

Opciones de Métodos Anticonceptivos En los Países en Desarrollo

Por John Ross,
Karen Hardee,
Elizabeth
Mumford y
Sherrine Eid

John Ross es miembro principal y Karen Hardee es directora de investigaciones del POLICY Project, y Sherrine Eid es analista de investigaciones de corporaciones, todos con The Futures Group International, Glastonbury, CT, EEUU. Elizabeth Mumford es una consultora independiente.

CONTEXTO: Para que todas las personas puedan disfrutar del uso del anticonceptivo de su elección, se debe tener a disposición una amplia gama de métodos. Las medidas de acceso todavía presentan serias limitaciones que afectan el uso de cada método. Los países difieren tanto con respecto al número de métodos que ofrecen como la disponibilidad de cada uno. Se necesita información acerca de la forma en que estos factores han cambiado a través del tiempo y sobre la manera en que han afectado el uso de anticonceptivos en general y de algunos métodos en particular.

MÉTODOS: Las pautas de uso de anticonceptivos se determinan en base a los datos obtenidos en las encuestas nacionales. Se miden los niveles de acceso a cuatro métodos (la píldora, el condón, el DIU y la esterilización femenina) de acuerdo con el porcentaje estimado de parejas para las cuales cada método se encontraba disponible en 1982, 1989, 1994 y 1999. El análisis se centra en la relación entre el acceso y las pautas de uso.

RESULTADOS: En los cuatro ciclos del estudio de esfuerzo del programa, la prevalencia media de los cuatro métodos aumenta de acuerdo con el acceso medio. Por ejemplo, la prevalencia media en 1994 y 1999 fue de cerca del 12% en los países donde el acceso era muy bajo, en comparación con el 44% en aquellos que ofrecían un acceso elevado. La prevalencia presentó su más alto nivel en los países donde el acceso a todos los métodos era uniformemente elevado. En 1994, por ejemplo, la prevalencia media fue del 12% en países donde la disponibilidad media era elevada pero la diversidad en la disponibilidad de determinados métodos era baja, en comparación con una prevalencia del 9% en los países donde la disponibilidad media era elevada y el acceso a determinados métodos variaba considerablemente. Entre 1982 y 1994, el número de países con un acceso uniformemente elevado aumentó de nueve a 23, en tanto que el número con acceso uniformemente bajo disminuyó de 23 a nueve. Donde las medias de disponibilidad eran más bajas, el condón y la píldora contribuyeron en mayor medida a la disponibilidad (40% y 36%, respectivamente), aunque cuando las medias eran elevadas, las contribuciones de los cuatro métodos se igualaron en 22–27% cada uno. La situación con respecto a la prevalencia es similar: el porcentaje que corresponde a la píldora al más bajo nivel es del 67%, en comparación con el 31% al más alto nivel, donde lo supera la esterilización femenina (36%).

CONCLUSIONES: En muchos países aún no se ha logrado disponer de una amplia gama de anticonceptivos. Esta carencia restringe el acceso de los individuos a cada método, así como el uso de los anticonceptivos en general. Hasta el punto en que optar por una protección anticonceptiva satisfactoria depende del fácil acceso a métodos múltiples, existe un claro mandato de prestar una mayor atención programática para contar con una amplia gama de métodos.

Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 2002, 20–28

El informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo emitió la siguiente directiva:

“Reconocer que los métodos apropiados para las parejas y las personas varían según la edad, el número de partos, la preferencia por el tamaño de la familia y otros factores, y velar por que mujeres y hombres tengan información sobre la mayor gama posible de métodos inocuos y eficaces de planificación de la familia y acceso a ellos, para que puedan tomar decisiones libres y bien informadas”.¹

No obstante, en la mayor parte de los países la realidad es muy diferente. La mayoría de los países ofrece solamente una limitada cantidad de opciones de métodos anticonceptivos y las parejas no pueden seleccionar el método que más conviene a sus necesidades reproductivas.² En realidad, los índices del esfuerzo de programas internacionales correspondientes a 1994 indicaron que un gran por-

centaje de personas en la mayoría de los países en desarrollo no tenían acceso inmediato a una *variedad* de métodos anticonceptivos.³ Las parejas prácticamente no tenían acceso a los DIU en 30 países, y no tenían acceso en absoluto a la esterilización femenina en 37 países y a los servicios de vasectomía en 61 países. Muchos países africanos presentaron bajos índices de acceso a casi todos los métodos. Cinco años después, en los índices calculados para 1999 correspondientes a 88 países, solamente el 65% de los países ofrecían la píldora a por lo menos la mitad de la población, el 54% proporcionaban el DIU, el 42% la esterilización femenina, el 26% la vasectomía y el 73% el condón.⁴

Hay pruebas sustanciales que indican que si se restringe la opción de métodos anticonceptivos, se limita la oportunidad que tienen las parejas de obtener un método que se adecue a sus necesidades, lo cual produce menores ni-

veles de prevalencia de uso anticonceptivo. Un estudio señaló que en Taiwán, cada método nuevo parecía incrementar la prevalencia existente, y ocurrieron casos similares de incrementos de uso en Corea del Sur, Tailandia y Hong Kong.⁵

Un segundo estudio reveló que al ampliar la gama de métodos anticonceptivos, se incrementaba la prevalencia general del uso anticonceptivo en Matlab, Bangladesh, donde la distribución de inyecciones en los hogares a principios de 1977 favoreció un aumento de la prevalencia de anticonceptivos del 7% al 20%; la introducción de servicios de tubectomía en 1978 ayudó a aumentar la prevalencia en 10 puntos porcentuales adicionales; y la oferta de la inserción del DIU a domicilio en 1981 aumentó aún más el nivel de prevalencia.⁶ Jain ha estimado que la adición amplia de un solo método a las opciones disponibles en un país podría relacionarse con un aumento de 12 puntos porcentuales en el nivel de prevalencia.⁷ Por detrás de estas cifras se encuentra un mayor número de parejas satisfechas, así como una menor cantidad de embarazos no planeados, de abortos inducidos y de nacimientos no deseados.

