



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA INTERNACIONAL DE
DOCTORADO EN “SALUD PÚBLICA”**

**PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN: FACTORES
ASOCIADOS CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
MODERNOS EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD Y
HOMBRES DE 15 A 60 AÑOS DE EDAD, EN EL PERIODO DE
2003 A 2008, ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

**Tesis presentada para optar el
Grado Académico de Doctor en
“Salud Pública”**

DOCTORANDO: FERNANDO EDGAR EDUARDO DURÁN

Sucre - Bolivia

2022



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA INTERNACIONAL DE
DOCTORADO EN “SALUD PÚBLICA”**

**PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN: FACTORES
ASOCIADOS CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
MODERNOS EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD Y
HOMBRES DE 15 A 60 AÑOS DE EDAD, EN EL PERIODO DE
2003 A 2008, ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

**Tesis presentada para optar el
Grado Académico de Doctor en
“Salud Pública”**

**DOCTORANDO: FERNANDO EDGAR EDUARDO DURÁN
TUTOR: Dr. LUIS EYBAR LOPEZ SALAZAR MD, MBA, Ph.D**

Sucre - Bolivia

2022

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Andina Simón Bolívar por haber brindado la oportunidad de hacer realidad un anhelo de superación.

A mi amada familia, fuente de inspiración, regocijo y fortaleza, mi amada hija María Fernanda, Fabiola y a mi madre María Luisa, quienes brindaron desde inicio de esta larga travesía su apoyo incondicional e inquebrantable, gracias a ustedes logré hacer realidad este sueño.

A todas aquellas personas quienes me impulsaron a seguir adelante aportando sus conocimientos y sobre todo su amistad. Muchas gracias Dr. Alenkar Bento Seoane por estar en momentos difíciles, quien motivó ampliar la visión de la investigación acompañando en jornadas de mucho tiempo y trabajo. Agradecido con el Dr. Daniel Salinas Ovando, quien brindo su apoyo no solo en esta etapa, sino también durante la fase presencial del Doctorado en momentos difíciles. Agradecimiento eterno.

A mi tutor, Dr. Luis Eybar Lopez Salazar por su motivación y acompañamiento en la construcción de la presente investigación, muchas gracias.

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo lo dedico con todo mi corazón a; Fabiola Ponce Fuentes, a mi hijita María Fernanda Eduardo, a mi hijito Alejandro Eduardo y mi querida madre María Luisa Durán Pool.

Así también está dedicado a todas aquellas mujeres de Bolivia, quienes luchan día a día por el bienestar de su familia; ser noble, valiente enfrentando las adversidades y obstáculos que encuentran en una sociedad cuyo proceder e ideología son adversas para la superación individual y/o colectiva como de desarrollo del país. Podemos ser mejores...

Resumen. -

El objetivo de la investigación fue determinar los factores relacionados a la Planificación Familiar (PF) y Anticoncepción (AC) con el uso de Métodos Anticonceptivos Modernos (MACM) en mujeres de 15 a 49 años y hombres de 15 a 60 años en Bolivia, utilizando bases de datos secundarias de las ENDSAs 2003 y 2008. Se adoptó el enfoque cuantitativo con diseño de corte transversal y analítico. Las variables se agruparon en cuatro componentes; conocimientos, actitudes, prácticas y sociodemográficos. Se realizó el análisis estadístico descriptivo, bivariado y multivariado, determinando los factores de riesgo asociados al uso de MACM a través del Modelo de Regresión Logística. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$. El conocimiento sobre MAC está próximo al 100%; los MACM son más conocidos que los tradicionales, pero estos últimos su incremento fue mayor. El desconocimiento es factor de riesgo para no usar MACM, problema mayor en adolescentes que inician su vida sexual tempranamente y su preferencia a métodos tradicionales, optando hablar sobre PF y AC con amigos, por no recibir educación e información óptima en la familia, escuela y particularmente por el personal de salud siendo este último un factor de riesgo a no usar métodos modernos. Llama la atención el desconocimiento del ciclo ovulatorio y la abstinencia/ritmo, siendo este uno de los métodos más utilizados.

La prevalencia de uso de MAC incremento en el periodo de estudio, existiendo mayor uso de los tradicionales. En mujeres adolescentes y mayores de 20 años de edad un factor de riesgo es no haber utilizado en alguna ocasión un método moderno (94% y más del 50% no usan respectivamente). En hombres un factor de riesgo es tener problemas en la adquisición del preservativo.

Un factor importante son las mujeres que no toman decisiones sobre el uso de MACM tienen mayor riesgo a no usarlos, características contextuales y culturales hace que persista un sistema patriarcal y machista.

Las mujeres que no tienen ocupación, cuya pareja convive en casa, que iniciaron su vida sexual antes de los 15 años, como los varones que tuvieron un hijo/a antes de los 19 años o más de una unión son más proclives a usar MACM. Mujeres con más de 4 hijos, no profesionales con trabajo y/o sin remuneración, presentan riesgo a no usar MACM. Varones analfabetos, con trabajo sin profesión y que están en pobreza tienen mayor riesgo

a no usarlos. La asociación entre el uso de MACM y el conocimiento, actitudes, prácticas y características sociodemográficas en mujeres y varones no ha presentado cambios significativos en el periodo de estudio en Bolivia.

Abstract.-

The objective of the research was to determine the factors related to Family Planning (FP) and Contraception (CA) with the use of Modern Contraceptive Methods (CAM) in women aged 15 to 49 years and men aged 15 to 60 years in Bolivia, using secondary databases of the ENDSAs 2003 and 2008. The quantitative approach was adopted with a cross-sectional and analytical design. The variables were grouped into four components; knowledge, attitudes, practices and sociodemographics. Descriptive, bivariate and multivariate statistical analysis was performed, determining the risk factors associated with the use of MCAM through the Logistic Regression Model. The level of statistical significance was established at $p < 0.05$.

Knowledge about AC is close to 100%; CAM are better known than traditional ones, but the latter had a greater increase. Ignorance is a risk factor for not using CAM, a major problem in adolescents who start their sexual life early and their preference for traditional methods, opting to talk about FP and AC with friends, because they do not receive optimal education and information in family, school and particularly by health personnel, the latter being a risk factor for not using modern methods. The lack of knowledge of the ovulatory cycle and abstinence / rhythm is striking, this being one of the most used methods.

The prevalence of CA use increased in the study period, with a greater use of traditional ones. In adolescent women and women over 20 years of age, a risk factor is not having used a modern method at any time (94% and more than 50% do not use them respectively). In men, a risk factor is having problems in acquiring a condom.

An important factor is that women who do not make decisions about the use of CAM are at greater risk of not using them, contextual and cultural characteristics make a patriarchal, sexist system persist.

Women who have no occupation, whose partner lives at home, who began their sexual life before the age of 15, as well as men who had a child before the age of 19 or more from a union are more likely to use CAM. Women with more than 4 children, non-professionals with work and / or without remuneration, are at risk of not using CAM.

Illiterate men, with work without profession and who are in poverty are at greater risk of not using them. The association between the use of CAM and the knowledge, attitudes,

practices and sociodemographic characteristics in women and men has not presented significant changes in the study period in Bolivia.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	1
1 Introducción	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes.....	4
1.3 Planteamiento del problema	7
1.4 Justificación.....	10
1.5 Objetivos	12
CAPÍTULO II	13
2 Marco Conceptual y Contextual	13
2.1 Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar.....	13
2.2 Planificación Familiar como herramienta básica para el desarrollo.....	16
2.3 Planificación Familiar y Salud	22
2.4 Educación y Salud Sexual en Adolescentes	25
2.5 Género y Empoderamiento de la Mujer e inclusión del Varón.....	30
2.6 Necesidades Insatisfechas de Planificación Familiar	34
2.7 Planificación Familiar y Fecundidad.....	39
2.8 Planificación Familiar y anticoncepción en América Latina y el Caribe.....	44
2.9 Políticas en Bolivia (27,81,82).....	51
2.10 Hipótesis	56
CAPÍTULO III	57
3 Diseño Metodológico	57
3.1 Enfoque de la investigación.....	57
3.2 Tipo de estudio	57
3.3 Población y muestra	57

3.4	Unidad de observación o de análisis	57
3.5	Unidad de información	57
3.6	Aspectos éticos	57
3.7	Métodos e instrumentos.....	57
3.8	Variables.....	60
3.9	Definición y Operacionalización de variables.....	64
3.10	Limitaciones de las ENDSAs	74
3.11	Procedimientos para la recolección de datos.....	75
3.12	Análisis Estadístico	76
CAPÍTULO IV		79
4	Presentación y Análisis de Resultados.....	79
4.1	Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en Bolivia, ENDSA 2003 – 2008	79
4.2	Características del uso de anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años, Bolivia 2003 – 2008. -.....	83
4.3	Características del uso de anticoncepción en hombres de 15 a 64 años, Bolivia 2003 – 2008.....	89
4.4	Análisis Bivariado y Multivariado.	93
CAPÍTULO V.....		103
5	Discusión.....	103
5.1	Magnitud del problema.....	103
5.2	Resultados Comparativos del Modelo de Regresión Logística.....	108
5.3	Limitaciones y aportes de la investigación.....	124
CAPÍTULO VI.....		126
6	Conclusiones y recomendaciones	126
6.1	Conclusiones	126

6.2	Recomendaciones.....	127
	Referencias Bibliográficas.....	130

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resultados de las entrevistas de hogares e individuales por área de residencia y departamento Bolivia, ENDSA 2003 y 2008.....	59
Tabla 2: Variables de la Mujer utilizadas en la investigación	64
Tabla 3: Variables del Varón utilizadas en la investigación	70
Tabla 4: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años de edad ENDSA 2003 y 2008. Resultados de regresión logística	94
Tabla 5: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso alguna ocasión métodos anticonceptivos modernos en varones de 15 a 60 años de edad ENDSA 2003 y 2008. Resultados de regresión logí.....	98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tasa de Fecundidad Adolescente, según área geográfica ENDSAs y EDSA de 1989 a 2016, Bolivia.	28
Gráfico 2: Necesidades insatisfechas en planificación familiar, según área geográfica ENDSAs 1994 a 2008 y EDSA 2016, Bolivia.	38
Gráfico 3: Tasa Global de Fecundidad (TGF) ENDSAs 1998, 2003, 2008 y EDSA 2016, Bolivia.	41
Gráfico 4: Prevalencia del uso de anticonceptivos. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, relevamientos 2005-2012 (en porcentajes).....	47
Gráfico 5: Demanda insatisfecha de Planificación Familiar. América Latina y el Caribe (en porcentajes).....	48
Gráfico 6: Prevalencia de uso actual de cualquier método anticonceptivos en mujeres unidas, según área geográfica 1989 a 2016, Bolivia.....	50
Gráfico 7: Prevalencia de uso actual de cualquier Método Anticonceptivos Moderno en mujeres, según región 2003 a 2016, Bolivia.....	51
Gráfico 8: Conocimiento de métodos específicos, porcentaje de mujeres de 15-49 años que conocen algún método anticonceptivo, Bolivia 2003 – 2008.	79
Gráfico 9: Conocimiento de métodos específicos, porcentaje de hombres de 15-49 años que conocen algún método anticonceptivo, Bolivia 2003 - 2008.....	80
Gráfico 10: Prevalencia de uso actual de un método anticonceptivo moderno en mujeres de 15 a 49 años de edad en Bolivia en el periodo 2003 - 2008.....	81
Gráfico 11: Prevalencia de uso en alguna ocasión un método anticonceptivo moderno en varones de 15 a 64 años de edad en Bolivia en el periodo 2003 - 2008.	81
Gráfico 12: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por método anticonceptivo usado actualmente, Bolivia 2003 - 2008.....	82
Gráfico 13: Distribución porcentual de los varones entrevistados por método anticonceptivo que uso alguna vez, Bolivia 2003 - 2008.....	83

Gráfico 14: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y edad, Bolivia 2003 - 2008.	83
Gráfico 15: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y área de residencia, Bolivia 2003 – 2008.....	84
Gráfico 16: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y Región, Bolivia 2003 – 2008.....	85
Gráfico 17: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y nivel educativo, Bolivia 2003 – 2008.....	85
Gráfico 18: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y alfabetismo, Bolivia 2003 – 2008.....	86
Gráfico 19: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno e índice de pobreza, Bolivia 2003 – 2008	86
Gráfico 20: Distribución porcentual de las mujeres, según uso actual de método anticonceptivo moderno y si trabaja Bolivia 2003 – 2008 Distribución porcentual de las mujeres, según uso actual de método anticonceptivo moderno y si trabaja Bolivia 2003 – 2008.....	87
Gráfico 21: Distribución porcentual de las mujeres según uso actual de método anticonceptivo moderno y visita a un centro de salud, Bolivia 2003 – 2008.....	88
Gráfico 22: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y personal del C.S. informó sobre PF, Bolivia 2003 – 2008.....	88
Gráfico 23: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y edad, Bolivia 2003 – 2008.....	89
Gráfico 24: Distribución porcentual de los varones, según uso alguna vez un método anticonceptivo moderno y área de residencia, Bolivia 2003 – 2008.....	89
Gráfico 25: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y Región, Bolivia 2003 – 2008.....	90
Gráfico 26: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y nivel educativo, Bolivia 2003 – 2008.....	90

Gráfico 27: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y alfabetismo, Bolivia 2003 – 2008.....	91
Gráfico 28: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez, e índice de pobreza, Bolivia 2003 – 2008.	92
Gráfico 29: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y si trabaja Bolivia 2003 – 2008.....	92
Gráfico 30: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y personal del C.S. le hablo de PF, Bolivia 2003 – 2008.	93

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Asociación de las variables independientes y la variable dependiente en Mujeres, medida a través de los valores X ² y sus respectivos valores P.....	127
Anexo 2: Asociación de las variables independientes y la variable dependiente en Varones, medida a través de los valores X ² y sus respectivos valores P.	129
Anexo 3: Factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años de edad ENDSA 2003. Resultados de regresión logística binaria por separado para los cuatro	131
Anexo 4: Factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años de edad ENDSA 2008. Resultados de regresión logística binaria por separado para los cuatro	134
Anexo 5: Factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso alguna ocasión métodos anticonceptivos modernos en varones de 15 a 60 años de edad ENDSA 2003. Resultados de regresión logística binaria por separado para los cuatro componentes Análisis Multivariado.....	137
Anexo 6: Factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso alguna ocasión métodos anticonceptivos modernos en varones de 15 a 60 años de edad ENDSA 2008 Resultados de regresión logística binaria por separado para los cuatro componentes Análisis Multivariado.....	140
Anexo 7: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años de edad ENDSA 2003 Resultados de regresión logística binaria.....	143
Anexo 8: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años de edad ENDSA 2008. Resultados de regresión logística binaria.....	145

Anexo 9: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso alguna ocasión métodos anticonceptivos modernos en varones de 15 a 60 años de edad ENDSA 2003. Resultados de regresión logística binaria.	147
Anexo 10: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso alguna ocasión métodos anticonceptivos modernos en varones de 15 a 60 años de edad ENDSA 2008 Resultados de regresión logística binaria.	149

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AC	Anticoncepción
ALC	América Latina y el Caribe
AMPD	Acetato de Medroxiprogesterona
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIPD	Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo
CLADEM	Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres
CPE	Constitución Política del Estado
CS	Centro de Salud
DIU	Dispositivo Intrauterino
DHS	Demographic and Health Survey
EDSA	Encuesta de Demografía y Salud
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAC	Métodos Anticonceptivos
MACM	Métodos Anticonceptivos Modernos
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MELA	Método de la lactancia y amenorrea
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas

OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PVH	Papiloma Virus Humano
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PF	Planificación Familiar
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SBS	Seguro Básico de Salud
SNMN	Seguro Nacional de Maternidad y Niñez
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SUS	Sistema Único de Salud
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

1 Introducción

1.1 Introducción

Aproximadamente treinta años atrás en todo el mundo se incrementó la preocupación por la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), realizándose convenciones mundiales para abordar este tema. En la década de los 60 los gobiernos de países desarrollados como Estados Unidos y Suecia temerosos de la creciente escasez de suministros alimentarios, la posible perturbación civil y emigración a través de sus fronteras, instituyeron programas de ayuda a gran escala, de modo estos países volcaron su interés hacia el crecimiento de la población especialmente de los países subdesarrollados, declarando que el control de esta era una “necesidad para el desarrollo”. En la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en El Cairo (1994) se partió de la conciencia emergente de que la población, el medio ambiente, el desarrollo económico y el desarrollo sostenible están vinculados entre sí, los organizadores de las Naciones Unidas subrayaron el papel vital de las políticas de población para paliar la pobreza, detener el deterioro ambiental, mejorar la salud, la educación y empoderar a las mujeres. (1,2)

En dicha conferencia se adoptó el enfoque de SSR el mismo que se refiere a los derechos humanos y responsabilidades, abordando la sexualidad y la reproducción como opciones y oportunidades, además de enfatizar en el consentimiento informado, definiendo a la SSR como *“El estado de bienestar físico, mental y social, y no de la mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y el sistema reproductivo, así como sus funciones y procesos. Las personas además de ser capaces de disfrutar una vida sexual y reproductiva satisfactoria y sin riesgos, contando con servicios adecuados de atención a la salud que garanticen embarazos y partos seguros e información veraz y oportuna, tienen la libertad para decidir si procrean o no, cuándo y con qué frecuencia”*. Este es un enfoque de Derechos Humanos y de Responsabilidades que considera el tema de la sexualidad y la reproducción como opciones y oportunidades, enfatizando en el consentimiento informado. (1)

Es a partir de ello, que los países en el mundo se suscribieron a estos convenios y se comprometieron a través de políticas priorizar el tema de la SSR, incluyendo la

Planificación Familiar (PF) y el acceso a métodos anticonceptivos. Según los datos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población los años 2007 y 2013 informan que la frecuencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años casadas o en pareja, es superior en los países desarrollados (67%) y en la mayoría de los países menos desarrollados, la frecuencia alcanza ahora niveles de por lo menos el 60%; con la excepción, entre otros, del África Sub-Sahariana y más precisamente de países localizados en la parte oeste y en el cuerno de África. La frecuencia de uso de anticoncepción es más alta en todas las demás regiones, alcanzando el 60% en África, el 67% en Asia, Europa alcanza un 70%, el 72,8% en América Latina y el Caribe, y en Norte América 75,4%. (3,4)

Aunque la tasa de uso de anticonceptivos oscila entre el 58% y el 84% en los países según los informes, las variaciones en el tipo de anticonceptivos empleados son aún mayores, existiendo diversidad de comportamientos, por ejemplo países como España, Francia y Suecia presentan una prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivos Modernos (MACM) es elevada (62,3%, 74,4% y 64,8% correspondientemente) y baja prevalencia de uso de métodos tradicionales (3,5%, 2,3% y 10,4%). Al contrario ocurre en otros países, por ejemplo de Bolivia y Ecuador cuyas prevalencias de uso de MACM se encuentran en 33,8% y 58,7%, llamando la atención la elevada presencia de los métodos tradicionales (26,7% y 14,0% respectivamente) (3–6)

El uso de métodos anticonceptivos, principalmente modernos por su mayor eficacia, está asociado a la disminución de casos de embarazo no deseado, abortos, tasas de fecundidad y mortalidad materna infantil, viabilizando así una maternidad voluntaria y saludable. Por lo cual se debe busca obtener una población informada en SSR y con acceso a métodos anticonceptivos priorizando los modernos, ya que los métodos tradicionales presentan importantes tasas de falla, a causa de la información limitada en las usuarias sobre el periodo fértil del ciclo menstrual, tal como afirma una investigación el Perú. El uso insuficiente de MACM es un problema importante para la SSR, y en general para la Salud Pública, ya que tiene repercusiones socioeconómicas relevantes. (7)

En Bolivia la Constitución Política del Estado garantiza a mujeres y hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, en este sentido, los servicios de salud a través del Programa de SSR ofrecen información y métodos de anticoncepción seguros y

eficaces, para prevenir infecciones de transmisión sexual y realizar una adecuada PF. La tendencia de la prevalencia de uso de anticonceptivos (porcentaje de mujeres en edad reproductiva 15 a 49 años casada o en unión que usa algún método de anticoncepción) entre 1989 a 2016 ha sido ascendente no solo a nivel nacional, sino también urbano y rural.

De acuerdo a los resultados de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) y la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA), en Bolivia la prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en MEF en el año 2003 llegó al 39,3%, para el año 2008 llega a 41,4% y ocho años posteriores para el año 2016 llegó a 46,3%. Según al uso actual de algún método moderno en las mujeres para el año 2003 llegó al 23,7%, el 2008 al 24% y para 2016 alcanzó a 32,4%. Si bien fue mejorando la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en Bolivia, los valores están por debajo de la media de Latinoamérica y El Caribe, la cual alcanza una prevalencia de uso de cualquier método para el 2016 de 73% y de uso de métodos modernos alcanza 67%. (8–12)

En ese contexto, Bolivia realiza esfuerzos para mejorar la SSR de la población, con el objetivo de disminuir la mortalidad materna e infantil, reducción de la Tasa Global de Fecundidad¹ (TGF), prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA, descenso del embarazo en adolescentes, evitar embarazos no deseados y en consecuencia abortos. Sin embargo, de acuerdo con varios puntos de análisis, una perspectiva del ciclo de vida y del ciclo de exclusión social, el desarrollo de la salud sexual de la población boliviana muestra importantes deficiencias desde la niñez y se verifica en mayor medida entre las poblaciones más pobres, como resultado de una cultura patriarcal y machista, que subsiste en gran parte de las familias, en las escuelas y en las instituciones, una educación sexista, reforzada por comportamientos abusivos y violentos, en el seno mismo de las familias. En muchas familias se ve con naturalidad la incorporación activa de los varones a la vida sexual mientras se sanciona cualquier tipo de manifestación similar de las mujeres. En ambos casos, la cosificación de los cuerpos como meros organismos

¹ La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es el número promedio de niños que nacerían de una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieron sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de un determinado período de estudio (normalmente de un año determinado) y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.

biológicos traslada las regiones del placer y el amor a la esfera de lo oculto, de lo reservado, del misterio que no siempre lleva hacia una vida sexual plena y satisfactoria, sin armas para decidir y obrar con libertad y responsabilidad, con muchas razones para sufrir y vivir mal. (13)

1.2 Antecedentes

Autores de investigaciones como Dides Castillo Claudia y Pérez Moscoso María Soledad, afirman que la mayoría de las investigaciones realizadas sobre Planificación Familiar y Anticoncepción son llevadas a cabo desde una perspectiva exclusivamente biomédica, donde es necesario incorporar perspectivas socioculturales en SSR, así vislumbrar factores de riesgo y protectores intraculturales, favoreciendo la elaboración de investigaciones, adaptando técnicas de recolección de información y formas de devolución de resultados a grupos culturales diversos o las comunidades donde éstas fueron realizadas. (14)

Las políticas sobre PF y anticoncepción implantadas en algunas regiones del mundo fueron muy radicales incluso y a fin de bajar la tasa de natalidad a toda costa se ha recurrido a implementar programas de anticoncepción forzosa sin el consentimiento de las mujeres, recurriendo a la presión o al engaño, lo cual representa una clara vulneración de sus derechos. En este sentido el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), denunció en 1999 el Programa de PF del gobierno peruano de Alberto Fujimori por recurrir a la esterilización sin consentimiento, mediante la coacción y amenaza a mujeres de poblaciones rurales e indígenas en extrema pobreza para cumplir metas fijadas de reducción de población. (15)

La SSR es un tema de abordaje muy importante hoy en día y se debe destacar los efectos de la educación en el uso de métodos anticonceptivos, según Sánchez y Granados, una persona que llegó a educación secundaria tiene 6% más probabilidad de usar métodos anticonceptivos que una persona solo con educación primaria, mientras todas las demás variables del modelo se mantienen constantes. Sin embargo, el efecto de la educación universitaria es aún mayor: asistir a la universidad y/o haberse graduado de ella incrementa la probabilidad de uso en alrededor de 13%. Así también la información recibida sobre ITS y métodos anticonceptivos tiene un efecto importante en su uso, el efecto es alrededor de 8% en las probabilidades de uso. Estudios elaborados para

programas de educación sexual en otros países muestran resultados positivos no solo en el uso de anticonceptivos, sino también en la reducción de parejas sexuales, la postergación del inicio de relaciones sexuales, reducción de embarazo adolescente y de la presencia de ITS, entre otros. (16)

Sin embargo, la información y el acceso a métodos anticonceptivos depende de varios factores incluyendo el sexo, un estudio realizado en Venezuela concluye que la población masculina no posee un nivel adecuado de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y a pesar de que la actitud es buena, la práctica deja mucho que desear. Los jóvenes obtienen la información de sexualidad de forma distorsionada y sensacionalista por lo que se debe implementar un plan de información y divulgación masiva, utilizando los medios de comunicación social como televisión, radio, prensa; sin negar la importancia de la información que se debe recibir a través de los padres y la escuela para así poder disminuir los embarazos no deseados y sus consecuencias. (17)

Esta carencia de información lleva consigo un alto riesgo de embarazos no deseados, además porque el método anticonceptivo más utilizado es el del ritmo en otros países tal como señala una investigación en Colombia el año 2004, aunque él más conocido es el preservativo. En esta misma fuente, se afirma que la enfermedad de transmisión sexual más conocida es el VIH/SIDA, que según los o las encuestadas se puede adquirir al tener relaciones sexuales sin condón; pero solo la mitad de la población tiene algún conocimiento sobre los derechos sexuales, por lo que se ha dificultado el ejercicio de sus derechos a partir de los servicios de SSR. (18)

Un estudio etnográfico exploró la información falsa, desconfianza, e inadecuado trato en mujeres de Bolivia, cuyos resultados fueron que las mujeres aymaras desean regular su fertilidad, y las normas socioculturales apoyan la regulación de la fertilidad, sin embargo, en el tema de PF las normas también hacen la regulación del uso de anticoncepción. Por ejemplo, una barrera detectada es la desconfianza profunda a la medicina moderna y a médicos académicos, que no son considerados como fuentes fiables de información. Esta desconfianza se profundiza cuando la calidad de los servicios médicos es inadecuada, entre aymara urbano, el nivel de aceptabilidad de la mayoría de los métodos modernos de contracepción es bajo. Muchas de las mujeres preferirían utilizar métodos tradicionales, y si el control de la fertilidad falló ellas recurrieron a la abstinencia, al aborto, al

infanticidio o a los métodos modernos. La utilización de MACM fue percibida con efectos secundarios dañinos y peligrosos para la salud, asociándolos también a la promiscuidad. (19)

Otro estudio en Bolivia de Calle, Rodrigues y Leite, investigó la diferencia en TGF entre mujeres indígenas y no indígenas, siendo la cifra mayor en poblaciones indígenas con un valor de 4,3 en comparación a las no indígenas de 3,1 hijos por mujer. El índice de fertilidad deseado para las mujeres indígenas era prácticamente casi igual que para las mujeres no indígenas (2,7 y 2,6, respectivamente); virtualmente la diferencia étnica en el valor de la TGF era atribuible a la diferencia étnica en la fertilidad indeseada, sin embargo la proporción de mujeres que requerían anticoncepción era mayor entre mujeres indígenas que entre mujeres no indígenas (26% contra el 19%), por lo cual se sugiere que los factores estructurales actúan como obstáculos a prevenir fertilidad indeseada, y la diferencia presentada en la TGF no solo es atribuible a diferencias étnicas de la fertilidad (10). Y es que a pesar de varios estudios y variables utilizadas todavía sigue habiendo una cantidad determinada de variación inexplicada en el estudio de anticoncepción de pueblos originarios e indígenas desde el punto de vista individual, indicando la necesidad de incorporar un análisis más detallado en el nivel de comunidad. (20)

Es así como urge la necesidad de conocer la situación de SSR de la población, resulta especialmente preocupante la falta de datos respecto de frecuencia, recurrencia y/o incidencia del uso de métodos anticonceptivos y atenciones de embarazo, parto y puerperio, esterilizaciones voluntarias, cáncer cervicouterino, de mama, VIH-SIDA/ITS, entre otros. Estos datos podrían permitir la comparación con la población no indígena para diseñar posibles investigaciones, identificar brechas en salud, líneas de acción y políticas públicas. (14) En caso particular de la presente investigación la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos.

Las políticas de salud en Bolivia, siguiendo las normas establecidas por la ONU, priorizan la salud materna e infantil por ser un problema por las altas tasas de mortalidad materno-infantil, como también el nivel de pobreza aun existente. De este modo nacen a nivel nacional los seguros de salud de carácter gratuito. Bolivia lleva varios años realizando actividades en el tema de planificación familiar y anticoncepción, ya que en cada una de

las Conferencias y Convenciones llevadas a cabo se elaboraron planes y programas de acción a los que Bolivia se adhirió por ser parte de los estados participantes. (21)

En Bolivia se han creado y ampliado la cobertura de la seguridad de salud existente, creando diferentes tipos de seguro desde el año 1996 el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), en 1998 el Seguro Básico de Salud (SBS), en el 2002 se promulgó la Ley 2426 que dio inicio al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el mismo que se implementó en enero de 2003, todos ellos enfocados para brindar atención a la salud materna y a niños menores de 5 años de edad. Sin embargo es a partir de 1998 con el SBS mediante Decreto Supremo N° 25265 se brinda de manera gratuita los servicios de PF y anticoncepción, ampliando su cobertura poco a poco en otros servicios, como con la Ley N° 3250, se amplió la cobertura del SUMI brindando prestaciones en maternidad segura en las mujeres en edad fértil, así como la obligatoriedad en la prevención de cáncer de cuello uterino y tratamiento de lesiones premalignas contemplando además los métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida. (22–26)

A partir de ello en el tema de la SSR, PF y AC no sufrió modificaciones ni con la ley 475 promulgada el 30 de diciembre de 2013 *“Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia”*, que es una continuación de las prestaciones aplicadas por el SUMI, como tampoco con la vigente Ley 1152 de 20 de febrero de 2019 *“Ley modificatoria a ley N°475 de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018. Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito”* (SUS) donde son *“beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales... Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva”* entre ellas la PF y acceso a métodos anticonceptivos como parte de sus prestaciones. (27,28)

1.3 Planteamiento del problema

La PF y la AC han sido temas priorizados en los últimos años en la política de salud de Bolivia, esto en comunión con agencias de cooperación internacional, efectivizándose este tema otorgando prestaciones gratuitas a la población, iniciando la subvención por el

país desde el año 1996 hasta la vigente Ley 1152 del SUS. (21,27–29)

Los informes de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud² (ENDSA) y la Encuesta de Demografía de Salud³(EDSA), demuestran que la TGF en Bolivia ha descendido lentamente a través de los años; en 1998 era de 4,2, el 2003 fue de 3,8, para 2008 llegó a 3,5 y el 2016 alcanzó 2,9 hijos por mujer este último dato diferencia de 8 años. (8–11) sin embargo permanecen elevadas, siendo superior a la observada en la mayoría de países en América Latina y superada solamente por Guatemala y Haití, también se observa un leve incremento en el uso de métodos anticonceptivos, especialmente de los modernos. (8,9,12)

Las ENSA también confirman que la procreación en Bolivia es temprana. Entre las mujeres en unión, el 68% de las de 15-19 años y el 90% de las de 20-24 ya han tenido al menos un hijo/a. La edad mediana al primer nacimiento es menor en el área rural (20,3 años) que en la urbana (21,6 años), tendencia a la procreación cada vez más temprana en el área rural. Dato importante el impacto de un embarazo adolescente con las connotaciones sociales, económicas que recae en la mujer dentro de la sociedad boliviana.

