



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES

ANÁLISIS DE LA FALLA EN EL USO DEL PRIMER
MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN MÉXICO EN LOS
PERIODOS 1989-1997 Y 2001-2009

Tesis presentada por:

ELOINA MENESES MENDOZA

Para optar por el grado de

MAESTRA EN DEMOGRAFÍA

Directora de tesis: Dra. María Estela Rivero Fuentes

México - 28 de julio de 2014

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre con todo mi cariño y agradecimiento por su apoyo en todos mis proyectos y por alentarme siempre a lograr nuevas metas. A mis hermanos Adriana y Germán, por su cariño y apoyo a lo largo de la vida, sin los cuales me habría sido difícil llegar hasta este momento. A Rafa, por su amor incondicional y su paciente compañía a lo largo de este proceso.

Agradecimientos

A mi directora de tesis la Dra. Estela Rivero, agradezco infinitamente por el tiempo dedicado al desarrollo de esta tesis, por su confianza en mí y su apoyo más allá del ámbito académico. A mi lector de tesis el Dr. Juan Guillermo Figueroa, mi más sincero agradecimiento por su cálido recibimiento en el seminario de metodología de la investigación, por sus valiosos y oportunos comentarios que me han sido de mucha utilidad para mejorar este trabajo. Al Dr. Carlos Echarri, por las ideas y sugerencias constructivas que realizó a mi proyecto de tesis. A la Dra. Julieta Pérez, toda mi gratitud por su disposición en la resolución de dudas para esta investigación. A la Dra. Silvia Giorguli y el Dr. Víctor Manuel García, por la comprensión y apoyo que me brindaron para culminar este trabajo de la mejor manera. Al CONACYT y al Colegio de México por otorgarme la oportunidad de estudiar un posgrado.

A mis compañeros y amigos de generación: Lina, Manuel y Adriana, gracias por compartir conmigo su conocimiento, pero sobre todo por hacer más ligera y agradable esta estancia.

Resumen

En México la cobertura anticonceptiva ha sido el indicador principal para la evaluación de los programas de planificación familiar; sin embargo, un vez que el país ha alcanzado un alto nivel de prevalencia anticonceptiva, el éxito de los programas dependerá no sólo de que la mayoría de las personas usen métodos para regular su fecundidad, sino también de que lo hagan de manera efectiva. A pesar de su importancia, en nuestro país la falla anticonceptiva ha recibido poca atención como indicador para la evaluación de los servicios de planificación familiar; además, no se cuenta con información actualizada sobre este fenómeno. Aunado a esto, en años recientes se identifica un estancamiento en los programas de salud reproductiva, que ha vuelto más notorio el rezago en materia anticonceptiva de los grupos vulnerables de la población; sin embargo, el efecto de este estancamiento en la efectividad con que se usan los anticonceptivos no se conoce.

Este trabajo tiene como propósito proporcionar información actualizada sobre las tasas de falla del primer método anticonceptivo, y analizar si el menor énfasis de los programas de salud reproductiva en años recientes ha tenido algún impacto sobre su efectividad, específicamente si ha afectado a los grupos que tradicionalmente han recibido menor atención por parte de estos programas, como las mujeres adolescentes, solteras, sin hijos, con menor escolaridad, hablantes de lengua indígena y rurales. Para lograr este fin, se usa la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en sus levantamientos 1997 y 2009, que permiten analizar los cambios ocurridos entre los periodos de tiempo de 1989-1997 y 2001-2009, respectivamente, durante los cuales se ubican los acontecimientos coyunturales que en conjunto han limitado los avances en anticoncepción en años recientes.

La investigación realizada con la técnica de tabla de vida y modelos multivariados de sobrevivencia muestra que, a pesar del menor énfasis en los programas de salud reproductiva en los últimos años, la tasa de falla anticonceptiva disminuyó significativamente de 8.7 a 6.1 embarazos no intencionales por cada 100 usuarias en el primer año de uso, y que esta reducción se asocia principalmente a una mayor efectividad en el uso del condón, por lo que los varones han sido actores importantes de esta tendencia. Entre los distintos grupos poblacionales se observan reducciones importantes en el riesgo de falla en los periodos analizados; sin embargo, los adolescentes se encuentran en una situación particularmente desfavorecedora, pues en ellos se concentran los mayores riesgos de falla anticonceptiva, además de que entre los dos periodo de análisis su riesgo se incrementó en un 40 %.

Índice general

| | |
|---|-----------|
| Introducción | II |
| 1. Antecedentes. La planificación familiar en México | 5 |
| 1.1. Historia de los programas de planificación familiar en México | 5 |
| 1.2. Situación actual de los programas de salud reproductiva | 10 |
| 1.3. Niveles y tendencias del uso de métodos anticonceptivos | 13 |
| 1.4. Reflexiones finales del capítulo | 27 |
| 2. Marco teórico y conceptual de la falla anticonceptiva | 31 |
| 2.1. La anticoncepción como una variable intermedia de la fecundidad | 31 |
| 2.2. Definición de falla y sus distintas acepciones | 34 |
| 2.3. Enfoques teóricos que explican la falla en el uso de métodos anticonceptivos | 35 |
| 2.3.1. Factores intrínsecos asociados a cada método | 35 |
| 2.3.2. El enfoque CAP y de componentes psicosociales | 40 |
| 2.4. Antecedentes sobre la falla anticonceptiva | 41 |
| 2.5. Reflexiones finales del capítulo | 48 |
| 2.5.1. Hipótesis | 49 |
| 3. Metodología | 51 |
| 3.1. Fuente de información | 51 |
| 3.2. Operacionalización de variables | 52 |
| 3.3. Evaluación, limitaciones y ajuste de los datos | 56 |
| 3.4. Métodos estadísticos de análisis | 59 |
| 3.4.1. Análisis descriptivo | 59 |
| 3.4.2. Análisis de sobrevivencia | 60 |

| | |
|--|-----------|
| 4. La falla en el uso del primer método anticonceptivo y sus cambios en los periodos 1989-1997 y 2001-2009 | 63 |
| 4.1. El uso del primer método anticonceptivo | 64 |
| 4.2. Análisis de las tasas de falla del primer método anticonceptivo | 73 |
| 4.3. Análisis de los factores que explican la falla en el uso de métodos anticonceptivos y sus cambios recientes | 80 |
| 4.4. Reflexiones finales del capítulo | 88 |
| Conclusiones | 93 |
| Anexo I | 99 |

Índice de cuadros

| | |
|---|----|
| 2.1. Tasas de falla por tipo de método anticonceptivo según tipo de efectividad para el primer año de uso (x 100 usuarias) | 36 |
| 3.1. Variables para el análisis de la falla en el uso de métodos anticonceptivos . | 55 |
| 4.1. México. Tasas de falla del primer método anticonceptivo por meses de uso según periodo de iniciación de la anticoncepción (x 100 usuarias) | 73 |
| 4.2. México. Tasas de falla del primer método anticonceptivo por tipo de método y meses de uso según periodo de iniciación de la anticoncepción (x 100 usuarias) | 76 |
| 4.3. México. Tasas de falla del primer método anticonceptivo a 12 meses de uso por características sociodemográficas de las mujeres según periodo de iniciación de la anticoncepción (x 100 usuarias) | 79 |
| 4.4. Modelos de análisis de sobrevivencia en tiempo discreto para explicar la falla del primer método anticonceptivo en el periodo 1989-1997 | 89 |
| 4.5. Modelos de análisis de sobrevivencia en tiempo discreto para explicar la falla del primer método anticonceptivo en el periodo 2001-2009 | 90 |
| 4.6. Modelo de análisis de sobrevivencia en tiempo discreto para explicar el cambio en la falla del primer método anticonceptivo entre los periodos 1989-1997 y 2001-2009 | 91 |

Índice de gráficas

| | |
|---|----|
| 1.1. México. Gasto total ejercido en atención a la salud reproductiva e igualdad de género en salud, varios años | 11 |
| 1.2. México. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009 | 16 |
| 1.3. México. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos según nivel de escolaridad, 1997 y 2009 | 17 |
| 1.4. México. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método, 1997 y 2009 | 19 |
| 1.5. México. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas por tipo de método según edad, 2009 | 20 |
| 1.6. México. Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas usuarias de anticonceptivos modernos según lugar de obtención, 1997 y 2009 | 21 |
| 1.7. México. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, sexualmente activas, usuarias de métodos anticonceptivos modernos por tipo de método según lugar de obtención, 2009 | 22 |
| 1.8. México. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas según grupos quinquenales de edad, 2009 | 23 |
| 1.9. México. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por nivel de escolaridad, 2009 | 23 |
| 1.10. México. Embarazo planeado y no planeado según tipo de resultado, 2009 | 25 |
| 1.11. México. Tasa estimada de aborto inducido por región de desarrollo según grupos de edad, 2009 (x mil mujeres) | 26 |
| 3.1. México. Distribución de las duraciones de uso del primer método anticonceptivo según distintos periodos de inicio de la anticoncepción | 59 |

| | |
|---|----|
| 4.1. México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo según tipo de método y periodo de inicio de la anticoncepción | 65 |
| 4.2. México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo según edad y periodo de inicio de la anticoncepción | 66 |
| 4.3. México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo por tipo de método según grupo de edad y distintos periodos de inicio de la anticoncepción | 66 |
| 4.4. México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo según número de hijos nacidos vivos y periodo de inicio de la anticoncepción | 67 |
| 4.5. México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo por tipo de método según número de hijos nacidos vivos y periodo de inicio de la anticoncepción | 68 |
| 4.6. México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo por tipo de método según situación conyugal y periodo de inicio de la anticoncepción | 69 |
| 4.7. México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo según lugar de obtención y periodo de inicio de la anticoncepción | 71 |
| 4.8. México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo por tipo de método según lugar de obtención, 2001-2009 | 72 |
| 4.9. México. Tasas de falla acumulada por tipo de método anticonceptivo según meses de duración de uso y año de iniciación de la anticoncepción (x 100 usuarias) | 74 |
| 4.10. México. Distribución de las duraciones de uso a partir de las fechas de inicio y fin de uso del primer método anticonceptivo, ENADID 2009 | 99 |

Introducción

En México desde de la promulgación de la Ley General de Población en 1974, la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos se incrementó en forma sostenida, aunque en los últimos años a ritmos cada vez menores. Así, pasó de 30.7 % para las mujeres unidas en 1976, a 70.9 % en 2006 (Mojarro-Dávila, 2007) y 72.5 % en 2009 (INEGI, 2010).

Tradicionalmente, la atención de los gobiernos se ha centrado en la cobertura anticonceptiva como el indicador principal que permite la evaluación de los programas de planificación familiar; sin embargo, en contextos como México, donde se ha alcanzado un alto nivel de prevalencia, el éxito de los programas dependerá no sólo de que la mayoría de las personas usen métodos para regular su fecundidad, sino también de que lo hagan de manera efectiva. No obstante, la falla en el uso de métodos anticonceptivos ha recibido menor atención por parte de los planeadores de políticas públicas.

El estudio de la falla anticonceptiva es importante por las consecuencias que de ella se derivan al ser un factor trascendental en la regulación de la fecundidad. Ejemplo de esto son los embarazos no deseados o no planeados, que por su naturaleza pueden culminar en abortos inducidos con serias repercusiones en la salud de la mujer, dependiendo del contexto legal y de los servicios de salud del entorno en el que se encuentre (Curtis y Blanc, 1997; Juárez *et al.*, 2013). Del mismo modo, cuando los embarazos no planeados o no deseados llegan a término, es probable que se produzcan efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de vida de las mujeres y de sus hijos, lo que también puede repercutir en el desarrollo de la sociedad en general (Naciones Unidas, 1995).

Además de lo anterior, el análisis de la falla anticonceptiva es de relevancia porque se considera un indicador resumen de la calidad de los servicios de salud reproductiva, ya que proporciona información sobre la efectividad y variedad de los métodos anticonceptivos que se proveen, y de la calidad de la asesoría que se proporciona a los usuarios sobre la utilización apropiada de éstos (Bertrand, 1994).

En México el 15 % de las mujeres en edad reproductiva que fueron entrevistadas por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en 2009 discontinuaron su método anticonceptivo a causa de una falla. A pesar de la importancia de este problema, en nuestro país la falla en el uso de métodos anticonceptivos nunca ha sido considerada formalmente como un indicador para la evaluación de los servicios de planificación familiar. Además, son pocos los estudios que se han realizado sobre la falla anticonceptiva, y datan

de la década de los 80 y 90 (Aparicio, 1982; Garrison, 1984; Aparicio, 1993), por lo cual no se cuenta con información actualizada para analizar este fenómeno.

Aunado a esto, diversos funcionarios y expertos (Lerner, 2008; MEXFAM, 2011; Rodríguez, 2013) han señalado que en años recientes ha habido un deterioro en los programas de salud reproductiva. Se argumenta que en los últimos dos sexenios federales panistas (de 2000 a 2012) el programa dejó de ser prioritario, lo que llevó a la disminución del presupuesto en estos rubros. Sin embargo, algunos expertos (MEXFAM, 2011 y Uribe, 2011) identifican que el estancamiento de la planificación familiar en México no sólo ha tenido que ver con las dos administraciones federales panistas, sino también con otros factores que datan de décadas atrás y que en conjunto han limitado los avances en anticoncepción en los últimos años.

En este sentido, se identifica que el estancamiento de la planificación familiar en México se asocia con tres hechos principales. En primer lugar, se menciona que la descentralización de la Secretaría de Salud (SSA) ocurrida en 1991, otorgó el poder a cada entidad federativa para decidir de manera libre en qué cantidad y con qué oportunidad se realiza la compra y distribución de los métodos anticonceptivos, lo que ha originado el desabasto sistemático de métodos en algunos estados que no han prestado atención al programa por cuestiones ideológicas o de otro tipo (MEXFAM, 2011). En segundo término, se señala que la incorporación de la planificación al enfoque de salud reproductiva en 1994, propició la reestructuración de las necesidades prioritarias dejando de lado la anticoncepción (Uribe, 2011). Finalmente, se reconoce como una tercera causa la aparente falta de prioridad que ha tenido la planificación familiar en la última década, específicamente durante el gobierno federal panista, donde se disminuyeron considerablemente las campañas en medios masivos y se descuidó el seguimiento, monitoreo y evaluación de avances comprometidos en el Programa de Planificación Familiar (MEXFAM, 2011).

De forma paralela, diversos autores (Lerner, 2008; MEXFAM, 2011; Uribe, 2011; Rodríguez, 2013) han identificado que este contexto ha vuelto más notorio el rezago en cuanto a cobertura anticonceptiva de algunos grupos específicos de la población, como los marginados y más pobres, los indígenas, rurales y adolescentes (Lerner, 2008; MEXFAM, 2011; Rodríguez, 2013). Sin embargo, las posibles consecuencias del debilitamiento de los programas de planificación familiar sobre la efectividad con que se están usando los métodos anticonceptivos no se conocen.

Es así, que en un escenario como el que se presenta en el país con fuertes indicios de deterioro de los programas planificación familiar y siendo la falla anticonceptiva un indicador de la calidad de los servicios ofrecidos por estos programas, se vuelve imperante conocer la evolución en el tiempo de las tasas de falla de los distintos métodos y grupos poblacionales. En particular, conocer su comportamiento durante los momentos en los que se presentaron los acontecimientos que han provocado el estancamiento reciente de los programas de salud reproductiva. De este modo, se analiza la falla anticonceptiva

entre 1989-1997, lapso de tiempo en el que tuvo lugar la descentralización de la planificación familiar y el surgimiento del enfoque de salud reproductiva. Así mismo, se observa el comportamiento de la falla en un periodo posterior, de 2001-2009, que corresponde al gobierno federal panista en el cual, como ya se mencionó, se identifica un menor énfasis en los programas de salud reproductiva. Dicho análisis permitirá observar si estos acontecimientos han tenido un efecto negativo acumulado sobre la falla anticonceptiva en años recientes.

El objetivo general de este trabajo es por tanto, analizar la falla en el uso del primer método anticonceptivo en México y sus posibles cambios en los periodos de 1989-1997 y 2001-2009. De forma particular, se busca proveer información a nivel nacional sobre las tasas de falla del primer método en las mujeres¹ de 15 a 44 años de edad en los dos periodos de análisis. De igual manera, se pretende analizar cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres asociadas a una falla en el primer uso de anticonceptivos en cada uno de los periodos de observación, e identificar si este fenómeno se ha acentuado en el tiempo en algunos grupos específicos de mujeres (adolescentes, solteras, sin hijos, rurales, indígenas y con menor escolaridad), quiénes muestran el mayor rezago en anticoncepción (Mendoza *et al.*, 2011; Villagómez *et al.*, 2011) y que tradicionalmente han recibido menor atención de los programas de salud reproductiva.

En este sentido se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son las tasas de falla del primer método anticonceptivo moderno (pastillas, condón masculino, inyecciones, DIU) o tradicional (retiro y ritmo) en México, en los periodos 1989-1997 y 2001-2009?
- ¿Cuál ha sido el comportamiento de la tasa de falla del primer método anticonceptivo entre estos dos periodos?
- ¿Cuáles son los grupos poblacionales de mujeres que tienen mayor propensión a presentar fallas anticonceptivas?
- ¿Se acentuó el riesgo de falla del primer método en el periodo 2001-2009 respecto a 1989-1997 para algunos grupos específicos como mujeres adolescentes, solteras, rurales, indígenas, sin hijos o con menor escolaridad?

Para contestar a las preguntas de investigación planteadas se utiliza el método de análisis de sobrevivencia y los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en sus levantamientos 1997 y 2009. Ambas encuestas permiten realizar un análisis longitudinal de los posibles cambios ocurridos en la falla de métodos anticonceptivos entre los dos periodos considerados.

¹Aunque se reconoce que es importante el análisis de la falla anticonceptiva tanto desde el punto de vista femenino como masculino, esta investigación se restringe únicamente a la perspectiva femenina, ya que la ENADID sólo proporciona información sobre la práctica anticonceptiva de las mujeres.

El desarrollo de este trabajo se realiza de la siguiente manera. En el primer capítulo, a modo de antecedentes, se presenta un breve recorrido por la historia de los programas de planificación familiar en México y su situación actual. Esto, con el fin de conocer en qué forma las prácticas históricas y el contexto reciente de los programas pueden incidir en la falla anticonceptiva en el país. El segundo capítulo presenta el marco conceptual y teórico, que tiene como fin proporcionar los conceptos pertinentes para el entendimiento del tema, así como desarrollar las principales teorías que han explicado la falla anticonceptiva a lo largo del tiempo. En el tercer capítulo se expone la metodología utilizada en este trabajo. Por su parte, el capítulo cuatro muestra los resultados de esta investigación, a través de un análisis descriptivo de las tasas de falla y el posterior análisis estadístico de los factores que intervienen en ésta y de sus cambios en el tiempo. Por último, el capítulo cinco es una breve reflexión de los principales hallazgos de esta investigación, de sus limitaciones y recomendaciones para futuros trabajos.

Capítulo 1

Antecedentes. La planificación familiar en México

En este capítulo se realiza un breve recuento sobre los programas de planificación familiar que han existido en México, con el propósito de conocer sus principales características, sus poblaciones objetivo, y como consecuencia, los grupos que han sido desatendidos tradicionalmente. Del mismo modo, se busca analizar cuál es la situación actual de estos programas, por medio de datos sobre su presupuesto y del análisis de los principales indicadores de anticoncepción. Esto, con el fin de conocer en qué forma las prácticas históricas y la situación actual de los programas de planificación familiar, así como los niveles y tendencias recientes de la anticoncepción podrían estar incidiendo en la efectividad con que se usan los métodos anticonceptivos.

1.1. Historia de los programas de planificación familiar en México

En México a mediados del siglo XX surgió una gran preocupación por los altos niveles de crecimiento poblacional que comenzaban a presentarse. Así, en 1950 se registró una tasa de crecimiento anual de 3.1 %, mientras que entre 1960 y 1970 alcanzó 3.4 por ciento. Aunado a esto, desde el inicio de los años setenta el modelo de desarrollo económico vigente comenzó a dar signos de agotamiento y su incapacidad para absorber la fuerza de trabajo fue evidente. Este panorama en conjunto, permitió advertir la dificultad no sólo de hacer frente a la demanda de empleo, sino también de salud y educación en una sociedad en continuo crecimiento y con una estructura demográfica muy joven (Lerner y Quesnel, 1994).

En este contexto, nació la necesidad de reorientar la política poblacional, que hasta ese momento había estado enfocada en el poblamiento del país. Esto llevó en 1974 a la promulgación de la nueva Ley General de Población, cuyo objetivo era regular los

componentes del cambio demográfico, y que pretendía la articulación de estos procesos con el desarrollo, como un elemento que ayudaría a elevar la calidad de vida de los individuos (Lerner y Quesnel, 1994).

De este modo, se reformó la Constitución para garantizar a todos los mexicanos el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Así mismo, se creó el Programa Nacional de Planificación Familiar en 1977 para guiar la implementación de la Ley General de Población (Juárez *et al.*, 2013).

Los planteamientos de esta ley procuraron un cambio favorable en la actitud de la población respecto a la regulación de su fecundidad. A partir de entonces, las acciones en materia de planificación familiar se desarrollaron rápidamente y se enfocaron en proveer de forma gratuita métodos anticonceptivos modernos, ampliar el acceso y cobertura a los servicios de planificación familiar y desarrollar campañas masivas de información y educación en estos temas (Mojarro-Dávila y Mendoza-Victorino, 2007).

En esta etapa predominó el enfoque demográfico, pues el énfasis de estos programas se centró en disminuir la natalidad en el país. Para lograr esto, los esfuerzos se enfocaron en aumentar la cobertura anticonceptiva, pues al ser uno de los determinantes próximos de la fecundidad más relevantes, se convertiría en un componente fundamental para moderar el crecimiento de la población (Mojarro-Dávila y Mendoza-Victorino, 2007).

Durante este periodo un elemento clave para lograr la consecución de los programas de planificación familiar fueron las instituciones de salud, a las que el gobierno otorgó la responsabilidad total de la instrumentación de los programas. Su importancia radicó en que se establecieron como el medio a través del cual se incidió de manera directa sobre las parejas, para modificar sus preferencias y decisiones en torno a la reproducción, lo que se conoció más tarde como “medicalización de la procreación”. Del mismo modo, las mujeres unidas en edad fértil, al ser el objetivo de los programas, se convirtieron en un factor determinante para lograr el éxito de las intervenciones en esta materia (Lerner y Szasz, 2003).

Más tarde, en los años ochenta, los programas de planificación familiar se conjugaron con los de salud materno-infantil, con el fin de procurar patrones reproductivos donde se retrasara el inicio de la reproducción en las mujeres, aumentar el espaciamiento entre nacimientos sucesivos y adelantar la llegada del último hijo. Así mismo, se consideraron en la prescripción anticonceptiva los factores asociados a la salud reproductiva. Con el propósito de coadyuvar en una mejora en la salud de la madre e hijo(a) (Mojarro-Dávila y Mendoza-Victorino, 2007).

Este nuevo esquema de los programas de planificación familiar se vio acompañado de una todavía mayor participación de las instituciones y agentes de salud del sector público en el proceso de la procreación. Y es que es a través del seguimiento prenatal y posnatal, donde el agente de la salud realiza una concientización, no sólo sobre la salud de la mujer y de los hijos, sino también una difusión de las normas biomédicas de la procreación

(ideales reproductivos, intervalos protogenésicos e intergenésicos, etc.), de la información sobre los métodos anticonceptivos, y donde se lleva a cabo una labor de convencimiento de las mujeres hacia la práctica de éstos (Lerner y Quesnel, 1994).

En esta etapa, el programa de planificación familiar en México se consolidó como un modelo a nivel mundial en cuanto a su desarrollo y operación, y tuvo importantes logros en la cobertura de métodos anticonceptivos, y por tanto en la regulación de la fecundidad. En 1973, antes de la promulgación de la Ley General de Población y del inicio de los programas de planificación familiar, únicamente 15 % de las mujeres unidas en el país practicaban alguna forma de regulación de la fecundidad. Sin embargo, en 1976 a raíz de la legalización de la anticoncepción, la proporción se duplicó en tan sólo 3 años, llegando a ser de 30 %, para 1979 aumentó a 38 %, a 48 % en 1982, y en 1987 alcanzó el 53 % (Camarena, 1990, en Lerner y Quesnel, 2003). Un avance similar se observó en el uso de métodos anticonceptivos modernos, que en 1973 era de sólo 23 % del total de las mujeres unidas, para 1979 la cifra había aumentado a 32 %, a 41 % en 1982, y para 1987 un poco menos de la mitad de las mujeres unidas (45 %) usaba algún anticonceptivo moderno (Lerner y Quesnel, 1994). Esto significó una reducción en la tasa global de fecundidad de cerca de 7 hijos por mujer en 1967 a 3.4 en 1990 (Allen-Leigh *et al.*, 2013).

A pesar de los amplios logros obtenidos con los programas de planificación familiar en la reducción de la fecundidad en México, se ha reconocido ampliamente que su eficacia fue disminuyendo con el paso del tiempo. En consecuencia surgieron cada vez con más énfasis una serie de críticas a las modalidades, características y a la forma de funcionamiento de estos programas (Lerner y Quesnel, 2003). Aunque los programas de planificación familiar debían propiciar las condiciones para que las personas pudieran decidir de manera libre, informada y responsable sobre la limitación y espaciamiento de sus hijos, así como la elección del método anticonceptivo más adecuado a sus necesidades, en la práctica existieron distintos hechos que constataron el no cumplimiento de estos supuestos (Lerner y Szasz, 2003).

Entre estos hechos se pueden citar: la reducción casi exclusiva de los métodos anticonceptivos a la OTB (Oclusión Tubaria Bilateral) y el DIU (Dispositivo Intrauterino), la alta frecuencia de esterilizaciones femeninas, las deficiencias en la información, la falta de consentimiento de las mujeres en la práctica anticonceptiva, la poca atención a los efectos secundarios de la anticoncepción, y el escaso control que el modelo de atención médica permite a las mujeres sobre su cuerpo y el proceso reproductivo (Lerner y Szasz, 2003).

Otras crítica recurrente fue que los programas y sus recursos se dirigieron de manera exclusiva a las mujeres unidas en edad fértil, con acceso a los servicios de salud durante el embarazo; por lo tanto se excluyó a las adolescentes, las mujeres solteras, sin pareja y las que no han tenido hijos, las infértiles, las que han tenido problemas derivados del uso de anticonceptivos, las mayores de 49 años, y los hombres de todas las edades; sin mencionar a las personas con alguna enfermedad de transmisión sexual, entre las que se encuentra el

VIH/SIDA, que en ese momento se tornaba como una epidemia (Lerner y Szasz, 2003).

Estas acciones propiciaron que los mayores niveles de necesidad insatisfecha de anti-concepción¹, y por tanto las tasas de fecundidad más elevadas, se ubicaran en los grupos más vulnerables, tanto demográfica como socialmente; es decir, entre los más jóvenes y en las personas que tienen menor acceso geográfico, social y cultural a los servicios médicos; es decir, en los grupos que experimentan con mayor frecuencia el trato vertical y discriminatorio por parte de las instituciones (Lerner y Szasz, 2003).

Es así como a principios de los años noventa comienza una transformación en el enfoque de planificación familiar que se tenía hasta entonces. A partir de una reflexión de académicos y activistas en este ámbito sobre los resultados obtenidos de las políticas ejercidas por los programas de planificación familiar, se formularon distintas aportaciones y críticas que permitieron reconocer las desigualdades sociales, las características de género y etnia y el derecho de las personas a la sexualidad como temas centrales en el análisis de la reproducción. Esto permitió delinear en un momento posterior los rasgos del nuevo enfoque denominado “salud reproductiva” (Salles y Tuirán, 1997; Szasz y Lerner, 2001) .

De este modo, a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), que se llevó a cabo en el Cairo en 1994, se incorporó formalmente la perspectiva de salud reproductiva a la política de población en México. La salud reproductiva logró una convergencia de opiniones previamente impulsadas, respecto a la idea de que los programas de población requerían replantear su base ética, abandonar su énfasis controlista, poner mayor atención a la salud de las mujeres, garantizar el ejercicio de sus derechos reproductivos y atender sus necesidades más importantes en este campo (Salles y Tuirán, 1997).

De esta forma, el enfoque de salud reproductiva reconoce el derecho de toda persona a regular su fecundidad segura y efectivamente, tener y criar hijos saludables, comprender y disfrutar su sexualidad y permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte, asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción. A partir de entonces, se puso mayor énfasis al consentimiento informado con respecto a la adopción de los métodos anticonceptivos, así como a la perspectiva de género en las acciones de planificación familiar, con el propósito de fortalecer la participación del varón en el proceso de salud reproductiva (Mojarro-Dávila y Mendoza-Victorino, 2007).

Si bien es cierto que los esfuerzos realizados mediante la política de población y los programas de planificación familiar han representado avances importantes en salud reproductiva, es preciso mencionar que desde el inicio de estos programas ha existido un diferencial en los servicios que ofrecen, pues las mujeres unidas y con hijos, al ser objetivo primordial de estos programas, se incorporaron y adaptaron con mayor rapidez, al igual que aquéllas con mayor escolaridad o que vivían en zonas urbanas; sin embargo, ciertos

¹La necesidad insatisfecha de anticoncepción se refiere a aquellas mujeres que desean limitar o espaciar sus embarazos pero no están usando métodos anticonceptivos.

grupos como las personas más marginadas, adolescentes o solteras se quedaron relegados. Uno de los principales problemas que ha prevalecido en el tiempo es atender las necesidades de estas poblaciones con el objeto de que puedan hacer valer su derecho a elegir cuándo y cuántos hijos tener (Mojarro-Dávila y Mendoza-Victorino, 2007).

Tratando de atender las necesidades de poblaciones prioritarias, en años recientes se realizó otro ajuste importante en los programas de salud reproductiva. Durante el sexenio de 2006-2012 se elaboró por primera vez un Programa de Salud Sexual y Reproductiva dirigido a la población adolescente (PSSRA 2007-2012 de SSA, 2008). Esto, en respuesta a la problemática que supone que este grupo sea uno de los más rezagados en esta materia, lo que ha ocasionado que durante los últimos 15 años la fecundidad y la proporción de nacimientos de mujeres adolescentes se haya mantenido en niveles altos y prácticamente sin cambios, y que más de la mitad de los embarazos que ocurren en estas edades sean no planeados.

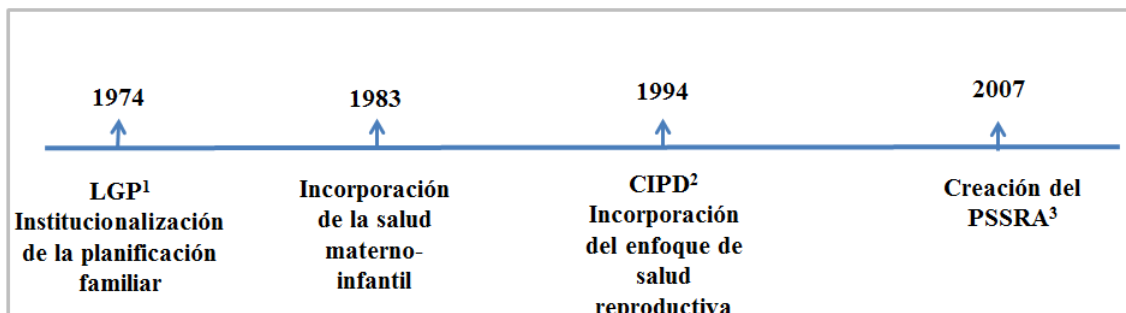
Como el mismo PSSRA lo señala, si bien es cierto que en la actualidad existen servicios de salud que buscan cubrir las necesidades de los adolescentes, es importante reconocer que los jóvenes no acuden a ellos a demandar métodos anticonceptivos. Al respecto Lerner y Szasz (2003) exponen que en la propia Ciudad de México no se cuenta con servicios preventivos para los jóvenes, ya que la atención se centra en adolescentes embarazadas, y los servicios anticonceptivos sólo se otorgan después del embarazo. De acuerdo con la Encuesta Gente Joven 2002, el 80 % de los adolescentes adquieren los anticonceptivos en las farmacias, quedando desprotegidos otros aspectos de la salud sexual y reproductiva al no recibir la consejería adecuada (SSA, 2008).

Entre las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios institucionales se mencionan: excesivos trámites administrativos para obtener los anticonceptivos, desconocimiento de los fundamentos legales para otorgar atención en salud sexual a los adolescentes, horarios incompatibles con sus necesidades, infraestructura inadecuada para proporcionar estos servicios con privacidad, confidencialidad y calidez, desconfianza en los servicios institucionales por parte de los adolescentes al sentirse juzgados al ejercer su sexualidad, desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos (SSA, 2008) y desabasto de métodos anticonceptivos (Lerner y Szasz, 2003).

Con el PSSRA se busca subsanar las problemáticas antes expuestas y contribuir al desarrollo y bienestar de los adolescentes, mejorar su salud sexual y reproductiva y disminuir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, por medio de estrategias que promuevan el respeto y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. No obstante, aún falta incorporar nuevas estrategias que ayuden a cubrir las necesidades de los otros grupos poblacionales vulnerables (indígenas, rurales, menos escolarizados y marginados) que también se encuentran en una situación de rezago en materia de salud reproductiva.

La Figura 1.1 ilustra los momentos clave en la evolución de los programas de planificación familiar, desde la promulgación de la Ley General de Población en 1974 hasta los años más recientes.

Figura 1.1: Evolución de los programas de planificación familiar en México



¹ LGP: Ley General de Población.

² CIPD: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.

³ PSSRA: Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (2007-2012).

Fuente: Elaboración propia.

En las siguientes secciones se analiza de forma específica la situación reciente de los programas de salud reproductiva, así como los niveles y tendencias actuales en el uso de métodos anticonceptivos, con el fin de identificar de manera cuantitativa los logros y las limitaciones que presentan hoy en día dichos programas, así como analizar la situación de los grupos poblacionales más rezagados en esta materia, y cómo este contexto podría incidir en el uso efectivo de los métodos anticonceptivos.

1.2. Situación actual de los programas de salud reproductiva

Como ya se ha mencionado, los programas de planificación familiar habían realizado importantes logros en materia de cobertura anticonceptiva y disminución de la fecundidad de forma relativamente consistente; sin embargo, en años recientes diversos funcionarios y expertos han señalado que ha habido un deterioro en los programas de salud reproductiva. Se argumenta que en los dos sexenios pasados (de 2000 a 2012), el programa dejó de ser prioritario, lo cual llevó a la disminución del presupuesto en estos rubros (Lerner, 2008; MEXFAM, 2011; Rodríguez, 2013).

Al respecto, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva desde 2003 realiza reportes del gasto total en todos los componentes de salud reproductiva y género en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Aunque no se cuenta con el gasto en el rubro específico de planificación familiar, el monto total ejercido en salud reproductiva y equidad de género en salud ha disminuido significativamente entre

2003 y 2013, que son los datos con los que se cuentan. De este modo, Uribe (2011) señala que, a partir de la entrada de los gobiernos federales panistas (Fox 2000-2006 y Calderón 2006-2012) a la presidencia, el gasto total ejercido en salud reproductiva y equidad de género en salud en todas las instituciones públicas del país ha ido disminuyendo, así en 2003 fue de 4,746 millones de pesos, mientras que para 2005 fue de 2,269 millones, lo que representa menos de la mitad que dos años antes (ver Gráfica 1.1).

Gráfica 1.1: México. Gasto total ejercido en atención a la salud reproductiva e igualdad de género en salud, varios años



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Tomados de: http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/Portal/transform.nodo?id=3.1&transformacion=s&excel=n&ka_imagen=24&zip=n¶mts=0=L24

Si se observan los datos más recientes de estos informes, se confirma la tendencia decreciente en el presupuesto de salud reproductiva en los últimos años. En 2009 el gasto ejercido en salud reproductiva y género ascendió únicamente a 911 millones de pesos, de ahí se observa un ligero incremento hasta que en 2011 alcanzó los 1,218 millones. Sin embargo, a partir de que el Partido Revolucionario Institucional (PRI) retomó la presidencia del país en 2013, se identifica también una disminución considerable en este rubro, pues el presupuesto ejercido en ese año fue de sólo 805 millones de pesos, cifra más baja que en 2009 y que representa apenas una sexta parte de la ejercida en 2003 (ver Gráfica 1.1).

No obstante, se identifica que el estancamiento de la planificación familiar en México no sólo tiene que ver con la disminución en su presupuesto ocurrida en los últimos dos sexenios, sino que se asocia también con otros factores contextuales, algunos de los cuales datan de décadas atrás y se exponen a continuación.

