Factores que influyen en el conocimiento funcional de métodos anticonceptivos, 2014

Eloina Meneses, Leonardo Ailines y María Felipa Hernández[1]

Resumen

El estudio del conocimiento funcional de métodos anticonceptivos es importante porque el uso correcto de éstos se encuentra altamente relacionado con la falla anticonceptiva, que puede derivar en embarazos no planeados o no deseados, además del riesgo de contraer infecciones de trasmisión sexual (ITS). El objetivo de este artículo es visibilizar la importancia de que las mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) adquieran el conocimiento funcional sobre los métodos anticonceptivos para el uso correcto o efectivo de éstos, enfatizando en la calidad de la orientación que reciben en los establecimientos de salud (públicos o privados), así como señalando los factores sociales y demográficos que favorecen este tipo de conocimiento, con el fin de identificar a la población más rezagada en este ámbito y proporcionar información para el diseño de políticas públicas. La fuente de información es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, con la que se realizó un análisis descriptivo básico y un modelo de regresión logística binomial, para determinar los factores que explican el conocimiento funcional. Los resultados muestran que no haber recibido información completa sobre el método anticonceptivo en uso está muy relacionado con no tener conocimiento efectivo del mismo. Igualmente, ser una mujer sin instrucción o con primaria incompleta y ser hablante de lengua indígena, limitan de manera importante el conocimiento efectivo sobre los métodos.

Términos clave: conocimiento funcional, sexualmente activas, calidad de la orientación, regresión logística, uso de métodos anticonceptivos, hablantes de lengua indígena.

Introducción

El uso de métodos anticonceptivos ha sido un elemento esencial en el descenso de la fecundidad en nuestro país en los últimos 40 años. Esta aseveración puede constatarse a través del modelo de Bongaarts, el cual fue el primero en mostrar que el aumento de la prevalencia y la efectividad con que se usan los métodos anticonceptivos da lugar a un efecto cada vez mayor en el descenso de la natalidad (CONAPO, 2005).

En estudios realizados en los inicios de la implementación de la política para regular la fecundidad y que se presentaron en el marco de las primeras encuestas de fecundidad y planificación familiar levantadas durante los años sesenta, se expuso la teoría de que el éxito de los métodos anticonceptivos depende directamente del conocimiento que tengan los individuos sobre éstos, en conjunto con una actitud positiva hacia su práctica y de la disponibilidad de métodos para atender las demandas de uso. Esta aseveración fue conocida como el modelo CAP (por sus siglas: Conocimiento, Actitud y Práctica), que fue desarrollado por Cobliner *et al*. (1976).

[1] Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva, Secretaría General del Consejo Nacional de Población (eloina.meneses@conapo.gob.mx; leonardo.ailines@conapo.gob.mx; felipa.hernandez@conapo.gob.mx). Los autores agradecen al Mat. Miguel Sánchez Castillo y a la C. Mitzi Ramírez Fragoso por la sistematización de la información que integra el presente artículo.

Sin embargo, desde 1959, Hill, Stycos y Back, quienes también efectuaron una propuesta teórica para mejorar la comprensión sobre el uso efectivo de métodos anticonceptivos y de sus correspondientes efectos sobre la fecundidad, consideraron que el éxito de los métodos no solo depende de los conocimientos, las actitudes y la disponibilidad de los mismos, sino que también factores demográficos, sociales, psicológicos y motivacionales operan directamente y median el resultado de la anticoncepción efectiva.

Bajo este esquema, los autores proponen que la anticoncepción efectiva está mediada por el tipo de actitudes, información y disponibilidad de las personas en cuanto a la anticoncepción, en conjunto con factores demográficos básicos como: edad, lugar de residencia, situación conyugal, al igual que por la influencia que ejercen ciertos grupos o instituciones claves, como la familia, instituciones de salud, educativas o incluso religiosas; y, finalmente, por el grado de acuerdo que se logre alcanzar a nivel conyugal o de pareja, como el grado de conciliación sobre el uso de métodos anticonceptivos, el tamaño deseado de la familia y el nivel de autonomía de la mujer.

En México, de acuerdo al artículo 4º Constitucional, "la planificación familiar es el derecho que toda persona tiene de decidir de manera libre, responsable e informada, el número y el espaciamiento de sus hijos(as)". En ese sentido, para que las personas puedan ejercer esos derechos deben conocer los medios de regulación de la fecundidad, pero sobre todo disponer de información suficiente sobre toda la gama de métodos anticonceptivos, a fin de que elijan los más convenientes de acuerdo a sus preferencias y condiciones personales. También es importante contar con información suficiente y adecuada sobre su modo de uso, es decir, deben tener conocimiento funcional para emplearlos de forma efectiva y segura (Vázquez y Suárez, 2005). De este modo, a fin de lograr el ejercicio de este derecho es imprescindible que la población conozca y tenga acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, de calidad y adecuados a las necesidades de las personas (Mendoza, 2006).

Cabe destacar que desde los años setenta, con la implementación de la planificación familiar en México, se han logrado cambios en los patrones de las relaciones familiares, contribuyendo a una planeación más adecuada del tamaño y espaciamiento de su descendencia. Sin embargo, en la historia de la planificación familiar en el país distintos hechos derivaron en el no cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los individuos y sobre todo de las mujeres. Por ejemplo, durante los primeros años de estos programas hubo deficiencias en la información sobre los métodos que se aplicaban a las mujeres e incluso se identificaron casos en los que se llegó a imponer métodos anticonceptivos sin el consentimiento y conocimiento de las usuarias sobre su uso correcto y los posibles efectos adversos en su salud (Lerner y Szasz, 2003).

Pese a que el propósito principal del componente de planificación familiar es contribuir a la disminución de los embarazos no planeados al contemplar acciones de promoción, consejería, seguimiento de pacientes, así como el control de usuarias activas de algún método y anticoncepción post-evento obstétrico (ss, 2002), en sus inicios los recursos se dirigieron de manera exclusiva a las mujeres en edad fértil unidas, excluyendo entre otros grupos a las adolescentes, las solteras, las que no tenían pareja, las que no tenían hijos(as) y a los hombres (Lerner y Szasz, 2003).

Por otro lado, una meta de todo programa de planificación familiar exitoso es ofrecer una variedad de opciones de anticonceptivos, de ahí la importancia del conocimiento de la forma de su uso para emplearlos adecuadamente (Vázquez y Suárez, 2005). Sin embargo, diversos estudios han mostrado que las adolescentes, por ejemplo, continúan enfrentándose a barreras de acceso a métodos anticonceptivos en las instituciones de salud, lo que ha provocado un incremento de embarazos no planeados en este grupo de edad (Gobierno de la República, 2014), dado que no acceden a una orientación sobre los métodos anticonceptivos al recurrir a tiendas o farmacias, donde no se les proporciona información sobre la manera de usarlos.

También las mujeres que hablan alguna lengua indígena y las residentes en zonas rurales[2] forman un grupo que se ha rezagado de los programas de

[2] Se consideran zonas rurales aquellas con menos de 2 500 habitantes, en tanto que zonas urbanas son las que cuentan con 2 500 habitantes y más.

planificación familiar, presentando menores prevalencias de uso de métodos, y en el caso de las que son usuarias igualmente se identifica un mayor riesgo de hacer uso incorrecto de éstos, debido a la falta de conocimiento funcional de métodos anticonceptivos, como resultado de una orientación deficiente.

Según un estudio de Camarena y Lerner (2008), con base en una encuesta realizada en 1999 sobre los servicios de salud reproductiva dentro de las comunidades rurales y en áreas en donde la presencia de las mujeres que hablan alguna lengua indígena es muy alta, se encontró que solo un tercio de las indígenas de estas zonas rurales usa anticonceptivos, de éstas casi la mitad tiene la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o la esterilización femenina (45.0%) y aproximadamente un tercio, el dispositivo intrauterino (DIU) (31.0); además la mitad de ellas los usa por prescripción médica o por preferencia de su pareja. El estudio también señala que cerca de una cuarta parte de las indígenas que obtuvieron el método por prescripción médica no tuvo la información adecuada para elegirlos, ya que no se les proporcionó la información de otros métodos, no les explicaron sus efectos colaterales, ni les dijeron que podían regresar en caso de molestias.

Por su parte, Szasz y Lerner (2010) señalan que el hecho de que la mayor parte de las indígenas no haya escuchado hablar de métodos anticonceptivos, ni siquiera de tradicionales, ocasiona que las pocas que usan anticonceptivos modernos se concentren en su mayoría en el uso de métodos médicamente controlados (OTB y DIU). Esto permite pensar que el derecho de acceder a una amplia gama de anticonceptivos para regular su fecundidad y estar informadas sobre las características y consecuencias del uso de este tipo de métodos es prácticamente nulo en estas mujeres, y sugiere que los servicios de salud reproductiva no alientan la información ni la libre decisión de las mujeres indígenas, aun cuando se trata de su cuerpo, su salud y sus derechos reproductivos.

De igual forma, la escolaridad es una de las variables que tiene un alto impacto en el conocimiento y uso correcto de los métodos anticonceptivos, dado que las mujeres que cuentan con un mayor nivel de educación tendrán nociones más concretas y les será más fácil comprender cómo funcionan los métodos (Matoro *et al.*, 1998). Un mayor nivel de escolaridad brinda a las mujeres la oportunidad de adquirir los conocimientos y capacidades que podrán permitirles evitar embarazos no planeados, y desarrollar un futuro con mejores posibilidades. Al asistir a la escuela es muy probable que reciban la educación integral en sexualidad y la capacitación en habilidades para la vida que facilitan el aprendizaje sobre el cuerpo y las relaciones de poder y de género, así como las competencias para la vida en materia de comunicación y negociación (UNFPA, 2017).

La edad también es un factor relevante que determina el uso correcto de métodos anticonceptivos. Es necesario tener en cuenta que el empleo y el conocimiento adecuado de éstos aumenta a la par que la edad de la mujer, probablemente por la experiencia que adquiere en el uso del método con el paso del tiempo, o bien porque está cada vez más motivada a evitar embarazos en virtud de que ya tiene la paridez deseada (Freeman, 1989; Curtis y Blanc, 1997).

Cabe señalar que, si bien es cierto que en la actualidad existen servicios de salud para jóvenes que buscan cubrir sus necesidades anticonceptivas, es necesario reconocer que todavía presentan áreas de oportunidad. Asimismo, aunque se ha incrementado la asistencia de la población joven a éstos para solicitar información y métodos anticonceptivos, y que los servicios amigables para este grupo han mejorado en número y calidad, todavía un alto porcentaje de jóvenes sigue consiguiendo los anticonceptivos en farmacias, sin recibir atención profesional ni personalizada.

Tal situación persiste por la existencia de barreras que obstaculizan su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y que pueden asociarse al desconocimiento por parte del personal médico de los fundamentos legales para otorgar atención en salud sexual y reproductiva a la población adolescente, o por la infraestructura inadecuada para brindar servicios con calidez y privacidad a los jóvenes (SS, 2008), por lo que es más probable que las mujeres jóvenes tengan un menor conocimiento funcional que las de mayor edad.

Asimismo, llama la atención que la relación paridez y conocimiento funcional se refuerza más cuando las mujeres tienen un hijo o dos, pues están más motivadas a evitar un embarazo a través del uso correcto de los métodos anticonceptivos en comparación con aquellas que

todavía no tienen descendencia o que alcanzaron una paridez de tres o más hijos(as) nacidos(as) vivos(as) (Curtis y Blanc, 1997). No obstante, resalta que si bien actualmente se ha ampliado el conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos para regular el número de hijos(as) y el espaciamiento entre ellos, en países subdesarrollados hay una considerable demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar (Barahona y Fonseca, 1992), limitación que constituye una dificultad para reducir los embarazos no deseados o no planeados y la fecundidad en edades tempranas.

Por su parte, las mujeres casadas o unidas tienen una mayor probabilidad de carecer del conocimiento funcional del método que las solteras. Los autores mencionan que la motivación para regular la descendencia en las mujeres casadas o unidas es menor que en las solteras, lo que puede provocar un conocimiento funcional más deficiente de los métodos, y un uso más irregular. Además, el empleo de métodos en mujeres solteras está asociado a una mayor motivación para la prevención de un embarazo no deseado, por ello la probabilidad de usar correctamente los métodos anticonceptivos es más alta en este grupo (Curtis y Blanc, 1997).

El lugar de residencia también determina diferencias en el conocimiento funcional de métodos anticonceptivos. Los mayores porcentajes de mujeres con conocimiento funcional se ubican en las zonas urbanas, lo que refleja una mayor accesibilidad a los servicios de salud y a los métodos, así como a información sobre su uso. En tanto que los bajos porcentajes de conocimiento funcional de las residentes de lugares rurales puede deberse a factores asociados a la falta de personal debidamente calificado y capacitado para brindar la prestación del servicio y la accesibilidad a la unidad de salud por parte de los usuarios (Hamill *et al.*, 1990).