Entre la ENSA de 2008 y la última EDSA de 2016 se evidencia una reducción de 3,1% en el número de embarazos adolescentes; sin embargo esta reducción es pequeña según la UNPFA, ya que el 90,6% de los adolescentes entre 15 y 19 años no usa ningún método anticonceptivo, y entre quienes sí lo hacen, dos tercios usan métodos modernos y el resto, los tradicionales. En Bolivia tres de cada 10 mujeres de 19 años ya son madres, y 34 de cada 100 han estado embarazadas alguna vez. De acuerdo a edades, 6 de cada 100 adolescentes de 16 años ya son madres; que al llegar a los 17 años una de cada 10 ha tenido un hijo y 16,5% de las de 18 años, datos que demuestran que pese a que

² Las ENSAs en Bolivia se han constituido en la principal fuente de información del país en materia de salud y nutrición y, por ende, en la principal fuente para diseñar y evaluar políticas públicas en el sector. Asimismo permite un análisis de tendencia, los niveles de los diferentes indicadores obtenidos pueden compararse con los niveles de indicadores obtenidos a partir de las diferentes ENSAs así como también información censal. También proporciona información comparable a nivel internacional en los temas de salud, nutrición, mortalidad, fecundidad, regulación de la fecundidad, violencia, ITS y VIH/SIDA, entre otros temas.

³ La Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) 2016, llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Salud, se realizó 8 años posteriores a la última EDSA, incorporado algunas innovaciones por ejemplo, se han incluido mujeres adolescentes de 14 años en el Módulo de la Mujer.

transcurrieron 8 años después, este problema es vigente en el país. (11,12)

Según la ENDSA 2008 el uso de cualquier método de PF en Bolivia tuvo un ligero incremento desde 2003, de 58% a 61% entre las mujeres casadas o unidas. Este leve incremento en el uso de métodos ha sido básicamente el resultado del aumento en el uso de métodos tradicionales, los cuales pasaron de 23% a 26%, mientras el nivel de uso de los métodos modernos se mantuvo en 35%. Para el informe de 2016 incrementó el uso a 66,5% en mujeres casadas o unidas, continuando siendo los métodos tradicionales más usados que los métodos modernos, pese al incremento de estos últimos. (8–11)

Si bien el conocimiento de algún método de planificación familiar en Bolivia está cerca a ser el 100% (existiendo un descenso para el año 2016), donde los métodos modernos son más conocidos que los métodos tradicionales, no existe una relación con la práctica y uso. Para el 2008 del total de mujeres de 15 a 49 años de edad que usaron alguna vez un método anticonceptivo fueron; la abstinencia (36%), inyección (21%), el condón masculino (20%) y el retiro (15%), para el 2016 el condón masculino ocupa el primer lugar (32%), seguido de la abstinencia (29%), inyección (25%) y el retiro (18%). Entre las mujeres en unión que usaron métodos anticonceptivos en 2008 están los métodos, de la abstinencia 47%, inyección 30%, condón masculino 23% y DIU 22%, y para la EDSA 2016 nuevamente la abstinencia 38%, condón masculino 37%, inyección 36%, y el retiro 23%. (8–11)

En mujeres no unidas pero sexualmente activas han usado métodos anticonceptivos en alguna ocasión; el condón masculino 56%, abstinencia 55%, retiro 28% y píldora 26%. Para el 2016 usaron condón masculino 59%, abstinencia 38%, píldora de emergencia 36% y retiro 30%. Para el 2003 el 62% de las mujeres no tenían un adecuado conocimiento del periodo fértil en el ciclo anovulatorio, similar resultado al 2008 donde el 61% de las mujeres lo desconocen, y para el año 2016 el 49,5%.

Los métodos más usados por los hombres son la abstinencia periódica 50,9%, seguido por el condón masculino 48,6% y el 26,6% el retiro y para el 2016 el condón ocupa el primer lugar con 61,5%, seguido de la abstinencia periódica 38,7% y el 36,5% el retiro.

En Bolivia existe una gran cantidad de instrumentos legales favorables a la SSR desde la Constitución Política del Estado (CPE), los convenios y tratados internacionales refrendados por el país, avances tecnológicos y científicos, de la maduración de las

políticas públicas y de las luchas de los movimientos sociales. Se conocen y se han adoptado de manera institucional políticas basadas en evidencias que mejoran la SSR de las personas, especialmente en el área materna, perinatal y neonatal, así como se cuenta con normas y protocolos de atención precisos razonablemente actualizados. No obstante, los cuidados de la SSR no fueron asumidos a plenitud ni en las familias ni en comunidades, ni en instituciones del Estado, pese a los importantes avances en los servicios. (13)

Los resultados como se denotan son modestos y los desafíos enormes, algunas de las intervenciones básicas muestran un incremento de coberturas poco alentador, posiblemente debido a la subsistencia de barreras geográficas, culturales, económicas importantes bastante discutidas y poco tomadas en cuenta para las decisiones. Por lo tanto, estos y otros hechos reveladores de los resultados y limitaciones de las acciones en SSR no están siendo adecuadamente registrados y evaluados, lo cual fundamenta investigar y asumir la planificación familiar y anticoncepción como una política, donde la educación sexual integral sea un pilar fundamental y profundizar también en el conocimiento del arsenal anticonceptivo al alcance, así como en sus ventajas y desventajas de acuerdo con las características social, económicas y culturales de la población.

1.4 Justificación

La mortalidad materna e infantil son indicadores claves del desarrollo de un país, que reflejan la calidad de vida del mismo, cuyas muertes son consideradas una desdicha, injusticia social y vulneración a los derechos humanos, donde la reducción de la fecundidad es considerada importante, porque constituye una de las estrategias en la reducción de las primeras, por eso se afirma que el uso de métodos de PF, principalmente modernos por su mayor eficacia, está asociado a la disminución de casos de embarazos no deseados, abortos, tasa de fecundidad y mortalidad materno-infantil, viabilizando de esta manera una maternidad voluntaria y saludable. (7,30)

El conocimiento de algún método de PF en Bolivia, según la ENDSA 2008, está cerca al 100%, (mujeres de 15 a 49 años de edad 96% y varones de 15 a 60 años de edad 97% conocen algún método), siendo los métodos modernos (95%) más conocidos que los métodos tradicionales alcanzando un 80% en mujeres y 83% en varones. Sin embargo en la EDSA 2016 se muestra un descenso leve comprando al 2008, en mujeres alcanzo el

94,9% y el 95,9% de los hombres, afirman conocer al menos algún método anticonceptivo. (12)

Este conocimiento no va acorde con el uso actual de métodos anticonceptivos en especial a los métodos seguros modernos, para el año 2003 un 23,7% de todas las mujeres declaró estar usando actualmente un método moderno, para el 2008 alcanza en un 24% y ocho años posteriores en el 2016 un 32,4% de las mujeres los usaban. (11) A esto se suma la preferencia en el uso de métodos tradicionales en ambos sexos, continuando como predilecto el método de abstinencia periódica o ritmo hasta la última EDSA de 2016. La intención de usar en el futuro que se incrementó levemente entre el año 2003 y 2008, pasando de 51% a 53%, la proporción de mujeres que no piensa usar se mantiene en 38%. La exposición a mensajes sobre planificación familiar en mujeres ha disminuido y mucho más en la población de adolescentes entre el 2003 a 2008, y para el 2016 solo incremento solo el 1,2%. (Información no disponible en varones). (12)

Se añade a ello el rol fundamental del personal de salud en brindar información sobre la temática, ocho de cada diez mujeres no usuarias no discutieron sobre planificación familiar ni cuando fueron visitadas por un trabajador de planificación familiar ni cuando ellas visitaron un establecimiento de salud. No solo se debe tomar en cuenta las brechas existentes en el acceso a la atención oportuna y de calidad, como factores que limitan el cuidado de la SSR de la población, también se debe reconocer los efectos de una importante cantidad de elementos del conjunto de las condiciones de vida, trabajo, recreación, educación, cultura, participación y organización, que influye decisivamente: en la situación de salud sexual y reproductiva, las cuales deben ser estudiadas. (13)

El fortalecimiento de las actividades de PF, encuentran la necesidad de asegurar la sostenibilidad de los servicios e insumos, optimizando la calidad de la información, de forma que permita disipar conceptos erróneos sobre la anticoncepción, acciones extramurales con capacitación sobre PF permitiría fortalecer la promoción de comportamientos y servicios beneficiosos para la SSR, considerándola una opción eficaz y factible que podría disminuir la desigualdad y extender los servicios a poblaciones desatendidas, incrementando el acceso a métodos anticonceptivos. Los componentes educativos deben adaptarse a las locaciones que se desarrollen y se sujeten a evaluación, ser diferenciadas en género ya que esto generaría oportunidades de empoderamiento en

mujeres, alternativas de manejo en relación con la violencia basada en género y escenarios de reflexión sobre la necesidad de la PF en los varones. (7)

En ese sentido, se pretendió realizar una investigación holística, nueva con un nivel de profundidad y de análisis de los datos no se realizaron hasta ahora en el país, datos necesarios para establecer un análisis con el presente, de tal manera que los resultados obtenidos contribuyan al conocimiento de esta realidad y así los responsables políticos tomen en cuenta esta información, determinando la asociación de las variables y analizando lo sucedido entre los años 2003 a 2008, contribuyendo a /o diseñar políticas, programas y planes de SSR en el ámbito de la anticoncepción, así también permitir hacer un análisis de lo que sucedió del antes y después, proyectando a futuro el análisis comparativo a profundidad en relación a la Encuesta de Demografía y Salud 2016.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar los factores relacionados a la planificación familiar y anticoncepción con el uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años y hombres de 15 a 60 años, en el periodo de 2003 a 2008 en el Estado Plurinacional de Bolivia.

1.5.2 Objetivos específicos

- Describir el conocimiento y prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres y varones de Bolivia en el periodo de 2003 a 2008.
- Determinar las características del uso de anticonceptivos modernos en mujeres y hombres de acuerdo a características sociodemográficas.
- Establecer un análisis multivariado de los determinantes asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II

2 Marco Conceptual y Contextual

2.1 Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. (31,32)

La SSR es un concepto muy amplio que abarca la capacidad de las personas de disfrutar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, y la libertad para decidir si tener o no relaciones sexuales. Es también poder decidir si tener o no tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos, incluye el derecho a recibir información adecuada para prevenir embarazos no deseados, ITS, VIH/SIDA, acceder a servicios de salud adecuados, hasta los cuidados durante el embarazo, parto, la prevención y el tratamiento del cáncer gineco-mamario y el tratamiento de la infertilidad entre otros.

Aunque el concepto de salud reproductiva se refiere a mujeres y hombres, tiene un impacto mucho mayor en las mujeres ya que ellas “ponen el cuerpo” en el embarazo y el parto, y por lo tanto requieren una mayor atención particularmente para reducir los riesgos que sólo ellas enfrentan. *“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de planificación de la familia de su elección que sean seguros, eficaces, aceptables, económicamente asequibles y que no estén legalmente prohibidos; y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el*

asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.” (31)

La IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, constituyó un cambio de paradigma en la relación entre población y desarrollo: del control demográfico se pasó a un enfoque de derechos, reconociendo a la PF como una estrategia de salud, que bien aplicada puede contribuir al desarrollo de las naciones. En ese sentido, se proyectaron nuevas relaciones entre dinámicas demográficas, sustentabilidad ambiental y derechos, en especial de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres y jóvenes. Los 179 países que participaron de la Conferencia aprobaron el Programa de Acción de la CIPD (PA-CIPD), que consta de una serie de objetivos y metas (33), incorporando en su programa de acción un capítulo sobre derechos de los pueblos indígenas, con el propósito de mejorar las capacidades reproductivas, las relaciones afectivas, el medio ambiente, los derechos a la SSR con sus diversidades como potencial. El Enlace Continental de Mujeres Indígenas, que es parte del Foro Internacional de Mujeres Indígenas, realizó diversas reuniones continentales para reflexionar y acordar recomendaciones a gobiernos, la CEPAL⁴ y otros organismos de Naciones Unidas. (14)

Se ha podido constatar que los beneficios no solo están dirigidos a prevenir embarazos no deseados y, con ello, prevenir abortos y muerte materna, sino también mejora la salud infantil, mejora el acceso a la educación de los niños en el mundo; favorece el empoderamiento de la mujeres, no solo en el campo laboral sino también en otras áreas como en lo político y, con ello, el concepto de género; contribuye a disminuir la pobreza. Sin embargo aún persisten barreras sociales, culturales, políticas o religiosas que hacen que exista una necesidad insatisfecha en PF, que no se respete el derecho de las personas a elegir y decidir el número de hijos que desean tener, y que impiden el disfrute de una sexualidad sana. (33,34)

⁴ La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), una de las cinco comisiones regionales de las Naciones Unidas, fue creada el 25 de febrero de 1948 para contribuir al desarrollo económico de América Latina y reforzar las relaciones económicas de los países de la región, tanto entre sí como con las demás naciones del mundo. Posteriormente, su labor se amplió a los países del Caribe y se incorporó el objetivo de promover el desarrollo social.