Por un lado, a partir de 1991 la planificación familiar se descentralizó de la Secretaría de Salud (SSA), dejando de ser un programa vertical, en el que los recursos se decidían y repartían desde la federación hacia los estados, a uno de tipo horizontal, en el que cada

entidad federativa decide de manera libre en qué cantidad y en qué momento se realiza la compra y distribución de los métodos anticonceptivos. Esta administración estatal de los recursos de los programas de planificación familiar ha propiciado el desabasto sistemático de métodos en algunos estados (como Puebla, Hidalgo, Guerrero, Chiapas y Querétaro, entre otros²) en los que no se ha prestado atención al programa por cuestiones ideológicas o de restricción de presupuesto en este ámbito (MEXFAM, 2011).

Por otro lado, en 1994 a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en el Cairo, se incorporó el enfoque de salud reproductiva, el cual no se limitaba sólo a la planificación familiar y a la anticoncepción como su componente fundamental, sino que incluía otros elementos, como la prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, así como del cáncer de mama y cérvico-uterino, entre otros. Esto trajo consigo una reestructuración de las necesidades prioritarias en salud reproductiva, particularmente hacia la prevención del VIH-SIDA, que es el rubro al que se han canalizado más recursos. Acciones como estas provocaron de manera indirecta que la atención a la planificación familiar pasará a segundo término (Uribe, 2011).

La descentralización fue un proceso largo y complicado, que tardó varios años y en su última etapa coincidió con otro hecho que impactaría de forma directa a los programas de planificación familiar, que fue la suspensión total de las donaciones de anticonceptivos por agencias internacionales a partir de 1995, por lo cual desde entonces toda la compra de anticonceptivos se realizaría de forma exclusiva por parte del gobierno (Uribe, 2011).

Así mismo, a partir de las dos administraciones del gobierno panista en la presidencia, ha existido una aparente falta de prioridad hacia la planificación familiar, en esta etapa disminuyeron considerablemente las campañas en medios masivos y se descuidó el seguimiento, monitoreo y evaluación de avances comprometidos en el Plan Nacional de Población (PNP) 2008-2012, así como en el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción (PPFA) 2007-2012 (MEXFAM, 2011).

En conclusión, la descentralización de la planificación familiar, la disminución en la donación de anticonceptivos por las agencias internacionales, la incorporación de la planificación familiar a la salud reproductiva, así como la falta de prioridad a este tema por los gobiernos panistas, han contribuido a limitar los avances en planificación familiar en los últimos años.

En la siguiente sección se analizará cómo esta disminución en presupuesto para los programas de salud reproductiva, se ha traducido en el estancamiento de la cobertura anticonceptiva y de otros ámbitos de la planificación familiar, lo que ha mostrado el persistente rezago en este tema en ciertos grupos de la población, como los jóvenes, los solteros, los menos escolarizados, la población rural y hablante de lengua indígena.

²Para mayor detalle ver el documento: “Experiencia de Fiscalización de Acceso, Abasto y Uso de Métodos Anticonceptivos”, de la Asociación Civil de Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, realizado entre 2007 y 2010 y Lerner y Szasz (2003).

1.3. Niveles y tendencias del uso de métodos anti-conceptivos

A lo largo de la historia de los programas de planificación familiar, se han realizado logros importantes en coberturas anticonceptivas, lo que a su vez ha sido un factor determinante en la reducción de la fecundidad, cuyo nivel actualmente se encuentra cercano al nivel de reemplazo³. Sin embargo, recientemente se ha observado una desaceleración en la tendencia de la cobertura (Mendoza *et al.*, 2011), lo cual ha vuelto más notorio el rezago de algunos grupos específicos de la población, como los grupos marginados y más pobres, los indígenas, los rurales y los adolescentes (MEXFAM, 2011; Lerner, 2008; Rodríguez, 2013).

A continuación, se detalla la situación actual de los niveles y tendencias del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil⁴, con información que se retoma del Perfil de Salud Reproductiva realizado por Mendoza *et al.* (2011) y Villagómez *et al.* (2011).

Conocimiento de métodos anticonceptivos

En un esquema de derechos de salud reproductiva el conocimiento de al menos un método anticonceptivo es la condición primordial para su adopción y continuidad. El análisis de este indicador permite conocer en qué medida la información de los programas de salud reproductiva sobre anticonceptivos se está difundiendo de forma efectiva entre los distintos grupos poblacionales.

El porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo pasó de 96.6 % en 1997 a 98.0 % en 2009. El análisis de este indicador en subgrupos poblacionales para la última encuesta, no revela diferencias marcadas según edad, situación conyugal, ni número de hijos nacidos vivos. Sin embargo, la escolaridad sí tiene un efecto importante. Entre las mujeres sin escolaridad, sólo 82.4 % conoce al menos un método, lo que representa 17 puntos porcentuales menos que aquéllas con secundaria y más, además el nivel de conocimiento de este último grupo no incrementó entre 1997 y 2009.

Por lugar de residencia se encuentra que 93.4 % de las mujeres en edad fértil rurales y 99.1 % de las urbanas identifican al menos un anticonceptivo, lo que provocó la reducción de la brecha entre ambos grupos de 8.5 a 5.7 puntos porcentuales entre 1997 y 2009. No obstante, aún persiste una clara diferencia desfavorable para las localidades rurales y, particularmente, un bajo conocimiento del implante, los espermicidas, la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE), el condón femenino y los métodos tradicionales. La mitad

³Según la conciliación demográfica realizada por el CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 2010, la tasa global de fecundidad para ese mismo año fue de 2.3 hijos por mujer.

⁴Si bien el uso de métodos anticonceptivos se lleva a cabo tanto por hombres como mujeres, en esta sección se aborda la perspectiva tradicional que se enfoca únicamente en las mujeres, debido a que la ENADID sólo proporciona información sobre la historia anticonceptiva de éstas.

de las mujeres en edad fértil rurales desconoce todavía estos anticonceptivos.

El análisis de este indicador por condición de habla indígena en 2009 muestra que 84.9% de las mujeres en edad fértil hablantes tenía conocimiento de al menos un anticonceptivo, en comparación con 98.7% de las no hablantes. La brecha en el conocimiento de al menos un método entre las mujeres hablantes y no hablantes de lengua indígena disminuyó; así, entre 1997 y 2009 pasó de 18.3 a 13.8 puntos porcentuales. A pesar de esta disminución, la diferencia sigue siendo todavía muy amplia.

En este sentido, una meta del Programa Nacional de Población (PNP) 2008-2012, así como del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción (PPFA) 2007-2012, era reducir a la mitad la proporción de mujeres hablantes de lengua indígena en edad fértil que desconocen algún método anticonceptivo, respecto al 17% registrado en 2006. Es decir, se esperaba que para el 2012 se alcanzara el 9%. No obstante, el logro de esta meta se torna complicado pues entre 1997 y 2009 la proporción de mujeres indígenas en edad fértil que desconocen algún método se redujo de 20.5 a 15.1%, lo que representa apenas un poco más de cinco puntos porcentuales en doce años. Por lo tanto, alcanzar la meta planteada implicaría disminuir seis puntos entre 2009 y 2012, lo cual parece difícil dada la tendencia reciente.

A pesar del alto porcentaje de mujeres que declaran conocimiento de al menos un método anticonceptivo en la ENADID 2009, el conocimiento efectivo de éstos es mucho menor. Evidencia de esto la proporcionan Palma y Palma (2007) con la ENSAR (Encuesta Nacional de salud Reproductiva) 2003, que captó información que permitió medir con mayor grado de profundidad el conocimiento de los diferentes medios de regulación de la fecundidad. Según sus resultados, si bien más de 90% de la población entrevistada en 2003 había oído hablar de las pastillas, sólo 65.4% sabía cada cuando se deben tomar, y sólo el 34.9% qué debería hacerse cuando se olvida tomar una pastilla. Algo similar se observó respecto al DIU, ya que sólo el 61% sabe dónde se coloca. El conocimiento sobre el condón masculino fue bastante más preciso, particularmente si se compara con el DIU y las pastillas, 92% de los entrevistados sabe dónde se coloca el condón masculino y un 86% sabe cuántas veces se puede usar un condón. Esto llama la atención si se considera que la generalización de su conocimiento es más reciente (Palma y Palma, 2007).

En relación con el proceso reproductivo de la mujer que en particular afecta la correcta utilización de la abstinencia periódica con fines anticonceptivos, en la ENSAR 2003 se observó también que casi 40% de las mujeres entrevistadas no podía ubicar los días fértiles; es decir, en los que con mayor probabilidad una mujer se puede embarazar dentro del ciclo menstrual. Por último, también llama la atención que sólo 37.4% describió correctamente en qué consiste la anticoncepción de emergencia.

Estos datos permiten observar que existen diferencias substanciales entre “haber oído hablar” de un método anticonceptivo tal como se pregunta en la ENADID y el conocimiento efectivo de éstos captado con la ENSAR. De modo que si al medir los avances del

PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012 con datos de la ENADID quedaron metas pendientes por cumplir, usando el conocimiento efectivo captado con la ENSAR se evidencian aún más los rezagos en esta materia.

Prevalencia anticonceptiva

Por su parte, la cobertura anticonceptiva de las mujeres en edad fértil unidas, indicador principal de política de población, ha presentado aumentos importantes desde el inicio de los programas de planificación familiar; sin embargo, en los últimos años ha frenado su ritmo de crecimiento hasta casi estancarse. Así, pasó de 30.7% en 1976 a 37.8% en 1979, 52.7% en 1987, 63.1% en 1992, 68.4% en 1997, a 70.9% en 2006 (Mojarro-Dávila y Mendoza-Victorino, 2007) y 72.5% en 2009 (INEGI, 2010). Entre los cinco años que transcurrieron entre 1992 y 1997 el aumento en la cobertura fue de casi un punto porcentual anual, mientras que entre 2006 y 2009 el aumento fue sólo de 1.6 puntos porcentuales en 3 años. La meta para 2012 era de 75% y se estableció a partir del 70.9% registrado en 2006; es decir, se esperaba que cada 3 años aumentara dos puntos porcentuales, lo que muestra que el avance se quedó por debajo de lo planeado y que para lograr la meta debería aumentar la cobertura entre 2009 y 2012 en 2.5 puntos porcentuales.

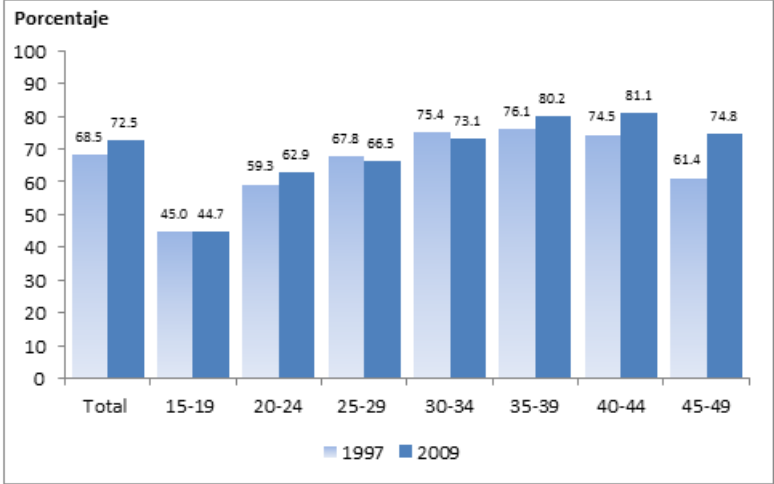
No obstante los resultados anteriores, es conveniente considerar que ante el alto nivel de cobertura anticonceptiva alcanzado en el país las ganancias serán cada vez menores. Así mismo, es importante recordar que el cumplimiento de las metas programáticas depende no sólo de las medidas que adopte el estado para alcanzarlas, sino que también dependen en gran medida de las preferencias de la población, entre las se encuentran que un porcentaje de ésta no use métodos anticonceptivos simplemente porque está buscando embarazarse o porque no desea regular su número de descendientes.

Al analizar el inicio de uso de métodos anticonceptivos se identifica un retraso en la edad al uso del primer método entre las dos encuestas analizadas. En 1997 la mitad de las mujeres en edad fértil unidas entre 25 y 34 años ya había adoptado el primer método a los 22.5 años, mientras que en 2009 esta proporción se alcanza hasta los 24 años de edad, año y medio después. Lo mismo sucede con las mujeres del grupo de edad de 35 a 49 años, donde 50% de las mujeres en 1997 usó su primer método anticonceptivo a la edad de 25.1 años de edad, mientras que en 2009 lo hicieron hasta alcanzados los 26.3 años.

Por su parte, la cobertura en el uso de métodos anticonceptivos varía de acuerdo a las características sociodemográficas de las usuarias. Según la edad, por ejemplo, el uso de anticonceptivos en el grupo de adolescentes unidas entre 1997 y 2009 se mantuvo estable, con 45 y 44.7%, respectivamente (ver Gráfica 1.2). La meta correspondiente del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PSSRA) 2007-2012 para 2012 era de 47%. Con la cobertura alcanzada en 2009 se necesitaría avanzar tres puntos porcentuales para lograr el objetivo planteado. Sin embargo, dada la tendencia y las condiciones actuales de los programas de salud reproductiva, esto no parece plausible.

Como los señalan Mendoza *et al.* (2011) estas diferencias en el uso de métodos puede ser resultado de la oferta insuficiente de anticonceptivos temporales a los que recurren en mayor medida las mujeres más jóvenes.

Gráfica 1.2: México. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anti-conceptivos por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

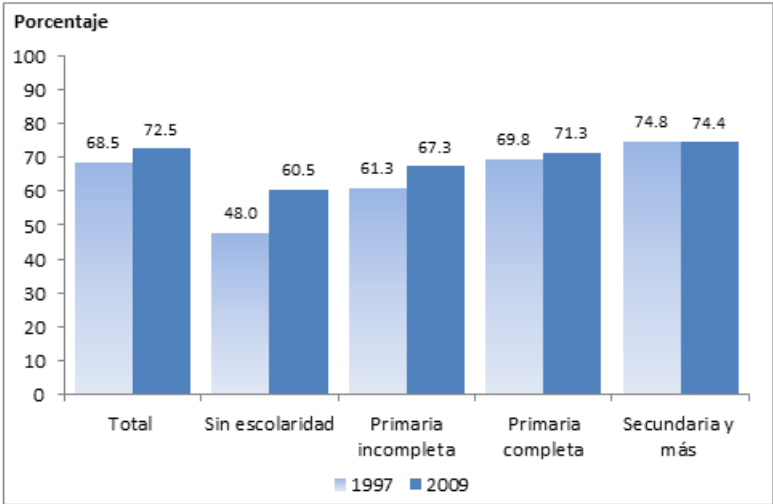
Así mismo, el uso de anticonceptivos entre las jóvenes de 20-24 años unidas aumentó de 59.3 a 62.9% entre 1997 y 2009. Sin embargo, las mujeres de los dos grupos siguientes disminuyeron su uso, así las mujeres de 25-29 presentaron una disminución en la cobertura de 67.8% a 66.5%, y las de 30-34 de 75.4 a 73.1%. Por el contrario, en los tres últimos grupos de edad se observa un aumento, específicamente en las edades de 45-49, grupo que incrementó su cobertura de 61.4 a 74.8%, lo que representa un aumento de 13.4 puntos porcentuales (ver Gráfica 1.2).

Al analizar las coberturas por número de hijos nacidos vivos se encuentra que las mujeres en edad fértil unidas sin hijos son las que más ampliaron su cobertura, ya que pasaron de 23.9% en 1997 a 29.9% en 2009. No obstante, los autores señalan que a pesar de este aumento de seis puntos porcentuales, su nivel de cobertura es el más bajo de entre las mujeres unidas. Los autores sugieren que esto se asocia a la poca planeación del primer hijo, lo cual origina que en general los periodos protogenésicos sean cortos.

La cobertura anticonceptiva en las mujeres en edad fértil unidas con paridad uno permaneció sin cambios en los doce años analizados, así se registraron cifras de 59.8 a 59.4% para 1997 y 2009, respectivamente. A partir de la paridad dos en cambio, el uso de la anticoncepción se incrementó de forma importante, de modo que en el tercer hijo nacido vivo alcanza el valor más alto entre todos los grupos, con 84.9% en 2009. Los autores argumentan que esto se asocia con una marcada preferencia entre los mexicanos por familias de dos y tres hijos.

Del mismo modo, la escolaridad es una variable donde se encuentran marcadas diferencias. En el grupo de mujeres unidas sin escolaridad se observó el mayor incremento de uso de métodos. De este modo, la cobertura pasó de 48 a 60.5 % entre 1997 y 2009, respectivamente, seguido por las mujeres con primaria incompleta y completa. Entre quienes tienen secundaria y más, la cobertura anticonceptiva permaneció casi sin cambio entre ambas encuestas, siendo de 74.8 y 74.4 %, respectivamente. Así, la diferencia entre las mujeres sin escolaridad y aquellas con secundaria y más disminuyó en estos doce años de 26.8 a 13.9 puntos. A pesar de que para este grupo la disminución es de casi la mitad, aún existe una brecha nada despreciable de casi 14 puntos entre no escolarizadas y escolarizadas, sin mencionar que la cobertura se estancó entre las más escolarizadas (ver Gráfica 1.3).

Gráfica 1.3: México. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos según nivel de escolaridad, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

El lugar de residencia condiciona el acceso a los servicios de salud, por tanto es importante conocer cuáles han sido los avances en este sentido. La cobertura anticonceptiva de las mujeres unidas que residen en localidades urbanas en 2009 fue de 75.1 %, mientras que para las rurales es de 63.7 %, lo que implica un diferencia de 11.3 puntos porcentuales entre ambas. Según lo planteado en el PNP 2008-2012 y en el PPFA 2007-2012, la meta para 2012 consistía en reducir la brecha de 16 puntos entre ambos grupos registrada en 2006 (con 58.1 de cobertura para el ámbito rural y 74.6 % para el urbano) a 12 puntos porcentuales, por lo cual de acuerdo a esto la meta se había alcanzado ya en 2009.

Finalmente, el análisis por condición de habla de lengua indígena indica que la cobertura de anticoncepción para mujeres unidas hablantes se incrementó rápidamente entre las dos encuestas analizadas, al pasar de 48.3 a 58.3 %. De forma contraria, las mujeres no hablantes aumentaron su cobertura a un ritmo menor, pasando de 70.2 a 73.5 por ciento. Aunque la diferencia entre ambos grupos se ha acortado en mucho debido a la

rápida evolución de las hablantes de lengua indígena y también a la poca ganancia de las mujeres no hablantes, la brecha sigue siendo de 15.2 puntos porcentuales, diferencia aún muy amplia para dar por cumplidos los objetivos.

Evolución en el tipo de métodos anticonceptivos usados

La disponibilidad y variedad de métodos favorece el uso de anticoncepción siempre y cuando se satisfagan las preferencias de los individuos en este sentido. Así, la cobertura por tipo de método anticonceptivo es un indicador de la calidad de los programas de planificación familiar pues permite conocer tanto la variedad de métodos ofertados por parte de los servicios de salud reproductiva, como las preferencias de las parejas por cada tipo de método, dada esta oferta.

Al analizar la cobertura por tipo de método, se observa que en 2009 los métodos anticonceptivos más utilizados a nivel nacional por las mujeres en edad fértil fueron: la OTB, el DIU, condones masculinos, los métodos tradicionales y las pastillas, conformando entre los cinco 89.1 % de la cobertura total de las usuarias unidas. Se observan cambios importantes, pues en 1997 los mismos métodos representaban 93.3 % del total de la cobertura, pero además el orden que ocupaban (OTB, DIU, métodos tradicionales, pastillas y condón masculino) también se ha modificado reflejando cambios en la oferta y preferencias de los métodos anticonceptivos (ver Gráfica 1.4).

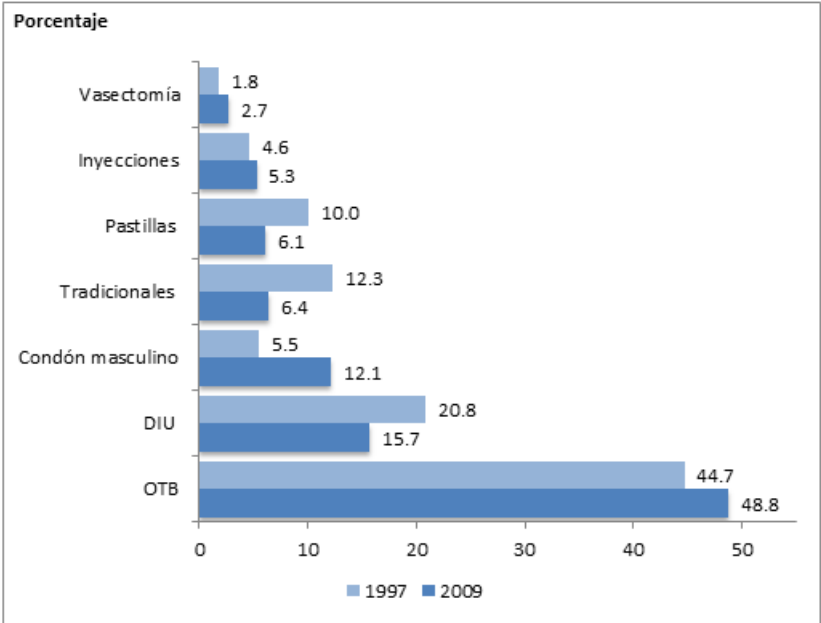
Se encuentra que ha habido un ligero aumento por la adopción de la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB). En 1997 representaba casi 45 % de las mujeres en edad fértil. Sin embargo, en 2009 esta cobertura ha alcanzado un 48.8 %, lo que representa más de la mitad de la prevalencia anticonceptiva total en 2009, que fue de 72.5 por ciento. La vasectomía por su parte, también ha aumentado su uso entre las parejas, pasando de 1.7 a 2.8 % entre las dos encuestas.

Por su parte, se registró una disminución en la prevalencia de las pastillas (de 10 a 6.1 %) y esto puede deberse a que las parejas intercambiaron el uso de este método por el condón masculino, el cual duplicó su cobertura de 5.5 % en 1997 a 12.1 % en 2009, aunque una parte podría ser efecto de un traslado a las inyecciones, que también aumentó de 4.6 a 5.3 por ciento. Del mismo modo, se argumenta que la disminución de la prevalencia de los métodos tradicionales, de 12.3 a 6.4 %, podría deberse a una mayor preferencia por métodos modernos más efectivos (ver Gráfica 1.4).

En 2009 se observa el uso de nuevos métodos anticonceptivos con prevalencias aún muy pequeñas, como el implante subdérmico con 1.1 %, el parche con 0.7 %, y se observa la aparición del condón femenino con 0.1 % y la pastilla anticonceptiva de emergencia cuya frecuencia es insignificante estadísticamente.

Así pues, se advierte que la evolución en el tipo de métodos usados se acompañó de un aumento relativo de la OTB (que representa más de la mitad de las usuarias en edad fértil unidas), el condón masculino, las inyecciones, la vasectomía y el implante

Gráfica 1.4: México. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método, 1997 y 2009



Nota: Los siguientes valores no aparecen por ser imperceptibles en la gráfica: métodos locales (0.1 en 1997 y 0.0% en 2009), implante subdérmico (0.1 y 1.1%, respectivamente). La anticoncepción de emergencia, el parche anticonceptivo y el condón femenino no cuentan con información para 1997.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

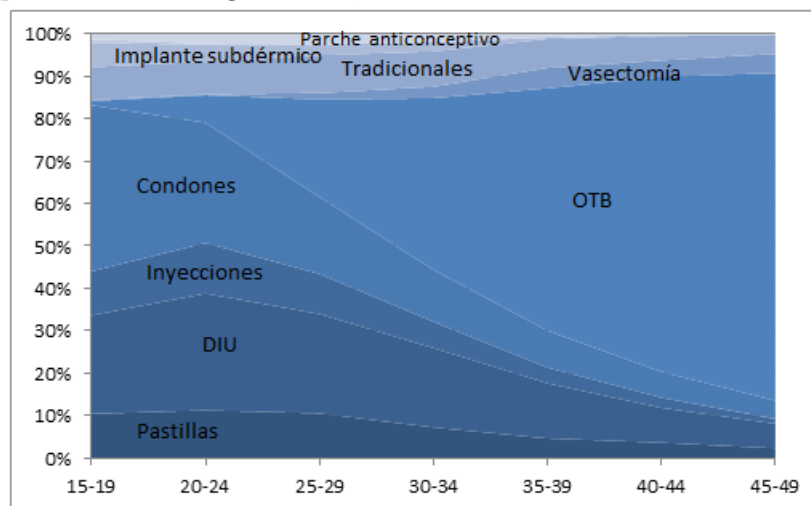
subdérmico; y una disminución de la importancia relativa del DIU, las pastillas y los métodos tradicionales.

La transición hacia métodos más seguros y en algunos casos definitivos, motivó un pequeño aumento en la efectividad anticonceptiva promedio, que pasó de 95.1 % en 1997 a 96.4 % en 2009. Sin embargo, las cifras de Mendoza *et al.* (2011) debe tomarse con reservas, ya que al considerar la efectividad en el uso de métodos anticonceptivos como un indicador de la calidad de los programas de planificación familiar, se debe analizar a profundidad si este aumento en la efectividad es homogéneo en todos los grupos poblacionales, ya que de lo contrario sería una evidencia más del rezago en algunos sectores.

Si se analiza la cobertura de las mujeres sexualmente activas, se obtiene un indicador depurado, ya que se analiza únicamente a las expuestas al riesgo de un embarazo. De esta forma, adolescentes y jóvenes en este grupo prefieren el condón masculino, éste ocupa el lugar más importante en términos relativos con cerca del 40 y 30 %, respectivamente, seguido del DIU, las pastillas y las inyecciones, que en conjunto conforman alrededor de 80 % de las usuarias; en los grupos restantes, sobre todo después de los 30 años de edad, la OTB predomina en importancia relativa, seguida del DIU. A partir de los 35 a 39 años el uso de la OTB se observa una fuerte preferencia de las usuarias por métodos definitivos y más seguros, en esta edad el uso de OTB y DIU en conjunto representa 70.1 % de las

usuarias. Sobresale que en el grupo de edad de 45 a 49 años, 60% de las usuarias ya se realizó un procedimiento para limitar de forma definitiva su fecundidad (ver Gráfica 1.5).

Gráfica 1.5: México. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas por tipo de método según edad, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

En lo referente a la estructura de anticonceptivos usados por número de hijos, también se observan cambios importantes entre las dos encuestas. En 1997 los métodos tradicionales ocupaban el primer lugar entre las mujeres unidas con paridad cero y uno; sin embargo, para 2009 esta preferencia se modificó, inclinándose por el uso del condón masculino. A partir de la paridad dos, la OTB es el método más importante junto con el DIU. Ambos métodos representan 79.4% de las usuarias con tres hijos nacidos vivos. Lo cual es un reflejo de la predilección por familias de dos y tres hijos, y de la búsqueda de medios para llevar a cabo estas preferencias.

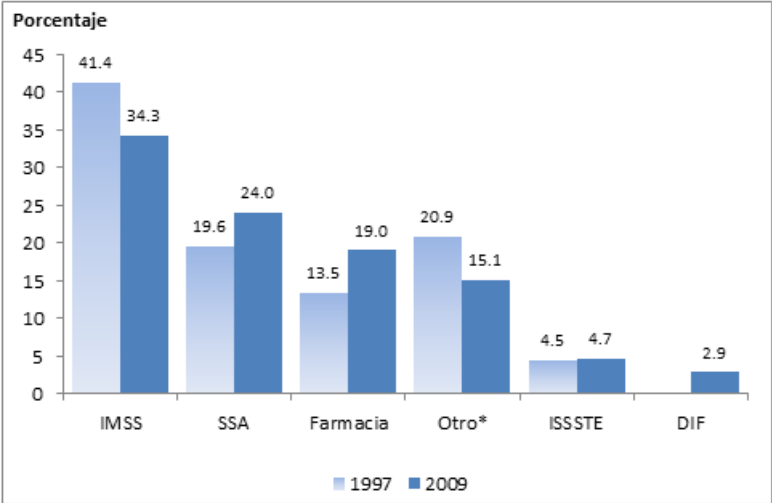
Lugar de obtención

El análisis de las fuentes de obtención de los anticonceptivos permite identificar a las instituciones, lugares o personas proveedoras de los métodos, y por tanto proporciona información sobre el fortalecimiento de algunas instituciones como proveedoras y del deterioro de otras. En este sentido, y dada la gratuidad de los servicios anticonceptivos en las instituciones públicas de salud, el análisis permite conocer qué tanto se cumple con este supuesto, o en su defecto, de las posibles condiciones de falta de acceso y disponibilidad de los anticonceptivos en las diversas instituciones públicas.

EL IMSS ha sido tradicionalmente la institución proveedora más importante en el país; sin embargo, se observa que su participación ha disminuido considerablemente a través del tiempo. En 1997 aportaba 41.4% de los anticonceptivos usados por la mujeres en edad fértil sexualmente activas, mientras que para 2009 su aportación disminuyó en 5.8 puntos porcentuales, cayendo a 34.3%. Así mismo, las instituciones privadas redujeron su

importancia pasando de 20.9 a 15.1 % en los doce años de observación. De forma contraria, la SSA y las farmacias aumentaron su participación; de este modo la SSA pasó de 19.6 a 24.0 %, mientras que las farmacias tuvieron un cambio significativo de 13.5 a 19.0 %. El ISSTE por su parte, se mantiene estable con 4.5 y 4.7 % para 1997 y 2009 respectivamente (ver Gráfica 1.6).

Gráfica 1.6: México. Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas usuarias de anticonceptivos modernos según lugar de obtención, 1997 y 2009

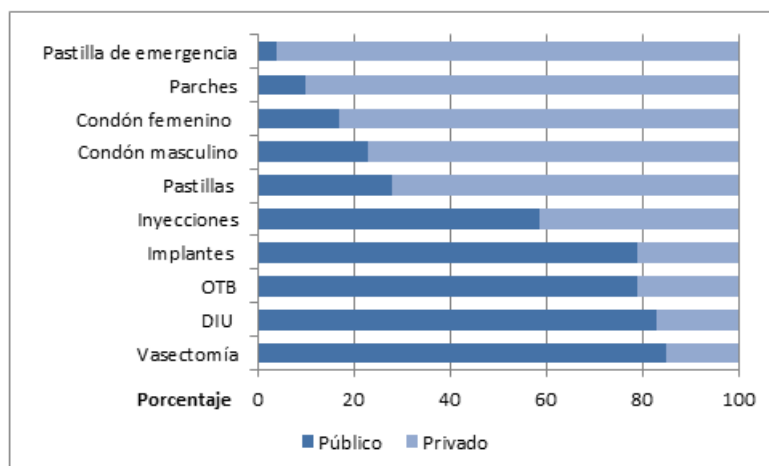


*Consultorio, clínica, partera u hospital privado.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Si se observa la Gráfica 1.7, un porcentaje cercano a 80 % de las mujeres sexualmente activas acuden a instituciones públicas para realizarse la OTB y la vasectomía, así como para conseguir el DIU, los implantes y las inyecciones. De forma contraria, las usuarias sexualmente activas recurren a las instituciones privadas en su mayoría para obtener métodos como las pastillas y particularmente los que no están disponibles en las instituciones públicas como condones masculinos y femeninos, parches y pastillas de emergencia.

Esto es de relevancia particular pues este tipo de métodos son los preferidos por las adolescentes, por ejemplo, prácticamente la totalidad de las usuarias acude al sector privado para conseguir las pastillas anticonceptivas de emergencia, cerca de 80 % hacen lo mismo para obtener condones masculinos o el parche anticonceptivo, y 70 % para obtener pastillas. Ya que la obtención de estos métodos implica un gasto, únicamente un sector muy limitado de la población tendrá acceso a estos métodos, e incluso estos sectores podrían no poder enfrentar el costo en algún momento, lo que puede tener un efecto negativo en el uso sistemático de los anticonceptivos. Además, esta situación pone de manifiesto que las instituciones de salud pública no cuentan con la variedad necesaria de anticonceptivos para cumplir con su tarea de facilitar los métodos de planificación familiar acordes a las preferencias y necesidades de cada persona.

Gráfica 1.7: México. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, sexualmente activas, usuarias de métodos anticonceptivos modernos por tipo de método según lugar de obtención, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Necesidad Insatisfecha de anticoncepción

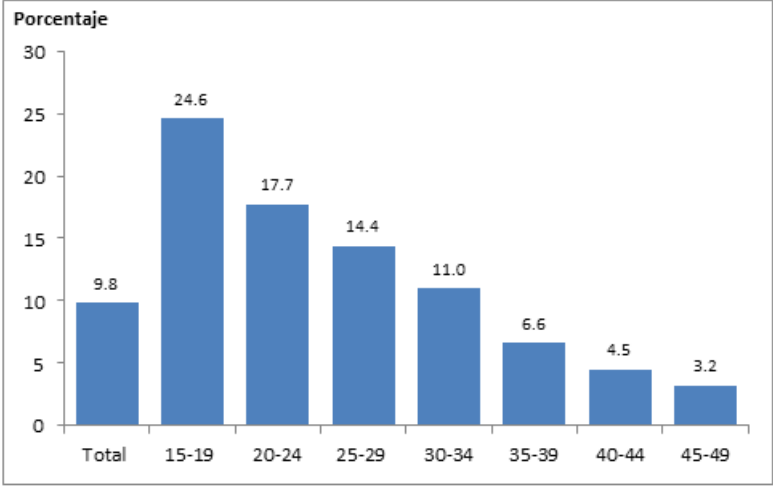
La necesidad insatisfecha de anticoncepción (NIA) se refiere a las mujeres que desean limitar o espaciar sus embarazos, pero no están usando métodos anticonceptivos. Esta medida es importante pues es un indicador de las áreas de oportunidad en cuanto a anticoncepción. La NIA se mide en función de la intención que tendría la mujer con el uso de la anticoncepción, que puede ser limitar o espaciar el número de hijos.

La NIA a nivel nacional para las mujeres unidas en edad fértil fue de 9.8%. Se observa que de esta necesidad, 5.2% fue para espaciar y 4.6% para limitar. Aunque a nivel nacional la NIA ha alcanzado niveles relativamente bajos, aún prevalecen diferencias importantes entre subgrupos poblacionales. Si se analiza el indicador por edad para 2009, se observa que la NIA disminuye de forma considerable conforme avanza la edad; así las adolescentes unidas presentan un 24.6% de NIA, y es el mayor nivel entre todos los grupos de edad; por su parte, las mujeres de 20 a 24 y de 25 a 29 presentan también niveles altos pero mucho menores que el primer grupo con 17.7 y 14.4%, respectivamente. Mientras tanto, en las mujeres de 30 a 34 años esta cifra es de 11%, lo que representa menos de la mitad que en las adolescentes; finalmente, en el grupo de 45 a 49 años se observa el nivel más bajo, con apenas un 3.2%, y que a su vez significa sólo la octava parte de la NIA de las adolescentes (ver Gráfica 1.8).

Por orden de paridad la principal diferencia se encuentra entre aquéllas que ya han tenido su primer hijo, donde la NIA registrada es de 14.9%, y esto se relaciona principalmente a que las parejas desean espaciar el nacimiento de su segundo hijo.

El nivel de escolaridad tiene un fuerte efecto en el nivel de NIA, la relación que se observa aquí es negativa; es decir, a menor nivel de escolaridad mayor es la NIA. De esta

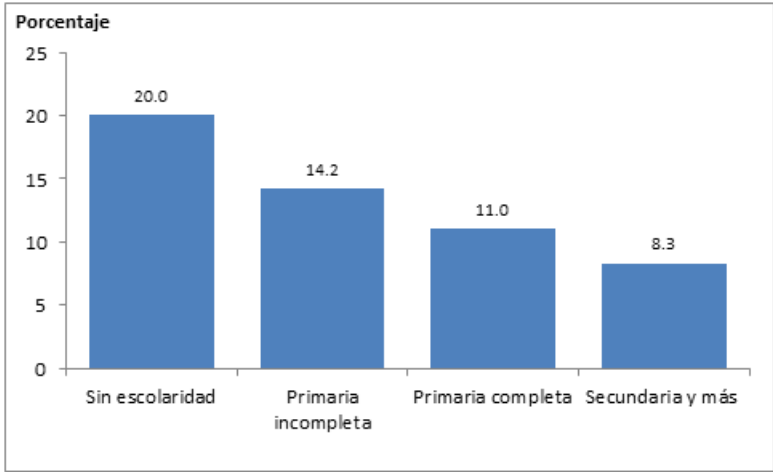
Gráfica 1.8: México. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas según grupos quinquenales de edad, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

forma, las mujeres sin escolaridad presentan una NIA de 20 %, que representa más del doble de las que tienen secundaria y más, con un valor de 8.3 por ciento (ver Gráfica 1.9). Un hecho sobresaliente es que las mujeres sin escolaridad tuvieron un aumento en su NIA, pasando de un valor de 18.5 a 20 % entre 2006 y 2009, respectivamente.

