surgido todo un aparato de estudio e investigación con el objeto de observar cualquier cambio en los niveles de fecundidad, o en los niveles de conocimiento y práctica de la anticoncepción. Es decir, de alguna manera, se evalúa la medida en que estos programas han logrado incidir en dichos cambios y se está pendiente de los nuevos requerimientos que pudiesen surgir. Una de las herramientas principales para lograr tales mediciones, es la aplicación de encuestas con las cuales sea posible cuantificar el número de aceptantes de un programa y de evaluar el grado en que esa aceptación logrará afectar los niveles de fecundidad de la población, con la consiguiente reducción de los niveles de crecimiento del número de habitantes.

Inicialmente, las tareas de evaluación estuvieron a cargo de la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, a quien se le asignó la responsabilidad de coordinar las actividades de planificación familiar en el sector público y de regular el uso de lugares de planificación familiar del sector privado. Hoy día, tales actividades están a cargo de la Dirección General de Planificación familiar (Secretaría de Salud), y entre sus diversas actividades está la de realizar estudios sobre el comportamiento reproductivo de la población mediante investigaciones documentales y también de encuestas. A través de la Dirección de Estudios de Población y Servicios, se estudia la motivación de los usuarios por incorporarse a un programa de planificación familiar, la actitud de grupos escpecíficos como es la población masculina hacia la anticoncepción, los niveles de conocimiento y aceptación de métodos anticonceptivos en la población mexicana en general y la continuidad con que éstos son usados, así como la efectividad de los métodos y la calidad de los servicios, por citar algunos ejemplos.

Como una forma de colaboración con dicha institución se realizó la presente investigación que pretende dar respuesta a la necesidad de generar y examinar la información sobre continuidad y efectividad en el uso de métodos anticonceptivos que se puede obtener de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987. Se considera el estudio de gran significación, ya que se actualizaron los índices referentes al tema para el periodo 1982-1987 y se compararon con los respectivos del ciclo 1974-1979 que fueron obtenidos hace una década. Los resultados contribuyen en la evaluación de los programas de planificación familiar implantados durante los últimos diez años; de ahí la importancia del proyecto.

Así, se plantea como objetivo general de esta investigación, el cálculo y análisis de datos mas actuales sobre efectividad y continuidad en el uso de métodos anticonceptivos durante el periodo 1982-1987, así como una comparación de la información obtenida con la del periodo 1974-1979 de tal manera que sea posible utilizar los resultados en la evaluación de la repercusión sociodemográfica de las variables en estudio.

Para la consecución del mencionado objetivo se plantearon algunos otros más específicos que comprenden las siguientes tareas: la estimación de las tasas de continuidad en el uso de métodos anticonceptivos; la determinación de las variaciones en las tasas de continuidad mencionadas, de acuerdo a las características demográficas y sociales de las aceptantes, así como la época de aceptación del primer método; la investigación de las razones de interrupción del uso de los distintos métodos anticonceptivos; la determinación de la efectividad de los distintos métodos; el establecimiento de la medida en que las mujeres retornan a la anticoncepción después de haber interrumpido el uso de los métodos; la estimación del grado en que las aceptantes de los diferentes métodos tienen embarazos no planeados; la determinación de las variaciones en el comportamiento de las diferentes variables estudiadas en los dos periodos; la determinación, en base al análisis, de los efectos sociodemográficos de tales comportamientos; y, por último, la evaluación de los límites y alcances de los programas de planificación familiar en materia de efectividad y continuidad en el uso de métodos anticonceptivos.

Se consideró conveniente comenzar la exposición del trabajo, poniendo en relieve la importancia de las variables efectividad y continuidad en la evaluación de los programas de planificación familiar, además de exponer los alcances que han tenido en México los estudios realizados al respecto, incluyendo a la Encuesta Nacional de Prevalencia 1979 como un buen punto de partida. Se continúa con la exposición de la metodología utilizada en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 para obtener la información sobre el uso de métodos anticonceptivos; se mencionan aspectos relativos al trabajo de campo y a las pruebas de consistencia aplicadas a los datos. Posteriormente, se habla de los programas computaciones para la creación de variables y producción de resultados que fueron preparados para esta tesis. Igualmente, se hace un análisis previo de los principales hallazgos, para después hacer una revisión minuciosa de los mismos.

Finalmente, se lleva al cabo una amplia discusión sobre las características sociodemográficas de las mujeres aceptantes; se muestran los resultados de continuidad para el primer segmento y primer método, así como para la anticoncepción; se exponen los índices relativos al retorno a la anticoncepción y la aproximación definida para el cálculo del tiempo transcurrido entre la aceptación del primer método anticonceptivo y un embarazo no planeado.

A lo largo de la presentación, se interpretan las tasas e índices relacionándolos con la realidad demográfica actual, y se comparan con los datos del ciclo precedente, buscando las posibles causas del comportamiento y de las variaciones. También se comparan ambas encuestas en su metodología, pretendiendo determinar de qué manera intervienen las diferencias en la variación de los resultados.

La presentación concluye con una evaluación de los límites y alcances que bajo el personal punto de vista se cree que han tenido los programas de planificación familiar en relación a la continuidad en el uso de contraceptivos y a su efectividad.

La efectividad y continuidad en el uso de métodos anticonceptivos en la evaluación de programas de planificación familiar

El proceso de evolución social en nuestro país se caracterizó durante mucho tiempo por el requerimiento de una población numerosa. Desde tiempos prehispánicos hasta la década de los sesenta, la organización social y la creciente necesidad de fuerza de trabajo que apoyara los procesos de producción de bienes y servicios, fueron determinantes en el desarrollo de normas religiosas, leyes, costumbres, patrones matrimoniales y estructuras familiares.

El crecimiento de la población se promovió con medidas que fomentaron el aumento de la natalidad mediante el matrimonio y la inmigración, situación que aunada al descenso de los niveles de mortalidad se vió reflejada en un incremento poblacional notable a partir de 1930. La tasa de crecimiento, que en esos años apenas rebasaba al 1%, llegó a los niveles del 3.4% anual entre 1960 y 1970. De mantenerse así, la población de México se habría estado duplicando cada 20 años. Resultó claro prever —e incluso sufrir—, una demanda de recursos cada vez mayor; si bien el rezago económico y de impartición de servicios de beneficio social no es una consecuencia directa del crecimiento poblacional, sí puede verse altamente incrementado ante un ritmo de producción de bienes y servicios más lento que el incremento de la demanda.

Se gestó así un cambio no sólo en las perspectivas demográficas, sociales y económicas, sino también en el campo de la investigación biomédica y de la salud, asociándose los aspectos biológicos de la reproducción con las posibilidades de regulación de la fecundidad.

Se presenta entonces una serie de cambios jurídicos tendientes al establecimiento de una política demográfica adecuada a la época, con el fin de crear mejores condiciones de vida para la población, de lograr una mayor productividad y nivel de empleo y de distribuir más justamente el ingreso. Es en 1973 cuando se permite la venta de anticonceptivos, se aprueba una nueva Ley General de Población y se modifica el artículo 4o. Constitucional indicando que toda persona tiene el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espa-

clamiento de los hijos.[1] Fue así como se empezaron a realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública, observándose siempre el respeto a los derechos fundamentales del hombre y con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país.

Así, la aplicación de los programas de planificación familiar en nuestro país, surgió de la necesidad de regular el ritmo de crecimiento de la población, buscando un mayor equilibrio entre su dinámica y la del desarrollo económico y social, a fin de incrementar el nivel de vida de los mexicanos, tal como lo establecen las Leyes Generales de Población y Salud y sus respectivos reglamentos. Es posible afirmar entonces, que las actividades de planificiación familiar en México han tenido como objetivos principales el coadyuvar al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, reducir la fecundidad y disminuir la incidencia al aborto.

Uno de los factores más importantes involucrados en el descenso de la fecundidad, es la cada vez mayor aceptación de prácticas anticonceptivas. En la República Mexicana, durante el período comprendido entre 1950 y 1970, la tasa global de fecundidad se mantuvo en niveles altos y estables, con cifras que superaban los 6 hijos por mujer. En los años posteriores a 1970, la fecundidad se redujo de manera importante, y bajó de 6.6 a 3.8 hijos por mujer en 1986.

Fué también a partir de la década de los 70, que se dieron cambios de gran trascendencia en los niveles de aceptación de medios anticonceptivos: para 1976, el porcentaje de usuarias activas respecto a las mujeres unidas era del 30% el cual se incrementó a 37.8% y 47.7% para los años de 1979 y 1982 respectivamente, en el año de 1987, ya era del 52.7%.[2]

Como ya afirmó Aparicio:
"Los momentos en que se dieron los descensos en la fecundidad; su vinculación con ciertas etapas clave de la implementación de los programas de planificación familiar; y el que los mayores descensos hayan ocurrido en los periodos en que la anticoncepción se incrementó considerablemente sugieren que la anticoncepción ha jugado un papel importante en el descenso de los niveles de fecundidad".[3]

Como se mencionó, el número de mujeres que utilizan anticonceptivos es cada vez mayor, lo que genera una necesidad de realizar estudios y evaluaciones a fin de valorar en qué medida es atribuible a la anticoncepción el gran descenso de la

---

[1] Hoy día, se respetan los mismos planteamientos en los objetivos del Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988. Consejo Nacional de Población: *Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988*, México, CONAPO, 1985, *passim*.

[2] Dirección General de Planificación Familiar (DGPF): *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, México D.F., Secretaría de Salud, 1989.

[3] Aparicio, R.: "Niveles, tendencias e impacto demográfico de la anticoncepción", en: *Memoria de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en México*, México, SSA, octubre 1988, p. 30.

fecundidad que se presentó en nuestro país a partir de la década de los 70, además de investigar si realmente están siendo satisfechas las necesidades de la población.

Resulta así indispensable conocer periódicamente el grado en que se han logrado los objetivos y metas establecidas entre dichos programas, la armonía entre las estrategias planteadas, además de contemplar nuevos requerimientos de operación que se presenten; esto, mediante las actividades de evaluación y seguimiento. Cuando un programa ha sido implementado, estas acciones se dirigen principalmente a valorar su funcionamiento en cuanto a objetivos a corto, mediano o largo plazo.

Al evaluar un programa de planificación familiar, se busca medir los resultados que sus actividades han tenido sobre la población y los cambios que han inducido en su estructura; lo anterior se hace tomando en cuenta los efectos producidos en la salud, la dinámica demográfica y las modificaciones de carácter socioeconómico y cultural. No es fácil delimitar la contribución de los programas de planificación familiar en la generación de estos cambios, pues resulta difícil aislar la influencia que tienen otros factores sociales, económicos y culturales que también inciden en la determinación del comportamiento demográfico.

Es bien sabido que el desarrollo económico y social de una colectividad influye en la conformación y tipo de familia, sin embargo, es difícil evaluar el impacto de los programas de planificación familiar en este sentido. Actualmente en nuestro país, no se han elaborado técnicas o procedimientos precisos para realizar un tipo de investigación que permita valorar el grado de interrelación existente en los programas y el desarrollo socioeconómico de la población rural y urbana, traducido por indicadores relacionados con empleo, vivienda, alimentación, educación, ingreso per cápita, etcétera.

En relación al estado general de salud de la población, y partiendo de la premisa de que el descenso de la fecundidad contribuye en gran parte a mejorar la salud de las mujeres y los niños, digamos que los programas de planificación familiar pretenden ayudar a las mujeres no sólo a aminorar el número de embarazos o a espaciarlos, sino también a darles la posibilidad de iniciar y terminar su vida reproductiva en edades que impliquen un menor riesgo para su salud, así como de evitar embarazos en los que su vida o su salud esté de por medio. De esta manera, se contribuye al bienestar biológico, sicológico y social de la mujer, del niño, y por consecuencia, de la familia; además, se logra con ello superar el planteamiento elemental del control natal como una práctica dirigida a limitar el crecimiento de la población, a fin de mejorar los aspectos económicos y sociales de las personas – su nivel de vida.

Desde 1977, ha sido una meta de los programas el tratar de reducir los niveles de morbilidad y mortalidad materno-infantil y la incidencia al aborto, buscando modificar los patrones de formación familiar, e igualmente de brindar información a la madre para evitar la procreación a edad temprana y con intervalos cortos de tiempo

entre nacimientos, incluyendo ayuda para evitar embarazos de alto riesgo.[4] De manera que la evaluación del desempeño de estas acciones, tiene efecto mediante el monitoreo en la población de las complicaciones por embarazo, parto y puerperio, incluyendo el aborto espontáneo o inducido, además de los niveles de mortalidad infantil y preescolar, especialmente por causas perinatales y por las relacionadas con los problemas de nutrición-infección; además, se observa la mortalidad general en mujeres en edad fértil, por causa materna y por aquellas enfermedades crónico-degenerativas que se agravan con el embarazo. Para tal efecto, se han realizado en nuestro país varias encuestas nacionales a fin de recopilar información representativa y generar estadísticas respecto a la salud de la mujer, la salud del feto y del recién nacido, así como del lactante y el niño.[5]

Al encontrarse los programas directamente relacionados con aspectos relativos a la exposición al riesgo de embarazo, la fecundidad natural y el control voluntario de la misma, ésta resulta ser una de las variables demográficas más representativas para medir eficacia, eficiencia e impacto de los programas de planificación familiar, aun cuando los programas no son el único instrumento que influye en la disminución de su nivel, pues existen otros factores relacionados con aspectos socioeconómicos, culturales y ambientales que impactan a la fecundidad, tales factores se conocen como variables intermedias. Entre ellas podemos mencionar:

- Uniones maritales y otras formas de convivencia
- Frecuencia de relaciones sexuales dentro de la unión
- Control voluntario de nacimientos
- Lactancia
- Aborto espontáneo o inducido... etc.

La disminución de la fecundidad tiene una repercusión a mediano y largo plazo sobre el tamaño, composición y estructura de la población; para evaluar el impacto demográfico del programa de planificación familiar, es necesario considerar las variables fundamentales que determinan los niveles de fecundidad y la proporción de mujeres casadas o unidas según su edad.[6] De este modo, los cambios se observan por medio de indicadores estadísticos, siendo los más comúnmente utilizados: la tasa de natalidad, tasas específicas de fecundidad, tasa global de fecundidad, tasas de fecundidad marital, edad promedio a la primera unión y proporción de mujeres casadas o unidas en los grupos de edad fértil.[7] Estos indicadores se

---

[4] La edad, la paridad y los intervalos de tiempo entre nacimientos son determinantes de la mortalidad perinatal (muerte fetal ante e intra-partum y muerte neotatal temprana).

[5] Informacion detallada respecto a estudios de salud en: National Research Council: *Anticoncepcion y reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo*, Washington D.C., USA, Ed. Médico Panamericana, 1990, *passim*.

[6] Porras afirma que el efecto demográfico de los programas de planificación familiar ocurre a través del uso de metodos anticonceptivos y a través del retraso en la edad a la primera unión o matrimonio. Porras, Agustin: "Comentario a la ponencia: 'Niveles e impacto demografico de la anticoncepción'", en: *Memoria de la reunión... op. cit.*, p. 43.

[7] Una definicion de estos estadisticos, se podrá encontrar en el apendice C de este trabajo.

obtienen con base en los censos nacionales, el sistema de estadísticas vitales y las encuestas demográficas.

Se han utilizado también otro tipo de indicadores más directos en la evaluación de los efectos de un programa. Tenemos por ejemplo, que hace aproximadamente dos décadas, la evaluación se basaba en el número de aceptantes de los programas y su distribución porcentual de acuerdo a estadísticas sociodemográficas y método anticonceptivo empleado, lo que proporcionaba información bastante útil. En nuestros tiempos, a menudo son aplicadas metodologías de impacto demográfico para calcular los nacimientos que se evitan con un determinado número de usuarias de métodos anticonceptivos y así predecir las modificaciones que sufrirá la tasa de natalidad del período en cuestión; ahora bien, aunque el valor predictivo de ellas no es del todo confiable debido primordialmente a la serie de supuestos que involucran y a las limitaciones en la información, hasta ahora han aportado conocimientos importantes sobre el proceso a través del cual la variable intermedia anticoncepción afecta a la fecundidad.

Diversas investigaciones han abordado las repercusiones demográficas, en la salud de la población y en el aspecto costo-beneficio de los programas. De este modo, se ha podido demostrar que ha tenido un efecto determinante el incremento en el uso de anticonceptivos sobre la disminución de la fecundidad;[8] que la anticoncepción ha propiciado disminuciones en la morbimortalidad al reducir la incidencia de embarazos de alto riesgo,[9] y que ha habido una relación positiva en términos de costo-beneficio.[10]

En lo relativo a los impactos demográficos de la planificación familiar, ha sido frecuente utilizar la prevalencia en el uso de anticonceptivos y el número de aceptantes como indicadores de evaluación. Son muchísimos los factores que intervienen en la relación entre el uso de anticonceptivos y la fecundidad, algunos de los cuales caracterizan a la anticoncepción en sí misma. No es suficiente la aceptación del uso de un método de control de embarazo para que los programas logren el impacto pretendido: que se reduzcan los niveles de fecundidad de la población y mejoren las condiciones de salud materno-infantil. Si bien es cierto que la aceptación del uso de los métodos de prevención del embarazo es una condición necesaria para que los programas de planificación familiar logren un impacto, esto no es suficiente para asegurar un descenso en el nivel de fecundidad de la población ni un mejoramiento de las condiciones de salud materno-infantil. A la vez que es necesario analizar factores sociales, económicos y demográficos, se deben considerar también para la evaluación aspectos como la efectividad y la continuidad (la regularidad y el tiempo de uso de los anticonceptivos proporcionados

---

[8] Aparicio, R.: *Niveles, tendencias...*, *op. cit.*, p. 27-41.

[9] Aparicio, R. y otros: *Impacto del programa de planificación familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la mortalidad perinatal*, Col. Temas de Planificación familiar, México, D.F., AMIDEM-IMSS, 1989.

[10] Martínez, J., editor de: *Análisis del costo beneficio del programa de planificación familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México, D.F. IMSS. 1987.

por un programa). Es sumamente importante el aspecto de la regularidad en el uso, ya que existen métodos que requieren de gran participación y constancia por parte de la persona aceptante y la menor falla o irregularidad en el uso, puede ocasionar la presencia de un embarazo. De hecho, la efectividad y la continuidad en el uso de los métodos proporcionados por un programa se reconocen internacionalmente entre los criterios más relevantes para la evaluación.

La continuidad en el uso, es uno de los indicadores fundamentales para valorar la aceptabilidad de un método anticonceptivo a lo largo de las distintas fases de la investigación clínica. Una vez que dicho método ha sido incorporado a la prestación de servicios de un programa de planificación familiar, la continuidad en su uso constituye un importante aspecto de la evaluación de dicho programa.

En la medida en que un programa sea capaz de ofrecer métodos anticonceptivos de alta eficacia y mínimos efectos secundarios indeseables, la continuidad de sus aceptantes será mayor y tenderá a incrementarse el número de sus usuarias. Ello tendrá como consecuencia cierto impacto demográfico al reducir la fecundidad de la población. Más importante es la posibilidad de mejorar la salud materna e infantil, si el uso de los anticonceptivos ofrecidos por el programa llega a propiciar la adopción de patrones reproductivos que disminuyen la incidencia de embarazos de alto riesgo.

En México, la continuidad y la efectividad en el uso de los métodos anticonceptivos han sido estudiadas en situaciones que varían desde muestras pequeñas de participantes en ensayos clínicos de nuevos métodos anticonceptivos, hasta amplias muestras representativas de todas las aceptantes de una institución. Destacan principalmente los estudios llevados a cabo por la Fundación para Estudios de la Población,[11] por la Secretaría de Salubridad y Asistencia[12] y por el Instituto Mexicano del Seguro Social.[13] En todos estos estudios se hizo un seguimiento de un grupo de aceptantes de los programas institucionales respectivos.

La Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo de Fecundidad y Mortalidad de 1979 (ENP), permitió contar por primera vez con información al nivel nacional sobre la continuidad y las tasas de fallas de los métodos. Dicha información hizo posible estimar el comportamiento de la población que regula su fecundidad con métodos tradicionales como la abstinencia periódica y el coitus interruptus, así como de aquélla que obtiene los métodos en farmacias o con médicos privados.

---

[11] Keller, A.: "Mexico City: a clinic drop-out study", en: *Studies in Family Planning*, New York EUA, The Population Council, 1971, Vol. 2, Num. 9.
Correu, S. y Keller, A.: *Tasas de deserción de pacientes que acuden a clínicas de planificación familiar*. Ginecología y Obstetricia de México, 1974, Vol. 8, Num. 218.

[12] Solís, A. y otros: Programa de Planificación Familiar de la SSA. *Continuidad de las aceptantes en los servicios y en la anticoncepción*, Salud Pública de México, México, SSA, 1975, p. 707-718.

[13] Gallegos, A. y otros: "Recent trends in contraceptive use in Mexico", en: *Studies in family planning*, New York EUA, The Population Council, 1977, Vol. 8, Num. 8.

En esta investigación, se hace particular referencia a un trabajo que se analizó la información sobre continuidad y efectividad en el uso de métodos anticonceptivos proporcionada por la ENP.[14] Dicho estudio, era el más reciente realizado al respecto, por lo que para el presente trabajo se le tomó como punto de partida y base de comparación.

El mencionado análisis, se realizó para una cohorte[15] de mujeres que adoptaron un método a partir de enero de 1974. Al igual que en estudios anteriores se encontró que independientemente del tipo de tasas de continuidad, del método y del año de inicio, las mujeres jóvenes, con baja paridad y con pocos años de unión, al momento de la adopción mostraban las mayores probabilidades de abandono. Esta situación merece ser estudiada con mayor profundidad, ya que la mayoría de estas mujeres no suspendieron la anticoncepción por su deseo de embarazo, sino por otras razones, dejándose ver un riesgo más alto de presentarse embarazos no planeados.[16]

Asimismo, los resultados no mostraron diferencias en la continuidad cuando las mujeres fueron clasificadas de acuerdo al lugar de residencia, a su educación y su condición de actividad. No obstante, cuando se consideró la adopción de un segundo método antes del embarazo, se observó que era más factible que se reanudara el uso entre las mujeres con más escolaridad, las que trabajaban y que vivían en áreas urbanas.

A partir de lo anterior se puede suponer que ciertos factores sociales influyeron determinantemente en la dinámica de uso de anticonceptivos, por lo que se considera conveniente mencionar con mayor detalle las características sociodemográficas de las mujeres que han aceptado algún método anticonceptivo entre 1974 y 1979. Así:

El mayor número de mujeres entrevistadas que se incorporaron al programa de planificación familiar hasta 1979, aceptando un método de control natal, se encontraban unidas o casadas; de manera que las conclusiones obtenidas se refieren principalmente a dichas mujeres.