La PF es un término que nos induce a pensar en una estrategia muy simple o sencilla que puede ayudar a las familias a tener conductas reproductivas adecuadas para que puedan conseguir sus objetivos de desarrollo saludable en la mejor forma. Los temas reproductivos, en la actualidad y desde tiempos muy remotos, no solo han preocupado a las familias, sino que empezó por ser una preocupación del propio individuo como persona, quien se dio cuenta que el ejercicio de su sexualidad, en determinadas circunstancias, generaba un embarazo en las mujeres y el nacimiento de un nuevo individuo. La preocupación individual, en los últimos tiempos, se ha transformado en una preocupación mundial, cuando el número de personas en el mundo es cada vez mayor, y la reducción de recursos naturales se relaciona con efectos sobre las condiciones de habitabilidad. (34)

Es en este contexto que se desarrolla el concepto moderno de la PF como una propuesta que debe influir no solo en mejorar la SSR de las personas, sino también en la educación, aliviar la pobreza, mejorar el ambiente y en el desarrollo económico de las naciones; los Gobiernos tienen la responsabilidad de dirigir, y son quienes tienen que ver a la PF desde la perspectiva de considerarla como una herramienta básica para lograr el desarrollo de las naciones de una manera sostenible. En el siglo pasado, en la década de los 70' el ingreso del concepto de control de la natalidad era fuertemente ligado al concepto demográfico, posteriormente modificado por el concepto de PF, menos agresivo pero cuyo significado era muy similar, y se mantuvo hasta la CIPD donde se reformula el concepto, y fuera reconocida como una estrategia de salud, importante y fundamental. Por lo tanto, si el derecho a la salud es un derecho de todo individuo, es deber de los Estados garantizar que todos puedan tener desde su nacimiento, las mejores condiciones que permitan el logro de personas saludables, tener acceso a los alimentos, al vestido, agua segura, a servicios de salud de más alta calidad con programas de promoción y prevención, con una amplia variedad de medicamentos, y métodos anticonceptivos disponibles y accesibles, es decir, tener el acceso a una PF es también un derecho de todos. (34)

Bolivia suscribió importantes convenios internacionales favorables a la salud de la población especialmente referida a la SSR, por lo que ha venido trabajando varios tipos de servicios de salud extendidos a la población y con la participación concurrente de la población organizada, en un proceso continuo de descentralización administrativa,

consolidando con las autonomías departamentales, regionales e indígenas, por lo viene realizando esfuerzos desde varios años atrás para mejorar la SSR de la población, en las diferentes etapas del ciclo de la vida; la atención a la mujer durante el embarazo, parto, postparto; la atención al recién nacido; el desarrollo de acciones para la reducción de la prevalencia del cáncer de cuello uterino y de mama; el incremento de servicios de atención integral con énfasis en la SSR; la atención a la infertilidad, el mejoramiento de la orientación, información y oferta de servicios de anticoncepción. (13)

2.2 Planificación Familiar como herramienta básica para el desarrollo

El Desarrollo Humano es un paradigma que va mucho más allá del aumento o la disminución de los ingresos de un país, comprende la creación de un entorno en el que las personas puedan desarrollar su máximo potencial y llevar adelante una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses. Las personas son la verdadera riqueza de las naciones, el desarrollo implica ampliar las oportunidades para que cada persona pueda vivir una vida que valore. Las capacidades más esenciales para el desarrollo humano son disfrutar de una vida larga y saludable, acceso a educación y a recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno y poder participar en la vida de la comunidad. Las personas deben ser libres para hacer uso de sus alternativas y participar en la toma de decisiones que afectan sus vidas. El desarrollo humano y los derechos humanos se reafirman mutuamente y ayudan a garantizar el bienestar y la dignidad de todas las personas, forjar el respeto propio y el respeto por los demás. (35)

El concepto de Desarrollo Humano formulado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre sus componentes, destaca el empoderamiento, es decir, permitir la participación de las personas en las decisiones y procesos que afectan sus vidas. La participación otorga autorespeto y dignidad sociocultural a los ciudadanos, donde los Derechos Reproductivos permiten a las personas a acceder y obtener la información, a servicios y apoyo necesario para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la SSR, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, etc. (36)

La PF, si bien permite a las familias que puedan contar con metodologías que contribuyan a limitar su tamaño, para lograr una mejor distribución de sus recursos, no deja de lado a la persona como individuo, que tiene todo el derecho de hacer uso de los métodos

anticonceptivos más efectivos y tener una mejor salud sexual y un disfrute sexual sin riesgos. Por lo tanto, involucra a todos los elementos que forman parte de una población: la persona, la familia, las comunidades y los países, incorporado en el nuevo paradigma de población y desarrollo, dejando de lado las metas exclusivamente demográficas. (34)

La pobreza extrema puede ser erradicada, para lograrlo, se requiere comprender la compleja relación entre PF, equidad de género y crecimiento económico. Al aplicar el enfoque de derechos en la SSR y PF, millones de mujeres se han empoderado para tener menor cantidad de hijas e hijos, han postergado el inicio de la maternidad cumpliendo el derecho de las mujeres para que decidan libremente y por si mismas acerca de si quieren embarazarse, cuándo o con qué frecuencia; dándose la oportunidad de completar su escolaridad, las niñas adolescentes que han postergado el inicio de su maternidad suelen alcanzar una mayor permanencia escolar, brindando la oportunidad de obtener mejores salarios y aumentar los niveles de ingreso, escapando del ciclo de la pobreza. Invertir en PF es invertir en la salud, derechos de mujeres y parejas, favoreciendo que haya mujeres y familias saludables, educadas y económicamente productivas. De igual manera en la actualidad coadyuvan al cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, junto con sus 17 Objetivos. (37,38)

En el terreno sociocultural, la persistencia de modelos patriarcales se convierte en un serio obstáculo a esta temática. (39) El Patriarcado es definido como un orden de poder, de dominación, basado en la supremacía de lo masculino y en la inferiorización de las mujeres, el hecho de que la mujer sea la única que posee un cuerpo que produce otro cuerpo, ha llevado, dentro de los esquemas patriarcales, al control de la sexualidad femenina y de su capacidad reproductiva. Dentro de la familia al varón se le asigna el rol de proveedor, protector y jefe, pero no tareas ligadas a la reproducción biológica y social. El desarrollo de la identidad masculina que lleva al desempeño de papeles masculinos adultos es un proceso largo, donde para ser varón hay que ser masculino en el sentido que lo define la sociedad, hay que demostrarlo constantemente, la masculinidad es un objetivo, un deber ser, se debe "ser hombre". En muchos casos los varones son separados de las mujeres, en sus casas o en las escuelas, para ser masculinos; hay códigos bien definidos, que son transmitidos por la familia y reforzados por la presión de los pares cuando se acercan a su maduración sexual en la adolescencia. En este período se crea una expectativa, por parte de los compañeros o de los adultos cercanos, de que debe ejercer

la sexualidad como prueba de masculinidad. Esto lleva a que, en la mayoría de los casos, sus primeras relaciones sexuales no involucren un compromiso emocional, pudiendo incluir abuso sexual y violencia en contra de la mujer. Por otro lado, la fisiología reproductiva masculina ha sido menos estudiada y comprendida que la femenina, ofreciendo menos posibilidades de controlar la cadena de eventos reproductivos, lo que ha hecho que el hombre tenga menos conciencia y asuma menos responsabilidades de su responsabilidad reproductiva. El modelo que han recibido muchos varones de sus padres ha sido el de un padre alejado, en algunos casos faltante, ausente, solo observador y marginado de la interacción con los hijos, alejándose así también de los aspectos tradicionalmente más femeninos como la sensibilidad y la ternura. (40)

Castañeda define el machismo como el conjunto de creencias, actitudes y conductas que ponen de manifiesto la superioridad del hombre sobre la mujer. La manifestación del machismo son comportamientos relacionados con la educación social tradicional de los hombres, que los sitúa en una posición de ventaja al reducir la libertad de decisión de la mujer. En estudios se ha mostrado que una actitud sexista puede llevar al incremento de los embarazos no deseados al vincularse con actitudes relacionadas con un menor empleo del preservativo y su uso inconsistente. Caron, Davis, Halteman y Stickle, encontraron que los jóvenes con actitudes machistas, mostraban actitudes más negativas y menos dispuestos al uso del preservativo durante sus relaciones sexuales. (41)

El amor romántico también favorece las relaciones de poder en la pareja, llevando a la entrega total de la mujer y al dominio del hombre, de hecho, como afirma Medrano, los mitos románticos son una expresión de la sociedad patriarcal que justifica el machismo. El machismo es la forma de dominio, el romanticismo la respuesta de sumisión, contribuyendo al mantenimiento del sexismo. Desde principios del siglo XIX existe una conexión entre la sexualidad y el amor romántico, llevando a considerarse que estar enamorado es la base fundamental para establecer una pareja y permanecer en ella. Con este concepto se incide en las emociones, los afectos y el cuidado de las relaciones interpersonales como parte del rol de la mujer. En las últimas décadas las mujeres redefinieron sus roles, avanzaron sobre el mundo del trabajo y tomaron mayor autodeterminación sobre sus cuerpos, importante en el aspecto de tomar decisión en el ámbito de la SSR, PF y Anticoncepción. (41)

Países con menores tasas de fecundidad y de crecimiento de la población han experimentado mayor productividad, más ahorro y más inversión. El “bono demográfico” etapa de la transición demográfica en la que la población infantil se ha reducido y hay un grupo mayor de personas en edad productiva entre 15 a 59 años, como efecto de la reducción de la tasa de fecundidad, quienes tendrán que mantener a un grupo de mayor edad que no tiene capacidad de trabajar, por ejemplo países asiáticos han visto crecer sus economías y disminuir sus niveles de pobreza a partir de la reducción de sus familias. Entre el 30 al 50% del crecimiento económico de Asia entre el año 1965 al 1990 se ha atribuido a la dinámica demográfica, influenciada por la PF. (34,42,43)

Algunos sostienen que existe una correlación entre la tasa de uso de métodos anticonceptivos y el PIB per cápita de los países (OMS 2010), otros como Barot sostienen que si bien la reducción de la fecundidad por sí sola no impulsa el desarrollo económico, sí es necesaria, y sostienen que el crecimiento económico entre el 25 al 40% en los países es atribuible a menores tasas de fecundidad. Por otro lado, disminuye la presión sobre los servicios públicos y los recursos sanitarios, incluyendo la vivienda, el empleo, y el agua potable. (44) En los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la PF intervino en todos los objetivos que se han propuesto alcanzar. (45) Es decir:

- ODM1: contribuye con mitigar la pobreza y acelera el desarrollo socioeconómico;
- ODM2: contribuye a garantizar que todos los niños vayan a la escuela;
- ODM3: promueve la equidad de género;
- ODM4: puede reducir la mortalidad infantil;
- ODM5: disminuye la mortalidad materna;
- ODM6: contribuye en desacelerar la propagación del VIH/SIDA;
- ODM7: ayudar a proteger el medioambiente. (34)

La PF también está incluida en los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (objetivo 3 punto 7; lograr el acceso universal a los servicios de SSR), como en el cumplimiento de muchos de estos nuevos objetivos como el 1, 3 y 5, depende en parte de la capacidad para que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos, el acceso universal a los servicios de SSR, incluida la PF. (37)

Los pueblos indígenas mantienen creencias y tradiciones que incluyen recomendaciones sobre SSR (conductas apropiadas dentro del matrimonio, sexualidad, métodos de PF), así

como diversas normas y cuidados para los distintos periodos del ciclo vital reproductivo. Sin embargo, muchos de estos aspectos permanecen aún en el ámbito intracultural, siendo transmitidos a sus miembros sólo mediante procesos de socialización. (14)

Entre los retos prioritarios referentes a la población indígena, en términos educativos se observa que pese a los esfuerzos que incentiven la asistencia y permanencia de las niñas en la escuela, ello no se ha logrado del todo, por lo que se debe trabajar en medidas que garanticen a la población indígena permanecer y llegar a todos los niveles educativos, en pro de la igualdad con el resto de la población del país. La educación es un derecho intrínseco y a la vez un instrumento indispensable para el logro de otros derechos y del ejercicio de libertades fundamentales. En materia de necesidades de la SSR se encuentra la atención de la anticoncepción y en particular de métodos anticonceptivos modernos, así como la atención y prevención de ITS, que por las características de rezago y de falta de autonomía de las mujeres en esta población reportan un notable descuido respecto a las mujeres no indígenas. Es necesario promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en contextos pluriétnicos, a fin de generar las condiciones necesarias donde las personas y parejas puedan ejercerlos de acuerdo al significado cultural respecto a las relaciones sexuales, la concepción, la gestación, el embarazo, el parto, la infertilidad, el aborto, entre otros. Asimismo, es indispensable la incorporación de elementos interculturales en los programas de salud, así como metodologías que sigan promoviendo acciones de atención a la SSR. Por ello es imprescindible que se fortalezca el conocimiento de los derechos de las mujeres indígenas, para que sean capaces de involucrarse en la toma de decisiones de manera autónoma y en el cuidado de su propio bienestar, involucrando a los hombres en las decisiones sexuales y reproductivas, y, a la par, realizar acciones que empoderen a las mujeres en sus derechos para que puedan ejercer su sexualidad sin coerción o violencia. (46)

La nueva Constitución Política del Estado Boliviano⁵, señala la conquista de diversos escenarios políticos y de poder por parte de los pueblos indígenas y originarios, el

⁵ La nueva y vigente Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia Ley Fundamental del nuevo Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, descentralizado y con autonomías. Fue promulgada en la ciudad de El Alto el 7 de febrero de 2009.

resurgimiento de las economías comunitarias, el aprovechamiento y control estatal de los recursos naturales, la descolonización de la educación y la emergencia de gobiernos autónomos subnacionales. Han abierto un proceso de cambios estructurales que apuntan a la construcción de una sociedad plurinacional más justa y más equitativa, bajo el signo del vivir bien, con uno mismo y con los demás, en armonía con la naturaleza, con acciones y políticas redistributivas y en ambientes saludables y protegidos. (13) También garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; **Artículo 45. V.** *Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatales y posnatal.* **Artículo 66.** *Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.* (47)

El tema de la salud está desarrollado en varios artículos dentro de la Primera Parte “*Bases Fundamentales del Estado, Derechos, Deberes y Garantías*”: (29)

- Derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual, sin violencia (Art. 15)
- La Salud como un Derecho Fundamental (Art.18)
- Las Determinantes sociales y salud (Art.16, 17, 19 y 20)
- Derecho a la Salud de las naciones y pueblos indígenas y originarios (Art.30)
- Acceso gratuito de la población a servicios de salud (Art.35)
- Acceso al Seguro Universal de Salud y ejercicio de los servicios (Art.36)
- Obligación del Estado a garantizar y sostener el derecho a la salud (Art.37)
- Priorización de la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Art.37)
- Participación de la población en la toma de decisiones y gestión del sistema (Art.40)
- Acceso a los medicamentos, priorizando los genéricos (Art.41)
- Derechos de los pacientes (Art.43 y 44)
- Derechos sexuales y reproductivos (Art.66)

La OMS viene realizando el esfuerzo desde hace más de quince años, en actualizar los criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos más adecuados en cada situación, tras la revisión de la evidencia disponible, presentar estos resultados para facilitar al

personal sanitario y a organismos oficiales. El médico de familia juega un papel determinante en aproximar estos criterios a la realidad de cada paciente, de manera que se logre indicar el mejor método disponible en cada caso, aportando información adecuada y respetando opiniones, deseos de cada mujer o pareja. Es primordial, que la formación profesional en salud proporcione el desarrollo de habilidades para la oferta de información adecuada en PF, de modo a atender las necesidades de las personas bajo la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, así como la actualización permanente. La información adecuada en PF es de fundamental importancia, ya que posibilita a las personas ejercer sus derechos, reconocer métodos contraceptivos y hacer elecciones con autonomía. (34,48,49)

2.3 Planificación Familiar y Salud

Sobre la mujer recae la mayor parte de los problemas relacionados con la reproducción complicaciones del embarazo y parto, aborto en condiciones de riesgo, uso de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de infecciones del tracto reproductivo en especial ITS. Cada embarazo implica un riesgo de morbilidad y mortalidad para la madre y su hijo/a. Por lo cual el proceso reproductivo está condicionado por factores de tipo social, cultural, político y económico, por la condición social de la mujer, por acciones dependientes de otros sectores sociales (educación, vivienda, alimentación), factores afectivos y relacionales, recordemos que la PF y la AC constituyen una base fundamental de la salud reproductiva por sus potenciales beneficios sociales y de salud. (34,36,50)

Donoso, Carvajal, Vera y Poblete, en una investigación titulada *“La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil”* afirman que el embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en adolescentes, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre (muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, asfixia neonatal), siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. (51) En contextos en los que el embarazo adolescente ocurre normalmente dentro del matrimonio, las intervenciones y programación de políticas para prevenir el matrimonio infantil, promover la educación, empoderar a las niñas y el abordaje de normas socioculturales dirigidas a mejorar la SSR son importantes. Por su parte el embarazo en mujeres de 35 o

más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia mayor probabilidad de muerte materna y perinatal. (51,52)

La actividad sexual temprana en la adolescencia representa otro problema de salud pública por las consecuencias que conlleva, como el embarazo adolescente, el aumento de las ITS, la infección por VIH/SIDA (segunda causa de muerte en los adolescentes), problemas familiares, económicos y sociales que se generan, a su vez con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (53) Por ello que la PF es una intervención que salva vidas, los beneficios que podemos tener con un adecuado programa de PF se pierden cuando no se tienen cubiertas las necesidades requeridas; es decir, en el aspecto sanitario, al no poder prevenir un embarazo que no es planificado, según el estudio de Allan Gutmacher, el 60% se convertirá en un embarazo no deseado cuya posibilidad mayor es la de acabar en un aborto, que por las consideraciones legales existentes en Latinoamérica, donde el aborto terapéutico no está penalizado, y la mayor parte de ellos serían de tipo inseguro, con grave riesgo para la salud o muerte de las mujeres. (34,37,54)