Este artículo está dedicado al tema de “la opción”, la cual en parte depende de la amplia disponibilidad de una variedad de métodos anticonceptivos. Analizamos el nivel general de uso y la diversidad de uso de métodos en relación con su disponibilidad. Si bien está fuera del ámbito de este artículo abordar importantes temas como el trato al cliente, los encargados de formular políticas y los planificadores deberían considerar dichos temas a la luz de la disponibilidad de métodos, cuyo estudio aquí se aborda.

DATOS Y METODOLOGÍA

Disponibilidad de métodos

Este artículo utiliza los índices de disponibilidad de métodos obtenidos en los estudios realizados en 1982, 1989, 1994 y 1999 de los programas nacionales de planificación familiar.⁸ En cada año, se midieron 30 características del esfuerzo del programa, inclusive algunas que consideraron la disponibilidad de métodos anticonceptivos a la población general. Cuatro métodos modernos que ofrecen los programas en gran escala—el condón, la píldora, el DIU y la esterilización femenina—están incluidos aquí. Se omiten otros, tales como el implante, las inyecciones y la vasectomía, porque los índices no se disponen de estimaciones independientes para dichos métodos o porque, en el caso del implante y la vasectomía, son muy bajos sus niveles de uso y disponibilidad.*

Uso de anticonceptivos

Se extraen los datos sobre el uso anticonceptivo de las encuestas nacionales, incluidas las Encuestas de Fecundidad Mundial (EFM), las Encuestas sobre Prevalencia Anticonceptiva (EPA) y las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS). El indicador clave es el porcentaje de mujeres que se encontraron usando cada método en el momento en que se realizó la encuesta, con base en las respuestas de mujeres en edad reproductiva, casadas o en unión (generalmente de 15–49 años). Disponer de datos de diversas encuestas

a través del tiempo y de un país determinado nos permite calcular el uso de anticonceptivos, según el método, en aproximadamente las mismas fechas que corresponden al índice del esfuerzo, mediante la interpolación entre las fechas de las encuestas o, en algunos casos, mediante la extrapolación de las tendencias históricas. La información sobre la prevalencia se relaciona con el uso para fines anticonceptivos; por lo tanto, es muy probable que el uso del condón para la protección de las enfermedades transmitidas sexualmente sea subestimado.

Medidas de disponibilidad

Seenta y cuatro países tenían información sobre los resultados del programa correspondientes a los tres años (1982, 1989 y 1994) e igualmente disponían de las estimaciones de la prevalencia anticonceptiva de las encuestas. (Estos 64 países son el lugar de residencia del 91% de todas las mujeres de 15–49 años que viven en los 110 países en desarrollo que cuentan con poblaciones de más de un millón de habitantes.) Solamente 47 países contaban igualmente con los datos del esfuerzo del programa y de las encuestas recientes de 1999; para ciertos análisis, combinamos los datos de 1994 y 1999, lo cual resulta en un total de 64 unidades de observación.

La disponibilidad de métodos—el porcentaje de la población que tenía fácil acceso a cada método anticonceptivo—se midió según los índices del esfuerzo del programa.[†] El porcentaje correspondiente a cada método se obtiene en base a las estimaciones de las personas entrevistadas residentes en los sectores urbano y rural; combinamos y ponderamos las dos poblaciones para obtener una cifra nacional.

La disponibilidad de métodos es bien diferente al uso de métodos: el condón, por ejemplo, puede ser de fácil acceso y gran disponibilidad, pero se lo usa muy poco; en realidad, el nivel del uso del condón para fines de planificación familiar ha sido muy bajo. Por otro lado, el porcentaje de mujeres que recurren a la esterilización puede alcanzar a una cifra significativa a través del tiempo, aunque su disponibilidad en un momento determinado puede ser modesta. El personal de programas que llenó el cuestionario del esfuerzo fue alertado para que no confundiera los factores de disponibilidad y uso real; les pidieron estimar el porcentaje de la población que tenía acceso a un método determinado, sin hacer referencia al porcentaje que podría estar utilizando un método.

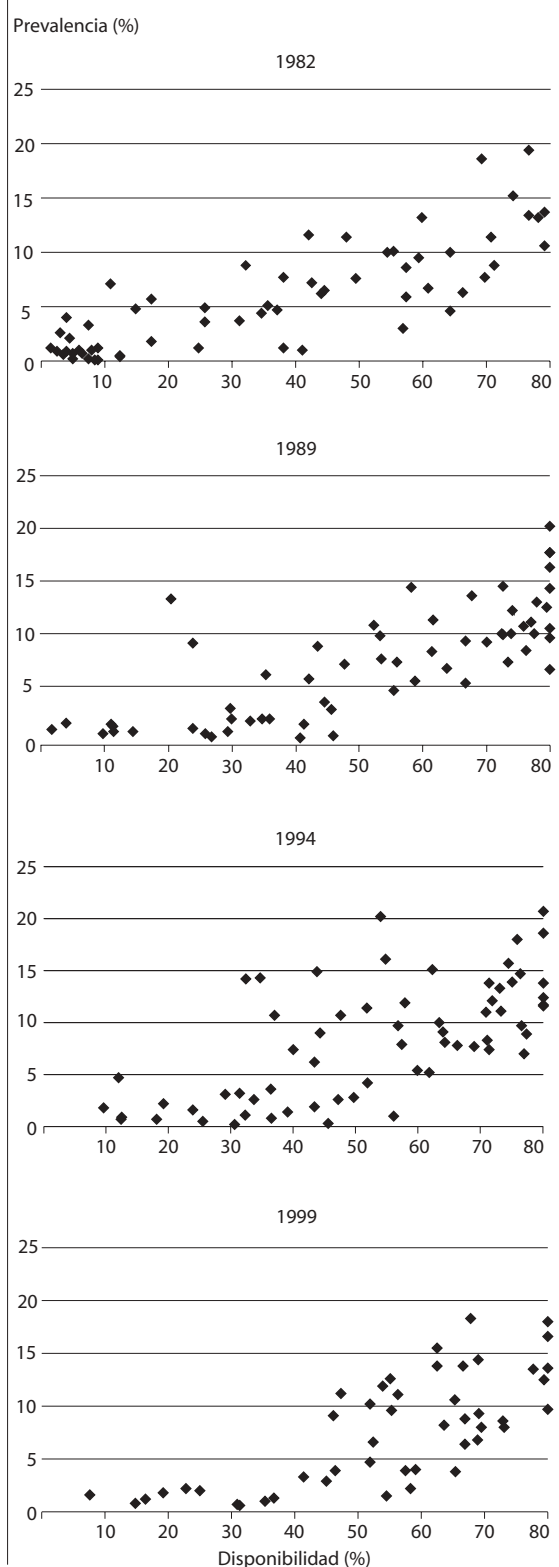
Enfoque analítico

En las secciones siguientes, examinamos la relación entre el acceso al método y su prevalencia mediante, en primer lugar, el resumen de las mejoras en la disponibilidad y la