Gráfica 1.9: México. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por nivel de escolaridad, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Por lugar de residencia, se observa que las mujeres rurales registraron una NIA de 15.9 %, en cambio en las zonas urbanas fue de sólo 8.1 %, la diferencia entre ellas es de casi el doble. A su vez, la condición de habla indígena es también un factor determinante, de este modo, las hablantes presentaron en 2009 una NIA de 21.5 %, mientras que para las no hablantes fue de 9 %. La brecha entre ambos grupos es de más de 13 puntos porcentuales;

además el nivel de NIA en las hablantes de lengua indígena ocupa el segundo lugar más alto en el país, sólo superado por el de las adolescentes.

Embarazo no planeado y aborto

El embarazo no planeado es una consecuencia posible de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos o del uso incorrecto o inconsistente de éstos⁵. Conocer sus niveles permite evaluar en qué medida las acciones de los programas de salud reproductiva están siendo efectivos en proporcionar información y acceso a los métodos anticonceptivos (Juárez *et al.*, 2013). En México, a pesar de los altos niveles de uso de anticoncepción, existe evidencia (Menkes, 2009; Juárez y Bayer, 2011, en Juárez *et al.*, 2013) de su uso de manera no efectiva (de forma discontinúa o esporádica y sin conocimiento pleno de su uso correcto), por lo que es probable que las personas tengan poco éxito en prevenir este tipo de embarazos (Juárez *et al.*, 2013).

Se sabe también que las parejas actuales prefieren familias pequeñas de no más de dos hijos (Menkes y Mojarro, 2006; Quilodrán y Juárez, 2009, en Juárez *et al.* (2013)). Sin embargo, se puede afirmar que la cobertura de métodos anticonceptivos y la efectividad con que se usan dichos métodos son todavía insuficientes, pues se ha identificado que las parejas aún presentan dificultades para planear con precisión el momento de los nacimientos y el tamaño deseado de su familia sin el uso generalizado del aborto (Juárez *et al.*, 2013). Esto es un reflejo de la calidad de los servicios de salud reproductiva en el país en los últimos años, que no han logrado difundir la información suficiente y el acceso pleno a los métodos de anticoncepción.

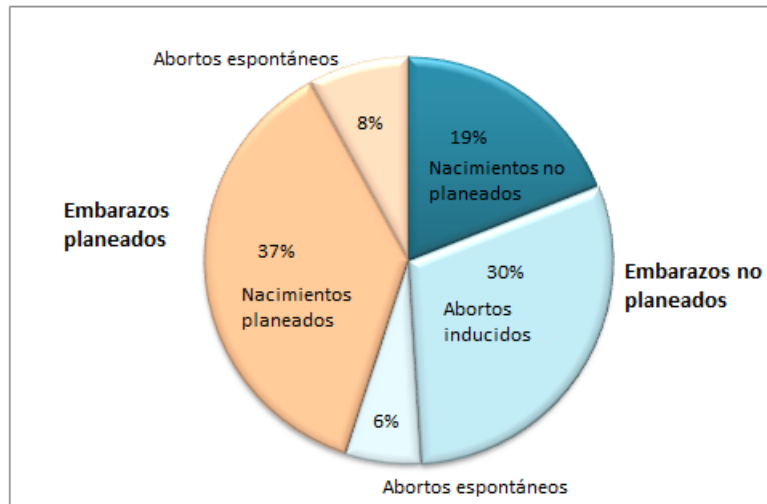
En una estimación indirecta llevada a cabo por Juárez *et al.* (2013) sobre embarazo no planeado y aborto inducido con base en datos de la ENADID 2009, se calcula que el 55 % de los embarazos anuales en México son no planeados. Esto se traduce en números absolutos, a aproximadamente 1.9 millones de embarazos no intencionales cada año. De estos embarazos, 19 % concluyen en un nacimiento, 30 % termina en un aborto inducido y 6 % en un aborto espontáneo. Por su parte, sólo el 45 % de los embarazos son planeados; de éstos, 37 % termina en un nacimiento y 8 % en abortos espontáneos (ver Gráfica 1.10).

Los autores encuentran que los indicadores de embarazo no planeado varían de acuerdo al nivel de desarrollo de cada región⁶, en las regiones más desarrolladas este indicador alcanza los valores más altos, probablemente porque en estos territorios el deseo de tener familias más pequeñas es más fuerte. Así, los autores estiman que para 2009 en la región 1

⁵Aunque no debe dejarse de lado que también influyen otros factores como el grado de acuerdo en el uso de métodos anticonceptivos entre las parejas y otros factores de tipo psicosocial que se abordarán en el Capítulo 2.

⁶Las regiones en el trabajo de Juárez *et al.* (2013) agrupan a las entidades federativas según su nivel de desarrollo, y se basan en el índice de marginación de CONAPO de 2005. Estas regiones van desde la región más desarrollada (Región 1: Distrito Federal) hasta la menos desarrollada (Región 6: Chiapas, Guerrero y Oaxaca).

Gráfica 1.10: México. Embarazo planeado y no planeado según tipo de resultado, 2009



Fuente: Gutmacher Institute (2009) y Juárez (2012), en Juárez *et al.* (2013).

conformada por el Distrito Federal, se registró la tasa más alta de embarazo no planeado con 90 embarazos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años de edad, mientras que en Chiapas, Guerrero y Oaxaca (región 6), se observó una tasa de 56 embarazos no planeados por cada mil. Del mismo modo, se menciona que la tasa de embarazo no planeado a nivel nacional fue de 70.5 embarazos por cada mil mujeres.

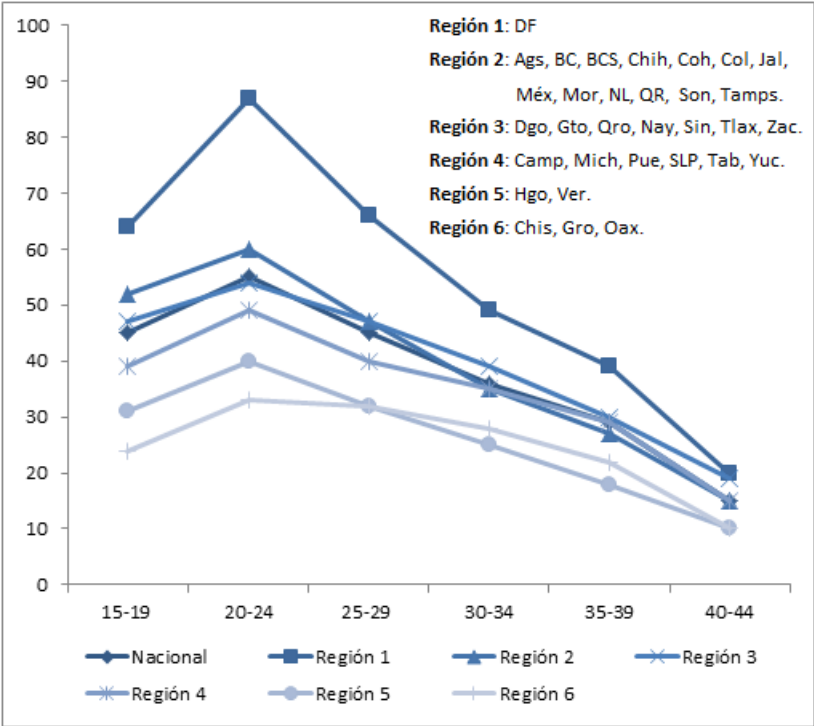
Se estima que el 54 % de las mujeres que se embarazaron sin desearlo recurrieron a un aborto inducido, lo que se traduce a una estimación en números brutos de 1,025,669 abortos de este tipo en México para 2009. Por su parte, se menciona que la tasa estimada de aborto inducido a nivel nacional es de 38 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva (de 15 a 44 años) para 2009. Esta tasa representa un aumento de 52 % con respecto a 1990, cuando en el país se estimó una tasa de 25 procedimientos por mil mujeres. Esta tendencia confirma que las mujeres presentan cada vez una mayor dificultad para evitar embarazos no intencionales (Juárez *et al.*, 2013).

Por grupos de edad, se observa que la tasa de aborto llega a su máximo en las mujeres de 20 a 24 años de edad con un valor de 55 abortos por cada mil y desciende pronunciadamente hasta que en el grupo quinquenal de 40 a 44 años se estiman 15 abortos por cada mil. Las mujeres adolescentes y aquéllas en el grupo de 25 a 29 años tienen las segundas mayores tasas de aborto con 44 procedimientos por cada mil mujeres (ver Gráfica 1.11). Se señala que esto se debe a la alta fertilidad de este grupo de mujeres, a la alta proporción de mujeres solteras sexualmente activas (nunca unidas), al mayor deseo de posponer los nacimientos y a su dependencia de métodos temporales de planificación familiar que tienen una mayor probabilidad de embarazo (Juárez *et al.*, 2013).

A nivel mundial se ha observado que las regiones más altamente urbanizadas de un país tienden a presentar tasas de aborto más altas. Las mujeres y sus parejas en estas áreas

metropolitanas generalmente desean familias más pequeñas, están mucho más motivadas y tienen mayor disponibilidad de medios para evitar nacimientos no planeados, que las mujeres que viven en áreas rurales con menor desarrollo (Singh *et al.*, 2009; Singh *et al.*, 2010; Sedgh *et al.*, 2011 y Basinga *et al.*, 2012, en Juárez *et al.*, 2013). Los autores mencionan, que la tasa de aborto toma valores de 26 por mil mujeres en la región 6 (Chiapas, Guerrero y Oaxaca), y hasta 54 por mil en la Región 1 (Distrito Federal), de modo que entre ambas regiones existe una diferencia casi del doble. En las regiones de desarrollo medio se estiman tasas de aborto de 38 por mil, cercanas al nivel nacional (ver Gráfica 1.11).

Gráfica 1.11: México. Tasa estimada de aborto inducido por región de desarrollo según grupos de edad, 2009 (x mil mujeres)



Fuente: Juárez y Singh (2013), en Juárez *et al.* 2013.

En contextos como México donde únicamente en el Distrito Federal se permite el aborto inducido bajo cualquier condición dentro de las primeras doce semanas de embarazo, la mayoría de las mujeres se someten a procedimientos clandestinos e inseguros. La importancia de este tema radica en que tiene consecuencias sobre la salud física y emocional de las mujeres y en que acarrea fuertes gastos para el sistema de salud. Se estima que una tercera parte de las mujeres que se someten a un aborto inducido desarrollan complicaciones que requieren atención médica. En 2009, únicamente en los hospitales públicos se registraron 159,000 mujeres mexicanas que fueron atendidas por complicaciones a consecuencia de un aborto inducido, y las mujeres pobres rurales son las que presentan mayor proporción de complicaciones por este procedimiento. Aunado a esto, una de cada cuatro

mujeres que sufren complicaciones no reciben ningún tipo de atención médica, lo que las hace vulnerables a sufrir consecuencias adversas en su salud (Juárez *et al.*, 2013).

1.4. Reflexiones finales del capítulo

Los programas de planificación familiar surgieron en México en 1974 con la promulgación de la Ley General de Población, desde entonces el énfasis se centró en aumentar la cobertura anticonceptiva para lograr la disminución de la fecundidad. Los avances en este sentido han sido amplios, pues en 2009 se logró una prevalencia anticonceptiva de 72.5 % para las mujeres unidas en edad fértil, lo cual según las proyecciones de población 2010, ha logrado disminuir la fecundidad en el país hasta casi alcanzar el nivel de reemplazo con 2.3 hijos por mujer para ese mismo año.

Sin embargo, en los últimos años se ha observado un menor énfasis en los programas de planificación familiar, prueba de esto es que el presupuesto ejercido en atención a la salud reproductiva e igualdad de género en salud ha disminuido en 2013 a apenas una sexta parte de lo que se gastaba en 2003 en este mismo rubro, pasando de 4,746 a sólo 805 millones, respectivamente. Del mismo modo, han existido otros factores que datan de décadas atrás, y que han contribuido a estancar los avances en planificación familiar en los últimos años. Entre estos factores se encuentra la descentralización de los programas de planificación familiar de la SSA en el año de 1991, lo que permitió que cada entidad federativa decida de manera independiente el gasto en anticonceptivos. Otro factor importante fue la incorporación de la planificación familiar a la salud reproductiva a partir de 1994, lo cual desvió la atención de estos programas hacia necesidades que se consideraron prioritarias en ese momento, como la prevención y atención del VIH-SIDA y del cáncer de mama y cérvico-uterino. Así mismo, a partir de 1995 se suspendieron totalmente las donaciones de anticonceptivos por parte de las agencias internacionales. Todos estos factores, en conjunto con la falta de prioridad mostrada al tema de la planificación familiar por parte de las dos recientes administraciones federales panistas debido a cuestiones ideológicas, han contribuido en conjunto a diluir los avances en materia de anticoncepción en los últimos años.

Este escenario se ha visto reflejado en los principales indicadores sobre anticoncepción. De este modo, la cobertura anticonceptiva a nivel nacional ha tenido ganancias muy pequeñas en los últimos años, pasando de una prevalencia de 68.5 en 1997 a 72.5 % en 2009, lo que representa tan sólo un aumento de cuatro puntos porcentuales en 12 años. Del mismo modo, a pesar de que los avances en anticoncepción han permitido reducir los rezagos en los grupos más vulnerables, siguen existiendo retos en materia de planificación familiar, que se expresan principalmente por la necesidad de proveer información y anticoncepción a estos grupos.

Por ejemplo, el grupo de mujeres hablantes de lengua indígena presentan el menor conocimiento de métodos anticonceptivos, 85 % comparado con el 98.7 % de las no hablantes. Del mismo modo, aunque este grupo tuvo un aumento en la prevalencia anticonceptiva entre 1997 y 2009 que pasó de 48.3 % a 57.9 %, continúan muy alejados de la media nacional (72.5 %); las mujeres sin escolaridad se encuentran en la misma situación a pesar del aumento de 48 % a 60.2 % en los mismos años de referencia. Las adolescentes unidas, por su parte, representan un grupo crítico pues mantuvieron prácticamente constante su ya de por sí bajo uso de métodos anticonceptivos, presentando una prevalencia de 45 y 44.4 % en 1997 y 2009, respectivamente; del mismo modo, este grupo presentó un 24.8 % de NIA, el cual representa el mayor porcentaje entre todos los grupos. Cabe destacar que las mujeres en edad fértil unidas sin hijos son las que presentan un menor uso de métodos anticonceptivos, en 1997 su prevalencia fue de 23.9 % y en 2009 aumentó a 29.6 %, lo cual se asocia con la poca planeación del primer hijo en México.

Estas cifras en conjunto permiten advertir que algunas metas planteadas por la administración federal pasada en el PNP 2008-2012, así como en el PPFA 2007-2012 no se lograron. Entre éstas se encuentra la meta de alcanzar para el 2012 una cobertura anticonceptiva de 75 %, lo cual dada la tendencia hasta 2009 no parece plausible haberse logrado. De igual forma, la meta de disminuir la brecha en el conocimiento de métodos anticonceptivos entre las mujeres hablantes y no hablantes a un 9 % para 2012 quedó pendiente. Finalmente, la meta correspondiente en cobertura anticonceptiva para adolescentes en el PSSRA 2007-2012 era de 47 %; sin embargo, con la cobertura alcanzada en 2009 se habrían necesitado tres puntos adicionales para alcanzar el objetivo en 2012, lo cual tampoco parece haberse cumplido dado el incremento porcentual anual registrado recientemente para este indicador.

En resumen, se observa un inminente deterioro de los programas de planificación familiar en años recientes, que se ha visto reflejado en los indicadores tradicionales usados para evaluar dichos programas, como son el nivel de conocimiento y prevalencia anticonceptiva. Sin embargo, se reconoce que este estancamiento ha tenido efectos también en otros ámbitos de la planificación familiar, como es por ejemplo, la efectividad con la que se usan los métodos anticonceptivos. Al respecto Mendoza *et al.* (2011) afirma que el cambio ocurrido hacia métodos más seguros entre 1997 y 2009 ha propiciado un aumento en la efectividad; sin embargo, otros autores (Menkes, 2009; Juárez y Bayer, 2011, en Juárez *et al.*, 2013) afirman que existen evidencias que indican lo contrario. De este modo, Juárez *et al.* (2013) al analizar la tasa de aborto inducido, advierte que éste ha aumentado en los últimos años, evidenciando que las personas tienen cada vez mayores problemas para evitar embarazos no deseados, y que esto puede deberse a la mala calidad de los servicios de planificación familiar que prevalecen actualmente.

En suma, esto permite advertir que la situación reciente de los programas de planificación familiar ha impactado no sólo en los indicadores tradicionales de anticoncepción, sino

que existe evidencia también de que este contexto puede estar afectando la efectividad con que se usan los métodos anticonceptivos.

Capítulo 2

Marco teórico y conceptual de la falla anticonceptiva

El objetivo de este capítulo es proveer las bases teóricas y conceptuales para la comprensión de la falla en el uso de métodos anticonceptivos. Como primer punto, se presenta a la anticoncepción como una variable intermedia de la fecundidad; es decir, como uno de los factores principales que determina los niveles y tendencias de la fecundidad al actuar como un inhibidor de ésta. En un punto siguiente, se explican los conceptos necesarios para comprender la falla anticonceptiva, como los distintos tipos de falla que existen y las principales diferencias entre estas definiciones. En una sección posterior, se resumen las principales teorías surgidas a lo largo del tiempo para explicar el uso efectivo de la anticoncepción. Posteriormente, se realiza una revisión de las investigaciones más relevantes llevadas a cabo en otros países como en México sobre el tema. Finalmente, en la última sección se plasman las reflexiones finales del capítulo, dentro de las cuales se formalizan las hipótesis de trabajo derivadas de la revisión teórica realizada en este capítulo y de los antecedentes revisados en el capítulo anterior.

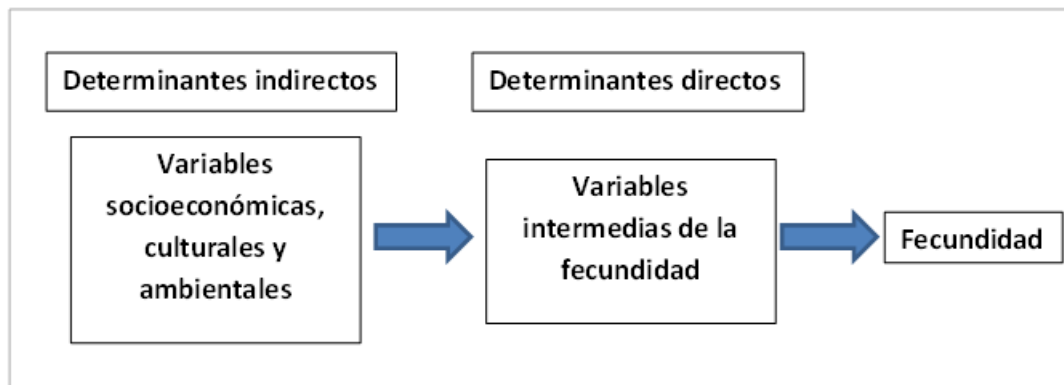
2.1. La anticoncepción como una variable intermedia de la fecundidad

Desde mediados de los años cincuenta Davis y Blake (1956) señalaron que la fecundidad se encuentra determinada directamente por factores de orden social y biológico¹. Los autores nombraron a estos factores “variables intermedias” de la fecundidad, porque es sólo a través de éstas que las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales pueden

¹Basados en la premisa de que el proceso de reproducción incluye tres condiciones necesarias: la exposición a las relaciones sexuales, la anticoncepción y, la gestación y parto exitosos, Davis y Blake identificaron 11 variables intermedias de la fecundidad: edad de iniciación de las uniones, celibato permanente, interrupción de las uniones, abstinencia voluntaria, e involuntaria, frecuencia de relaciones sexuales, esterilidad, anticoncepción, amenorrea postparto, mortalidad intrauterina y aborto.

influir en la fecundidad (Davis y Blake, 1956). Por tanto, las diferencias de fecundidad entre las poblaciones y las tendencias de la fecundidad en el tiempo se pueden asociar siempre con cambios en una o más variables intermedias (Bongaarts y Potter, 1983). El diagrama que se presenta en la Figura 2.1 resume las relaciones entre los determinantes de la fecundidad.

Figura 2.1: Variables intermedias de la fecundidad



Años más tarde, Bongaarts (1982) basándose en la conceptualización de las variables intermedias de Davis y Blake, propuso ocho determinantes próximos a través de los cuales se puede actuar sobre la fecundidad, y los clasificó en las siguientes categorías.

I. Factores de exposición a las relaciones sexuales

1. Proporción de casadas

II. Factores de control deliberado de la fecundidad marital

2. **Anticoncepción**

3. Aborto inducido

II. Factores de la fecundidad natural marital

4. Infertilidad por lactancia
5. Frecuencia del coito
6. Esterilidad
7. Mortalidad intrauterina espontánea
8. Duración del periodo fértil

De esta lista de ocho variables intermedias Bongaarts identificó que en la mayoría de los países únicamente la anticoncepción, la proporción de uniones, la prevalencia de abortos y la infertilidad postparto, son los que explican casi la totalidad de las variaciones de la fecundidad, y resaltó el uso de anticoncepción como el más importante entre éstos cuatro.

Para estimar el efecto de la anticoncepción sobre la fecundidad marital, Bongaarts propuso la siguiente ecuación que expresa a la fecundidad marital como la interacción de la práctica anticonceptiva y la fecundidad marital natural:

$$TGF_M = C_c * TGF_{NM}$$

Donde TGF_M es la tasa global de fecundidad marital, TGF_{NM} es la tasa global de fecundidad natural marital, que es igual a TGF_M en ausencia de anticoncepción (y suponiendo que no existe aborto inducido), y C_c es el índice de anticoncepción, sobre el cual se señala que el efecto que ejerce en la fecundidad depende de la prevalencia (u) y de la efectividad promedio (e) de la combinación de los métodos anticonceptivos disponibles. Después de varios ejercicios empíricos, Bongaarts también propuso una ecuación para el cálculo aproximado del índice de anticoncepción C_c , a través de los factores antes mencionados; la ecuación incluye también un factor de corrección (1.08) que considera a las mujeres que se reconocen infértiles y que por tanto no usan anticoncepción. Entonces la expresión de C_c es la siguiente:

$$C_c = 1 - 1.08 * u * e$$

El valor de la efectividad para cada método anticonceptivo se calcula a través de aproximaciones empíricas², y la efectividad total final e se obtiene al realizar un promedio ponderado de la prevalencia anticonceptiva por la efectividad de cada método. De este modo, entre mayor es el uso de anticoncepción (y efectividad en su uso) mayor es el efecto que tienen la anticoncepción en la reducción de la fecundidad. En forma inversa, a menor uso de anticoncepción (o menor efectividad en su uso), menor será su efecto reductor sobre la fecundidad.

En México, mediciones a través del modelo de Bongaarts muestran que el aumento de la prevalencia y de la efectividad con que se usan los anticonceptivos ha dado lugar a un efecto cada vez mayor de esta práctica sobre la fecundidad, y posiciona a la anticoncepción como el factor más importante en la disminución de la natalidad (CONAPO, 2005) ocurrida en el país en los últimos 40 años.

Debido a su importancia como variable intermedia de la fecundidad, esta tesis se centrará en el análisis de la anticoncepción y la efectividad con que se usa, específicamente se analizará la falla en el uso de métodos anticonceptivos. A continuación se proporciona el marco conceptual y teórico necesario para la comprensión de este fenómeno.

²Se recomienda el uso de las estimaciones presentadas por la OMS (2011), derivadas de la revisión de 165 trabajos llevada a cabo en Estados Unidos por Trussell (2004).

2.2. Definición de falla y sus distintas acepciones

La falla anticonceptiva se refiere a la ocurrencia de un embarazo no intencional mientras se está usando un método para regular la fecundidad (Leridon, 1977; Tietze y Lewit, 1968). En el estudio de la falla anticonceptiva es necesario tomar en cuenta las distintas definiciones que existen de ésta, según Leridon (1977), Tietze y Lewit (1968) y Trussell (2004) identifican los siguientes tipos de falla:

- Falla teórica (o falla durante el uso perfecto y consistente), mide el número de embarazos no intencionales que ocurren bajo condiciones ideales; es decir, siguiendo en forma estricta las instrucciones de uso del método. Esta falla depende únicamente de las características del método y no está afectada por el error humano.
- Falla asociada al uso (también llamada falla de uso típico), mide la exposición al riesgo de un embarazo no intencional en condiciones reales; es decir, esta medida conjunta tanto el error o descuido de los usuarios, como la falla asociada con la efectividad teórica de cada método.

La efectividad durante el uso perfecto y consistente indica qué tan bien funcionan los métodos en condiciones ideales; es decir, durante el uso perfecto. Por su parte, la efectividad anticonceptiva durante el uso común determina el grado de confiabilidad de los anticonceptivos en condiciones de uso normal o típico. Bajo este esquema, la falla del método anticonceptivo depende principalmente de dos factores: la efectividad intrínseca de la anticoncepción y la efectividad de uso común que incluye la posibilidad de uso inadecuado e inconsistente.

Algunos métodos anticonceptivos tienen tanto una efectividad intrínseca alta y un bajo potencial de mal uso, como la esterilización, los dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes. En consecuencia, tienen una tasa más baja de falla. Por su parte, otros métodos anticonceptivos tienen una alta efectividad intrínseca y un alto potencial de uso indebido, como los anticonceptivos orales y, en menor medida, los inyectables y, por tanto, se asocian con una tasa de falla mayor a su efectividad inherente. Otras formas de anticoncepción tales como el método del ritmo, los condones y los espermicidas, tienen tanto una efectividad intrínseca baja y un alto potencial de error por parte de los usuarios, y por lo tanto son más riesgosos en términos de embarazos no intencionales (Black *et al.*, 2010).

La diferencia entre las tasas de falla durante el uso típico y las tasas de falla durante el uso perfecto revelan las consecuencias del uso imperfecto de los métodos; es decir, el número de embarazos no deseados por cada cien mujeres debido al uso imperfecto del método, aislando el efecto de la falla teórica (Trussell, 2009).

Las dos fuentes de información que se utilizan comúnmente para estimar las tasas de falla anticonceptiva son las encuestas y los estudios clínicos. Las encuestas tienen la

ventaja de ser representativas a nivel nacional y de levantarse en forma periódica, pero tiene desventajas como el subregistro de abortos y que la información de las fechas de uso de los métodos y de los embarazos se realiza de manera retrospectiva, lo que puede llevar a recabar información inexacta que puede afectar las tasas de falla estimadas.

En los estudios clínicos por su parte, se identifica a un grupo de personas con características específicas de acuerdo a los objetivos del estudio. A este grupo se le capacita en el uso del método correspondiente y se le entregan los anticonceptivos suficientes para ser utilizados durante el periodo de observación. Mediante formularios que los usuarios deben llenar, se recolecta información de forma prospectiva de cada una de las ocasiones en que la población bajo estudio tiene relaciones sexuales con o sin método. De este modo, se pueden identificar de una manera precisa los ciclos en los que se usa la anticoncepción de forma correcta y consistente y en los que se usa de forma típica. La información que se recolecta en estos estudios presenta menos errores de localización de eventos; sin embargo, depende también de la conducta autoreportada, por lo cual está sujeta a la percepción de las usuarias. Además, es necesario subrayar que este tipo de pruebas no tienen representatividad más allá de la población observada, aunque a menudo, las tasas de uso consistente se toman como un punto de referencia para otros contextos, debido a la poca disponibilidad de información que existe al respecto (Trussell, 2004).

2.3. Enfoques teóricos que explican la falla en el uso de métodos anticonceptivos

2.3.1. Factores intrínsecos asociados a cada método

En la explicación de los factores que intervienen en la falla anticonceptiva las características asociadas a cada método son de gran relevancia pues de ello depende su efectividad (Trussell, 2009). La comprensión actual de la efectividad anticonceptiva se basa en una revisión realizada por Trussell (2004), de más de 165 investigaciones sobre falla en el uso de métodos anticonceptivos en Estados Unidos. Estas estimaciones constituyen las tasas de falla oficiales que presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011).

Los estudios revisados por Trussell sobre falla anticonceptiva se basan tanto en información de encuestas como de estudios clínicos. Una parte de la información sobre falla de uso típico proviene de investigaciones realizadas con información de la National Survey of Family Growth (NSFG) levantada en Estados Unidos en seis ocasiones entre 1973 y 2002. La NSFG es una encuesta retrospectiva de mujeres que recolecta información sobre sus características sociodemográficas, embarazos y uso de anticonceptivos, y al ser una encuesta retrospectiva se deben tomar en cuenta las ventajas y limitaciones que se mencionaron en la sección anterior sobre este tipo de encuestas. Otra parte de las tasas de falla sobre uso típico recolectadas por Trussell proviene de estudios clínicos. Del mismo

modo, las tasas de falla de uso correcto y consistente provienen en su totalidad de estudios clínicos. Como se mencionó, estos estudios carecen de representatividad fuera de la población en que se llevaron a cabo; sin embargo, a falta de información en este ámbito se usan por la OMS (2011) como un punto de referencia para otros países.

Los resultados de la revisión realizada por Trussell (2004) se resumen en la Tabla 2.1, en donde se muestra en la segunda columna las estimaciones de las tasas de embarazo durante el primer año de uso sistemático y correcto de cada método en Estados Unidos. En la tercera columna, se ofrece la estimación de las tasas de falla (o embarazo) de cada método durante el primer año de uso típico o común para este mismo país.

Cuadro 2.1: Tasas de falla por tipo de método anticonceptivo según tipo de efectividad para el primer año de uso (x 100 usuarias)

| Método anticonceptivo | Tasas de falla (Trussell ^a) | | Clave |
|-------------------------------------|---|------------------------|--------------------------------|
| | Uso sistemático y correcto | Como se usa comúnmente | |
| Implantes | 0.05 | 0.05 | 0-0.9 |
| Vasectomía | 0.1 | 0.15 | Muy efectivo |
| Diu de levonorgestrel | 0.2 | 0.2 | |
| Esterilización femenina | 0.5 | 0.5 | |
| Diu de cobre | 0.6 | 0.8 | 1-9 |
| Inyectables mensuales | 0.05 | 3 | Efectivo |
| Inyectables de progestágeno solo | 0.3 | 3 | |
| Anticonceptivos orales y combinados | 0.3 | 8 | 10 a 25 |
| Pildoras de progestágeno sólo | 0.3 | 8 | Modera- damente efectivo |
| Parche combinado | 0.3 | 8 | |
| Condomes masculinos | 2 | 15 | |
| Condomes femeninos | 5 | 21 | 26 a 32 |
| Retiro | 4 | 27 | Menos efectivo |
| Ritmo | 9 | 25 | |
| Espermicidas | 18 | 29 | |
| Sin método | 85 | 85 | |

^a Tasas de los Estados Unidos.

Fuente: Tomado de OMS (2011) con base en Trussell (2004).

A continuación se realiza una breve explicación de los factores intrínsecos asociados a la falla anticonceptiva, así como las tasas de falla de cada método, con información retomada del Manual de Planificación Familiar de la OMS (2011).

Implantes

Los implantes brindan protección contra embarazo a largo plazo. Son muy efectivos durante tres a siete años, dependiendo del tipo de implante. Requieren que un proveedor lo inserte y lo quite, una vez que se ha colocado se requiere poca participación de la usuaria. Se trata de uno de los métodos más efectivos y de mayor duración, ya que se presenta menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año (5 por 10,000 mujeres).

Esterilización femenina

La esterilización es permanente e irreversible, es uno de los métodos más efectivos pero supone un cierto riesgo de falla. Ocurren menos de 1 embarazo por 100 mujeres durante el primer año después del procedimiento de esterilización (5 por 1000). Después de 10 años de uso ocurren aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres (18 a 19 por 1000 mujeres).

Vasectomía

Es un método de anticoncepción masculina permanente, es muy efectivo pero se acompaña de un pequeño riesgo de fracaso. Menos de 1 embarazo por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía de su pareja (2 por 1000).

Dispositivo Intrauterino DIU

- DIU de levonorgestrel

Brinda protección contra el embarazo por un periodo de cinco años. Debe ser colocado por un proveedor con capacitación específica. Una vez colocado, el DIU-LNG requiere poca acción de la usuaria. Es uno de los métodos de mayor efectividad y larga duración. Se presenta menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU-LNG en el correr del primer año (2 por 1000 mujeres). Después de cinco años de uso del DIU-LNG ocurren menos de 1 embarazo por 100 mujeres (5 a 8 por 1000 mujeres).

- DIU de cobre

El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre ha demostrado ser muy efectivo durante los 12 primeros años de uso. Es colocado en el útero de la mujer por un proveedor con capacitación específica. Una vez que se coloca el DIU, la usuaria no tiene que hacer prácticamente nada. Es uno de los métodos más efectivos ya que se presentan menos de

1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU en el transcurso del primer año (6 a 8 por 1000 mujeres). Después de 10 años de uso ocurren aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres.

Inyectables

- Inyectables de progestágeno

La efectividad depende de que la usuaria se aplique a tiempo sus inyecciones. Para una óptima efectividad, es importante volver cada dos o tres meses según se indique. Tal como se utilizan comúnmente, se producen aproximadamente 3 embarazos por cada 100 mujeres solo durante el primer año. Cuando la mujer recibe sus inyecciones a tiempo, se produce menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno durante el primer año de uso (3 por cada 1000 mujeres).

- Inyectables mensuales

Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 3 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año. Cuando la mujer recibe las inyecciones en fecha, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año (5 por 10,000 mujeres).

Píldoras

La efectividad de las píldoras depende de la usuaria. Para una eficacia óptima, la mujer debe tomar las píldoras diariamente y comenzar una caja nueva inmediatamente después de que termina la anterior. Tal como se usan comúnmente las píldoras, se producen cerca de 8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año. Cuando no se cometen errores al tomar la píldora, hay menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso (3 por 1000 mujeres). Las píldoras se clasifican entre los anticonceptivos más efectivos si se usan correctamente.

Pastilla Anticonceptiva de Emergencia (PAE)

Las efectividad de la PAE depende de la mujer, pueden ayudar a evitar el embarazo cuando se toman hasta cinco días después tener sexo sin protección; sin embargo, para una mayor efectividad deben tomarse lo antes posible después de tener relaciones sin anticoncepción. De 100 mujeres que tienen relaciones sexuales sin protección una vez durante el periodo de ovulación, es probable que 8 queden embarazadas.

Parches

La efectividad depende de que la mujer lo aplique y lo cambie en el momento adecuado. Se coloca un nuevo parche cada semana, durante tres semanas consecutivas, seguido de una semana sin parche en la cual la mujer tiene su menstruación. El parche es nuevo y se cuenta con investigación limitada sobre su efectividad; sin embargo, los ensayos clínicos sugieren que podría ser más efectivo que los anticonceptivos orales combinados, tanto en uso común como en uso correcto. Es decir, su efectividad podría ser de 3 embarazos por cada mil mujeres que lo usan correctamente y de 8 embarazos por cada 100 con uso típico.

Condomes masculinos

Este método requiere el uso correcto en cada acto sexual para una mayor efectividad, y de la cooperación tanto del hombre como de la mujer. Tal como se utilizan comúnmente, hay alrededor de 15 embarazos por 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos durante el primer año. Cuando se usan correctamente, en cada acto sexual, hay alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos en el primer año.

Condomes femeninos

Requiere el uso correcto en cada acto sexual para una mayor efectividad. Con uso común se producen cerca de 21 embarazos por cada 100 mujeres que usan condones femeninos durante el primer año. Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, hay cerca de 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

Ritmo o calendario

Es un método que necesita de la cooperación de ambos miembros de la pareja para su uso correcto. Es uno de los métodos menos efectivos, ocurren 9 embarazos por cada 100 mujeres con uso correcto y consistente y 25 embarazos por cada 100 con uso típico o común.