La adolescencia es una etapa compleja, donde las decisiones y conductas que tomen los y las adolescentes en su SSR, dependerán de las oportunidades y situación socioeconómica, laborales, educativas, oferta de anticoncepción, características personales, normas sociales e influencia del medio o contexto social en que viven y crecen. El embarazo no deseado representa un riesgo entre adolescentes, donde el 59% de embarazos terminan en nacimientos y 41% en abortos, 14% de ellos abortos involuntarios. El 15% de abortos en el mundo (cifra que está alrededor de los 2 millones) ocurren en mujeres de 15-19 años de edad. Los adolescentes tienen menos probabilidades de obtener un permiso legal y seguro para abortar en países donde el aborto está autorizado legalmente, cuyo efecto se traduce en falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo y su familia. (53)

En Bolivia, el aborto constituye la tercera causa de muerte materna, contribuyendo con un 9,1% al total de muertes maternas; cuando se estratifican las defunciones maternas por edad gestacional, se muestra que el 15.1% de las mismas se produjo antes de cumplir el

5° mes de embarazo, entre las muertes maternas que corresponden a los cinco primeros meses de gestación está incluido el aborto inseguro, pero también decesos por causas externas: homicidios, suicidios y accidentes. No hay cifras oficiales sobre el número de abortos que reflejen la realidad de esta problemática, sin embargo, se cuenta con investigaciones que señalan que en el país se producen unos 100 abortos clandestinos por día, en condiciones que ponen en grave riesgo la salud de las mujeres, la principal causa de aborto es el embarazo no deseado, tal cual esta descrito en el Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal, y Neonatal 2009-2015. (13,55)

Los últimos datos al respecto, se extraen del Estudio Nacional de Mortalidad Materna en Bolivia; el año 2011 fallecieron 538 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. El aborto representa el 9% de la mortalidad materna, es decir, cada año fallecen 43 mujeres por complicaciones del aborto. De 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos al año (45% de todos los abortos), según la OMS y el Instituto Guttmacher. La mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina. (54) Debemos también tener en cuenta que muchas mujeres que no fallecen por causa de un aborto, quedan con enfermedades crónicas infecciosas, menopausia precoz por extirpación de ovarios, dolores crónicos, etc. (13)

En Bolivia los/las adolescentes conforman el 32% de la población boliviana, tienen aún necesidades insatisfechas relacionadas a aspectos en el área de SSR, falta acceso a educación sexual, atención diferenciada, información sobre su salud, etc.; están expuestos a riesgos relacionados con el inicio de la actividad sexual a temprana edad, violencia, ITS-VIH/SIDA, embarazos no deseados, abortos y otros. La proporción de mujeres entre 15 a 19 años que han tenido relaciones sexuales es de 26%. La proporción de mujeres jóvenes casadas o que viven en pareja, en este tramo de edad, representa alrededor de un 10% y más de la mitad (51%) de la mujer en el grupo de 20 a 24 ya vive en unión conyugal. El aborto tiene consecuencias discriminatorias en las mujeres que se someten a ellos, dado al procedimiento más o menos seguro dependiendo de la capacidad económica, estableciéndose una relación directa entre el mayor riesgo de mortalidad y los recursos económicos con los que se cuenta. De esta manera, quienes tienen mayores recursos pueden acceder a procedimientos más seguros para practicarse un aborto, a diferencia de aquellas personas que no tienen recursos económicos. (13)

La morbilidad materna entre las adolescentes se describe como aumento de probabilidad de riesgo de hemorragia post-parto, obesidad, enfermedades mentales, preeclampsia-eclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas y muerte prematura. La mortalidad materna ha sido la segunda causa de muerte entre las adolescentes en todo el mundo desde el año 2000, siendo más elevadas por debajo de los 20 años y después de los 30 años de edad, en mujeres de 15-19 años la tasa de mortalidad materna es de 260/100.000 mujeres y para las de 20-24 años es de 190/100.000 mujeres. (53)

Las ITS se encuentran entre las causas de morbimortalidad materna y perinatal más importantes en Bolivia, las complicaciones graves de las ITS, como el embarazo ectópico, la enfermedad pélvica inflamatoria, el trabajo de parto prematuro, el aborto espontáneo, la muerte fetal y las infecciones congénitas, pueden conducir a una discapacidad crónica como infertilidad, cáncer genital y muerte. (13) No debemos olvidar que la PF, mediante los métodos anticonceptivos de barrera, ayuda a la prevención de infecciones de transmisión de sexual, incluidos el papiloma virus (PVH), el VIH y muchas otras infecciones cuya propagación anual en millones de personas en el mundo. (34)

Los procesos migratorios internos, sumados a factores como el machismo, el escaso poder de la mujer para negociar el uso del condón, el consumo excesivo de alcohol, falta de conocimiento sobre el VIH/SIDA y sus formas de transmisión y prevención, los altos índices de violencia, los prejuicios y falsas creencias acerca del tema, favorecen y conducen a los problemas ya descritos anteriormente en Bolivia. (13)

2.4 Educación y Salud Sexual en Adolescentes

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por cambios puberales y por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, según la OMS puede transcurrir entre los 10 y 19 años. En América Latina y el Caribe (ALC) se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo, un promedio de 38% de las mujeres se embarazan antes de cumplir los 20 años. Casi el 20% de los nacimientos vivos son de madres adolescentes y aproximadamente 50% de los adolescentes de ambos sexos menores de 17 años son sexualmente activos. (56)

Las necesidades de aprendizaje en SSR son todas aquellas oportunidades y opciones educativas que tienen los/as adolescentes para potenciar al máximo sus capacidades, habilidades y talento humano mediante la interacción con la cultura, lenguaje, escuela,

familia y comunidad en lo que se refiere a este tema. Como estrategias para la promoción de la SSR se encuentran elementos educativos como servicios comunitarios educativos, servicios de orientación/consejería, educación en salud para la prevención del embarazo no planeado, crear habilidades para la vida y grupos de autoayuda para adolescentes; dichas intervenciones están dirigidas, en teoría, a principales interlocutores de las/os adolescentes (pares, padres, docentes y entorno). Se han puesto en práctica estas estrategias educativas para ellos, sin embargo, estas han obedecido a las expectativas y exigencias de las instituciones que han dejado de lado las verdaderas necesidades de la población joven, razones que podrían justificar la ineficacia de los proyectos educativos en temas de SSR en las instituciones educativas. (57)

Se ha demostrado que en aquellos países que han adoptado políticas liberales hacia la educación sexual y la disponibilidad de anticonceptivos, las tasas de embarazo entre las adolescente son más bajas, por lo que es necesario que sea amplia y técnicamente eficiente la información sobre estos temas. (58)

Una deficiente, discontinua programación y ejecución de estrategias de comunicación educativa ha interrumpido el avance del posicionamiento de los derechos y la SSR en la población, en los servicios y entre los actores claves del proceso, revelando un pronunciado descenso en algunas de las prácticas fundamentales. En Bolivia se ha producido, un aumento gradual del porcentaje de mujeres en unión conyugal que usaban algún método de anticoncepción moderno entre los años 2003, 2008 y 2016 (58%, 62% y 76%) aún bastante lejos del total. A nivel nacional, el 23,2% de mujeres de 15 a 49 años unidas legal o consensualmente están insatisfechas de la planificación familiar, porcentaje que se incrementó en comparación con el 2008 (20,2%), luego de varios años de desarrollo de importantes iniciativas en salud para ayudar a las parejas y en especial a las mujeres a prevenir embarazos no deseados mediante la oferta de información, orientación y servicios de anticoncepción, para permitirles ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. (11–13)

Si no se cubre las necesidades de PF se puede tener un elevado costo social que incluye el aumento de la deserción escolar, menor ingreso futuro en el mercado del trabajo, generando un ambiente propicio para que perdure la pobreza. (10,34,59) Investigaciones como la de Sánchez y Granados hacen notar que ser mujer, tener escolaridad, recibir

información sobre anticonceptivos e ITS, la frecuencia de las relaciones y contar con una relación familiar de apoyo son determinantes que reflejan una relación positiva con la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos. (10,16)

Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer no son adecuados para los adolescentes y en general, porque su eficacia depende de comportamientos que no son habituales a esta edad (conducta impulsiva); exigen también alta motivación de la pareja, relaciones estables y programadas, y requiere para su utilización ciclos regulares que no se dan con frecuencia a esta edad. El preservativo o condón ha sido revalorizado en los últimos años por la aparición de ITS de alto riesgo, es un método seguro, efectivo y reversible, razón en todo sentido, por lo que se debe incorporar al varón en la consulta, para enseñar y estimular su uso. (36)

Una problemática en estos temas es que los padres niegan a aceptar la sexualidad activa de sus hijos, fundamentalmente en las poblaciones indígenas, existiendo fuertes tradiciones culturales y tabúes que frenan la educación sexual, además del bajo nivel de escolaridad de los padres, el sexo se practica sin mayor información sobre los riesgos de contraer algún tipo de enfermedad, o bien de embarazos no planificados, sin embargo esto se podría modificar si se establecieran intervenciones oportunas de acuerdo a cada contexto social y cultural. Hay evidencias en adolescentes indígenas de Guatemala, Bolivia, Ecuador y Perú, sobre deficiencias educativas respecto a la sexualidad, ya que es un tema tabú para familiares y los mismos pares, lo que impide una información adecuada y propicia de riesgos para la salud integral del adolescente. (56)

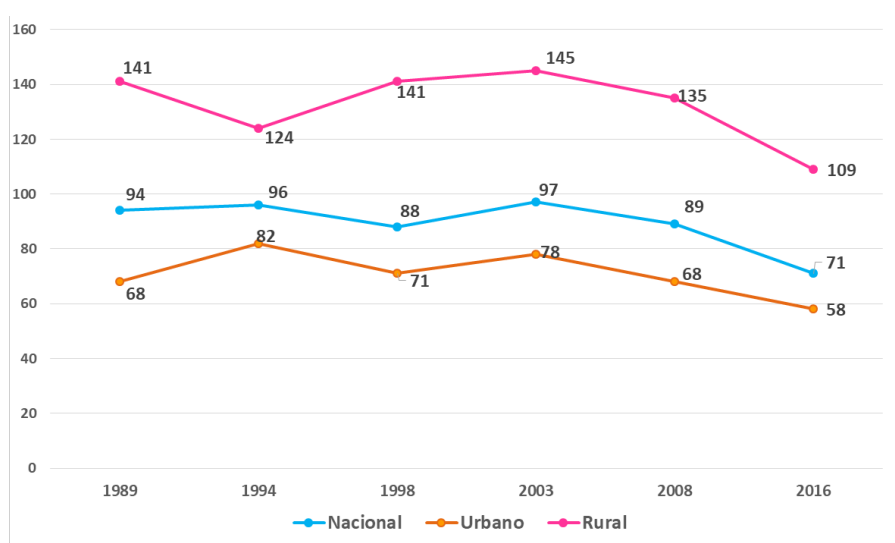
Bolivia entre 1989 y 2008 en relación a Tasa de Fecundidad⁶, presenta un leve descenso de 94 a 89 nacimientos por mil mujeres adolescentes, siendo el área rural con mayor disminución (de 141 a 135). El área urbana mantiene 68 nacimientos por mil mujeres adolescentes.

⁶ La Tasa de Fecundidad General, es una de las medidas referidas a la fecundación o relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido en un cierto periodo de tiempo y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se expresa como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil habitantes en un año.

El área rural presenta niveles superiores a los registrados en el área urbana debido a que la población que vive en estas zonas no accede a información o educación sobre SSR y hacen menos uso de los métodos modernos de anticoncepción. A nivel departamental, Cochabamba, Santa Cruz, Potosí, Beni, Pando tienen niveles superiores al promedio nacional de la fecundidad adolescente, mientras que Chuquisaca, La Paz, Oruro y Tarija tiene tasas inferiores.

Aunque los distintos niveles de fecundidad condicionan los porcentajes de adolescentes embarazadas, el panorama es muy variado a nivel departamental según la EDSA del 2016, por ejemplo, en La Paz el 10,6% de adolescentes ya son madres o están embarazadas por primera vez en el otro extremo están Beni y Pando que reportan los porcentajes más altos con 23,9% y 32,4%, respectivamente. (10–12)

Gráfico 1: Tasa de Fecundidad Adolescente, según área geográfica ENDSAs y EDSA de 1989 a 2016, Bolivia.



Fuente: ENDSA 1989, 1994, 2003 y EDSA 2016

Para el año 2016, el 14,8% de las adolescentes ya son madres o estuvieron embarazadas alguna vez, porcentaje que descendió moderadamente con relación a la ENDSA 2008 que alcanzó el 17,9%. Las diferencias en el comportamiento del embarazo adolescente, considerando el nivel de educación, son importantes, mayores porcentajes se presentan en las adolescentes de primaria (35,3% ya son madres y 5,4% están embarazadas por primera vez), mientras que los menores porcentajes para adolescentes se registran en el nivel de educación secundaria (10,7% ya son madres y 2,2% están embarazadas por primera vez); las adolescentes que alcanzan un nivel de educación superior solamente el

4,1% ya son madres y el 2,7% están embarazadas por primera vez. Como se puede observar la fecundidad en mujeres adolescentes presenta un leve descenso a través del tiempo, sin embargo presenta valores aun preocupantes en salud pública. (11,12)

En Bolivia aún subsisten grandes dificultades en la comunicación para reconocer los problemas de SSR de las mujeres, hombres, las familias y comunidades, especialmente, entre las poblaciones pobres y alejadas, coartando innecesariamente la posibilidad de obtener la atención que les corresponde por derecho, el bajo nivel educativo de las mujeres ha impedido el uso de los servicios, incluso en atenciones críticas como el parto institucional. (13) De acuerdo con Soriano, es necesario fundamentar la educación sexual en un enfoque biopsicosocial donde se favorezcan, además de los conocimientos, sentimientos y emociones de tal forma que cuando se diseñen programas de educación sexual y se formen jóvenes responsables, con capacidad de tomar decisiones sobre la base de una autonomía moral formada, con una educación personalizada. (57)

El estudio realizado por Gavidia Catalán sobre el análisis de textos de educación para la salud de estudiantes en España; señala que se sigue un modelo tradicional expositivo de enseñanza y aprendizaje memorístico creyendo que una información de hechos y conceptos puede producir cambios de actitudes y conductas, sin embargo, las personas construyen el conocimiento a partir de sus propias representaciones, vivencias y relaciones con el mundo que les rodea; se aprende cuando se le da significado al objeto del conocimiento y cuando este es relevante. La participación del alumnado en la transformación de su entorno es una estrategia metodológica que debe ser asumida por el profesorado; no significa una ampliación de los contenidos, sino un cambio metodológico en el que la salud impregna el acto didáctico y donde se pueda conjugar el saber escolar con el saber cotidiano. El estudio de Arévalo en el país de Perú, afirma que los adolescentes refieren que la educación sexual impartida es escasa en información y que se transmite de forma inadecuada. Por ello se deben usar estrategias pedagógicas entendidas como materiales de apoyo que posibilitan visualizar y rescatar puntos explícitos, de forma organizada y principalmente alrededor de la participación del alumnado respondiendo a sus necesidades y no a las expectativas de los padres. (57) Es así, que la promoción y educación de la salud sexual adquiere gran relevancia, pues constituye un proceso de base social que abarca las acciones dirigidas directamente a

fortalecer las habilidades, capacidades y a modificar sus conductas de riesgo relativas a la salud sexual. (56)