*La inclusión de estos métodos tendería a fortalecer la relación entre la elección limitada y la baja prevalencia, aunque ya es evidente que la ausencia literal de métodos significa “no uso” y la presencia de muchos valores de casi cero oscurecería las correlaciones para los métodos más comunes.

[†]Se indicó a los entrevistados que el “acceso listo y fácil” significa no gastar más de un promedio de dos horas por mes para obtener el servicio o el método mismo, y que el costo de un mes de servicio o del abastecimiento del método debía ser inferior al 1% del salario mensual.

FIGURA 1. Prevalencia anticonceptiva media de cuatro métodos (la píldora, el condón, el DIU y la esterilización femenina), según la disponibilidad media, 1982–1999



prevalencia que ocurrieron a través del tiempo en cada región. A continuación, consideramos dicha relación mediante relacionar la prevalencia media con la disponibilidad media para todos los métodos; mediante relacionar la disponibi-

lidad y la prevalencia para cada método independiente; mediante relacionar la prevalencia en forma simultánea con ambos, el nivel y la diversidad de la disponibilidad de un método; y mediante la contribución relativa de cada método a ambos factores, la disponibilidad y la prevalencia a través del tiempo, sujetos al nivel general de disponibilidad.

RESULTADOS

Mejoras del acceso y prevalencia

Durante el período 1982–1999, el índice promedio de disponibilidad correspondiente a los cuatro métodos (el condón, la píldora, el DIU y la esterilización femenina) aumentó de 1,5 a 2,6, el equivalente de acceso al 30–52% de la población. También aumentó sustancialmente la disponibilidad de cada método, del 25% al 35% para la esterilización femenina, del 34% al 61% correspondiente a la píldora, del 26% al 50% para el DIU y del 34% al 63% para el condón.

Las diferencias regionales son considerables, con la mayor disponibilidad registrada en el Asia Oriental, y la menor en el África Subsahariana—especialmente los países francófonos. Las otras regiones están agrupadas en un nivel intermedio. El Asia Oriental logró un elevado nivel de disponibilidad desde el inicio del período de estudio, y luego se registraron pocos cambios; por otro lado, el África Subsahariana ha tenido mejoras recientes, aunque a niveles bastante bajos. Parece haber aumentado la disponibilidad del condón en mayor medida en el África que en América Latina, en tanto que la disponibilidad de la esterilización femenina parece haber registrado su mayor avance en América Latina.

Al igual que la disponibilidad, la prevalencia del uso de anticonceptivos ha aumentado sensiblemente durante las últimas décadas. El último estudio realizado por las Naciones Unidas (ONU), basado en encuestas que abarcan el 85% de la población de los países en desarrollo, indica que “casi todos los países menos desarrollados con datos de tendencias experimentaron un aumento del nivel de uso de anticonceptivos”.⁹ Durante un período promedio de 9,5 años, aumentó el uso en por lo menos un punto porcentual al año, o en 10 puntos por década, en más de los dos tercios de los países, y en dos puntos o más anualmente en el 11% de los países. Según la región, la estimación intermedia de la ONU es la más elevada para Asia Oriental (el 83% de las parejas usando un método), seguida de América Latina y el Caribe (66%), otras regiones del Asia (44%), África del Norte (42%) y África Subsahariana (14%).

Disponibilidad y prevalencia medias

En los cuatro ciclos del estudio del esfuerzo de programas (1982–1999), la prevalencia media y la disponibilidad media están relacionadas estrecha y positivamente (Figura 1). La relación persiste a medida que los países registran mejoras en ambas variables en cada uno de los cuatro ciclos—es decir, a medida que cambian hacia arriba y a la derecha. Este resultado es congruente con la hipótesis de que si hay más opciones para elegir—situación que se logra mediante un mayor acceso—esto conduce a que sea mayor el nú-

FIGURA 2. Prevalencia de uso de cuatro métodos (la píldora, el condón, el DIU y la esterilización femenina), según la disponibilidad media global y nivel global de prevalencia, 64 países, 1994 ó 1999

Disponibilidad media	Prevalencia media								Prevalencia media (N=64)
	Muy baja (N=16)		Baja (N=16)		Intermedia (N=16)		Elevada (N=16)		
	País	%	País	%	País	%	País	%	
Todos		6,2		22,4		39,5		58,6	31,7
Muy baja	Media	5,6	Media	18,8	Media	46,0	Media	0,0	11,5
	Benin	2,4	Irak*	18,8	Panamá*	46,0			
	Etiopía	2,8			Guyana*	46,0			
	Niger	3,2							
	Nigeria*	3,6							
	Malí	4,0							
	Madagascar	4,8							
	Uganda	5,2							
	Mauritania*	5,6							
	Camerún	6,4							
	Sudán	7,2							
	Malawi	8,0							
	Tanzania	8,8							
	Lesotho*	10,4							
Baja	Media	8,8	Media	18,9	Media	40,8	Media	59,6	32,2
	Haití	11,6	Siria*	23,6	Jordania	36,4	Egipto	47,6	
	Senegal	6,0	Zambia	13,2	El Salvador	44,8	Cuba*	80,8	
			Nepal	15,6	Zimbabwe	40,8	Jamaica	50,4	
			Kenya	18,8	Honduras	38,4			
			Guatemala	26,4	Ecuador	44,4			
			Pakistán	15,6					
Intermedia	Media	8,8	Media	20,8	Media	37,2	Media	58,4	39,5
	Ghana	8,8	Bolivia	16,0	Irán*	39,2	Kuwait*	48,4	
			Omán	15,2	India	32,8	Costa Rica	62,0	
			Filipinas	25,6	Marruecos	42,4	Vietnam	55,2	
			Indonesia	27,2	Turquía	35,2	Rep. de Corea	55,2	
					Sri Lanka	37,2	China	73,2	
							Rep. Dom.	57,6	
Elevada	Media	0,0	Media	28,4	Media	37,2	Media	58,1	43,6
			Perú	32,0	Mauricio*	35,2	Colombia	54,0	
			Malasia*	24,0	Paraguay	34,4	Tailandia	50,0	
			Bangladesh	32,0	Argelia	38,8	Brasil	66,4	
			Trinidad y Tobago*	31,2	Venezuela*	40,0	México	54,4	
			Botswana*	22,8			Singapur*	62,8	
							Taiwán	72,0	
							Túnez*	46,8	