Como resultado del estudio realizado para el periodo 1974-1979 sobre uso de los métodos anticonceptivos, se sabe que entre las mujeres con menor grado de escolaridad existe menos aceptación de los métodos, en comparación con las que tienen un mayor nivel académico. Asimismo, se encontró que la mayoría de las mujeres se inició en la anticoncepción con un método no definitivo y una minoría

---

[14] Aparicio, R.: *Análisis del Uso-Efectividad de los Métodos Anticonceptivos*, Tesis de licenciatura, ENEP-Acatlán, Universidad Nacional Autónoma de México, 1982, *passim*.

[15] Se llama cohorte a un grupo de personas que comparten una experiencia demográfica, y al que se observa durante un tiempo.

[16] Aparicio, R.: *Análisis del uso efectividad ..., op. cit.*
Rábago, A. y Aparicio, R.: "Análisis de la continuidad en el uso de métodos anticonceptivos en México en el periodo 1974-1979". en: *La Revolución Demográfica en México 1970-1980*, México, Martínez J. ed., Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982, p. 317-393.

de ellas lo hizo con un método tradicional; siendo las pastillas aceptadas en gran medida como primer método.

Por otra parte, se confirmó que durante el primer segmento de uso existió mayor probabilidad de interrumpir la anticoncepción entre las mujeres jóvenes que tenían pocos hijos y años de unión, incluso, se notó la existencia de una gran relación entre edad y paridad de las usuarias, a tal grado que fue indiferente hablar de edad o paridad pues los resultados eran similares.

Se confirmó también que las tasas de embarazo utilizando DIU, pastillas o inyecciones, eran relativamente bajas. No obstante, tomando en consideración la causa por la que estos métodos fueron abandonados, los efectos colaterales cobraron gran importancia. Asimismo, para los métodos locales, los tradicionales y el preservativo, la probabilidad de falla era significativa, sin embargo, los efectos colaterales no tuvieron gran trascendencia como causa de abandono.

Cuando la mujer se iniciaba como usuaria con un método hormonal, se comprobó que ésta lo abandonaba en mayor medida no por deseo de embarazo sino por efectos colaterales; si el método inicial era el dispositivo, éste se abandonaba principalmente por expulsión del mismo o por efectos colaterales. El uso de los métodos tradicionales se interrumpía principalmente por falla del mismo o deseo de embarazo. Es importante mencionar que el DIU como método inicial se abandonaba en menor proporción comparado con los métodos locales y el preservativo.

Al analizar el abandono de acuerdo al tiempo de uso, se observó que para cualesquiera de los métodos y grupos sociodemográficos, la probabilidad de abandono durante los seis primeros meses era notablemente mayor en comparación con cualquier otro período. Por otro lado, se encontró que de las mujeres que terminaron el primer segmento de uso, aproximadamente las dos terceras partes de ellas reiniciaron la anticoncepción. En este sentido, no se encontraron grandes diferencias al observar diversos tamaños de localidad y ocupación. Aunque sí se observó que las mujeres que trabajaban, las que habitaban en zonas urbanas y quienes tenían mayor escolaridad, tendían a cambiar de método fácilmente, probablemente porque contaban con mayor número de fuentes para obtenerlos.

La información antes expuesta, es la más reciente con que se contaba en México sobre la continuidad en el uso de los distintos métodos anticonceptivos, sus probabilidades de falla y la medida en que las usuarias sufren efectos colaterales indeseables asociados a su uso -además de haber sido la única a nivel nacional-, de ahí su importancia. Como ya se dijo, estos datos se refieren a un período que comprende los años de 1974 a 1979, una etapa clave para el desarrollo de nuevas actitudes hacia la planificación familiar, al haberse comprendido la necesidad de reorientar la política demográfica y hacerla acorde a las nuevas metas de desarrollo. Recuérdese, que fue en 1973 cuando la planificación familiar fue aceptada oficialmente a través de la nueva Ley General de Población y que en 1977 se aprobó el Plan Nacional de Planificación Familiar, estableciendo una meta demográfica que consistía en una reducción de la tasa de crecimiento de la población de 3.3% en 1976 al 2.5% en 1982.

Así pues, resulta trascendental un análisis de la evolución que sufren a través del tiempo las variables de interés, como consecuencia de las acciones realizadas durante ya casi dos décadas por los programas de planificación familiar (actividades de educación, información, comunicación y prestación de servicios que rompieron los esquemas establecidos hasta entonces en lo referente al número y espaciamiento de los hijos).

Una caracterización del uso de anticonceptivos en México como la que se realizó en 1979, requiere compararse con un trabajo similar, formulado con una serie de datos cuya recolección resulta costosa y compleja; es común que a las instituciones interesadas en este tipo de información les sea difícil llevar a cabo encuestas similares y aplicarlas a nivel nacional.

En 1987, la Dirección General de Planificación Familiar llevó al cabo la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 (ENFES), mediante la cual, se obtuvo información que permitió realizar estimaciones de la continuidad en el uso de los distintos métodos anticonceptivos, sus probabilidades de falla y la medida en que las usuarias perciben efectos colaterales indeseables asociados a su uso, así como la influencia que tienen algunos factores demográficos, sociales y económicos; estimaciones aplicables a la población mexicana en el período comprendido de 1982 a 1987. De tal manera que, este es el segundo estudio realizado en México sobre las tasas de continuidad en el uso de métodos y esto conducirá a un mejor conocimiento de la actuación de las aceptantes mexicanas en torno a la anticoncepción.

El uso-efectividad de los métodos anticonceptivos en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

En el presente capítulo, se tratará la metodología utilizada en la ENFES y, por supuesto también, la estrategia que se aplicó para la consecución de los objetivos de este trabajo.

Así pues, recuérdese el planteamiento inicial, que fue establecido en términos de generar y analizar información más reciente sobre continuidad y efectividad en el uso de métodos anticonceptivos. Íntimamente ligado al tema de interés, está el estudio del uso-efectividad de los métodos, que si bien no está contemplado en los objetivos que ocupan a esta investigación, se juzga conveniente introducir el término lo cual enriquece la exposición.

El uso-efectividad se refiere al grado en que se reduce la probabilidad de embarazo con un determinado método cuando éste se está utilizando, y por consiguiente, de la medida en que se reduce la incidencia de embarazos no deseados gracias al uso de anticonceptivos.[17] Tradicionalmente, la medición cubre todos los periodos de uso incluyendo irregularidades en la práctica anticonceptiva, pero excluye periodos de no uso que siguen al abandono de la anticoncepción. En estudios de un método específico, el cambio a otro método también termina el periodo de exposición en consideración.[18]

La valoración del uso-efectividad requiere conocer la fecundidad potencial de las aceptantes[19] en ausencia de la anticoncepción —a fin de saber realmente el efecto

---

[17] Tietze, C. y Lewit, S.: *Recommended procedures for the study of use-effectiveness of contraceptive measures*, IPPF, Medical Handbook, Part I, London, 1965.

[18] Tietze, C. y Lewit, S.: *Statistical Evaluation of contraceptive methods: use-efectivenes and extended use-efectivenes, sii*, Demography, 1968.

[19] Se refiere a la fecundidad que tendrían las mujeres o parejas si no estuvieran en un programa específico de planificación familiar: esto puede implicar el uso de algún anticonceptivo a través de otro canal (si este existe) y coincidiría o no con la fecundidad natural, dependiendo de si el uso en

logrado mediante el uso de métodos –, la duración de uso y las probabilidades de abandono por distintas causas, especialmente por fallas de método; así se ve que las tasas de continuidad son una aproximación y ofrecen elementos para estudiar el uso efectividad.

En lo relacionado a fecundidad potencial, es necesario calcular la probabilidad de embarazo en ausencia de la anticoncepción, labor que amerita un análisis profundo y minucioso de la historia de embarazos que ofrece la ENFES, así como también de la práctica de la lactancia.

La historia de uso de la ENFES, permite calcular lo que se conoce como Tasas de Continuidad (que en términos muy generales se puede decir que representan la probabilidad de acumular cierto período de anticoncepción sin embarazo),[20] y Tasas de Abandono (probabilidad de abandonar un determinado tipo de continuidad en cierto período, por alguna causa);[21] además de dar datos sobre fallas de método; de tal suerte, que se aprovechará dicha información para obtener los indicadores mencionados.

El desarrollo de una técnica de medición de la fecundidad potencial e inclusive del uso-efectividad a partir de la información de la información de la ENFES, escapa a los objetivos de este trabajo, por lo que se encomienda esa tarea a investigaciones posteriores en las que se espera sea posible el aprovechamiento de los frutos de la presente investigación, pues es complemetaria al tema.

Se puntualiza así el interés por realizar el mejor acercamiento posible al uso-efectividad, mediante la observación de tasas de continuidad y la efectividad en el uso de métodos anticonceptivos, para los datos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987.

---

el sector privado o comercial y la recurrencia al aborto es significativa o no en esa población. Palma, Y.: *Efectos de los programas de planificación familiar sobre la fecundidad: Un modelo estocástico*, México, Asociación Mexicana de Población A.C., 1980.

[20] Una definición de los diferentes tipos de continuidad y de la interpretación correcta para ellos se puede consultar en el Apéndice C de este trabajo. Ejemplos detallados en: Aparicio, R.: *Análisis del uso efectividad...*, *op. cit.*, p. 54-61.

[21] Ibid.

Metodología

En su gran mayoría, los estudios realizados en México a fin de analizar la continuidad y el uso-efectividad de los métodos anticonceptivos, se han basado en el seguimiento a un grupo de aceptantes de un programa de planificación familiar. Esto se hace seleccionando una muestra de mujeres que utilizan un método ofrecido por un programa y revisando sus expedientes clínicos; en caso de que en ellos no se encuentre la información necesaria para construir una historia de su uso de anticonceptivos desde que los aceptó por vez primera, hasta la fecha del estudio, se localiza a las aceptantes y se les entrevista de nuevo para completar los datos de lo que se conoce como "historia de uso de métodos anticonceptivos".

Sin embargo, estos estudios de seguimiento presentan algunos inconvenientes: los problemas de memoria de las entrevistadas para recordar situaciones y fechas de suma importancia en la investigación, y más complicado aún, frecuentemente resulta imposible encontrar a un gran número de mujeres cuyos expedientes están incompletos, este grupo en ocasiones ha sido mayor al 50% de la población seleccionada.[12] Por estas razones, a partir de los últimos 20 años se ha optado por el levantamiento de encuestas sobre una muestra de mujeres en edad fértil, representativa de una comunidad.

De esta forma, se elimina el problema de la localización de aceptantes para completar las historias de uso al lograr todos los datos en una entrevista, además es posible caracterizar el comportamiento de las variables tanto para las mujeres que utilizan los servicios del sector público como del privado y analizar las diferencias.

Claro que por su parte, esta metodología puede presentar algunas deficiencias si se toma en cuenta que las entrevistadas pueden o no declarar alguna práctica anticonceptiva, o que, dado que sólo se entrevista a mujeres en edad fértil (15 a 49 años) se excluyan aquellas que hayan utilizado métodos anticonceptivos durante el periodo que se estudia y que no pertenezcan a ese grupo de edad; incluso también se excluyen aquellas usuarias que salen del país o mueren antes de levantarse la encuesta. La mayor debilidad de tales estudios son los problemas de memoria de alguna entrevistada, lo que dificulta que recuerden todas las fechas de inicio y terminación de empleo de un método, puntos clave para la elaboración de su historia

---

[12] En México, este porcentaje ha sido alrededor del 56% en estudios realizados por la SSA y el IMSS. Aparicio, R.: *Análisis del uso-efectividad..., op. cit.*, p. 72. Una discusión más amplia sobre este problema se encontrará en: Jejeebhoy, S.: "Medición de la calidad y la duración del uso de los anticonceptivos: sinopsis de los nuevos métodos", en: *Boletín de Población de las Naciones Unidas*. Nueva York, EUA, Organización de las Naciones Unidas, 1991, p. 17.

de uso. Incluso, se ha demostrado que algunas mujeres tienden a no declarar periodos cortos de práctica anticonceptiva.[23]

En México, se presentaron algunas dificultades adicionales a las mencionadas, al tratar de obtener mejores estimaciones sobre los niveles de aceptación de métodos. Citemos a Urbina, quien en 1988 mencionó tales inconvenientes y la solución encontrada:

"Para conocer el nivel de cobertura de los programas, la información de que se disponía era la que proporcionaban los sistemas de registro de cada institución, los cuales mostraban deficiencias de considerable magnitud, debido a diferencias en cuanto a los conceptos de usuarias nuevas y activas de los distintos métodos anticonceptivos, y a una alta probabilidad de doble registro de usuarias, lo que traía como consecuencia una fuerte sobreestimación de las coberturas. Adicionalmente, se desconocía completamente el monto y las características de las usuarias del sector privado.

Para subsanar esta situación se estableció la necesidad de generar información a través de encuestas. Su desarrollo ha sido notable; ya se cuenta con cinco encuestas realizadas con cobertura nacional y regional (la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976, las Encuestas Nacionales de Prevalencia en el Uso de Anticonceptivos de 1978 y 1979, la Encuesta Rural de 1981 y la Encuesta Nacional Demográfica de 1982), que junto con el censo de 1980, permiten actualmente tener una visión más clara, no sólo de la evolución de la planificación familiar sino también de los problemas que estuvieron presentes en el proceso de programación".[24]

Posteriormente, tanto en la Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud (ENFES) de 1987, como en la Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Anticonceptivos (ENP) de 1979, se utilizó esta metodología, pretendiendo con ello contar con una representatividad a nivel nacional, lograr un mayor control sobre los errores de respuesta y obtener información más detallada.

La ENFES en general, pretende aportar los datos necesarios para analizar el comportamiento reproductivo de la población en nuestro país, considerando aspectos demográficos y de salud, ofreciendo dar continuidad a los estudios llevados a cabo con anterioridad respecto a prácticas anticonceptivas. En este sentido, es muy útil para la evaluación de algunos de los resultados más recientes de los programas de planificación familiar; los criterios empleados en la ENFES permitirán conocer aspectos que se refieren a los niveles de uso de anticonceptivos y características de las mujeres a nivel nacional, ya que como se mencionó, anteriormente sólo se

---

[23] Bailey, J. y otros: *Fertility and Contraceptive Practice: Bogota 1964-1974*, p. 249-260, citado por Aparicio, R. *Análisis del uso-efectividad...*, *op. cit.*, p. 73.

[24] Urbina, Manuel, prologuista de: *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, Memoria de la Reunión celebrada el 18 de Febrero de 1988, copia mimeografiada, México, SSA, 1988, p. 4.

contaba con información relativa a aceptantes que recibieron servicios en una institución determinada. Claro que se observan las variables que inciden en la fecundidad -las cuales fueron mencionadas en el capítulo anterior-, pero además ahora se cuenta con la exposición al riesgo de concebir, no sólo por lo que se refiere al tiempo de unión si la hay, sino por la frecuencia de las relaciones sexuales. Otro punto interesante en la encuesta es la particular atención otorgada a la identificación de grupos sociales que presenten diferenciales importantes en su comportamiento reproductivo.

Por lo que se refiere al tema que nos ocupa, es posible estudiar la continuidad y el uso-efectividad de los métodos mediante la historia de uso de anticonceptivos incluida en la ENFES, la cual, de la misma forma que en la ENP, fue construida a manera de obtener información de los últimos cinco años anteriores a la encuesta; de tal forma que además de tener una historia de embarazos, también incluida, es posible calcular tasas de continuidad por método, tasas de falla en el uso, obtener razones de discontinuidad y la conocer la influencia de algunas variables socioeconómicas en la duración de los segmentos de uso.

Tabla de uso de métodos anticonceptivos

Se llama tabla de uso de métodos anticonceptivos a aquella que contiene toda la información referente a la práctica anticonceptiva de una mujer y fue incluida una de ellas tanto en el cuestionario de la ENFES como en el de la ENP. Para construirla, es imprescindible conocer los métodos que usaron las aceptantes, durante cuánto tiempo y la razón de interrupción en el uso, especialmente si se debió a un embarazo. A cada período de uso, se lo conoce también como segmento de uso y así le llamaremos a partir de este momento. De manera que, con los datos de la tabla de uso será factible obtener tasas de continuidad para el primer método utilizado por las mujeres, tasas de continuidad para el primer segmento que ellas tengan, y tasas de continuidad en la anticoncepción también; todas ellas serán explicadas en su oportunidad.

En la ENFES, esta tabla de uso se elaboró principiando por el método utilizado más recientemente (o el actual en ese momento) y se completó de manera regresiva hasta contar con los últimos cinco segmentos anteriores a la fecha de la entrevista, a diferencia de la manera en que se construyó en la ENP, en donde se completó empezando por el primer método (con el que la aceptante se inició en la anticoncepción), y añadiendo los siguientes cinco períodos de uso hasta el momento de la entrevista.

La duración de cada segmento de uso se tomó como el número de meses que un anticonceptivo fue utilizado en forma continua.[25] Aclaremos que se consideró interrupción a aquel período de no uso mayor de un mes sin importar si la mujer se hubiera embarazado o no[26], de igual forma, a cualquier período de no uso menor de un mes en el cual la mujer no resultó embarazada, no se le consideró interrupción.[27] "Ya que se desea estudiar la efectividad de los métodos, la ocurrencia de un embarazo constituye automáticamente una suspensión de uso del método, aún cuando la mujer siga utilizándolo durante algún tiempo".[28]

---

[25] Aparicio, R.: *Análisis del uso-efectividad..., op. cit.*, p. 74.

[26] Tietze, C. y Lewit, S.: *"Statistical Evaluation of Contraceptive Methods: Use-Effectiveness and Extended Use-Effectiveness"*, p. 931-940, cit. por Aparicio, R.: *Análisis del uso-effectividad...*, p. 74.

[27] Sinquefield, J.: "Single and multiple decrement life table procedures for the analysis on the use-effectiveness of contraception", en: *Familiy Planning Research and Evaluation Manual*, Rapid Feedback for Family Planning Improvement, University of Chicago, 1973, No. 8.

[28] Aparicio, R.: *Análisis del uso-efectividad..., op. cit.* p. 74.

En un segmento únicamente se toma en cuenta el tiempo de uso de determinado método, por lo que los cambios de método dan por terminado el segmento de uso para cada método. En caso de abandonar un método mas de un mes y reiniciar su uso, también se considera un nuevo segmento a partir de la reanudación.

Para las encuestas de interés, la tabla de uso de métodos anticonceptivos, contiene los distintos métodos utilizados asi como las fechas de inicio y terminación de cada segmento con los que se encuentra la duración de uso para los diferentes tipos de continuidad; también se preguntaron las fuentes de obtención de los métodos para determinar las coberturas de los sectores público y privado y la principal razón de abandono para estudiar su efectividad.

Producción de resultados

Prueba piloto y trabajo de campo

En la ENFES, se definió como población en estudio a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) que residían habitualmente en el hogar y que no estaban temporalmente ausentes y a las mujeres que se encontraban en el mismo de manera temporal aunque no residiesen habitualmente en él.[29]

Para la conformación del marco muestral, se pensó en las diferencias sociales, económicas y culturales que hay en nuestro país y en el peso que tales agentes tienen en el comportamiento reproductivo y en los determinantes de la fecundidad; así pues, para profundizar más en los objetivos planteados por la ENFES, se dividió al país en nueve zonas geográficas de entidades federativas contiguas y completas,[30] y se preparó el marco de tal manera que se pudieran generar datos por región. De este modo, el tamaño de muestra sugerido fue de 10,310 mujeres, para lo cual se estimó necesario visitar 8,100 viviendas.[31]

Mediante la prueba piloto se evaluó la efectividad de los cuestionarios como herramienta en la captación de información referente a los temas de interés en el estudio y se realizó una detallada revisión de los procedimientos de llenado.

Se observó también su aplicabilidad a los diversos grupos sociales, niveles de rechazo a la entrevista, localización de las viviendas, tiempo de duración de la entrevista, etc. y las estrategias adecuadas para reducir los obstáculos que se pudiesen presentar en el trabajo de campo.

---

[29] Simultáneamente, y dados los objetivos de la encuesta, se definió también como población por estudiar a todos los hogares que se encontraban en viviendas no institucionales (es decir, se excluyeron viviendas colectivas, grupos familiares que no podían asociarse con una vivienda particular y los municipios en los que el 90% de la población no hablaba español. Dirección General de Planificación Familiar: *Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud 1987*, México, Secretaría de Salud/Demographic and Health surveys, 1989, p. 2.

[30] La descripción de las zonas geográficas en que se dividió el país, mapa y justificaciones se encontrará en: Dirección General de Planificacion Familiar: *Encuesta Nacional Sobre Fecundidad ....*, *op. cit*, *Cap. I.*

[31] *Ibid*, pp. 3-4.

En base a tales resultados se hicieron las modificaciones pertinentes al cuestionario para mejorar la calidad de las estimaciones pretendidas y se realizó una segunda prueba piloto a fin de verificar los efectos de estos cambios.

El personal encargado de recolectar en campo los datos para la ENFES fue cuidadosamente seleccionado y capacitado para el levantamiento que se llevó a cabo durante los meses de febrero a mayo de 1987.

Pruebas de consistencia

Como se mencionó, durante la capacitación de las entrevistadoras se hizo incapié en su conocimiento de los objetivos de la encuesta y de la importancia de contar con información completa y congruente. En consecuencia, durante el trabajo de las entrevistadoras, ellas mismas verificaban personalmente la coherencia en las respuestas de las mujeres, poniendo especial interés en lo referente a fechas, por ejemplo: que la fecha de nacimiento fuera consistente con la edad del hijo; que la longitud del intervalo entre dos fechas seguidas en la historia de embarazos fuera consistente, tomando en cuenta el tipo de evento que cerraba el intervalo, así como también la fecha de la primera unión, la fecha de nacimiento de la mujer, etc.

Una vez que se recibieron los cuestionarios provenientes de las zonas de levantamiento, éstos fueron codificados y capturados en microcomputadoras utilizando el sistema estadístico ISSA (Integrated System for Survey Analysis), especialmente diseñado para el manejo integrado de encuestas complejas como la ENFES, el cual, permitía ir verificando rangos y consistencia en la secuencia de preguntas. Con este sistema se evitan omisiones, duplicaciones e incongruencias en la información al no permitir la captura de códigos equivocados en las variables, que pudiesen originarse en alguna de las etapas de recolección y codificación.[32]

Posterior a la carga de datos, se llevó al cabo una segunda etapa de depuración mediante la aplicación de procedimientos en computadora; con ellos se detectaron errores en la información que pudieron haberse generado ya sea en las entrevistas, en la codificación o en la misma captura.[33] Se verificaron nuevamente las fechas asociadas a los eventos ya mencionados, siendo particularmente favorable a los objetivos del presente trabajo, la revisión de fechas relativas a la tabla de uso de métodos anticonceptivos y a la historia de embarazo.

---

[32] Dirección General de Planificación Familiar: *Encuesta Nacional Sobre Fecundidad..., op. cit*, p. 155.