Como ya se mencionó, el otro factor importante vinculado con el uso efectivo y, por tanto, con el conocimiento funcional es la calidad de los servicios de salud reproductiva. 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) proponen la tasa de falla (y, por consiguiente, el porcentaje de mujeres con conocimiento funcional) 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 para informar a los usuarios acerca del uso apropiado de los métodos.

Otros estudios han demostrado también una asociación positiva entre las usuarias que reciben el método elegido y la información adecuada sobre el uso de éste y la continuación de los anticonceptivos, como el realizado por Pariani *et al.* (1991), al igual que entre un asesoramiento adecuado sobre los efectos secundarios y la continuación de los anticonceptivos (Cotton *et al.*, 1992).

Los resultados revisados muestran que el conocimiento funcional de métodos anticonceptivos guarda una estrecha relación con factores de acceso a los servicios de anticoncepción, así como demográficos, sociales, económicos e incluso culturales, y que de acuerdo a las características que posean, en este caso las mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA),[3] incidirán de manera directa sobre el conocimiento funcional del método anticonceptivo que usan.

El estudio del conocimiento funcional de métodos anticonceptivos es importante porque el uso incorrecto de éstos se encuentra altamente correlacionado con la falla anticonceptiva, y con 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(as), lo que también puede influir en el desarrollo de la sociedad en general (UNFPA, 2017). Además de lo anterior, el análisis del conocimiento funcional es relevante porque se considera un indicador resumen de la

[3] El presente análisis comprende a las mujeres en edad fértil sexualmente activas, ya que se considera que son ellas quienes se encuentran en riesgo de un embarazo no planeado o no deseado o de adquirir una ITS al no contar con conocimiento funcional del método que usan.

calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, pues proporciona información sobre el tipo de asesoría que se provee a los usuarios sobre el empleo apropiado de los métodos (Bertrand *et al*., 1994), permitiendo aplicar acciones para mejorar dichos servicios.

Por todo lo expuesto, el objetivo de este artículo es visibilizar la importancia de que las mujeres en edad fértil sexualmente activas adquieran el conocimiento funcional sobre los métodos anticonceptivos para el uso de éstos, enfatizando en la calidad de la orientación que se otorga a las usuarias en los establecimientos de salud (públicos o privados) al momento del adquirir el método, como un determinante fundamental para obtener el conocimiento efectivo; al igual que señalando los factores sociales y demográficos que favorecen que se adquiera este tipo de conocimiento en México. Lo anterior tiene como fin identificar a la población más rezagada en este tema y proporcionar información para el diseño de políticas públicas para un mejor empleo de los métodos anticonceptivos, así como para evitar embarazos no planeados o deseados e ITS.

La fuente de información es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con la cual se presentará en un primer momento un análisis descriptivo básico, y en un segundo un análisis multivariado, a través de la aplicación de un modelo de regresión logística, con el fin de identificar estos factores.

Calidad de la orientación que reciben las mujeres al adquirir el método que usan actualmente

Orientación recibida al momento de obtener el método anticonceptivo

Como ya se mencionó, uno de los medios más importantes por los cuales las mujeres y los hombres pueden obtener un conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos son las clínicas u hospitales públicos o privados, donde acuden a solicitar un método anticonceptivo. En estas instituciones, de acuerdo a la NOM 047,[4] se establece que el personal de salud debe proporcionar orientación, consejería y, en el caso de instituciones públicas, cuando se cumpla con los requisitos que prevean las disposiciones que rigen para cada establecimiento, se debe proporcionar el método anticonceptivo para la prevención del embarazo no planeado, así como para la prevención de las ITS, entre ellas el VIH.

Por su parte, el sector salud dispone que la orientación y consejería debe basarse en evidencia científica, y brindarse a quienes soliciten información sobre los métodos anticonceptivos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva; así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva.

Dada la importancia de esta temática en el conocimiento efectivo de los métodos, en esta primera sección se efectúa un análisis de la calidad de la orientación sobre el empleo de métodos anticonceptivos que reciben las mujeres en las instituciones donde los obtienen.

En la ENADID 2014[5] se incluyeron preguntas sobre la calidad del servicio que brindan las clínicas u hospitales públicos o privados, al momento que la mujer decide adoptar un método anticonceptivo moderno.[6] Con estas preguntas se trata de conocer si recibió la asesoría adecuada, con la cual se supone que obtiene el conocimiento funcional del método anticonceptivo elegido en ese momento. Las preguntas son las siguientes:

- ¿Le explicaron sobre los métodos anticonceptivos que podía utilizar?
- ¿Le explicaron sobre las molestias que podía tener?
- ¿Le dijeron que regresara en caso de cualquier molestia?
- ¿Le dedicaron el tiempo suficiente para darle toda la información que necesitaba?

[4] Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.

[5] Para mayor referencia, consultar el cuestionario "Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Módulo de la Mujer". Disponible en línea: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/doc/mujer_enadid14.pdf

[6] En las instituciones de salud pública o privada solo se ofertan métodos anticonceptivos modernos, por lo que la orientación brindada es sobre este tipo de métodos, excluyendo así a los métodos anticonceptivos tradicionales.

- ¿Le aclararon sus dudas respecto al método?

En los casos de la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y la vasectomía la pregunta fue:

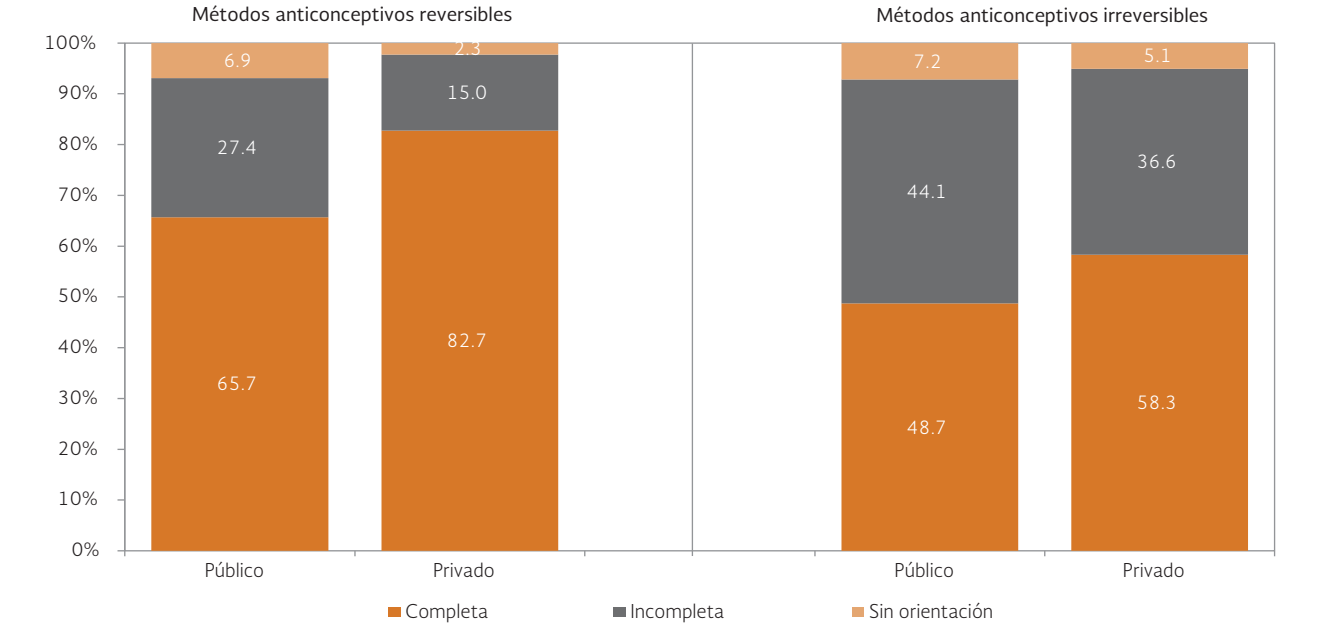
- ¿Le informaron que ya no podría embarazarse?

De aquí en adelante el presente análisis se realizará sobre las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA), ya que son ellas las que podrían estar expuestas al riesgo de un embarazo al no contar con la información completa o adecuada sobre el método que están usando. Además, se considerará que una mujer recibe orientación "completa" si respondió afirmativamente a todas las preguntas sobre el método; "incompleta" cuando contesta de forma negativa a una o más preguntas; y "sin información" cuando todas las respuestas fueron negativas.

De acuerdo a las normas establecidas por la Secretaría de Salud, se esperaría que todas las mujeres recibieran orientación completa, pero los datos indican que en las instituciones de salud al momento de ofertar los métodos anticonceptivos de acción reversible,[7] únicamente poco más de la mitad (56.4%) de las MEFSA recibe este tipo de información, una tercera parte (32.5), incompleta, y casi una de cada diez (11.1%) adquiere el método sin orientación alguna.

Al analizar por tipo de institución a la que acudieron las MEFSA para obtener un método anticonceptivo de acción reversible, en este caso, pública o privada, se observa que en las instituciones públicas es donde se detecta que cerca de dos terceras partes (65.7%) de las mujeres eligieron el método anticonceptivo con información completa, casi una de cada cuatro (27.4), con información incompleta, y casi una de cada quince (6.9%) no recibió información. Mientras que en

Gráfica 1.
República Mexicana . Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas, por tipo de orientación recibida al momento de adquirir el método anticonceptivo que usan actualmente, según lugar de obtención, 2014



Notas: 1/ Métodos anticonceptivos reversibles: pastillas, inyecciones, parches, DIU, condón masculino y femenino, y pastilla de emergencia.
2/ Métodos anticonceptivos irreversibles: Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y vasectomía.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

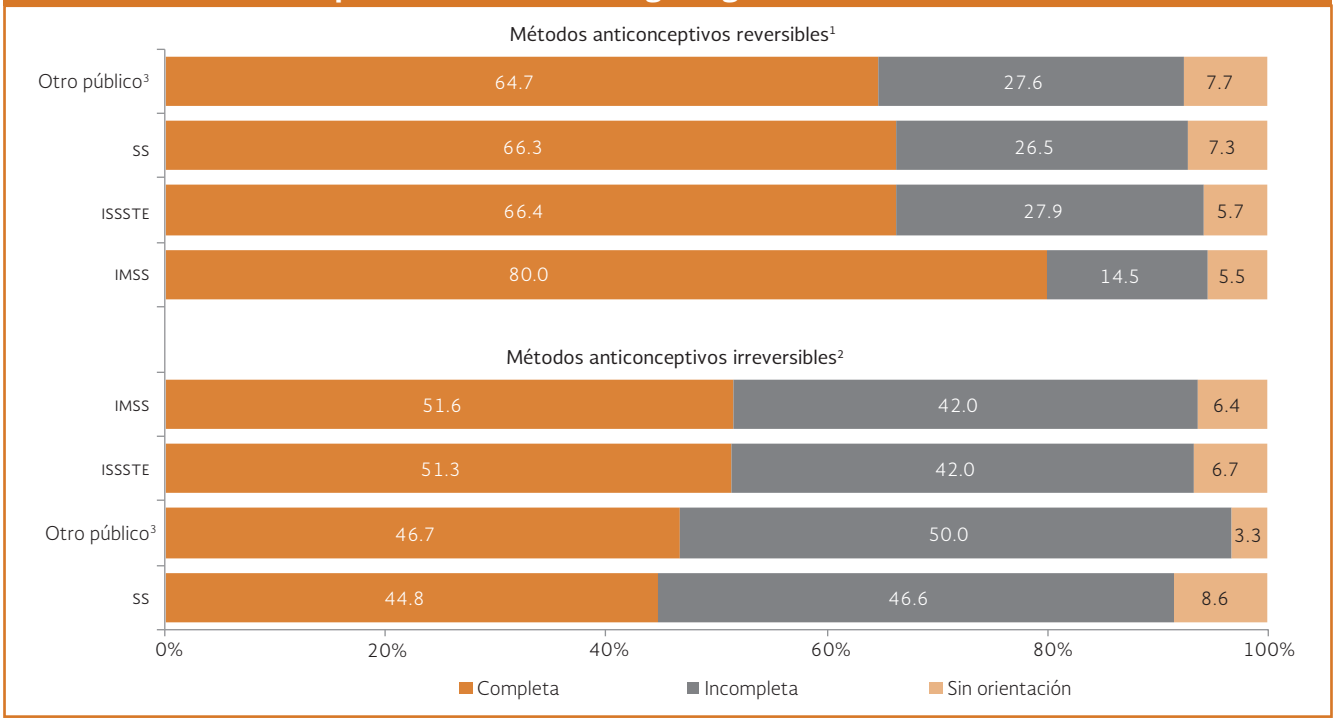
[7] Se les denominará métodos anticonceptivos de acción reversible a las pastillas, inyecciones, parches, DIU, condón masculino y femenino, y pastilla de emergencia.

las privadas el porcentaje de mujeres con información completa es mayor, dado que casi cuatro quintas partes de ellas (82.7) obtuvieron toda la información sobre el método que se encuentran usando; a poco menos de una de cada seis (15%) se le proporciona el método con información incompleta y casi dos de cada cien (2.3) lo hace sin información (véase gráfica 1). Estos resultados nos revelan que una buena parte de las MEFSA usuarias de un método anticonceptivo está expuesta a un embarazo o bien a contraer una ITS, al no recibir una orientación adecuada sobre el método anticonceptivo, exponiéndose a una falla del método por falta de conocimiento funcional.