Retiro

Este método requiere de la cooperación de los dos integrantes de la pareja para su uso correcto. Tal como se utiliza comúnmente, se producen en el primer año aproximadamente 27 embarazos por cada 100 mujeres que usan este método. Cuando se utiliza correctamente en cada acto sexual, se producen 4 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso.

Espermicidas

Es uno de los métodos de planificación familiar menos efectivos. Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 29 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan espermicidas durante el primer año de uso. Cuando se utilizan de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 18 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

2.3.2. El enfoque CAP y de componentes psicosociales

La mayoría de los estudios de comportamiento referentes a la regulación de la fecundidad, aceptan la premisa de que el éxito de los métodos anticonceptivos depende del conocimiento que tengan los individuos sobre éstos, en conjunto con una actitud positiva hacia su práctica, y la disponibilidad de los métodos para su uso. Esta noción fue conocida como el modelo CAP (por sus siglas: Conocimiento, Actitud, Práctica), desarrollado en el marco de las primeras encuestas de fecundidad y planificación familiar llevadas a cabo durante los años sesenta; y fue la bandera de numerosas políticas de anticoncepción a través del mundo (Cobliner *et al.*, 1976). Sin embargo, estudios posteriores (Stycos *et al.*, (1959), Fawcet (1970); Cobliner *et al.*, 1975; Cobliner *et al.*, 1976) han realizado aportaciones a este esquema inicial, debido a que observaron la importancia de componentes psicosociales en la práctica anticonceptiva.

De este modo, Hill, Stycos y Back (1959) en el marco del proyecto de investigación sobre fecundidad realizado en Puerto Rico, elaboraron una propuesta analítica que se ocupa principalmente del uso de los métodos anticonceptivos y de sus correspondientes efectos sobre la fecundidad. En este esquema, se considera no sólo que los conocimientos, las actitudes y la disponibilidad de medios anticonceptivos, sino también que los factores psicosociales operan directamente y median el resultado de la anticoncepción efectiva.

Los autores argumentan que tanto los factores motivacionales como psicosociales se encuentran vinculados a la regulación de la fecundidad de una forma compleja. En este sentido, la traducción de los ideales familiares en patrones de comportamiento es alentada o retardada por lo que los autores llaman “mecanismos facilitadores” y son de cuatro tipos. Los primeros tres mecanismos facilitadores se retoman del esquema CAP. El primero es la facilitación intelectual, que connota la conciencia de la existencia de métodos de planificación familiar. El segundo tipo de facilitación es la física, que está relacionada con la disponibilidad de los métodos. Cuando estas dos condiciones se cumplen, existen barreras psicológicas que pueden imposibilitar el uso efectivo de la anticoncepción. Únicamente si los medios son aceptados por la sociedad, ésta los usará, de aquí surge la importancia del tercer aspecto, facilitación psicológica. El cuarto aspecto, la facilitación sociológica, es un factor esencial en este marco de análisis pues cubre los patrones de interacción entre las parejas y otros grupos sociales, así como entre la misma pareja, y se refiere a

la comunicación sobre los puntos de vista y grado de acuerdo sobre el uso de métodos anticonceptivos y el tamaño ideal de la familia.

Bajo este esquema, Hill, Stycos y Back (1959) proponen que la anticoncepción efectiva está mediada por factores demográficos básicos como edad, lugar de residencia, situación conyugal, etc.; por el tipo de valores, actitudes e información de las personas hacia la regulación de la fecundidad; por la influencia que ejercen grupos o instituciones claves como la familia, los vecinos o compañeros de trabajo y las instituciones de salud; y finalmente, por las posibilidades de acción conyugal, como acuerdo sobre el tamaño deseado de familia y el grado de autonomía de la mujer.

Del mismo modo, Cobliner *et al.* (1975 y 1976) al reexaminar el papel del enfoque CAP en la falla anticonceptiva coinciden en que no sólo las tres condiciones CAP son suficientes para el uso efectivo de la anticoncepción, sino que también las características demográficas, sociológicas o de personalidad de las usuarias [y usuarios] son importantes; de tal forma, que incluso en muchas ocasiones estas características relegan la motivación a segundo término. Así, los autores señalan que una proporción importante de embarazos no intencionales surge de la interacción entre la tecnología anticonceptiva y el comportamiento humano.

Los referentes teóricos anteriores proporcionan un marco analítico para el estudio de la falla en el uso de métodos anticonceptivos, toda vez que muestran los factores que influyen en la planificación familiar efectiva. En este trabajo se reconoce que la práctica anticonceptiva es un hecho complejo en el que intervienen tanto variables motivacionales, sociales, demográficas y psicológicas; sin embargo, sólo se analizarán factores socio-demográficos asociados a la falla, pues la fuente de información no ofrece datos sobre aspectos psicosociales ni motivacionales para el primer método anticonceptivo, lo cual es una limitante de este análisis, ya que únicamente permitirá relacionar factores sociodemográficos asociados a la falla anticonceptiva pero no explicarla del todo. Sin embargo, se considera una aproximación importante dado el poco análisis que se ha realizado en el país al respecto.

2.4. Antecedentes sobre la falla anticonceptiva

En los últimos 30 años se ha aprendido mucho sobre los determinantes del uso de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo; sin embargo, la dinámica en el uso de anticoncepción, que incluye falla, cambio y abandono, ha sido menos analizada. Esta falta de información tienen su origen principalmente en la falta de datos apropiados para examinar este fenómeno; no obstante, a pesar de que en años recientes ha ocurrido una mejoría tanto en cantidad como en calidad de la información, los estudios sobre dinámica anticonceptiva en países en desarrollo siguen siendo pocos (Curtis y Blanc, 1997). Aunque la falla anticonceptiva es probablemente la más estudiada de estas dinámicas aún hace

falta investigación que permita conocer más sobre los factores que determinan el uso de la anticoncepción de manera efectiva.

Prácticamente la mayoría de los estudios sobre falla anticonceptiva (Goldam *et al.*, 1983; Ali y Cleland, 1995; Cleland y Ali, 2004; Trussell y Vaughan, 1999, 2004 y 2011, entre otros) se enfocan en las tasas de falla por tipo de método, ya que es uno de los factores más importantes de su ocurrencia (Curtis y Blanc, 1997; Moreno, 1993). Por ejemplo, Cleland y Ali (2004) en un estudio realizado con datos de la Demographic and Health Survey (DHS), calculan por medio de tablas de vida las tasas de falla acumulada a 12 meses de uso para las mujeres casadas de 19 países en desarrollo de Latinoamérica, Asia, el Medio Este y África. Los autores encuentran que las mujeres que practican la abstinencia periódica y el retiro registraron las tasas más altas de falla, con valores arriba de 20 %. Por su parte, las usuarias del condón y de anticonceptivos orales tuvieron tasas de falla intermedias (10.3 y 6.5 %, respectivamente), mientras que la falla entre los usuarios de inyectables y el DIU fueron las más bajas, con 2.4 y 1.7 % respectivamente.

Del mismo modo, el estudio llevado a cabo por Trussell (2011) con el propósito de estimar las tasas de falla anticonceptiva en Estados Unidos por medio de la National Survey of Fertility Growth (NSFG) 1995 y 2002 encontró las siguientes tasas de falla al término de un año: 3 % de las usuarias de inyectables, 9 % de las usuarias de píldoras, 18 % de aquellas cuyas parejas usan condón masculino y el 22 % de las que practican el retiro. Los métodos con las menores tasas de falla son: la esterilización masculina (0.15 %) y femenina (0.5 %), el DIU (0.2 %) y el implante (0.05 %).

Es común encontrar que las tasas de falla para el mismo método varían en los diferentes países. Por ejemplo, Ali y Cleland (2004) reportan que las tasas de falla a 12 meses para la píldora varían de 2.2 en Zimbabue a 21.6 % en Kazajistán, mientras que las tasas para la abstinencia periódica van desde 11.2 en Bangladesh hasta 40 % en Jordán. Por su parte, Sambisa (1996) analiza las tasas de falla a 12 meses para la píldora a través de las encuestas DHS y encuentra que van desde 1.7 en Indonesia a 7.1 % en el noreste de Brasil. En una revisión de numerosos estudios previos tanto de países desarrollados como en desarrollo, Jejeebhoy (1991) también encuentra una gama de tasas reportadas para el mismo método. Estas variaciones son atribuibles a diferencias metodológicas entre los distintos estudios, pero principalmente están influenciadas por factores como la prestación de servicios de anticoncepción y las características de los usuarios en cada uno de los países (Blanc y Curtis, 1997; Moreno y Goldman, 1991).

Los diversos factores sociodemográficos asociados a la falla del uso de métodos anticonceptivos son importantes también porque actúan como un determinante del uso correcto o incorrecto de los métodos. Esta información ayuda a establecer quiénes son más o menos propensos a usar un método erróneamente, de modo que los programas de planificación puedan dirigir sus esfuerzos en mayor medida a estos grupos de la población (Beckman and Harvey, 1996; Trottier *et al.*, 1994; Hammerslough, 1991, en Curtis y Blanc, 1997).

Por estas razones numerosos estudios se han enfocado en analizar cómo las características de las usuarias se asocian a la falla anticonceptiva (El-Tawila, 1995; Enülü and Dogan, 1996; Fathonah, 1996; Ferraz, 1994; Gómez, 1994; Melián, 1994; Mitra and Al-Sabir, 1996; Padilla, 1994; Pérez and Tabije, 1996; Polanco, 1994; Sambisa, 1996, entre otros).

Ejemplo de esto, es el estudio realizado por Curtis y Blanc (1997) que analiza los factores asociados a la falla anticonceptiva en seis países en desarrollo (Bangladesh, Colombia, Egipto, Indonesia, Perú, and Zimbabwe) con datos de la DHS. Por medio de un análisis de sobrevivencia en tiempo discreto, las autoras encontraron, al igual que en otros estudios previos, que el método anticonceptivo es la variable más determinante de la falla, y que tanto el tiempo de uso como las características demográficas de la mujer (como edad, número de hijos nacido vivos e intención en el uso de métodos anticonceptivos: espaciar o limitar) están asociadas con el riesgo de falla, mientras que el nivel socioeconómico, la escolaridad y el lugar de residencia no lo están, y señalan que esto sucede generalmente en los estudios sobre falla anticonceptiva.

Así, los resultados de este estudio muestran que en la mayoría de los países analizados el riesgo de falla anticonceptiva tiene una asociación significativa con el tiempo, de modo que la falla declina consistentemente a través de éste. Las autoras señalan que esto se debe a que las usuarias altamente fértiles y que usan de manera poco consistente la anticoncepción suelen presentar la falla en los primeros meses de uso. Por otra parte, las usuarias de métodos que sobreviven a esta falla temprana suelen mejorar su uso con el paso del tiempo, de modo que la falla declina conforme aumenta la duración de uso.

Curtis y Blanc (1997) también encuentran que la edad es una variable altamente significativa, de modo que las usuarias más jóvenes (menores de 25 años) tienen tasas de riesgo consistentemente mayores que las usuarias de más edad, como se ha corroborado en otros estudios también (Entwisle y Sayed, 1991; Moreno, 1993; Padilla, 1994; Steele *et al.*, 1996). Referente a esto, Blanc *et al.* (2010) analiza de forma particular las diferencias en la falla anticonceptiva entre mujeres adolescentes y adultas en más de 40 países en desarrollo de África, Asia y Latinoamérica, y encuentra que en promedio las tasas de falla para las adolescentes son casi un 25 % más altas que las experimentadas por mujeres de mayor edad. Los autores señalan que es probable que esta diferencia se deba a que las adolescentes tienden a usar métodos menos efectivos que las mujeres de mayor edad (especialmente en países donde una parte sustancial de las mujeres adultas son esterilizadas), utilizan métodos de forma más esporádica y son más fértiles.

Continuando con los resultados de la investigación de Curtis y Blanc (1997), se observa también que las mujeres que no tienen hijos vivos y aquéllas con cinco o más son más propensas a experimentar el fracaso anticonceptivo que otras mujeres. Las autoras explican que las mujeres sin hijos pueden no estar muy motivadas para evitar el embarazo, mientras que las mujeres con cinco o más hijos vivos pueden ser usuarias que utilizan la anticoncepción de forma irregular o bien de manera incorrecta. Por su parte, encuentran

que las mujeres que usan anticonceptivos para prevenir futuros nacimientos son menos propensas a experimentar fallas del método anticonceptivo que aquéllas que los usan para espaciar los nacimientos. Señalan que, esto probablemente refleja el papel de la motivación para evitar el embarazo y de los tipos de métodos elegidos para cumplir con sus ideales reproductivos.

El estudio muestra también que las mujeres casadas o unidas tienen más probabilidades de experimentar una falla del método anticonceptivo que las mujeres solteras. Las autoras argumentan que las mujeres unidas o casadas tienen más probabilidades de ser sexualmente activas que las solteras, y que un cambio en la situación conyugal de soltero a casado probablemente aumenta la exposición a la actividad sexual y reduce la motivación para evitar embarazos no deseados. Por su parte, al sufrir una separación o divorcio el riesgo de falla podría reducir debido a la menor exposición a relaciones sexuales.

En lo que se refiere al lugar de residencia habitual de las usuarias, en la mayoría de los países analizados por Curtis y Blanc (1997) no existe significancia estadística de esta variable con respecto a la falla anticonceptiva y en los países en los que existe, la dirección es inconsistente. A su vez, el nivel de escolaridad de la mujer tampoco presentó una asociación con la falla anticonceptiva, al respecto los autores mencionan que esta variable rara vez está fuertemente asociada con las tasas de falla en la mayoría de los estudios, los diferenciales en las tasas de falla por nivel de educación son relativamente pequeños y con frecuencia son inconsistentes en la dirección.

Estos resultados han sido constatados previamente en otros estudios como el de Moreno (1993), realizado en 15 países en desarrollo de Latinoamérica, Asia y el Norte de África, en donde analiza específicamente la importancia del lugar de residencia y la escolaridad en la falla anticonceptiva de mujeres unidas. De esta forma, con datos de las encuestas DHS levantadas entre 1986 y 1989 en cada país y con la técnica de riesgos proporcionales de Cox, el autor constata que en la mayoría de los países existe poca evidencia de que las mujeres rurales usen el método anticonceptivo con menor efectividad que las urbanas; lo cual como el mismo autor señala, da poco soporte a la teoría de que las mujeres que viven en áreas urbanas supuestamente tienen mayor acceso a información o servicios médicos, y que por tanto los usan con mayor efectividad. Al respecto, Garrison (1984) señala que las menores tasas de falla anticonceptivas encontradas en localidades rurales puede ser consecuencia de una mayor omisión de embarazos no intencionales en este tipo de usuarias.

Sin embargo, Moreno (1993) sí encuentra un efecto que varía por tamaño de localidad de residencia y por tipo de método, y señala que especialmente en los países de Latinoamérica las usuarias urbanas de métodos modernos tienen menores probabilidades de experimentar una falla del método anticonceptivo que las usuarias rurales, mientras que las usuarias rurales de métodos tradicionales tienden a presentar menores fallas que las urbanas. En este estudio tampoco se encuentra evidencia sólida de que la efectividad

aumente con el nivel de escolaridad. El autor explica que estudios previos llevados a cabo en Estados Unidos (Hammerslough, 1991) también han encontrado falta de significancia sobre la falla, tanto de la variable de lugar de residencia como de la escolaridad.

Como ya se mencionó, el otro factor importante relacionado a la falla anticonceptiva es la calidad de los servicios de planificación familiar. Jain (1989), por ejemplo, sostiene que la calidad de los servicios afecta a la prevalencia de anticonceptivos y la efectividad con que se usan. Hace hincapié en que la gama de métodos disponibles es un componente clave de la calidad del servicio, que además también puede influir en la efectividad de uso. Bertrand *et al.* (1994) propone la tasa de falla como un indicador de la calidad de la protección anticonceptiva que se está proporcionando en los programas de planificación familiar y, en particular, de la eficacia de los programas en informar a los usuarios acerca del uso apropiado de los métodos

Aunque no existen trabajos que relacionen específicamente la falla y los servicios de anticoncepción, muchos estudios han tratado de mostrar la relación entre la calidad de los servicios de planificación familiar y la discontinuación en general de métodos anticonceptivos. Entre las razones de discontinuación se encuentran el cambio a otro método, el abandono definitivo o la ocurrencia de un embarazo; es decir la falla anticonceptiva. Por tanto, este tipo de trabajos de forma implícita también informan sobre la relación entre los servicios de planificación familiar y la falla anticonceptiva.

De este modo, Steele *et al.* (1999), con datos de la DHS realizada en 1995 en Marruecos, examina el efecto del entorno de los servicios de anticoncepción en la interrupción del uso de la píldora entre las mujeres que obtienen sus insumos en el gobierno y aquéllas que lo hacen en el sector público. Los resultados mostraron significativamente mayor continuidad de la píldora entre las mujeres que obtuvieron sus insumos en las instalaciones del gobierno que entre aquéllas que las obtuvieron en el sector privado (incluyendo farmacias).

Otros estudios han demostrado también una asociación positiva entre los usuarios que reciben el método elegido y la continuación de los anticonceptivos, como el realizado en Indonesia por Pariani *et al.* (1991), así como entre un asesoramiento adecuado sobre los efectos secundarios y la continuación de los anticonceptivos, como el estudio llevado a cabo en Gambia y Nigeria por Cotten *et al.* (1992).

Se ha realizado ya un recorrido por los trabajos más representativos de la falla anticonceptiva en distintos países del mundo. En México ha sido poca la investigación al respecto y data de la década de los años ochenta y noventa, y se refiere a estudios realizados con base en la Encuesta Nacional de Prevalencia (ENP) 1979 y la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES) 1987.

Entre estos trabajos se encuentra el de Aparicio (1982) con base en información de la ENP 1979. En este trabajo se calculan por medio de la técnica de tabla de vida las tasas de falla anticonceptiva para las mujeres que comenzaron el uso de su método entre 1974 y 1979. El estudio muestra que un 11 % de las usuarias de métodos anticonceptivos

tuvieron una falla en el primer año de uso del método. Este porcentaje se incrementa a 21 % a los dos años y hasta 29 % al final del tercer año. Aparicio señala como sobresaliente el hecho de que las mujeres de menor edad y paridad son las que tienen las mayores tasas de embarazo no planeado comparadas con las mujeres más adultas y con mayor número de hijos. Así, 36 meses después de iniciar el uso del método, 38 % de las mujeres menores de 25 años habían tenido una falla, mientras que este porcentaje es sólo de 14 % para las mujeres mayores de 34 años. Respecto a la paridad, este porcentaje varía entre 19 % para las mujeres de 5 o más hijos y 36 % para las que tienen entre cero y dos hijos al comenzar a usar el método.

En cuanto a la escolaridad, los resultados de Aparicio muestran que no existen diferencias importantes entre distintos niveles de esta variable; sin embargo, las mujeres con primaria incompleta o menos son las que tienen las más altas tasas de falla después del primer año de uso (5.5 %), seguidas por las de secundaria y más (5.2 %). Por su parte, las mujeres con primaria completa presentan las tasas más bajas de embarazo no planeado (4.8 de cada 100). En lo referente al tamaño de localidad de residencia habitual no muestra diferencias importantes entre las localidades de menos de 20,000 mil habitantes respecto a aquéllas de 20,000 y más, ya que en ambas se observan tasas muy cercanas, de 5.9 y 5.7 % para el primer año de uso, respectivamente. No obstante, las áreas metropolitanas sí presentan una tasa de falla anticonceptiva menor que las anteriores (4.2 %). Finalmente, la condición de ocupación tampoco refleja un efecto importante, pues las usuarias que trabajan tiene una tasa de falla de 5.7 % y las no económicamente activas de 5.2 % para el primer año de uso.

A su vez, Garrison (1984) realizó una investigación sobre la efectividad anticonceptiva en México también con información de la ENP 1979. Con el método de riesgos proporcionales de Cox la autora evalúa el efecto de las características de las usuarias y de las fuentes de obtención en la efectividad contraceptiva de cuatro métodos por separado: las píldoras, el DIU, las inyecciones y los métodos tradicionales. Los resultados de este estudio muestran que la fuente de obtención del método tiene un efecto significativo para las usuarias de inyecciones pero no para las usuarias de píldoras y DIU³. Explica que las inyecciones obtenidas de las farmacias son mucho más comunes que las de clínicas del gobierno. Un resultado no esperado es que el riesgo de falla anticonceptiva de una inyección proveniente de una farmacia fue 54 % menor que el de una obtenida de una clínica del gobierno. Para las pastillas y el DIU, la autora concluye que la fuente de obtención no está relacionada con el riesgo de tener un embarazo no intencional. Para el DIU esto se explica porque una vez que es colocado la usuaria no tiene acción en su efectividad; sin embargo, para las pastillas no se tiene una explicación clara.

En lo que se refiere a la escolaridad se encontró un fuerte efecto de esta variable en el

³Para las usuarias del DIU sólo existen dos fuentes posibles de obtención: clínicas/médicos privados o clínicas públicas.

riesgo de falla en todos los métodos examinados con excepción de las inyecciones. De este modo, las usuarias de la píldora con educación primaria completa tienen 41 % menor riesgo que aquéllas que no cuentan con la primaria completa. Para el ritmo y el retiro el efecto significativo ocurre en la categoría de escolaridad más alta: secundaria y más. Lo que implica que se requieren niveles de educación mayores para reducir significativamente el riesgo de falla en estos métodos. En las inyecciones no se encontraron efectos significativos en la escolaridad, lo cual se atribuye al bajo tamaño de muestra. Finalmente, en el DIU se observó un efecto significativo para las mujeres con algún grado de secundaria o más. Este es un resultado inesperado, pues el DIU es un método que no necesita acción de las usuarias para su correcto funcionamiento, por lo cual se esperaría que no existiera significancia estadística entre la escolaridad y el riesgo de falla en este método.

Por su parte, la paridad se encontró significativamente asociada con el riesgo de falla. La autora explica que esto es congruente con lo esperado, ya que a bajos niveles de paridad las mujeres usan anticoncepción para espaciar nacimientos, lo que implica el uso de métodos temporales y muchas veces menos efectivos, mientras que cuando se alcanzan altos niveles o una vez alcanzada la familia deseada, es más probable que usen métodos definitivos y más efectivos para limitar los nacimientos o que estén más motivadas para usar la anticoncepción de manera más consistente.

El tamaño de localidad fue significativo únicamente para las usuarias de píldoras; de esta forma, las usuarias de este método en localidades de menos de 2500 habitantes tuvieron menos riesgo de falla anticonceptiva que las que habitan en localidades mayores. La autora explica que este es un resultado curioso, que puede deberse a que las usuarias en localidades pequeñas estén más motivadas a evitar embarazos, pero que también es posible que esto se deba a la omisión de fallas anticonceptivas por parte de este grupo de la población. Sin embargo, Singh *et al.* (2009) y Sedgh *et. al* (2011) sostienen que en realidad las mujeres que habitan en localidades urbanas son las que tienen mayor motivación para evitar embarazos no intencionales, ya que generalmente prefieren familias más pequeñas y tienen a su alcance más servicios e información para evitarlos. Por lo cual, es más probable que las menores tasas de falla anticonceptiva en mujeres rurales se deban a la omisión de embarazos no planeados.

En 1993, Aparicio publica otro trabajo en el que por medio del método de tabla de vida de decremento múltiple calcula las tasas de falla anticonceptiva para mujeres observadas en su primer método en los periodos de 1974-1979 y 1982-1987, con datos de la ENP 1979 y la ENFES 1987, respectivamente. El trabajo mostró un aumento general en las tasas de falla entre ambos periodos. Así, la tasa de falla a nivel nacional pasó de 3.0 a 5.9 % entre el primer y el segundo lapso de tiempo. Para los dos periodos de análisis se observa que los métodos tradicionales (ritmo, retiro y otros) presentan las mayores tasas de falla anticonceptiva. De esta forma, entre 1974 y 1979 los métodos tradicionales presentaban una tasa de 7.7 embarazos no intencionales por cada 100 usuarias, mientras que entre

1982-1987 la tasa aumentó al doble, alcanzando 15.4 fallas anticonceptivas por cada 100. Por su parte, los métodos locales y preservativos presentaban una tasa de falla de 5.1 % en el primer periodo, en tanto que para el segundo llegaban a 7.0 %, lo que representa un aumento de casi dos puntos porcentuales. A su vez, las píldoras también presentaron un aumento de casi el doble, pasando de 2.6 % a 6.0 %. Mientras que los inyectables no fueron la excepción, al aumentar de 2.0 a 3.5 % entre ambos periodos. Llama la atención que entre 1974-1979 el DIU tenía una tasa de falla de 3.5 % y para el periodo de 1982-1987 esta tasa había logrado bajar a 0.4 %, siendo el único método que presentó una disminución en sus tasas de falla entre ambos periodos.

En este mismo estudio se analizan las características demográficas de las mujeres, y se encuentra que las tasas de falla anticonceptiva en México para en el periodo de 1982-1987 son significativamente mayores entre aquéllas con menos hijos, mientras que las que tienen tres y más presentan las menores probabilidades de falla. La escolaridad no discrimina fuertemente; sin embargo, se encontró una correlación positiva entre el nivel de escolaridad y los niveles de falla; es decir a mayor escolaridad mayor falla. Por su parte, las mujeres con menos hijos, y en general más jóvenes o con pocos años de unión, presentan las mayores tasas de falla del método.

2.5. Reflexiones finales del capítulo

La anticoncepción ha sido la variable intermedia que ha tenido la mayor influencia en la disminución de la fecundidad en México en los últimos 40 años. Sin embargo, la importancia de la anticoncepción como una variable que regula la fecundidad, radica no sólo en que un número elevado de personas hagan uso de ésta, sino también de que lo lleven a cabo de manera efectiva. En este contexto, la falla en el uso de métodos anticonceptivos resulta de importancia pues se vincula directamente con la ocurrencia de embarazos no deseados o no planeados.

El análisis de la efectividad anticonceptiva ha sido abordado desde distintos puntos de vista teóricos. Uno de estos enfoques ha sido el conocimiento obtenido a partir de estudios empíricos, ya sea clínicos o aquéllos basados en encuestas retrospectivas, que han permitido conocer las tasas de falla de los distintos métodos anticonceptivos existentes y las implicaciones que las características propias de cada método tienen sobre su efectividad. Al respecto, Trussell (2004) ha proporcionado las tasas de falla basándose en la revisión de más de 160 investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos, debido a la poca información sobre este tema en países en desarrollo, dichas tasas son aceptadas por la OMS como una aproximación para otros países.

Otros enfoques teóricos como el CAP, permiten analizar la efectividad anticonceptiva desde una mirada que involucra el conocimiento, la actitud y la práctica de los usuarios como los principales factores que propician el uso correcto de la anticoncepción. Sin

embargo, otros autores (Stycos *et al.*, (1959), Fawcet (1970); Cobliner *et al.*, 1975) han reconocido que también existen factores psicosociales (tales como la edad, escolaridad, la influencia de la pareja, la familia u otros grupos clave para las personas, etc.) que intervienen en la práctica anticonceptiva efectiva.

Tomando en cuenta estos enfoques, se han realizado numerosos estudios que tratan de establecer la relación entre distintas variables sociodemográficas y la falla anticonceptiva. Dichos estudios, han mostrado que la variable primordial en la ocurrencia de la falla es el tipo de método anticonceptivo utilizado. Otras variables como el tiempo de uso y la edad también se han encontrado fuertemente asociadas con la falla, presentando una correlación positiva entre ellas. Del mismo, la situación conyugal y el número de hijos resultan significativas en el análisis de este fenómeno, de tal modo que las mujeres casadas y las que tienen menos hijos presentan un mayor riesgo de falla. Por otro lado, no se ha encontrado una asociación consistente entre la escolaridad y el tamaño de localidad de residencia habitual, presentando estas variables efectos no significativos y con direcciones contradictorias en la mayoría de las investigaciones. Por su parte, los estudios que analizan el lugar de obtención del método y la calidad de los servicios ofrecidos por los programas de planificación familiar muestran que son un elemento importante que determinan la ocurrencia de una falla anticonceptiva.

En resumen, el análisis de este conjunto de conocimientos teóricos permite ubicar la falla anticonceptiva como un fenómeno complejo, determinado por factores de tipo biológico, demográfico y social. Que además, adopta distintos comportamientos dependiendo del contexto de los programas de planificación familiar en cada país. Por lo anterior, es necesario estudiar este hecho con la mentalidad de que en cada contexto y en cada tiempo puede presentar patrones no necesariamente homogéneos.

2.5.1. Hipótesis

En concordancia con los objetivos planteados en este trabajo, y de acuerdo a la revisión teórica realizada, las hipótesis que se plantean a continuación están relacionadas, en un primer punto, con mostrar que la falla aumentó durante los dos sexenios pasados (de 2000-2012), pero que de manera particular este aumento se ha enfatizado en los grupos de mujeres adolescentes, solteras, sin hijos, menos escolarizadas, indígenas y rurales, como posible consecuencia de la forma diferencial en que tradicionalmente se han ofertado los servicios de salud reproductiva entre los distintos grupos poblacionales, en combinación con el menor énfasis de los programas de salud reproductiva identificado durante el sexenio panista. En este contexto, se presentan las siguientes hipótesis de investigación:

- El riesgo de falla ha aumentado entre los periodos 1989-1997 y 2001-2009, como consecuencia de la menor difusión del uso de métodos anticonceptivos a causa del

estancamiento⁴ en los programas de planificación familiar en los últimos años.

Para ambos periodos de análisis se postula que:

- Debido a que desde sus inicios los programas de planificación familiar se han enfocado en las mujeres casadas y con hijos, y que se ha documentado (Lerner y Szasz, 2003; SSA, 2008) que en México las mujeres más jóvenes y en particular las adolescentes, aquéllas sin hijos y que son solteras, tienen menor acceso a los servicios de los programas de salud reproductiva, y como la literatura al respecto lo señala (Moreno, 1993; Padilla, 1994; Curtis y Blanc, 1997; Blanc, 2010; Steele *et al.*, 1996) se espera que en este último grupo poblacional se presente un riesgo de falla anticonceptiva mayor que el de las mujeres de mayor edad, casadas o con hijos.
- Como se ha analizado previamente y lo señalan diversos autores (CONAPO, 2013; Mendoza *et al.* (2012); Villagomez *et al.*, 2012), los grupos más vulnerables, entre los que se encuentran las mujeres con menor escolaridad, y que viven en zonas rurales o que son hablantes de lengua indígena, presentan un rezago importante en materia de anticoncepción, que se encuentra asociado con factores de tipo tanto social como geográfico, que limitan su acceso a servicios de salud reproductiva. Por tanto, se postula que estos grupos tienen un mayor riesgo de falla anticonceptiva que sus contrapartes las mujeres más escolarizadas, que habitan en zonas urbanas y que no son hablantes de lengua indígena.
- Como consecuencia del deterioro reciente en los servicios de salud reproductiva (Lerner, 2008; MEXFAM, 2011; Rodríguez, 2013; Juárez *et al.*, 2013), entre los que se encuentra la consejería otorgada a los usuarios para el uso correcto de métodos anticonceptivos, y de un efecto acumulativo en la menor atención prestada por los programas de planificación familiar desde sus inicios a las mujeres adolescentes, solteras, sin hijos, menos escolarizadas, indígenas y rurales, se postula que en el último periodo de análisis (2001-2009) la falla aumentó de manera específica entre estos grupos.

⁴Como estancamiento se identifica la importante reducción del presupuesto en los programas de planificación familiar en años recientes (ver Sección 1.2), el no cumplimiento de las metas del PSSR 2007-2012 y del PSSRA 2007-2012 en cuanto a cobertura anticonceptiva y la disminución de campañas en medios masivos durante los dos sexenios panistas (MEXFAM, 2011; Lerner, 2008; Rodríguez, 2013).

Capítulo 3

Metodología

En este capítulo se presenta la estrategia metodológica a seguir para lograr los objetivos planteados en esta investigación. En la primera sección se realiza una breve descripción de la fuente de información y sus limitaciones, posteriormente se detalla la operacionalización de las variables explicativas; finalmente, se realiza una explicación de los métodos estadísticos utilizados para probar las hipótesis planteadas.

3.1. Fuente de información

La fuente de información para realizar esta investigación es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en sus levantamientos 1997 y 2009, encuesta con representatividad nacional y cuyo objetivo es generar información relacionada con el nivel y comportamiento de los componentes de la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración en México. La población objetivo de la encuesta son los residentes habituales de las viviendas seleccionadas y, de forma particular las mujeres en edad reproductiva; es decir, de 15 a 54 años de edad. El diseño muestral de la encuesta es probabilístico, bietápico, estratificado y por conglomerados, donde las unidades de observación son la vivienda y dentro de ésta los hogares y las personas (INEGI, 2010).

La ENADID es la encuesta más adecuada para la realización de este trabajo porque provee la historia anticonceptiva y de la falla de estos métodos. Además, los levantamientos realizados en 1997 y 2009 son totalmente comparables, de modo que permiten analizar de forma retrospectiva los posibles cambios ocurridos en la falla en los periodos de interés para esta tesis; es decir, durante la última parte de los gobiernos federales priístas (1989-1997), en la que tuvo lugar la descentralización de la planificación familiar y la incorporación de ésta al enfoque de salud reproductiva, hechos que varios autores señalan como el comienzo del decline de los programas de planificación familiar, y en un periodo posterior durante el gobierno panista (2001-2009) en el que se identifica un menor énfasis en los programas de salud reproductiva. Dichos periodos permiten analizar si estos acontecimientos han tenido un efecto negativo acumulado sobre la falla anticonceptiva en años recientes.

En México existen otras encuestas con las que es posible analizar la falla anticonceptiva como: la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) 1976-1977, la Encuestas Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) 1987 y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003; sin embargo, con estas encuestas no es posible analizar la falla en los periodos de interés de esta tesis. Además, la ENADID por su amplio tamaño de muestra es la encuesta que proporciona la mayor precisión en las estimaciones (menor amplitud del intervalo de confianza y menor coeficiente de variación) sobre la práctica anticonceptiva (CONAPO, 2005).

La encuesta incluye dos instrumentos de captación: el cuestionario del hogar, que proporciona información sobre viviendas y hogares, y capta las características sociodemográficas de sus integrantes; y el cuestionario de la mujer, diseñado para captar información sobre fecundidad, preferencias reproductivas, anticoncepción, mortalidad infantil y nupcialidad de las mujeres en edad reproductiva y residentes habituales de la vivienda.

La información de interés para este trabajo proviene de ambos módulos de la encuesta. Del cuestionario del hogar se obtienen las características sociodemográficas de las mujeres en edad reproductiva como: edad, escolaridad, condición de habla de lengua indígena y tamaño de localidad de residencia habitual. Por otra parte, de la sección de anticoncepción del cuestionario de la mujer se obtiene la información sobre la práctica anticonceptiva: tipo de método utilizado, lugar de obtención, fechas de inicio y de fin de uso del anticonceptivo, número de hijos al momento del inicio del uso del anticonceptivo. En esta misma sección se capta la falla anticonceptiva, por medio de la pregunta que indaga si la mujer se embarazó mientras usaba el método anticonceptivo en cuestión. Finalmente, la información sobre la situación conyugal de las mujeres se obtiene de la sección de nupcialidad del cuestionario de la mujer.

El tamaño total de muestra de la población de interés para esta tesis, que son las usuarias entre 12 y 44 años de edad que iniciaron el uso de su método en el periodo 1989-1997 fue de 20,360, mientras que para el lapso de tiempo entre 2001-2009 fue de 22,184 mujeres.

3.2. Operacionalización de variables

En esta sección se explicarán los criterios seguidos en la construcción tanto de la variable dependiente como de las variables explicativas, así como la operacionalización de los conceptos claves necesarios para cumplir con los objetivos planteados en este trabajo, referentes al análisis de los cambios en falla anticonceptiva entre los periodos 1989-1997 y 2001-2009.

Como primer punto, cabe mencionar que para efectos de esta tesis se analiza únicamente la falla del primer método anticonceptivo. Se piensa que la experiencia que se adquiere con el uso repetido de los métodos puede propiciar un uso más efectivo de éstos,

de modo que la falla anticonceptiva podría diferir según el orden de uso del método anticonceptivo. Al respecto, Garrison (1984) señala que las tasas de falla del primer método anticonceptivo son las más altas de entre todos los demás usos. De acuerdo a lo anterior, y tomando en cuenta que en la ENADID no se recaba toda la historia anticonceptiva de las mujeres, se podría introducir un sesgo en caso de que estas historias estuvieran más cargadas hacia algún orden de uso de los métodos. Por tales motivos, para tener una visión más clara del fenómeno en estudio se decidió analizar únicamente la falla del primer método anticonceptivo.