[33] La definición de criterios para validar cada tipo de error, se podrá consultar en: Dirección General de Planificación Familiar: *Manual para la depuración de la información 1987*, copia mimeografiada, SSA, 1987, *passim*.

Depurada la información y habiendo evaluado los niveles de no respuesta en las preguntas, se procedió a la imputación de valores necesarios en algunos casos, para continuar después con una comparación con otras fuentes de información como censos, encuestas y proyecciones de población.[34] Así, se obtuvieron los archivos de datos definitivos en diskettes con la información completa y consistente; la cual, después de la depuración contaba con los datos de 9,310 mujeres.

El proceso hasta aquí mencionado fue realizado por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud; el cálculo de tasas de continuidad y el análisis que se describe desde este punto y hasta el final de la exposición, fue realizado por las autoras de esta tesis.

Programas de creación de variables y de producción de resultados

Al considerar que en la ENFES se entrevistó a un grupo de mujeres que en 1987 tenían de 15 a 49 años de edad, para este trabajo se definió como población de estudio a aquellas mujeres entrevistadas que hayan aceptado algún método anticonceptivo entre los años de 1982 y 1987. Tómese en cuenta, que la ENFES proporciona para dichas aceptantes una historia completa de uso que permite realizar un estudio de continuidad en el uso de métodos anticonceptivos.

Definida la población de interés, se procedió a elaborar un sistema computacional de características particulares para la interpretación de información de las mujeres entrevistadas en la ENFES, y comprendido por un grupo de programas que permitieron identificar a las mujeres objeto de estudio, obtener los tiempos de uso y las razones de abandono para los diferentes tipos de continuidad,[35], así como también distinguir las características sociodemográficas de las aceptantes; de esta manera, se conformó un archivo con la información suficiente para la producción de resultados.[36]

A pesar de las validaciones realizadas, en esta etapa se encontró que algunas mujeres carecían de una historia de uso completa porque no se contaba con todas

---

[34] Niveles de no respuesta y las técnicas de imputación empleadas en la ENFES se podrán consultar en: Dirección General de Planificación Familiar: *Encuesta Nacional Sobre Fecundidad..., op. cit*, Anexos III y IV.

[35] Como se dijo con anterioridad, se habla de continuidad en el primer segmento, continuidad en el primer método y continuidad en la anticoncepción. Las definiciones respectivas se encontrarán en el Apéndice C.

[36] Cabe aclarar que con una muestra de 200 casos del total de la información, se hicieron la pruebas pertinentes a dichos programas verificando la obtención de los resultados esperados; así se evitó el poner en riesgo la integridad de los datos de la encuesta.

las fechas necesarias para su determinación. En la mayoría de los casos esto ocurrió debido a que no se había captado el mes de inicio o fin de un segmento. En tales casos, suponiendo que la distribución del tiempo de inicio y fin de segmento se distribuye uniformemente en el año, se decidió asignar el mes de junio, a menos de que tal asignación ocasionara un traslape entre periodos de anticoncepción y embarazo, o bien, que la duración del segmento careciera de sentido —por ejemplo, que la fecha de inicio fuera mayor a la fecha de terminación o que la fecha de terminación fuera menor a la fecha de inicio—. De esta manera, se logró recuperar algunos datos, ya que el hecho de no tener la fecha de inicio y fin de segmento, no sólo implica perder información de ese segmento, sino de toda la historia de uso para la mujer en cuestión.

Para estimar las tasas de continuidad del primer método y de la anticoncepción, así como sus respectivas tasas de abandono, se utilizó un sistema elaborado específicamente para este tipo de análisis. Con este sistema, de acuerdo a la técnica de tabla de vida, se generaron tablas de decremento múltiple, para después obtener probabilidades de continuidad en el uso, o bien, de abandono del método.[37]

La razón principal para haber elegido esta técnica, fue la necesidad de generar información comparable a los datos analizados por Aparicio para 1979, los cuales fueron procesados bajo este mismo procedimiento; de otro modo, resultaría arriesgado afirmar la existencia de cambios en el patrón de comportamiento de las tasas, cuando se desconoce la medida en que éstos fueron consecuencia de algún cambio en la forma de generar los datos.

Aparicio concluyó su análisis con una serie de recomendaciones para la aplicación de la técnica de tabla de vida en estudios posteriores[38], las cuales fueron tomadas en cuenta siempre y cuando favorecieran a la calidad del contenido de este trabajo y que no hicieran diferencia en la manera de calcular las tasas —recuérdese que la intención de este trabajo es únicamente analizar el comportamiento de las tasas a través del tiempo transcurrido desde entonces—, tales recomendaciones se mencionarán en su oportunidad durante el análisis de la información.

---

[37] Las funciones de la técnica de tabla de vida se muestran en el Apéndice C de este trabajo.

[38] Aparicio, R.: *Análisis del uso-efectividad...*, *op. cit.*, p. 127-137.

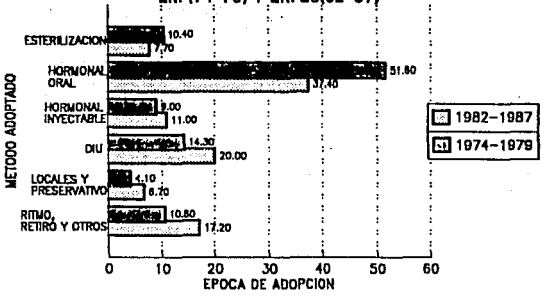
Evaluación preliminar de resultados

Como se enunció anteriormente, se logró obtener información completa para 9,310 mujeres entrevistadas, sin embargo no todas fueron sujetas a la población de estudio de este trabajo; recuérdese, que ésta fue definida como aquel grupo de mujeres que aceptaron algún método anticonceptivo entre los años 1982 y 1987.

Propiamente dicho, al ser éste un estudio de tipo transversal, se habla de una cohorte de aceptantes en el periodo 1982-1987 para las que se cuenta con una historia completa de uso de métodos anticonceptivos, siendo estos datos de características semejantes a los obtenidos de la ENP para los años 1974-1979.

GRAFICA 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACEPTANTES SEGUN METODO Y EPOCA DE ADOPCION ENP(74-79) Y ENFES(82-87)



Fuente: Datos del período 82-87 calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987; datos referentes al ciclo 74-79: Aparicio, R.: *Análisis del uso-efectividad... op. cit.*

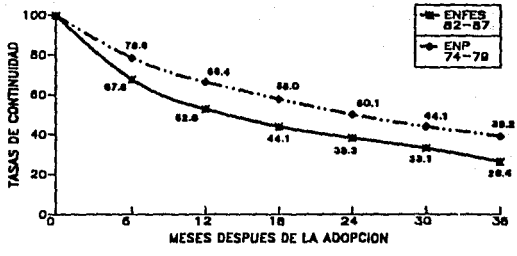
Adicionalmente, y puesto que la tabla de uso de métodos anticonceptivos de la ENFES capta información sólo para cinco segmentos de uso, se decidió incluir en el estudio a aquellas mujeres que tuvieran sólo hasta cinco segmentos[19]. Como consecuencia de la clasificación mencionada, la población se constituyó de 1,681 mujeres cuyas características eran semejantes a las de las mujeres que conformaron la cohorte de aceptantes en la ENP para 74-49.

Una revisión de los resultados, previa al análisis exhaustivo de ellos, da lugar a hacer los siguientes comentarios: en general se encontró que, mientras que en 1974-1979 una de cada dos aceptantes recurría a los hormonales orales como método inicial, siendo además los más aceptados seguidos por el DIU, la proporción disminuyó a una de cada tres en el período 1982-1987 y tienen ahora el mismo orden de aceptación (Gráfica 1).

---

[19] Unicamente el 1.3% de los casos tenían más de cinco segmentos de uso.

GRAFICA 2
CONTINUIDAD DEL PRIMER METODO
ENP-ENFES



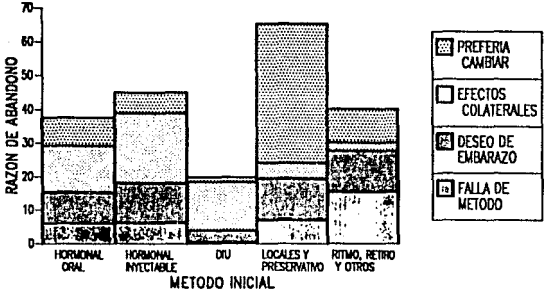
Fuente: Datos del período 82-87 calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987; datos referentes al ciclo 74-79: Aparicio, R.: *Análisis del uso-efectividad... op. cit.*

Los datos muestran que ha disminuido la continuidad en el primer método, y que esto ha ocurrido al nivel nacional e independientemente del método, de la escolaridad y del tamaño del lugar de residencia de la mujer (Gráfica 2).

Los efectos colaterales se presentan como la principal razón de abandono de los métodos hormonales y del dispositivo intrauterino; a la vez que los métodos locales, el preservativo y los métodos tradicionales son abandonados en mayor medida debido a fallas de método (Gráfica 3).

GRAFICA 3

PROPORCION DE MUJERES QUE ABANDONAN UN METODO DE ACUERDO A LA RAZON DE ABANDONO



Fuente: Datos del período 82-87 calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987.

Claro que se mencionaron muy brevemente estos resultados, y ellos ameritan analizarse cuidadosamente en el siguiente capitulo.

Análisis del comportamiento de la continuidad y uso-efectividad de métodos anticonceptivos en México durante el período 1982-1987 y comparación de los datos respectivos referentes al ciclo 1974-1979

Estudio de variables y confrontación de resultados

Características sociodemográficas de las mujeres

Un estudio en el cual uno de los principales propósitos es el investigar en qué medida las mujeres usan o dejan de usar algún método anticonceptivo, resulta de gran importancia conocer cuáles son los factores que influyen en la decisión de continuar practicando la anticoncepción y se ha visto que algunas variables de tipo sociodemográfico influyen determinantemente. Así pues, este apartado se dedica al análisis de las características de las aceptantes entre 1982 y 1987, así como de los cambios ocurridos respecto al período de 1974 y 1979.

El Cuadro 1 presenta una distribución porcentual de las mujeres que empezaron a usar un método entre 1982 y 1987 de acuerdo a la época de aceptación y algunas características sociodemográficas como son: la edad y el número de hijos vivos al inicio, los años transcurridos desde la primera unión hasta la aceptación, el nivel de escolaridad, el lugar de residencia, el estado civil y las condiciones de trabajo.

En cuanto a la edad, se observa que la mayor parte de estas mujeres inician la anticoncepción siendo jóvenes menores de treinta y cinco años. Aunque en el período de 1974-1979 se observó un patrón similar, es posible comprobar que en

Cuadro No. 1
Distribución porcentual de las usuarias que iniciaron entre 1982 y 1987 según la época de aceptación y algunas características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	Epoca de Aceptación 1982 - 1984	1985 - 1987	Total
Edad al iniciar			
< 25	62.8	64.5	63.5
25 - 34	29.1	28.3	28.8
> = 35	8.3	7.2	7.7
Hijos vivos al inicio			
0 - 2	68.5	73.9	71.1
3 - 4	16.6	14.5	15.6
> = 5	14.9	11.6	13.3
Años desde 1a. unión (1)			
Usaron antes	6.6	7.0	6.9
< 2	39.1	45.4	42.0
2 - 5	23.7	22.2	23.0
> = 6	30.6	25.4	28.1
Estado civil (2)			
Casada o en unión	91.9	92.9	92.4
Viuda,divorciada,separada	6.1	3.2	4.7
Soltera	2.0	3.9	2.9
Escolaridad (2)			
Ninguna	9.4	8.2	8.9
Primaria incompleta	29.7	24.8	27.4
Primaria completa	24.9	19.7	22.4
Secundaria o más	36.0	47.3	41.3
Tamaño de localidad			
< 20,000	40.5	38.8	39.7
> = 20,000 (3)	29.7	33.6	31.6
3 áreas metropolitanas	29.8	27.6	28.7
Condición de trabajo (2)			
Trabaja	25.7	22.7	24.3
No trabaja	74.3	77.3	75.7

Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

(1) Años desde la primera unión hasta la aceptacion
(2) Al momento de la entrevista
(3) Excepto las 3 áreas metropolitanas

los últimos años este comportamiento se vio acentuado: en la ENP las mujeres con menos de 25 años representaban el 49%, mientras que en la ENFES representan el 64%; en forma contraria, las mujeres de 35 años o más constituían el 13.6% en 1979, mientras que ahora es solamente el 7.7% de las usuarias.

La situación se comprende al analizar la estructura de edades de las mujeres en México país; para 1987, el 41.9% de la población femenina estaba compuesta por mujeres menores a los 25 años y el 31.2% por mujeres entre los 25 y 34 años de edad (en 1979 los porcentajes eran del 44.7% y 28.1% respectivamente). Es evidente que el rejuvenecimiento que ha sufrido la población mexicana, ha ocasionado desde hace tiempo que el mayor porcentaje de aceptación se dé entre mujeres jóvenes, pero más importante es reflexionar en las tareas de comunicación masiva y de educación en planificación familiar que se han dirigido tanto a los estudiantes como a las parejas jóvenes,[40] las cuales explican el que las mujeres acepten los métodos en edades cada vez menores.

Si observamos el número de hijos vivos al inicio de la anticoncepción encontramos que de cada diez aceptantes, siete tenían menos de dos hijos (el 71.1%), lo cual hace pensar que la intención en dicha práctica era retrasar la llegada del primero o segundo hijo. Al comparar este dato con el 53.5% obtenido en 1979, vemos que en la ENFES son más las mujeres que utilizan los anticonceptivos con propósito de espaciar sus primeros embarazos; este dato se entiende mejor después de haber visto que la mayor proporción de aceptantes son menores de 25 años y al analizar los datos arrojados por la ENFES respecto al deseo que tienen dichas mujeres de tener más hijos (entre las mujeres de ese grupo de edad, el 49.2% querían más hijos, y el 21.5% estaban embarazadas).[41]

Por lo que se refiere a las aceptantes con 3 hijos o más, las proporciones se reducen en relación a 1979. Pasan de ser el 23.0% para las mujeres con 3 ó 4 hijos a 15.6% y de 23.5% a 13.3% para las que tienen 5 hijos o más. Este menor número de aceptantes igualmente se puede asociar a los resultados por edad y es posible pensar que el procentaje disminuyó porque ahora fueron menos las mujeres entrevistadas mayores a los 25 años –y quienes idealmente tienen 3 hijos ó más. En ellas se espera un interés de espaciamiento y sobre todo de evitar definitivamente el embarazo (en la ENFES se encontró que de todas las mujeres entrevistadas el 58.9% no desean más hijos, de las cuales, el 90.5% tenían más de 25 años).

Así pues, y de la misma manera que en el período 1974-1979, entre 1982 y 1987 la mayoría de las mujeres se inició en la anticoncepción teniendo pocos hijos.

El uso de anticonceptivos antes de la unión que se reportó para 1979 fue muy escaso, sólo el 2.3%. Se ve con agrado un pequeño incremento, al 6.9%, en el

---

[40] Las activades de planificación familiar en nuestro país se traducen en Servicios de Salud, de Comunicación en medios masivos y de Educación. Consejo Nacional de Población: Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988, México, CONAPO, 1985.

[41] Dirección General de Planificación Familiar: *Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud... op. cit.*, p 58.

sentido de que a través de su uso se pudiera ayudar a evitar embarazos no deseados y por ende, abortos. Aunque no deja de reconocerse que es una proporción muy pequeña.

Un punto interesante es ver el cambio en la distribución de aceptantes según los años de unión. En el periodo 74-79, casi la mitad de las mujeres que iniciaron el uso de anticonceptivos, tenían seis años de unión o más, mientras que sólo dos de cada diez lo hicieron al llevar menos de dos años unidas. En la ENFES se encontraron papeles invertidos: ahora el 42% de las aceptantes se inició con dos años ó menos y sólo el 28% con más de seis años de unión. Este resultado se ajusta a los hallazgos anteriores y permite afirmar que, para las mujeres entrevistadas aceptantes entre los años 82-87, la anticoncepción se presenta principalmente en mujeres jóvenes, que tienen pocos hijos y años de unión, y se hace con propósitos de espaciamiento. Si esto se analiza por época de aceptación, es notoria una mayor proporción de aceptantes con menos de 25 años, con pocos hijos y años de unión a partir de 1985 en comparación con las aceptantes entre 1982 y 1984. Cabe señalar que el 92% de las mujeres que forman parte del estudio de continuidad de la ENFES son casadas o unidas; por lo que se puede suponer que los datos reportados se refieren prácticamente a estas mujeres. De igual forma, en la ENP el 93.2% de las mujeres estaban casadas o unidas.

Se comprobó también que la distribución de las mujeres de acuerdo a la escolaridad ha sufrido algunos cambios. En el periodo estudiado más reciente, el mayor número de aceptantes se dió entre las mujeres que contaban con secundaria o más, mientras que en los años setenta la mayoría de las aceptantes no había completado la primaria. Para ambos periodos se observa que las mujeres sin educación constituyen el porcentaje más bajo de aceptación.

Es interesante ver la relación existente entre la edad y el nivel educativo, lo cual explica las afirmaciones anteriores. La ENFES proporcionó datos contundentes (no presentados en este trabajo) que muestran que los grupos de menor edad son los que tienen los porcentajes más altos de primaria y postprimaria, a la vez que los de mayor edad tienen una gran participación de mujeres con una escolaridad por debajo de primaria completa,[42] de tal suerte que, dada la aceptación de métodos por mujeres jóvenes ya analizada, es claro asociar con ellas el resultado de las mujeres con mayor escolaridad.

De este modo, resultó sorprendente encontrar casi un 40% de aceptación en las poblaciones de menos de 20,000 habitantes y un 29% en las áreas metropolitanas –lo mismo sucedió en la ENP–, cuando sabemos que el peso porcentual de las mujeres sin escolaridad es diez veces más alto en las zonas rurales que en las áreas metropolitanas.

La distribución de las mujeres de acuerdo a la condición laboral no experimenta cambios considerables, pues igual que para 1974-1979 alrededor de tres cuartas partes de las aceptantes no son económicamente activas.

---

[42] Dirección General de Planificación Familiar: *Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud... op. cit.* p. 18-19

Cuadro No. 2
Distribución porcentual de las usuarias que iniciaron entre 1982 y 1987 según la época de aceptación y el método inicial

Método Inicial	Epoca de Aceptación 1982 - 1984	1985 - 1987	Total
Pastillas	41.6	32.7	37.4
DIU	18.7	21.4	20.0
Esterilización	7.2	8.3	7.7
Inyecciones	11.6	10.5	11.0
Locales, preservativo	7.8	5.4	6.7
Ritmo, retiro, otros	13.1	21.7	17.2
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

El Cuadro 2 presenta la distribución de las usuarias según la época de aceptación y el método inicial. En él se reportan las pastillas como el método inicial con mayor aceptación, estando en segundo término el dispositivo intrauterino; comparando estos resultados con los observados para 1974-1979, resulta que también en aquella época los métodos más aceptados fueron los hormonales orales seguidos por el dispositivo intrauterino. Sin embargo, se encontraron cambios significativos de un periodo a otro: mientras que en 1974-1979 el 51.6% de las mujeres adoptó las pastillas como método inicial, para 1982-1987 esta proporción disminuyó a 37.4%; y por el contrario el dispositivo intrauterino observó un aumento de 14.3% a un 20% en 1974-1979 y 1982-1987 respectivamente. Es notorio el bajo nivel de aceptación que tuvieron los métodos quirúrgicos como iniciales, ya que más del 90% de las mujeres adoptaron como método inicial uno no definitivo. El 7.2% de las mujeres que iniciaron entre 1982-1984 lo hicieron con un método definitivo y este porcentaje se incrementó al 8.3% para las mujeres que iniciaron en los años 1985-1987 –menos de una de cada diez aceptantes.

Los niveles de aceptación mencionados se entienden al observar nuevamente la estructura de edades de las aceptantes, así como las intenciones reproductivas de éstas, ambos aspectos ya revisados.

Se observa un aparente incremento en el peso relativo de los métodos tradicionales:[43] en 1974-1979 un 10.6% adoptó un método tradicional inicialmente y en 1982-1987 este porcentaje se incrementó al 17.2%. Se dice aparente, puesto que se desconoce la medida en que este cambio haya sido originado por la diferencia en técnicas utilizadas para la ENFES y la ENP a fin de captar información respecto al uso y conocimiento de los métodos, ya que en la ENFES dichos métodos fueron mejor descritos y se ofreció a la entrevistada un mayor número de opciones, para que ella pudiera especificar más claramente si estaba utilizando un método tradicional u otro.

Al clasificar a las mujeres de acuerdo al método inicial y a sus características sociodemográficas (Cuadros 3-A y 3-B), se encontró que para las aceptantes de pastillas existen las mismas tendencias ya señaladas para el total de las mujeres, es decir, la mayor parte de las aceptantes de pastillas son mujeres jóvenes, de poca paridad y pocos años de unión; cuentan con secundaria o más y habitan en las localidades de menor tamaño. En cuanto al DIU, las inyecciones, los métodos locales, el preservativo y los tradicionales, se tienen resultados en el mismo sentido; sobresale el caso del DIU cuyas proporciones son más altas y además llama la atención el que este método sea más aceptado en las áreas metropolitanas, no como sucede con los otros métodos quienes son mayormente aceptados en las zonas de menor tamaño.

Por otro lado, como es de suponer en el caso de los métodos quirúrgicos, éstos son aceptados entre las mujeres que no son jóvenes, que tienen cinco o más hijos y que además tienen más años de unión. Si se comparan los resultados obtenidos entre el periodo 1974-1979 y 1982-1987, se observa que los resultados conservan la misma tendencia aunque las proporciones se han incrementado.

---

[43] Se consideran métodos tradicionales: el ritmo, el retiro y otros como tés, yerbas, etc.