*Datos de 1994.

mero de parejas que practiquen la anticoncepción, lo cual puede traducirse en una mayor satisfacción y un menor número de embarazos no deseados.

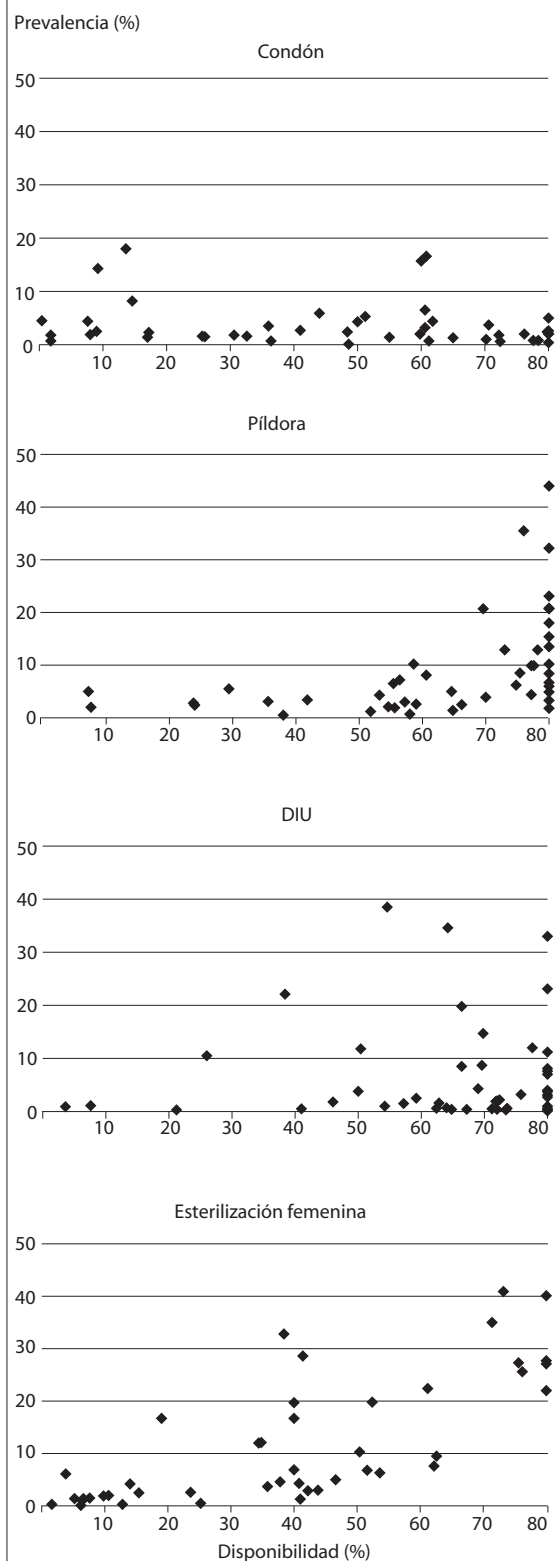
Los 64 países del estudio constan en la Figura 2, en la cual se clasifican de acuerdo con la disponibilidad media y la prevalencia media. La prevalencia general en los 64 países fue del 32%, la cual varía desde el 6% en los países de muy baja prevalencia hasta el 59% en las naciones de elevada prevalencia. (Estas cifras corresponden solamente a los cuatro métodos modernos incluidos en el estudio; por lo tanto, están más bajas que las prevalencias que corresponden a todos los métodos, incluidos los métodos tradicionales.) La prevalencia media aumentó con el acceso; fue de solamente el 12% en los países con un acceso muy limitado, en comparación con el 44% en los países con un acceso elevado.

Los datos de 47 países corresponden a 1999 y los de 17 países corresponden a 1994; como las tendencias en esos dos años eran muy similares, utilizamos el total de las 64

unidades de observación. Dividimos los 64 países en cuatro grupos de disponibilidad de igual tamaño, así como en cuatro grupos de prevalencia, también de igual tamaño; los dos juegos de grupos fueron clasificados en forma combinada. Este procedimiento coloca a 16 países en cada fila y en cada columna; si no había una relación entre la disponibilidad y la prevalencia, los países serían distribuidos en forma pareja en todas las células.

En realidad, la mayoría de los países se agrupan a lo largo de la diagonal de la figura, desde los valores muy bajos a los muy elevados en ambas características. Cincuenta y tres de los 64 países se encuentran ya sea en las células ubicadas directamente sobre la diagonal o en las cercanas; solamente 11 están en las células que se encuentran más lejos. No resulta sorprendente que la mayoría de los países en la célula de arriba a la izquierda (es decir, aquellos con muy baja prevalencia y muy baja disponibilidad) son del África Subsahariana, en tanto que la mayoría de los países en las

FIGURA 3. Prevalencia anticonceptiva, por disponibilidad, según método específico, 47 países, 1999



células más bajas a la derecha (aquellos con una elevada prevalencia y alta disponibilidad) son de América Latina y el Asia. Cuando se utilizan los valores originales de los promedios de disponibilidad y prevalencia, la correlación resulta en 0,41.