2.5 Género y Empoderamiento de la Mujer e inclusión del Varón

En todas las sociedades se espera que varones y mujeres nos comportemos de formas diferentes. Desde la infancia nos enseñan normas acerca de qué es lo apropiado para un hombre o una mujer, vestimos de forma diferente, jugamos juegos diferentes, nos interesamos por cosas diferentes y también aprendemos que mujeres y varones deben mostrar distintas emociones (las mujeres son sensibles, los hombres no lloran). En este modelo tradicional los hombres tienen la responsabilidad de proveer sostén económico, y las mujeres son las encargadas del hogar y cuidado de los hijos. Estas diferencias entre lo que debe y lo que no debe hacer un hombre y una mujer están presentes también en la sexualidad. Se espera que las mujeres se muestren atractivas para los varones, pero que sean pasivas, y que no tomen la iniciativa para tener relaciones sexuales. Por su parte, los varones aprenden que deben ser fuertes y dominantes, saber “todo” sobre sexo, tener muchas parejas y tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales. (31)

El género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas, no es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y del lugar. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas, los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud. El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto, los determinantes de la salud relacionados con el género son las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos, y que determinan los comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria y las respuestas del sistema de salud en función del género, son uno de los principales determinantes sociales de las inequidades sanitarias. La integración de la perspectiva de género implica evaluar el modo en que el género determina las medidas planificadas, incluidas la legislación, las políticas

y los programas, en todos los ámbitos y a todos los niveles, también puede contribuir al empoderamiento de las mujeres y la igualdad de participación en todos los niveles del personal sanitario. (60–62)

El género no es solo un determinante de inequidad, sino que también proporciona explicaciones de los factores que influyen en la salud, en la enfermedad y en la muerte de las mujeres y de los hombres. (63) Los mandatos de género conllevan inequidades entre hombres y mujeres ya que en general implican desventajas y limitaciones para las mujeres en el acceso a los recursos económicos y sociales. La SSR es uno de los ámbitos de la vida donde las inequidades de género tienen mayor impacto, la desigualdad de género limita a las mujeres y niñas el acceso a los servicios de PF y reduce su capacidad de negociación con la pareja para el uso de anticonceptivos, de hecho el impacto se nota en la capacidad de poder planificar el número de hijos y cada cuánto tiempo los tendrán. (31,34,37)

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basado en el género magnifican estos riesgos. (57) Las mujeres y niñas que sufren violencia sexual y basada en el género, incluidos los malos tratos físicos y psicológicos, la trata y tráfico, otras formas de malos tratos y la explotación sexual exponiendo a un alto riesgo de contraer ITS, incluido el VIH/SIDA, abortos inseguros, padecer traumas físicos y mentales. En Bolivia más del 22% de las mujeres en unión reportan haber sido empujadas, golpeadas con las manos o los pies, con objetos, intentando estrangularlas o tener relaciones sexuales forzadas. (13)

El abandono de la pareja masculina, cuando se entera del embarazo, es una conducta habitual y socialmente aceptada, son escasas las veces en las que la pareja masculina acompaña el embarazo y se involucra en la crianza del niño/a. El concubinato resulta más frecuente cuando la pareja de las adolescentes embarazadas tiene la mayoría de edad, en cambio las adolescentes cuya pareja también es adolescente, tienden a permanecer solteras y a separarse. Entre lo urbano y lo rural existen diferencias en cuanto a información y conocimiento, sin embargo, las características subjetivas del embarazo en la adolescencia son similares en ambos sectores, al igual que las características que influyen en el acceso a los métodos anticonceptivos. En relación a la disponibilidad de

métodos anticonceptivos para mujeres, existen barreras culturales, como que es solo un derecho para personas adultas, que hacen que las mujeres adolescentes tengan temor y vergüenza de solicitar servicios de anticoncepción en los establecimientos públicos de salud. (64)

En varios países, si bien las políticas de SSR y AC brindan lineamientos que están dirigidas al sector femenino, no presentan una alternativa clara para la promoción de métodos anticonceptivos para hombres, pese que se incluye nombrando de manera parcial a este último. Se debe partir del concepto en que toda pareja está conformada por un hombre y una mujer, y entre ambos deben determinar el método que van a utilizar, aunque en la realidad siempre es la mujer quien se responsabiliza de su uso, lo cual se convierte en un elemento necesario para poder establecer las bases de la planificación familiar masculina. (17) Los obstáculos que impiden que los hombres puedan tener una conducta sexual adecuada son: el carecer de un conocimiento correcto acerca de su propia madurez y sexualidad, los servicios actuales no incluyen a los hombres en el diseño, la planificación o la evaluación de los servicios, las políticas y leyes que afectan a los hombres, como no expresan un enfoque claro y constructivo de las necesidades de estos. Estudios realizados sobre motivación de uso de métodos anticonceptivos indican que ésta depende de la educación, cultura, religión, forma tradicional de vida y necesidades individuales derivadas de factores personales, donde el personal de salud tiene la función primordial de motivación, educación y promoción de métodos anticonceptivos. (17)

Existen una serie de inequidades que se anteponen a los deseos de las mujeres y que les impiden, aun cuando tengan la información adecuada, a optar libremente sobre cómo ejercer su sexualidad y cómo regular su reproducción. Los largos procesos de socialización patriarcales, sexistas y jerárquicos, han logrado una fuerte internalización, en muchas mujeres, de su papel subordinado, con actitudes de sumisión y un escaso empoderamiento ante las decisiones. Esto hace que la negociación sobre las medidas de protección de embarazos no deseados, que generalmente son asumidos por las mujeres, las tiene que enfrentar desde una posición de menor poder. Muchos embarazos no deseados, han sido producto de la violencia sexual, de agresiones, y de situaciones menos evidentes como el acoso sexual o el chantaje emocional, como el probar su amor o su afecto con sexo. (63) Muchas familias ven con naturalidad la incorporación activa de los varones a la vida sexual mientras se sanciona cualquier tipo de manifestación similar de

las mujeres. En ambos casos, la “cosificación” de los cuerpos como meros organismos biológicos traslada las regiones del placer y el amor a la esfera de lo oculto, de lo reservado, del misterio que no siempre lleva hacia una vida sexual plena y satisfactoria, sin armas para decidir y obrar con libertad y responsabilidad, con muchas razones para sufrir y vivir mal. (13)

Resultados de investigaciones recientes han demostrado que el hombre expuesto a temprana edad a un mejor conocimiento sobre PF y SSR, es más proclive a tener una actitud positiva, de apoyo y pueden alentar el acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva de manera significativa, (63) así también reportan la falta de información que maneja el hombre adulto joven acerca de la anticoncepción y la incorrecta información que tiene sobre la biología reproductiva. Amigos, compañeros de clase y los medios informativos son las fuentes más frecuentes de información sobre asuntos sexuales, en tanto que los padres y los tutores son los menos frecuentes. El conocimiento sobre el papel del varón y la percepción de su rol en el área de la SSR, desde el punto de vista de la medicina social, salud pública y de los servicios de salud individual, todavía no es suficiente en el mundo y particularmente en América Latina. (17,65) En Bolivia los servicios de salud, en correspondencia con la lógica patriarcal y excluyente que permea todavía el comportamiento de la sociedad sobre la sexualidad, no tiene desarrolladas intervenciones dirigidas a los hombres y son apenas incipientes las atenciones especiales a adolescentes, adultos mayores o personas Gay, Lésbico, Bisexual, otras (GLB). (13)

Según Szczedrin, Quinci y Szczedrin, en un estudio realizado en Venezuela demostraron que la población masculina no posee un nivel adecuado de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, a pesar de que la actitud es buena, la práctica deja mucho que desear. Los jóvenes obtienen la información de sexualidad de forma distorsionada y sensacionalista, por se debería implementar un plan de información y divulgación masiva utilizando los medios de comunicación social, sin negar la importancia de la información que se debe recibir a través de los padres y la escuela. (17) Es importante trabajar y educar a los varones, creando una conciencia para que sean parte de este proceso, ya que desde una perspectiva del ciclo de vida y del ciclo de exclusión social, el desarrollo de la salud sexual de la población boliviana muestra importantes deficiencias desde la niñez y se verifica en mayor medida entre las poblaciones más pobres, como resultado de una cultura patriarcal y machista, que subsiste en gran parte de las familias, en las escuelas y en las

instituciones. Una educación sexista, reforzada por comportamientos abusivos y violentos, en el seno mismo de las familias, condiciona un obsesivo deseo de demostrar la virilidad precoz de los varones y la pasividad permanente de las mujeres. (13) La participación del varón en la PF y anticoncepción es vital, el conocimiento de métodos anticonceptivos y las actitudes hacia la PF entre los hombres se asocian con la práctica de ésta en la pareja, la aceptación masculina constituye un factor necesario, importante y de gran influencia, se debe educar a los hombres acerca de las opciones anticonceptivas, incluyendo la vasectomía. (66,67)

2.6 Necesidades Insatisfechas de Planificación Familiar

La demanda insatisfecha de PF expresa el porcentaje de mujeres fértiles, activas sexualmente, que reportan no querer más hijos o que desean retrasar el siguiente embarazo y que no usan ningún método anticonceptivo, este concepto alude a la brecha entre las intenciones reproductivas de la mujer y su comportamiento anticonceptivo.(68)

La demanda insatisfecha de PF ha disminuido en las últimas décadas en la mayoría de los países Latinoamericanos, lo que se expresa en la caída del promedio regional desde un 17,2% en 1990 a un 10,6% en 2013. Haití encabeza la lista de países con mayor demanda insatisfecha de PF con un 35,3%, lo que significa que casi cuatro de cada diez mujeres no tienen acceso a métodos anticonceptivos. También presentan altos niveles de demanda insatisfecha Guyana con un 28,5%; Guatemala un 20,8%; Bolivia con un 20,1% y Honduras un 16,8%. Solamente 9 de los países de la región con datos disponibles poseen una tasa de demanda insatisfecha de PF menor que un 10%. (69,70)

El descenso que la TGF a lo largo de tiempo, se debe básicamente a la promoción e incremento gradual del uso de anticonceptivos entre las mujeres y sus parejas, no obstante, en los últimos años esta tendencia ha tenido una desaceleración. Sin dejar de reconocer que el programa de PF han logrado avances significativos, el uso de métodos anticonceptivos no ha ocurrido de manera uniforme: persisten rezagos importantes en la población adolescente y joven, así como en la que habita en municipios de marginación alta y muy alta y en zonas rurales e indígenas. En contraste, se observa un mayor uso de anticonceptivos entre la población unida o casada y de mayor escolaridad. (50)

En países en vías de desarrollo una de cada cuatro mujeres se encuentra entre los 15 a 49 años, es decir, en edad reproductiva. De ellas, 867 millones no desearían quedar

embarazadas, espaciar los nacimientos o limitar sus embarazos futuros. Unas 645 millones están utilizando métodos modernos de anticoncepción y se calcula que unas 222 millones no usan ningún método moderno de anticoncepción, o utilizan métodos tradicionales encontrándose con una necesidad insatisfecha de PF (34,71)

En 2012, aproximadamente 645 millones de mujeres en el mundo en desarrollo usaban métodos modernos, 42 millones más que en 2008, aproximadamente la mitad de este aumento se debió al crecimiento de la población. La proporción de mujeres casadas que usan anticonceptivos modernos en el mundo en desarrollo en su conjunto apenas cambió entre 2008 (56%) y 2012 (57%). Se observaron aumentos mayores que el promedio en África oriental y el sudeste asiático, pero no hubo aumento en África occidental y África media. El número de mujeres que tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna en 2012 es de 222 millones, este número disminuyó ligeramente entre 2008 y 2012 en el mundo, pero aumentó en algunas subregiones, así como en los 69 países más pobres. Se estima que, a nivel mundial para el 2016 existían 225 millones de mujeres que deseaban evitar embarazarse, pero no usan un método de PF seguro y efectivo. La mayoría de estas mujeres, con una demanda insatisfecha de anticonceptivos, viven en el 69% de los países más pobres del mundo. Disminuir la demanda insatisfecha salvaría la vida de estas mujeres, evitaría 60 millones de embarazos no deseados a nivel global y reduciría en un tercio las 303 mil muertes maternas ocurridas en el 2016. El uso de anticonceptivos modernos se ha duplicado a nivel mundial, del 36% en 1970 al 64% en 2016, sin embargo, aún existe un largo camino para asegurar que todas las mujeres puedan disfrutar del derecho a decidir si quieren embarazarse, cuándo o con qué frecuencia. (37,71)

Las razones de no utilizar métodos anticonceptivos pueden ser sociales, culturales o políticas, muchas veces motivadas por grupos religiosos o porque los hacedores de política no entienden la real importancia de la PF o no están de acuerdo y, por lo tanto, no garantizan el acceso a la anticoncepción moderna a todos los grupos etarios; por ejemplo, la restricción a grupos de adolescentes, o la falta de disponibilidad de anticonceptivos, no por hacer una compra inapropiada, sino por carecer de políticas de distribución y supervisión permanente. Un ejemplo claro, señala que desde que Alejandro Toledo asumió la presidencia de la República del Perú, el Ministerio de Salud fue dominado por elementos conservadores religiosos, bloqueando al acceso a los métodos

anticonceptivos, dicha posición fue asumida como respuesta a las políticas del gobierno de Fujimori. (34)

Por otro lado, no debemos dejar de reconocer que hay factores individuales que también influyen en esta necesidad insatisfecha, como por ejemplo la sensación de tener poco riesgo de un embarazo, como ocurre en los adolescentes; o no estar informados adecuadamente y no entender los mensajes claves para la prevención de un embarazo, como ocurre después de un aborto, que muchas mujeres creen que es difícil quedar nuevamente embarazada, o cuando por mala información continúan teniendo relaciones sexuales no protegidas después de haber tomado la anticoncepción de emergencia, o tener relaciones sexuales durante la amenorrea posparto creyéndose protegidos porque “aún no le viene la regla”. En un estudio llevado a cabo el año 2006 con mujeres hospitalizadas en el Instituto Materno Perinatal, que tenían embarazos no deseados, se determinó que la principal razón para no usar métodos anticonceptivos era el temor por los efectos secundarios (92%), siendo la subestimación del riesgo del embarazo la segunda causa (71,6%), mientras que la oposición de la pareja al uso de algún método anticonceptivo determinó un 22,5% de necesidad insatisfecha en el uso de métodos anticonceptivos (34)

Las políticas de salud deben promover en la adolescencia un ejercicio saludable de su sexualidad, si ya se tiene vida sexual activa, debiera protegerse con un método anticonceptivo efectivo, sin embargo, el uso de anticoncepción en este grupo aún es baja según la ENDSA 2008. Cuando comparamos la evolución de la demanda insatisfecha según las ENDSA 2003-2008, se observa que esta disminuyó en todos los grupos etáreos, excepto justamente al quimil que corresponde a adolescentes. Las adolescentes de 15 a 19 años también para el año 2016 son las que presentan el mayor porcentaje alcanzado el 48% de insatisfacción, valor que incremento del año 2008 que estaba en 37,7%. (11–13)