Cuadro No. 3 - A
Distribución porcentual de las aceptantes entre 1982 y 1987, de acuerdo al método inicial y algunas características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	Método Inicial: Pastillas	DIU	Esterilización	Inyecciones	Locales y preservativo	Ritmo, retiro y otros	Total
Edad al iniciar							
< 25	58.8	78.3	17.8	61.5	66.9	59.5	63.5
25 - 34	26.6	18.7	50.7	29.1	30.4	34.6	28.8
> = 35	6.7	3.0	31.5	9.4	2.8	5.9	7.7
Hijos vivos al inicio							
0 - 2	68.4	83.4	10.9	61.8	73.8	65.8	65.8
3 - 4	16.9	11.5	39.2	19.1	17.8	20.3	18.5
> = 5	14.8	5.1	49.8	19.1	8.4	13.9	15.7
Años antes de la unión (1)							
Usaron antes	9.1	3.9	1.0	7.9	10.6	5.4	6.9
< 2	39.9	57.8	1.8	32.9	51.6	49.2	42.0
2 - 5	26.0	20.5	18.8	26.4	18.7	20.9	23.0
> = 6	25.1	17.8	78.5	32.7	19.1	24.4	28.1
Estado civil (2)							
Casada o en unión	93.1	93.3	94.9	91.8	91.3	89.7	92.4
Viuda,divorciada,separada	4.8	4.9	3.7	5.2	3.4	4.5	4.7
Soltera	2.0	1.7	1.4	3.3	5.4	5.8	2.9

Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

(1) Años desde la primera unión hasta la aceptación
(2) Al momento de la entrevista

Cuadro No. 3 - B
Distribución porcentual de las aceptantes entre 1982 y 1987, de acuerdo al método inicial y algunas características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	Método Inicial: Pastillas	DIU	Esterilización	Inyecciones	Locales y preservativo	Ritmo, retiro y otros	Total
Escolaridad (1)							
Ninguna	8.9	5.7	24.4	11.4	3.6	5.8	8.9
Primaria incompleta	29.4	17.1	39.2	33.6	24.1	27.1	27.4
Primaria completa	20.6	27.6	23.7	21.5	22.2	20.3	22.4
Secundaria o mas	41.1	49.5	12.7	33.5	50.0	46.9	41.3
Tamaño de localidad							
< 20,000	42.1	29.6	46.6	4.3	38.1	41.5	39.7
> = 20,000 (2)	27.0	29.6	33.8	42.8	32.7	35.2	31.6
3 áreas metropolitanas	30.9	40.8	19.6	14.1	29.2	23.2	28.7
Condición de trabajo (1)							
Trabaja	25.5	17.3	25.2	19.3	25.6	32.3	24.3
No trabaja	74.5	82.7	74.8	80.7	74.4	67.7	75.7

Fuente: Datos calculados ex proleso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

(1) Al momento de la entrevista
(2) Excepto las 3 areas metropolitanas

Una vez analizadas las características de las mujeres que forman parte del estudio de continuidad para el período de 1982-1987, se finaliza presentando un cuadro comparativo con los datos de los dos ciclos (Cuadro 4).

Cuadro No. 4
CUADRO COMPARATIVO
Distribución porcentual de las usuarias que se iniciaron en la anticoncepción según la época de aceptación y algunas características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	Epoca de Aceptación 1974 - 1979	1982 - 1987
Edad al iniciar		
< 25	48.5	63.5
25 - 34	37.9	28.8
> = 35	13.6	7.7
Hijos vivos al inicio		
0 - 2	53.5	71.1
3 - 4	23.0	15.6
> = 5	23.5	13.3
Años desde 1a. unión (1)		
Usaron antes	2.3	6.0
< 2	18.7	42.0
2 - 5	32.0	23.0
> = 6	47.0	28.1
Escolaridad (2)		
Ninguna	9.8	8.9
Primaria incompleta	39.3	27.4
Primaria completa	27.9	22.4
Secundaria o más	23.0	41.3
Tamaño de localidad		
< 20,000	39.6	39.7
> = 20,000 (3)	28.9	31.6
3 áreas metropolitanas	31.5	28.7

Fuente: Datos del período 82-87 calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987; datos referentes al ciclo 74-79. Aparicio, R.:*Análisis del uso-efectividad... op. cit.*

(1) Años desde la primera unión hasta la aceptación
(2) Al momento de la entrevista
(3) Excepto las 3 áreas metropolitanas

Continuidad en el primer método

En el capítulo anterior se comentó que es posible analizar tanto la continuidad en el primer segmento, como la continuidad en el primer método, además de la continuidad en la anticoncepción. Sin embargo, en el estudio realizado para 1974-1979, se encontró que los datos reportados tanto para el primer método como para el primer segmento fueron muy similares; ante esta situación, se analizaron las tasas respectivas referentes a 1982-1987 y se descubrió que igual que en el ciclo anterior existe un gran parecido entre ellas —para el 98.9% de las aceptantes, se revelaron tasas de primer método iguales a sus tasas de primer segmento. Así, en ambos estudios, la gran mayoría de los casos se distinguieron con un primer segmento que determinó la duración de uso del método inicial; "esto puede ser porque la mujer se embaraza antes de reanudar el uso, o bien, debido a que en su segundo segmento de uso utiliza un método distinto del primero, o puede ser también que la mujer no tenga un segundo segmento de uso."[44]

En esta sección se presenta el análisis de la continuidad en el primer método, que por lo expuesto anteriormente, se refiere también a la continuidad del primer segmento.

En el Cuadro 5 se pueden observar las tasas de continuidad del primer método para distintos grupos demográficos y sociales de las aceptantes entre 1982 y 1987.

De manera global, se obtuvo que el 53% de las aceptantes en el ciclo 1982-1987 acumuló doce meses de uso del primer método sin haberse embarazado; el 38% logró 24 meses de uso continuo y el 26% alcanzó 36 meses. Se habla de que la mitad de las mujeres que se iniciaron en la anticoncepción después de 1982 han logrado su propósito de no embarazarse por lo menos durante un año, y que cuatro de cada diez, lo han conseguido por tres años consecutivos. Al comparar estos resultados con los obtenidos para 1974 y 1979, se comprueba que la continuidad en el primer método sufrió una disminución a través de los años: en 1974-1979 se obtuvieron tasas de 66%, 50% y 39% para uno, dos y tres años de uso, respectivamente. Esta disminución se debe fundamentalmente a una mayor probabilidad de abandonar el método debido a que la adopción se da en mayor medida con propósitos de espaciamiento, Misma conclusión a la que se llegó en el inciso anterior de este capítulo.

---

[44] Aparicio, R: *Análisis del uso-efectividad..., op. cit.*, p. 95.

Cuadro No. 5
Tasas de continuidad del primer método a diferentes periodos para las usuarias que iniciaron entre 1982 y 1987 según varias características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	N	Meses 6	12	18	24	30	36
Global	1585	67.8	52.8	44.1	38.3	33.1	26.4
Edad al iniciar							
< 25	991	63.9	48.2	38.3	31.3	28.0	16.3
25-34	478	73.2	58.7	51.4	46.5	40.8	38.0
> = 35	116	80.2	69.3	63.8	–	–	–
Hijos vivos al inicio							
0-2	1150	63.6	45.8	35.6	29.1	23.7	18.3
3-4	238	76.8	69.8	63.4	50.8	50.1	–
> = 5	197	79.8	69.5	64.8	62.7	58.5	58.0
Años desde la. unión (1)							
< 2	664	61.2	47.4	34.4	28.9	23.2	–
2 - 5	344	71.1	51.6	45.1	36.9	31.2	–
> = 6	397	77.7	68.0	62.4	59.4	53.7	47.1
Escolaridad (2)							
Ninguna o primaria incompleta	507	72.7	59.0	52.4	46.1	41.6	38.6
Primaria completa	368	66.4	50.0	38.0	33.1	27.5	–
Secundaria o más	695	64.1	48.7	40.0	34.0	28.5	17.4
Tamaño de localidad							
< 20,000	584	66.7	51.2	44.2	38.5	34.0	29.5
> = 20,000 (3)	608	69.5	55.0	43.3	39.6	32.8	27.4
3 áreas metropolitanas	393	67.5	52.7	45.1	37.1	32.7	–
Condición de trabajo (2)							
Trabaja	416	67.3	53.3	44.7	40.2	35.2	33.1
No trabaja	1169	68.0	52.6	43.9	37.7	32.4	23.8

Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

N Número de mujeres integrantes de la cohorte del grupo que se analiza (sin ponderar)
(1) Años desde la primera unión hasta la aceptación
(2) Al momento de la entrevista
(3) Excepto las 3 áreas metropolitanas
(–) Menos de 50 casos para el análisis

En general, los diferenciales encontrados en la ENP de acuerdo a algunas características sociodemográficas también aparecen en la ENFES, y es notoria la influencia que tienen estos grupos sociodemográficos en el hecho de que una mujer continúe en el uso del primer método.

Por ejemplo, al analizar a las mujeres según el número de hijos al momento de iniciar la anticoncepción, se distingue claramente una mayor probabilidad de continuar usando cuando las mujeres tienen más hijos; si se observan las tasas de continuidad de 12 a 36 meses, se ve que la probabilidad de continuar usando para las aceptantes con menos de dos hijos se reduce casi en treinta puntos porcentuales a los tres años (las proporciones son del 46%, 29% y 16% a los uno, dos y tres años); sin embargo cuando las mujeres tienen cinco hijos ó más tfs probabilidades se reducen en doce puntos porcentuales en el mismo tiempo (70%, 63% y 58% respectivamente). Las intenciones reproductivas de las mujeres por supuesto que inciden en estos resultados, pues como ya se comentó anteriormente, las usuarias con menos hijos utilizan los métodos con propósitos de espaciamiento y las que tienen más hijos lo hacen para tratar de evitar el embarazo definitivamente. En la encuesta de 1979 se encontró el mismo comportamiento de las tasas, sólo que las diferencias entre las mujeres de entre cero y dos hijos con respecto a las de cinco y más eran más acentuadas después de uno o dos años de uso.
Al igual que con el número de hijos, la variable de años de unión, determina tasas de continuidad para las mujeres con pocos años de unión diferentes a las de las mujeres que tienen más. Las que tienen menos de dos años de unión tienen una probabilidad de 47% de continuar usando a los doce meses, mientras que las mujeres con seis o más años de unión tienen una probabilidad mucho mayor de continuar (68%), esta diferencia entre subgrupos aumenta a medida que transcurre el tiempo de uso.

De este modo, es notoria una mayor probabilidad de interrumpir la anticoncepción cuando las usuarias son jóvenes y tienen pocos hijos y años de unión. En cambio, a medida que la mujer tiene más edad y el tiempo de uso es mayor, la probabilidad de continuar usando es mucho más grande en comparación con las mujeres jóvenes.

Por otro lado, las mujeres con menos educación, tienen mayor probabilidad de continuar que las de más educación, lo cual podríamos asociar con el punto ya tratado, referente al nivel de escolaridad de las mujeres más jóvenes. Al ser las aceptantes de mayor escolaridad las de menor edad, se entiende que abandonen más fácilmente la práctica anticonceptiva.

Si la mujer trabaja se observa una probabilidad ligeramente mayor de continuar usando en comparación con las mujeres que no trabajan (menos de 5 puntos porcentuales), y en cuanto al tamaño de localidad, no existen muchas diferencias.

Cuadro No. 6
Tasas de continuidad del primer método a diferentes periodos para las usuarias que iniciaron entre 1982 y 1987, según el método inicial

Método inicial	N	Meses 6	12	18	24	30	36
Pastillas	575	61.2	46.4	37.7	31.5	23.7	–
DIU	200	85.8	72.8	–	–	–	–
Inyecciones	158	52.1	36.3	25.1	19.9	15.8	11.9
Locales, preservativo	126	–	–	–	–	–	–
Ritmo, retiro, otros	301	83.5	43.5	37.2	33.0	–	–

Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

N = Número de mujeres integrantes de la cohorte del grupo que se analiza (sin ponderar)
(–) Menos de 50 casos para el análisis

En el Cuadro 6 se presentan las tasas de continuidad del primer método según el método inicial, para las aceptantes en el periodo 1982-1987. Es el dispositivo intrauterino (DIU) el método que reporta las mayores tasas de continuidad para el primer año de uso (fenómeno observado también en 1974-1979), seguido por las pastillas y los métodos tradicionales. Estos métodos entre sí no muestran diferencias significativas sino hasta pasados los dos años de uso continuo, cuando son los tradicionales quienes tienen mayor continuidad en el uso que las pastillas. En general los datos de la ENFES muestran un descenso de la continuidad para cada uno de los métodos, en comparación con los datos de 1974-1979.

Ahora bien, a fin de entender mejor lo que sucede con las aceptantes de métodos contraceptivos, y el porqué de las tasas de continuidad reportadas, es interesante

ver las tasas netas de terminación del primer método[4] y que se puede interpretar como el complemento a la probabilidad de continuar usando —se habla de la probabilidad de dejar de usar, dado un cierto porcentaje de mujeres que siguen en la práctica. Inclusive, se cuenta con una relación por razón de abandono, que permite analizar las causas por las que las aceptantes terminaron su primer segmento y su importancia en cuanto al método que se estaba utilizando. Estas tasas se presentan en el Cuadro 7 considerando un periodo de un año posterior a la aceptación.

En términos generales, se puede observar que las mayores tasas de abandono (78%) se dan entre aquellas mujeres que utilizaron los métodos locales y/o el preservativo como primer método. Por otra parte, el dispositivo intrauterino presenta la probabilidad más baja de ser abandonado sin analizar alguna razón en particular.

Es interesante observar que los hormonales orales y los métodos tradicionales experimentan probabilidades muy semejantes de ser abandonados, en términos globales: 54% y 57% respectivamente. Sin embargo, al analizar estas probabilidades de abandono de acuerdo a la razón de 'embarazo usando' y la de 'efectos colaterales', para ambos métodos éstas presentan diferencias significativas: mientras que las píldoras tienen un 60% como tasa de abandono por la primera razón, para los tradicionales es del 15.4%. De la misma manera, las pastillas tienen un 20.6% de probabilidad de ser abandonados por efectos colaterales, mientras que los métodos tradicionales prácticamente no son abandonados por esta causa (2.5%).

Sobresale la alta proporción de mujeres que abandona los métodos locales y los preservativos debido al deseo de otro método; generalmente estas mujeres desean un método mas eficaz. Así mismo, los métodos tradicionales, muestran una alta probabilidad de abandono por la causa antes descrita, aunque dicha probabilidad no es tan alta como para los métodos locales.

Otro punto interesante es la alta deserción de las pastillas e inyecciones a causa de efectos colaterales; el 21% (pastillas) y 23% (inyecciones) de las aceptantes durante 1982-1987 abandonaron dichos métodos debido a inconvenientes de salud. El número de usuarias del DIU que abandonaron por esa causa es menor, pero si se considera entre las prácticas más abandonadas, pues la diferencia respecto al número de mujeres que abandonaron los métodos locales y los tradicionales es substancial.

---

[4] Las tasas netas de terminación se utilizan para comparar la importancia relativa de las distintas causas de abandono en un cierto grupo de aceptantes. Aparicio, R.: *Análisis del uso efectividad...*, *op. cit.*, p. 90

Cuadro No. 7
Tasas netas de terminación del primer método a 12 meses, de acuerdo al método inicial y a la razón de abandono, para las mujeres que empezaron a practicar la anticoncepción entre 1982 y 1987

Método Inicial	Razón de Abandono								
	Embarazo usando (1)	Deseo de embarazo	Efectos colaterales	Expulsión	Oposición del marido	Deseo de descansar ó cambiar de método	No riesgo	Otros	Total
Pastillas	6.0	12.0	20.6	0.0	1.5	6.1	4.0	3.3	53.7
DIU	0.4	3.4	14.5	4.9	1.1	1.4	0.7	1.0	27.4
Inyecciones	3.5	11.7	23.5	0.0	0.0	13.7	5.3	6.0	63.7
Métodos locales y preservativo	7.0	12.4	4.7	0.0	4.9	41.2	5.3	2.5	78.0
Ritmo, retiro, otros	15.4	12.2	2.5	0.0	1.2	10.0	5.8	9.5	56.6

Fuente: Datos calculados ex proteso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

(1) Son las mujeres que declararon haber interrumpido el uso del método y que todavía lo estaban usando cuando se embarazaron

Cuadro No 8
Tasas brutas de terminacion del primer segmento a 12 y 24 meses de acuerdo al metodo inicial para las mujeres que empezaron a practicar la anticoncepcion entre 1982 y 1987.

Metodo inicial	12 Meses				24 Meses			
	Embarazo usando (1)	Deseo de embarazo	Efectos colaterales	Otros (2)	Embarazo usando (1)	Deseo de embarazo	Efectos colaterales	Otros (2)
Pastillas	8.9	16.0	23.1	18.1	9.8	29.8	27.8	27.3
DIU (3)	0.4	4.1	20.2	8.2	1.4	13.9	28.4	15.9
Inyecciones	4.0	15.9	30.4	28.6	4.0	34.3	31.2	44.6
Metodos locales y preservativo	12.1	24.1	6.9	59.4	12.1	52.1	6.9	72.0
Ritmo, retiro, otros	19.5	16.4	3.3	32.4	22.9	24.7	3.3	40.4

Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de informacion de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

(1) Son las mujeres que declararon haber interrumpido el uso del método y que todavía lo estaban usando cuando se embarazaron
(2) Incluye las siguientes razones: Oposición del marido y/o parientes, preferir otro método, no riesgo de embarazo y otros.
Se considera a las mujeres que declararon haber interrumpido el uso por haberse embarazado, pero que ya no lo estaban usando en el momento del embarazo
(3) En el caso del DIU los efectos colaterales incluyen la expulsión del dispositivo

Si se analiza el abandono por falla de método (embarazo usando), es notorio que el nivel de falla de los tradicionales (15.4%) es doblemente mayor que el de los locales y preservativo (7%) y de las pastillas (6.0%). El DIU tiene el nivel más bajo de falla (0.4%) y parece ser el más efectivo, aunque no se debe olvidar que la mitad de los abandonos del DIU son producto de efectos colaterales, además de la expulsión (claro que por su alta continuidad, estas causas de terminación sólo se traducen en un 27.4% de abandono).

El deseo de embarazo es una variable que sólo hace diferencia para las usuarias de dispositivo, quienes casi no lo abandonan por esa causa (3.4%). Las proporciones de abandono para los otros métodos son muy parecidas entre sí (alrededor del 12%), lo cual indica que el DIU es un método que no se utiliza con motivos de espaciamiento.

Por otra parte, hablemos de las tasas brutas de terminación, las cuales permiten comparar las diferencias existentes entre distintos subgrupos poblacionales de acuerdo a una causa de abandono específica; estas tasas representan la probabilidad de que una mujer dé por terminado el período de uso de un método, suponiendo que la causa de abandono que se analiza es la única por la cual la mujer puede terminar con la anticoncepción.

El Cuadro 8 muestra que las mayores tasas de embarazo durante el uso de un método a los 12 y 24 meses, se presentan para los métodos tradicionales, los locales y el preservativo; mientras que el dispositivo intrauterino reporta las tasas de embarazo más bajas (0.4% a los 12 meses y 1.4% a los 24), siguiéndole las inyecciones (4% en ambos casos) y las pastillas (8.9% y 9.4% respectivamente). Así, se confirma nuevamente la efectividad del DIU. Cabe mencionar que en el período anterior se encontró este mismo comportamiento, aunque para el período reciente, estas diferencias son más acentuadas.

Al analizar el abandono de los diferentes métodos a los doce meses, según el deseo de embarazo como única razón de abandono, podemos afirmar lo siguiente: no se observan grandes diferencias cuando el método inicial son las pastillas, las inyecciones, o bien, los métodos tradicionales; en cambio, para los métodos locales y los preservativos, la tasa de abandono por deseo de embarazo es la más alta (24% a los 12 meses y a los 24 se duplica); por su parte el DIU nuevamente resulta con la menor proporción de abandono por esta causa.

Los datos a 24 meses siguen el mismo comportamiento descrito anteriormente y en relación al período anterior podemos afirmar que no se encuentran diferencias significativas en el patrón de comportamiento, ya que los locales y el preservativo mostraban las tasas más elevadas mientras que el dispositivo intrauterino presentaba tasas muy reducidas de abandono por esta razón.

Cuando la razón de abandono analizada son los efectos colaterales, llama la atención y se confirma una vez más que los métodos tradicionales, los locales y los preservativos son muy poco abandonados por dicha causa, ya que éstos métodos realmente provocan pocos efectos en la salud de las usuarias, no sucede así con los métodos hormonales y el dispositivo, ya que las altas tasas de abandono por esta causa, resultan sobresalientes —sobre todo para los hormonales inyectables.

Cuadro No. 9 - A
CUADRO COMPARATIVO
Tasas de continuidad del primer método a 12 y 24 meses para las usuarias que se iniciaron en la anticoncepción según la epoca de aceptación y algunas características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	Epoca de Aceptación			
	12 Meses		24 Meses	
	ENP	ENFES	ENP	ENFES
Edad al iniciar				
< 25	59.0	48.2	37.7	31.3
25 - 34	71.5	58.7	58.2	48.5
> = 35	77.9	69.3	69.6	–
Hijos vivos al inicio				
0 - 2	57.7	45.8	37.0	29.1
3 - 4	74.2	69.8	58.1	56.6
> = 5	78.5	69.5	70.3	62.7
Años antes de la unión (1)				
< 2	51.4	47.4	28.1	28.9
2 - 5	63.9	51.6	43.6	36.9
> = 6	75.1	68.0	63.7	59.4
Escolaridad (2)				
Ninguna o primaria incompleta	69.0	59.0	54.3	46.1
Primaria completa	67.5	50.0	49.3	33.1
Secundaria o mas	60.1	40.7	42.5	34.0

Fuente: Datos del periodo 82-87 calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987; datos referentes al ciclo 74-79: Aparicio, R.:*Análisis del uso-efectividad... op. cit.*

(1) Años desde la primera unión hasta la aceptación
(2) Al momento de la entrevista
(–) Menos de 50 casos para el análisis

Cuadro No. 9 - B
CUADRO COMPARATIVO
Tasas de continuidad del primer método a 12 y 24 meses para las usuarias que se iniciaron en la anticoncepción según la época de aceptación, de acuerdo al método inicial y algunas características sociodemográficas

Características Sociodemográficas y Método Inicial	Epoca de Aceptación			
	12 Meses		24 Meses	
	ENP	ENFES	ENP	ENFES
Tamaño de Localidad				
< 20,000	66.8	51.2	49.8	36.5
> = 20,000 (1)	66.5	55.0	50.6	39.6
3 áreas metropolitanas	66.2	52.7	50.0	37.1
Condición de Trabajo (2)				
Trabaja	62.5	53.3	48.0	40.2
No trabaja	67.7	52.6	51.4	37.7
Método Inicial				
Pastillas	58.1	48.4	39.5	31.5
DIU	81.6	72.8	65.9	–
Inyecciones	48.9	36.3	–	19.9
Locales	47.4	–	–	–
Ritmo Ret	76.1	43.5	56.2	33.0

Fuente: Datos del período 82-87 calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987; datos referentes al ciclo 74-79: Aparicio, R.:*Análisis del uso-efectividad... op. cit.*

(1) Excepto las 3 áreas metropolitanas
(2) Al momento de la entrevista
(–) Menos de 50 casos para el análisis

Continuidad en la anticoncepción

Hasta ahora, se han interpretado únicamente resultados referentes al primer período de práctica anticonceptiva de la cohorte en cuestión, mas limitarse a ese primer segmento sería restar importancia al hecho de que las mujeres retornen a la anticoncepción antes de tener un embarazo, lo cual indica que el propósito de las aceptantes de no tener hijos, se ha cumplido y los métodos anticonceptivos han contribuido en ello. De ahí que se estudien los casos en los que existan varios segmentos de uso sin embarazos intermedios, y que a la probabilidad de acumular un período de práctica anticonceptiva sin importar el método utilizado se distingue como continuidad en la anticoncepción. Resulta ilustrativo comparar los datos de los cuadros 5 (Continuidad en el primer método) y 10 (Continuidad en la anticoncepción), de manera que se aprecia el aumento de las tasas de continuidad en la anticoncepción respecto a las del primer método, lo que confirma la existencia de mujeres que mediante más de un segmento (e inclusive más de un método) han logrado evitar el embarazo.