Como se ha venido señalando, el ejercicio de la sexualidad y la reproducción es un derecho, por lo que es todavía más relevante detectar si las mujeres que decidieron adoptar un método anticonceptivo definitivo, lo hicieron con toda la información, considerando que ya no podrán tener más embarazos. En la gráfica 1 se muestra que, en las instituciones públicas, la mitad (51.3%) adoptó este método con información incompleta o sin recibirla, y en las privadas también se detecta un alto porcentaje de usuarias que lo adquieren con las mismas condiciones de información, pero en menor frecuencia (41.7). Esto nos indica que en ambos casos no se está respetando el derecho a la información y la libre decisión para elegir el método anticonceptivo que más se adecúe a las necesidades de las mujeres.

Ahora bien, la ENADID permite conocer el tipo de orientación que se brindó en cada una de las instituciones de salud pública a las que acudieron las mujeres en edad fértil (véase gráfica 2). Se observa que en la SS e ISSSTE y en otros servicios públicos como DIF, PEMEX y SEMAR, entre otros, alrededor de dos terceras partes de las MEFSA que adquieren el método anticonceptivo de acción reversible lo hacen con información completa y una de cada cuatro, con

Gráfica 2.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas, por tipo de orientación recibida al momento de adquirir el método anticonceptivo que usan actualmente, según lugar de obtención, 2014



Notas: 1/ Métodos anticonceptivos reversibles: pastillas, inyecciones, parches, DIU, condón masculino y femenino, y pastilla de emergencia.
2/ Métodos anticonceptivos irreversibles: Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y vasectomía.
3/ Otro público: DIF, PEMEX, SEMAR y otros.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

información incompleta. En tanto, en el IMSS un mayor porcentaje (80.0) de las mujeres que acudieron a conseguir el método anticonceptivo lo obtuvo con una orientación completa, y solo cerca de una de cada siete (14.5%) lo hizo con información incompleta. Lo anterior ubica al IMSS como la institución donde se proporciona información más completa sobre el uso de métodos anticonceptivos reversibles, ya que también fue donde un menor porcentaje de MEFSA (5.5) lo adquirió sin recibir información.

En cuanto a las mujeres que optaron por la OTB o que sus parejas se realizaron la vasectomía, en todas las instituciones del sector público alrededor de la mitad de éstas eligió la intervención quirúrgica sin contar con toda la información necesaria e incluso sin recibir orientación, situación que sobresale en las que asistieron a la SS, donde 8.6 por ciento no tuvo orientación.

En ese sentido, las instituciones deben reforzar y/o capacitar a los prestadores de servicios en salud sexual y reproductiva. En el caso de la SS se requiere de un esfuerzo adicional, dado que es una de las instituciones que tiene más MEFSA afiliadas a través del Seguro Popular (46.3%), posicionándose así con la mayor cobertura, seguida por el IMSS, con 43.5 por ciento, el ISSSTE, con 7.3, y otras públicas, con 1.5; las privadas únicamente con 1.4 por ciento (véase gráfica 2).

Orientación por tipo de método anticonceptivo que utiliza

Según se especifica en la NOM-047, la información que se brinda debe ser científica, por tanto, los agentes de salud requieren estar capacitados y contar con un conocimiento adecuado de cada método anticonceptivo, además de emplear un lenguaje claro que sea de fácil comprensión para las personas que acuden a solicitar el anticonceptivo, a fin de lograr mejores resultados en cuanto a la adopción y la continuidad de uso del método que elijan.

De esta manera, el interés se centrará en el tipo de orientación que recibieron las MEFSA usuarias de métodos anticonceptivos reversibles, pues es en este tipo de métodos donde el conocimiento funcional que tengan las mujeres sobre el método que utilizan determinará los resultados favorables de prevención de embarazos no planeados o no deseados, así como de no adquirir una ITS.

Los resultados mostrados en el cuadro 1 corroboran que los porcentajes de mujeres que recibieron información completa en general son bajos. En el IMSS, aquellas que eligieron el implante o las pastillas fueron las que en mayor porcentaje lo hicieron con información completa, en la SS correspondió a las usuarias de implante y parche anticonceptivo, y en el sector privado, a las que optaron por parche, DIU y pastillas. Cabe resaltar que las instituciones privadas proporcionan en general mejor información de todos los métodos anticonceptivos. Por su parte, en el IMSS y SS cerca de una de cada tres de las que adoptaron DIU y condón masculino recibió información incompleta, en tanto que en el privado en el caso del condón masculino baja a una de cada cinco, aunque este porcentaje sigue siendo importante.

Asimismo, llama la atención que en las usuarias de inyecciones cerca de una de cada cuatro en las instituciones públicas y una de cada cinco en el sector privado obtuvieron información incompleta al momento de solicitar ese método anticonceptivo. Finalmente, el condón masculino es el método que un mayor porcentaje de mujeres adopta sin recibir información en cualquiera de las instituciones, pero además en la SS ocurre en las que eligieron pastillas y DIU, mientras que en el privado, en las que se decidieron por inyecciones.

Como se aprecia en el cuadro 1, el porcentaje de las que recibieron información completa en general es muy bajo, situación que lleva a una vulneración de los derechos tanto de las mujeres como de los hombres al no tener un consentimiento elegido del método anticonceptivo, por no contar con el asesoramiento práctico suficiente sobre cada uno de los métodos. Por otra parte, debe considerarse que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de la orientación es preciso incluir nuevas formas de mejora de la cadena de suministro y la asequibilidad de los métodos anticonceptivos, así como de la transmisión del conocimiento suficiente sobre su uso por medio del personal de salud.

Cuadro 1.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias actuales de métodos anticonceptivos, por tipo de orientación que recibieron al momento de la adopción, según característica seleccionada, 2014

Tipo de orientación / Institución	Total	Pastillas	Inyecciones	Implante	Parche	DIU	Condón masculino
Completa							
IMSS	66.4	79.1	72.5	84.8	76.9	65.4	50.9
SS	64.7	66.6	70.5	78.6	89.9	61.2	53.6
ISSSTE	80.0	-	-	-	-	-	-
Otro público*	66.3	-	-	-	-	-	-
Privado	82.8	84.7	71.4	78.1	90.8	85.3	60.3
Incompleta							
IMSS	27.9	15.9	23.5	12.9	21.6	30.5	30.9
SS	27.6	23.8	24.5	19.7	6.5	31.0	31.6
ISSSTE	14.5	-	-	-	-	-	-
Otro público*	26.5	-	-	-	-	-	-
Privado	15.0	14.5	20.4	21.9	9.2	13.2	20.6
Sin orientación							
IMSS	5.7	5.0	4.0	2.3	1.4	4.1	18.3
SS	7.7	9.6	5.0	1.7	3.6	7.8	14.9
ISSSTE	5.5	-	-	-	-	-	-
Otro público*	7.3	-	-	-	-	-	-
Privado	2.2	0.7	8.2	0.0	0.0	1.6	19.0

*DIF, PEMEX, SEMAR, OTROS.
- Tamaño de muestra insuficiente
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Orientación por características sociodemográficas

De acuerdo a lo visto a lo largo de este documento, es vital que las mujeres y los hombres entiendan el funcionamiento de los anticonceptivos para que tengan una mayor posibilidad de elegir entre varios métodos anticonceptivos el que mejor se adecúe a sus necesidades. En los últimos 20 años se han hecho grandes esfuerzos por exigir y definir un planteamiento basado en los derechos para los servicios de salud, incluidos los servicios de anticoncepción. Aun así, el asesoramiento práctico sobre el modo de actuar en casos concretos es relativamente reducido (OMS, 2014).

Por otra parte, no debe dejarse de lado que las barreras socioculturales y de desigualdad también limitan el acceso a la información, y que éstas se encuentran vinculadas con los roles y relaciones de género, impactando de manera negativa en las mujeres; además están las inequidades que caracterizan a nuestro país, como la geográfica, cultural, étnica, socioeconómica, de edad y discapacidad, enfatizando en cada una la inequidad de género en las decisiones reproductivas (Zamudio *et al*., 2013). Cabe señalar que dentro de estas inequidades se inserta el acceso a la educación, que en el caso de la población con características de rezago comprende niveles educativos bajos, lo que puede limitar el conocimiento de los métodos anticonceptivos, ya que las usuarias al no comprender las especificaciones de uso de los agentes de salud, pueden recurrir a fuentes de información inapropiadas, como familiares o amigos con un nivel educativo similar e insuficiente para orientarlas en el uso de la anticoncepción (González y Szczedrin, 1987).

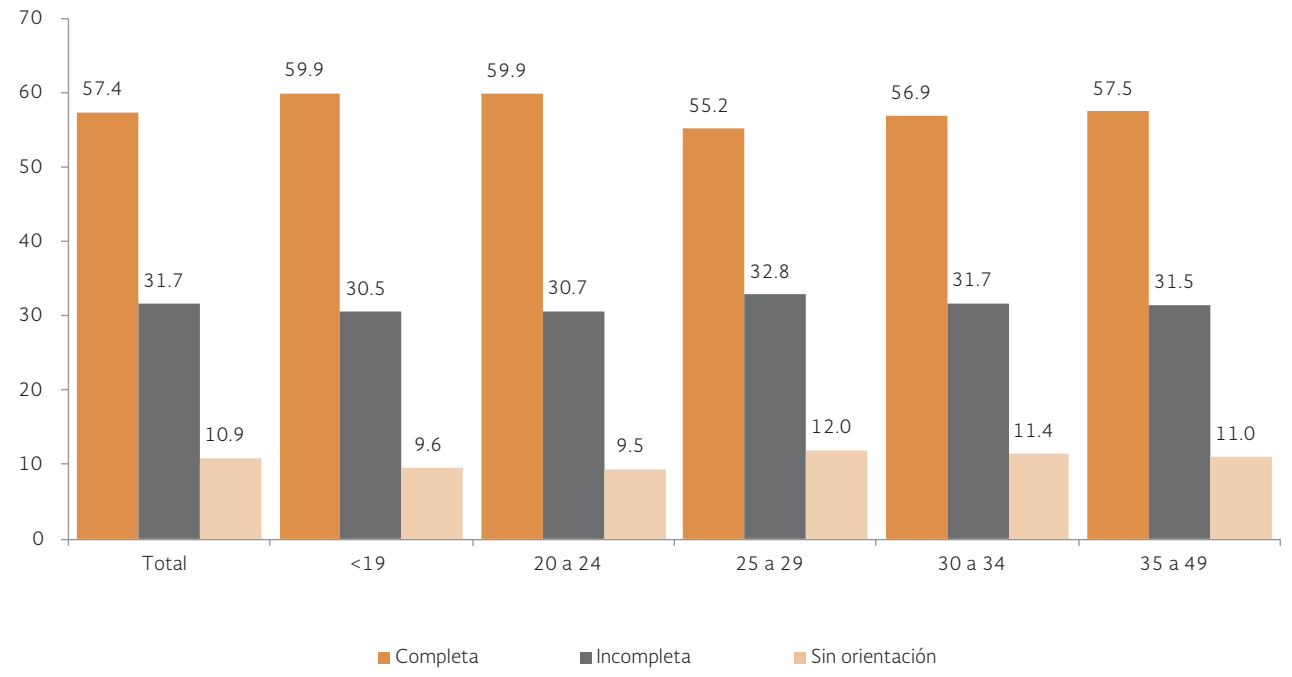
A continuación, se analizará el tipo de orientación que recibieron las MEFSA por características sociodemográficas. Una de las limitaciones de este análisis es que si bien de la ENADID es posible obtener algunas

de las características sociodemográficas de las mujeres (condición de habla de lengua indígena, edad y paridez), al momento de la adopción del método anticonceptivo y la información sobre el uso de éste, que son los determinantes que nos interesa analizar, existen otras características que la encuesta solo proporciona para el momento en que se levantó (escolaridad, situación conyugal y lugar de residencia). No obstante, se realiza un breve análisis sobre ambas características disponibles (al momento de adquirir el método y al momento de la encuesta), pues se considera que es una aproximación que permite inferir algunos resultados de interés de manera indirecta.