Para cada país, la prevalencia media correspondiente a los cuatro métodos modernos del estudio se encuentra igualmente en las células. Como se podría esperar, la prevalencia media es menor que las cifras publicadas, que corresponden a todos los métodos (incluidos los métodos tradicionales).¹⁰

Una interrogante es si los entrevistados que evaluaron la disponibilidad de cada método pudieran haber estado influenciados por sus impresiones de los niveles de prevalencia; si eso fuera el caso, la suposición de medidas independientes podría verse comprometida, y la correlación entre la disponibilidad y la prevalencia podría ser afectada. Sin embargo, en el cuestionario para medir el esfuerzo del programa, se impartieron instrucciones específicas que insistían en que las medidas de acceso no sean iguales a las del uso real, y que no se deben confundir estos dos componentes. Se les solicitó a los entrevistados que calcularan el porcentaje de la población que tenía acceso a cada método, sin tomar en cuenta el nivel de uso. Se les presentó individualmente cada método en una lista, con entradas independientes para los sectores rural y urbano.

Los datos de las EDS sobre el porcentaje de mujeres que conocen una fuente de acceso para un método determinado, ofrecen una revisión sobre la exactitud de la información sobre disponibilidad. Dicha medida del conocimiento es un indicador más objetivo, y el conocimiento de una fuente de un método determinado debería corresponder generalmente a la disponibilidad real del método. Algunos informes de EDS individuales no incluyen la información sobre las fuentes de métodos, aunque la misma está disponible en las cintas magnetofónicas de datos para 20 encuestas realizadas entre 1990 y 1993.¹¹

Las correlaciones correspondientes a 1994 entre la disponibilidad y el conocimiento de una fuente con respecto a los cuatro métodos son muy significativas—0,39 para la esterilización femenina y la píldora, y 0,47 para el DIU, pero sólo 0,10 para el condón. Cada correlación es más elevada cuando se utilizan los datos sobre disponibilidad de 1989 (0,43, 0,46, 0,65 y 0,17). Estas tendencias, en ambos años, constituyen un apoyo parcial a la utilidad de los índices sobre disponibilidad. Los resultados obtenidos entre un ciclo y otro han demostrado que hay congruencia en las relaciones, aun cuando han incrementado los índices del esfuerzo del programa.¹²

Dichas correlaciones reflejan necesariamente la realidad en cierta medida, porque el uso no puede existir si no hay acceso. El nivel de uso establece un nivel mínimo para lo que debe ser el acceso; además, el acceso a un método anticonceptivo siempre excede su uso, debido a que muchas parejas que podrían utilizar un método prefieren usar otros. El verdadero grado de relación entre el acceso y el uso de anticonceptivos probablemente es tanto oscurecido como destacado por cualquier falta de independencia entre las medidas. Los datos correspondientes a diferentes países son aportados por diversas personas entrevistadas, cuya información podría variar con respecto al nivel de acceso para cualquier nivel de uso conocido, con variaciones en

la brecha entre el uso y el acceso. Este proceso agregaría aún más confusión a los datos, atenuando así la verdadera relación; además, cualquier influencia de materiales de encuestas que no estén totalmente actualizados, oscurecería la relación en vez de inflarla. La suposición constante es de una estimación de acceso independiente, muy aparte del nivel de uso, y cualquier debilitamiento de esta suposición se considera pequeño en comparación con la dependencia preponderante del uso sobre el acceso.

Disponibilidad y prevalencia de métodos

Con excepción del condón, el uso de cada método es el más elevado en los casos en que sea elevada su disponibilidad. Por ejemplo, en los países con los niveles más elevados de uso de la píldora (36–44%), el nivel de disponibilidad es del 76–80%. De la misma manera, la prevalencia más elevada de la esterilización femenina (35–41%) se encuentra en los países donde el 71–80% de la población tiene acceso al método.

Las tendencias contenidas en la Figura 3 reflejan una aglomeración de algunos países al valor máximo de disponibilidad—al 80–100% de la población. La Figura 3 se limita al año 1999; en años anteriores, las tendencias eran similares, aunque los países se encontraban aglomerados en valores inferiores tanto de disponibilidad como de prevalencia.* Con excepción de los resultados correspondientes al condón, este examen de la disponibilidad y la prevalencia con respecto a métodos específicos, apoya los resultados indicados en la Figura 1 para las medias de disponibilidad y prevalencia correspondientes a los cuatro métodos juntos.

La prevalencia relacionada con la disponibilidad

Cuando el nivel de disponibilidad media se encuentra en el punto intermedio de la escala, la diversidad (variación) entre los métodos puede ser tanto grande como pequeña. Es decir, la misma media puede resultar si los cuatro métodos se encuentran igualmente disponibles o si hay una variación entre ellos (por ejemplo, con dos a niveles elevados y dos a niveles bajos). En el primer caso, parte de la población tiene el acceso básico a los cuatro métodos; en el segundo caso, la población tiene más acceso a dos métodos, pero menos a los otros dos. Asimismo, dependiendo de la forma en que los diversos métodos sean distribuidos geográficamente, el acceso a determinados métodos puede variar entre los diferentes subgrupos, como se observa entre las residentes de zonas urbanas que viven cerca de los lugares de expendio de métodos tales como el DIU y la esterilización, y entre las residentes rurales que reciben servicios de programas que ofrecen la píldora y el condón.

Aquí analizamos la forma en que la prevalencia se relaciona con la interacción del nivel y la diversidad de la disponibilidad, cuando la diversidad se mide de acuerdo con la desviación estándar de los cuatro métodos. Comenzamos por comparar los países que presentan una disponibilidad media baja para los cuatro métodos, con aquellos países que presentan una disponibilidad media elevada. La situación preferida es que haya una disponibilidad media relativamente

CUADRO 1. Prevalencia anticonceptiva media en 64 países, por disponibilidad media y año, según desviación estándar de la disponibilidad

Disponibilidad media y año	Desviación estándar			
	Elevada		Baja	
	Prev. media	No. de países	Prev. media	No. de países
Elevada				
1982	8,3	23	10,9	9
1989	9,3	10	11,5	22
1994	9,1	9	11,8	23
Baja				
1982	4,0	9	1,9	23
1989	4,1	22	2,3	10
1994	6,2	23	3,6	9

Nota: Los datos corresponden a cuatro métodos—la píldora, el condón, el DIU y la esterilización femenina.