De acuerdo al Cuadro 10, podemos observar que dos de cada cinco mujeres han abandonado la práctica anticonceptiva después del primer año, aumentando este número a una de cada dos después de dos años de uso y a tres de cada cinco después de tres años, siendo la probabilidad de abandono más alta después de seis meses de uso.

Las tasas de continuidad en la anticoncepción se reducen en promedio 10.7 puntos porcentuales respecto a las obtenidas en 1979, cuando se hablaba de que hasta el tercer año de uso una mujer podía tener un 50% de probabilidad de abandonar la anticoncepción, situación que se presenta ahora a los dos años.

Estas reducciones continúan presentes cuando se analiza a la población de acuerdo a varias características sociodemográficas; y aunque las tasas de continuidad son notablemente menores en todos los grupos, se puede observar, igual que en el período 1974-1979, que son las mujeres de más edad, paridad y años de unión, quienes están más propensas a continuar practicando la anticoncepción, sea cual fuere el tiempo que lleven de uso.

Se debe recordar que ahora la población de la encuesta está compuesta en su mayoría por mujeres menores de 25 años, cuya práctica anticonceptiva se antoja más destinada al espaciamiento que a la limitación de los embarazos. Esto es, dos terceras partes de las mujeres entrevistadas son jóvenes cuyo comportamiento en materia anticonceptiva modifica en general el resultado del estudio, reduciendo en gran medida las tasas de continuidad tanto para el primer método como para la anticoncepción en general.

Cuadro No. 10
Tasas de Continuidad en la anticoncepción a diferentes periodos para las usuarias que iniciaron entre 1982 y 1987 según varias características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	N	Meses 6	12	18	24	30	36
Global	1608	77.0	63.4	54.3	49.0	42.9	34.5
Edad al iniciar							
< 25	1005	74.8	59.6	49.6	42.9	36.2	24.0
25 - 34	486	80.0	67.8	59.2	55.4	50.5	48.0
> = 35	117	83.8	77.9	73.8	72.6	—	—
Hijos vivos al inicio							
0 - 2	1167	74.2	57.8	47.0	41.4	34.2	24.8
3 - 4	242	82.1	76.6	69.9	64.2	61.2	53.2
> = 5	199	85.5	77.4	73.1	69.9	65.1	62.0
Años desde 1a. unión (1)							
< 2	675	73.8	58.2	44.5	38.8	33.2	24.7
2 - 5	350	82.8	65.4	58.6	54.5	43.0	33.0
> = 6	401	82.6	75.3	69.7	66.0	61.7	53.6
Escolaridad (2)							
Ninguna o primaria incompleta	517	79.7	66.8	59.3	54.2	48.9	44.0
Primaria completa	374	73.5	59.7	46.1	43.8	37.4	—
Secundaria o más	704	76.4	62.3	53.0	46.7	40.4	28.8
Tamaño de localidad							
< 20,000	599	75.2	61.6	52.5	47.7	41.4	35.5
20,000 (3)	608	79.6	65.3	56.2	50.8	43.7	37.9
3 áreas metropolitanas	401	76.6	62.8	54.9	49.1	44.2	31.3
Condición de trabajo (2)							
Trabaja	424	77.6	64.2	55.8	51.1	43.9	30.2
No trabaja	1184	76.7	63.2	53.8	48.2	42.5	32.8

Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

N Número de mujeres integrantes de la cohorte del grupo que se analiza (sin ponderar)
(1) Años desde la primera unión hasta la aceptación
(2) Al momento de la entrevista
(3) Excepto las 3 áreas metropolitanas
(—) Menos de 50 casos para el análisis

Resulta interesante ver que al agrupar a las aceptantes por nivel de escolaridad son las mujeres con primaria completa quienes abandonan más fácilmente la práctica anticonceptiva presentando las tasas de continuidad más bajas; le siguen las mujeres con estudios de secundaria o más y finalmente se ve que las aceptantes sin ningún grado escolar o con primaria incompleta son quienes tienen mayor probabilidad de continuar practicando la anticoncepción. Es necesario entonces, retomar la afirmación hecha con anterioridad respecto a que el nivel escolar de las mujeres con más de 35 años es el más bajo; por lo tanto, se asocia la propensión de estas mujeres al uso de contraceptivos, con la alta probabilidad de continuar en la anticoncepción que tienen las aceptantes de escolaridad inferior.

Las probabilidades más altas para las mujeres de menor educación se aprecian desde que se estudian las tasas para el primer método; aunque hay diferencias para los otros dos grupos (primaria completa y secundaria o más), que en este caso invierten sus papeles. Así, se puede pensar que en su mayoría, las mujeres de mayor escolaridad terminan el primer método para cambiarlo por otro, resultando un mayor período de práctica anticonceptiva.

Por lo que se refiere a la situación de trabajo, no se encuentran grandes diferencias entre las mujeres que trabajan y las que no lo hacen, como tampoco al agruparlas por tamaño de localidad. Desde estudios anteriores, se sabía que son las mujeres que trabajan y que generalmente son las que viven en localidades más grandes, quienes practican más tiempo la anticoncepción.

Respecto al método inicial, en el Cuadro 11 podemos apreciar las tasas de continuidad más altas para el dispositivo intrauterino, seguido por las pastillas y las inyecciones. Para el período 74-79 los dos últimos tenían posiciones invertidas en esta escala. Se presume que el cambio sea debido a los fuertes efectos colaterales que ocasionan los hormonales inyectables.

Los métodos locales y el preservativo presentan las probabilidades más bajas de continuidad en su uso; y en general, también en estas tasas hay un decremento respecto a los datos anteriores.

Es interesante saber qué porcentaje de las mujeres que abandonan el uso del primer método, no abandonan la práctica de por vida, sino que regresan a ella después de un cierto tiempo. Es posible averiguarlo utilizando estas tasas de continuidad en la anticoncepción respecto al método inicial (Cuadro 11) y las tasas de continuidad del primer método (Cuadro 5); así, el porcentaje de mujeres que retornan, de acuerdo al método inicial se representa mediante el siguiente indicador:

$$\frac{\text{Tasa de cont. en la anticoncepción - Tasa de cont. en el 1er. método}}{\text{100 - Tasa de cont. en el 1er. método}}$$

Con él, fue posible encontrar que una de cada cinco mujeres (exactamente, el 22.4%) que abandonan el primer método, se encuentran practicando la anticoncepción todavía después de un año.

Cuadro No. 11
Tasas de Continuidad en la anticoncepción a diferentes periodos para las usuarias que iniciaron entre 1982 y 1987 según el método inicial

Método inicial	N	Meses 6	12	18	24	30	36
Pastillas	578	71.2	59.2	50.2	44.9	35.1	26.9
DIU	295	92.9	81.0	70.6	63.1.	58.8	–
Inyecciones	165	66.5	51.2	39.3	–	–	–
Locales, preservativo	130	63.0	52.2	–	–	–	–
Ritmo, retiro, otros	305	71.4	47.1	40.9	37.0	–	–

Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

N Número de mujeres integrantes de la cohorte del grupo que se analiza (sin ponderar)
(–) Menos de 50 casos para el análisis

Si se analiza este dato por método, se ve que las usuarias del ritmo como método inicial, prácticamente abandonan la anticoncepción definitivamente, ya que después de un año, sólo seis de cada cien aún utilizan un método de control natal. Enseguida hay un salto en la escala, pues el 23% de las aceptantes de inyecciones y pastillas continúan en la anticoncepción después de un año, a diferencia del 40% que se observó en el periodo anterior para las usuarias de inyecciones. Esto último, aunado a las no muy altas tasas de continuidad en el primer segmento que tienen las inyecciones, hacen pensar que es un método que se abandona en gran medida por los efectos colaterales que origina, ocasionando que las usuarias prefieran cambiar de método o abandonar la anticoncepción (son muy pocas las mujeres que retornan al uso de inyecciones o pastillas después de haber abandonado ese mismo método. Se ve claro en el Cuadro 14).

En el caso del DIU, son 3 de cada 10 mujeres las que deciden cambiar de método, número menor al 37.5% que lo hacía en 1979; y 4 de cada 10 usuarias (38.6%) de métodos locales quienes cambian de método para continuar en la práctica anticonceptiva –porcentaje bastante más elevado al 24.3% obtenido en el periodo anterior. Las razones que orillan a dichas mujeres a cambiar, son diferentes para cada método. Son los efectos colaterales para las usuarias del DIU y la búsqueda de un método más seguro para las usuarias de los métodos locales.

Cuadro No. 12
Tasas de continuidad en la anticoncepción a diferentes periodos de acuerdo a la época de aceptación y algunas características sociodemográficas para las aceptantes entre 1982 y 1987

Características	Época de aceptación	N	Meses 6	12	18	24
Global	1982-1984	846	78.6	63.0	54.6	49.1
	1985-1987	762	77.6	64.1	53.7	–
Edad al iniciar						
< 25	1982-1984	516	72.7	57.2	47.6	40.9
	1985-1987	489	77.4	62.7	52.9	–
25 - 34	1982-1984	262	81.8	70.2	61.6	57.3
	1985-1987	224	78.0	65.0	55.3	–
> = 35	1982-1984	68	87.9	82.0	82.0	81.4
	1985-1987	–	–	–	–	–
Hijos vivos al inicio						
0 - 2	1982-1984	585	73.3	56.3	48.2	40.5
	1985-1987	582	75.5	60.0	48.8	–
3 - 4	1982-1984	140	82.7	77.4	69.7	63.4
	1985-1987	102	81.8	75.4	–	–
> = 5	1982-1984	121	85.5	78.5	78.8	72.9
	1985-1987	78	85.5	–	–	–
Método inicial						
Pastillas	1982-1984	346	71.2	57.5	50.5	45.0
	1985-1987	232	71.7	63.3	–	–
DIU	1982-1984	139	93.0	81.4	71.2	62.3
	1985-1987	156	92.8	79.1	–	–
Otros *	1982-1984	294	68.0	50.0	38.6	33.8
	1985-1987	306	68.8	48.4	–	–

Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

* Incluye: inyecciones, métodos locales, preservativo, ritmo, retiro y otros
N Número de mujeres integrantes de la cohorte del grupo que se analiza (sin ponderar)
(–) Menos de 50 casos para el análisis

Al hacer este análisis respecto a las variables sociales, es notable que son las mujeres de más alto nivel educativo, que trabajan y viven en localidades de más de 20,000 habitantes, quienes tienden más a cambiar de método, quizá por la diversidad de fuentes de obtención de métodos, además de su conocimiento de un mayor número de alternativas.

Habrán de analizarse las tasas de continuidad respecto a la época de aceptación, en busca de las modificaciones que pudiesen surgir en el comportamiento de las mujeres de acuerdo al periodo en que comienzan la práctica contraceptiva.

En el Cuadro 12, se muestra que globalmente no hay una diferencia significativa entre los datos para los años más recientes, como lo hubo al hacer la misma separación con los datos en 1979.

Ya que la población estudiada -como se había dicho-, está compuesta mayormente por mujeres jóvenes (menores de 25 años), de pocos hijos y años de unión, es posible encontrar diferencias interesantes analizando los datos de acuerdo a paridad y años de unión. Así, se encontraron disminuciones en las tasas de continuidad para el bienio 85-87, tanto para las mujeres mayores de 25 años como para aquellas con más de 3 hijos. No sucedió así para las mujeres más jóvenes y con menos hijos, quienes —fuera de lo esperado—, mostraron tasas muy bajas de continuidad en el periodo 82-84, y que se incrementaron en los años 85-87 en 6 puntos porcentuales. Este resultado inverso a lo que se esperaba, explica la aparente similitud de los datos promediados, así que el análisis por variables realmente fue muy útil.

A continuación se muestran cuadros comparativos con los datos respectivos para ambas encuestas.

Cuadro No. 13 - A
C U A D R O C O M P A R A T I V O
Tasas de continuidad en la anticoncepción a 12 y 24 meses para las usuarias que se iniciaron en la anticoncepción según la época de aceptación y algunas características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	Epoca de Aceptación			
	12 Meses		24 Meses	
	ENP	ENFES	ENP	ENFES
Edad al iniciar				
< 25	68.1	59.6	46.8	42.9
25 - 34	79.9	67.8	68.2	55.4
> = 35	85.5	77.9	77.3	72.8
Hijos vivos al inicio				
0 - 2	67.4	57.8	47.0	41.4
3 - 4	82.0	76.6	68.6	64.2
> = 5	85.3	77.4	78.2	69.9
Años antes de la unión (1)				
< 2	60.8	58.2	35.1	38.8
2 - 5	72.1	65.4	53.2	54.5
> = 6	82.6	75.3	73.2	66.0
Escolaridad (2)				
Ninguna o primaria incompleta	76.6	66.8	63.1	54.2
Primaria completa	75.5	59.7	58.1	43.8
Secundaria o más	71.5	62.3	54.0	46.7

Fuente: Datos del período 82-87 calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987; datos referentes al ciclo 74-79: Aparicio, R.: *Análisis del uso-efectividad... op. cit.*

(1) Años desde la primera unión hasta la aceptación
(2) Al momento de la entrevista
(—) Menos de 50 casos para el análisis

Cuadro No. 13 - B
C U A D R O C O M P A R A T I V O
Tasas de continuidad en la anticoncepción a 12 y 24 meses para las usuarias que se iniciaron en la anticoncepción según la época de aceptación, de acuerdo al método inicial y algunas características sociodemográficas

Características Sociodemográficas y Método Inicial	Epoca de Aceptación			
	12 Meses		24 Meses	
	ENP	ENFES	ENP	ENFES
Tamaño de Localidad				
< 20,000	73.9	61.6	59.1	47.7
> = 20,000 (1)	74.7	66.3	58.4	50.8
3 áreas metropolitanas	76.8	62.8	61.2	49.1
Condición de Trabajo (2)				
Trabaja	74.2	64.2	58.3	51.1
No trabaja	75.3	63.2	59.9	48.2
Método Inicial				
Pastillas	77.0	59.2	49.1	44.9
DIU	88.5	81.0	75.1	63.1
Inyecciones	69.4	51.2	52.5	—
Locales	61.4	52.2	—	—
Ritmo Ret	61.1	47.1	61.3	37.0

Fuente: Datos del período 82-87 calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987; datos referentes al ciclo 74-79: Apancio, R.: *Análisis del uso-efectividad... op. cit.*

(1) Excepto las 3 áreas metropolitanas
(2) Al momento de la entrevista
(—) Menos de 50 casos para el análisis

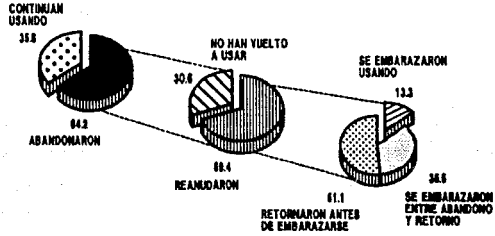
Reinicio en la anticoncepción

Resulta interesante estudiar más a detalle lo que sucede después de que una mujer finaliza el primer segmento de uso. En ese momento, es posible preguntarse si la mujer sigue practicando la anticoncepción, o si es que ya no vuelve a usar un método y se embaraza, o si es que descansa algún tiempo y vuelve a usar el mismo método que había abandonado, o bien, si retorna inmediatamente a la anticoncepción pero con un método diferente. En este apartado, se analizarán algunos de los índices relacionados al retorno a la anticoncepción después de que una mujer finalizó el primer segmento de uso y se tratará de dar respuesta a las preguntas antes planteadas.

En la Gráfica 4 se presenta la distribución de las aceptantes entre 1982 y 1987 que en el momento de la entrevista continuaban usando el primer segmento, así como de las mujeres que ya lo habían abandonado; igualmente, es posible conocer cuántas de estas mujeres que habían abandonado, tuvieron un segundo segmento y cuántas no.

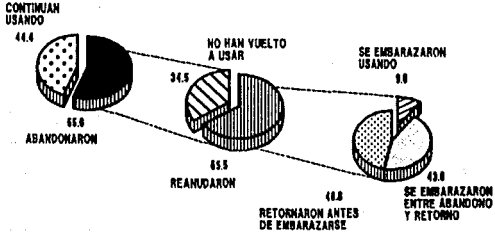
GRAFICA 4 (ENFES)

ACEPTANTES ENTRE 1982 Y 1987 DE ACUERDO A SI CONTINUAN O NO USANDO UN METODO ANTICONCEPTIVO



Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

GRAFICA 5 (ENP)
ACEPTANTES ENTRE 1974 Y 1979 DE ACUERDO A SI CONTINUAN O NO USANDO UN METODO ANTICONCEPTIVO



Fuente: Aparicio, R.: *Análisis del uso-efectividad... op. cit.* p. 112.

También, es posible observar qué proporción de las mujeres que tuvieron un segundo segmento lo adoptaron antes de embarazarse, cuántas se embarazaron entre un segmento y otro, y el procentaje de mujeres que se embarazaron durante el uso del primer segmento.

La Gráfica 5 presenta una distribución semejante a la descrita anteriormente, pero para las aceptantes entre 1974-1979.

Al comparar los datos de las Gráficas 4 y 5, se encontró que el porcentaje de mujeres que había finalizado su primer segmento de uso al momento de la entrevista, aumentó alrededor de ocho puntos porcentuales entre 1979 y 1987, siendo el 56% y el 64% la proporción de mujeres que respectivamente habían finalizado. Esto indica un aumento en el abandono del primer segmento que bien pudiera deberse a la gran medida en que se sufre de efectos colaterales, o bien al deseo de un embarazo, pues se sabe que en el período reciente la mayor proporción de aceptantes son mujeres jóvenes y ellas practican la anticoncepción con propósitos de espa-

ciamiento, más que de limitación de la familia. Se sabe además que hoy día las mujeres cuentan con un mayor número de opciones anticonceptivas que el que podrían tener las mujeres que aceptaron algún método cuando recién comenzaron las actividades de planificación familiar en México. Como consecuencia, sólo el 35.8% de las aceptantes entre 82-87 continuaban en el primer segmento de uso y para 74-79 este porcentaje fue de 44%.

Si se calcula un promedio de duración en el primer segmento, se tiene que las mujeres que habían finalizado ese primer período de uso obtienen un promedio de 10.7 meses en 1982-1987 y de 14.6 meses en 1974-1979, mientras que para las que aún no habían concluido su primer segmento fue de 19.8 y 26.4 meses respectivamente.

Así, salta a la vista que en el período reciente el tiempo promedio de uso del primer segmento fue menor respecto al período anterior, tanto para las que habían finalizado el uso del método como para aquellas que lo continuaban usando.

Ahora bien, de las mujeres que habían interrumpido el uso del primer segmento, alrededor del 70% reportó haber retornado al uso de anticonceptivos aproximadamente en un promedio de 8.3 meses después de haber interrumpido; de tal forma, que un 31% de las mujeres que finalizaron su primer segmento de uso, no había vuelto a usar algún método, habiendo transcurrido 16 meses en promedio desde que abandonaron el anticonceptivo hasta que se realizó la entrevista.

En relación a lo anterior, para las usuarias entre 1974 y 1979 se encontró que el 65.5% de las usuarias que habían finalizado el uso de anticonceptivos, retornó al uso de los mismos en promedio 9.3 meses después de haber interrumpido. Solamente un 34.5% de las mujeres que abandonó el uso no había vuelto a usar otro método, habiendo transcurrido en promedio 17 meses desde que dejaron el método inicial hasta que se les entrevistó.

Según el Cuadro 2 (Distribución porcentual por método), el método que en mayor medida se usa como inicial son las pastillas, ya que el 37.4% de las usuarias en edad fértil lo usan; así mismo, en relación a la distribución por método de las mujeres que tienen un segundo segmento de uso (Cuadro 14), las pastillas son usadas por el 27% de las mujeres que retornan. Cabe señalar que este porcentaje es el más alto respecto al uso de los otros métodos. Sin embargo, aunque existe una gran aceptación hacia las pastillas como método inicial, es interesante destacar que sólo un 19% de las usuarias de este método vuelven a usar el mismo, mientras que un alto porcentaje de las usuarias de DIU e inyecciones como método inicial, adoptan como segundo método las pastillas (el 42.9% en promedio).

Cuadro No. 14
Distribución porcentual de las mujeres entre 15 y 49 años que aceptaron un 2o. método, independientemente de si ocurrió o no un embarazo antes de la aceptación de ésta; de acuerdo al primer y segundo método, para las mujeres que iniciaron entre 1982 y 1987.

Método Inicial	Segundo Método						
	Pastillas	DIU	Esterilización	Inyecciones	Locales y preservativo	Ritmo, retiro y otros	Total
Pastillas	19.4	23.9	4.3	22.5	15.6	14.3	100.0
DIU	43.4	22.1	4.8	7.6	6.9	15.2	100.0
Inyecciones	42.3	11.4	9.8	7.3	12.3	16.9	100.0
Métodos locales y preservativo	26.4	27.8	4.3	8.5	10.7	22.2	100.0
Ritmo, retiro, otros	20.2	13.2	3.4	7.8	14.2	41.2	100.0
T O T A L	27.2	20.6	4.9	13.9	12.9	20.3	100.0

Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

Al comparar los porcentajes de las aceptantes que regresan al mismo método, se encuentra que entre 1982 y 1987, el 41% de las usuarias de un anticonceptivo tradicional vuelven a usar un método de ese tipo, mientras que en el período anterior, seis de cada diez volvían a hacerlo. Para el caso del DIU no se observan grandes diferencias al comparar un período y otro, pues aproximadamente 20% de las mujeres vuelven a usar este método. Así mismo, es interesante destacar el bajo porcentaje de las usuarias de inyecciones que reinician con el mismo método (7.3%); más aún cuando en el período 74-79 este porcentaje era del 23%. Finalmente, en el caso de los métodos locales y el preservativo se encontró que para el período reciente hubo una disminución importante en el porcentaje de mujeres que vuelven a usar dichos métodos: ahora el 10.7% reinician con estos tipos de contraceptivos, mientras que para el período 74-79 fue de 36.6%.

Por otro lado, es notoria la diferencia que se encuentra al comparar la proporción de mujeres que en el ciclo anterior recurría a la esterilización como segundo método. En 1974-1979, las usuarias de DIU eran las que más recurrían a los quirúrgicos —aproximadamente un 20% —, mientras que entre 1982 y 1987 sólo el 4.8% lo hizo de esta manera (vale la pena destacar que ahora son las aceptantes de inyecciones las que recurren en mayor medida a la esterilización como segundo método). En general, las proporciones de uso de los quirúrgicos como segundo método se redujeron en alrededor de un 50%; en 74-79 se tenía que un 10.5% de las mujeres usaba los quirúrgicos como segundo método, mientras que para 82-87 sólo el 4.9% recurría a esta opción como segunda instancia.