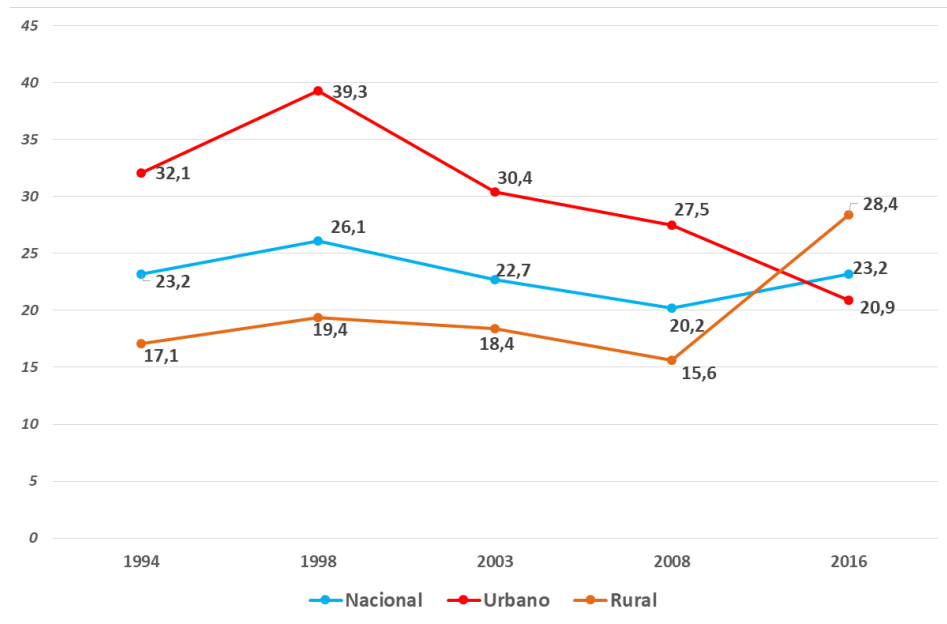
Sánchez, Granados en su investigación titulada “*Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica*” muestran que, conforme aumenta la edad de la persona o la de su pareja, disminuye la probabilidad de protección en las relaciones sexuales, además, la probabilidad decrece conforme las relaciones se tornan más “serias” o “estables”. Por otro lado, ser mujer, la escolaridad, recibir información sobre anticonceptivos e ITS y contar con una relación familiar de apoyo, son determinantes que reflejan una relación positiva con la probabilidad de uso de

métodos anticonceptivos. Lo anterior señala que puede servir como insumo para el diseño, elaboración e implementación de políticas públicas que procuren prevenir el embarazo adolescente y la transmisión de ITS, dando la importancia de brindar educación e información sexual tanto a los jóvenes como a sus familias, donde más allá de incentivar a la abstinencia, se motive a tener una vida sexual responsable. (16)

Para una pareja sin ninguna condición médica especial que acuda a una consulta de asesoría en PF, el abanico de posibilidades de anticoncepción es bastante amplio. Una mala información, mitos o creencias acerca de los AC de las mujeres, su entorno familiar y social, son una barrera para un uso adecuado que influye de manera muy importante para tomar esta decisión, pero desafortunadamente también influyen los prejuicios, desconocimientos y mitos propios del personal de salud. Es frecuente que este personal no tenga el suficiente conocimiento técnico del tema, no esté actualizado o incluso obedezca a influencias recibidas de personas con intereses comerciales en el asunto. (72) Es lamentable que en algunos casos estas barreras sean propiciadas por los mismos profesionales de salud quienes por desconocimiento o determinada posición ideológica, sustentan afirmaciones erradas. Es muy conocido que dentro de las razones religiosas hay oposición al uso de métodos anticonceptivos, a los cuales se les señala como abortivos, priorizando el uso de métodos naturales, como la abstinencia periódica cuyo índice de falla es muy elevado. (34)

Se suma a estos factores el procedimiento de adquisición de métodos anticonceptivos, en Bolivia el sector público es el mayor proveedor de inyectables, ligadura de trompas, DIU, condones y píldoras, tienen algunas restricciones en su provisión, ya que tienen un requerimiento administrativo que es el recetario-recibo firmado por un médico obligando a la usuaria a sacar ficha, pasar por enfermería, consulta médica, etc., para recién proveerse de los mismos, obstáculo para muchas personas.(13) En Bolivia el indicador de necesidades insatisfechas en materia de PF, a nivel nacional para el año 2016, alcanzó el 23,2% de mujeres de 15 a 49 años unidas legal o consensualmente, porcentaje que se incrementó en comparación con el 2008 (20,2%). (12)

**Gráfico 2: Necesidades insatisfechas en planificación familiar, según área geográfica
ENDSAs 1994 a 2008 y EDSA 2016, Bolivia.**



Fuente: ENDSA 1989, 1994, 2003 y EDSA 2016

La brecha de insatisfacción en PF entre área urbana y rural ha reducido escasamente entre 1994 y 2008, de 15% a 12%. En 2008, el porcentaje de mujeres con insatisfacción en materia de PF en el área rural prácticamente duplicaba a la del área urbana, las razones podrían deberse a la falta de acceso a la información sobre SSR, así como al escaso uso de métodos anticonceptivos seguros, situación que persiste para el año 2016, donde la necesidad insatisfecha en las mujeres en unión del área urbana es menor frente a las rurales (20,9% y 28,4% respectivamente). (10,11)

Desde 1993 Bolivia cuenta con anticonceptivos (de donación) distribuidos o administrados por los servicios de salud públicos y desde 1999 pueden ser adquiridos con recursos municipales al estar incorporados dentro de las prestaciones. Las mujeres que así lo deciden acceden, sin costo a; condones masculinos, DIU, inyectable trimestral, píldoras, anticoncepción de emergencia, ligadura de trompas y collar del ciclo, destacar que se incorporó pocos años atrás el método del implante, que tuvo buena recepción por parte de la población. (10–12,28) Existe una normativa actualizada y vigente en anticoncepción, desde el SUMI se contó con protocolos en los cuales también se incorporaron los anticonceptivos, pero la utilización de servicios de anticoncepción es baja. Algunos servicios no ofertan la gama completa de métodos de anticoncepción; y algunos presentan desabastecimiento, generando la desconfianza de la población, por otro

lado, los proveedores de servicios que no hablan el idioma nativo tienen dificultades para brindar información. La salpingoclasia y la vasectomía son métodos efectivos y son parte de la oferta; sin embargo, son muy pocos centros los que lo hacen. (10)

Se necesita especial atención para garantizar que se satisfagan las necesidades anticonceptivas de los grupos vulnerables, como las mujeres jóvenes solteras, mujeres pobres y del área rural, reducir las desigualdades en el conocimiento y el acceso. Mejorar los servicios para las usuarias actuales y satisfacer adecuadamente las necesidades de todas las mujeres que actualmente necesitan pero no usan anticonceptivos modernos, requerirá un mayor compromiso por parte de los gobiernos y otras partes interesadas, así como cambios de leyes, políticas y factores relacionados con el servicio, provisión y prácticas que impiden el acceso y uso de servicios anticonceptivos. (71)

2.7 Planificación Familiar y Fecundidad

En el último siglo el crecimiento poblacional ha sido bastante rápido, sobre todo en los países con menor desarrollo. Ello contrasta con el hecho que desde fines del siglo XIX y sobre todo empezando el siglo XX la fecundidad empezó a bajar drásticamente en países desarrollados, particularmente en Europa, mientras que a fines de los años 70' este fenómeno empezó a ocurrir en América Latina. Es decir, disminución en el mundo de la población joven, y un incremento de la población adulta mayor.(34) Dierckxsens explicó que la reducción de la fecundidad fue debido a que la revolución industrial, implica una expansión enorme de las instituciones económicas y dio origen a las actividades extrafamiliares, al preciso momento que aumenta el tamaño de la familia debido al descenso de la mortalidad, los hijos perdían gran parte de su utilidad económica para sus progenitores. Estas actividades extrafamiliares dieron origen a nuevas aspiraciones que no eran compatibles con una familia de muchos hijos, explica entonces, como en muchos países sin tener disposición de métodos eficaces de AC, ni instituciones dedicadas a su difusión, la fecundidad había declinado por una “fuerte motivación individual”. (73)

El uso extenso de mecanismos de regulación de la fecundidad, en esa época, fue posible a la combinación de factores que incidían sobre la motivación de la gente, por una parte, y sobre la disminución de los costos de regulación, por otra. Los fenómenos tales como la rápida urbanización, la disminución del analfabetismo y la educación formal, las posibilidades de movilidad ascendente y el desarrollo de patrones modernos de consumo

entre los diversos estratos de la población, fueron significativos para reforzar la motivación de las parejas en regular la fecundidad. Estos y otros fenómenos hicieron posible que se modificaran los costos de la regulación, aún dentro del marco de técnicas tradicionales, que eran las únicas existentes: el coito interrumpido, el uso del condón y el aborto. (73)

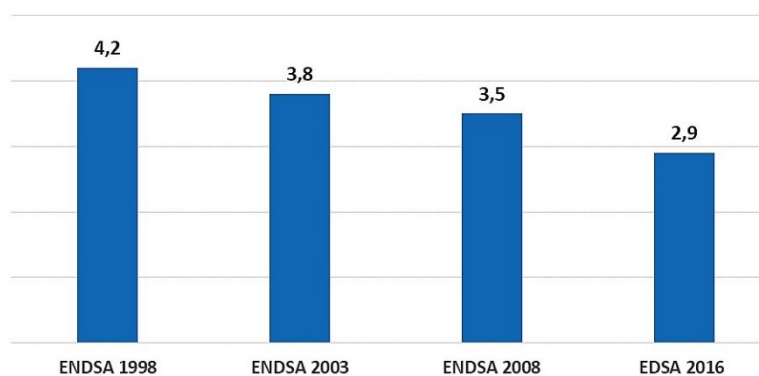
Si bien el crecimiento demográfico tiene a la mortalidad y migración de la población como dos de sus componentes importantes, debemos reconocer que también está definido por los cambios en la fecundidad. J. Bongaarts, demostró que la diferencia en la fecundidad de las poblaciones se debe a la variación de cuatro variables: la nupcialidad, el uso de anticonceptivos, la infecundidad posparto y el aborto inducido. (34,74)

Para que una población decida voluntariamente limitar su natalidad, es necesario dos condiciones: el deseo de tener pocos hijos o de espaciarlos (motivación) y el acceso a algún método de control efectivo (costo), ambas son condiciones necesarias, pero por sí solas insuficientes. Esto con frecuencia ha sido olvidado por las teorías de la fecundidad que han concentrado su atención en los determinantes estructurales de la demanda de los hijos, dando por sentado que el “costo de control” es un factor negligente. Quizá eso sea cierto en las sociedades más desarrolladas, pero en los países en vías de desarrollo no es así, los costos de control no deben ser interpretados de forma estrecha, como referidos exclusivamente al costo monetario de los anticonceptivos, se puede hablar de costos económicos, sean en dinero o en tiempo, los costos sociales que resultan de la violación de normas y de las sanciones correspondientes, o de costos para la salud física o psíquica, todos ellos producto de características individuales como estructurales. (73)

La actividad sexual ocurre cada vez a más temprana edad, registrando promedios de inicio de 13 a 16 años, con edades tan tempranas como 11 años. En América Latina y El Caribe, aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53% a 71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. La edad del primer coito para algunos países es de aproximadamente entre 15 a 16 años, mientras para otros, es tan temprana como los 10 a 12 años. Las parejas sexuales en la primera relación sexual son de mayor edad en las mujeres que en los varones, aproximadamente, una de cada cuatro mujeres adolescentes (27,4%) tienen su primera relación con una persona de 20 a 32 años, mientras 3,4% de varones con una persona de 20 a 28 años. (20,53)

Colombia registra una de las mayores tasas de embarazo adolescente de América Latina, donde 1 de cada 5 adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada, en Bolivia cerca de 18% de adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas; al menos la mitad de estos embarazos no fueron planificados. (53) El descenso de la fecundidad aún no responde a las expectativas del número de hijos que las mujeres quieren tener, la TGF es de 2,9; si todos los embarazos no deseados pudiesen ser prevenidos la TGF sería mucho menor. Las mujeres de zonas urbanas, y las jóvenes con mayor nivel educativo son las que menor número de hijos quieren tener, pero en el sector rural la brecha entre el número de hijos que se tiene y el número de hijos deseados es más amplia. (12,13,34)

Gráfico 3: Tasa Global de Fecundidad (TGF) ENDSAs 1998, 2003, 2008 y EDSA 2016, Bolivia.



Fuente: ENDSA 1989, 1994, 2003, 2008 y EDSA 2016

Hacia 1950, las mujeres bolivianas tenían un promedio de casi 7 hijos; después de 25 años, este promedio bajó por debajo de los 6. Es a partir de 1975 cuando la fecundidad presenta una reducción más marcada, el 2008 llegó a los 3,5 hijos por mujer y para el 2016 se reporta 2,9 hijos por mujer, es decir, se reduce a casi medio hijo/a en 8 años, el ritmo del descenso de la fecundidad entre una encuesta y las siguientes fue similar, llegando casi al medio hijo/a, ya que desde 1998 a 2003 descendió de 4,2 a 3,8 hijos/as y de 2003 a 2008 bajó de 3,8 a 3,5 hijos/as. Con relación al área de residencia es notable que la TGF en el área rural con 3,8 hijos/as aporta más que en el área urbana con 2,5 hijos/as. (8,9,12) En Latinoamérica y El Caribe, la TGF promedio estimada para el período 2015-2020 fue de 2 hijos por mujer. De manera general, las tasas de fecundidad en Bolivia evidencian una reducción moderada, pero diferencias entre el área urbana y rural son acentuadas, la fecundidad rural es claramente superior a la urbana. (8,9,12)

En Bolivia según el estudio del año 2011 “*Situaciones evitables embarazos no deseados y abortos inseguros en cinco ciudades de Bolivia*” (75) por Aliaga, Machicao, García y Bury, el inicio de las relaciones sexuales entre 16 y 18 años es del 40.2% y entre 19 y 21 años es de 25.7%. El 12.6% tuvo su primera relación sexual entre los 22 y 25 años, y el 4.1% se inició después de los 26 años. La mitad de las mujeres sexualmente activas no usan ningún método y un 10.6% usa métodos tradicionales, estamos hablando de un 61.3% de mujeres que no usan métodos anticonceptivos modernos, factores como la falta de acceso a éstos o porque no están disponibles y porque no conocen o no saben dónde conseguir un método y otras explican razones de salud o de situación personal.