Una vez explicado lo anterior, es necesario establecer que la variable dependiente de este estudio es la falla anticonceptiva a través del tiempo (medido en meses de uso), que como ya se definió en el capítulo previo, se refiere a la ocurrencia de un embarazo no intencional mientras se usa un método anticonceptivo. Para identificar la ocurrencia de este hecho se considera la pregunta de si la mujer se embarazó mientras usaba su primer método, y las preguntas de inicio y fin de uso de éste para contabilizar el tiempo durante el cual la mujer utilizó el anticonceptivo antes de una falla.

Ya que en este trabajo se desean analizar los cambios en la la falla anticonceptiva ocurridos desde el comienzo del deterioro de los programas de planificación familiar que comenzó en la década de los 90 durante el gobierno federal priísta, con la descentralización de la planificación familiar y con la incorporación de ésta a la salud reproductiva, y que se intensificó durante los dos últimos sexenios panistas del gobierno federal, se tomarán en cuenta dos lapsos de tiempo que permiten analizar el efecto de estos hechos sobre la falla. Uno al final del último gobierno federal priísta, de 1989-1997 con la ENADID 1997, y el otro durante el gobierno federal panista, de 2001-2009 con la ENADID 2009.

Para la construcción de los periodos anteriores se tomó en cuenta lo siguiente. Debido a que las encuestas son retrospectivas, entonces para ambas se consideran periodos de observación que comienzan exactamente ocho años antes al fin del levantamiento de la encuesta. De este modo, la ENADID 1997 terminó de levantarse en diciembre, entonces se considera el periodo: 12/1989 a 12/1997; por su parte, el levantamiento de la ENADID 2009 terminó en julio, entonces se toma en cuenta el lapso: 07/2001 a 07/2009.

En estos lapsos de tiempo de ocho años se analiza a las mujeres que comienzan el uso de su primer método y se identifican los eventos que ocurren hasta los 24 meses de uso¹. De esta forma, dentro de estos 24 meses de observación, puede ocurrir la falla del método, en cuyo caso se observa el evento de interés, o bien en este lapso de tiempo la mujer puede discontinuar el uso del método, ya sea por que decidió cambiar a otro, o simplemente por abandono, otra posibilidad es que el periodo de observación acabe sin que ocurra la falla. En estas tres últimas situaciones las observaciones se censuran; es decir, aunque no ocurre

¹Se consideran 24 meses de uso ya que un análisis previo de los datos señala que en este intervalo de tiempo ya han ocurrido el 70% de las fallas, y que después de este periodo las estimaciones presentan muchas fluctuaciones por la ocurrencia de pocos eventos

el evento (la falla), sí se contabiliza el tiempo aportado por cada una de las mujeres hasta que desaparecen de la observación (en caso de discontinuación) o cuando ésta termina (en caso de no ocurrir el evento en el tiempo planteado) (ver Figura 3.1).

Figura 3.1. Diagrama del seguimiento a las observaciones en los periodos 1989-1997 y 2001-2009



De acuerdo a estos criterios la falla se operacionaliza como una variable dicotómica que tomará el valor “1” en caso de que ésta ocurra durante los 24 meses de observación, y “0” si no ocurrió en este periodo, o si la mujer discontinuó su método.

En este trabajo se pretende explicar la falla anticonceptiva a partir de factores como el tipo de método anticonceptivo usado, las características sociodemográficas de las usuarias y el lugar de obtención del método. De acuerdo a esto, en los análisis tanto descriptivos como multivariados se incluirán las variables explicativas que se muestran en el Cuadro 3.1 con el fin de verificar la validez de las hipótesis planteadas. La operacionalización de dichas variables se describe a continuación.

Los métodos se categorizan de acuerdo a su frecuencia de uso, de la siguiente manera: pastillas, dispositivo intrauterino (en adelante DIU), condones masculinos, inyecciones, métodos tradicionales (ritmo y retiro) y otros métodos (implantes, óvulos, jaleas o espumas, condón femenino, parches y píldora del día siguiente²). La vasectomía y la OTB se excluyen tanto de las estimaciones de tabla de vida como de los modelos multivariados, al igual que ocurre en los demás estudios sobre falla anticonceptiva, debido a su bajo riesgo de falla.

Se incluye un grupo de variables demográficas sugeridas por la teoría como importantes en la explicación de la falla. En primera instancia, la edad está referida al momento del inicio del uso del método y se categoriza en los siguientes grupos: 12-19, 20-24, 25-29, 30-44 años. Aunque la encuesta entrevista a mujeres de 15 a 54 años, al tratarse de información retrospectiva, existen mujeres que declaran haber comenzado la anticoncepción a los 12

²En la ENADID 1997 aún no aparece el uso de parche, condón femenino y píldora del día siguiente.

Cuadro 3.1: Variables para el análisis de la falla en el uso de métodos anticonceptivos

| Variables |
|--|
| Dependiente |
| Falla en el uso del método |
| Ocurrió la falla en el tiempo de observación |
| No ocurrió la falla |
| Explicativas |
| Método |
| DIU (referencia) |
| Condón masculino |
| Pastillas |
| Inyecciones |
| Otros métodos |
| Métodos tradicionales |
| Edad |
| 15-19 |
| 20-24 |
| 25-29 |
| 30 o más (referencia) |
| Número de hijos nacidos vivos |
| 0 hijos nacidos vivos |
| 1 hijo nacidos vivos |
| 2 hijo nacidos vivos |
| 3 o más (referencia) |
| Situación conyugal |
| Solteras |
| Alguna vez unidas (referencia) |
| Localidad de residencia |
| Urbana (referencia) |
| Rural |
| Condición de habla de lengua indígena |
| No hablante (referencia) |
| Habla |
| Escolaridad |
| Algún grado de secundaria o menos (referencia) |
| Algún grado de bachillerato o más |
| Asistencia escolar |
| No asiste (referencia) |
| Asiste |
| Lugar de obtención |
| IMSS (referencia) |
| SSA |
| ISSSTE |
| Farmacias |
| Servicio médico particular |

años, por lo cual se fijó este límite inferior. Del mismo modo, el límite superior de la edad se fijó con base en un análisis previo de los datos, que señala que la proporción de mujeres que inician la anticoncepción después de los 44 años es despreciable (menos del 1 %).

Por su parte, el número de hijos nacidos vivos al momento del inicio del uso del método es una variable categórica, que se considera de la siguiente manera: 0 hijos, 1 hijos, 2 hijos, 3 hijos o más. Finalmente, la situación conyugal se incluye como: solteras y alguna vez unidas (mujeres casadas, unidas, viudas, divorciadas o separadas). Esta variables se construyó al momento del inicio del método, a partir de la fecha de matrimonio y la fecha de inicio de uso del primer método. De modo que, si la fecha del primer matrimonio o unión es menor que la de inicio de uso de método, entonces las mujeres se clasifican como alguna vez unidas; si por el contrario, declararon que son solteras al momento de la entrevista, entonces lo eran al momento del fin del uso.

La información sobre escolaridad está referida al momento de la entrevista, ya que no es posible obtenerla de forma indirecta al momento del inicio del uso, y se operacionaliza de acuerdo a lo siguiente: algún grado de secundaria o menos, algún grado de bachillerato o más. Se incluye la variable de asistencia escolar para controlar el efecto de las mujeres que tienen un nivel bajo de escolaridad debido a que por su edad aún se encuentran cursando estudios.

El tamaño de localidad de residencia se refiere al lugar en el que vivían las usuarias al momento de la encuesta; si embargo, se considera que la variación en el lugar de residencia es mínima. Se analiza como: rural (menos de 2,500 habitantes) y urbana (de 2,500 y más).

Finalmente, la variable de lugar de obtención del método anticonceptivo que permite diferenciar la calidad de los servicios de salud reproductiva entre distintas instituciones, se categoriza de la siguiente manera: IMSS, SSA, Farmacia, ISSSTE, Servicio médico privado (hospital o clínica privada y partera).

3.3. Evaluación, limitaciones y ajuste de los datos

La información que proporcionan las encuestas debe ser analizada previamente a su uso, con el fin de identificar posibles problemas de calidad en los datos que puedan afectar los análisis llevados a cabo con éstos. Aunque para la ENADID no se ha realizado una evaluación específica sobre las historias anticonceptivas, en otras encuestas con características similares como la serie de las DHS's en el mundo, la National Survey of Family Growth (NSFG) en Estados Unidos y la ENFES en México, se ha encontrado que al tratarse de encuestas de tipo retrospectivo en las que la información que se recolecta se refiere a la práctica anticonceptiva pasada, se presenta declaración de datos inexactos, debido al olvido o a la apreciación propia de las entrevistadas (Aparicio, 1982; Garrison, 1984; Trussell, 2009).

Uno de las principales problemas asociados con la calidad de la información de la

ENADID, se vincula justamente con el hecho de que el reporte retrospectivo del uso de métodos anticonceptivos y de su falla se basa en la habilidad de las mujeres entrevistadas para recordar en forma precisa los eventos, lo que tiene como consecuencia la omisión o la declaración incompleta de las fechas asociadas al evento en estudio a causa del olvido.

De esta forma, en la ENADID 1997 se encuentra que el número total de mujeres que ya han usado un primer método anticonceptivo es de 50,868; sin embargo, en este conjunto de usuarias se observa que un 5.7% (2,921 casos) de ellas no especificó el tiempo de uso del método anticonceptivo; es decir, no proporcionaron la fecha de inicio, de fin de uso, o ambas. Para el caso de la ENADID 2009, el volumen es mucho mayor, ya que de las 65,207 mujeres alguna vez usuarias de anticoncepción, 14.1% (9,171 casos) de ellas no declaró el tiempo de uso de su método.

Como se observa, la ENADID 1997 muestra un porcentaje aceptable de no especificado en las fechas de uso de la anticoncepción, además de acuerdo a las pruebas estadísticas realizadas los datos faltantes son aleatorios por lo cual para esta encuesta se puede ignorar el no especificado. Sin embargo, las omisiones identificadas en 2009 no presentan aleatoriedad; además, por su volumen representan un problema para esta investigación, principalmente por dos motivos. Por un lado, las usuarias que no cuentan con fecha de inicio del uso quedarían omitidas de la muestra al restringir el análisis a aquellas mujeres que comenzaron el uso entre los periodos 1989-1997 y 2001-2009. De igual forma, las mujeres que declaran tiempo de inicio, y por tanto son consideradas en la muestra correspondiente al periodo de observación, pero que no declararon fecha de fin del método (6.25%) tampoco serían considerarían en el análisis por no contar con tiempo de uso del método.

Se piensa que el volumen total de mujeres que podrían ser omitidas al restringir la muestra a los periodos de observación es bajo, pues al considerar los ocho años más recientes al levantamiento de la encuesta se espera que el efecto del olvido sea menor, y que por tanto, los tiempos de usos no especificados correspondan a años más alejados de la encuesta. Sin embargo, al no poder establecer la magnitud de la omisión de mujeres con tiempo de uso no especificado en el periodo de análisis 2001-2009, y tomando en cuenta que el análisis de las observaciones faltantes no indica aleatoriedad de éstas, con el fin de contar con una base de datos más robusta, se decidió imputar estas fechas por medio de la historia de embarazos de la encuesta.

Los criterios que se aplicaron para esta imputación son los siguientes. A aquellas mujeres que no especificaron fechas de inicio del método se les imputó la fecha de nacimiento del número de hijo que tenían cuando comenzaron a usar su primer método, asumiendo que el uso del método empezó de forma simultánea al nacimiento del hijo en cuestión. Para las mujeres que no especificaron fecha de fin, se tomó la fecha de nacimiento menos nueve meses, del hijo siguiente a aquél que ya tenían cuando comenzaron a utilizar el método, asumiendo también que terminaron el uso del método en el momento en que se

embarazaron. Para aquéllas mujeres sin hijos al momento de volverse usuarias del método y que no tenían fecha de fin se les imputó la fecha nacimiento del primer hijo (cuando éstas lo llegaron a tener). Después del procedimiento de imputación antes mencionado, para la encuesta 2009 el número de datos faltantes en las fechas de uso disminuyó del 14.1 % registrado a 2.2 %. En la Gráfica 4.10 del Anexo I se observan los tiempos de uso obtenidos de la ENADID 2009, antes y después de imputación. Se aprecia que se recupera un número importante de casos (84 % de los datos faltantes) y que la imputación realizada respeta el volumen y la tendencia de los tiempos de duración.

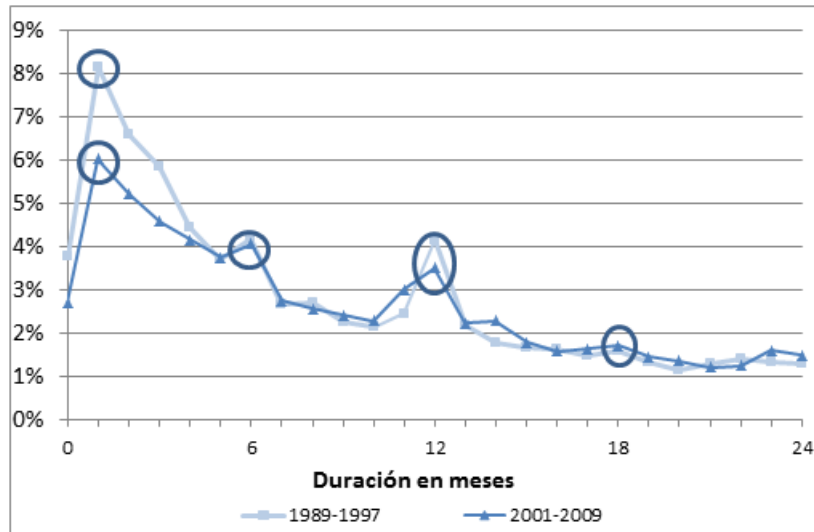
De esta forma, al establecer los periodos de análisis, eliminar las observaciones de mujeres mayores a 44 años, y de las que se habían realizado la OTB o cuyas parejas de éstas se hicieron la vasectomía, así como los casos de las variables explicativas con información no especificada (cuyo porcentaje de manera individual nunca superó el 1 % de la muestra en ambas encuestas), el tamaño total de la muestra de las usuarias entre 12 y 44 años de edad que iniciaron el uso de su método en el periodo 1989-1997 fue de 20,360, mientras que para el periodo 2001-2009 fue de 22,184.

Otro de los problemas más comunes derivados de la recolección de la información en forma retrospectiva es la preferencia digital, la cual ocurre debido a que las entrevistadas no recuerdan de manera precisa las duraciones de uso de sus métodos anticonceptivos, lo que ocasiona que proporcionen de forma inexacta esta información, y que en algunos casos al hacerlo se inclinen por ciertas duraciones, lo cual puede convertirse en una fuente potencial de sesgo en los datos, dependiendo de la proporción de información que presente esta característica.

En la Gráfica 3.1 se observan las distribuciones de las duraciones de uso para los periodos 1989-1997 y 2001-2009. Cuando no existe acumulación se espera que la distribución de uso disminuya suavemente en el tiempo; sin embargo, en el mes uno de ambos periodos se identifica el porcentaje más alto de duraciones, lo cual no se sabe a ciencia cierta si en efecto, a una proporción muy alta de mujeres les ocurre la falla en este mes, o es resultado de una marcada preferencia digital. Se aprecia también que existe acumulación a los seis meses, así como al primer y segundo año de uso en ambas encuestas, mientras que la acumulación al año y medio es muy baja.

Otro de los problemas que se ha observado en la declaración de la información, es que a pesar de los mecanismos que establecen las encuestas para evitarlo, es posible que los embarazos no intencionales que culminaron en un aborto inducido sean subreportados por las mujeres, lo cual podría llegar a subestimar las tasas de falla (Jejeebhoy, 1991). Sin embargo, algunos autores que han tratado de corregir este problema encontraron que la omisión de abortos no es substancial (Grady, *et al.*, 1986; Jones y Forrest, 1992). Del mismo modo, puede existir una subestimación de las fallas anticonceptivas debido a que con el tiempo ocurre un cambio de apreciación en las mujeres sobre los embarazos no intencionales; así, los embarazos que en su momento fueron no intencionales, al momento

Gráfica 3.1: México. Distribución de las duraciones de uso del primer método anticonceptivo según distintos periodos de inicio de la anticoncepción



Fuente: Estimaciones propias con base en la ENADID 2009.

de la entrevista pueden declararse como embarazos deseados, no obstante se espera que este efecto tampoco sea significativo en las tasas de falla.

Finalmente, es importante tomar en cuenta que las tasas de falla que se estimarán en este trabajo al clasificarse por tipo de método anticonceptivo sólo están tomando en cuenta el método más efectivo que la mujer declaró en la entrevista; sin embargo, la mujer puede estar haciendo uso de uno o más métodos de forma simultánea, lo cual puede sobrestimar la efectividad de algunos métodos que pueden llegarse a usar de forma simultánea como el DIU, las pastillas, las inyecciones, etc. en combinación con condones u otro tipo de métodos.

3.4. Métodos estadísticos de análisis

3.4.1. Análisis descriptivo

Como un primer ejercicio descriptivo se presenta un breve análisis de la composición sociodemográfica y de la estructura anticonceptiva del uso del primer método, ejercicio que tiene como fin advertir algunos de los posibles efectos de esta composición sobre la falla anticonceptiva. Ya que se pretende dar un panorama general del uso del primer método anticonceptivo en México, en este análisis se incluye el uso de la vasectomía y la OTB. Para este ejercicio, se usa la muestra expandida de mujeres que comenzaron el uso de su primer método en los dos periodos de análisis.

3.4.2. Análisis de sobrevivencia

Tabla de vida

La tabla de vida (también conocida como tabla de mortalidad) es un modelo matemático que puede ser utilizado para diversos fenómenos. Aun cuando fue diseñado con el fin de describir los patrones de mortalidad de una población, su uso se ha extendido a otras ramas de la investigación demográfica como la migración, la fecundidad, la nupcialidad (Aparicio, 1982) y al análisis del uso-efectividad de la anticoncepción (ver Leridon (1977); Potter (1966); Tietze (1962); Tietze (1968); Tietze y Lewit (1968) y Trussell y Menken (1982))

Una de las ventajas de esta técnica es que, a diferencia de las tasas brutas, no refleja los efectos de la estructura por edad de los grupos de análisis, por lo que no se requiere el uso de la estandarización para poder llevar a cabo comparaciones entre distintas poblaciones o regiones geográficas (Aparicio, 1982).

A través de la tabla de vida, se calculan las tasas de falla de uso típico o común, que es una estimación que incluye la falla asociada a la efectividad teórica del método y aquella asociada al usuario (ver la Sección 1 del Capítulo 2). Por su parte, la tasa de efectividad con uso típico, es uno menos la tasa de falla típica. La tasas de efectividad se calcula por medio de la función de sobrevivencia: la proporción de mujeres que no experimentan una falla anticonceptiva por duraciones sucesivas, basándose en la exposición al uso de un método.

De esta forma, sea T una variable no negativa que representa el tiempo en que ocurre la falla de un individuo en una población homogénea. Entonces la función de sobrevivencia $F(T)$ es simplemente la probabilidad de que T sea al menos más grande que un valor t , donde $t > 0$.

$$F(T) = Pr(T \geq t), \quad 0 < t < \infty$$

Donde, $F(t)$ es una función monótona decreciente con $F(0) = 1$.

La probabilidad de la función de densidad, $f(t)$, es la tasa de falla incondicional para el evento estudiado, o la probabilidad que un individuo experimente el evento durante el intervalo de tiempo $t \leq T \leq t + \Delta t$, donde la variable aleatoria es el tiempo.

$$f(t) = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} Pr(t \leq T < t + \Delta t) / \Delta t = -dF(t)/dt,$$

Donde $f(t) \geq 0$ y $F(t) = \int_t^\infty f(s)ds$.

La función de riesgo, $h(t)$, es la probabilidad condicional de que un individuo experimente el evento en el intervalo de tiempo $t \leq T \leq t + \Delta t$, dada una función de sobrevivencia al tiempo t . Esto también es conocido como la tasa instantánea de falla.

$$h(t) = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} Pr(t \geq T < t + \Delta t / T \geq t) / \Delta t = f(t) / F(t)$$

Dada esta metodología y para contar con estimaciones de las tasas de falla que proporcionen un primer acercamiento al fenómeno en estudio, se calculan las tablas de vida por tipo de método y características sociodemográficas y del lugar de obtención del método para los periodos 1989-1997 y 2001-2009. De éstas se obtiene la función de riesgo, por medio de la cual se calculan las tasas de falla acumulada a 12 y 24 meses de duración por tipo de método. Las tasas de falla permiten contrastar la hipótesis de si la falla anticonceptiva aumentó entre los dos periodos de observación.

Modelo de sobrevivencia logístico

Para determinar qué factores sociodemográficos y del lugar de obtención del método anticonceptivo están relacionados con el hecho de tener una falla contraceptiva, se recurrirá a un análisis de sobrevivencia logístico en tiempo discreto, que modele el riesgo de falla por medio de un spline³ a través de los 24 meses de observación, en función de las variables sociodemográficas de interés (ver Cuadro 4.3), para cada uno de los periodos de análisis. Se elige este método porque permite cuantificar y establecer el efecto de los factores asociados a la falla a lo largo del tiempo de observación.

De este modo, para conocer qué métodos anticonceptivos, características sociodemográficas de las mujeres y lugares de obtención del método son determinantes en la ocurrencia de una falla anticonceptiva en cada uno de los periodos y observar si esta composición se ha modificado en el tiempo, se recurre a un conjunto de modelos anidados que permitan medir la importancia del efecto de cada conjunto de variables sobre la falla anticonceptiva. Los modelos son los siguientes y se estiman tanto para el periodo 1989-1997 como 2001-2009:

$$MODELO_1 = \text{logit}(\hat{h}(t_{i,j})) = \alpha_0 + \alpha_1 DUR_{i,0-1} + \alpha_2 DUR_{i,1-24}$$

$$MODELO_2 = \text{logit}(\hat{h}(t_{i,j})) = MODELO_1 + \beta_1 MET$$

$$MODELO_3 = \text{logit}(\hat{h}(t_{i,j})) = MODELO_2 + \beta_2 CDEM$$

$$MODELO_4 = \text{logit}(\hat{h}(t_{i,j})) = MODELO_3 + \beta_3 CSOC$$

³Se eligió un spline después de realizar varias pruebas y observar que es el que mejor ajusta a la forma del riesgo de la falla en los 24 meses de observación.

$$MODELO_5 = \text{logit}(\hat{h}(t_{i,j})) = MODELO_4 + \beta_4 LOBT$$

Donde, la variable dependiente de los modelos es el logit del riesgo de tener una falla anticonceptiva en el momento t , dado que no se tuvo en $t-1$. La expresión $\alpha_0 + \alpha_1 DUR_{i,0-1} + \alpha_2 DUR_{i,1-24}$ representa la forma general del riesgo a través del tiempo de observación, que en este caso es un spline con nodo en el mes uno de uso del método anticonceptivo. El vector MET se refiere a los métodos anticonceptivos en análisis (pastillas, DIU, inyecciones, condones y otros métodos), mientras que el vector $CDEM$ tiene que ver con las características demográficas de las usuarias, el vector $CSOC$ se relaciona con las características sociales; y finalmente, $LOBT$ se refiere a los lugares de obtención de los métodos anticonceptivos.

Con el Modelo 5 estimado para cada periodo de observación, que es el modelo completo pues controla la falla anticonceptiva por todas las variables, se contrasta la hipótesis establecida de que las mujeres jóvenes, solteras o sin hijos tienen un riesgo de falla anticonceptiva mayor que el de sus contrapartes, como consecuencia de que desde sus inicios los programas de salud reproductiva se han enfocado en las mujeres casadas y con hijos. Así como la hipótesis referente a que las mujeres con menor escolaridad, que viven en zonas rurales y que son hablantes de lengua indígena tienen un riesgo mayor de falla debido al rezago histórico que presentan en materia de anticoncepción.

Finalmente, se desea probar si la falla entre los dos periodos de tiempo ha aumentado en los grupos de la población tradicionalmente desatendidos por los programas de salud reproductiva, y si ésto es así de qué medida es su rezago respecto a la población mejor cubierta por éstos, para este fin se hace uso del siguiente modelo:

$$MODELO_5 = \text{logit}(\hat{h}(t_{i,j})) = \alpha_0 + \alpha_1 DUR_{i,0-1} + \alpha_2 DUR_{i,1-24} + \beta_1 MET * PERIODO \\ + \beta_2 CDEM * PERIODO + \beta_3 CSOC * PERIODO + \beta_4 LOBT * PERIODO$$

Donde, $MET * PERIODO$, $CDEM * PERIODO$, $CSOC * PERIODO$ y $LOBT * PERIODO$ es la interacción de cada una de las variables de tipo de método, demográficas, sociales y del lugar de obtención con el periodo de tiempo. Estas interacciones permiten observar el monto y la dirección de los cambios en el tiempo experimentados en cada una de las variables explicativas, de modo que es posible observar en qué grupos de mujeres y con qué magnitud se ha acentuado la falla anticonceptiva entre los dos periodos de observación.

Capítulo 4

La falla en el uso del primer método anticonceptivo y sus cambios en los periodos 1989-1997 y 2001-2009

En este capítulo se presentan los resultados del análisis de la falla en el uso de métodos anticonceptivos en las usuarias¹ de 12 a 44 años de edad y sus posibles cambios en los periodos de observación 1989-1997 y 2001-2009. Dichos periodos permiten observar si la disminución en la calidad de los programas de planificación familiar, identificada entre ambos lapsos de tiempo, ha tenido algún impacto sobre los niveles de falla anticonceptiva en general; o bien, si ha desfavorecido a algunos grupos específicos de la población.

Para lograr estos fines, en la primera sección se presenta un breve análisis de la composición sociodemográfica de las usuarias y de la estructura de uso del primer método anticonceptivo, ejercicio que tiene como fin advertir algunos de los posibles efectos de esta composición sobre la falla anticonceptiva. Posteriormente, como un primer acercamiento al comportamiento de la falla anticonceptiva en ambos periodos de observación, se muestran las tasas de falla acumulada, obtenidas por medio de la técnica de tabla de vida, para los distintos métodos anticonceptivos y grupos de la población en análisis. En la siguiente sección, se presenta el análisis de los modelos estadísticos de sobrevivencia que permiten establecer los posibles cambios en la falla anticonceptiva, así como los grupos sociales que presentan un mayor rezago en el uso efectivo de métodos anticonceptivos entre los dos periodos de análisis.

¹Si bien el uso de métodos anticonceptivos se lleva a cabo tanto por hombres como mujeres, en esta sección se aborda la perspectiva tradicional que se enfoca únicamente en las mujeres, debido a que la ENADID sólo proporciona información sobre la historia anticonceptiva de éstas.

4.1. El uso del primer método anticonceptivo

Como ya se ha revisado previamente, la literatura sobre falla anticonceptiva señala que el tipo de método utilizado en combinación con las características sociodemográficas de las usuarias determinan en gran medida quiénes son más o menos propensas a presentar una falla mientras se lleva a cabo el uso de métodos anticonceptivos para regular la fecundidad. Por tanto, al analizar la falla anticonceptiva es necesario tener en cuenta la composición de la población expuesta al riesgo² de acuerdo a la importancia relativa de los distintos subgrupos poblacionales que la conforman, en conjunto con la estructura anticonceptiva prevaleciente en éstos. De este modo, el análisis de la caracterización de la población usuaria del primer método anticonceptivo en cada periodo de estudio, así como de sus cambios ocurridos en el tiempo, permitirá advertir algunos de sus posibles efectos sobre los niveles de falla anticonceptiva.

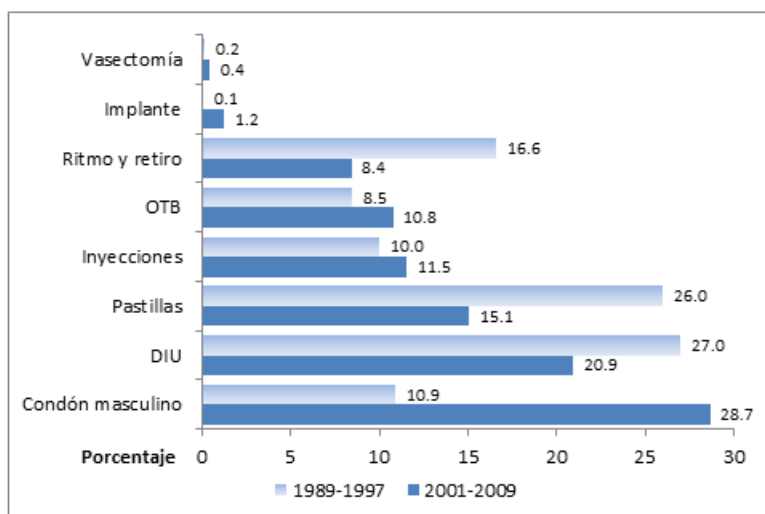
Así, la composición de las usuarias de 12 a 44 años de edad por tipo de método (ver Gráfica 4.1) muestra que en el último periodo el anticonceptivo que tuvo un mayor aumento respecto al periodo anterior es el condón masculino, pasando de 10.9 a 28.7 %, lo que marca una diferencia de 18 puntos porcentuales entre los dos periodos. Del mismo modo, la OTB pasó de 8.5 a 10.8 %, y las inyecciones presentaron un ligero aumento de 1.5 puntos porcentuales, pasando de 10 a 11.5 % entre ambos periodos. La vasectomía y el implante registraron un leve aumento; sin embargo, su uso como primer método no es significativo, ya que sólo representan el 0.4 y 1.2 %, respectivamente, para el periodo 2001-2009. A su vez, los métodos que registraron las mayores disminuciones de uso son las pastillas (26 a 15.1 %), el ritmo y el retiro (de 16.6 a 8.4 %) y el DIU (de 27 a 20.9 %). También se observa la aparición en el periodo 2001-2009 de otros métodos como el parche, la pastilla de emergencia y el condón femenino que representan un porcentaje muy pequeño, no sólo entre las mujeres de primer uso, sino también en el uso general de métodos, como se analizó previamente en la Sección 1.3 del Capítulo 1.

La composición reciente del primer método anticonceptivo podría implicar un aumento en la efectividad, debido al mayor uso métodos más efectivos y que no involucran la acción de la usuaria, como la OTB y el implante; así como por la disminución en gran medida de los métodos menos efectivos, como el ritmo y el retiro. Sin embargo, el alto porcentaje de uso del condón, método con una alta tasa de falla de uso típico, podría propiciar una acentuación de la falla en general, así como en los grupos que usan en mayor medida este método, que como se verá en la siguiente gráfica son los más jóvenes.

La exploración respecto a las usuarias del primer método por edad se realiza por medio de la Gráfica 4.2, en ésta se observa que entre los dos periodos de análisis ha

²En esta sección se incluye a las mujeres que usan OTB y cuyas parejas usan vasectomía para tener el panorama completo del primer uso del método anticonceptivo; sin embargo, en el análisis de la falla anticonceptiva de las siguientes secciones, no se incluye el uso de estos métodos debido a su casi nula tasa de falla.

Gráfica 4.1: México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo según tipo de método y periodo de inicio de la anticoncepción



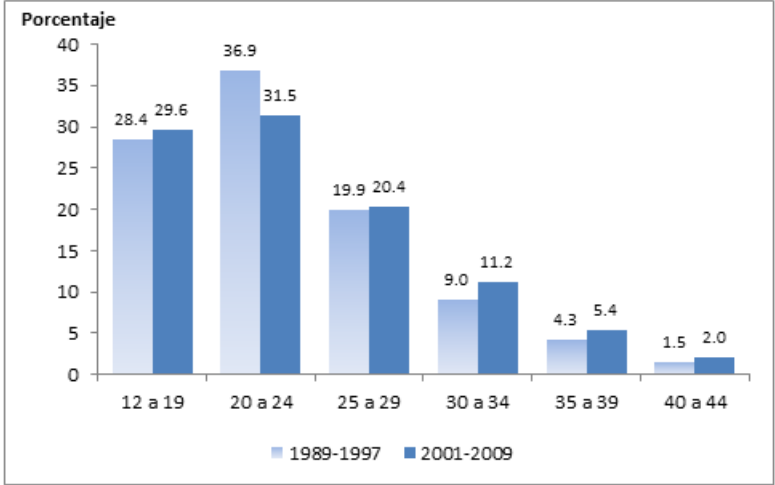
Nota: Los siguientes valores no aparecen por ser imperceptibles en la gráfica: métodos locales (0.61 en 1989-1997 y 0.07% en 2001-2009). La anticoncepción de emergencia, el parche anticonceptivo y el condón femenino cuentan con información para 1997.

Fuente: Estimaciones propias con base en ENADID 1997 y 2009.

habido un ligero aumento en la proporción de mujeres adolescentes (de 12 a 19 años) que comienzan el uso de métodos anticonceptivos, aumentando de 28.4 a 29.6% entre ambos periodos de tiempo. En el siguiente grupo de edad de 20-24 años, se observa una disminución, ya que mientras que en el periodo de 1989-1997 un 37% de mujeres entre 20 y 24 años de edad iniciaban el uso de anticoncepción, para el periodo de 2001-2009 este porcentaje disminuyó a 31.5 por ciento. En el grupo de 25 a 29 años de edad no se observan cambios, mientras que de los 30 años en adelante se muestran aumentos en la proporción de mujeres que inician su vida anticonceptiva, sobre todo en el grupo de 30 a 34 años, en donde se observa el mayor incremento entre los dos periodos, pasando de 9 a 11.2%, respectivamente. Al obtener la edad media al inicio de la anticoncepción para cada periodo, se tiene que durante el lapso de análisis que corresponde a los años 1989-1997 se tenía una edad media de 23.3 años, para el periodo de 2001-2009, la edad media se mantuvo casi constante en 23.7 años.

Para complementar el análisis por edad, en la Gráfica 4.3 se muestra el uso de métodos según la estructura etarea de las usuarias para ambos periodos de estudio. Las gráficas (a) y (b) muestran que prácticamente no existieron cambios en el uso de la OTB entre los dos periodos de análisis, y se observa que este método es usado en mayor medida entre las mujeres mayores de 30 años. Del mismo modo, a la edad de 45 años, alrededor de 40% de las usuarias recurrieron a este método como su primer anticonceptivo. Por su parte, las pastillas, como ya se había explicado, disminuyeron su uso entre 1989-1997 y 2001-2009; sin embargo, las gráficas permiten apreciar que esto ocurrió principalmente

Gráfica 4.2: México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo según edad y periodo de inicio de la anticoncepción

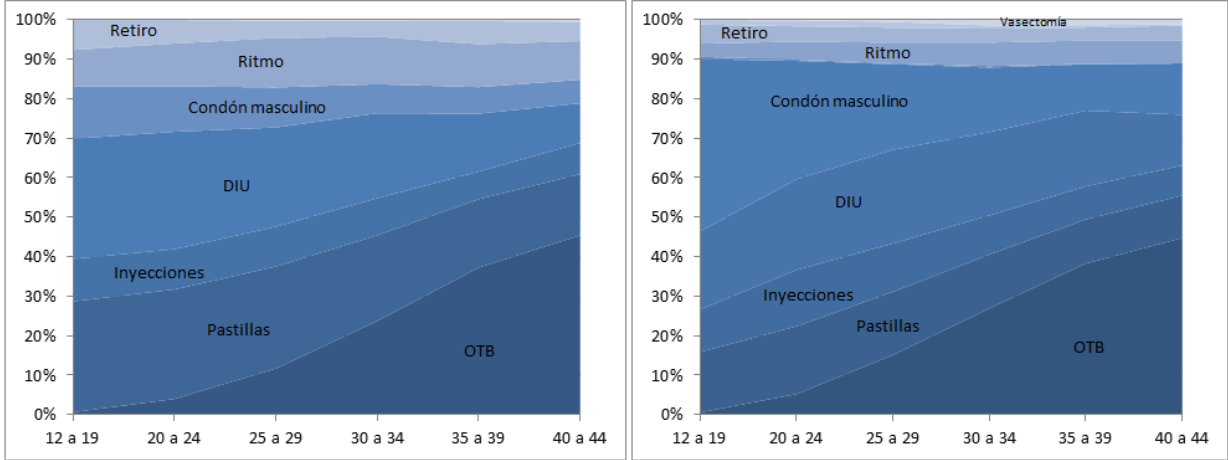


Fuente: Estimaciones propias con base en la ENADID 1997 y 2009.