Tal parece que las usuarias de métodos locales y preservativos se inclinan más a reiniciar con métodos más efectivos, como son las pastillas y el dispositivo, recurriendo a ellos en un 26% y 28% respectivamente.

Es importante destacar que para el caso de los métodos tradicionales se observó un importante incremento en la proporción de las mujeres que recurren a éstos como segunda opción. Esto se dió para las mujeres que habían usado cualesquiera de los métodos como inicial; excepto para las que usaron los tradicionales, quienes presentan una menor proporción de retorno al mismo método en el segundo segmento. Esto podría explicarse debido al interés ya mencionado que tienen las mujeres por buscar un método más efectivo en su segundo período de uso, o quizá se deba a la forma en que se captó la información referente a estos métodos en cada una de las encuestas.

En particular, para las mujeres que iniciaron la práctica anticonceptiva con las inyecciones, se encontró un gran incremento en el porcentaje de ellas que cambia por un tradicional. Esta proporción se incrementó de 4.1% en el período anterior, a 15.2% en el caso reciente; puede ser que esta preferencia se deba a los efectos colaterales sufridos por el primer método.

Los datos analizados para el período 74-79, indican que los métodos locales fueron poco aceptados como segundo método, aproximadamente un 26% de las mujeres que los abandonaron volvieron a usarlos. Para el período 82-87, la situación de los métodos locales como segunda opción es diferente, ya que es notorio un incremento en su aceptación como método de reinicio por parte de las usuarias de otros

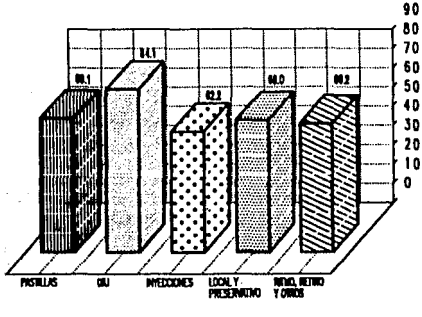
métodos como son las pastillas, las inyecciones y los tradicionales. Nuevamente, es posible suponer que estos cambios se deben en gran parte a los efectos colaterales sufridos por las usuarias de los métodos modernos, y que debido a ello, optan por métodos quizá menos efectivos pero que les parecen más atractivos en vista de que los riesgos a sufrir molestias en su salud son menores.

Al analizar los datos de reinicio de acuerdo al método abandonado (Gráfica 6), no se perciben grandes diferencias con respecto a las mujeres que interrumpen su primer segmento de uso y vuelven a practicar la anticoncepción, pues para casi todos los métodos este porcentaje es muy similar, salvo para las usuarias del DIU —para quienes es mayor en 21 puntos porcentuales aproximadamente.

En el periodo anterior se observó que los métodos que presentan menos efectos colaterales ocasionaban en sus usuarias una probabilidad ligeramente mayor de volver a usar un método de control del embarazo, sin embargo ahora no sucede lo mismo, parece que el método que se abandona no influye determinantemente para volver o no a practicar la anticoncepción.

GRAFICA 6

PORCENTAJE DE MUJERES QUE CAMBIARON DE METODO DE ACUERDO AL METODO ABANDONADO



Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

Cuadro No. 15
Porcentaje de mujeres que abandonaron el método inicial y volvieron a usar un método, de acuerdo a la razón de abandono.

Razón de abandono del primer segmento	Porcentaje que retorna a la anticoncepción ENP	ENFES
Embarazo usando	71.3	66.8
Deseo de embarazo	60.5	61.7
Efectos colaterales	65.4	65.7
Expulsión del DIU	67.0	65.1
Oposición del marido	44.1	63.8
Prefería otro método ó quería descansar	85.5	93.2
No riesgo de embarazo	43.8	29.9
Otros	61.1	84.4
T O T A L	65.5	69.4

Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

NOTA: Para la razón de abandono "Prefería otro método ó quería descansar" en la columna referente a la ENP, se está presentando un promedio ponderado, ya que en esa encuesta se tomaban como dos razones de abandono independientes.
Los datos individuales son: Prefería otro método 96.4, Quería descansar 74.6

Al analizar el reinicio a la anticoncepción de acuerdo a la razón por la que se abandonó el primer método (Cuadro 15), se puede observar que tanto en la ENFES como en la ENP, un gran porcentaje de las mujeres que abandonan porque deseaban cambiar de método vuelven a usar la anticoncepción (86% en la ENP y 93% en la ENFES); por otro lado, y como es de esperarse, las mujeres que menos retornan a la anticoncepción son aquellas que la abandonaron por no estar en riesgo de embarazo.

Resulta a su vez interesante, revisar las diferencias encontradas entre las mujeres que abandonaron por oposición del marido y volvieron a la anticoncepción: en 1979 se encontró que un 44% de las mujeres estaban en esta situación, mientras que para 1987 esta cantidad se incrementó en 20 puntos porcentuales; lo anterior, de alguna manera nos podría indicar una mayor independencia de las mujeres en sus decisiones o una mejor comunicación con sus parejas.

Uso extendido

Este apartado se dedica a comentar de una manera muy breve la importancia que representa el hacer un análisis de lo que se conoce como uso extendido y de cómo se puede llevar al cabo un análisis en ese sentido.

Así pues, al realizar un análisis de continuidad, se considera de gran importancia estudiar o medir el tiempo que transcurre entre la aceptación del primer método anticonceptivo y un embarazo no planeado. Dado que el interés radica en medir los embarazos no planeados, se clasifica a las aceptantes de un método según la razón por la que abandona la anticoncepción.

Se forma un grupo con aquellas mujeres que declararon explícitamente su deseo de embarazarse o no, al momento de abandonar la anticoncepción, o si la interrumpieron por no estar en riesgo de un embarazo (menopausia, ausencia del marido, divorcio, etc). El resto de las aceptantes se clasifican según la ocurrencia de un embarazo no planeado a partir de la fecha en que empezaron a practicar la anticoncepción. Las mujeres que lo tuvieron, se vuelven a clasificar de acuerdo a si el embarazo ocurrió como consecuencia de una falla de método, o si fue posterior al abandono de la anticoncepción. Todas las aceptantes restantes se identifican como mujeres expuestas al riesgo de un embarazo no planeado; y puede ser que todavía se encuentren usando algún método o que ya no utilicen ningún medio de control del embarazo.[46]

Para realizar un análisis adecuado de uso extendido, Aparicio propone el manejo de tablas de vida[47], que se aplican obteniendo la proporción de mujeres que han abandonado la anticoncepción por deseo de embarazo o por no existir riesgo, así como la proporción correspondiente a mujeres que han tenido un embarazo no planeado.

Se intentó realizar con los datos de 1987 un análisis de uso-extendido, obteniéndose los siguientes resultados:

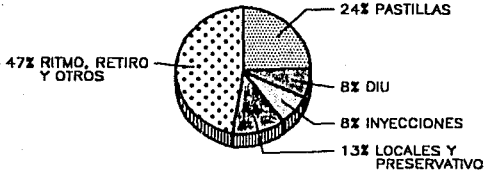
Al examinar los embarazos no planeados entre las usuarias de los distintos anticonceptivos (Gráfica 7), se puede ver que las aceptantes de los métodos tradicionales son quienes presentan el más alto porcentaje de embarazos no planeados; podemos hablar quizá de un 47% de probabilidad de embarazo para aquellas mujeres que utilicen dicha práctica anticonceptiva.

---

[46] Aparicio, R: *Análisis del uso-efectividad... op. cit.*, p. 118.

[47] *Ibid.*

GRAFICA 7
DISTRIBUCION DE EMBARAZOS NO PLANEADOS DE ACUERDO AL METODO ABANDONADO



Fuente: Datos calculados ex profeso a partir de información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

Asimismo, es posible observar que en el uso de los métodos hormonales orales ocurre un alto porcentaje de embarazos no planeados (24.4%). De acuerdo a los análisis previos, se sabe que las pastillas se abandonan en gran medida por efectos colaterales; esto conduce a la idea de que aunque dicho método presenta altas tasas de continuidad, al ser abandonado por consecuencias negativas en la salud, se produce también un alto porcentaje de embarazos no planeados. Adicionalmente es preciso recordar que el uso de hormonales orales requiere de una gran participación por parte de la usuaria a fin de obtener una prevención eficaz del embarazo, de tal suerte que hasta las pequeñas inconstancias que pudieran llegar a tener las mujeres, pueden provocar la presencia de un embarazo no esperado.

El dispositivo intrauterino y las inyecciones reportan los porcentajes más bajos de embarazos no planeados (7.6% en ambos casos) entendiéndose quizá como los más seguros, afirmación que podemos apoyar con el conocimiento de que dichos métodos requieren de poca 'actividad' o contribución por parte de las usuarias y están menos sujetos a interrupciones en su uso (el DIU tiene una tasa de continuidad del 92.9% y las inyecciones de 66.5%); caso muy diferente a los métodos locales y el preservativo quienes requieren de mayor participación del usuario y

que están presentando un 13.5% de falla, aunque su tasa de continuidad es del 63%; para ellos, se podría dudar tanto de la seguridad de los propios métodos, como de una actividad constante por parte del usuario.

Si bien se logró un análisis en relación a la proporción de embarazos no planeados de acuerdo al método abandonado, no fue posible ir más allá en el tema de uso extendido, debido a que se encontraron algunas limitaciones en la información. En concreto, a partir de la encuesta no es posible obtener datos precisos respecto a la duración de un embarazo cuyo resultado haya sido un hijo nacido vivo. De tal manera, que al pretender estimar el tiempo transcurrido entre el abandono de un método y el embarazo, resultaba muy arriesgado imputar las fechas de concepción de manera general, con la consiguiente pérdida de confiabilidad en el resultado.

Así pues, dado que la búsqueda de técnicas confiables para la estimación de las fechas de inicio de los embarazos en los datos de la ENFES, es un tema que escapa a los objetivos del presente trabajo, quedan los resultados previos como un buen inicio que será útil en investigaciones posteriores.

Comparación metodológica de ambas encuestas

Después de analizar los números arrojados por el proceso estadístico de los datos de ambas encuestas —se habla de las tasas de continuidad, los porcentajes, etc.—, es necesario ubicar tales resultados en el contexto en que fue generada la información; de manera que sea posible distinguir entre las diferencias ocasionadas por tratamientos distintos hacia los datos y aquellas que fueron producto de un verdadero cambio en los niveles de aceptación de anticonceptivos y en el comportamiento de las aceptantes. Es por ello que en este apartado se detallarán las características conceptuales y metodológicas de los trabajos que dieron lugar a la información antes descrita, explicándose el manejo que se le dió a las desemejanzas encontradas y las implicaciones que ello tuviere.

Al tratar de determinar los porqués de ciertos comportamientos de los datos, en razón de los obtenidos casi una década atrás, se debe pensar en que muchas y diferentes fueron las causas que dieron lugar a cada encuesta, a sus preguntas y a las respuestas de cada participante.

Si se examina a ambas encuestas desde su definición conceptual, se encuentra que tanto la ENFES como la ENP tienen dentro de sus objetivos el obtener información que ayude a determinar los niveles de aceptación y uso de los diferentes métodos anticonceptivos conocidos en su momento; aunque las circunstancias alrededor de cada una de ellas dieron lugar a un interés diferente por obtener esa información. Expliquémonos, los objetivos de la ENP se plantean en dos amplios rubros: primero, proporcionar información para la evaluación del impacto de las acciones a fin de señalar ajustes en base a los resultados, y segundo, complementar la información demográfica respecto a variables de fecundidad, morbilidad, etc., para tener un panorama más completo del fenómeno del crecimiento de la población. En cambio con la ENFES se presentó la situación de diferente manera; se piensa en la encuesta como un medio a corto plazo de evaluación del impacto de los programas nacionales aplicados a la fecha en el sector público y privado,[48] además de obtener información que permita dar continuidad a los análisis realizados mediante

---

[48] El Plan Nacional de Planificación Familiar de 1977 y el Programa Nacional de Educación Sexual del mismo año, el Programa Interinstitucional de Planificación Familiar de 1983 y el Programa Nacional de Planificación Familiar de 1985; además de los programas realizados por diversas instituciones y dependencias gubernamentales. Un resumen actualizado sobre las actividades que en esta materia se han llevado a cabo en nuestro país se puede consultar en Consejo Nacional de Población: *Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988*, México, CONAPO, 1985.

encuestas anteriores.[49] Así, se ven objetivos más amplios respecto a lo que se pretende evaluar... primero, los niveles y tendencias de la fecundidad, así como de algunas variables intermedias; segundo, niveles de uso de métodos anticonceptivos y de las variables que describen sus características, patrones y tendencias; y tercero, algunas interrelaciones entre la práctica anticonceptiva y la salud materno-infantil.

Lo que es muy importante aclarar es que a pesar del desigual enfoque otorgado a cada encuesta en su momento, para el tema que nos ocupa se tuvo cuidado de conservar un mismo punto de vista en cuanto a lo que se refiere a captación de la información (en las dos encuestas se preguntó por una historia completa de uso de métodos anticonceptivos), como en la forma de procesar e interpretar los resultados.

En ambos casos se vinculó la información sobre el conocimiento y uso de métodos de la mujeres con sus características socioeconómicas; en el caso de la ENP para entender las diferencias y obtener elementos para adecuar los programas considerando las necesidades del país, y en la ENFES pensando ya en la afectación que existe entre el contexto social y económico en que se desarrolla una mujer y su comportamiento reproductivo. Como se ve, la población de interés en ambos casos resulta ser la mujer; y se definió formalmente como objeto de estudio a una cohorte de mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad), residentes habituales en viviendas regulares, no colectivas, excluyendo a las que no hablaban español y a las afectadas en sus facultades mentales.[50]

En la selección de las muestras se utilizó un esquema estratificado y politetápico, donde la última etapa de selección fué la vivienda. Se calculó un tamaño de muestra de 20,000 hogares y 15,500 mujeres para la ENP; para la ENFES se determinó que se necesitaban 10,310 entrevistas de mujeres en edad fértil, para lo que se requería visitar 8,100 viviendas.

Durante el acopio de datos de la ENFES, se encontró que sólo el 0.8% de las entrevistas fueron rechazadas; si se descartan los porcentajes relacionados a las entrevistas que no se pudieron realizar por alguna causa relacionada con los informantes, por los problemas del marco, o por que las viviendas estaban deshabitadas, entonces es posible hablar de que nivel de no respuesta que en mayor grado puede introducir sesgos en la información de la ENFES fue de sólo el 6.9%. Por su parte, en la ENP el nivel de no respuesta fue del 8.7%; siendo así, se estimó bastante aceptable el nivel de confiabilidad de ambas encuestas.

---

[49] Es interesante mencionarlas, ya que son las referencias en que se fundó el trabajo de la ENFES; fueron tres encuestas demográficas (Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976; Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Metodos Anticonceptivos, 1979; Encuesta Nacional Demografica, 1982) dos censos de población y vivienda (1970 y 1980) y una encuesta económica (Encuesta Nacional de Empleo Urbano, 1984).

[50] Información detallada respecto a los cuestionarios, variables, cálculo del tamaño de muestra y estimadores, etc., se puede consultar en los documentos metodológicos respectivos citados en la bibliografía de este trabajo.

Finalmente, para la ENP se entrevistaron 15,279 mujeres en edad fértil, de las cuales, el 28% eran usuarias elegibles para la cohorte del estudio de continuidad (4,231 mujeres). En el caso de la ENFES se completaron 9,310 entrevistas y fue elegible el 18% de ellas (1,669 aceptantes).

Aparentemente, existe una marcada diferencia en cuanto al número de mujeres que conformaron cada una de las cohortes, mas no se debe suponer la existencia de sesgos derivados de ésta, ya que en ambos casos se están considerando a todas y cada una de las mujeres que se iniciaron en la anticoncepción durante los periodos considerados. Así pues, el tamaño de la muestra para el estudio de continuidad, es representativo de todas las mujeres de la cohorte analizada, y las tasas de continuidad obtenidas ayudaron a caracterizar el comportamiento anticonceptivo de dicha cohorte de aceptantes, aunque no de todas las mujeres usuarias de anticonceptivos del país (para ello, se hubiera requerido definir la muestra con otras características buscando la representatividad de todas las mujeres). Es por ello, que todos los resultados fueron aplicados a las mujeres aceptantes entre los años 1982 y 1987 y no se generalizaron los datos como representativos de un comportamiento a nivel país.

Si bien se descartó ya el hecho de que los cambios observados en el comportamiento anticonceptivo —mencionados en los apartados anteriores—, hayan sido ocasionados por alguna diferencia en los tamaños de muestra, no se debe olvidar que en algunos casos existe la posibilidad de que éstos se hubieran generado en el momento mismo de captar la información.

Considérese que los instrumentos utilizados por cada encuesta han diferido en los siguientes puntos:

En ambas encuestas se indaga sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos y se caracteriza el uso de métodos durante un periodo de seis años anteriores a la encuesta, pero en la ENFES se explicó además con detalle a las mujeres en qué consiste cada método a fin de mejorar las mediciones, de tal suerte que se puede afirmar que se logró captar mejor información —sobre todo relacionada con los métodos tradicionales.

Tanto en la ENFES como en la ENP se incluyó una historia de uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, en la ENFES se adicionó un cuadro de eventos de anticoncepción con el fin de evitar la superposición entre periodos de uso, de embarazo y de lactancia. Esto permitió que desde el momento de la entrevista se validara la información en cuanto a fechas, disminuyendo así el número de imputaciones y por consiguiente, sesgos futuros.

Por último, y como se mencionó en el Capítulo 2 de este trabajo, la construcción de la historia de uso difirió entre la ENFES y la ENP al haber preguntado a las entrevistadas de manera prospectiva en 1979 y de manera retrospectiva en 1987. Como consecuencia, se presumen menos problemas de memoria en el segundo caso y una mejor calidad de información.

Lo discutido anteriormente indica que, por un lado, la ENFES es una de las encuestas más completas que se han aplicado recientemente en México, ya que cuenta con una historia completa de embarazos, una historia de uso de métodos

anticonceptivos y una historia de atención materno-infantil a partir de Enero de 1982, y por otro lado, que las diferencias metodológicas entre la ENP y la ENFES deben ser consideradas en el momento pertinente a fin de dar una interpretación adecuada a los datos. De este modo, se justifica el hecho de haber guardado las debidas reservas, respecto a los cambios que se presentaron en el comportamiento de las tasas de continuidad, evitando hacer generalizaciones o afirmaciones contundentes a menos de que se pudiesen fundamentar adecuadamente.

Efectos de los programas de planificación familiar

Como se comentó en el primer capítulo de este trabajo, durante el período comprendido entre 1950 y 1970, la tasa global de fecundidad en México se mantuvo en niveles altos y estables que alcanzaron su valor más alto hacia 1970, con 6.5 hijos por mujer. En los años posteriores a 1970, la fecundidad se logró reducir hasta 3.8 hijos por mujer en 1986.

La disminución de la elevada tasa de crecimiento natural de la población mexicana dependería fundamentalmente de la disminución en los niveles de natalidad y a su vez, el descenso de la natalidad sería el resultado del descenso en los niveles globales de fecundidad y del efecto en la estructura por edades de la población. La alta fecundidad observada en el país hasta 1970 se explicaba por una edad promedio muy temprana al matrimonio o unión y por una fecundidad marital (de las parejas) muy elevada; de tal suerte que una reducción en la fecundidad global se lograría mediante el efecto combinado de los cambios en la nupcialidad (edad al casamiento o primera unión) y los cambios en la fecundidad marital (fecundidad de las mujeres casadas o unidas).

Los programas de planificación familiar se propusieron influir sobre los elevados niveles de fecundidad marital mediante los servicios médicos de planificación familiar, programas de educación sexual y acciones de comunicación social. Los efectos sobre la edad al matrimonio se lograrían mediante las acciones en educación sexual y en comunicación social.[51] Así, los objetivos de los programas que se han implantado a través del tiempo se han conservado bajo el mismo tenor: el coadyuvar al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, reducir la fecundidad y disminuir la incidencia al aborto. Sus tareas se orientan principalmente en tres sentidos: la educación en planificación familiar, la información y comunicación en planificación familiar, y la salud en planificación familiar.

Hoy día, se puede afirmar que la planificación familiar ha tenido fuerte influencia en el descenso de la fecundidad del país. A partir de la introducción de los programas, el volúmen de parejas que hacen uso de este servicio se ha incrementado, debido al crecimiento de la cobertura de los programas y al impacto individual que han tenido las actividades promocionales de información, comunicación y educación.[52] Sin embargo, no se debe olvidar que los cambios en la fecundidad pueden deberse

---

[51] CONAPO: *Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988... op. cit. passim.*

[52] En 1976, el procentaje de usuarias activas respecto a las mujeres unidas era de 30%, que se incrementó en los siguientes años hasta un nivel de 47.7% en 1982, a partir de entonces se ha elevado a un ritmo menor llegando a 52.7% en 1987. Dirección General de Planificación Familiar: *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y salud 1987... op. cit.* p. 42.

también a modificaciones en alguna de las variables demográficas intermedias que la determinan, y no atribuirse sólo a la anticoncepción.

Se puede mencionar por ejemplo, que esta tendencia a la disminución en el número de hijos que los padres piensan llegar a tener puede ser una consecuencia del aumento de las exigencias respecto al nivel de vida y la educación de los hijos, situación que en la actualidad puede verse aún mayormente reforzada, dadas las condiciones de crisis económica por la que ha atravesado el país y que necesariamente repercuten en los niveles de bienestar de la población. Otro punto a considerar es la incorporación de la mujer al trabajo asalariado, que bien puede representar una parte importante en la explicación del descenso de la fecundidad marital en los diferentes grupos sociales.

Aunque el desarrollo económico y social de una colectividad influye en la conformación y tipo de familia, es difícil evaluar el impacto de los programas de planificación familiar en este sentido. Actualmente en México, no se cuenta con metodologías precisas para realizar un tipo de investigación que permita valorar el grado de interrelación existente en los programas y el desarrollo socioeconómico de la población rural y urbana, que se traduzcan en indicadores relacionados con empleo, vivienda, alimentación, educación, ingreso per cápita, etcétera.

Es por ello que no es conveniente llevar al cabo la evaluación de los efectos de un programa de planificación familiar únicamente a través de la estimación de los niveles de aceptación de métodos por parte de la población, ni aún considerando la continuidad y efectividad en el uso de los mismos; ya que como se mencionó anteriormente, las actividades de los programas se han enfocado a generar cambios reproductivos en la población y a mejorar las condiciones de salud materno-infantil, de manera que el desarrollo económico del país se vaya presentando equilibradamente.[51] Estos últimos puntos obviamente que se deben medir de diferente forma —cuando una medición es posible.