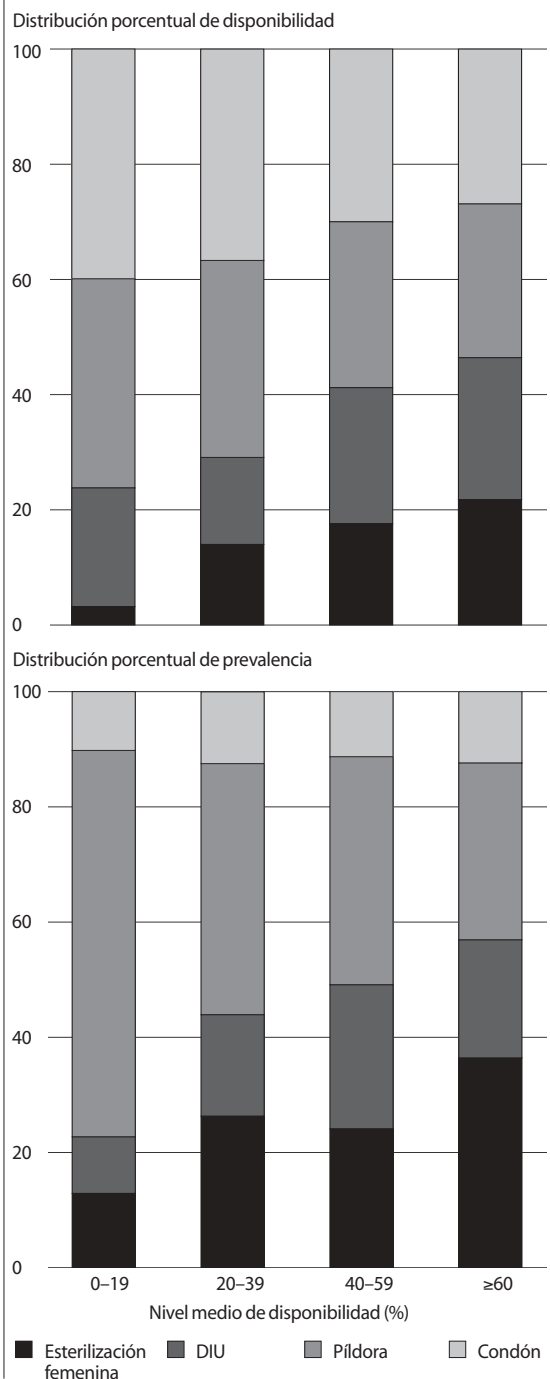
elevada y una desviación estándar baja, lo cual significa que todos los métodos son de acceso fácil y uniforme. El caso inverso es la combinación desafortunada de tener una disponibilidad media baja y una desviación estándar también baja, indicando así que todos los métodos están uniformemente inaccesibles. Se espera que la prevalencia anticonceptiva sea muy elevada en el primer caso y muy baja en el segundo. (Obsérvese que una disponibilidad media muy elevada o muy baja puede ocurrir solamente con una desviación estándar muy baja, porque la diversidad entre los métodos descarta las medias extremas.)

Para que las parejas disfruten de poder elegir un método, deben tener fácil acceso a una variedad de anticonceptivos; en ese caso, cada método tendrá en la población su propio subgrupo de usuarias. Esta situación, a su vez, logrará que haya una prevalencia considerable para cada método, y también para todos los métodos en conjunto, puesto que la mayoría de las parejas podrían elegir un método que se ajuste al momento que están viviendo y a sus necesidades de salud reproductiva (y que refleja su experiencia con otros métodos).

Para comprobar este concepto, creamos un cuadro de dos-por-dos en el cual la media de la disponibilidad de anticonceptivos de un país se clasifica de tanto baja como elevada, y la desviación estándar también se clasifica de igual manera (Cuadro 1). Utilizamos datos correspondientes a 1982, 1989 y 1994, porque un mayor número de países (64) ofrece más estabilidad que el número correspondiente a 1999 (47). Para cada año, los 64 países se dividen en forma pareja por encima y por debajo de la mediana de disponibilidad; este procedimiento se repite utilizando la mediana de la desviación estándar, de manera que se puedan equilibrar los números de observaciones. Esto ubica a 32 países en cada fila, por año, y a 32 países en cada columna, por año. Esperamos que la prevalencia sería la más elevada cuan-

*La esterilización femenina es diferente, en el sentido de que un país puede lograr una prevalencia elevada a través de los años aun cuando la disponibilidad en cada año sea modesta. Una baja tasa anual de adopción de la esterilización aún tiende a producir una elevada prevalencia en el largo plazo porque la tasa de continuación es tan alta.

FIGURA 4. Distribución porcentual de disponibilidad y de prevalencia de anticonceptivos, por método, según el nivel medio de disponibilidad, 1994



do la disponibilidad media sea elevada y la desviación estándar sea baja (cuadrante de arriba a la derecha), y la prevalencia sería la más baja cuando ambas sean bajas, la disponibilidad media y la desviación estándar (cuadrante de abajo a la derecha). En realidad, los valores de prevalencia corresponden a lo que se esperaba en cada uno de los tres años. Además, como se preveía, los valores de la prevalencia aumentan a medida que pasa el tiempo.