Gráfica 4.3: México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo por tipo de método según grupo de edad y distintos periodos de inicio de la anticoncepción

(a) 1989-1997

(b) 2001-2009



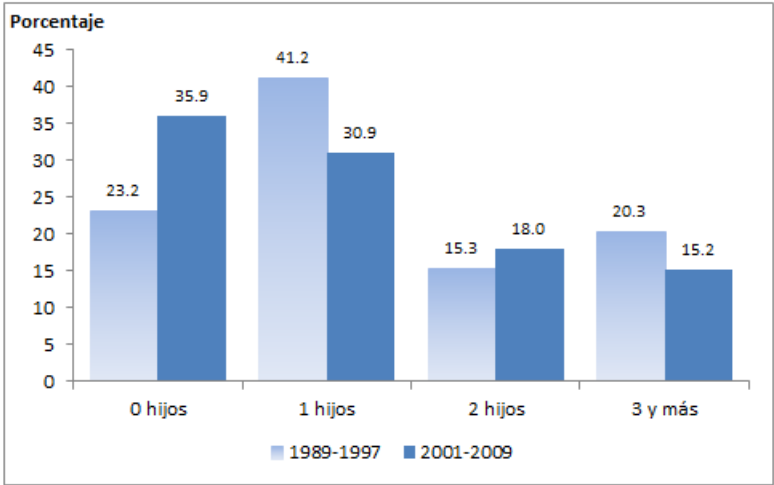
Fuente: Estimaciones propias con base en ENADID 1997 y 2009.

entre las usuarias más jóvenes (menores de 25 años). Esto puede explicarse por un mayor uso de condón masculino entre estos grupos de edad, que desplazó no sólo a las pastillas, sino también al DIU y al ritmo y al retiro, y esto ocurrió principalmente en las edades más jóvenes. Así, de 2001 a 2009 el uso del condón alcanza 43% de prevalencia entre las menores de 19 años y 29% entre los 20 a 24 años, respectivamente. No obstante, entre las mujeres más adultas también se aprecia un marcado aumento por el uso de condón. Por su parte, el uso de inyecciones permanece prácticamente sin cambio en casi todo el rango de edad; no obstante, se observa que el aumento total registrado en el último periodo se

debe principalmente a un ligero incremento entre las mujeres de 20 a 29 años.

En lo referente al número de hijos, el cambio más radical se observa en torno a una mayor planeación del primer nacimiento o postergación de éste en los años más recientes. De este modo, en el primer periodo de observación únicamente 23.2% de las mujeres sin hijos comenzaban el uso del primer método; sin embargo, para el periodo más reciente se identifica un cambio sustancial, ya que este porcentaje aumentó en más de 12 puntos, alcanzando 35.9%, cifra que acumula el mayor porcentaje de iniciación anticonceptiva entre todas las paridades para el último periodo. Como resultado de esto, el 41% de las mujeres que iniciaban el uso de anticoncepción en 1989-1997 después de tener el primer hijo disminuyó en 11 puntos porcentuales, llegando a ser únicamente de 30.9% para 2001-2009 (ver Gráfica 4.4). Por su parte, la iniciación anticonceptiva entre las mujeres que han alcanzado familias de dos hijos aumentó de 15.3 a 18%, mientras que las de tres hijos y más disminuyó en casi cinco puntos, pasando de 20.3 a 15.2%. Ambas tendencias reflejan una preferencia creciente por familias de 2 hijos y una mayor necesidad de limitar los nacimientos una vez alcanzado dicho número de nacimientos.

Gráfica 4.4: México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo según número de hijos nacidos vivos y periodo de inicio de la anticoncepción

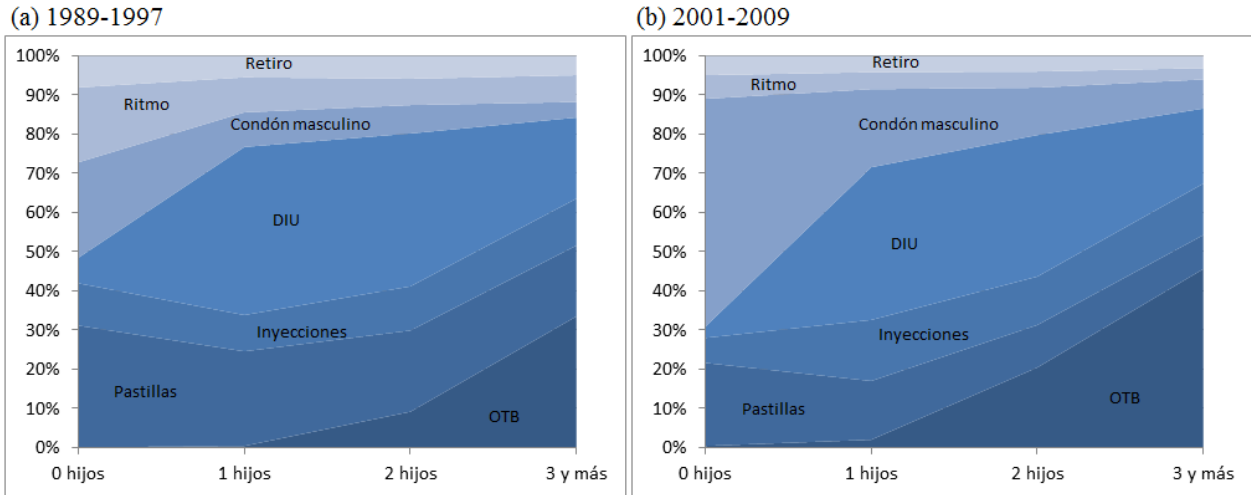


Fuente: Estimaciones propias con base en ENADID 1997 y 2009.

Al comparar el tipo de método usado según el orden de paridad de las mujeres entre los dos periodos (ver Gráfica 4.5), resalta que en años recientes las mujeres sin hijos han tendido hacia un marcado uso del condón, aumentando la proporción de usuarias de este método en más del doble, pasando de 24 a 55% entre el primer y segundo periodo. Así mismo, las mujeres con un hijo nacido vivo presentaron un comportamiento similar, pasando de 8.8 a 19% en el uso de condón. A causa de esto, el DIU y las pastillas disminuyeron de manera importante su participación, principalmente entre las mujeres de cero y un hijos, mientras que en la OTB se identifica un aumento a partir del nacimiento

del primer hijo, siendo el método prevaleciente para las mujeres que tiene 3 hijos o más al momento de su adopción, representando 44.2% de estas usuarias. Esto confirma la necesidad de limitar las familias una vez alcanzados los dos y tres hijos. De esta forma, se observa que las mujeres sin hijos usan en mayor medida métodos temporales como el condón, las pastillas y las inyecciones, que en conjunto representan más del 75% de las usuarias de 12 a 19 años en el último periodo. Conforme la paridad va aumentando, las mujeres tienden hacia el uso de métodos más definitivos y efectivos como el DIU y la OTB que en conjunto acumulan 63% de la prevalencia de las mujeres con 3 hijos o más para el periodo de 2001-2009.

Gráfica 4.5: México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo por tipo de método según número de hijos nacidos vivos y periodo de inicio de la anticoncepción



Fuente: Estimaciones propias con base en ENADID 1997 y 2009.

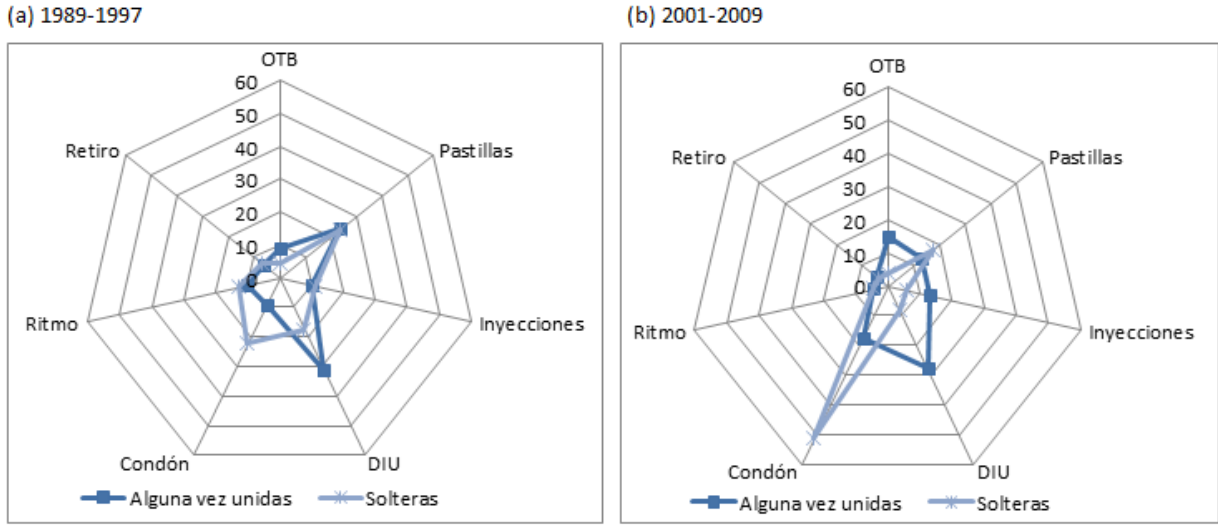
En lo que respecta a la situación conyugal, entre 1989-1997 el 83.9% de las usuarias del primer método ya habían estado algunas vez unidas (casadas, unidas, divorciadas o viudas), mientras que únicamente el 16.1% eran mujeres solteras. En el periodo 2001-2009 se observan cambios importantes en esta distribución, pues el porcentaje de mujeres algunas vez unidas que iniciaron el uso de la anticoncepción disminuyó a 66.8% y el de solteras aumento en un poco más del doble a 33.2%. Estas cifras hablan de una cada vez mayor apertura de las mujeres solteras hacia el uso de anticoncepción.

En la Gráfica 4.6 se observa la distribución porcentual de los métodos anticonceptivos más usados entre las mujeres solteras y las alguna vez unidas para los dos periodos de observación. De esta forma, entre las mujeres alguna vez unidas el cambio más importante se manifiesta en el aumento del uso del condón, pasando de 9.1 a 17.4%, seguido del incremento en la OTB de 8.8% a 14.9% y de las inyecciones de 10.2 a 13.2%. Del mismo modo, entre estas mujeres se observa una disminución importante en la prevalencia de pastillas (de 23.9% a 13.4%), de métodos tradicionales (de 15.8 a 8.7%) y del DIU

en menor medida (de 31.1 % a 27.9 %). A su vez, las parejas de las mujeres solteras han aumentado extraordinariamente el uso del condón en 29 puntos porcentuales, evolucionando de 22.2 a 51.3 % de cobertura, lo que propició una disminución en casi todos los demás métodos, principalmente en el DIU (de 17.5 a 8.3 %) y en los métodos tradicionales (de 19.5 a 8 %), mientras que la OTB se mantuvo prácticamente constante entre los dos periodos en alrededor de 4 %.

En síntesis, para el periodo 2001-2010 entre las usuarias solteras se observa una tendencia totalmente marcada por la evolución hacia el uso del condón y de pastillas, que en conjunto representan el 68.7 % de prevalencia, y marcan la preferencia de este grupo por métodos temporales y con una potencial mayor tasa de falla de uso común. A su vez, para este mismo último periodo, entre las mujeres unidas existe un mayor uso de métodos más permanentes y efectivos como el DIU y la OTB, que en conjunto acumulan 42.8 % del total de usuarias de primer método, aunque debe resaltarse también que prevalece un alto porcentaje (30.1 %) de mujeres alguna vez unidas que utiliza el condón y las inyecciones, métodos con un mayor potencial de falla de uso común.

Gráfica 4.6: México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo por tipo de método según situación conyugal y periodo de inicio de la anticoncepción



Fuente: Estimaciones propias con base en ENADID 1997 y 2009.

La localidad de residencia de las usuarias determina en gran medida el acceso a los métodos anticonceptivos. Esta composición se ha modificado entre 1989-1997 y 2001-2009, tendiendo a una disminución de las usuarias rurales. Así, en el primer periodo 78.0 % de las usuarias del primer método eran urbanas, mientras que sólo 22 % habitaban en localidades rurales, para el último periodo el porcentaje de usuarias urbanas aumentó a 80.6 % y el de rurales disminuyó a 19.4 %.

La estructura por tipo de método muestra que en 1989-1997 no existía gran diferencia entre las mujeres rurales y urbanas, excepto porque las urbanas se distinguían por un mayor uso de condones masculinos (12.4 vs 7% de las rurales) y un menor uso de OTB (10.2 vs 15.3% de las rurales). Sin embargo, para 2001-2009 al igual que en otros grupos, hay un aumento radical en el uso del condón entre las parejas de las usuarias urbanas y rurales (31.1% y 18.3%, respectivamente), pero este aumento es particularmente notorio entre las urbanas, pues la brecha en el uso de este método entre ambos grupos se elevó a 12.8 puntos porcentuales, respecto a los 5.4 puntos de diferencia existentes en el periodo de 1989-1997.

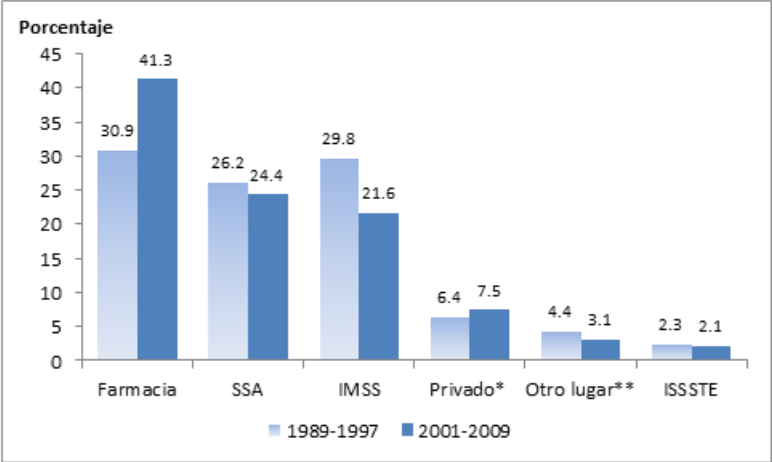
Por su parte, las mujeres rurales en el último periodo aumentaron la adopción de métodos como las inyecciones (de 9.9 a 16.7%) y la OTB (de 10.2 a 15.3%), acompañado de una ligera disminución del DIU (de 28.8 a 26.4%). Esto muestra que las usuarias rurales hacen uso de métodos más permanentes (y por tanto con menores probabilidades de falla) pues evita que tengan que desplazarse frecuentemente para conseguirlos, además de que posiblemente sean los métodos que están más disponibles en sus comunidades. Un hecho no esperado, es que en ambos periodos las mujeres rurales usan en menor medida anticonceptivos tradicionales que las mujeres urbanas, 8.7 contra 7.5% en el último periodo, y este porcentaje disminuyó considerablemente respecto a 1989-1997.

De acuerdo la condición de habla indígena, en el periodo de observación 1989-1997, 93.8% de las usuarias no hablaban lengua indígena, mientras que 6.2% eran hablantes. Para los años más recientes esta composición se modificó, ya que 95.3% de las mujeres usuarias del primer método son no hablantes y únicamente 4.7% se autoadscriben como hablantes. La mezcla de métodos usada por estos subgrupos poblacionales es muy similar a la que presentan las usuarias por tipo de localidad de residencia en ambos periodos; es decir, la prevalencia de métodos para las mujeres rurales es prácticamente la misma que para las usuarias indígenas y por tanto la de las urbanas es muy consistente con la de las no hablantes.

Finalmente, respecto al lugar de obtención del primer método anticonceptivo, se aprecia que entre 2001-2009 alrededor de 41.3% de los métodos se consiguieron en las farmacias, y que este hecho ha aumentado en los últimos años, ya que entre 1989-1997 dicho porcentaje ascendía a 30.9%. Le sigue en importancia como lugar de obtención la SSA con 24.4% y el IMSS con 21.6%. A su vez, el servicio privado, el ISSSTE, así como otro lugar de obtención, representan en conjunto menos 13%. Esta distribución muestra que los programas de planificación familiar no están cumpliendo en otorgar a los usuarios los métodos de acuerdo a sus necesidades y preferencias como el mismo PSSRA³ 2007-2012 y autores como Lerner y Szasz (2003) lo señalan, lo cual ha provocado que en el último periodo aumentara el porcentaje de usuarias que consiguen sus métodos en las farmacias y en lugares privados.

³Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

Gráfica 4.7: México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo según lugar de obtención y periodo de inicio de la anticoncepción



* Consultorio, clínica u hospital privado o partera.

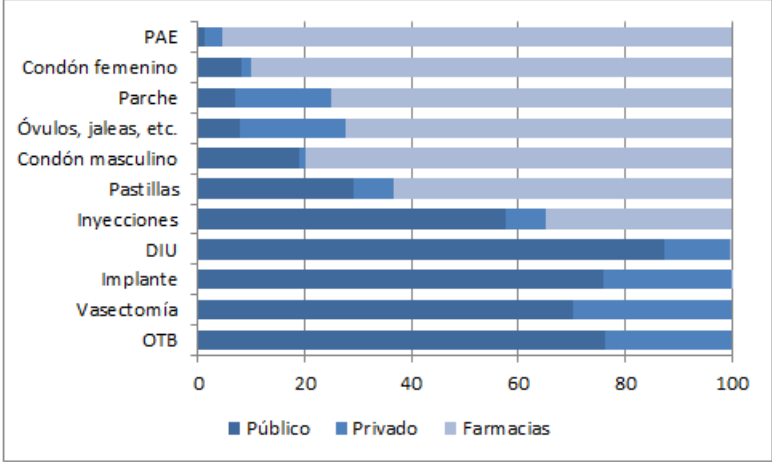
**Otro servicio público y otro lugar.

Fuente: Estimaciones propias con base en ENADID 1997 y 2009.

Al analizar la Gráfica 4.8 referente a la distribución de métodos por lugar de obtención, se observa que el aumento en farmacias se debe principalmente al incremento en el uso de condones y a una poca oferta por parte de los servicios públicos de éste y otros métodos, ya que entre 2001 y 2009 cerca de un 80 % de los preservativos se consiguió en las farmacias; sin embargo, desde el periodo anterior (1989-1997) ya un 70 % se conseguía en este establecimiento. En la misma situación se encuentran la PAE, el condón femenino, el parche, los métodos locales y las pastillas. Esto habla de una oferta reducida por parte del sector público de los métodos más utilizados por las mujeres jóvenes, solteras y con pocos o ningún hijo, cuestión que prevalece desde el inicio de los programas de planificación familiar. Mientras que la OTB, la vasectomía, las inyecciones, el DIU y el implante son los métodos mayormente ofertados por el sector público.

El análisis anterior conduce a la conclusión de que tanto la conformación de acuerdo a distintas características sociodemográficas de las usuarias del primer método anticonceptivo, como de la mezcla de métodos usados por éstas, sufrió cambios importantes entre los dos periodos de análisis. Entre los resultados más importantes se encuentra un marcado aumento en el uso del condón entre las mujeres más jóvenes y en particular adolescentes, solteras o sin hijos y sus parejas. Además, se identifica que un alto porcentaje de condones como de otros métodos (parches, pastillas, condones femeninos, etc.) usados en mayor cantidad por esta mismas usuarias se obtienen en las farmacias, lo que corrobora lo que el mismo PSSRA 2007-2012 señala, que si bien en la actualidad existen servicios públicos de salud que buscan cubrir las necesidades de los adolescentes, es importante reconocer que los jóvenes no acuden a estos servicios a demandar métodos anticonceptivos, quedando desprotegidos otros aspectos de la salud sexual y reproductiva que la consejería de estos

Gráfica 4.8: México. Distribución porcentual de las usuarias de 12 a 44 años de edad del primer método anticonceptivo por tipo de método según lugar de obtención, 2001-2009



Fuente: Estimaciones propias con base en ENADID 2009.

programas podría otorgarles, como la orientación necesaria para el uso adecuado de los anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Entre las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios públicos que el PSSRA 2007-20012 identifica están: barreras institucionales a través de excesivos trámites administrativos para obtener los métodos deseados, desconocimiento de los fundamentos legales para otorgar atención en salud sexual a los adolescentes, horarios incompatibles a sus necesidades, infraestructura inadecuada para proporcionar estos servicios con privacidad, confidencialidad y calidez, desconfianza en los servicios institucionales por parte de los adolescentes al sentirse juzgados y desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos. Lo anterior, pone de manifiesto que estas situaciones podrían estar incidiendo en la falla anticonceptiva, al no contar los adolescentes con la información necesaria sobre el uso correcto y consistente de los métodos.

Del mismo modo, las contrapartes de estas mujeres, las usuarias adultas, con más de dos hijos o algunas vez unidas utilizan métodos más efectivos y permanentes como la OTB, el DIU, y las inyecciones, aunque se observa también una alta prevalencia de condón masculino. Es probable que estas mujeres cuenten con mayor información sobre el uso adecuado de los métodos elegidos al haberse enfocado históricamente los programas de planificación familiar en ellas.

Una vez presentadas las características sociodemográficas de las usuarias y la estructura del primer método anticonceptivo en los periodos de interés, en la siguiente sección se presenta el análisis de las tasas de falla anticonceptiva.

4.2. Análisis de las tasas de falla del primer método anticonceptivo

Como un esbozo general de lo ocurrido en los niveles y tendencias de la falla anticonceptiva en los últimos años, a continuación se presenta un breve análisis descriptivo, basado en la tabla de vida, de las tasas de falla acumulada para las distintas características sociodemográficas de las usuarias en los periodos de interés.

En el Cuadro 4.1 se muestran las tasas de falla totales del primer método anticonceptivo para 12 y 24 meses de uso según distintos periodos de iniciación de la anticoncepción. En dicho cuadro se observan la tasa estimada por Aparicio (1993) para el periodo 1974-1979 con base en la ENP realizada en 1979, y la del periodo 1982-1987 referente a la ENFES 1987⁴, así como las estimaciones propias para los periodos 1989-1997 y 2001-2009 con base en la ENADID 1997 y 2009.

Cuadro 4.1: México. Tasas de falla del primer método anticonceptivo por meses de uso según periodo de iniciación de la anticoncepción (x 100 usuarias)

| Meses de uso | Periodo de inicio de la anticoncepción | | | |
|--------------|--|-----------|-----------|-----------|
| | 1974-1979 | 1982-1987 | 1989-1997 | 2001-2009 |
| 12 meses | 3.0 | 5.9 | 8.7 | 6.1 |
| 24 meses | | | 13.7 | 9.7 |

Fuente: 1974-1979 y 1982-1987, estimaciones de Aparicio (1993) con base en la ENP y ENFES, respectivamente. 1989-1997 y 2001-2009, estimaciones propias con base en la ENADID 1997 y 2009.

Al observar las tasas de falla anticonceptiva a 12 meses de uso en el periodo de 1974-1979 que se refiere a los inicios de los programas de planificación familiar, éstas eran muy bajas, pues solamente 3 de cada 100 usuarias tenían un embarazo no intencional. Sin embargo, resalta que en el periodo 1982-1987 la tasa aumentó al doble, registrando un valor de casi 6 fallas por cada 100, mientras que poco más de 10 años después entre 1989 y 1997 la tasa había aumentado a 8.7 fallas por cada 100 usuarias, lo que representa un incremento de aproximadamente 2.8 puntos entre estos dos últimos periodos. Contrario a lo que se hipotetizó, sobre que las tasas de falla hubieran aumentado en los últimos años (de 2001 a 2009) debido al descuido de los programas de salud reproductiva, la tasa disminuyó en más de dos puntos, de modo que su valor para este periodo es de 6.1 fallas por cada 100 usuarias.

⁴Estas tasas de falla son totalmente comparables con las estimadas en esta tesis, ya que tanto las ENP como la ENFES son las predecesoras de la ENADID, por lo cual su diseño muestral como conceptual permite su comparación en el tiempo. Además, las tasas de la ENFES y la ENP estimadas por Aparicio (1993) se refieren también exclusivamente al uso del primer método anticonceptivo.

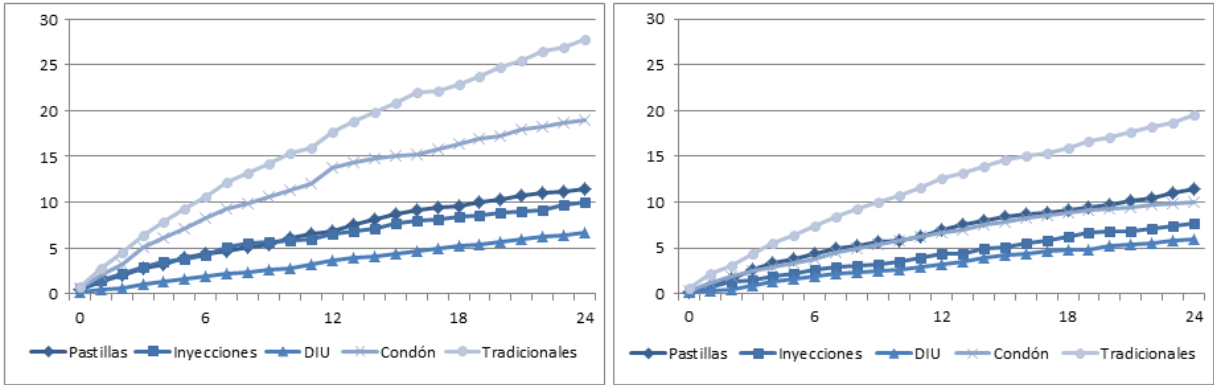
Estas cifras muestran que el verdadero aumento en las tasas de falla se presentó durante los años ochenta y noventa, alcanzando la cifra máxima justamente en el periodo de 1989-1997, lapso de tiempo en el cual ocurrió la descentralización de la planificación familiar en 1991, así como la disminución del presupuesto para este rubro debido al surgimiento de otras prioridades en salud reproductiva como la prevención y atención del cáncer de mama y cérvico-uterino, así como del VIH en 1994, hechos a los que posiblemente se pueda atribuir el aumento registrado. Del mismo modo, a pesar del reciente descuido en los programas de planificación familiar entre 2001 y 2009, se observa que ha ocurrido un importante descenso en la tasa de falla anticonceptiva.

En la Gráfica 4.9 se muestran las tasas de falla acumulada para cada método anticonceptivo hasta los 24 meses de uso en los dos periodos de observación. En estas gráficas se pueden apreciar de manera general los cambios ocurridos en el tiempo y el orden de efectividad de los métodos. Como primer punto, se aprecia una amplia disminución en los métodos tradicionales y el condón masculino, mientras que las inyecciones muestran apenas un ligero decremento en sus tasas de falla entre los dos periodos; contrario a esto, se observa que el DIU y las pastillas permanecieron prácticamente sin cambio. Siguiendo el orden de efectividad en el último periodo, se obtienen resultados consistentes con lo que señala la literatura, el método más seguro es el DIU, seguido por las inyecciones, después se encuentran el condón y las pastillas; por último, como era de esperarse los métodos tradicionales presentan las mayores tasas de falla.

Gráfica 4.9: México. Tasas de falla acumulada por tipo de método anticonceptivo según meses de duración de uso y año de iniciación de la anticoncepción (x 100 usuarias)

(a) 1989-1997

(b) 2001-2009



Fuente: Estimaciones propias con base en la ENADID 1997 y 2009.

Para realizar un análisis más profundo de los cambios ocurridos a través del tiempo en la falla de cada uno de los métodos anticonceptivos, se presenta el Cuadro 4.2 con las tasas de falla por tipo de método a 12 y 24 meses de uso de acuerdo al periodo de iniciación de la anticoncepción, que corresponden a la Gráfica 4.9. Estas tasas de falla estimadas se compararán con las tasas de uso común y las de uso correcto y sistemático

(o teórico) definidas y presentadas previamente en el Cuadro 2.1 de la Sección 2.3.1, lo que permitirá conocer las condiciones de la falla en México respecto a los valores establecidos por la OMS (2011).

Como ya se mencionó, las pastillas tienen una tasa constante en los periodos de análisis, a los 12 meses de uso este método presenta 7 fallas por cada 100 usuarias. Dicha tasa se encuentra aún muy por arriba a la tasa de uso correcto y consistente, que se estima es de 3 por cada 1000 usuarias (ver Cuadro 2.1), lo cual indica que aunque la tasa estimada ya es baja respecto a la de uso común presentada por la OMS, que es de 8 por 100, aún es necesario reforzar el conocimiento sobre el uso adecuado de este método entre las usuarias para lograr una menor incidencia de embarazos no deseados o no planeados.

Por su parte, el DIU que presentó apenas una leve disminución en los periodos de análisis, la tasa entre 2001-2009 es de 3.3 fallas por cada 100 mujeres. Llama la atención el comportamiento de la falla en este método pues al ser un anticonceptivo que no depende de la acción de la usuaria se esperaría que su tasa fuese muy cercana a la tasa teórica, que en este caso es de 0.6 por 100 para el DIU de cobre (ver Cuadro 2.1). Tomando en cuenta esto, la tasa de falla para el DIU mantiene niveles altos y no ha presentado mejoras sustanciales en los últimos años.

En cuanto a las inyecciones, en donde se observa una disminución entre el primer y el segundo periodo, la tasa pasó de 6.5 a 4 embarazos no intencionales por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Este método se encuentra ya muy cerca del nivel de falla de uso común (ver Cuadro 2.1) presentado por la OMS; pero está muy lejos todavía de la tasa de uso sistemático y correcto, que en los inyectables mensuales llega a ser de 5 embarazos no intencionales por cada 1000 mujeres.

El comportamiento de los usuarios del condón resalta debido a que es el método en el que aumentó en mayor medida la efectividad en años recientes. De este modo, entre el primer y segundo periodo de análisis su tasa de falla disminuyó a casi la mitad, pasando de 13.8 a 6.8 fallas por cada 100, representando una disminución de 7 puntos. Respecto a la tasa de uso común, ya se han logrado niveles muy por debajo de las tasas oficiales, que se encuentran en 15 fallas por cada 100; sin embargo, aún se pueden realizar esfuerzos para alcanzar los dos embarazos por cada 100 que se presentan bajo el uso correcto y consistente del método.

Respecto al aumento en la efectividad en el uso del condón, cabe resaltar dos hechos. En primer lugar, como se mostró en la sección anterior, cerca del 80 % de los condones se consiguen en farmacias, lo cual podría indicar que la disminución en la falla podría deberse a una mayor información por medios propios de los usuarios (escuela, libros, internet, amigos, familiares, etc.), más que por una mayor y mejor difusión de su uso correcto por parte de los programas de planificación familiar, sobre todo porque ya se ha analizado en la Sección 1.2 que el estancamiento reciente de los programas propició una menor difusión del uso de métodos anticonceptivos. Otro hecho que resalta, es que entre los periodos 1989-

1997 y 2001-2009 el condón fue el método que registró el mayor aumento en su cobertura, pasando de 10.9 a 28.7% de la prevalencia del primer método; por tanto, una gran parte del aumento en la efectividad puede atribuirse a una mayor y más eficiente participación masculina en el proceso tanto de la prevención de embarazos, como de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Cuadro 4.2: México. Tasas de falla del primer método anticonceptivo por tipo de método y meses de uso según periodo de iniciación de la anticoncepción (x 100 usuarias)

| Método anticonceptivo | 1989-1997 | 2001-2009 |
|------------------------------|------------------|------------------|
| Pastillas | | |
| 12 meses | 6.9 | 7.0 |
| 24 meses | 11.4 | 11.4 |
| Inyecciones | | |
| 12 meses | 6.5 | 4.0 |
| 24 meses | 10.1 | 7.7 |
| DIU | | |
| 12 meses | 3.7 | 3.3 |
| 24 meses | 6.7 | 6.0 |
| Condón | | |
| 12 meses | 13.8 | 6.8 |
| 24 meses | 18.9 | 10.1 |
| Tradicional | | |
| 12 meses | 17.7 | 12.6 |
| 24 meses | 27.8 | 19.6 |
| Otros¹ | | |
| 12 meses | 17.3 | 3.5 |
| 24 meses | 26.6 | 4.8 |

¹ Implante, espermicidas, óvulos, jaleas, PAE, condón femenino, parche, otros métodos.
Fuente: Estimaciones propias con base en la ENADID 1997 y 2009.

Los métodos tradicionales como el ritmo y el retiro, en los que también se requiere de la participación masculina, presentan igualmente disminuciones importantes en su tasa de falla. Así, entre el primer y segundo periodo la falla disminuyó en 5 puntos, pasando de 17.7 a 12.6 embarazos no intencionales. Al igual que sucede con los métodos anteriores, estas tasas se encuentran ya por debajo de las tasas oficiales de uso común; sin embargo, las tasas teóricas o de uso correcto y consistente aún están muy por debajo de estas tasas, ya que en promedio para el ritmo y el retiro deberían de ocurrir únicamente 5 embarazos no intencionales por cada 100 mujeres que utilizan este método correctamente (ver Cuadro 2.1), cifra que representa menos de la mitad de las 12.6 fallas estimadas para México con uso común para los métodos tradicionales.

Finalmente, los otros métodos (espermicidas, óvulos, jaleas, implante, condón feme-

nino, parche, PAE⁵ y otros) también presentan una gran disminución, entre 1989-1997 y 2001-2009; sin embargo, la agrupación de estos métodos debido a su baja frecuencia entre las usuarias no permite decir mucho al respecto, aunque es sobresaliente la amplia disminución presentada entre los dos periodos de análisis.

Estos resultados en conjunto permiten refutar de manera preliminar la hipótesis establecida en esta tesis sobre el aumento de la falla anticonceptiva entre los años 2001-2009 relacionada a un menor énfasis en los programas de planificación familiar, ya que como se analizó, contrario a lo que se esperaba, la falla en el uso de métodos anticonceptivos disminuyó en el último periodo de observación 2001-2009. El análisis por tipo de método también muestra disminuciones consistentes en casi todos los métodos, excepto en las pastillas, donde las tasas se mantuvieron constantes, y en el DIU donde se registró apenas un ligero descenso que incluso podría deberse a cuestiones muestrales.

A continuación se analizan las tasas de falla de acuerdo a las características demográficas y sociales de las mujeres y el lugar de obtención del método, lo que permitirá indagar de manera previa qué mujeres tienen mayores tasas de falla y si en particular algunos grupos específicos han sido desfavorecidos con el debilitamiento reciente de los programas de planificación familiar⁶.

Las tasas de falla de acuerdo a las características sociodemográficas de las usuarias y el periodo de iniciación anticonceptiva se muestran en el Cuadro 4.3. Por edad se observa que las mujeres de 20 a 24 años son las que más disminuyeron su falla entre los dos periodos, pasando de una tasa 8.8 a 5.6 por cada 100 mujeres, le siguen las mujeres de 30 y más años que presentaron un descenso de 2.5 puntos, llegando a una tasa de 3.8 embarazos no esperados en el último periodo. Se observa que las usuarias que menos disminuyeron su tasa de falla fueron las adolescentes (de 12 a 19 años), presentando un decremento de 10.7 a 8.6 embarazos por cada 100 usuarias, al igual que las del grupo de 25 a 29 años, pasando de una tasa de 6.7 a 4.6 embarazos por 100 entre los dos periodos. El grupo de las adolescentes presenta un comportamiento particular pues además de lo ya señalado, se observa también que las tasas más altas se encuentran en este mismo conjunto de mujeres, como ya se mencionó en la revisión teórica son un grupo vulnerable, pues por su edad son más propensas a las fallas anticonceptivas ya que son más fértiles y usan métodos menos efectivos y de forma más esporádica, comportamiento que se confirma con los datos estimados.

Según la paridad, las tasas de falla muestran que las mujeres que más disminuyeron su riesgo de embarazo no deseado o no planeado son aquéllas sin hijos, pasando entre el primer y el segundo periodo de una tasa de 16.4 a 8.1 por cada 100. Se advierte una

⁵En 1997 no aparecía en México aún el uso de condón femenino ni parche y la PAE aún no existía.

⁶Estos resultados se deben tomar con cautela ya que al ser un análisis descriptivo de las tasas de falla por cada característica sociodemográfica de las mujeres de forma individual, pueden existir variaciones con los resultados presentados en los modelos estadísticos de la siguiente sección, ya que éstos controlan de forma simultánea el efecto que tienen todas las variables sociodemográficas en el riesgo de falla.

relación inversa entre el número de hijos y la tasa de falla, ya que entre mayor es la paridad menor es la tasa de embarazos no intencionales, del mismo modo el riesgo de embarazo entre los dos periodos disminuyó en menor medida entre las mujeres con más hijos. Como lo señala la teoría, esto se debe a que las mujeres con más hijos tienen una mayor motivación para evitar embarazos y también porque debido a esto usan métodos más efectivos como el DIU y las inyecciones, aunque como ya se analizó, en México una proporción importante de las parejas de estas mujeres, sobre todo de las de menor paridad, están usando el condón.