De tal suerte, que sería muy aventurado pretender realizar una evaluación de *todos* los efectos producidos por los programas aplicados a la fecha en *todos* sus ámbitos careciendo de las mediciones suficientes. Más aún, si los resultados presentados en este trabajo se concretan a la continuidad en el uso de los métodos y la efectividad de los mismos; los cuales son un logro en materia de evaluación de la prevalencia en el uso de métodos, pero insistiendo, se requiere considerar bastantes más variables para ofrecer una conclusión contundente sobre los efectos de los programas.

Mas cabe mencionar que a través de los resultados de la ENFES, fue posible identificar una tendencia de aumento en la población soltera y un aumento de la edad mediana a la primera unión, y que además de la reducción a 3.8 hijos por mujer en 1986 —el cual sufrió un descenso del 16% desde 1978—, también muy importante es que el número medio ideal de hijos que reportaron ahora las mujeres fué de tres.

---

[51] Consejo Nacional de Población: *Programa Nacional de Población 1984-1988*, México, CONAPO, 1985, *passim*.

Se habló ya de la importancia que adquiere entonces la evaluación y seguimiento de todas las actividades establecidas por los programas de planificación familiar en México. Sin embargo, como un último aspecto a tratar, es menester hablar de la evolución que ha presentado la evaluación de los programas en años recientes. Hasta hace algún tiempo, la evaluación estaba centrada en el cumplimiento de metas cuantificables como el número de nuevas usuarias, la cobertura, los índices de prevalencia, y su asociación con metas demográficas tales como la reducción de la tasa de natalidad y de fecundidad. Es indudable que los indicadores mencionados consideran aspectos importantes de la calidad de los programas, pero no dan ninguna referencia en cuanto a la satisfacción o insatisfacción de las usuarias de los servicios. Miden la eficiencia de los programas para proveerlos, pero no la calidad de la atención que está recibiendo la población[54]. Por ende, ahora se intenta dedicar mayor atención al estudio y mejoramiento de la calidad de los servicios en los programas.

Vale la pena destacar que este enfoque de la planificación familiar centrado en la calidad de atención podría, a través del aumento de la proporción de usuarias satisfechas, aumentar la eficacia cuantificable de los programas. Es probable que una mayor proporción de usuarias satisfechas, junto con una adecuada oferta de servicios, resulte en una mayor prevalencia de uso; por un lado, porque un número mayor de nuevas usuarias serán atraídas al programa por el conocimiento que tendrán del buen servicio recibido por las usuarias contentas, y también porque el aumento de la proporción de usuarias satisfechas conducirá a una mayor continuidad en la anticoncepción.

De este modo, se dá por terminado el análisis de la información. Resta únicamente el planteamiento de las conclusiones y recomendaciones resultantes de este trabajo.

---

[54] Bruce, J.: *Fundamental elements of the quality of care: a simple framework*, New York, The Population Council, 1985, Num. 1.

Conclusiones

La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 constituye una valiosa fuente de información para evaluar la continuidad de uso de los métodos anticonceptivos, y permite contar con una visión global de lo que ocurre en todo el país. Su amplio alcance, ofrece información de las aceptantes que obtienen los anticonceptivos fuera de los programas institucionales, como son aquellas que acuden a farmacias, clínicas u hospitales privados; más aún, fue posible estimar para 1987 la continuidad de las aceptantes de métodos como la abstinencia periódica o el coitus interruptus.

La Encuesta Nacional de Prevalencia que se realizó en 1979 también es una encuesta a nivel nacional que captó la historia de uso de las mujeres que adoptaron algún anticonceptivo en un período anterior a la entrevista; con los datos de esta encuesta fue realizada la investigación de continuidad de uso de anticonceptivos que sirvió como referencia para un análisis comparativo entre las dos cohortes de aceptantes entrevistadas en ambos estudios.

Los resultados de la comparación realizada en este trabajo muestran que, después de casi una década de haberse iniciado los programas de planificación familiar en México, la continuidad en el primer método se redujo en un 20% a doce meses y en un 24% a dos años. Por su parte, la continuidad en la anticoncepción presentó reducciones del orden del 15.5%, 17.6% y 30% a uno, dos y tres años respectivamente. En ambos casos, esto ha ocurrido a nivel nacional e independientemente de la escolaridad de las aceptantes o del tamaño del lugar donde residen.

Se observaron también variaciones en los distintos grupos de aceptantes, los cuales parecen incorporarse a la práctica anticonceptiva con el propósito de espaciar los embarazos y no precisamente de limitar el tamaño de la familia. Esta afirmación se fundamenta en el alto porcentaje de mujeres jóvenes menores de 25 años (64%), quienes presentan un mayor interés por tener hijos —la mitad de las mujeres entrevistadas de ese grupo de edad, querían tener más hijos y el 22% de ellas ya se encontraban embarazadas. A partir del análisis de las características sociodemográficas, se entiende que son las mujeres de menor edad, paridad y años de unión las más proponsas a abandonar la anticoncepción esto debido entre otras causas, a sus intereses de embarazo.

Se analizaron las cuatro principales razones de abandono para el primer método utilizado: efectos colaterales durante el uso del método, declarados por las mujeres; la preferencia de otro medio anticonceptivo; el deseo de un embarazo y la falla del método. LLama la atención la alta proporción de mujeres que abandona los métodos locales y los preservativos debido al deseo de cambiar de anticonceptivo, y lo mismo sucede con los métodos tradicionales, los cuales tienen una alta probabilidad de abandono por esta causa. En los métodos anticonceptivos tradicionales, la principal causa de abandono es la falla del método; es en cambio notorio que la razón de abandono de mayor incidencia para los anticonceptivos hormonales (orales e inyectables) y para el dispositivo intrauterino (DIU) son los efectos colaterales. No obstante, una vez más son los métodos más efectivos, ya que muestran una baja probabilidad de abandono ocasionado por la falla del método.

A lo largo del estudio de reinicio en la anticoncepción, se obtuvo información respecto a lo que sucede después de que una mujer abandona la anticoncepción. Así, se descubrió que el 64% de las aceptantes abandonan el uso del primer método, y que el 70% de ellas reanudan posteriormente con otro método. Cabe señalar que el método más aceptado tanto en la primera como en la segunda opción son los hormonales orales.

En busca de información para evaluar el uso extendido, se encontró que los métodos tradicionales presentan la mayor proporción de embarazos no planeados (47%), seguidos por las pastillas (24%). Sin embargo, no se continuó en el tema de uso extendido debido a que ello requería del desarrollo de técnicas que permitieran la estimación de las fechas de inicio de los embarazos en los datos de la ENFES, tarea que escapa a los objetivos del trabajo.

Durante la realización de este trabajo, se observó que la cantidad de entrevistas que componían la muestra determinada para la realización de la ENFES, era adecuada para caracterizar a las mujeres mexicanas en cuanto a su práctica anticonceptiva; no obstante, el número de casos sujetos de estudio sólo permitió analizar la continuidad en el uso de métodos para cierta cohorte de aceptantes. Así pues, si se requiere de estudiar a todas las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos, e inferir resultados para todas ellas, será necesario desarrollar un diseño de muestra específico, o bien, para obtener una mayor precisión en los resultados de la cohorte analizada, se podrían definir períodos de observación más largos en el corte transversal —quizás de diez años.

Fueron detectadas también algunas diferencias metodológicas entre la ENFES y la ENP. En la ENFES varía la manera de preguntar sobre el conocimiento y uso de métodos, además de captar una historia completa de embarazos, lo que permite tener información más precisa de los tiempos de uso; también se adiciona a ella un cuadro de eventos de anticoncepción a la historia de uso, misma que a su vez difiere al haber sido construida de manera regresiva y no progresiva, como lo hace la ENP. Lo mencionado anteriormente indica que las diferencias metodológicas entre la ENP y la ENFES deben ser consideradas en el momento pertinente, a fin de hacer las consideraciones adecuadas al caso.

Después de haber cumplido con el objetivo de actualizar las tasas de continuidad y haberlas analizado y comparado con las respectivas para el periodo 74-79, es interesante determinar la aportación de este trabajo en la evaluación de los programas de planificación familiar que se han aplicado después de esos años.

La principal colaboración de este estudio, es la de ofrecer información más reciente respecto al comportamiento anticonceptivo de las mujeres que se incorporan a un programa. Con estos datos, se ayuda a superar la evaluación tradicional de programas de acuerdo a un número de aceptantes y se tiene una apreciación más real de los efectos de las tareas de planificación familiar.

La caracterización del comportamiento anticonceptivo ofrecida, se logró con el conocimiento del tiempo que usan los métodos las aceptantes y de las razones que las llevan al abandono de la anticoncepción. Ya que las tasas de continuidad hablan del tiempo que las mujeres usan ininterrumpidamente un método, el hecho de que las tasas observadas hayan disminuido, indica que en el periodo 82-87 las mujeres utilizaron los métodos por periodos más cortos de tiempo en comparación con aquéllas que iniciaron su práctica anticonceptiva una década atrás. Al reconocer que una proporción considerable de mujeres que se incorporaron al programa, igualmente se alejaron de él, es necesario preguntarse cuáles son las causas que pueden orillar a las mujeres a abandonar más pronto los métodos... La razón más deseable de acuerdo a los objetivos del Programa Nacional de Planificación Familiar, sería que lo abandonaran porque han cubierto sus necesidades de planificación y que ha llegado el momento en que desean tener un hijo —ello es lo que se espera que esté sucediendo con el gran número de mujeres jóvenes que se estudiaron en este trabajo y para quienes se interpretó un interés de espaciamiento en la anticoncepción.

Sin embargo, éste y otros trabajos han demostrado que así como un gran número de mujeres abandonan por deseo de embarazo, muchas otras lo hacen por otras y muy diversas razones. Particularizando en los resultados de este estudio, en los últimos años han cobrado gran importancia como razones de abandono los efectos secundarios y la falla de método. Lo cual habla de una posible falta de atención en ciertos puntos relativos a la prestación de servicios de planificación familiar que se ofrecen a la población; bien valdría la pena iniciar un esfuerzo encaminado al estudio más profundo de este tema.

Recuérdese que el objetivo fundamental que deben perseguir los programas es que el comportamiento de las tasas de continuidad esté determinado por las intenciones reproductivas de las participantes, y no por causas ajenas que las obliguen a abandonar los métodos; a pesar de ello, los programas de planificación familiar se han enfocado en gran medida a la consecución de metas demográficas específicas (se propuso alcanzar el 1% de crecimiento anual en el año 2000), y no se ha tomado como punto de referencia la medida en que se esté logrando colaborar eficientemente con la población en el ejercicio de sus derechos establecidos en el artículo 4o. Constitucional. Dichas metas demográficas se habían estado logrando hasta hace unos años, presentándose un descenso acelerado y constante de la tasa de crecimiento poblacional, comportamiento que se ha tornado en un descenso excesivamente lento, casi podría decirse que se ha detenido. El número de partici-

pantes en el programa no ha crecido en los términos que se esperaba y las nuevas aceptantes se incorporan por períodos más cortos de tiempo.

Los resultados del estudio así como la disertación anterior, podrían conducir a la sugerencia de diversos caminos, todos ellos relacionados con el perfeccionamiento en la entrega de servicios de planificación familiar en cuanto a la calidad y oportunidad de los mismos, haciendo énfasis en las necesidades y actitudes de las aceptantes; pero casualmente, serían exactamente las mismas recomendaciones que se hicieron a los programas aplicados hasta 1979 con objeto de lograr el mejoramiento en los niveles de continuidad y efectividad en el uso de métodos anticonceptivos.

Hoy como ayer, se habla también de la importancia de dar mayor atención a aquellas mujeres que no desean más hijos, pero que no estaban usando ningún método al momento de la encuesta. Igualmente, se reconoce la necesidad de poner un mayor énfasis en la atención a usuarias antes y durante su práctica anticonceptiva, explicándoseles los riesgos a los que puedan estar expuestas al estar usando un determinado método. Se podría concluir sugiriendo nuevamente, las más elocuentes e ingeniosas formas de evitar que las usuarias abandonen los métodos de mayor efectividad debido a efectos inesperados en su salud; o de proporcionar a las aceptantes del programa la información necesaria para una mejor participación por parte de las usuarias y con ello conducir a un menor nivel de probabilidad de falla. No obstante, cualquier colaboración o esfuerzo que se realice, debe ir acompañado de una recuperación del planteamiento principal del Programa Nacional de Planificación Familiar y del establecimiento de metas en términos tales, que no se descuide el objetivo principal. Es decir, si el programa persiguiera únicamente el brindar a la población información y servicios de planificación familiar, para que las parejas decidan de manera responsable, libre e informada el número y espaciamiento de sus hijos, entonces los objetivos deberían evaluarse en términos de la calidad de los servicios y del nivel de satisfacción de las parejas participantes en el programa. Si en cambio, el objetivo fuera la reducción de las tasas de fecundidad y por ende, de crecimiento de la población, pues entonces el establecimiento de metas demográficas sería prioritario.

Lo que no se puede aceptar es que, habiéndose definido los objetivos principales en una misma dirección, se hayan llevado a la práctica de manera que luzcan opuestos entre sí, y que sus resultados no se puedan ver como un beneficio contundente para la población. No parece conveniente la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de salud materno-infantil, acompañada de una reducción de la fecundidad casi obligada. La búsqueda continua de una reducción de la tasa de crecimiento a cualquier precio (aún a costa de la salud de las aceptantes o de embarazos no planeados ocasionados por fallas en los métodos), y la evaluación de los programas en esos mismos términos, ha colocado en segundo plano la superación de los niveles de servicios de salud e información en planificación familiar.

Es precisamente ahí donde se ubica este trabajo y es por ello que después de una década de haberse hecho las recomendaciones pertinentes, hoy se llega a un mismo punto.

Resta aún una posibilidad. En caso de que no se presente una revisión de los objetivos del programa y de la manera de evaluarlo, al percatarse las autoridades de que la tasa de crecimiento de la población ya no desciende (y no precisamente porque las parejas deseen tener familias numerosas), quizás en ese momento decidan concentrar todos los esfuerzos en considerar las sugerencias que se puedan derivar de éste y de muchos otros trabajos. Esperemos que en ese momento se trabaje en técnicas de medición de niveles de servicio, de información y de educación; que se realicen estudios formales sobre causas de abandono y, sobre todo, que se trabaje en la definición de la técnica que indique la proporción de abandonos que son resultado de una adecuada planificación familiar y no de una falla en la calidad del servicio o de los métodos.

De esta manera se dá por concluido el presente trabajo, sin embargo el estudio del tema no está agotado. Así pues, se espera que los resultados del mismo, contribuyan en el enriquecimiento de los elementos utilizados para la evaluación de los programas y se invita a los interesados a explorar este amplio campo de investigación.

Apéndices

Apéndice A. Esquema de la información captada en la ENP

Esquema de la Información captada en la Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad/Mortalidad
Tabla de Uso de Métodos Anticonceptivos

Categoría *	Variable	Clasificación
1. Mujeres que usaron algún método después del 01-01-74	1.1 Fecha en que empezó a usar el método	a) Mes b) Año
	1.2 Método utilizado	a) Pastillas b) DIU c) Ligadura d) Inyecciones e) Preservativo f) Métodos locales g) Ritmo h) Retiro i) Vasectomía j) Otros
	1.3 Fecha de abandono del método	a) Mes b) Año c) Sigue usando
	1.4 Uso ininterrumpido entre fecha de inicio y abandono	a) Sí b) No
	1.5 Existencia de embarazo entre fecha de inicio y abandono	a) Sí b) No

* Ver las definiciones de categoría, variable y clasificación en el Apéndice C

Esquema de la Información captada en la Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad/Mortalidad
Tabla de Uso de Métodos Anticonceptivos

Categoría *	Variable	Clasificación
2. Mujeres que usaron un método eficaz**	2.1 Primera fuente de obtención del método en el segmento	a) SSA b) IMSS c) ISSSTE d) Agente e) FEPAC f) Otras inst. de gobierno g) Farmacia h) Consultorio privado i) Médico particular j) Tienda k) Otros
3. Mujeres cuya primera fuente fué el sector público	3.1 Razón de selección de la primer fuente	a) Derechohabiente b) Queda cerca c) Confianza en la institución d) Se la recomendaron e) Atención habitual f) Le informaron de los antibióticos g) Más barato h) Buen servicio i) Otros
	3.2 Asistencia a citas en la primer fuente	a) Si b) No

* Ver las definiciones de categoría, variable y clasificación en el Apéndice C

** Esta categoría constituye un sub-grupo de la primera, pero ya no se escribirá "Después de Enero de 1974".

Esquema de la Información captada en la Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad/Mortalidad
Tabla de Uso de Métodos Anticonceptivos

Categoría *	Variable	Clasificación
4. Mujeres que no asisten a citas en la primera fuente	4.1 Razón de no asistir	a) Quiere descansar b) Ya no es derechohabiente c) Derechohabiente en otra institución d) Mal servicio e) Tiempo de espera f) No hay método preferido g) Se embarazó h) Se sentía bien i) Podía conseguir el método en otro lado y/o tuvo revisión médica j) Prefiere otra institución k) Problemas con el médico l) Otros
5. Mujeres que usaron un método eficaz pero no efectivo	5.1 Existencia de segunda fuente de obtención en el segmento	a) Sí b) No

* Ver las definiciones de categoría, variable y clasificación en el Apéndice C

Esquema de la información captada en la Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad/Mortalidad
Tabla de Uso de Métodos Anticonceptivos

Categoría *	Variable	Clasificación
6. Mujeres que usaron al menos dos fuentes en el segmento	6.1 Segunda fuente de obtención	a) SSA b) IMMS c) ISSSTE d) Agente e) FEPAC f) Otra institución del gobierno g) Farmacia h) Consultorio privado i) Médico particular j) Tienda k) Otros
	6.2 Fecha de inicio en la segunda fuente	a) Mes b) Año
	6.3 Razon de obtención en segunda fuente	a) No es derechohab. b) Derechohabiente c) Más barato d) Más cerca e) Tenía método deseado f) Mejor servicio g) Podía conseguir método deseado en otro lado y/o tuvo revisión médica h) Confianza en la institución i) Otros
	6.4 Existencia de una tercera fuente en el segmento	a) Sí b) No

* Ver las definiciones de categoría, variable y clasificación en el Apéndice C

Esquema de la Información captada en la Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad/Mortalidad
Tabla de Uso de Métodos Anticonceptivos

Categoría *	Variable	Clasificación
7. Mujeres que usaron al menos tres fuentes en el segmento	7.1 Tercera fuente de obtención	a) SSA b) IMMS c) ISSSTE d) Agente e) FEPAC f) Otra institución del gobierno g) Farmacia h) Consultorio privado i) Médico particular j) Tienda k) Otros
	7.2 Fecha de inicio para tercera fuente	a) Mes b) Año
	7.3 Existencia de una cuarta fuente en el segmento	a) Sí b) No
8. Mujeres que usaron al menos cuatro fuentes en el segmento	8.1 Lugares de obtención	a) SSA b) IMMS c) ISSSTE d) Agente e) FEPAC f) Otra institución del gobierno g) Farmacia h) Consultorio privado i) Médico particular j) Tienda k) Otros

* Ver las definiciones de categoría, variable y clasificación en el Apéndice C

Esquema de la información captada en la Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad/Mortalidad
Tabla de Uso de Métodos Anticonceptivos

Categoría *	Variable	Clasificación
9. Mujeres que usaron algún método anticonceptivo no definitivo y ya lo habían abandonado	9.1 Razón de abandono	a) Se embarazó b) Quería embarazarse c) Efectos colaterales d) Expulsión del DIU e) Oposición del marido f) Prefería otro método g) No hubo riesgo de embarazo h) Quería descansar i) Otros
	9.2 Existencia de embarazo posterior al uso	a) Sí b) No
10. Mujeres que se embarazaron despues de haber usado un método definitivo	10.1 Uso de otro método antes del embarazo	a) Sí b) No
11. Mujeres que no usaron otro Método antes del embarazo	11.1 Fecha del embarazo	a) Mes b) Año
	11.2 Uso del método al momento del embarazo	a) Sí b) No

* Ver las definiciones de categoría, variable y clasificación en el Apéndice C

Esquema de la Información captada en la Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad/Mortalidad
Tabla de Uso de Métodos Anticonceptivos

Categoría *	Variable	Clasificación
12. Mujeres que estaban usando el método cuando se embarazaron	12.1 Razón del embarazo	a) Falla del Método b) Falla en el uso c) Desconocido
13. Mujeres que usaron un método que no fuera ligadura	13.1 Existencia de otro segmento	a) Si b) No
14. Mujeres que continuaban usando el método del segmento en la fecha de la entrevista	14.1 Numero de embarazos desde la primera vez que se usó un anticonceptivo	a) 00 - 99

* Ver las definiciones de categoría, variable y clasificación en el Apéndice C

NOTA: Estas variables se repiten para cada segmento de uso

Apéndice B. Esquema de la información captada en la ENFES

Esquema de la Información captada en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 en la sección Anticoncepción Tabla de Uso de Métodos Anticonceptivos

Categoría *	Variable	Clasificación
1. Mujeres que usaron algún método después del 01-01-1982	1.1 Alguna vez usuaria	a) Sí b) No
2. Usuaria de un método efectivo durante un período.	2.1 Fecha de inicio	a) Mes b) Año
	2.2 Fecha de abandono	a) Mes b) Año
	2.3 Método utilizado	a) Operación femenina (ligadura) b) Operación masculina (vasectomía) c) Pastillas d) Inyec. Mensuales e) Inyec. Bimensuales f) Inyec. Trimestrales g) DIU h) Diafragma i) Condones j) Óvulos, espermaticidas k) Ritmo l) Retiro m) Aborto n) Lactancia o) Otro

* Ver las definiciones de categoría, variable y clasificación en el Anexo C

Esquema de la información captada en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 en la sección Anticoncepción
Tabla de Uso de Métodos Anticonceptivos

Categoría *	Variable	Clasificación
2. Usuaria de un método efectivo durante un periodo	2.4 Fuente de obtención del método	IMSS a) Clínica u hospital b) Clínica CONASUPO o COPLAMAR SSA c) Centro de Salud u hospital d) Encargada o auxiliar de comunidad e) ISSSTE f) DIF g) PEMEX h) Defensa (Sanidad Militar) Otra inst. del gobierno: i) Hospital civil o universitario (Marina, SARH, SRA, DDF, CONASUPO, etc.) j) MEXFAM (antes FEPAC) k) Farmacia l) Consultorio, clínica u hospital privado m) Partera n) Promotora o) Otro
	2.5 Motivo de interés en el uso	a) Espaciar embarazos (sólo por un tiempo) b) Limitar embarazos (no quedar embarazada nunca más) c) Otro

* Ver las definiciones de categoría, variable y clasificación en el Anexo C

Esquema de la información captada en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 en la sección Anticoncepción
Tabla de Uso de Métodos Anticonceptivos

Categoría *	Variable	Clasificación
3. Mujeres que sufrieron de efectos colaterales	3.1 Molestias en el uso	a) Sí b) No
	3.2 Molestia principal	a) Ganas de vomitar b) Vómito c) Dolor de cabeza d) Pérdida de sangrado
4. Mujeres que usaron un método no definitivo y lo abandonaron	4.1 Fecha de abandono (sin interrupciones)	a) Mes b) Año
	4.2 Razón de abandono	a) Se embarazó b) Quería embarazarse c) Prefería otro ó quería descansar del método d) Explusó el DIU e) Se opuso su pareja ó algun pariente No lo necesitaba por... f) Estar en la menopausia g) Ser viuda, soltera, separada o divorciada h) Ausencia temporal de su pareja i) Esterilidad debida a otra razón j) No tenía relaciones sexuales aunque estaba unida k) Tiene alguna enfermedad y prefirió dejar de usarlo l) Temor a efectos colaterales m) Efectos colaterales ó problemas de salud por el uso del método n) Otros

* Ver las definiciones de categoría, variable y clasificación en el Anexo C

Esquema de la información captada en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 en la sección Anticoncepción Tabla de Uso de Métodos Anticonceptivos

Categoría *	Variable	Clasificación
5. Mujeres que se embarazan usando algún método	5.1 Se embarazó mientras usaba el método	a) Sí b) No
6. Mujeres que usaron un método no definitivo	6.1 Hizo algo antes para no tener hijos (existencia de un segmento anterior)	a) Sí b) No
	6.2 Fecha de inicio del primer segmento de uso de uso	a) Mes b) Año

* Ver las definiciones de categoría, variable y clasificación en el Anexo C

NOTA: Estas variables se repiten para cada segmento de uso

Apéndice C. Definiciones

Aceptante Es la mujer que utiliza un método por primera vez.