En 2014, solo 57.4 por ciento de las MEFSA que acuden a los centros de salud por un método anticonceptivo recibe la orientación completa, 31.7 por ciento la obtiene incompleta, y 10.9 por ciento simplemente no la tuvo. Respecto al grupo de edad de las mujeres al momento de recibir la información, las adolescentes (menores de 19 años) y las jóvenes (20 a 24 años) son las que en mayor medida reciben orientación completa, mientras que las de 25 a 29 años registran el menor porcentaje de información completa, y, por ende, constituyen la mayor frecuencia de mujeres que recibieron orientación incompleta o que no les fue otorgada (44.8%), misma situación que se presenta en el resto de mujeres en los demás grupos de edad (véase gráfica 3). Cabe destacar que las de 25 a 29 años se sitúa como el segundo grupo con mayor nivel de fecundidad en el país, y también como el tercero con los niveles más altos de embarazos no planeados y no deseados del último hijo(a) nacido(a) vivo(a) (CONAPO, 2017); lo anterior podría estar relacionado con el tipo de orientación que reciben sobre los métodos, por lo que es importante enfocarse en mejorar estos servicios en todas las edades.

Al clasificar a las MEFSA por situación conyugal al momento de la encuesta, se advierte que entre las

Gráfica 3.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas por grupos de edad,[1] según tipo de orientación recibida al momento de adquirir el método anticonceptivo, 2014



Nota: 1/ Se refiere a la edad de la mujer al momento de recibir la orientación, la cual no necesariamente coincide con la edad al momento de la entrevista.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

solteras es más alto el porcentaje de las que reciben información completa (69.1), seguidas por las unidas (67.6), mientras que entre las ex unidas es mayor la proporción de quienes la obtienen incompleta, sin embargo, es también en las solteras donde se ubica a más mujeres sin recibir orientación al momento de solicitar el método que actualmente utilizan (véase cuadro 2). Si se considera la paridez al momento de recibir la información del método, se aprecia que el mayor porcentaje de mujeres que recibieron información completa corresponde a aquellas que no tienen hijos(as), y disminuye conforme aumenta el número de hijos(as) nacidos(as) vivos(as), incrementándose así el porcentaje de mujeres que obtuvo el método con información incompleta. Cabe destacar que también en el grupo de mujeres con un hijo(a) y con alta paridez (cuatro o más hijos(as) nacidos(as) vivos(as)) es mayor el porcentaje de las MEFSA que no reciben orientación.

En tanto, por nivel de escolaridad alcanzado por las MEFSA al momento de la encuesta, el mayor porcentaje de mujeres que recibieron información completa se sitúa en las que tienen preparatoria o más, mientras que entre aquellas sin escolaridad y primaria incompleta o completa presentan porcentajes más altos quienes obtuvieron información incompleta; entre las que no cuentan con escolaridad alguna o que tienen primaria incompleta hay más mujeres que seleccionaron el método anticonceptivo sin recibir orientación.

De acuerdo al lugar de residencia al momento de la encuesta de las MEFSA, se distingue que no hay

Cuadro 2.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias actuales de métodos anticonceptivos, por tipo de orientación que recibieron al momento de la adopción, según característica seleccionada, 2014

Características seleccionadas	Orientación		Sin orientación
	Completa	Incompleta	
Total	67.5	26.1	6.4
Situación conyugal			
Unidas	67.6	26.0	6.4
Ex unidas	62.8	30.5	6.6
Solteras	69.1	23.8	7.1
Paridez			
0	69.4	24.4	6.3
1	64.1	28.8	7.1
2	66.9	27.4	5.7
3	65.2	28.1	6.7
4 y más	61.1	31.6	7.3
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad y primaria incompleta	59.4	30.8	9.8
Primaria completa	58.9	33.1	8.0
Secundaria	65.3	27.5	7.2
Preparatoria y más	73.2	22.1	4.8
Lugar de residencia			
Rural	66.6	27.0	6.4
Urbano	67.8	25.8	6.4
Condición de habla de lengua indígena			
Habla lengua indígena	61.7	31.2	7.2
No habla lengua indígena	67.8	25.8	6.4

Nota: La paridez hace referencia al número de hijos vivos que tenía cuando comenzó a usar los métodos anticonceptivos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

grandes diferencias entre las proporciones de mujeres que reciben información completa e incompleta e incluso coinciden con el mismo porcentaje de las que no tuvieron orientación. Sin embargo, en las zonas rurales es donde se reportó un menor porcentaje de mujeres con información completa y mayores porcentajes de mujeres con información incompleta. En tanto, en el caso de las hablantes de lengua indígena, es menor la proporción de las que reciben información completa respecto de las no hablantes de lengua indígena, y es donde hay mayores porcentajes de mujeres que deciden adoptar un método anticonceptivo con información incompleta o sin alguna orientación.

En síntesis, se encontró que las MEFSA adultas de 25 años en adelante son las que en mayor medida recibieron información incompleta o no la recibieron, lo cual puede estar ligado al número de hijos(as) nacidos(as) vivos(as), dado que también a mayor paridez, menor es el acceso a información completa y por lo general son las mujeres adultas las que cuentan con el mayor número de hijos(as). Cabe señalar que el nivel de escolaridad, a pesar de referirse al dato recabado al momento de la encuesta, presenta una alta asociación con la calidad de la información obtenida sobre el anticonceptivo. Por tanto, a mayor escolaridad alcanzada, mejor es la calidad de la información.

También llama la atención que las diferencias entre las hablantes y no hablantes de lengua indígena que reciben orientación completa no es muy amplia (6.2 puntos porcentuales). Ello indica que la adecuación de la atención de los programas de planificación familiar ha logrado tener impacto pese a los desafíos culturales y lingüísticos que enfrentan quienes prestan los servicios de planificación familiar y que han logrado acercar los servicios a pesar de ubicarse por lo general en zonas rurales y de difícil acceso. No obstante, es preciso resaltar que todavía hacen falta importantes esfuerzos, tanto en áreas rurales como urbanas, para mejorar la calidad de la atención brindada en los servicios de salud en cuanto a los métodos anticonceptivos.

Conocimiento funcional de métodos anticonceptivos

Conocimiento sobre la existencia y funcionalidad de algún método anticonceptivo

Como ya se ha analizado, en el uso de métodos anticonceptivos la información es fundamental para las personas que desean planificar, ya que ésta permitirá un empleo adecuado y una acertada elección del método anticonceptivo. Sin embargo, cuando el conocimiento es deficiente, predominan otros factores como los sociales y culturales que conllevan al cambio, abandono o falla de los anticonceptivos (Acevedo y Sandoval, 2001), derivando en embarazos no planeados o no deseados y exposición al riesgo de ITS en el caso del condón.

En un principio en las encuestas se investigaba el reconocimiento que tenían las mujeres sobre los métodos anticonceptivos, pero no se sabía si conocían la forma en que estos métodos debían utilizarse o sus formas de aplicación, lo que originó que en 2003, en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR),[8] se incluyeran preguntas con las que se indagó no solo acerca del conocimiento sobre la existencia de los métodos, sino también en cuanto al conocimiento que tenían sobre su funcionamiento adecuado (CONAPO, 2017).

En la ENSAR 2003 se observó que casi el cien por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) conoce al menos un método anticonceptivo, sin embargo, el porcentaje de éstas que en la práctica sabe usarlos es más bajo, lo cual probablemente ha tenido como consecuencia embarazos no planeados o no deseados. Es por ello que en la ENADID 2014, al igual que en la ENSAR 2003, en el momento de la entrevista se les hizo un conjunto de cuestionamientos a todas la MEF que declararon conocer la existencia de algún método anticonceptivo, a fin de establecer si tienen un conocimiento, al que en adelante llamaremos "conocimiento funcional o efectivo" del método,[9] el cual, para objeto

[8] En la ENSAR 2003, levantada por la Secretaría de Salud y el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM, con representatividad nacional y para ocho de las 32 entidades federativas, se preguntó por primera vez sobre el conocimiento funcional.

[9] Con excepción de la OTB y vasectomía, ya que la encuesta no indaga sobre el conocimiento funcional de éstos.

del presente estudio, equivale al porcentaje de mujeres que contestaron correctamente a todas las preguntas sobre la forma de uso de los métodos anticonceptivos considerados en la encuesta de 2014 (CONAPO, 2017).

De esta manera, para identificar a las mujeres con conocimiento funcional se consideran las siguientes preguntas por tipo de método:

Pastillas
- ¿Cada cuándo se debe tomar la pastilla anticonceptiva?
- ¿Qué se debe hacer cuando se olvida tomar una pastilla anticonceptiva?

Inyecciones
- ¿Cada cuándo se deben aplicar las inyecciones o ampolletas anticonceptivas?

Implante
- ¿En qué parte del cuerpo se inserta el implante anticonceptivo o Norplant?

Parche
- ¿En qué parte del cuerpo se coloca el parche anticonceptivo?
- ¿Cada cuándo debe sustituirse el parche anticonceptivo?

DIU
- ¿En qué parte del cuerpo se coloca el DIU, dispositivo o aparato?
- ¿Quién debe colocar el DIU, dispositivo o aparato?

Condón masculino
- ¿Ha visto alguna vez un condón o preservativo masculino?
- ¿En dónde se coloca un condón o preservativo masculino?
- ¿Cuántas veces se puede utilizar el mismo condón o preservativo masculino?

Condón femenino
- ¿Ha visto alguna vez un condón o preservativo femenino?
- ¿En dónde se coloca un condón o preservativo femenino?
- ¿Cuántas veces se puede utilizar el mismo condón o preservativo femenino?

Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas
- ¿En qué momento se deben aplicar los óvulos, jaleas, espumas anticonceptivas?

Ritmo, calendario, *Billings* o abstinencia periódica
- ¿Cuándo cree usted que sea más probable que una mujer se embarace si tiene relaciones sexuales?

Retiro o coito interrumpido
- ¿En qué consiste el método del retiro o coito interrumpido?

Píldora del día siguiente
- ¿En qué consiste la píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia?

De esta forma, las mujeres que respondieron correctamente a cada una de las preguntas para al menos un tipo de método anticonceptivo de los que declararon conocer, se consideran con un conocimiento funcional de dicho método, mientras que aquellas que no contestan alguna de las preguntas de manera afirmativa para ningún método, se ubican sin conocimiento funcional. Así, se identifica que 99.2 por ciento de las mujeres sexualmente activas tiene conocimiento de la existencia de al menos un método anticonceptivo, sin embargo, dicho porcentaje disminuye a 97.6 cuando se les pregunta si tienen conocimiento funcional, es decir, si saben cómo usar al menos un método anticonceptivo de los que indicaron conocer (véase cuadro 3). Cabe destacar que el porcentaje de MEFSA con conocimiento sobre la existencia de al menos un método anticonceptivo es alto en cualquiera de las características que posea la mujer, excepto cuando ella no cuenta con escolaridad o tiene primaria incompleta (95.0%) o que sea hablante de lengua indígena (91.5). En tanto que respecto al porcentaje que cuenta con conocimiento funcional de al menos un método anticonceptivo, en general es menor en cualquiera de las características, pero dicha proporción disminuye en mayor medida también entre las mujeres sin escolaridad (88.2%) y entre las hablantes de lengua indígena (84.5).

Es necesario resaltar que, de acuerdo a cada una de las características de las MEFSA, los mayores descensos en el porcentaje de mujeres con conocimiento funcional, aunque no de igual manera que los grupos

Cuadro 3.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas, según conocimiento existencial y funcional de algún método anticonceptivo,* 2014

Característica seleccionada	Conocimiento	
	Existencial	Funcional
Total	99.2	97.6
Grupos de edad		
15 a 19	98.6	96.7
20 a 24	99.4	98.0
25 a 29	99.4	98.3
30 a 34	99.6	98.2
35 a 39	99.3	97.9
40 a 44	99.2	97.4
45 a 49	98.5	95.7
Situación conyugal		
Unidas	99.1	97.4
Ex unidas	99.8	99.4
Solteras	99.8	99.1
Paridez		
Sin hijos	98.8	96.9
Uno	99.6	98.4
Dos	99.6	98.6
Tres	99.4	97.8
Cuatro o más	98.2	94.9
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	95.0	88.2
Primaria completa	98.4	95.1
Secundaria	99.7	98.3
Preparatoria y más	99.9	99.6
Lugar de residencia		
Rural	97.7	94.3
Urbano	99.6	98.5
Condición de habla de lengua indígena		
Sí	91.5	84.5
No	99.6	98.3

*Se excluyen la OTB y la vasectomía.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

antes mencionados, se registran en las adolescentes (15 a 19 años), en las adultas (45 a 49 años), en las unidas, en las que no tienen hijos(as) y en las residentes de lugares rurales. Ello denota que la falta de acceso a la información y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos continúa ubicándose en general en los grupos de mujeres con mayor rezago, que por sus características se enfrentan a barreras de acceso.