Por situación conyugal, contrario a lo que se esperaba las mujeres solteras presentan un riesgo menor en ambos periodos de análisis respecto a las alguna vez unidas, además en el último año la brecha entre ambos grupos disminuyó de manera importante, ya que entre 1989-1997 la tasa de las alguna vez unidas fue de 13 embarazos por cada 100, mientras que en las solteras era de casi 8 embarazos, con una diferencia entre ambas de 5.1 puntos. Para 2001-2009 la tasa de las solteras disminuyó a 5.6 fallas, mientras que en las alguna vez unidas bajó a casi la mitad respecto al periodo anterior, con un valor de 6.8 fallas por cada 100 mujeres, con lo cual la brecha entre los dos grupos en este último periodo disminuyó a sólo un 1.2 puntos.

La escolaridad muestra que en 1989-1997 existía una diferencia importante entre las usuarias que contaban con algún grado de secundaria o menos y aquéllas con algún grado de bachillerato y más. Así, las mujeres de menor escolaridad tenían una tasa de falla de 8.2 por 100, cifra inferior a la de las que contaban con mayor escolaridad, quienes presentaban 10.1 embarazos no esperados. Sin embargo, para el periodo 2001-2009 las cifras cambiaron, pues la usuarias con mayor escolaridad disminuyeron su riesgo logrando una tasa de 5.9, casi igual que las de menor escolaridad, que en el mismo periodo tuvieron 6.2 fallas por cada 100.

Por su parte, la condición de habla de lengua indígena presenta el comportamiento esperado, pues los datos dejan ver que este grupo de usuarias tuvo mayores tasas de falla que las no hablantes en ambos periodos, aunque la brecha entre las dos disminuyó. De esta forma, en el primer lapso de tiempo analizado de cada 100 mujeres hablantes, alrededor de 9 tuvieron una falla en su método; por su parte, las no hablantes presentaron 7.1 fallas, lo cual representa una diferencia de 1.7 puntos entre cada grupo. Para el segundo periodo de observación, las hablantes disminuyeron su riesgo a 6.1 embarazos no intencionales, al igual que las no hablantes redujeron su tasa a 4.4 embarazos no intencionales, de modo que la brecha entre ambas adscripciones se mantuvo constante en 1.7 puntos en el segundo periodo.

Las mujeres rurales también presentan tasas de falla mayores que las urbanas en los dos periodos de análisis; sin embargo, en el último periodo de referencia la brecha entre ambas se redujo en más de la mitad, de modo que de cada 100 mujeres que habitan en localidades rurales 6.2 fallan en el uso de su método, mientras que las urbanas tienen

Cuadro 4.3: México. Tasas de falla del primer método anticonceptivo a 12 meses de uso por características sociodemográficas de las mujeres según periodo de iniciación de la anticoncepción (x 100 usuarias)

| Características | 1989-1997 | 2001-2009 |
|-------------------------------------|------------------|------------------|
| Edad | | |
| 12 a 19 | 10.7 | 8.6 |
| 20 a 24 | 8.8 | 5.6 |
| 25 a 29 | 6.7 | 4.6 |
| 30 y más | 6.2 | 3.8 |
| Hijos nacidos vivos | | |
| 0 hijos | 16.4 | 8.1 |
| 1 hijos | 7.5 | 5.3 |
| 2 hijos | 5.2 | 4.1 |
| 3 hijos y más | 5.2 | 4.6 |
| Situación conyugal | | |
| Solteras | 7.9 | 5.6 |
| Alguna vez unidas | 13.0 | 6.8 |
| Escolaridad | | |
| Algún grado de secundaria o menos | 8.2 | 6.2 |
| Algún grado de bachillerato o más | 10.1 | 5.9 |
| Lengua indígena | | |
| Hablante | 8.8 | 6.1 |
| No hablante | 7.1 | 4.4 |
| Lugar de residencia habitual | | |
| Rural | 9.1 | 6.2 |
| Urbano | 7.5 | 5.5 |
| Lugar de obtención | | |
| IMSS | 5.1 | 4.2 |
| ISSTE | 5.7 | 4.9 |
| SSA | 6.9 | 6.7 |
| Farmacia | 8.1 | 5.9 |
| Servicio médico particular | 5.6 | 4.8 |

Fuente: Estimaciones propias con base en la ENADID 1997 y 2009.

5.5 fallas. Se observa también que de ambos grupos, las que tuvieron más ganancias en efectividad anticonceptiva entre ambos periodos fueron las mujeres rurales.

Por último, el lugar de obtención del método anticonceptivo revela algunos aspectos sobre la calidad de la atención que se proporciona a los usuarios. De esta forma, se observa

que entre los dos periodos analizados la falla disminuyó para casi todos los lugares de obtención; no obstante, las usuarias que consiguieron su primer método en la SSA entre 2001-2009, son las que presentan las mayores tasas de embarazo no intencional, y también las únicas en las que la tasa de falla se estancó entre los dos periodos en una cifra alrededor de 6.7 por cada 100. Del mismo modo, cabe destacar que los usuarios cuyo método fue obtenido por primera vez en una farmacia tenían el mayor riesgo embarazo entre 1989-1997; sin embargo, para el siguiente periodo presentaron la mayor disminución en este indicador, pasando de 8.1 a 5.9 embarazos por cada 100 mujeres entre los dos periodos, respectivamente. Por su parte, en años recientes instituciones como el IMSS muestra la menor tasa (4.2 x 100 usuarias), seguida por el el servicio médico particular (4.8 x 100 usuarias) y el ISSSTE (4.9 x 100 usuarias), quienes a su vez presentaron cerca de un punto de disminución en sus tasas de falla entre ambos periodos de observación.

De manera preliminar, al analizar las tasas de falla de acuerdo a las características sociodemográficas de las mujeres y del lugar de obtención de los métodos anticonceptivos, se observa que a pesar del menor énfasis de los programas de planificación familiar en años recientes, en todos los grupos poblacionales analizados hubo una disminución en las tasas de falla entre los periodos 1989-1997 y 2001-2009 de observación. Sin embargo, este ejercicio descriptivo también muestra que aunque las brechas entre algunos subgrupos se redujeron (entre las más y menos escolarizadas, las rurales y urbanas, etc.) aún existen diferencias importantes y grupos más rezagados en el uso efectivo de la anticoncepción. Por ejemplo, las mujeres adolescentes son las que presentan las tasas de falla más altas entre todas las usuarias, seguidas por las que no tienen hijos. Del mismo modo, entre las mujeres hablantes y sus contrapartes la brecha aún es muy amplia, y no menos importante es el hecho de que las usuarias alguna vez unidas, quienes por haber sido el objetivo principal de los programas de planificación familiar podrían tener mejor información sobre el uso de métodos anticonceptivos, presentan tasas mayores que las mujeres solteras.

En la siguientes sección se realiza un ejercicio multivariado que permite analizar con mayor profundidad la falla anticonceptiva y los factores sociodemográficos asociados a ésta, así como sus cambios ocurridos entre 1989-1997 y 2001-2009.

4.3. Análisis de los factores que explican la falla en el uso de métodos anticonceptivos y sus cambios recientes

A continuación se presenta el análisis de los modelos que explican la relación entre la falla anticonceptiva y el tipo de método usado, los factores sociodemográficos de las usuarias y el lugar de obtención del anticonceptivo para cada periodo de análisis, así como de sus cambios ocurridos en el tiempo.

Como primer punto, en el Cuadro 4.4 y 4.5 se muestran los modelos de análisis de sobrevivencia en tiempo discreto estimados para estudiar la falla anticonceptiva de forma separada en los periodos 1989-1997 y 2001-2009, respectivamente. En cada uno de los cuadros, se introdujeron las variables por bloques de pertenencia (tipo de método, demográficas, sociales y lugar de obtención) de manera sucesiva, con el fin de observar la capacidad explicativa de cada grupo de factores en cada periodo.

De esta forma, para ambos periodos de observación el Modelo 1 es el modelo base, en éste se muestra únicamente la especificación del tiempo de uso. Por su parte, el Modelo 2 agrega el tipo de método anticonceptivo usado. De acuerdo a las pruebas de bondad de ajuste (que se muestran al final de cada cuadro), se observa que en ambos lapsos de tiempo en estudio el Modelo 2 muestra una disminución en la devianza respecto al Modelo 1, que excede por mucho el valor crítico al 1% de una distribución $\chi^2_{(5)}$, siendo ésta de 654 puntos (21,398-20,744) para el primer periodo y de 253 (18,505-18,253) para el segundo. Lo que implica que el tipo de método anticonceptivo es sumamente importante al explicar la falla anticonceptiva.

En el Modelo 3, se agregan las variables demográficas, las cuales proporcionan una diferencia en devianza de 240 puntos para el periodo uno y de 176 para el segundo periodo (ver Cuadros 4.4 y 4.5) respecto al Modelo 2. Lo anterior, indica que este conjunto de variables también tienen un efecto estadístico importante en la ocurrencia de la falla, pero tienen menor peso que el tipo de método.

El Modelo 4 considera las variables sociales; sin embargo, la ganancia en devianza en ambos periodos de tiempo es mucho menor que en el caso de las variables anteriores. Según el criterio de devianza dichas variables no son significativas al 1%; el BIC por su parte, también revela que el conjunto de variables sociales no aportan a la explicación la falla anticonceptiva. Finalmente, el modelo completo (Modelo 5), incluye las variables de lugar de obtención del método. De acuerdo a la devianza estas variables tampoco son significativas, el BIC también muestra que no se tiene ninguna ganancia explicativa al incluirlas en el modelo.

En resumen, se puede observar que en México, al igual que lo encontrado en análisis previos (Curtis y Blanc, 1997; Moreno, 1993; Padilla, 1994; Trussell, 2009), la mayor parte de la falla anticonceptiva se explica por el tipo de método usado, seguido por las variables demográficas que también desempeñan un rol importante y; finalmente, las variables de características sociales de las usuarias y del lugar de obtención del método no parecen tener un efecto significativo en este fenómeno.

A continuación se analizará únicamente el modelo completo (Modelo 5) de los cuadros 4.4 y 4.5 respectivos a cada periodo de observación, y que controla los efectos en la falla por el tipo de método y las características sociodemográficas de las usuarias y de lugar de obtención. Esto permitirá observar qué grupos de usuarias son más propensas a una falla anticonceptiva en cada periodo de observación. En conjunto con el análisis anterior, y con

ayuda del Cuadro 4.6 que muestra el Modelo 6, en el que se interactúan todos los factores explicativos con el periodo de observación, se evaluará la magnitud de los posibles cambios en el riesgo en los diversos grupos poblacionales, lo que permitirá identificar si algunos grupos han aumentado su riesgo de falla en años recientes a causa del estancamiento en los programas de planificación familiar.

Debido a la complejidad del modelo interactuado, es necesario hacer algunas precisiones que permitan hacer una lectura más fácil de los cambios en los efectos de cada variable en el tiempo expuestos en el Modelo 6. En la segunda columna del Cuadro 4.6, se muestran las razones de momios del modelo tal como los arroja el programa estadístico; sin embargo, para obtener el valor real de la razón de momios que representa el cambio en cada característica sociodemográfica y del lugar de obtención del método, es necesario multiplicar el momio correspondiente a la variable periodo de observación por el momio de la variable de interés interactuada por el mismo periodo de observación. Por ejemplo, para obtener el cambio ocurrido en la falla de las pastillas en 2001-2009 respecto a 1989-1997 se multiplica: $1.06 * 0.90 = 0.95$, valor que aparece en la última columna de la continuación del Cuadro 4.6 para todas las variables interactuadas, a modo de simplificar la lectura de estos efectos. Una vez explicado esto, se puede proceder con el análisis de los factores que explican la falla y de sus cambios en el tiempo.

El primer hecho relevante que se observa, es que en el Modelo 5 de los cuadros 4.4 y 4.5 respectivos a cada periodo de análisis se constata, como lo señalan diversos autores (Curtis y Blanc, 1997; Moreno, 1993, etc.), que la falla depende del tiempo de uso del método. De esta forma, se observa una alta significancia estadística ($p < 0.01$) entre el tiempo de uso y la falla en ambos periodos. Los datos muestran que antes de cumplir el primer mes de uso se tiene un riesgo mayor (aproximadamente del doble) de que ocurra un embarazo no deseado, que el que se tiene una vez alcanzado el primer mes y hasta el mes 24 de uso, y estos efectos se mantienen aún después de controlar por el tipo de método y características sociodemográficas de las mujeres y del lugar de obtención, como se observa a lo largo de los modelos 1 a 5.

Como los estudios previos lo explican (Curtis y Blanc, 1997; Moreno, 1993), este comportamiento tiene que ver con que las usuarias altamente fértiles y las que usan de manera poco consistente la anticoncepción presentan la falla en los primeros meses de uso, en este caso antes del primer mes. Mientras que las mujeres que sobreviven a una falla precoz mejoran su uso con el paso del tiempo, de modo que conforme aumenta la duración de uso se presentan cada vez menos embarazos no intencionales.

Ya se observó previamente en el análisis de modelos anidados que el tipo de método tiene una capacidad explicativa alta. El Modelo 5 referente al periodo 1989-1997 muestra también que en México la mezcla de métodos usados determina en gran medida el riesgo de embarazo no deseado, pues todos los anticonceptivos (pastillas, inyecciones, DIU, condón masculino, tradicionales y otros) tienen un efecto altamente significativo en la

falla ($p < .01$). Por su parte, para el siguiente periodo de 2001-2009 se observa el mismo comportamiento, excepto que los métodos clasificados como “otros” han perdido su significancia estadística, posiblemente debido a que la amplia disminución que sufrieron en su riesgo entre ambos periodos ha provocado que no representen más un efecto importante en la ocurrencia de un embarazo no intencional.

En cuanto al riesgo de cada método, en este modelo se confirma hasta cierto punto lo que señalan algunos autores (Black *et al.*, 2010) sobre que los anticonceptivos que requieren en menor medida de la acción de la usuaria como el DIU y las inyecciones tienen el menor riesgo de falla, mientras que aquéllos que sí necesitan la intervención frecuente de los usuarios como las pastillas, o los que se usan en cada relación sexual como el condón masculino y los tradicionales tienden a fallar más. Así, el DIU se considera como referencia por ser el método de menor riesgo y que no sufrió cambios entre los dos periodos de tiempo analizados, y se observa de manera general que para el periodo 1989-1997 la efectividad de los métodos en orden ascendente es la siguiente: DIU, pastillas, inyecciones, condón masculino y tradicionales. En este periodo de tiempo, resalta que las pastillas eran uno de los métodos de los cuáles las mujeres tenían mejor control, a pesar de las implicaciones⁷ que requiere su uso. Mientras que de 2001 a 2009 se observan cambios importantes que se manifiestan principalmente por un mejor uso de las inyecciones y del condón, que lograron desplazar a las pastillas de los primeros lugares de efectividad, con lo que para este lapso de análisis el orden de efectividad de menor a mayor es el siguiente: DIU, inyecciones, condón masculino, pastillas y tradicionales. Los resultados para este periodo son muy consistentes con lo encontrado en otros estudios (Goldam *et al.*, 1983; Cleland y Ali, 2004; Trussell y Vaughan 2004 y 2011, entre otros).

Al realizar una comparación entre el Modelo 5 de cada periodo, se aprecian también las diferencias en los riesgos a través del tiempo para cada método. Así, las inyecciones durante la década de los noventa presentaban el doble del riesgo del dispositivo, mientras que para la década del 2000 este riesgo representaba sólo un 30 % más. El Cuadro 4.6 en su última columna muestra que el cambio en este método entre ambos periodos fue significativo y que la reducción fue de aproximadamente 42 %. Para las pastillas no se observó ningún cambio significativo pues su riesgo se mantuvo alrededor de 90 % mayor que el DIU en ambos periodos. A su vez, el condón masculino presentó un descenso importante, ya que de representar 3.4 veces más riesgo que el DIU en 1989-1997 para 2001-2009, aunque el riesgo sigue siendo alto, es de sólo 78 % más que el dispositivo, lo que implica una disminución significativa de 62 % en la propensión de falla del condón masculino entre 1989-1997 y 2001-2009 (ver última columna del Cuadro 4.6). Por su parte, los métodos tradicionales en el primer periodo contaban con una propensión de falla que representaba 4 veces el riesgo de usar el dispositivo, mientras que entre 2001-

⁷Se deben tomar diariamente a la misma hora, y en caso de olvido la usuaria debe hacer uso de una dosis específica para que se mantenga su efectividad.

2009 este riesgo aparentemente disminuyó a 3.6 veces, cambió que como se observa en última columna del Cuadro 4.6 es un descenso no significativo. En lo que se refiere a los otros métodos, el riesgo disminuyó en forma significativa, ya que de representar 4.5 veces el riesgo del dispositivo pasó a sólo 0.9 veces, lo que según el Cuadro 4.6 representa una disminución significativa de 82 % entre ambos periodos.

En cuanto a la edad, se observa que es una variable altamente significativa ($p < 0.01$) en ambos lapsos de tiempo en análisis. Se encuentra una relación negativa entre la edad y el riesgo de falla anticonceptiva; así, a menor edad mayor es el riesgo, y conforme aumentan los años de vida el riesgo declina. De este modo, se constata que las adolescentes tienen el riesgo más alto de entre todas las edades para ambos periodos, 76 % más respecto a las de 30 o más años en 1989-1997 y 2.76 veces más riesgo para la misma referencia de edad en 2001-2009, lo que además señala un aumento en el riesgo. Este comportamiento constata lo que señala la literatura, sobre que las adolescentes están más expuestas a una falla anticonceptiva debido a que son más fértiles, usan métodos menos efectivos (como condones, pastillas, etc.) y de manera más esporádica que las mujeres de mayor edad (Black, 2010).

Al analizar los cambios en el tiempo se observa que el riesgo aumentó significativamente entre los dos periodos en las adolescentes, donde la propensión de falla respecto a las de 30 años o más aumentó en 40 %, y en las jóvenes de 20 a 24 años, se incrementó en 16 % entre 1989-1997 y 2001-2009, mientras que el cambio entre las de 25 a 29 años no fue significativo (ver Cuadro 4.6). Para analizar estas cifras conviene contextualizarlas con investigaciones como la de Lerner y Szasz (2003), en donde se encuentra que en la propia Ciudad de México no se cuenta con servicios preventivos para los jóvenes, ya que prevalecen los servicios de atención para adolescentes embarazadas, y que la prevención anticonceptiva sólo se otorga después del embarazo. Las autoras también mencionan que los mismos prestadores de servicios aseguran que el desabasto de métodos hormonales y condones es muy frecuente y que solamente es posible proporcionar un número limitado de condones por mes, hechos que también se han constatado en años más recientes para otras entidades del país, con el estudio “Fiscalización de Acceso, Abasto y Uso de Métodos Anticonceptivos 2007-2012”⁸. En este contexto, puede confirmarse la hipótesis planteada de que las adolescentes y las mujeres más jóvenes han aumentado sus tasas de falla anticonceptiva en los últimos años, debido a la falta de atención que han ofrecido desde sus inicios los programas de salud reproductiva a este conjunto de la población, y que el estancamiento de estos programas, ocurrido durante los dos sexenios panistas ha vuelto mayores los rezagos en los adolescentes.

En lo referente al orden de paridad, los resultados del Modelo 5 para cada periodo muestran que en la década de los noventa, el no tener hijos era un factor más determinante en la falla ($p < 0.01$) que en la primera parte de la década de 2000 ($p < 0.05$), donde como

⁸Ver Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia (2010).

ya se analizó en la Sección 4.1, las parejas muestran una mayor preferencia a posponer el nacimiento de su primer hijo. Del mismo modo, en el primer periodo, el tener 1 hijo todavía tenía un efecto significativo en la falla ($p < 0.05$), aunque en menor medida que las que no tenían hijos, pero para el segundo periodo de análisis esta variable pierde su poder explicativo sobre la falla. De los coeficientes por orden de paridad presentados en el Modelo 5 para cada periodo en análisis se puede inferir, que para el periodo más reciente, en general todas las mujeres se cuidan más de tener un embarazo no intencional de lo que lo hacían en 1989-1997, y esto está relacionado con una mayor planeación del primer hijo y espaciamiento de los hijos subsecuentes, así como de las preferencias por familias de menor tamaño.

Se observa también que el riesgo de falla disminuye conforme aumenta la paridad, de modo que las mujeres sin hijos son las que tienen el mayor riesgo de falla en ambos periodos, el doble que las usuarias de 3 o más hijos en 1989-1997 y 28 % más que este mismo grupo de referencia en 2001-2009. Lo cual muestra disminuciones importantes en el riesgo falla para estas mujeres. De este modo, en el Cuadro 4.6 se observa que la disminución en el riesgo de las mujeres que no tienen hijos fue significativa, con un valor de 43 % menos entre los dos periodos de observación. De igual forma, entre las usuarias que tenían un hijo la disminución fue de 35 % entre 1989-1997 y 2001-2009. Por su parte, el decremento en el riesgo de las mujeres de 2 hijos no fue significativamente estadístico; es decir se mantuvo prácticamente constante.

Las cifras anteriores permiten rechazar el hecho que en los últimos años haya aumentado el riesgo entre las mujeres que no tiene hijos; sin embargo, como ya se analizó, la brecha respecto a las que ya han tenido un hijo o más es aún amplia. Aunque autores como Curtis y Blanc (1997) mencionan que el número de hijos es un factor que puede reflejar la motivación de las mujeres para evadir un embarazo, de modo que aquéllas con pocos hijos probablemente asimilen de forma positiva un embarazo no intencional, y que por tanto la ocurrencia de éste pueda no tener consecuencias adversas ni para la madre ni para el producto, se piensa que en México este hecho puede estar relacionado también con la poca atención por parte de los programas de salud reproductiva que reciben las mujeres sin hijos, pues desde sus inicios se han centrado en las mujeres casadas que ya tienen descendencia, por lo cual estos programas deben ampliar la atención a este grupo de la población para garantizar su derecho a decidir el momento adecuado para la procreación.

En lo referente a la situación conyugal, en 1989-1997 se observa que no era un factor que explicara la falla anticonceptiva, posiblemente porque en esa época la mayoría de las mujeres que usaban anticoncepción, y por tanto que estaban expuestas a una falla, ya habían estado unidas algunas vez (83.9 %). Sin embargo, para el siguiente periodo la situación conyugal cobra relevancia estadística ($p < 0.05$), probablemente porque la composición por situación conyugal se modificó en el último periodo, de modo que aumentó el porcentaje de mujeres solteras (33.2 %) que utilizan algún método para regular su fecun-

didad. En el último periodo, se observa que las mujeres solteras tienen menor riesgo de falla (16 % menos) que las alguna vez unidas.

Los resultados previos refutan la hipótesis planteada de que las mujeres solteras tengan una menor falla, debido a que desde los inicios de los programas de planificación familiar no han sido un grupo objetivo, mientras que las mujeres alguna vez unidas podrían tener un mejor manejo de los métodos anticonceptivos, ya que como se mencionó los programas se han enfocado en ellas. La explicación a esto, como lo señalan Curtis y Blanc (1997) puede ser que las mujeres casadas tienen una mayor exposición a relaciones sexuales y posiblemente una menor motivación para evitar embarazos no deseados que las solteras. Respecto al cambio en el tiempo del riesgo de falla anticonceptiva por situación conyugal, se observa en la última columna del Cuadro 4.6 que las mujeres solteras han tenido una disminución importante, siendo ésta de 31 % respecto a las alguna vez unidas entre 2001-2009 y 1989-1997.

El tipo de localidad de residencia habitual no tiene poder explicativo en la falla en el primer periodo; no obstante, en los años más reciente cobra importancia ($p < 0.10$). En ambos periodos se observa que la falla es menor en las usuarias rurales (13 % menos para 2001-2009). Este hecho destaca, ya que indicaría que el supuesto de que las mujeres rurales tienen menor acceso a información y atención por parte de los programas de planificación familiar no es verdadero. Sin embargo, autores como Garrison (1983) sostienen que esto puede deberse a que este grupo de mujeres omiten las fallas anticonceptivas, lo cual subestima los riesgos asociados a este fenómeno. En el Cuadro 4.6 se observa que la disminución aparente en la brecha entre mujeres rurales y urbanas entre ambos periodos de observación no es significativa.

La condición de habla de lengua indígena para el primer periodo tiene un efecto importante en la falla ($p < 0.10$), mostrando que las mujeres hablantes tienen 17 % menos riesgo que las no hablantes, lo cual también refuta la hipótesis planteada sobre que las poblaciones indígenas tienen un mayor rezago en cuanto a anticoncepción. Por su parte, para los primeros años de la década de 2000 el efecto de la lengua indígena en la falla desaparece, aunque las razón de momios muestra que el riesgo es 14 % menor para las hablantes respecto a sus contrapartes. El Cuadro 4.6 muestra que no existieron cambios significativos en el riesgo de embarazo no planeado por condición de habla indígena entre los dos lapsos de tiempo en análisis; es decir, la brecha entre ambos grupos se mantuvo.

Respecto a la escolaridad, se identifica que es una variable con significancia estadística ($p < 0.10$) para explicar la ocurrencia de un embarazo no intencional. Para los dos momento del tiempo se observa que las mujeres con algún grado de secundaria o menos tienen mayor propensión a tener una falla que aquéllas con algún grado de preparatoria o más lo cual concuerda con la hipótesis establecida. Por su parte, el riesgo no muestra cambios significativos en el tiempo (ver Cuadro 4.6), contrario a lo que se planteó sobre que las mujeres menos escolarizadas aumentarían su riesgo en el ultimo periodo. En am-

bos tiempos de análisis se observa también una alta significancia estadística de la variable de control de asistencia escolar⁹, que en el último periodo es todavía mayor ($p < 0.01$). El efecto de esta variable muestra que el estar cursando algún grado de estudios entre 2001-2009 disminuye la ocurrencia de un embarazo no planeado hasta en un 33 % respecto a las mujeres que ya han dejado la escuela.

Por último, el riesgo de falla por fuente de obtención del método permite un acercamiento a la calidad de los servicios proporcionados por cada institución (Bertrand *et al.* 1994), o bien del grado de información que tienen los usuarios que adquieren sus métodos en una farmacia. Se encuentra que el ISSSTE tiene un riesgo 2 % menor que el IMSS en el primer periodo (con $p < 0.10$), mientras que en el segundo periodo el riesgo pareciera haber aumentado y ser 2 % mayor, aunque en este periodo se pierde la significancia estadística de esta variable en la falla. Por su parte, la SSA presentó un riesgo 9 % mayor que el IMSS en los primeros años de la década de los noventa, y para la década de 2000 sería de 38 % más. La farmacia es el único lugar de obtención que es altamente significativo en los dos periodos de tiempo, y muestra un riesgo de 17 % mayor respecto al IMSS en 2001-2009. A su vez, el servicio particular no muestra significancia estadística en ninguno de los dos momentos analizados, posiblemente porque son muy pocas las mujeres que recurren a estos servicios. El Cuadro 4.6 refleja que únicamente se presentaron cambios significativos en el tiempo en el ISSSTE donde el riesgo aumentó en 9 % respecto al IMSS entre los dos periodos, y en la farmacia en la que aumentó en 8 %. El cambio en la propensión de falla en la SSA respecto al IMSS fue 13 % mayor y del servicio médico particular aumentó en 15 %; sin embargo, se desconoce la razón por la que estos efectos no fueron significativos.

Un hecho que merece destacarse es que a causa del desabasto de anticonceptivos como condones, pastillas, parches y PAE que existe en los servicios públicos de planificación familiar, éstos se consiguen en su gran mayoría en farmacias y hospitales de salud privados. De acuerdo a los resultados anteriores el riesgo de embarazo no planeado aumentó para aquéllos usuarios que consiguen sus métodos en estos establecimientos, aunque también en los servicios públicos como la SSA y el ISSSTE, mientras que el IMSS representa el menor riesgo de entre éstos. En este sentido se advierte la necesidad de reforzar la consejería y orientación que se ofrece en los servicios públicos para que la población pueda gozar de un servicio que le proporcione acceso a los métodos de su elección y que al mismo tiempo cuente con la información necesaria sobre el uso adecuado de los métodos para evitar tanto embarazos no planeados como ETS.

⁹Esta variable se usa únicamente para controlar el efecto de las mujeres que tienen un nivel bajo de escolaridad debido a que por su edad aún se encuentran cursando estudios.

4.4. Reflexiones finales del capítulo

Los resultados anteriores, permiten observar que a pesar del menor énfasis en los programas de salud reproductiva en los últimos años, la falla en general disminuyó de forma importante en aproximadamente 32 % entre 1989-1997 y 2001-2009 lo cual permite rechazar la hipótesis que se planteó en sentido contrario. Sin embargo, la evidencia empírica señala que aunque existen reducciones importantes en los riesgos de todos los grupos poblacionales, algunos grupos como los más jóvenes y en particular los adolescentes se encuentran en una situación que los desfavorece, ya que en estas personas se concentran los mayores riesgos asociados a la ocurrencia de un embarazo no deseado, pero además en el último periodo en análisis este riesgo se incrementó de manera significativa, en un 40 % para las adolescentes y en un 16 % para las mujeres de 20 a 24 años.

En los demás grupos de interés las brechas han disminuido, e incluso las mujeres indígenas y las rurales parecen presentar riesgos menores de falla que sus contrapartes, lo cual dado el nivel de mujeres en estos grupos con necesidad insatisfecha de anticoncepción (19.5 % y 21.5 % para mujeres rurales e indígenas, respectivamente), podría pensarse que el grupo de mujeres que usa anticoncepción es un grupo selecto donde probablemente una alta proporción de éstas se encuentren adscritas a programas de desarrollo social como Oportunidades, dentro de los cuales se ofrecen servicios de planificación familiar, que a decir de las cifras podrían estar resultando muy efectivos, aunque esto como lo menciona Garrison (1982) también podría atribuirse a la subdeclaración de embarazos no deseados en estos grupos.

Del mismo modo, se observa que las usuarias que obtuvieron su método por primera vez en una farmacia son las que tienen menor prevalencia de falla, mientras que los demás lugares de obtención presentan riesgos mayores, resaltando en el último periodo la SSA como la fuente de obtención con mayor riesgo de embarazo no intencional. Del mismo modo, aunque la farmacia se mantiene como el lugar con la menor prevalencia de falla en los dos periodos analizados, el riesgo en ésta se ha incrementado en un 8 % entre 1989-1997 y 2001-2009, lo que habla de una inminente necesidad de implementar acciones que permitan el abasto de métodos anticonceptivos, de modo que la población acuda a los servicios públicos a cubrir sus necesidades tanto de anticoncepción como de información sobre su uso correcto.

Cuadro 4.4: Modelos de análisis de sobrevivencia en tiempo discreto para explicar la falla del primer método anticonceptivo en el periodo 1989-1997

| Variables | Modelo 1 | | Modelo 2 | | Modelo 3 | | Modelo 4 | | Modelo 5 | |
|---------------------------------------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|
| | Razones de Momios | Err. Est. | Razones de Momios | Err. Est. | Razones de Momios | Err. Est. | Razones de Momios | Err. Est. | Razones de Momios | Err. Est. |
| Tiempo de uso (en meses) | | | | | | | | | | |
| t(0,1) | 1.97 *** | 0.22 | 1.99 *** | 0.22 | 2.03 *** | 0.23 | 2.04 *** | 0.23 | 2.04 *** | 0.23 |
| t(1-24) | 0.96 *** | 0.00 | 0.97 *** | 0.00 | 0.97 *** | 0.00 | 0.97 *** | 0.00 | 0.97 *** | 0.00 |
| Método | | | | | | | | | | |
| DIU (referencia) | | | | | | | | | | |
| Pastillas | | | 1.87 *** | 0.15 | 1.69 *** | 0.14 | 1.68 *** | 0.13 | 1.98 *** | 0.18 |
| Inyecciones | | | 1.71 *** | 0.18 | 1.61 *** | 0.17 | 1.60 *** | 0.17 | 2.02 *** | 0.24 |
| Condón masculino | | | 3.39 *** | 0.30 | 2.69 *** | 0.25 | 2.73 *** | 0.25 | 3.36 *** | 0.35 |
| Tradicional | | | 4.92 *** | 0.35 | 4.27 *** | 0.32 | 4.29 *** | 0.32 | 4.04 *** | 0.33 |
| Otro | | | 4.78 *** | 1.11 | 3.81 *** | 0.90 | 3.89 *** | 0.91 | 4.58 *** | 1.09 |
| Edad | | | | | | | | | | |
| 30 o más años (referencia) | | | | | | | | | | |
| 12- 19 años | | | | | 1.84 *** | 0.19 | 1.78 *** | 0.18 | 1.76 *** | 0.18 |
| 20-24 | | | | | 1.46 *** | 0.14 | 1.43 *** | 0.14 | 1.43 *** | 0.14 |
| 25-29 | | | | | 1.19 * | 0.12 | 1.19 * | 0.12 | 1.18 | 0.12 |
| Número de hijos | | | | | | | | | | |
| 3 hijos o más (referencia) | | | | | | | | | | |
| 0 hijos | | | | | 1.87 *** | 0.18 | 1.98 *** | 0.21 | 2.04 *** | 0.21 |
| 1 hijos | | | | | 1.16 * | 0.11 | 1.19 * | 0.11 | 1.19 * | 0.11 |
| 2 hijos | | | | | 0.91 | 0.10 | 0.92 | 0.10 | 0.92 | 0.10 |
| Situación conyugal | | | | | | | | | | |
| Alguna vez unidas (ref.) | | | | | | | | | | |
| Solteras | | | | | 1.04 | 0.07 | 1.06 | 0.07 | 1.08 | 0.07 |
| Localidad de residencia | | | | | | | | | | |
| Urbana (referencia) | | | | | | | | | | |
| Rural | | | | | | | 1.00 | 0.06 | 0.98 | 0.06 |
| Lengua indígena | | | | | | | | | | |
| No hablante (referencia) | | | | | | | | | | |
| Hablante | | | | | | | 0.84 * | 0.09 | 0.83 * | 0.09 |
| Escolaridad | | | | | | | | | | |
| Bach. o más (referencia) | | | | | | | | | | |
| Secundaria o menos | | | | | | | 1.16 ** | 0.07 | 1.14 ** | 0.07 |
| No asiste (referencia) | | | | | | | | | | |
| Asiste | | | | | | | 0.79 * | 0.10 | 0.80 * | 0.10 |
| Lugar de obtención¹ | | | | | | | | | | |
| IMSS (referencia) | | | | | | | | | | |
| ISSSTE | | | | | | | | | 0.85 * | 0.08 |
| SSA | | | | | | | | | 1.09 | 0.15 |
| Farmacia | | | | | | | | | 0.68 *** | 0.06 |
| Particular | | | | | | | | | 0.85 | 0.14 |
| Constante | 0.00 *** | 0.00 | 0.00 *** | 0.00 | 0.00 *** | 0.00 | 0.00 *** | 0.00 | 0.00 *** | 0.00 |
| N | 20,360 | | 20,360 | | 20,360 | | 20,360 | | 20,360 | |
| APV | 281,326 | | 281,326 | | 281,326 | | 281,326 | | 281,326 | |
| GL | 3 | | 8 | | 15 | | 19 | | 23 | |
| Devianza | 21,398 | | 20,744 | | 20,504 | | 20,490 | | 20,469 | |
| BIC | 21,428 | | 20,823 | | 20,653 | | 20,679 | | 20,697 | |

p* < 0.10, p** < 0.05, p*** < 0.01

¹ Los métodos tradicionales no tienen lugar de obtención.

Nota 1: Los momios se refieren a $y = p(\text{falla}) / (1 - p(\text{no falla}))$.

Nota 2: Los errores estándar se calcularon para $p < 0.05$.

Fuente: Estimaciones propias con base en la ENADID 1997.