Asimismo, el cuadro también revela tendencias a través del tiempo con respecto a los niveles de la disponibilidad

y su diversidad. En la primera parte del Cuadro 1, cambia la distribución de los países: en 1982, 23 de los 32 países con una disponibilidad media elevada tenían una elevada desviación estándar, aunque en 1989, 22 tenían una desviación estándar baja. Esta tendencia significa que la disponibilidad se volvió más uniforme con respecto a todos los métodos, a medida que el acceso a los métodos menos accesibles aumentó para aparejar a los elevados niveles de acceso a otros métodos. Además, el cuadrante de arriba a la derecha más favorecido ganó miembros entre 1982 y 1989, en tanto que el cuadrante de abajo a la derecha menos favorecido perdió miembros, lo cual refleja un movimiento hacia un acceso elevado uniforme, una tendencia que se mantuvo en 1994.

El Cuadro 1 presenta en forma separada las diversas combinaciones de valores elevados y bajos, pero el tamaño limitado de la muestra hace necesario que se utilicen categorías amplias. Mediante el uso de análisis de regresión múltiple se revela que la disponibilidad total es un determinante de prevalencia más importante que la desviación estándar; no obstante, la disponibilidad total elevada incorpora automáticamente una desviación estándar baja, porque los valores para todos los métodos deben ser uniformemente elevados.*

En resumen, el Cuadro 1 capta la esencia de la situación—que la combinación especial de la elevada disponibilidad y la baja desviación estándar pronostica una elevada prevalencia de uso. En forma similar, la elección personal se maximiza en un entorno en que el acceso a varios métodos anticonceptivos es uniformemente elevado.

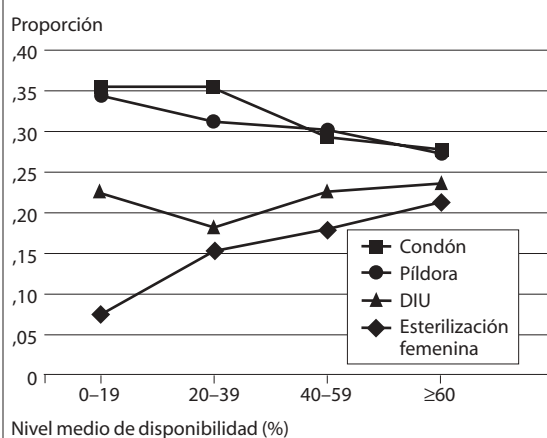
Contribución de cada método

• **Disponibilidad.** Para analizar la contribución relativa de los diversos métodos con respecto al índice de disponibilidad, dividimos los datos de los 64 países de 1994 en cuatro grupos de acceso: Nivel 1 (disponibilidad media es inferior al 20%), Nivel 2 (disponibilidad media del 20–39%), Nivel 3 (del 40–59%) y Nivel 4 (del 60% o superior). La contribución de cada método se refiere, simplemente, a su participación del total—es decir, el acceso a cada método tomado como un porcentaje del acceso total de todos los métodos (Figura 4).

Para los países del Nivel 1, la píldora y el condón—ambos métodos que requieren reabastecimiento—son los principales contribuyentes al índice de la disponibilidad media (36% y 40% del total, respectivamente). El DIU y la esterilización femenina juntos contribuyen con solamente cerca del 24% del puntaje total. En el Nivel 2, las contribuciones relativas de la píldora y el condón son paralelas a las que se vieron en el Nivel 1, en tanto que la contribución del DIU disminuye, y la de la esterilización femenina aumenta (del

*Además, el papel de la desviación estándar está oculto por la suposición de linealidad de las regresiones. La desviación estándar es baja tanto en los valores alto y bajo de la media, y la interacción es un elemento importante. La desviación estándar es grande solamente en los valores intermedios de la media. Los diagramas de dispersión confirman una marcada relación en forma de U (al revés) entre la media y la desviación estándar para cada uno de los cuatro métodos anticonceptivos.

FIGURA 5. Proporción del total de la prevalencia anticonceptiva que representa cada método, por el nivel medio de disponibilidad



Nota: Los valores son promedios de los datos correspondientes a 1982, 1989 y 1994.

3% al 14% del total). En el Nivel 3, aumentaron tanto la contribución de la esterilización femenina como la del DIU. Finalmente, en el Nivel 4, los cuatro métodos alcanzaron un equilibrio, cada uno en el 22-27%. Este equilibrio refleja que ha mejorado la serie de opciones para las parejas de los países del Nivel 4, e indica la dependencia que existe entre la disponibilidad total y la presencia de múltiples métodos anticonceptivos.

• **Prevalencia.** La Figura 4 también indica la contribución de cada método a la prevalencia total en cada nivel de disponibilidad. Es interesante comparar las dos tendencias: las contribuciones de cada método a la disponibilidad y a la prevalencia se asemejan más a medida que aumenta la disponibilidad media. La píldora contribuye de manera desproporcionada a la prevalencia (67% del total) cuando es mínimo el nivel de disponibilidad, y pierde valor con cada aumento del nivel. La contribución del condón continúa siendo la misma, de manera que la contribución combinada de los dos métodos que requieren reabastecimiento disminuye proporcionalmente a medida que aumenta la disponibilidad general en todos los niveles. Las contribuciones relativas del DIU y la esterilización aumentan de manera que en el nivel más elevado de acceso, la esterilización corresponde al 36% de las usuarias y el DIU al 21%, mientras que la píldora contribuye con el 31%, y el condón, el 12%.*

Si bien la Figura 4 indica las contribuciones proporcionales de los cuatro métodos, los valores absolutos de la disponibilidad exceden en gran medida a aquellos de la prevalencia del uso. En cada nivel de disponibilidad media, el porcentaje de la población con acceso a un método determinado es mayor que la proporción de aquellos que lo usan. Esto es un resultado necesario; si cada uno de los cuatro métodos estuviera disponible a la mitad de la población, el uso total aún podría ser de solamente el 85% de todas las parejas, un nivel máximo aproximado en los países de prevalencia elevada. Los niveles de uso también pueden

ser por debajo de los niveles de disponibilidad debido a una diversidad de obstáculos que interfieren con la adopción de un método anticonceptivo.

Finalmente, juntamos los datos correspondientes a tres años—1982, 1989 y 1994—para estudiar el movimiento hacia una mezcla equilibrada de métodos a medida que mejora el acceso general (Figura 5). En los países que tienen una disponibilidad generalmente pobre (izquierda de la figura), dominan la píldora y el condón; en los países que tienen un mejor acceso (derecha de la figura), los métodos contribuyen con una participación similar (de aproximadamente el 25%). La prevalencia total es más elevada en dichos países, donde las parejas que tienen diversas necesidades pueden encontrar un método que les satisfaga y así pueden continuar su uso.