Conocimiento funcional del método anticonceptivo que usan las MEFSA

Con el fin de identificar otros factores que puedan incidir en la ocurrencia de embarazos no planeados o no deseados aun cuando las mujeres se protegen con algún método anticonceptivo (no definitivo), se analizará en esta sección en qué medida las MEFSA que son

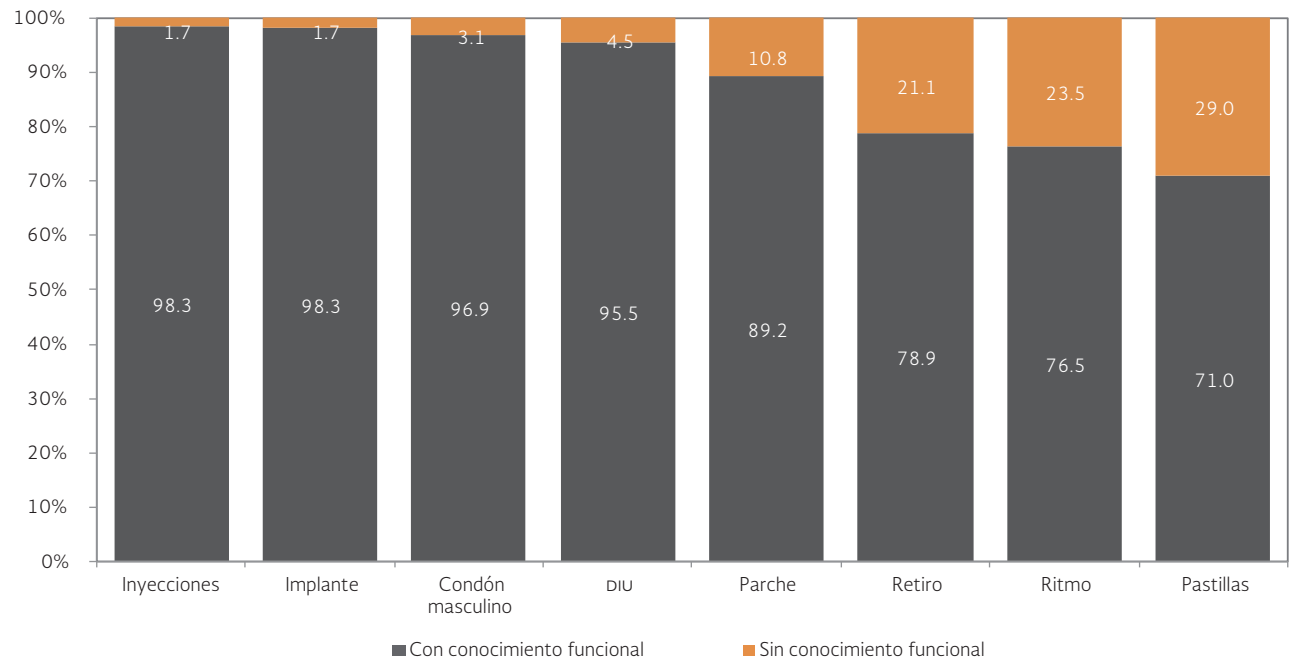
usuarias actuales de un método anticonceptivo lo utilizan de manera correcta.

En ese sentido, el porcentaje de mujeres sexualmente activas con conocimiento funcional sobre el método que están utilizando se ilustra en la gráfica 4, donde se obtiene que principalmente en las usuarias de pastillas cerca de una tercera parte no las toma de manera correcta. Asimismo, se detecta un alto porcentaje sin conocimiento funcional en las usuarias de los métodos tradicionales de ritmo y retiro, y, aunque en menor medida, también hay desconocimiento en las usuarias del parche anticonceptivo, en tanto que en este grupo la mayoría sabe utilizar las inyecciones y el implante subdérmico. Llama la atención que entre las usuarias de DIU se descubre a mujeres que no saben cómo se utiliza, dado que es un método donde se requiere de la intervención del médico para la colocación y revisión periódica. Lo anterior sugiere que, en algunos casos, el médico coloca el dispositivo sin dar una explicación adecuada a las usuarias sobre su funcionamiento, posibles reacciones adversas, etc.

Por otra parte, si se consideran las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil sexualmente activas, se corrobora que la mayoría tiene conocimiento funcional sobre dos métodos anticonceptivos: las inyecciones y el implante subdérmico o Norplant, en cualquiera de la características sociodemográficas que posea la mujer. En segundo lugar se encuentran las usuarias de DIU y de condón masculino, donde solo aquellas sin escolaridad o hablantes de lengua indígena presentan porcentajes bajos en cuanto a su uso y conocimiento de cómo deben utilizarlos. En tercer lugar se sitúan las que utilizan el parche anticonceptivo, donde se destaca que un menor porcentaje de adolescentes sabe cómo emplearlo.

Finalmente, entre las usuarias de pastillas, ritmo y retiro, el porcentaje de MEFSA con conocimiento funcional en general es más bajo. Por ejemplo, entre las

Gráfica 4.
República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos, por tipo de método, según condición de conocimiento funcional, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

adolescentes, las que tienen primaria incompleta o menos, las unidas, las solteras, las que tienen cuatro hijos(as) o más y en las que son hablantes de lengua indígena, solo un bajo porcentaje sabe cómo deben suministrarse las pastillas. Por su parte, entre las usuarias de ritmo, también los menores porcentajes se ubican en esos mismos grupos, además de las residentes de lugares rurales; en tanto que entre las usuarias de retiro el menor porcentaje se sitúa entre las mujeres de los últimos grupos de edad fértil, las que no tienen escolaridad o cuentan con primaria incompleta y en las que tienen tres hijos(as) o más (véase cuadro 4).

Cuadro 4.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con conocimiento funcional del método que utilizan actualmente, 2014

Característica seleccionada	Total	Pastillas	Inyecciones	Norplant	Parche	DIU	Condón masculino	Ritmo	Retiro
Grupos de edad									
15 a 19	91.5	55.3	97.0	97.2	64.6	94.4	95.0	34.4	78.9
20 a 24	93.7	67.7	98.1	98.0	94.8	94.5	98.4	67.6	82.7
25 a 29	93.0	73.2	99.2	98.2	86.9	95.3	97.4	72.6	81.1
30 a 34	92.2	73.2	98.7	99.4	89.3	95.7	96.2	81.3	79.1
35 a 39	91.4	73.5	96.9	99.1	93.7	95.9	96.5	78.4	81.9
40 a 44	90.6	65.3	99.0	100.0	92.5	97.0	96.1	80.6	71.4
45 a 49	89.7	80.1	98.9	92.1	80.9	96.6	97.3	73.2	69.5
Nivel de escolaridad									
Sin escolaridad y primaria incompleta	85.9	63.8	98.0	99.1	-	87.7	91.6	53.4	60.5
Primaria completa	89.2	70.1	99.2	97.6	96.5	91.9	91.9	67.4	71.9
Secundaria	91.6	67.9	97.8	98.6	93.4	95.3	94.9	70.8	74.3
Preparatoria y más	93.9	73.0	98.7	98.1	87.6	97.4	98.8	81.8	89.0
Situación conyugal									
Unidas	91.8	70.4	98.4	98.1	89.4	95.4	96.3	76.2	78.8
Ex unidas	96.7	84.9	99.7	-	84.0	97.7	99.3	-	-
Solteras	93.6	70.7	97.3	100.0	89.0	94.1	98.3	82.4	78.6
Paridez									
Sin hijos	92.8	72.0	95.3	100.0	84.6	95.0	98.1	72.1	76.2
Uno	93.4	69.2	98.8	97.5	89.3	96.1	98.0	77.9	82.6
Dos	92.7	70.7	98.4	98.2	89.9	95.9	96.6	80.0	83.3
Tres	91.3	74.3	99.0	99.6	97.7	94.2	95.6	74.5	70.1
Cuatro o más	88.2	69.3	98.2	98.2	-	92.9	88.6	70.9	69.9
Lugar de residencia									
Rural	91.4	71.1	98.6	97.0	86.7	93.1	93.7	73.0	77.2
Urbano	92.5	71.0	98.2	98.8	89.5	96.0	97.5	77.1	79.3
Condición de habla de lengua indígena									
Sí	87.1	63.7	99.1	96.5	84.2	88.5	85.6	61.9	64.8
No	92.5	71.2	98.3	98.4	89.3	95.8	97.2	77.1	79.4

- Tamaño de muestra insuficiente.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Con estos resultados se corrobora que las pastillas anticonceptivas es el método cuyo conocimiento funcional es el más bajo por parte de las MEFSA a pesar de que se encuentran usándolo, lo que también coincide con que es el método del que menor información sobre su uso se recibe al momento de obtenerlo en las instituciones públicas. Ello puede deberse a que, en la asesoría, a los prestadores del servicio se les dificulta explicar a las usuarias que la ingesta de las pastillas debe ser diariamente y en el mismo horario, y que en caso de olvidar tomar una deben ingerirse dos al siguiente día, o bien a que las usuarias tienen problemas para recordar dichas instrucciones por ser más específicas que las de otros métodos.

Prevalencia anticonceptiva efectiva

La falta de conocimiento funcional del método que usan las MEF tiene un impacto negativo en la prevalencia anticonceptiva. Es claro que no es posible considerar que todas las mujeres que usan métodos anticonceptivos se encuentran realmente protegidas de embarazos no planeados o de adquirir alguna infección de transmisión sexual, ya que al existir un porcentaje de ellas que no cuentan con este conocimiento, la prevalencia anticonceptiva debería disminuir, dado que dichas mujeres están en riesgo de un embarazo. Para ello se realizará una comparación de la prevalencia anticonceptiva de las MEFSA sin considerar el conocimiento funcional como tradicionalmente se calcula contra la prevalencia anticonceptiva de ese mismo grupo, pero excluyendo a aquellas que no tienen conocimiento funcional del método anticonceptivo que utilizan, a esta última se le denominará prevalencia anticonceptiva efectiva.

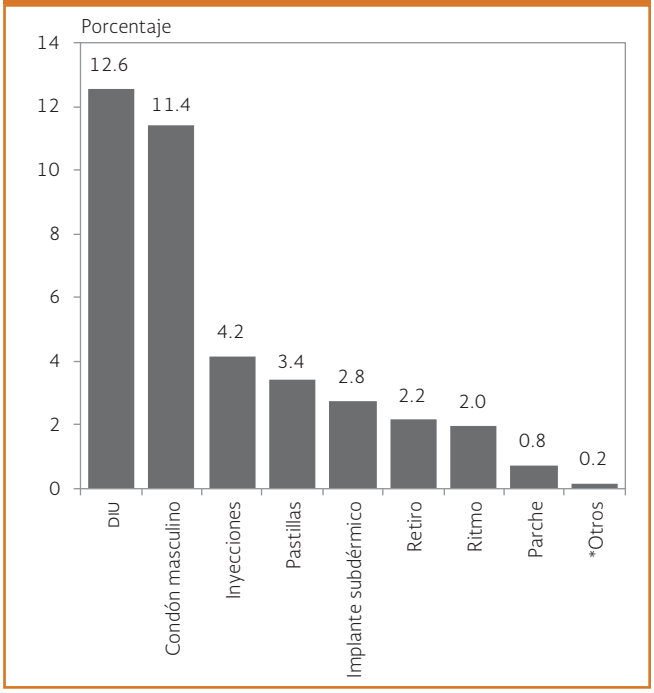
A fin de visualizar cuál sería el impacto por la falta de conocimiento funcional en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil sexualmente activas, se resume lo siguiente: 36.0 por ciento de las MEFSA tiene una prevalencia anticonceptiva de métodos definitivos, ya sea porque ella se realizó la OTB (33.6%) o porque su pareja se hizo la vasectomía (2.4%); el resto, por el empleo de ocho diferentes métodos anticonceptivos, los cuales se muestran en la gráfica 5. Además, en la gráfica 6 se presenta el porcentaje de mujeres por tipo de método empleado pero que, dada la falta de conocimiento funcional, algunas mujeres sexualmente activas no están protegiéndose y en realidad la prevalencia anticonceptiva efectiva disminuye. En ese sentido, se identifica que las usuarias de pastillas son las que menos saben utilizar este método: el 3.4 por ciento que las usa se reduce en 1.0 punto porcentual derivado de que no lo hace de forma correcta, por consiguiente, solo 2.4 por ciento de las usuarias obtendrá los resultados deseados.

En las usuarias del resto de métodos anticonceptivos se distingue que la prevalencia se reduce en general en menos de 1.0 punto porcentual, debido al desconocimiento, sin embargo, al acumularlo se obtiene que del 75.6 por ciento de prevalencia de MEFSA, 72.5 por ciento tiene conocimiento efectivo y 3.1 está expuesta al no saber utilizar de manera adecuada su método anticonceptivo. Asimismo, se debe señalar que a pesar de que 3.2 por ciento de las MEFSA hace uso correcto de métodos tradicionales como el ritmo y retiro, éstos tienen una efectividad del 75.0 por ciento, por lo que también se encuentran en riesgo.