Categoría Es una población sujeta a estudio, es decir un conjunto de elementos susceptibles de caracterización para fines de análisis de un aspecto de la realidad. Dicho conjunto tiene, por lo menos, una característica común.

Clasificación Es el listado convencional de los grupos en que se descompone una categoría en torno a una variable.

Cohorte Un grupo de personas que comparten simultáneamente una experiencia demográfica, al que se observa durante un cierto tiempo. Por ejemplo, la cohorte de nacimientos de 1900 se refiere a las personas nacidas en dicho año. Existen también cohortes de matrimonios, cohortes de clases escolares, etc.

Edad promedio a la primera unión
La edad mediana en las primeras nupcias se computa para hombres y mujeres por separado ya que es típico que las mujeres contraigan matrimonio a edad más temprana. En general es calculada así:

$$\bar{m} = \frac{\sum_{x=\alpha}^{\beta} (x+1/2)\, m\,(x,x+1)}{\sum_{x=\alpha}^{\beta} m\,(x,x+1)}$$

donde...

$\bar{m}$ = edad promedio a la primera unión ó edad mediana a las primeras nupcias, que representa el fenómeno demográfico para una tabla completa de nupcialidad.
m (x,x + 1) = primeras nupcias entre las edades (x,x + 1)

La tabla completa de nupcialidad está compuesta por probabilidades calculadas de la siguiente manera:

$$n_x = \frac{m_{x,x+1}}{c_x}$$

donde...

n_x = Probabilidad de contraer nupcias de 1er orden (o primeras nupcias) entre las edades x,x+1

c_x = población de solteros que han alcanzado la edad exacta x

Embarazo no planeado

Se ha interpretado como aquél que ocurre cuando las mujeres no declaran explícitamente interrumpir la anticoncepción por deseo de embarazo o por no existir riesgo.

Fuente de obtención

Es el lugar de obtención.

Interrupción de uso

Es cuando una mujer deja de usar un método durante un mes o mas. La ocurrencia de un embarazo determina automáticamente la interrupción de uso. Si el periodo de no uso es menor de un mes y no ocurre ningún embarazo, no existe interrupción.

Lugar de obtención

Es el lugar en donde la mujer obtiene los anticonceptivos.

Mujeres en edad fértil

Son las mujeres entre 15 y 49 años de edad.

Población Un grupo de objetos u organismos de la misma epecie.

Proporción de mujeres casadas o unidas en los grupos de edad fértil

Es el número de mujeres casadas ó unidas en el grupo de edad fértil j por cada 1000 mujeres en el grupo de edad fértil j y se calcula como:

$$\frac{\text{no. de mujeres casadas o unidas en el grupo de edad fértil j}}{\text{total de mujeres en el grupo de edad fértil j}}$$

donde k = 1000

Reinicio de uso
En este trabajo se considera el inicio de un segundo segmento de uso. Puede ser antes o después de un embarazo.

Sector público Es el conjunto de lugares de obtención que comprende el IMSS, la SSA, el ISSSTE, los agentes comunitarios rurales y cualquier otra institución financiada por el gobierno.

Sector privado Es el conjunto de lugares de obtención que comprende médicos particulares, clínicas, consultorios y hospitales privados, farmacias y tiendas.

Segmento de uso
Es el tiempo en que una mujer utiliza un método anticonceptivo ininterrumpidamente.

Suspensión de uso
Es sinónimo de interrupción de uso.

Tasa bruta acumulada de abandono al mes X
Es la probabilidad de abandonar un determinado tipo de continuidad antes del mes X, suponiendo que existe una sola causa de abandono.

Tasa de continuidad en el primer método
Es la probabilidad de acumular cierto periodo de uso del primer método sin embarazarse ni cambiar de método.

Tasa de continuidad del primer segmento
Es la probabilidad de continuar utilizando el método inicial sin haber tenido un embarazo.

Tasa de continuidad en la anticoncepción
Es la probabilidad de acumular un cierto periodo de práctica anticonceptiva, independientemente de el o los métodos utilizados, sin embarazarse.

Tasa de natalidad
Llamada también tasa bruta de natalidad, indica el número de nacidos vivos por 1000 habitantes en un determinado año. Se calcula:

$$\text{Tasa de natalidad} = \frac{\text{número de nacimientos}}{\text{población total}} \cdot k$$

donde k = 1000

Tasas específicas de fecundidad (o de natalidad)

Toman en cuenta los nacimientos de una comunidad clasificada en cuanto a características demográficas y socioeconómicas, y se relaciona con poblaciones con las mismas subdivisiones. Las principales clasificaciones son:

- Por edad de la mujer
- Por estado civil
- Por orden de nacimiento

Tasa global de fecundidad (o total de fecundidad)

Es el promedio de niños que nacerían vivos durante la vida de una mujer (o grupo de mujeres) si todos sus años de reproducción transcurrieran conforme a las tasas de fecundidad por edad de un determinado año. Se calcula:

$$TGF = \left(\sum_{a=a}^{b} f_j\right) c$$

donde...

f_j = mujer que estuviera expuesta a la fecundidad
a = 15
b = 49
c = amplitud del grupo
$\sum_{a=b}^{b} f_j$ = serie de una mujer que estuviera expuesta a la fecundidad a la edad j

Tasa de fecundidad marital

Se relaciona con el matrimonio y se calcula:

$$TFM = f_j^m = \frac{B_j^l}{P_j^{fc}} \cdot k$$

donde...

B_j^l = nacimientos de hijos legítimos cuyas madres están casadas y tienen edad j o grupo de edad j
P_j^{fc} = población femenina casada a la edad j o grupo de edad j
k^l = 100
j = entre 15 y 49 años (de edad)

Y expresa los nacimientos totales legítimos, con respecto a la población femenina casada a edad fértil j o grupo de edad fértil j

Tasa neta acumulada de abandono al mes X.
Es la probabilidad de abandonar un determinado tipo de continuidad antes del mes X, cuando están actuando todas las causas de abandono conjuntamente.

Usuaria activa Es la mujer que se encuentra utilizando un método anticonceptivo en un cierto momento.

Usuaria nueva En este trabajo es sinónimo de aceptante.

Variable Se entiende por variable cualquier característica, cualidad o atributo de una persona, grupo o acontecimiento que puede cambiar de valor.

Nota: Dada la intención comparativa de este trabajo entre dos encuestas cuyos contenidos son semejantes, se optó por conservar las definiciones utilizadas por Aparicio [53] y algunas definiciones adicionales.[54]

---

[53] Aparicio, R.: *Análisis del uso-efectividad..., op. cit.*.

[54] Bourdon, R. y Lazarsfeld, P.: *Metodología de las ciencias sociales*, México, UNAM, 1989, pp. 100-101 Mina Valdés, A.: *Curso Básico de Demografía*, México, UNAM, 1992, pp. 43-47.

Estimación de las funciones de la tabla de vida en estudios de uso-efectividad de los métodos anticonceptivos

A continuación se presentarán las fórmulas utilizadas en la obtención de las tasas de abandono y de continuidad en estudios de uso-efectividad.[57]

Para poder utilizar la técnica de tabla de vida de decremento múltiple es necesario que a cada mujer le sea asignado un tiempo de uso y una razón de terminación. Ambos datos se obtienen para cada uno de los tipos de continuidad; una vez que se tienen, el procedimiento para obtener las tasas de continuidad es idéntico sin importar el tipo de continuidad estudiado. Es importante aclarar que la duración de uso se mide en meses ordinales; es decir que si la duración es igual a $x+1$, esto significa que la mujer sobrevivió hasta el mes x y salió del análisis por abandono o pérdida de observación antes de completar el mes $x+1$.

En las fórmulas se utilizan las siguientes variables:

N_x número de mujeres que sigue utilizando anticonceptivos al comienzo del periodo $(x,x+1)$

T_{jx} número de mujeres que abandonan durante este periodo debido a la causa j, donde $j=1,2,...,k$

T_x Total de personas que abandonan durante el periodo $(x,x+1)$

W_x Total de mujeres que continúan usando al principio del periodo y que salen de observación por truncamiento.

Entre estas funciones se tienen las relaciones:

$$T_x = \sum_{j=1}^{k} T_{jx} \qquad (1)$$

$$N_{x+1} = N_x - T_x - W_x \qquad (2)$$

$$N_x = \sum_{i=x}^{\infty} (T_i + W_i) \qquad (3)$$

---

[57] Sinquefield, J.: "Single and multiple decrement life table procedures for the analysis on the use-efectiveness of contraception", en: *Family Planning Research and Evaluation Manual*, Rapid Feedback for Family Planning Improvement, University of Chicago, 1973, No 8.

Así, la tasa de continuidad mensual para el mes (x, x+1) se estima mediante la fórmula

$$P_x = \frac{N_x - \frac{W_x}{2} - T_x}{N_x - \frac{W_x}{2}} \qquad (4)$$

Esta es la probabilidad condicional de estar usando al inicio del mes (x+1,x+2), dado que se continuaba usando hasta el inicio del mes anterior.

La tasa total de terminación mensual Q_x es igual al complemento de la función P_x, y en consecuencia se expresa por medio de la relación:

$$Q_x = \frac{T_x}{N_x - \frac{W_x}{2}} \qquad (5)$$

La que se puede escribir como

$$Q_x = \frac{T_x + \frac{W_x}{2} Q_x}{N_x} \qquad (6)$$

De tal forma que se entiende que si los W_x hubieran sido observados durante todo el mes habrían contribuido con $(W_x Q_x)/2$ abandonos adicionales.

Para la tasa de terminación mensual Q_{jx} se supone que las fuerzas de mortalidad son independientes y proporcionales. Entonces se tiene que:

$$Q_{jx} = c_{jx} Q_x$$

$$Q_{jx} = \frac{T_{jx}}{T_x} \cdot \frac{T_x}{N^*_x} \qquad (7)$$

Donde c_{jx} y N^*_x se calculan de acuerdo a

$$c_{jx} = \frac{T_{jx}}{T_x} \qquad (8)$$

y

$$N^*_x = N_x - \frac{W_x}{2} \qquad (9)$$

N^*_x se conoce como el número ajustado de mujeres que siguen utilizando un método al principio del período (x,x+1) y c_{jx} es la constante de proporcionalidad de la fuerza de mortalidad correspondiente al riesgo j a la edad x. Por lo tanto, Q_{jx} se puede escribir también como

$$Q_{jx} = \frac{T_{jx}}{N^*_x} \qquad (10)$$

La tasa de proporcionalidad acumulada (probabilidad de supervivencia) para el período (x,x+1) es PO_x y se estima por la ecuación:

$$PO_x = \prod_{i=0}^{x-1} P_i \qquad (11)$$

y representa la probabilidad de continuar practicando la anticoncepción hasta el inicio del mes x+1 (en el caso de continuar en la anticoncepción)

El complemento de esta tasa de continuidad es la tasa de abandono acumulada

$$QO_x = 1 - PO_x \qquad (12)$$

y es la proporción esperada de aceptantes que abandonan el uso de anticonceptivos antes del inicio del mes $x+1$.

La proporción esperada de mujeres que abandonan la anticoncepción durante el período $(x,x+1)$ está dada por

$$D_x = PO_x - PO_{x+1}$$

$$D_x = PO_x \cdot Q_x \qquad (13)$$

y la proporción esperada que termina en este período debido a la causa j es

$$D_{jx} = PO_x \cdot Q_{jx} \qquad (14)$$

Así, el número total de abandonos en el período es igual a la suma de lo abandonos por las distintas causas

$$D_x = \sum_{j=1}^{k} D_{jx} \qquad (15)$$

La tasa acumulada de abandono antes del inicio del mes $x+1$ para la causa j es

$$QO_{jx} = \sum_{i=0}^{x-1} D_{ji}$$

Este índice proporciona la probabilidad de que una mujer abandone el uso antes de llegar al mes $x+1$ debido a la causa j.

Para cada período se cumple que

$$PO_x + \sum_{j=1}^{k} Q\,O_{jx} = 1$$

Las fórmulas antes citadas representan probabilidades netas pues refleja el efecto de todos los riesgos concurrentes que influyen para que una mujer abandone la anticoncepción. Para efectos de comparar la importancia de cada una de las causas de abandono en distintos grupos de mujeres se utilizan las tasas brutas de decremento.

En el caso de analizar la causa j como única razón de abandono, la probabilidad mensual de abandono se estima mediante la fórmula

$$q_{jx} = \frac{T_{jx}}{N^{**}_{jx}} \qquad (17)$$

donde

$$N^{**}_{jx} = N_x - \frac{W_x-(T_x-T_{jx})}{2} \qquad (18)$$

La cual, se basa en el supuesto de que W_x y T_x-T_{jx} salen de la observación al haber abandonado por una razón distinta de la causa j, utilizaron un método en promedio la mitad de mes, y habrían contribuido con q_{jx} $(T_x-T_{jx})/2$ abandonos adicionales por la causa j si se hubieran observado todo el mes.

La probabilidad de sobrevivir en el período (x,x+1) siendo j la única causa de abandono se conoce como tasa de continuidad bruta mensual y está dada por

$$p_{jx} = 1 - q_{jx}$$

Entonces, la tasa de continuidad acumulada para el mes (x,x+1) correspondiente es

$$po_{jx} = \prod_{i=0}^{x-1} p_{ji}$$

Finalmente, siendo j la unica causa de muerte, la tasa de decremento acumulado para el mes (x,x+1) resulta ser

$$qo_{jx} = 1 - po_{jx}$$

Puesto que las tasas netas muestran los efectos de todos los riesgos al presentarse en forma conjunta, estas tasas deben ser utilizadas en el análisis de la importancia relativa de las diferentes causas de abandono dentro de un mismo grupo analizado. Por otro lado, las tasas brutas representan la probabilidad de interrumpir el uso de anticonceptivos bajo el supuesto de que existe una sola causa de abandono y deben usarse para comparar la importancia de este factor en distintos grupos poblacionales.

Interpretación de las tasas de continuidad

Continuando con las analogías establecidas anteriormente entre los estudios de uso-efectividad de métodos anticonceptivos y los estudios de mortalidad, veamos ahora el significado que para nosotros deben tener las tasas de continuidad.

En nuestro análisis las podemos entender como probabilidades de supervivencia -como las que se tratan en un estudio de mortalidad-, esto es, la probabilidad de una aceptante de continuar una práctica anticonceptiva. Ahora bien, hemos establecido la existencia de diferentes tipos de uso, cada uno de los cuales requiere que se construya su propia duración; por ello es también necesario interpretar las tasas de continuidad de distinta forma en cada caso.

Veamos ahora como haremos esta interpretación:

En la continuidad en el primer segmento, sólo se considera un solo período de uso -aquel previo a la primera interrupción-, por lo que las tasas de continuidad representan la probabilidad de continuar utilizando (ininterrumpidamente) el método inicial sin tener un embarazo. Recordemos que un período de no uso menor a un mes sin que ocurra un embarazo, no se considera interrupción.

Para la construcción de la duración de uso del primer método, se suman aquellos períodos de uso consecutivos y correspondientes al método inicial. Las tasas de continuidad del primer método representan la probabilidad de acumular un cierto período de uso de ese método sin embarazarse ni cambiar de método.

En la continuidad en la anticoncepción se suman todos los segmentos de uso posteriores al primero, siempre y cuando no haya ocurrido ningun embarazo, sin importar cual haya sido el anticonceptivo utilizado; así, las tasas de continuidad en la anticoncepción permiten conocer la probabilidad de que una mujer acumule un cierto período de práctica anticonceptiva (independientemente de el o los métodos utilizados) sin tener un embarazo.

Bibliografía

- Alarcón, F.: *Las actividades de planificación familiar en México*, en: La Revolución Demográfica en México, Martinez J. ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 523 p.

- Alba, F.: *La población en México. Evolución y dilemas*, México, El Colegio de México, 1977.

- Aparicio, R.: *Análisis del uso-efectividad de los métodos anticonceptivos*, Tesis de licenciatura, ENEP-Acatlán, Universidad Nacional Autónoma de México, 1982.

- Aparicio, R. y otros: *Impacto del programa de planificación familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la mortalidad perinatal*, Col. Temas de Planificación Familiar, México, AMIDEM-IMSS, 1989.

- Aparicio, R.: *The application of Cox proportional hazards model to the study of contraceptive continuation: The case of Mexico*, Tesis de grado, Londres, Universidad de Londres, 1983. 64 p.

- Bailey, J. y Umaña, M.: "Fertility and contraceptive practice, Bogotá 1964-1974", en: *Studies in Family Planning*, New York EUA, The Population Council, Vol. 7, Num. 9, Sept. 1978.

- Bruce, J.: *Fundamental elements of the quality of care, a simple framework.*, New York EUA, The Population Council, No. 1, 1989.

- Bogue, D. y Nelson, J.: *The fertility components and contraceptive history techniques for measuring contraceptive use effectivenes*, U.S.A., CFSC, University of Chicago: Family Planning evaluation manual, Num. 5, 1971.

- Consejo Nacional de Población: *Programa Nacional de Población 1984-1988*, México, CONAPO, 1985. 89 p.

- Consejo Nacional de Población: *Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988*, México, CONAPO, 1985, 93 p.

- Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar: *Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos. Documento Metodológico. 1978*, México D.F., Planificación Familiar, 1979, 113 p.

- Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar: *Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad/Mortalidad. Documento Metodológico. 1979*. Planificacón Familiar, México D.F., 1980, 131 p.

- Correu, S. y Keller, A.: *Continuidad de las aceptantes en los servicios y en la anticoncepción*, Programa de Planificación Familiar de la SSA, Salud Pública de México, México, SSA, 1975.

- Davis, K. y Blake, J.: *Social structure and fertility: an analytic framework*, en: Economic Development and Cultural Change, *s/l*, 1956.

- Dirección General de Planificación Familiar: *Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987: Resultados Nacionales*, México, Secretaría de Salud, 1987.

- Dirección General de Planificación Familiar: *Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud 1987*, México, Secretaría de Salud/Demographic and Health surveys, 1989, 231 p.

- Dirección General de Planificación Familiar: *Manual para la depuración de la información 1987*, copia mimeografiada, México, Secretaría de Salud, 1987.

- Dirección General de Planificación Familiar: *Encuesta Mexicana de Fecundidad y Salud 1987. Memorias de la reunión celebrada el 18 de Febrero de 1988*, copia mimeografiada, México, Secretaría de Salud, 1988.

- Gallegos, A. y otros: "Recent trends in contraceptive use in Mexico", en: *Studies in Family Planning*, New York EUA, The Population Council, 1977, Vol. 8, No. 8.

- Guell M., A.: *Hipótesis y variables*, en: Metodología de las Ciencias Sociales, México, Universidad Nacional Autónoma de México, ENEP Acatlán, 1989, 396 p.

- Haupt, A. y Kane, T.: *Guía rápida de población*. Washington, D.C. Population Reference Bureau, inc. 1980.

- Keller, A. y otros: "Limitations of life table analysis. Empirical evidence from Mexico", en: *Studies in Family Planning*, New York EUA, The Population Council, Octubre 1981, Vol. 2, No. 10.

- Keller, A.: "México City: a clinic drop-out study", en: *Studies in Family Planning*, New York EUA, The Population Council, 1971, Vol. 2, No. 9

- Leguina, J.: *Fundamentos de Demografía*, México, Siglo XXI, 1976, 372 p.

- Martínez, J., editor de: *Análisis del costo beneficio del programa de planificación familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1987.

- Martínez, J., editor de: *La Revolución Demográfica en México 1970-1980*, México, Instituo Mexicano del Seguro Social, 1982.

- Mina Valdés, A.: *Curso Básico de Demografía*, copia mimeografiada, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1992, 134 p.

- National Research Council: *Anticoncepción y reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo*, Washington D.C. EUA, Ed. Médico Panamericana, 1990.

- Organización de las Naciones Unidas: *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, Nueva York EUA, ONU, 1991

- Pressat, R.: *El Análisis Demográfico*, México, Fondo de Cultura Económica, 1973, 440 p.

- Rábago, A. y Aparicio, R.: "Análisis de la continuidad en el uso de métodos anticonceptivos en México. 1974-1979", en: *La Revolución Demográfica en México. 1970-1980*, México, Martínez J. ed., Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982, 523 p.

- Secretaría de Salud: *Memoria de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en México*. México, SSA, Octubre 1988.

- Sinquefield, J.: "Single and multiple decrement life table procedures for the analysis on the use-efectiveness of contraception", en: *Family Planning Research and Evaluation Manual*, Rapid Feedback for Family Planning Improvement, University of Chicago, 1973, No 8.

- Taborga, H.: *Cómo hacer una tesis*, México, Grijalbo, 1987, 220 p.

- Tietze, C. y Lewit, S.: *Recommended procedures for the study of use-effectiveness of contraceptive measures*, IPPF, Medical Handbook, Part I, London, 1995.

- Tietze, C. y Lewit, S.: "Statistical evaluation of contraceptive methods: use-efectiveness and extended use-efectiveness", en: *Demography, sII*, Vol. 5, No. 2, 1968.