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La libertad de elegir de una amplia gama de métodos anticonceptivos según las necesidades y preferencias del individuo depende, en parte, de la disponibilidad en sí. Si bien es cierto que la oposición familiar, el temor, el costo y las fuentes de métodos poco acogedoras también afectan el proceso de elección, nuestros datos indican que la disponibilidad de métodos y la prevalencia de su uso están íntimamente relacionadas. En general, la prevalencia del uso de cada método depende de su disponibilidad; la prevalencia media de todos los métodos depende de la disponibilidad promedio; y la prevalencia total depende de la disponibilidad de varios métodos que sean fácilmente accesibles.

Los niveles intermedios de la disponibilidad y la prevalencia media algunas veces ocultan los desequilibrios de la mezcla de métodos. El mismo promedio puede reflejar a la vez desigualdad o uniformidad, con solamente dos métodos dominantes (como en China) o con una mezcla de varios métodos (como en Tailandia). Sin embargo, los promedios más elevados requieren niveles uniformemente elevados de disponibilidad para cada método, la situación óptima para que las parejas puedan disfrutar de total libertad al optar por un método de su preferencia.

Al analizar los datos sobre disponibilidad a través del tiempo, se observa una tendencia histórica en el desarrollo de los programas en que los países usualmente no mejoran el acceso a todos los métodos en el mismo momento. Más bien, tienden a mejorar el acceso a uno o dos métodos, y solamente más adelante se preocupan por los otros: en los promedios bajos de disponibilidad, los métodos que requieren reabastecimiento (píldoras y condones) están más fácilmente disponibles; a medida que aumenta el promedio del nivel de disponibilidad, aumenta el acceso al DIU y a la esterilización femenina. Si bien centrarse en uno o dos métodos puede resultar, al principio, más simple desde el punto de vista administrativo—y dicha oferta limitada de opciones da a las parejas un temprano

*La prevalencia de uso de cada uno de los métodos puede aumentar en la población general aun cuando haya un cambio en la contribución de cada método al uso total. El cambio refleja solamente las tasas relativas de crecimiento entre los métodos.

acceso a por lo menos algún método—esto también impide que haya una amplia gama de opciones durante la etapa intermedia del desarrollo del programa.

En los países de baja prevalencia, la gran diferencia que existe entre la disponibilidad de los métodos y su uso indica que hay otros factores que frenan el uso. Por lo tanto, hay una continua necesidad de examinar las barreras que obstaculizan el acceso, las cuales abarcan una amplia gama de políticas implícitas y explícitas. Entre dichos obstáculos¹³ se incluyen los impedimentos médicos excesivos, los criterios de elegibilidad innecesarios, la información pública pobre, y la falta de capacitación o los prejuicios entre el personal del programa con relación a ciertos métodos. En algunos casos, una subcultura de prejuicios muy arraigados limita las opciones de los clientes a uno o dos métodos favoritos, lo que deja a lado a las personas para quienes estos métodos son inadecuados. Es evidente que las políticas de los programas deben abordar no solamente la variedad de métodos anticonceptivos que se encuentran disponibles, sino también los numerosos obstáculos que impiden su uso.

REFERENCIAS

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, A/Conf.17/13*, Nueva York: UNFPA, 1996.
2. Johnson JT et al., Contraceptive method mix: what determines program and individual user perspectives? ponencia presentada en la reunión anual de la Population Association of America, Minneapolis, MN, EEUU, 3-5 de mayo, 1984; Snow RC y Chen LC, Towards an appropriate contraceptive method mix: policy analyses in three Asian countries, Working Paper, Cambridge, MA, EEUU: Harvard University Center for Population and Development Studies, 1991, No. 5; y Organización Mundial de la Salud (OMS), *Contraceptive Method Mix: Guidelines for Policy and Service Delivery*, Ginebra: OMS, 1994.
3. Ross JA y Mauldin WP, Family planning programs: efforts and results, 1972-94, *Studies in Family Planning*, 1996, 27(3):137-147.

4. Ross JA, Stover J y Willard A, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs: 116 Countries*, Glastonbury, CT, EEUU: Futures Group International, 1999, pág. 69.
5. Freedman R y Berelson B, The record of family planning programs, *Studies in Family Planning*, 1976, 7(1):1-40.
6. Phillips JF et al., Determinants of reproductive change in a traditional society: evidence from Matlab, Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1988, 19(6):313-334; y Phillips JF et al., A case study of contraceptive introduction: domiciliary depot medroxyprogesterone acetate services in rural Bangladesh, en: Segal SJ, Tsui AO y Rogers SM, eds., *Demographic and Programmatic Consequences of Contraceptive Innovations*, Nueva York: Plenum Press, 1989, págs. 227-248.
7. Jain AK, Fertility reduction and the quality of family planning services, *Studies in Family Planning*, 1989, 20(1):1-16.
8. Ross JA y Stover J, The family planning program effort index: 1999 cycle, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(3):119-129.
9. Naciones Unidas, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*, ST/ESA/SER.A/190, Nueva York: Naciones Unidas, 2000, pág. 140.
10. Ibid.
11. Curtis SL y Neitzel K, *Contraceptive Knowledge, Use, and Sources*, DHS Comparative Studies, Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1996, No. 19.
12. Ross JA y Stover J, 2001, op. cit. (véase referencia 8).
13. Upadhyay UD, Informed choice in family planning: helping people decide, *Population Reports*, Series J, No. 50, 2001.

Reconocimientos

Este trabajo de investigación fue realizado bajo los proyectos POLICY I y POLICY II de The Futures Group International, financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, contrato HRN-C-00-00-00006-00. Los autores agradecen a William L. Winfrey por el asesoramiento en materia estadística y a Ratha Loganathan por su ayuda con el análisis de los datos.

Para comunicarse con el autor: j.ross@tfgi.com