Se puede apreciar que, en general, las usuarias saben cómo utilizar un método anticonceptivo, no obstante, es preciso mejorar la orientación al momento de que la mujer adquiere éste en algún servicio de salud, ya que si se acumula la proporción de mujeres con desconocimiento funcional de cada método que están utilizando, se alcanza un 3.1 por ciento que, dado que son "usuarias", finalmente no está considerado como mujeres expuestas al riesgo de embarazos no planeados o de ITS, y, sin embargo, sí tendría que ser contemplado como un grupo para diseñar estrategias específicas en pro de mejorar la calidad de la atención al proporcionar los métodos que revelan menor conocimiento funcional.

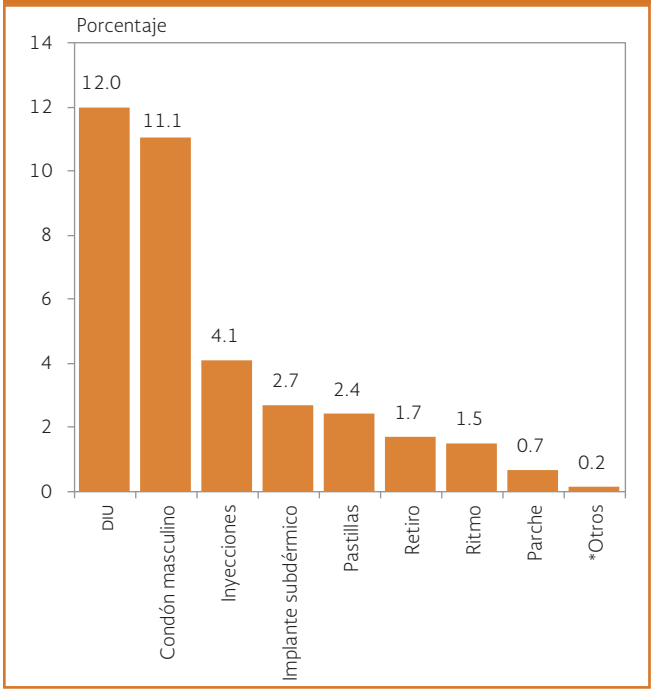
Los resultados anteriores muestran que: el conocimiento funcional de métodos anticonceptivos guarda una estrecha relación con factores demográficos, sociales, económicos e incluso culturales, y que de acuerdo a las características que posean, en este caso las MEFSA, ello determinará su acceso a los métodos anticonceptivos y el conocimiento con el que cuenten para usarlos de la forma correcta, lo cual condicionará la obtención de los beneficios deseados, y que no contar con este conocimiento tiene

Gráfica 5.
República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva, por tipo de método de mujeres en edad fértil sexualmente activas, 2014



*Incluye el condón femenino, óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas, píldora del día siguiente y otros métodos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Gráfica 6.
República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva efectiva, por tipo de método de mujeres en edad fértil sexualmente activas, 2014



*Incluye el condón femenino, óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas, píldora del día siguiente y otros métodos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

efectos importantes en la prevalencia anticonceptiva, en la falla de los métodos y en la ocurrencia de embarazos no deseados.

Análisis multivariado de los factores que influyen para adquirir conocimiento funcional de métodos anticonceptivos

Como se ha mencionado, uno de los objetivos de este artículo es identificar cómo los factores demográficos, sociales, el tipo de método anticonceptivo que utilizan las MEFSA, y la calidad de la atención que reciben, influyen en el tipo de conocimiento funcional que adquieren sobre el método. Para lograr esos fines, la última parte de este documento se basa en un modelo de regresión logística binomial que permite analizar dichas relaciones. La variable dependiente de este modelo es el conocimiento funcional que tienen las mujeres acerca del método anticonceptivo que están usando actualmente.

Aquellas que contestaron correctamente a cada una de las preguntas sobre el tipo de método que están usando se considera que tienen conocimiento funcional de dicho método, mientras que quienes no contestan alguna de las preguntas de manera afirmativa se identificaron sin conocimiento funcional (para mayor detalle, véase la sección de "Conocimiento sobre la existencia y funcionalidad de algún método anticonceptivo"). De acuerdo con este criterio, el conocimiento funcional se usa en el modelo de regresión logística como una variable dicotómica que toma el valor "1" cuando la mujer tiene conocimiento funcional del método anticonceptivo y "0" si no tiene conocimiento funcional.

Composición de la muestra

Se obtuvo una muestra con la información de 16 238 MEFSA usuarias actuales de métodos anticonceptivos modernos. Dicha muestra no incluye a usuarias de

OTB, ni a cuyas parejas les han realizado la vasectomía, porque la ENADID no indaga el conocimiento funcional sobre métodos definitivos. Asimismo, esta muestra no incluye a usuarias de métodos anticonceptivos tradicionales, pues si bien en la encuesta se consulta a las mujeres sobre el conocimiento funcional de éstos, no se pregunta por la calidad de la orientación (ya que estos métodos no se obtienen en un establecimiento de salud) que es una variable principal en este análisis.

De acuerdo a las características sociodemográficas de las mujeres en estudio, en el cuadro 5 se observa que el 92.0 por ciento de las de 15 a 19 años en muestra tienen conocimiento funcional del método anticonceptivo que usan; además, en comparación con las mujeres de mayor edad, éstas representan el grupo más vulnerable al presentar el porcentaje más bajo. Por escolaridad, el 89.8 por ciento de aquellas que no tienen instrucción o que solo tienen algún grado de primaria aprobado sabe cómo funciona el método que están usando. En sentido inverso, las mujeres que cuentan con una escolaridad media superior o más es el grupo con el mayor porcentaje en cuanto al uso

Cuadro 5.
República Mexicana. Mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias actuales de métodos anticonceptivos, según conocimiento funcional del método que están usando, 2014

Característica seleccionada	Con conocimiento funcional		Sin conocimiento funcional		P value [1]
	n	(%)	n	(%)	
Edad al momento de la encuesta					
15 a 19	1284	92.0	112	8.0	0.229
20 a 24	3476	94.0	222	6.0	
25 a 29	3579	93.5	248	6.5	
30 a 34	2851	94.0	183	6.0	
35 a 39	2091	93.3	149	6.7	
40 a 44	1273	93.4	90	6.6	
45 a 49	638	93.8	42	6.2	
Nivel de escolaridad					
Sin instrucción y primaria incompleta	685	89.8	78	10.2	0.000
Primaria completa	1543	91.6	142	8.4	
Secundaria	5145	93.0	385	7.0	
Media superior y más	7819	94.7	441	5.3	
Situación conyugal					
Unidas	12648	93.4	892	6.6	0.047
Ex unidas	617	95.8	27	4.2	
Solteras	1927	93.8	127	6.2	
Paridez					
Sin hijos	2316	92.5	187	7.5	0.065
Un hijo	4656	94.0	298	6.0	
Dos hijos	4984	93.7	336	6.3	
Tres hijos	2146	94.0	137	6.0	
Cuatro o más hijos	1090	92.5	88	7.5	
Lugar de residencia					
Rural	3418	93.2	251	6.8	0.279
Urbano	11774	93.7	795	6.3	

Continúa...

Cuadro 5.
República Mexicana. Mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias actuales de métodos anticonceptivos, según conocimiento funcional del método que están usando, 2014

Característica seleccionada	Con conocimiento funcional		Sin conocimiento funcional		P value [1]
	n	(%)	n	(%)	
Condición de habla de lengua indígena					
Sí	636	90.5	67	9.5	0.001
No	14556	93.7	979	6.3	
Tipo de orientación					
Completa	6678	94.8	366	5.2	0.000
Incompleta	2422	93.2	176	6.8	
Sin información	1334	90.1	147	9.9	
No definido[2]	4758	93.0	357	7.0	
Tipo de método					
Pastillas anticonceptivas	1193	70.8	492	29.2	0.000
Inyecciones o ampolletas anticonceptivas	2130	98.7	29	1.3	
Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant	1160	98.2	21	1.8	
Parche anticonceptivo, condón o preservativo femenino y píldora del día siguiente	323	87.8	45	12.2	
DIU, dispositivo o aparato (de cobre)	5375	94.9	291	5.1	
Condón o preservativo masculino	5011	96.8	168	3.2	
Uso de método previo					
Sí	7985	93.7	535	6.3	0.394
No	7207	93.4	511	6.6	

Nota: Los resultados corresponden a las estimaciones muestrales de la ENADID 2014.
1/ Chi-Cuadrada.
2/ Esta categoría corresponde a las mujeres que adquirieron el método anticonceptivo en farmacias, tiendas de autoservicio y otro lugar, por lo cual no se tiene la información sobre el tipo de orientación que recibieron al momento de adquirirlo.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

correcto de los métodos anticonceptivos (94.7). Por situación conyugal, las unidas y las solteras presentan un porcentaje similar respecto al conocimiento funcional, con un 93.4 y 93.8, respectivamente, siendo las mujeres ex unidas las que reportan el porcentaje más alto respecto a los otros grupos.

En cuanto al número de hijos(as), las mujeres sin hijos(as) y con más de cuatro hijos(as) registran el menor porcentaje de mujeres que usan de forma correcta los métodos anticonceptivos. Según el lugar de residencia, no hay diferencias significativas entre las residentes en localidades rurales y urbanas (93.2 y 93.7%) y en cuanto a la condición de habla de lengua indígena solo el 90.5 por ciento de las mujeres que hablan alguna lengua indígena conoce cómo funciona el método anticonceptivo que está usando. En relación con el tipo de orientación recibida al momento de adquirir el método anticonceptivo, el 94.8 por ciento de las que obtuvieron información completa conoce como funciona dicho método, mientras que el 9.9 por ciento de las mujeres que no recibieron alguna información no sabe cómo funciona el método anticonceptivo que les fue proporcionado. Entre las usuarias de pastillas anticonceptivas solo el 70.8 por ciento sabe cómo funciona, siendo el método anticonceptivo con el porcentaje más bajo en cuanto a su empleo correcto. Finalmente, se determinó que no existe una diferencia significativa entre las mujeres que anteriormente habían usado algún método anticonceptivo y las que hacen uso de los métodos anticonceptivos por primera vez (93.7 y 93.4%, de manera respectiva).

Análisis de los factores que explican el conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos

Según se analizó en la introducción de este documento, el conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos está determinado por un conjunto de variables de diversa índole que interactúan entre sí, y al mismo tiempo condicionan dicho conocimiento. En el cuadro 6 se muestran los resultados de cuatro modelos de regresión logística binomial, en cada modelo se introdujo paso a paso una serie de bloques de variables descriptivas que se identificaron en la revisión bibliográfica como las más importantes para adquirir el conocimiento efectivo de métodos, y que además son las que se tienen disponibles en la encuesta. Así, los bloques están conformados conceptualmente por factores: demográficos, sociales y culturales, tipo de método, condición de uso previo y, por último, tipo de orientación recibida, que es uno de los factores principales que se busca analizar. Las variables se incluyeron de esta forma en los modelos con el fin de identificar cuáles son los factores más importantes para explicar el conocimiento funcional del método usado, y poder realizar sugerencias de política pública sobre elementos y grupos poblacionales específicos en los que deben hacerse intervenciones. El Modelo 4 es el modelo completo, ya que es el que incluye los cuatro grupos de variables; en un segundo momento es sobre éste que se efectuará la interpretación de la aportación de cada variable de manera individual.

De acuerdo con el Modelo 1, las variables que forman parte del bloque demográfico resultan ser insuficientes para explicar el conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos (la prueba de hipótesis sobre la devianza resultó ser menor que el valor de una Chi^2 con 12 grados de libertad (gl) con un nivel de significancia del 5%). Lo anterior señala que el conjunto de variables conformado por edad, número de hijos(as) y situación conyugal de manera agrupada no son determinantes para que una mujer tenga conocimiento funcional.

En el segundo modelo, al incorporar el bloque de las características sociales y culturales se observa que la paridez recupera significancia descriptiva, mientras que la edad pierde fuerza como variable explicativa. Asimismo, la prueba de hipótesis muestra que la diferencia de las devianzas entre los modelos 1 y 2 (76.4) es mayor que el valor de una Chi^2 con 17 gl (11.1), por lo que se llega a la conclusión de que el nivel de escolaridad, el lugar de residencia y la condición de habla de lengua indígena, en conjunto son factores relevantes para explicar el conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos. Hasta este punto, las características sociales y culturales condicionan de manera más importante el conocimiento funcional que las demográficas.

Para el tercer modelo se añade el grupo de variables asociadas al tipo de método y la condición de uso previo. Éste presenta una diferencia de las devianzas entre los Modelos 2 y 3 de 1 234.5, que excede por mucho al valor de la Chi^2 con 23 gl (12.6), por lo que este conjunto de variables es de alta importancia para explicar el empleo correcto de los métodos anticonceptivos, más que las características demográficas y sociales.

Finalmente, al incorporar el tipo de orientación que recibió la mujer al momento de adquirir el método anticonceptivo se aprecia que la prueba estadística (diferencia en devianza de 34.7 puntos del Modelo 4 respecto al Modelo 3, por lo que supera el valor de una Chi^2 con 26 gl) indica que el tipo de orientación tiene una importancia estadística fundamental en el conocimiento funcional, pero en menor peso que el tipo de método anticonceptivo y la condición de uso previo.