Cuadro 4.5: Modelos de análisis de sobrevivencia en tiempo discreto para explicar la falla del primer método anticonceptivo en el periodo 2001-2009

| Variables | Modelo 1 | | Modelo 2 | | Modelo 3 | | Modelo 4 | | Modelo 5 | |
|---------------------------------------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|
| | Razones de Momios | Err. Est. | Razones de Momios | Err. Est. | Razones de Momios | Err. Est. | Razones de Momios | Err. Est. | Razones de Momios | Err. Est. |
| Tiempo de uso (en meses) | | | | | | | | | | |
| t(0,1) | 2.11 *** | 0.28 | 2.12 *** | 0.28 | 2.15 *** | 0.28 | 2.15 *** | 0.28 | 2.15 *** | 0.28 |
| t(1-24) | 0.96 *** | 0.00 | 0.96 *** | 0.00 | 0.97 *** | 0.00 | 0.97 *** | 0.00 | 0.97 *** | 0.00 |
| Método | | | | | | | | | | |
| DIU (referencia) | | | | | | | | | | |
| Pastillas | | | 1.98 *** | 0.18 | 1.85 *** | 0.17 | 1.88 *** | 0.18 | 2.09 *** | 0.21 |
| Inyecciones | | | 1.28 ** | 0.14 | 1.22 * | 0.13 | 1.22 * | 0.13 | 1.29 ** | 0.14 |
| Condón masculino | | | 1.82 *** | 0.15 | 1.50 *** | 0.14 | 1.54 *** | 0.14 | 1.78 *** | 0.18 |
| Tradicional | | | 3.61 *** | 0.32 | 3.46 *** | 0.32 | 3.47 *** | 0.32 | 3.56 *** | 0.37 |
| Otro | | | 0.87 | 0.16 | 0.81 | 0.15 | 0.83 | 0.15 | 0.90 | 0.17 |
| Edad | | | | | | | | | | |
| 30 o más años (referencia) | | | | | | | | | | |
| 12- 19 años | | | | | 2.75 *** | 0.30 | 2.78 *** | 0.31 | 2.76 *** | 0.30 |
| 20-24 | | | | | 1.86 *** | 0.20 | 1.87 *** | 0.20 | 1.86 *** | 0.20 |
| 25-29 | | | | | 1.40 *** | 0.16 | 1.40 *** | 0.16 | 1.40 *** | 0.16 |
| Número de hijos | | | | | | | | | | |
| 3 hijos o más (referencia) | | | | | | | | | | |
| 0 hijos | | | | | 1.18 | 0.15 | 1.24 ** | 0.16 | 1.28 ** | 0.16 |
| 1 hijos | | | | | 0.84 | 0.10 | 0.84 | 0.10 | 0.85 | 0.10 |
| 2 hijos | | | | | 0.85 | 0.10 | 0.84 | 0.10 | 0.85 | 0.10 |
| Situación conyugal | | | | | | | | | | |
| Alguna vez unidas (ref.) | | | | | | | | | | |
| Solteras | | | | | 0.77 *** | 0.06 | 0.82 *** | 0.06 | 0.84 ** | 0.06 |
| Localidad de residencia | | | | | | | | | | |
| Urbana (referencia) | | | | | | | | | | |
| Rural | | | | | | | 0.90 * | 0.07 | 0.87 * | 0.07 |
| Lengua indígena | | | | | | | | | | |
| No hablante (referencia) | | | | | | | | | | |
| Hablante | | | | | | | 0.86 | 0.13 | 0.86 | 0.13 |
| Escolaridad | | | | | | | | | | |
| Bach. o más (referencia) | | | | | | | | | | |
| Secundaria o menos | | | | | | | 1.13 * | 0.07 | 1.11 * | 0.07 |
| No asiste (referencia) | | | | | | | | | | |
| Asiste | | | | | | | 0.66 *** | 0.07 | 0.67 *** | 0.07 |
| Lugar de obtención¹ | | | | | | | | | | |
| IMSS (referencia) | | | | | | | | | | |
| ISSSTE | | | | | | | | | 1.03 | 0.10 |
| SSA | | | | | | | | | 1.39 ** | 0.20 |
| Farmacia | | | | | | | | | 0.83 ** | 0.08 |
| Particular | | | | | | | | | 1.10 | 0.16 |
| Constante | 0.00 *** | 0.00 | 0.00 *** | 0.00 | 0.00 *** | 0.00 | 0.00 *** | 0.00 | 0.00 *** | 0.00 |
| N | 22,184 | | 22,184 | | 22,184 | | 22,184 | | 22,184 | |
| APV | 338,774 | | 338,774 | | 338,774 | | 338,774 | | 338,774 | |
| GL | 3 | | 8 | | 15 | | 19 | | 23 | |
| Devianza | 18,505 | | 18,253 | | 18,076 | | 18,048 | | 18,032 | |
| BIC | 18,536 | | 18,333 | | 18,226 | | 18,238 | | 18,262 | |

p* < 0.10, p** < 0.05, p*** < 0.01

¹ Los métodos tradicionales no tienen lugar de obtención.

Nota 1: Las razones de momios se refieren a $y = p(\text{falla}) / (1 - p(\text{no falla}))$.

Nota 2: Los errores estándar se calcularon para $p < 0.05$.

○ Efecto mayor que en 1989-1997.

□ Efecto menor que en 1989-1997.

Nota 3: El cambio en los efectos de los Modelos 5 en cada periodo se identifica con una prueba de diferencias entre sus estimadores β . Esta prueba puede realizarse porque ambas muestras son independientes.

Fuente: Estimaciones propias con base en la ENADID 2009.

Cuadro 4.6: Modelo de análisis de sobrevivencia en tiempo discreto para explicar el cambio en la falla del primer método anticonceptivo entre los periodos 1989-1997 y 2001-2009

| Variables | Modelo 6 | |
|---------------------------------------|-------------------|-----------|
| | Razones de Momios | Err. Est. |
| Tiempo de uso (en meses) | | |
| t(0,1) | 2.09 *** | 0.18 |
| t(1-24) | 0.97 *** | 0.00 |
| Periodo de observación | | |
| 1989-1997 (referencia) | | |
| 2001-2009 | 0.90 | 0.25 |
| Método | | |
| DIU (referencia) | | |
| Pastillas | 1.98 *** | 0.17 |
| Inyecciones | 2.01 *** | 0.24 |
| Condón masculino | 3.35 *** | 0.34 |
| Tradicional | 4.03 *** | 0.44 |
| Otro | 4.56 *** | 1.04 |
| Edad | | |
| 30 o más años (referencia) | | |
| 12- 19 años | 1.76 *** | 0.18 |
| 20-24 | 1.43 *** | 0.14 |
| 25-29 | 1.18 * | 0.12 |
| Número de hijos | | |
| 3 hijos o más (referencia) | | |
| 0 hijos | 2.03 *** | 0.21 |
| 1 hijos | 1.19 * | 0.11 |
| 2 hijos | 0.92 | 0.10 |
| Situación conyugal | | |
| Alguna vez unidas (referencia) | | |
| | 1.09 | 0.07 |
| Localidad de residencia | | |
| Urbana (referencia) | | |
| Rural | 0.98 | 0.07 |
| Lengua indígena | | |
| No hablante (referencia) | | |
| Hablante | 0.84 * | 0.06 |
| Escolaridad | | |
| Bach. o más (referencia) | | |
| Secundaria o menos | 1.13 ** | 0.09 |
| No asiste (referencia) | | |
| Asiste | 0.71 *** | 0.06 |
| Lugar de obtención¹ | | |
| IMSS (referencia) | | |
| ISSSTE | 0.85 ** | 0.10 |
| SSA | 1.10 | 0.09 |
| Farmacia | 0.68 *** | 0.07 |
| Particular | 0.85 | 0.14 |

(Continúa)

(Cuadro 4.6, continuación)

| Variables | Modelo 6 | | |
|---|-------------------|-----------|---|
| | Razones de Momios | Err. Est. | Razones de Momios del cambio entre periodos |
| Método x periodo | | | |
| Diu*1989-1997 (referencia) | | | |
| Pastillas*2001-2009 | 1.06 | 0.14 | 0.95 |
| Inyecciones*2001-2009 | 0.64 *** | 0.11 | 0.58 *** |
| Condón*2001-2009 | 0.53 *** | 0.08 | 0.48 *** |
| Tradicional*2001-2009 | 0.88 | 0.12 | 0.79 |
| Otro*2001-2009 | 0.20 *** | 0.06 | 0.18 *** |
| Edad x periodo | | | |
| 30 o más*1989-1997 (referencia) | | | |
| 12-19*2001-2009 | 1.56 *** | 0.24 | 1.40 *** |
| 20-24*2001-2009 | 1.30 * | 0.19 | 1.16 * |
| 25-29*2001-2009 | 1.18 | 0.18 | 1.06 |
| Número de hijos x periodo | | | |
| 3 o más hijos (referencia) | | | |
| 0 hijos*2001-2009 | 0.64 *** | 0.10 | 0.57 *** |
| 1 hijos*2001-2009 | 0.72 ** | 0.11 | 0.65 ** |
| 2 hijos*2001-2009 | 0.92 | 0.15 | 0.83 |
| Situación conyugal x periodo | | | |
| Alguna vez unidas*1989-1997 (referencia) | | | |
| Solteras*2001-2009 | 0.77 *** | 0.08 | 0.69 *** |
| Localidad de residencia x periodo | | | |
| Urbanas*1989-1997 (referencia) | | | |
| Rurales*2001-2009 | 0.89 | 0.09 | 0.80 |
| Escolaridad x periodo | | | |
| Bachillerato o más*1989-1997 (referencia) | | | |
| Secundaria y menos*2001-2009 | 1.00 | 0.09 | 0.89 |
| Habla indígena x periodo | | | |
| No hablantes*1989-1997 (referencia) | | | |
| Hablantes*2001-2009 | 1.03 | 0.18 | 0.92 |
| Lugar de obtención x periodo | | | |
| IMSS*1989-1997*1989-1997 (referencia) | | | |
| ISSTE*2001-2009 | 1.21 * | 0.16 | 1.09 * |
| SSA*2001-2009 | 1.26 | 0.25 | 1.13 |
| Farmacia*2001-2009 | 1.21 * | 0.17 | 1.08 * |
| Particular*2001-2009 | 1.29 | 0.29 | 1.15 |
| Constante | 0.00 *** | 0.00 | 0.00 *** |

p* < 0.10, p** < 0.05, p*** < 0.01

¹ Los métodos tradicionales no tienen lugar de obtención.

Nota 1: Los momios se refieren a $y = p(\text{falla}) / (1 - p(\text{no falla}))$

Nota 2: Los errores estándar se calcularon para $p < 0.10$.

○ Efecto mayor que en 1989-1997.

□ Efecto menor que en 1989-1997.

Fuente: Estimaciones propias con base en la ENADID 2009.

Conclusiones

La historia anticonceptiva recolectada en la ENADID 1997 y 2009 ofrece una magnífica oportunidad para analizar las tendencias de la falla anticonceptiva a través del tiempo, específicamente conocer su evolución desde la década de los noventa hasta los primeros años del nuevo siglo. Periodos en los cuales los programas de salud reproductiva enfrentaron acontecimientos coyunturales, como la descentralización de la Secretaría de Salud (SSA) ocurrida en 1991, hecho que provocó desabasto sistemático de anticonceptivos en algunas entidades federativas; la incorporación de la planificación familiar al enfoque de salud reproductiva en 1994, que dejó de lado la anticoncepción al centrarse en otras prioridades como el VIH y el cáncer cervico-uterino y de mama; y finalmente, la falta de prioridad hacia la salud reproductiva durante los sexenios panistas, hechos que en conjunto han contribuido a limitar los avances en salud reproductiva en años recientes. Del análisis de la falla anticonceptiva en estos contextos surgen varias conclusiones y reflexiones que se resumen a continuación.

Los resultados empíricos muestran que el método elegido por las personas se encuentra altamente relacionado con la ocurrencia de un embarazo no intencional; del mismo modo, las características demográficas como la edad, el número de hijos y la situación conyugal también juegan un rol determinante en la ocurrencia de este fenómeno. Por su parte, factores sociales como el lugar de residencia habitual y la condición de habla indígena, al igual que lo encontrado en otros estudios, no muestran tener una relación con el riesgo de falla anticonceptiva; sin embargo, la escolaridad en México sí juega un papel importante.

Los resultados que surgen tanto de la técnica de tabla de vida como del análisis multivariado de sobrevivencia señalan que los métodos modernos como el DIU, las inyecciones, las pastillas y los condones tienen una tasa consistentemente menor de falla que los métodos tradicionales como el ritmo y el retiro, y que en particular el DIU tiene la tasa más baja de falla, lo cual se asocia a las características intrínsecas del método, que una vez colocado funciona por sí solo y no requiere de la acción de la usuaria. Al tomar al DIU como referencia por tener el nivel más bajo de falla y por no haber presentado variaciones en su riesgo entre los dos periodos de análisis, se observa una disminución importante de 62 % en el riesgo de falla del condón entre los dos periodos de análisis. A su vez, las inyecciones han disminuido su prevalencia de falla entre 1989-1997 y 2001-2009 en 42 % respecto al dispositivo. Resalta el hecho de que las pastillas tampoco sufrieron disminuciones en el

tiempo sobre su riesgo de embarazo no intencional.

La investigación llevada a cabo permite observar, que a pesar del menor énfasis en los programas de salud reproductiva en los últimos años, la falla en general disminuyó de forma importante, pasando de una tasa de 8.7 a 6.1 embarazos no planeados por cada 100 usuarias en el primer año de uso, lo que representa una disminución significativa de aproximadamente 32 % entre 1989-1997 y 2001-2009, con lo que se puede rechazar la hipótesis que se planteó en sentido contrario. Sin embargo, la evidencia empírica señala que aunque existen reducciones importantes en los riesgos de todos los grupos poblacionales, algunos grupos como los más jóvenes y en particular los adolescentes se encuentran en una situación que los desfavorece, ya que en estas personas se concentran los mayores riesgos asociados a la ocurrencia de un embarazo no planeado, pero además en el último periodo en análisis este riesgo se incrementó de manera significativa, en un 40 % para las adolescentes y en un 16 % para las mujeres de 20 a 24 años.

En los demás grupos de interés las brechas han disminuido, e incluso las mujeres indígenas y las rurales parecen presentar riesgos menores de falla que sus contrapartes, lo cual dado el nivel de mujeres en estos grupos con necesidad insatisfecha de anticoncepción (19.5 % y 21.5 % para mujeres rurales e indígenas, respectivamente) podría pensarse que el grupo de mujeres que usa anticoncepción es un grupo selecto donde probablemente una alta proporción de éstas se encuentren adscritas a programas de desarrollo social como Oportunidades, dentro de los cuales se ofrecen servicios de planificación familiar, que a decir de las cifras podrían estar resultando muy efectivos, e incluso podría pensarse que en dichos programas se establecen medidas coercitivas dado el bajo nivel de falla anticonceptiva que prevalece. Por su parte, Garrison (1982) menciona también que este bajo nivel de falla podría atribuirse a la subdeclaración de embarazos no deseados en estos grupos.

Del mismo modo, se observa que las usuarias que obtuvieron su método por primera vez en una farmacia son las que tienen menor prevalencia de falla, mientras que los demás lugares de obtención presentan riesgos mayores, resaltando en el último periodo la SSA como la fuente de obtención con mayor riesgo de embarazo no intencional. Del mismo modo, aunque la farmacia se mantiene como el lugar con la menor prevalencia de falla en los dos periodos analizados, el riesgo de las personas que consiguen sus métodos en estos establecimientos se ha incrementado en un 8 % entre 1989-1997 y 2001-2009, lo que habla de una inminente necesidad de implementar acciones que permitan el abasto de métodos anticonceptivos en los servicios públicos, de modo que la población acuda a estos servicios a cubrir sus necesidades tanto de anticoncepción como de información sobre su uso correcto.

Otro resultado importante, es que en los últimos años el uso del condón como primer método anticonceptivo se incrementó de forma relevante, el análisis descriptivo muestra que su prevalencia pasó de 10.9 % en 1989-1997 a 28.7 % en 2001-2009, posicionándolo

como el método con la mayor prevalencia en en este último periodo; el DIU por su parte se coloca en segundo lugar con el 20.9 % de usuarias, seguido por las pastillas con 15.1 %. Al asociar estas prevalencias con la disminución en la falla anticonceptiva de forma general, pero que en particular se ha manifestado por una mayor efectividad en el uso del condón, se puede entonces concluir que los varones han sido actores importantes en esta disminución de la falla anticonceptiva. Sin embargo, este grupo de hombres que han aportado a una menor ocurrencia de embarazos no deseados o no planeados no se encuentran distribuidos uniformemente en todo el rango de edad, los resultados muestran que son parejas de las mujeres mayores de 24 años, pues los grupos de mujeres adolescentes y en edades entre 20 y 24 años son los que presentaron aumentos significativos en sus tasas de falla entre los dos años; es decir entre estos grupos de edad no existe un uso correcto y consistente del preservativo.

Del mismo modo, no se debe dejar de considerar que posiblemente este aumento en el uso del condón y el aumento en su efectividad, tenga que ver también con una mayor exigencia de su uso por parte de las mujeres, quiénes presentan cada vez una mayor permanencia en la escuela y una mayor inserción a la actividad laboral y por tanto cuentan con una mayor motivación y conocimiento para evitar embarazos. Reflejo de esto, son los resultados de los modelos multivariados, en donde se evidencia que las mujeres que asisten a la escuela tienen 33 % menor prevalencia de embarazo no intencional que aquéllas que no se encuentran cursando estudios, y las mujeres que cuentan con mayor escolaridad tienen 10 % menos propensión de falla anticonceptiva que las menos escolarizadas.

Los resultados presentados hablan de necesidades insatisfechas de anticoncepción entre la población en edad reproductiva, pues éstas se manifiestan no sólo en las mujeres fértiles que no desean tener más hijos y no usan métodos anticonceptivos, sino también en aquéllas personas que los usan y no logran alcanzar su objetivo de limitar o espaciar su fecundidad, ya sea por falta de conocimientos o por no tener a la mano métodos más eficaces. En este sentido, incluso las personas que se encuentran usando métodos modernos están expuestas a un nivel importante de falla anticonceptiva, si el uso no se realiza de forma correcta y consistente, lo cual puede llevarlas a embarazos no planeados o no deseados con posibles consecuencias negativas, tanto en su vida como en la de sus hijos.

Con base en estos resultados y siguiendo el marco de derechos reproductivos, en el que se establece que toda persona tienen derecho a tener relaciones sexuales sin miedo a un embarazo o a contraer enfermedades de transmisión sexual, se evidencia que aún es necesario implementar acciones para garantizar el pleno disfrute de estos derechos en toda la población. En este sentido, se advierte la necesidad de reforzar los programas de salud reproductiva enfocándolos no sólo en alentar a la población a usar métodos anticonceptivos, sino también en proporcionar mayor información sobre el uso correcto y consistente de los métodos modernos, y en particular alertar sobre el riesgo adicional que implica el uso de métodos tradicionales como el ritmo y el retiro en la ocurrencia de

un embarazo no deseado. Estas acciones deben reforzarse principalmente en los jóvenes, quiénes son el grupo en el que se concentra el mayor riesgo de falla anticonceptiva, pero también en los menos escolarizados y sin hijos, dada la fuerte relación encontrada entre la falla y estas variables. Por su parte, los servicios de salud reproductiva deben propiciar un entorno más adecuado a las necesidades de los jóvenes, proporcionándoles un servicio de mayor calidez que les genere un entorno de confianza, ofreciéndoles una mayor variedad de los métodos preferidos en estas edades y una orientación que les permita no sólo protegerse del embarazos sino también de ETS.

Si bien es cierto que los resultados muestran que el descenso en la falla anticonceptiva ha sido resultado de una mayor y mejor participación de los hombres, esto no ha estado para nada vinculado con una mayor atención de los programas de salud reproductiva hacia ellos, ya que tradicionalmente estos programas han estado enfocados a las mujeres, ignorando que los hombres son una parte primordial de la reproducción, e incluso dejando de lado sus propias necesidades en cuanto a salud reproductiva. Los resultados muestran que este momento representa una oportunidad única para virar los objetivos de los programas hacia una inclusión real de los varones, aprovechando la alta motivación que muestran en participar en las decisiones de la vida reproductiva, y que se manifiesta por la alta prevalencia de uso de preservativos.

Una vez que en México se han alcanzado altas cifras de prevalencia anticonceptiva, es necesario replantear los indicadores tradicionales para medir el éxito de los programas de planificación familiar. Además de una alta cobertura de métodos anticonceptivos, es necesario analizar otros aspectos a mayor profundidad, como el conocimiento efectivo que tiene la población sobre el uso adecuado de estos métodos y que apenas se ha incluido recientemente en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003. Del mismo modo, es importante considerar como un indicador de la calidad de los programas de salud reproductiva a la efectividad con que se usan los anticonceptivos entre los diversos grupos poblacionales, información que proporcionan las encuestas referentes al tema desde la década de los setenta y que recientemente ha sido poco analizada. Ambos indicadores deberían ser considerados como básicos para evaluar la calidad de los programas de salud reproductiva si se pretende seguir avanzando en este ámbito.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, las encuestas disponibles dejan de lado muchos aspectos que se establecen en el marco teórico en relación con la falla anticonceptiva. Ejemplo de esto, es que la encuesta no incluye aspectos psicosociales que intervienen en este fenómeno, por lo cual el análisis realizado en esta investigación es sólo una aproximación al objeto de estudio, ya que no se puede describir totalmente pues no se cuenta con información que represente en su totalidad los factores que intervienen en el uso correcto de un método anticonceptivo. En este sentido, una necesidad apremiante es contar con información no sólo sobre las características sociodemográficas y las percepciones de las mujeres que utilizan anticonceptivos y que se enfrentan a una falla, sino también de sus

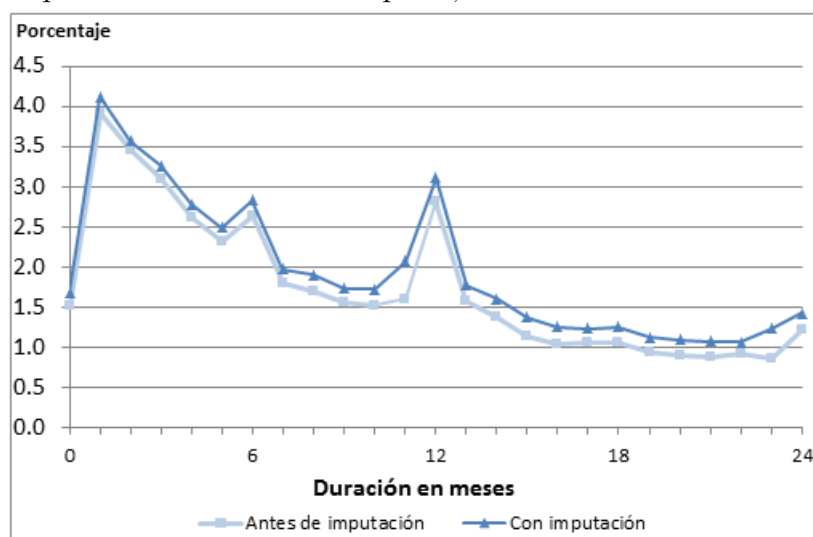
parejas, información relevante para tener una perspectiva completa de este fenómeno.

Otra limitación importante que es pertinente resaltar, es que aunque la encuesta incluye información sobre la calidad de los servicios de anticoncepción recibidos, éstas preguntas sólo se realizan a aquéllas mujeres que se encuentran usando un método en el momento de la encuesta, y que por tanto, no han tenido un embarazo no planeado, pues de lo contrario habrían dejado de usarlo. De este modo, no se tiene información sobre la calidad de los servicios para aquéllas mujeres que sí han presentado una falla anticonceptiva, por lo cual no se puede relacionar directamente la calidad de la atención de los servicios de salud reproductiva con la falla.

Como recomendaciones para futuros estudios, se advierte la necesidad de analizar la falla anticonceptiva en distintos contextos geográficos. Existe evidencia de que el grado de marginación juega un papel esencial en cuanto al acceso y calidad de los servicios de salud que reciben las personas. De este modo, analizar la falla por grupos de entidades federativas establecidas de acuerdo a su grado de marginación, daría luz sobre los estados de la República con mayores problemas en cuanto al uso efectivo de métodos anticonceptivos, y en las que es necesario reforzar las estrategias de los programas de planificación familiar. También se identifica la necesidad de indagar no sólo sobre la falla en el uso del primer método anticonceptivo, sino sobre la falla de los métodos en general. Además, es necesario conocer sobre las otras dinámicas anticonceptivas, como el cambio hacia otro método o el abandono definitivo de éstos, ya que la intermitencia en el uso de métodos anticonceptivos es también un factor fundamental en la ocurrencia de embarazos no intencionales.

Anexo I. Imputación de las fechas de inicio y de fin del uso del primer método anticonceptivo

Gráfica 4.10: México. Distribución de las duraciones de uso a partir de las fechas de inicio y fin de uso del primer método anticonceptivo, ENADID 2009



Fuente: Estimaciones propias con base en la ENADID 2009.

Referencias

- Ali, Mohamed y John Cleland (1995), "Contraceptive discontinuation in six developing countries: A cause specific analysis", *International Family Planning Perspectives*, vol. 21, núm. 3, pp. 92-97.
- Allen-Leigh, Betania, Aremis Villalobos-Hernández, María I. Hernández-Serrato, Leticia Suárez, Elvia de la Vara, Filipa de Castro, y Raffaella Schiavon-Ermani (2013), "Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México, México, *Salud Pública de México*, vol. 55, sup. 2, pp. S235-S240.
- Aparicio, Ricardo (1982), "Análisis del uso-efectividad de los métodos anticonceptivos", tesis de licenciatura en Actuaría, México, ENEP Acatlán, UNAM.
- Aparicio, Ricardo (1993), "Continuidad en la práctica anticonceptiva en México: Cambios recientes", en Juan Guillermo Figueroa (coomp.), *El entorno de la regulación de la fecundidad en México*, México, SSA.
- Bertrand, Jane, Robert J. Magnani, y James C. Knowles (1994), *Handbook of indicators for family planning program evaluation*, Chapel Hill, NC.
- Black, Kirsten I., Sunanda Gupta, Angela Rassi y Ali Kubba (2010), "Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 24, pp. 443-455
- Blank, Ann K., Amy O. Tsui, Trevor N. Croft y Jamie L. Trevitt (2010), "Patrones y tendencias en el uso y discontinuación de anticonceptivos por adolescentes en países en desarrollo y comparaciones con mujeres adultas", *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2010, pp.22-30.
- Bongaarts, John y Robert G. Potter (1983), *Fertility, biology and behavior*, Londres, Academic Press Inc., 1983.
- Cleland, Jhon y Mohamed Ali (2004), "Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries", *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, vol. 104, núm. 2, pp. 314-320.
- Cobliner, W. Godfrey, Harold Schulman y Viviane Smith (1975), "Dynamics of contraceptive failures", *The Journal of Psychology*, vol. 94, pp.153-162.
- Cobliner, W. Godfrey, Harold Schulman y Viviane Smith (1976), "Patterns of contraceptive failures: the rol of motivation re-examined", *Journal of Biosocial Science*, vol. 7, núm. 3, pp.307-318.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2013), "Día internacional de la planificación familiar" (Boletín de prensa), México, CONAPO.

- CONAPO (2005), *La fecundidad en México. Niveles y tendencias recientes*, Serie documentos técnicos, México, CONAPO.
- Cotten, Niki, John Stanback, Halima Maidouka, Joseph T., Taylor Thomas y Tom Turk (1992), “Early discontinuation of contraceptive use in Niger and The Gambia”, *International Family Planning Perspectives*, vol. 18, núm. 4, pp. 145-149.
- Curtis, Sián L. y Ann K. Blanc (1997), *Determinants of contraceptive failure, switching, and discontinuation: An analysis of DHS contraceptive histories*, Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Davis, Kingsley. y Judith Blake (1956), “Social Structure and Fertility: An analytical framework”, *Economic Development and Cultural Change*, vol. 4, núm. 3, pp. 211-235.
- El-Tawila, Sahar (1995), “Contraceptive use dynamics in Egypt” en M. Mahran, F.H. El-Zanaty y A.A. Way (eds.), *Perspectives on fertility and family planning in Egypt: Results of further analysis of the 1992 Egypt Demographic and Health Survey*, Calverton, Maryland: National Population Council (Egypt) y Macro International Inc.
- Entwisle, Barbara y Hussein A. A. Sayed (1991), “Estimation of use-failure rates for the pill and intrauterine device in Egypt: An assessment of life-table and current status approaches” en *Measuring the Dynamics of Contraceptive Use*, Nueva York, Naciones Unidas, pp. 97-110.
- Enülü, Tayfun y Bahar Güçiz Dogan (1996), “Contraceptive use dynamics in Turkey”, en A. Akin y M., Bertan, *Contraception, abortion, and maternal health services in Turkey: Results of further analysis of the 1993 Turkish Demographic and Health Survey*, Calverton, Maryland, Ministerio de Salud (Turquía) y Macro International Inc.
- Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C (2010), *Experiencia de fiscalización de acceso, abasto y uso de métodos anticonceptivos. Análisis desde la sociedad civil 2007-2010*, México, Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C.
- Fathonah, Siti (1996), “Contraceptive use dynamics in Indonesia”, *documento de trabajo de la DHS*, núm. 20. Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Ferraz, Elisabeth Anhel (1994), *Dinâmica do uso da anticoncepção na região nordeste do Brasil: uma análise de descontinuação, falha, e mudança de métodos com tábuas de mortalidade*, Seminário sobre a dinâmica da anticoncepção na América Latina. Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Goldman, Noreen, Anne R. Pebley, Charles F. Westoff y Lois E. Paul (1983), “Contraceptive failure rates in Latin America”, *International Family Planning Perspectives*, vol. 9, núm. 2, pp. 50-57
- Gómez, Myriam Ordóñez (1994), *La dinámica anticonceptiva en Colombia: Discontinuación del uso de métodos anticonceptivos, cambio y tasas de falla de los métodos*, seminario sobre la Dinámica Anticonceptiva en América Latina, Calverton, Maryland, Macro International Inc.

- Grady, W.R., M.D. Hayward y J. Yagi. (1986), “Contraceptive failure in the United States: Estimates from the 1982 survey of family growth”, *Family Planning Perspectives*, vol. 18, núm. 5, pp. 200-209.
- Hammerslough, C. R. (1991), “Over- view”, en *Measuring the dynamics of contraceptive use*, reunión del grupo de expertos en la medición de la dinámica del uso anticonceptivo, Nueva York, Naciones Unidas.
- Hill, Reuben, Joseph M. Stycos, y Curt W. Back (1959), *The family and population control a Puerto Rican experiment in social change*, Chapel Hill, University of Nort Carolina Press.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática) (2010), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009, Metodología y tabulados básicos*, México, INEGI.
- Jain, Anrudh K. (1989), “Fertility reduction and the quality of family planning services”, *Studies in Family Planning*, vol. 20, núm. 1, pp. 1-16.
- Jejeebhoy, Shireen (1991), “Measuring contraceptive use failure and continuation: An overview of new approaches”, en *Measuring the Dynamics of Contraceptive Use*, Nueva York, Naciones Unidas, pp. 21-51.
- Jones, Elise F. y J.D. Forrest (1992), “Contraceptive failure rates based on the 1988 NSFG”, *Family Planning Perspectives*, vol. 24, núm. 1, pp. 12-19.
- Jones, Elise F., Lois Paul y Charles F. Westoff (1980), “Contraceptive efficacy: The significance of method and motivation”, *Studies in Family Planning*, vol. 11, núm. 2, pp. 39-50.
- Juárez, Fátima, Susheela Singh, Isaac Maddow-Zimet y Deirdre Wulf (2013), *Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias*, México, Guttmacher Institute y el Colegio de México.
- Leridon, Henry (1977), *Human fertility: The basics components*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Lerner, Susana (2009), “Salud reproductiva”, en *Foro nacional. Las políticas de población en México. Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población, 2008-2012*, México, Consejo Nacional de Población, pp. 87-90.
- Lerner, Susana e Ivonne Szasz (2003), “La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción”, México, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 18, núm. 2, vol. 53, pp. 299-352.
- Lerner, Susana y André Quesnel (1994), “Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México”, en Francisco Alba y Gustavo Cabrera, (comps.), en *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, pp. 85-117.

- Melián, María Mercedes (1994), *La dinámica del uso de la anticoncepción en Paraguay: Un análisis de discontinuación, falla, y cambio de métodos con tablas de vida*, Seminario sobre la Dinámica Anticonceptiva en America Latina, Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Mendoza, Doroteo, María F. Hernández y Jorge A. Valencia (2011), “Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana”, en Conapo, en *La Situación Demográfica de México 2011*, México, Conapo, pp. 41-63.
- MEXFAM (2011), “Necesidad de acceso a la planificación familiar en México como un derecho fundamental” (folleto), *MEXFAM*, México, pp.1-2.
- Mitra, S.N. y Ahmed Al-Sabir (1996), “Contraceptive use dynamics in Bangladesh”, *documento de trabajo de la DHS*, núm. 21, Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Mojarro-Dávila, Octavio, y Doroteo Mendoza-Victorino (2007), “Tendencias y cambios determinantes en las políticas de anticoncepción en México y el mundo: ¿qué hemos logrado y a dónde se pretende llegar?”, México, *Salud Pública de México*, vol. 49, pp. E238-E240.
- Moreno, Lorenzo (1993), “Differences by residence and education in contraceptive failure rates in developing countries”, *International Family Planning Perspectives*, vol. 19, núm. 2, pp. 54-60+71.
- Moreno, Lorenzo y Noreen Goldman (1991), “Contraceptive failure rates in developing countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys”, *International Family Planning Perspectives*, vol. 17, núm. 2, pp. 44-49.
- OMS (Organización mundial de la Salud) (2011), *Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores*, Nueva York, OMS.
- Padilla, Alberto (1994). *La dinámica del uso de la anticoncepción en el Perú: Un análisis de discontinuación, falla, y cambio de métodos*, Seminario Sobre La Dinámica Anticonceptiva en America Latina. Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Palma, Yolanda y José Luis Palma (2007), “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos”, en Ana María Chávez, Patricia Uribe y Yolanda Palma (coords.), en *La salud reproductiva en México, Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, México, Secretaría de Salud, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, pp. 115-122.
- Pérez, Aurora E. y Tita L. Tabije (1996), “Contraceptive discontinuation, failure and switching behavior in the Philippines”, *documento de trabajo de la DHS*, núm. 18, Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Polanco, Juan José (1994), *La dinámica del uso de la anticoncepción en la Republica Dominicana: Un análisis de discontinuación, falla, y cambio de métodos con tablas de vida*, seminario Sobre La Dinámica Anticonceptiva en America Latina, Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Rodríguez, Ruth (2013), “La planificación familiar se perdió en los últimos sexenios”, *El Universal*, pp. 1, 8, 9.

- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (1997), “Dentro del laberinto: Salud reproductiva y sociedad”, México, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 12, núms. 1-2 (34-35), pp.11-68.
- Sambisa, William (1996), *Contraceptive use dynamics in Zimbabwe: Discontinuation, failure and switching*, en *Zimbabwe Further Analysis*, Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Sedgh, Gilda, Clémentine Rossier, Idrissa Kaboré, Akinrinola Bankole, Meridith Mikulich (2011) “Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies”, *Studies in Family Planning*, núm. 42, vol. 3, pp. 147-154.
- Singh, Susheela, Deirdre Wulf, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole y Gilda Sedgh (2009), *Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual*, Nueva York, Guttmacher Institute.
- Steele, Fiona, Sian L. Curtis y Minja Choe (1999), “The impact of family planning service provision on contraceptive-use dynamics in Morocco”, *Studies in Family Planning*, vol. 30, núm. 1, pp. 28-42.
- Tietze, Christopher y Sara Lewit (1968), “Statistical evaluation of contraceptive methods: Use-effectiveness and extended use-effectiveness”, *Demography*, vol. 2, núm. 5, pp. 931-940.
- Trussell, James (2004), “Contraceptive failure in the United States”, *Contraception*, vol. 70, pp. 89–96.
- Trussell, James (2009), “Understanding contraceptive failure”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 23, pp. 199–209.
- Trussell, James (2011), “Contraceptive failure in the United States” (artículo revisado), *Contraception*, vol. 83, pp. 397–404.
- Trussell, James y Barbara Vaughan (1999), “Failure, method-related discontinuation and resumption of use: Results from the 1995 National Survey of Family Growth”, *Guttmacher Institute*, vol. 31, núm. 2, pp. 64-72+93.
- Uribe, Patricia (2011), “Necesidad de visibilizar la planificación familiar”, en Doroteo Mendoza *et al.* (eds.), en *Prioridades y perspectivas de la anticoncepción en México. Contenidos para la acción: desde las instituciones públicas, la academia y la sociedad civil*, México, MEXFAM, pp. 37-42.
- Villagómez, Paloma, Victorino Mendoza y Jorge A. Valencia (2011), *Perfiles de salud reproductiva. República Mexicana*, México, CONAPO.