Una vez que se ha analizado la relevancia de las variables por grupos conceptuales de importancia, se tomarán los datos obtenidos en el Modelo 4 para la interpretación de los resultados de las variables de manera independiente, ya que este modelo está controlando el conocimiento funcional de anticonceptivos por todos los factores de interés para este estudio.

De esta forma, se observa que la propensión a tener conocimiento funcional entre las MEFSA aumenta de manera gradual con la edad, ya que si se tiene como referencia a las mujeres más jóvenes, es decir, las adolescentes de 15 a 19 años, todas las MEFSA de mayor edad tienen una propensión mayor a tener conocimiento funcional respecto a éstas. Así, las mujeres de 20 a 24 años tienen 43 por ciento más posibilidades de conocer de manera adecuada el funcionamiento de los métodos que usan, mientras que

para las mujeres de 45 a 49 años la propensión es 2.16 veces más alta en comparación con las usuarias de 15 a 19 años de edad.

Este resultado valida lo encontrado a partir de la revisión bibliográfica sobre el efecto de la edad en el conocimiento funcional (Freeman, 1989; Curtis y Blanc, 1997), donde se explica que al ser más frecuente el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres de mayor edad, también el conocimiento es mejor entre ellas, debido a la experiencia que adquieren con el tiempo en el uso de ese método o incluso de alguno previo, llegando a la conclusión de que éstas tienen un mejor conocimiento en cuanto al empleo correcto de los métodos anticonceptivos respecto a las mujeres más jóvenes, en particular las adolescentes. Tales resultados pueden ser consecuencia también de lo señalado en diversos estudios acerca de que los jóvenes tienen un menor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, por lo que un alto porcentaje de ellos los consiguen en farmacias sin la orientación adecuada, confirmando la premisa de que los jóvenes usan los métodos sin el conocimiento correcto, exponiéndose a embarazos no intencionales e ITS (SS, 2008; Lerner y Szasz, 2003; Gobierno de la República, 2015).

De acuerdo con el análisis del modelo 4, el efecto de la paridez en el conocimiento funcional resultó ser no significativo en combinación con los demás factores de riesgo. Cabe mencionar que a pesar de este hecho, la paridez es de alta importancia si no se considera el efecto del tipo de método anticonceptivo en el conocimiento funcional del método, como se puede distinguir en el Modelo 2. De ahí se puede inferir que la propensión a tener conocimiento funcional aumenta conforme crece el número de hijos(as) y que solo en aquellas que tienen cuatro o más la propensión comienza a disminuir en comparación con las que no tienen hijos(as). Esto sustenta la literatura que señala que las mujeres con un hijo(a) están más motivadas a hacer uso de métodos anticonceptivos para evitar un embarazo en comparación con quienes no tienen descendencia, dando como resultado que estén mejor informadas en cuanto a su funcionamiento correcto.

En el mismo Modelo 4, la situación conyugal como variable explicativa muestra que el ser soltera no tiene un efecto significativo respecto a las mujeres unidas o casadas sobre tener un mejor conocimiento de métodos anticonceptivos, mientras que la propensión a tener conocimiento funcional en las mujeres ex unidas es 1.57 veces más alta que en las casadas o en unión libre, en tanto que la relación que existe entre las mujeres solteras es uno a uno. Curtis y Blanc (1997) mencionan que la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas es baja en comparación con aquellas que están solteras o en otra situación, en razón de que las unidas o casadas tienden a tener mayor actividad sexual con la pareja y se encuentran menos motivadas a evitar embarazos, por lo que es posible que también la motivación de tener un mayor conocimiento funcional de los métodos sea menor.

Respecto al nivel de escolaridad, se identifica que el conocimiento funcional de métodos aumenta de manera directa con la escolaridad. De esta forma, la propensión de tener conocimiento funcional en mujeres con un nivel de escolaridad de primaria completa es 26.0 por ciento mayor que en las que no cuentan con instrucción, mientras que en las de secundaria completa incrementa a 68.0 por ciento. Por último, en las mujeres que cuentan con escolaridad equivalente a media superior y superior es 2.71 veces más alta en comparación con aquellas que no tienen instrucción o solo tienen algún grado de primaria aprobado, lo cual concuerda con lo que otros autores exponen (Matoro *et al.*, 1998; UNFPA, 2017).

El lugar de residencia no tiene significancia como variable explicativa del conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos. Este resultado podría sugerir que el nivel de cobertura y orientación de los distintos métodos anticonceptivos en las localidades rurales ha mejorado a tal punto que las mujeres residentes en dicha localidad presentan un conocimiento funcional en la misma proporción que las residentes en localidades urbanas. El análisis descriptivo de esta muestra de MEFSA (véase cuadro 5) sobre conocimiento funcional evidencia que en ambas áreas de residencia es muy similar el porcentaje de MEFSA con conocimiento efectivo sobre métodos anticonceptivos. Es factible que este resultado se derive de que las mujeres de áreas rurales, por lo general, se encuentran afiliadas a programas sociales que están condicionados a la aceptación de servicios de salud reproductiva, y posiblemente a eso se deba que

cuenten con niveles similares de conocimiento efectivo que las mujeres urbanas, no obstante, es necesario profundizar más en la explicación de este resultado.

La condición de habla de lengua indígena tiene un efecto importante, pues la propensión a tener conocimiento funcional en las mujeres no hablantes de lengua indígena es 54.0 por ciento mayor en comparación con las que hablan alguna lengua indígena. Este resultado muestra la brecha que existe en la calidad y el acceso a los servicios de planificación familiar en las indígenas, ya que, como han señalado otros estudios (Camarena y Lerner, 2008; Szasz y Lerner, 2010), los servicios de salud pueden no alentar la información ni la libre decisión del uso de métodos anticonceptivos en este grupo altamente vulnerable.

Por su parte, la mezcla de métodos anticonceptivos es la variable más relevante que condiciona que las mujeres interioricen los conocimientos adecuados para usar de forma correcta su método, debido a las características específicas de éstos y a la participación activa de las mujeres en su uso. De esta manera, algunos implican mayor complejidad en su empleo porque requieren de recordar una serie de recomendaciones, así como de la participación diaria de las usuarias, como sucede en el caso de las pastillas, o bien porque se usan en cada relación sexual, como el condón. De igual forma, en algunos casos no es necesaria la acción de la mujer (DIU), sino de un agente de salud, lo que ocasiona que el personal médico y las mujeres no tengan suficiente motivación, tanto para proporcionar como para aprender los conocimientos necesarios. Por último, en algunos casos es muy pequeña la participación de la mujer, pero es importante para su uso correcto (implante y parche).

El efecto del tipo de método anticonceptivo en conjunto es de alta importancia en la explicación del conocimiento funcional, pero también lo es cada uno de los métodos de manera individual ($p<0.001$). Así, se demuestra que la propensión a tener conocimiento funcional de las pastillas anticonceptivas es muy baja en comparación con las usuarias del condón masculino, siendo las pastillas el tipo de método con el menor conocimiento funcional entre las usuarias. El conocimiento efectivo de las pastillas para el presente estudio implica saber: ¿cada cuándo se debe tomar la pastilla anticonceptiva? y ¿qué se debe hacer cuando se olvida tomar una pastilla anticonceptiva?, por lo que se infiere que recordar estos dos aspectos fundamentales para el uso correcto del método les resulta de alta complejidad a las mujeres usuarias de las mismas.

Este hecho es notable porque muestra que una alta proporción de las usuarias de las pastillas anticonceptivas no sabe usarlas de forma correcta, en comparación con los otros métodos anticonceptivos. Lo mismo sucede, aunque en menor medida, con las usuarias del DIU, ya que frente al condón reportan una menor propensión (32.0% menos) a tener conocimiento efectivo de este método, a pesar de que el personal médico lo coloca y debería de proporcionar la mejor información sobre su uso y efectos secundarios. De manera contraria, las usuarias de inyecciones o ampolletas anticonceptivas, al igual que del implante subdérmico, tienen un mejor control de su método (3.01 y 2.08 veces más, respectivamente) que aquellas cuya pareja usa condón (véase cuadro 6).

La propensión a tener conocimiento funcional entre las mujeres que anteriormente han usado algún otro método anticonceptivo es 13.0 por ciento más alta en comparación con aquellas que emplean métodos anticonceptivos por primera vez. Este resultado muestra que las mujeres con una condición de uso de método previo poseen un mejor conocimiento en cuanto a la efectividad y la funcionalidad del método actual, lo cual puede ser consecuencia de la experiencia del uso de métodos que han tenido.

Por último, en lo que respecta a la variable principal de este estudio, que es la calidad de la orientación que proporcionan los agentes de salud a las mujeres en el momento de obtener el método que actualmente están usando, la propensión a tener conocimiento funcional en las mujeres que recibieron una orientación completa fue 79.0 por ciento mayor en comparación con aquellas que no recibieron información alguna al momento de adquirir el método.

Es importante destacar que en la muestra de análisis existen mujeres que adquirieron el método anticonceptivo en otro lugar distinto a las instituciones del sector salud, ya sea público o privado, y que en su mayoría se refiere a farmacias, de las cuales se desconoce el tipo de orientación que recibieron al

Cuadro 6.
República Mexicana. Modelos de regresión logística para explicar el conocimiento funcional de las mujeres en edad fértil sexualmente activas y usuarias actuales de métodos anticonceptivos, 2014

Variable	Modelo 1				Modelo 2				Modelo 3				Modelo 4			
	OR		IC (90%)		OR		IC (90%)		OR		IC (90%)		OR		IC (90%)	
Edad al momento de la encuesta																
15 a 19 (referencia)																
20 a 24	1.33	**	1.09	1.63	1.20		0.98	1.47	1.43	***	1.15	1.78	1.43	***	1.16	1.78
25 a 29	1.24	*	1.01	1.52	1.09		0.89	1.34	1.61	***	1.29	2.01	1.60	***	1.28	2.00
30 a 34	1.34	**	1.08	1.67	1.17		0.94	1.47	2.01	***	1.58	2.56	2.03	***	1.59	2.58
35 a 39	1.22		0.96	1.53	1.09		0.86	1.38	2.04	***	1.58	2.64	2.06	***	1.59	2.66
40 a 44	1.24		0.95	1.61	1.08		0.83	1.41	1.92	***	1.44	2.57	1.93	***	1.44	2.58
45 a 49	1.33		0.96	1.84	1.14		0.82	1.58	2.08	***	1.46	2.98	2.16	***	1.50	3.09
Paridez																
Sin hijos (referencia)																
Un hijo	1.45	***	1.20	1.76	1.58	***	1.30	1.92	1.14		0.92	1.40	1.14		0.92	1.40
Dos hijos	1.37	**	1.12	1.67	1.62	***	1.32	1.99	1.07		0.86	1.34	1.07		0.85	1.34
Tres hijos	1.45	***	1.15	1.84	1.94	***	1.52	2.49	1.22		0.93	1.59	1.22		0.93	1.60
Cuatro o más hijos	1.15		0.88	1.51	1.80	***	1.35	2.40	1.05		0.76	1.43	1.05		0.76	1.44
Situación conyugal																
Unidas (referencia)																
Ex unidas	1.59	**	1.14	2.21	1.56	**	1.12	2.16	1.55	**	1.10	2.19	1.57	**	1.11	2.22
Solteras	1.38	**	1.12	1.69	1.30	**	1.06	1.60	1.07		0.86	1.33	1.06		0.85	1.32
Nivel de escolaridad																
Sin instrucción y primaria incompleta (referencia)																
Primaria completa					1.24		0.97	1.59	1.27		0.97	1.67	1.26		0.96	1.65
Secundaria					1.58	***	1.25	1.98	1.71	***	1.34	2.20	1.68	***	1.30	2.15
Media superior y más					2.26	***	1.78	2.87	2.84	***	2.19	3.69	2.71	***	2.08	3.52
Lugar de residencia																
Rural (referencia)																
Urbano					0.93		0.81	1.06	1.04		0.90	1.20	1.02		0.89	1.18
Condición de habla de lengua indígena																
Sí (referencia)																
No					1.30	*	1.03	1.63	1.58	***	1.23	2.03	1.54	***	1.20	1.97
Tipo de método																
Condón o preservativo masculino (referencia)																
Pastillas anticonceptivas									0.07	***	0.06	0.09	0.07	***	0.06	0.08
Inyecciones o ampolletas anticonceptivas									3.06	***	2.17	4.29	3.01	***	2.14	4.24
Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant									2.10	***	1.42	3.11	2.08	***	1.39	3.09
Parche anticonceptivo, condón o preservativo femenino y píldora del día siguiente									0.20	***	0.15	0.27	0.20	***	0.15	0.26
DIU, dispositivo o aparato (de cobre)									0.65	***	0.55	0.77	0.68	***	0.56	0.82

Continúa...

Cuadro 6.
República Mexicana. Modelos de regresión logística para explicar el conocimiento funcional de las mujeres en edad fértil sexualmente activas y usuarias actuales de métodos anticonceptivos, 2014

Variable	Modelo 1				Modelo 2				Modelo 3				Modelo 4			
	OR		IC (90%)		OR		IC (90%)		OR		IC (90%)		OR		IC (90%)	
Uso de método previo																
Sí (referencia)																
No									0.87	**	0.77	0.98	0.87	**	0.77	0.97
Tipo de orientación																
Sin orientación (referencia)																
Incompleta													1.26	*	1.02	1.55
Completa													1.79	***	1.49	2.15
No definido [1]													1.74	***	1.43	2.11
Constante	8.34	***	6.70	10.39	3.78	***	2.65	5.39	5.34	***	3.53	8.08	3.64	***	2.35	5.63
N	16 238				16 238				16 238				16 238			
Devianza nula	7 760				7 760				7 760				7 760			
Devianza residual	7 752				7 676				6 442				6 407			
Número de parámetros	13				18				24				27			
Prueba de hipótesis basada en la devianza	7.8				76.4				1234.5				34.7			
Chi-Cuadrada (0.05)	21.026				11.1				12.592				7.815			

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001.
Nota: 1/ Esta categoría corresponde a las mujeres que adquirieron el método anticonceptivo en farmacias, tiendas de autoservicio y otro lugar, por lo cual no se tiene la información sobre el tipo de orientación que recibieron al momento de adquirirlo.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

momento de obtenerlo. No obstante, es importante remarcar su importancia, ya que el Modelo 4 muestra que las posibilidades de que éstas cuenten con conocimiento funcional son 74.0 por ciento mayores respecto a las mujeres que no recibieron orientación. Este efecto puede ser resultado de que el método anticonceptivo que se obtiene en un porcentaje mayor en las farmacias es el condón masculino o preservativo, y, de acuerdo al análisis descriptivo de la sección anterior, éste presenta un alto porcentaje de conocimiento funcional entre las mujeres cuya pareja usa dicho método.

Otro elemento fundamental es que al tratarse de mujeres que tienen la capacidad, tanto económica como la autonomía, para adquirir el condón en la farmacia, es posible que sean personas con una mayor escolaridad o un mejor nivel de ingresos, lo que está altamente relacionado con un mejor conocimiento funcional de métodos, ya que la propensión a tener este tipo de conocimiento en estas mujeres es igual que las que obtuvieron información completa sobre el uso del método en una institución pública o privada.

En este sentido, se observa que existe una relación importante entre el tipo de orientación que reciben las personas y el conocimiento funcional del método anticonceptivo que usan. Por lo que es de suma importancia mejorar los servicios de anticoncepción para que la información pueda transmitirse de manera adecuada a los usuarios de métodos, y ellos puedan contar con elementos veraces para ejercer su derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número y el mejor momento para la llegada de su descendencia. También, para que puedan identificar qué acciones deben realizar o en qué momento deben regresar a la institución de salud donde lo obtuvieron, en caso de sufrir alguna molestia.

Conclusiones

En resumen, el conjunto de modelos para determinar los factores que explican el conocimiento funcional muestra que las variables demográficas (edad, paridez y situación conyugal) en conjunto no tienen una fuerte relación con el tipo de conocimiento que adquieren las mujeres sobre el método anticonceptivo que usan. De forma contraria, las variables sociales y culturales (escolaridad y condición de habla de lengua indígena) juegan un papel relevante, pero lo es más aún el tipo de método anticonceptivo que usan las mujeres, mientras que la calidad de la atención ocupa un segundo lugar como variable explicativa.

En este sentido, se comprueba que factores como ser una mujer sin instrucción o con primaria incompleta y ser hablante de lengua indígena limitan de manera importante el conocimiento efectivo sobre los métodos, como resultado del menor acceso a servicios de salud, de la falta de personal con habilidades de traducción a lenguas indígenas para poder transmitir los conocimientos sobre el uso de métodos y que al tener escolaridades bajas no cuentan con las herramientas necesarias para la comprensión de las especificidades de cada método. De igual manera, las usuarias de pastillas muestran el menor conocimiento funcional de métodos respecto al condón masculino que las usuarias de otros métodos, mientras que las que se sitúan mejor posicionadas son las usuarias de inyecciones e implante.

Si bien el modelo estadístico muestra que el tipo de método anticonceptivo que están usando las personas es el factor más relevante en el conocimiento funcional que pueden adquirir de éste, lo cual se encuentra totalmente ligado a la mayor o menor complejidad de uso específico de cada uno de ellos, esta relación se perfila tan fuerte debido justamente a que las instituciones de salud no han logrado transmitir a los individuos el conocimiento para un uso efectivo de los métodos que requieren las personas. Si la información fuera de calidad para todos los métodos, el tipo de método que usan no sería tan relevante y todos serían propensos a un alto conocimiento funcional.

Además de lo expuesto, el nivel de escolaridad es un factor fundamental. Aunque prácticamente la universalidad de las generaciones más jóvenes cuenta con secundaria, el análisis muestra que solo en aquellas que poseen educación media superior y superior el conocimiento funcional llega a ser casi tres veces mayor que en las que no cuentan con ningún nivel de escolaridad. Una razón más para seguir incrementando los niveles de educación en el país más allá de la secundaria, pues permiten por mucho una mejor comprensión del cuerpo, de la sexualidad y de los aspectos técnicos sobre el uso de anticonceptivos. O bien para preguntarse si la educación integral en sexualidad que se otorga a nivel de secundaria o menos cuenta con la calidad suficiente para cubrir las necesidades de las personas.

Ligado a lo anterior, es necesario recalcar que no se trata solo de un tema de calidad de servicios de anticoncepción o escolaridad, sino de un tema multifactorial. En el momento en que las personas tengan pleno acceso a los servicios de salud, así como la posibilidad de elegir y usar el método que más les satisfaga de entre todos los disponibles, que cuenten con la capacidad intelectual y la información suficiente, y en el caso de los hablantes de lengua indígena que exista personal capacitado para atenderlos en sus lenguas, permitiendo a todos, sin importar sus características, lograr apoderarse del conocimiento suficiente del método que usan, entonces dejarán de observarse desigualdades en la efectividad con la que se utilizan los métodos, y se podrán prevenir embarazos no deseados o no planeados.

De esta manera, se recomienda fortalecer la educación integral en sexualidad en las escuelas, que incluya la elaboración de materiales gráficos y multimedia acordes para los jóvenes, que posibiliten una adecuada transmisión de los conocimientos sobre sexualidad y uso de métodos anticonceptivos. Asimismo, es necesario mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva para que puedan brindar la orientación adecuada para cada persona, que esté basada en evidencia científica, inclusiva, intercultural y con enfoque de género.

Por último, otro resultado importante es que las usuarias de pastillas son las que presentan mayores problemas para usarlas de forma adecuada. En otros estudios (CONAPO, 2017) se ha destacado que es también el método moderno con mayor falla anticonceptiva, incluso a la par del retiro, por lo que se sugiere reforzar y ampliar la información que se otorga en el

momento que se proporciona a las mujeres, o bien sustituir las pastillas, en la medida de lo posible, por otros métodos que requieren de menor participación de las usuarias, como son los de larga duración: implante, parche o incluso inyecciones.

Finalmente, nuestro estudio permite identificar la calidad de la orientación por tipo de institución como un elemento clave para que las mujeres adquieran el conocimiento funcional del método que usan. Se observa que las instituciones públicas proporcionan información de menor calidad que las privadas, y que entre las públicas, las mujeres que acuden a los servicios de la SS son las que reciben información con menor calidad, por lo que es necesario reforzar los conocimientos de los agentes de salud en este tema y en particular en esta institución, con el fin de que las mujeres ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos de manera plena y con toda la información y conocimiento que requieren para ello.

Bibliografía y fuentes consultadas

Acevedo, Ivonne y Juan de Jesús Sandoval (2001), *Conocimiento y práctica de métodos de planificación familiar utilizados por las mujeres en edad fértil, de Río San Juan 2000*, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Barahona, Mirna y Luís E. Fonseca (1992), *Nivel de conocimientos y prácticas de planificación familiar de mujeres en edad fértil del municipio La Concepción, Masaya*, Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Bertrand, Jane T., Robert J. Magnani y Naomi Rutenberg (1994), "Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation", en *The evaluation Project*, University of North Carolina.

Camarena Córdova, Rosa María y Susana Lerner (2008), "Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural", en Susana Lerner *et al.* (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, El Colegio de México, México.

Cobliner, W. Godfrey, Harold Schulman y Viviane Smith (1976), "Patterns of contraceptive failures: the rol of motivation re-examined", en *Journal of Biosocial Science*, vol. 7, núm. 3, pp. 307-318.

CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2005), *La fecundidad en México: niveles y tendencias recientes,* Serie de documentos técnicos, México. Disponible en línea: http://www.conapo.gob.mx/en/conapo/La_fecundidad_en_Mexico

_____ (2017), *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana*, México. Disponible en línea: https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-republica-mexicana

Cotton, Niki, John Stanback, Halima Maidouka *et al.* (1992), "Early Discontinuation of Contraceptive Use in Niger and The Gambia", en *International Family Planning Perspectives*, vol. 18, núm. 44, New York, pp. 145–149.

Curtis, Siân L. y Ann K. Blanc (1997), "Determinants of contraceptive failure, switching and discontinuation: An analysis of DHS contraceptive histories", en *DHS Analytical Reports*, núm. 6, Calverton, Maryland.

Freeman, Helen (1989), *Programa materno Infantil de la OPS: La Prevalencia y uso de los métodos anticonceptivos en algunos países de las Américas,* Organización Panamericana de la Salud, vol. 30, núm. 5, Washington, D.C.

Gobierno de la República (2014), *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*, México. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/218156/Informe_2015_GIPEA.pdf

_____ (2015), *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Informe Ejecutivo* 2015, México. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf

González de Arteaga, María y Víctor Szczedrin (1987), "Adolescencia y anticoncepción: Conocimiento, Actitud y Práctica", en LILACS, 23ª edición, Venezuela.

Hamill, David, Amy Tsui y Shyam Thepa (1990), "Determinants of contraceptive switching behavior in rural Sri Lanka", en *Demography*, vol. 27, núm. 4, North Carolina.

Hill, Reuben, J. Mayone Stycos y Kurt W. Back (1959), *The family and population control; a Puerto Rican experiment in social change*, Oxford, England: University of North Carolina.

INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2014), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, México. Disponible en línea: http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/

Jain, Anrudh (1989), "Fertility reduction and the quality of family planning services", en *Studies in Family Planning*, vol. 20, núm. 1, enero-febrero, New York.

Juárez, Fátima, Susheela Singh, Isaac Maddow-Zimet *et al.* (2013), *Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias*, Instituto Guttmacher y El Colegio de México, Nueva York. Disponible en línea: https://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf

Maroto de Agustín, Alicia, María Ángeles Moreno, María Mar Rubio *et al.* (1998), "Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud", en *Revista Española de Salud Pública*, vol. 72, núm. 6, España.

Mendoza, Victorino (2006), "Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros", en CONAPO, *La situación demográfica de México 2006*, México. Disponible en línea: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_situacion_demografica_de_Mexico_2006

OMS [Organización Mundial de la Salud] (2014), *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: Orientación y recomendaciones*, Suiza. Disponible en línea: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126318/1/9789243506746_spa.pdf?ua=1&ua=1

Pariani, Siti, David M. Heer y Maurice Van Arsdol (1991), "Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java", en *Studies in Family Planning*, vol. 22, núm. 6, New York, pp. 384–390.

SS [Secretaría de Salud] (2002), *Programa de Acción: Salud Reproductiva*, México. Disponible en línea: http://salud.edomex.gob.mx/html/descarga.php?archivo=MEDICA/SALUD%20REPRODUCTIVA.%20PROGRAMA%20DE%20ACCION.PDF

_____ (2008), *Programa de Acción Específico: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018, Programa Sectorial de Salud*, México. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242381/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf

Szasz, Ivonne y Susana Lerner (2003), "La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 18, núm. 2, México.

_____ (2010), "Los grandes problemas de México. Salud Reproductiva y Desigualdades en la Población", en Brígida García y Manuel Ordorica (coords.), *Los grandes problemas de México, Tomo I. Población*, El Colegio de México.

UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2017), "Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad", en *Estado de la Población Mundial 2017*, Nueva York. Disponible en línea: http://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf

Vázquez, Alma Luz y Nery Suárez (2005), "Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco 2005", en *Mercadotecnia en Salud*, Tabasco.

Zamudio, Francisco José, María del Rosario Ayala Carrillo y Roxana Ivette Arana Ovalle (2013), "Mujeres y hombres. Desigualdades de género en el contexto mexicano", en *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, vol. 22, núm. 44, México.