Una de cada dos mujeres afirma haber enfrentado al menos un embarazo no deseado en su vida. Más de una de cada diez revela haberse realizado un aborto inducido, no estamos hablando de casos excepcionales, estamos hablando de la vida cotidiana de miles de mujeres en Bolivia, muchas mujeres expresan su impotencia frente al comportamiento de sus parejas, dicen que están presentes para oponerse a que ellas usen algún método moderno, y que los varones se resisten a usar el condón, donde es común la percepción y excusa masculina que el preservativo les quita sensibilidad y placer, pero están ausentes para tomar responsabilidad frente a un embarazo no deseado y para compartir la decisión de interrumpirlo o no. En el colegio y escuela, se afirma que no se enseña temas de sexualidad, donde los profesores tienen vergüenza para hablar de estos temas. (75)

Un número importante de los nacimientos provienen de mujeres adolescentes, son nacimientos imprevistos y no son recibidos en las mejores condiciones. Es este uno de los problemas más sentidos por la población boliviana, por el riesgo de comprometer desde muy temprano la salud y la vida de los jóvenes, especialmente entre las poblaciones más pobres. Más del 30% de las adolescentes pobres son madres frente y al 10% de las adolescentes más solventes, situación explicada por la dificultad de acceder a información, orientación y servicios de anticoncepción. (13) Bolivia aún tiene complicaciones referidas a la aplicación correcta de los derechos sexuales y reproductivos de las/os adolescentes, a la atención diferenciada dirigida a la prevención en sexualidad para los adolescentes en los centros de salud. Esto de alguna manera puede estar influyendo para que Bolivia tenga aún los niveles más altos en ALC de embarazos, ITS/VIH y SIDA en adolescentes. Esto se debe a diferentes factores como prejuicios sociales, entre los profesionales de salud para las consultas de sexualidad de los

adolescentes, por otro lado, en la población persiste la idea negativa en los adultos acerca de lo que significa ser adolescente y joven, transmitiendo la idea de que es sinónimo de inmadurez; por lo tanto, de irresponsabilidad, delincuencia y fragilidad, el estigma y discriminación por la identidad de género, la orientación sexual, por discapacidad, diferencia étnica, intercultural e inter generacional. Por miedo al rechazo social, los adolescentes no acuden a los servicios de salud para cuestionar y satisfacer sus dudas respecto a su salud sexual, hacerse pruebas y otros. Por otro lado, los adolescentes no asumen responsabilidad en sus acciones y tienen relaciones sexuales sin protección, exponiéndose ellos mismos a embarazos o ITS. (76)

A pesar de las iniciativas gubernamentales desarrolladas en Bolivia, las mujeres continúan enfrentando barreras sociales y culturales para acceder y usar métodos confiables de anticoncepción. Por otro lado, ya existen mujeres en Bolivia, quienes creen que la mejor opción es usar métodos anticonceptivos modernos en determinado momento de sus vidas, ya que un hijo o una hija resultaría ser un impedimento para realizar su proyecto de vida ya sea de estudios, de trabajo, de viajes o de estabilidad familiar o económica. (75)

En el “*Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia*” del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA el año 2016, afirma que aproximadamente la mitad de las adolescentes entrevistadas desconocía la existencia de métodos anticonceptivos. Por su parte los adolescentes que conocen los métodos anticonceptivos modernos y cómo se los utiliza, aún no tienen el hábito del uso continuo de los mismos. La falta o mala de utilización de métodos anticonceptivos es la causa principal del embarazo en la adolescencia. Chantaje y manipulación de los hombres al exigir la “prueba de amor” con consecuencias no solamente en la consumación del acto sexual sino también la ausencia en el uso de métodos anticonceptivos y las características del mismo confianza en el hombre de poder controlar la posibilidad del embarazo, lo que se refleja una concepción machista de quién decide cuándo y cómo llevar a cabo el acto sexual. (64)

En una investigación en la ciudad del El Alto – Bolivia por Velasco, De La Quintana, Jové, Torres y Bailey sobre la “*Calidad de los servicios de anticoncepción*”, la calidad del trato interpersonal fue percibida de una manera muy distinta según el tipo de persona

entrevistada: los proveedores se expresaron más favorablemente y las no usuarias fueron las que más criticaron los servicios. La percepción de discriminación en función de la clase socioeconómica o de la vestimenta, fundamentada o no, es la antítesis del trato humano y lleva a la poca utilización de los servicios y a la insatisfacción de la clientela, lo que lleva a la reflexión a los proveedores de salud a cambiar su actitud frente a las usuarias, brindándoles un trato igualitario, cálido y humanizado, sin distinción de origen étnico, sexo o clase social. La demanda de orientación en materia de anticonceptivos es muy grande, pero el poco material informativo para el público suele ser usado, también se encontró que escasez de anticonceptivos para distribución. (77)

La principal fuente de información, comunicación y capacitación sobre PF y métodos anticonceptivos debe ser el Sistema de Salud, con colaboración de instituciones en cada municipio. Sin embargo, como afirma en el estudio de Taborga, Yaksic y Castro la información que se recibe es superficial, no siempre tiene un enfoque de derechos y no trata el uso métodos anticonceptivos de manera específica. (64)

2.8 Planificación Familiar y anticoncepción en América Latina y el Caribe

2.8.1 Los Objetivos del Desarrollo del Milenio en América Latina

La práctica anticonceptiva en América Latina comenzó a ser documentada durante la década de 1960, en la que se puso en ejecución el Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (urbana y rural) del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Los resultados de esos estudios permitieron conocer que la región solo el 13% de las mujeres casadas o unidas en edad de procrear usaba algún método anticonceptivo. Entre 1970 a 1980 diversas fuentes mencionan el crecimiento de un 36% a 49% de uso en las mujeres, para 1983 llegaron al 56% y para el año 2000 se situaron cerca del 67%. En las décadas de 1980 y 1990 las Encuestas de Demografía y Salud encontraron que los países con muy bajas tasas de prevalencia en el uso de anticonceptivos eran Haití, Guatemala y Bolivia (del 10% al 34%). Un nivel intermedio se halló en México, Perú, Paraguay y Jamaica (del 40% al 55%), mientras que los niveles más elevados superiores al 60%, se observaron en Panamá, Colombia, Costa Rica, Brasil y Puerto Rico. (78)

En septiembre del 2000, las Naciones Unidas aprobaron una serie de objetivos amplios con el fin de impulsar el desarrollo humano y todos los países signatarios se

comprometieron a respaldarlas durante los 15 años siguientes, fueron llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio⁷, que fueron los siguientes: Erradicar la pobreza extrema y el hambre, Lograr la enseñanza primaria universal, Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, Reducir la mortalidad infantil, Mejorar la salud materna, Combatir el VIH SIDA, el paludismo y otras enfermedades graves, Garantizar la sostenibilidad ambiental y como último Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. (10,79,80)

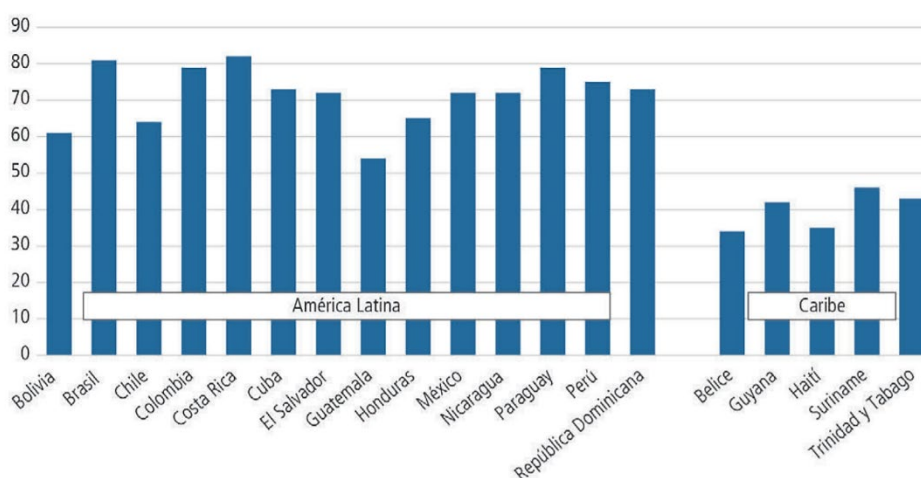
Como respuesta a los ODM, muchos gobiernos signatarios y organizaciones internacionales establecieron asociaciones más fuertes y promovieron la cooperación y el trabajo interinstitucional e intersectorial. En consecuencia, los logros alcanzados en torno a estos objetivos pueden evaluarse en función del progreso en cuanto a las metas acordadas y en función del aumento de la capacidad y de la ejecución de programas dentro de los gobiernos nacionales y las organizaciones locales, nacionales, regionales y mundiales. Todos los ODM estaban relacionados directa o indirectamente con la salud. Los tres objetivos específicos orientados hacia la salud eran el ODM 4, “reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años”; el ODM 5, “mejorar la salud materna”; y el ODM 6, “combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”. Dado que la nutrición y el medioambiente son sumamente pertinentes para la salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) también hizo un seguimiento sobre el progreso de la Región de las Américas en cuanto al logro del ODM 1, “erradicar la pobreza extrema y el hambre”, y el ODM 7, “garantizar la sostenibilidad del medio ambiente”. Debe celebrarse los progresos logrados por los ODM. Estos objetivos llevaron a fortalecer aún más los compromisos mundiales con la salud y el desarrollo humano, impulsar una respuesta inigualable a escala mundial y forjar asociaciones innovadoras, permitió mejorar la vida y las perspectivas futuras de muchos grupos poblacionales que vivían en condiciones de vulnerabilidad. (79)

⁷ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran graves y/o radicales. En 2015 los progresos realizados han sido evaluados y por otra parte se ha extendido la lista de objetivos, actualmente llamados Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Aunque hay mucho por celebrar, no se puede dejar de mencionar la desigualdad en el progreso de la Región, en reiteradas ocasiones fue un obstáculo para el logro de muchas metas. El logro de algunas metas, por ejemplo, el logro de la meta de reducir la mortalidad en menores de 5 años puede atribuirse a tres elementos clave: desarrollo económico, que implica una mejora de la nutrición; mayor cobertura de los servicios públicos, como agua potable y saneamiento; y mayor acceso a servicios básicos de salud como la *planificación familiar y la educación de las madres*, con la vacunación, la rehidratación oral y el seguimiento del crecimiento infantil como elementos fundamentales. La tasa de uso de anticonceptivos; en 1990, Naciones Unidas calculó que la prevalencia general en el uso de métodos anticonceptivos (incluidos todos los métodos) en América Latina y el Caribe se ubicaba en 61,0%, mientras en Estados Unidos y Canadá alcanzaba 71,9%. Para el año 2014, estas cifras se incrementaron a 73,1% y 75,1%, respectivamente. (79)

Casi todos los países de América Latina muestran descensos en la TGF en las últimas 3 décadas, el descenso es mayor en aquellos países que partieron de TFG más elevadas (4 a 6 hijos por mujer) que entre aquellos con TGF menores a 3 al inicio del período. Para los países del Caribe se observa un comportamiento similar, aunque un grupo importante inició con TGF entre 2 y 3 hijos por mujer y, por lo tanto, los descensos progresivos son menores. Las tasas de fecundidad específica de las adolescentes en América Latina muestran un descenso a lo largo de los quinquenios, aunque el descenso no parece tan pronunciado como el que puede observarse en las mujeres de 35 a 39, quienes al inicio del período partieron de TFE similares. El amesetamiento de la tasa de fecundidad adolescente puede ser resultado, del enfoque de los programas de planificación familiar. (33)

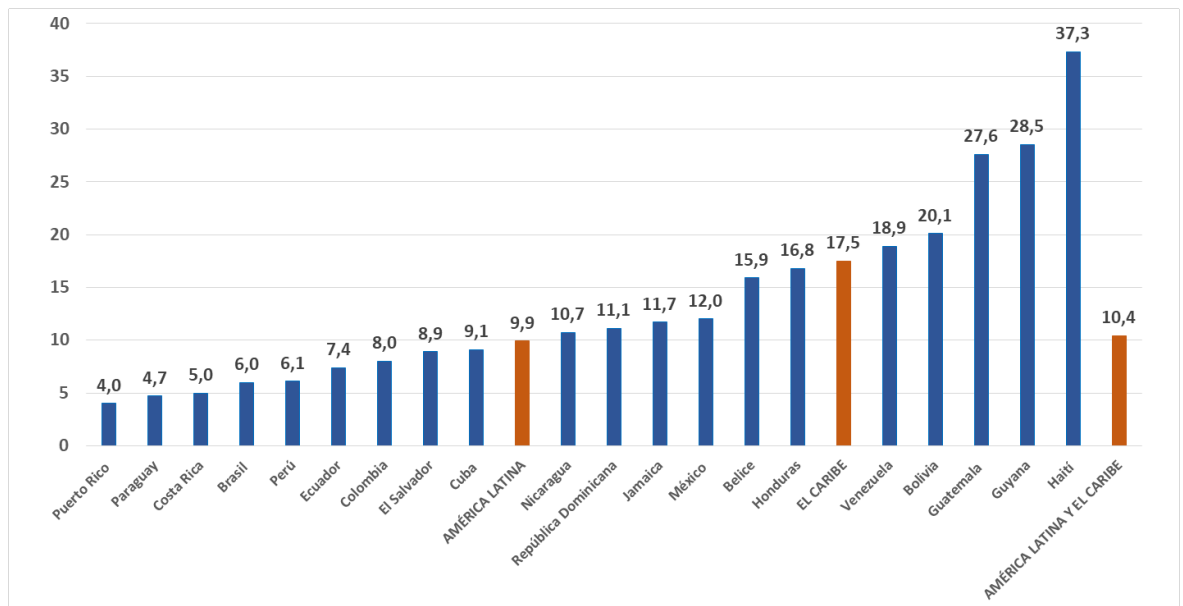
Gráfico 4: Prevalencia del uso de anticonceptivos. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, relevamientos 2005-2012 (en porcentajes)



Fuente: Documento Técnico Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014

La prevalencia del uso de anticonceptivos es mayor (5 a 8 mujeres de cada 10) en los países de América Latina que en Caribe (3 a 5 mujeres de cada 10). El aumento de la prevalencia de uso ha sido a favor de los métodos modernos, en América del Sur la tasa de prevalencia de su uso es de 70%, seguida por América Central (64%) y la del Caribe (61%). El crecimiento más importante de la prevalencia de uso se da entre las mujeres residentes en zonas rurales y con menor escolaridad. Las tasas de prevalencia de uso son significativamente menores en las mujeres indígenas: en Guatemala y Nicaragua, 7 de cada 10 mujeres indígenas declara no usar métodos de PF, mientras que en el caso de sus pares no indígenas estas cifras descienden a 5 y 3 de cada 10 mujeres. En Ecuador, Bolivia, México y Perú, alrededor de 5 de cada 10 mujeres indígenas no usa método alguno. En promedio, 1 de cada 10 mujeres de la región tiene demanda insatisfecha de PF.(33) El análisis de la demanda insatisfecha por lugar de residencia, edad y escolaridad muestra una disminución de las brechas en el tiempo entre los grupos de las mujeres que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad, residentes de zonas rurales, menor escolaridad, más jóvenes y aquellas en una situación más favorable, residentes de zonas urbanas, mayor escolaridad y adultas. (33)

Gráfico 5: Demanda insatisfecha de Planificación Familiar. América Latina y el Caribe (en porcentajes)



Fuente: Base de datos de indicadores de los ODM. 2014. División de Estadística de las Naciones Unidas

Una publicación reciente en *Lancet Global* realizada por Ponce de Leon, Gomez, Ewerling, Jacob, Silveira, Sanhueza y Moazzam titulada “*Contraceptive Use in Latin America and the Caribbean with a Focus on Long-acting Reversible Contraceptives: Prevalence and Inequalities in 23 Countries*”⁸ afirma que la prevalencia más baja de anticonceptivos modernos se observó en Haití (31,3%) y Bolivia (34,6%) mientras que Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Paraguay tienen una prevalencia del 70%. Las desigualdades eran amplias en Bolivia, pero casi inexistentes en Haití. Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Paraguay tenían más del 70% de la prevalencia de anticonceptivos modernos con bajas desigualdades absolutas. El uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada fue inferior al 10% en 17 de los 23 países. Solo Cuba, Colombia, México, Ecuador, Paraguay y Trinidad y Tobago tuvieron más del 10% de las mujeres que adoptaron métodos anticonceptivos de acción prolongada. México fue el único país en el que los métodos anticonceptivos de acción prolongada se usaron con mayor

⁸ Las fuentes de datos incluyeron encuestas demográficas y de salud, encuestas de conglomerados de indicadores múltiples y encuestas de salud reproductiva realizadas desde 2004 en 23 países de América Latina y el Caribe. Los análisis se basaron en mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años independientemente del estado civil, excepto en Argentina y Brasil, donde los análisis se restringieron a las mujeres casadas o en unión.

frecuencia que los métodos de acción corta. Mujeres jóvenes de 15 a 17 años, mujeres indígenas, quintiles de menor riqueza. Los métodos anticonceptivos de larga duración son una excelente alternativa teniendo en cuenta que son altamente efectivos, preservan el derecho de las mujeres a decidir sobre su fertilidad en el futuro y minimizan las dificultades en el acceso debido a que no se necesita la reposición por un periodo de 3 a 5 años. (6)

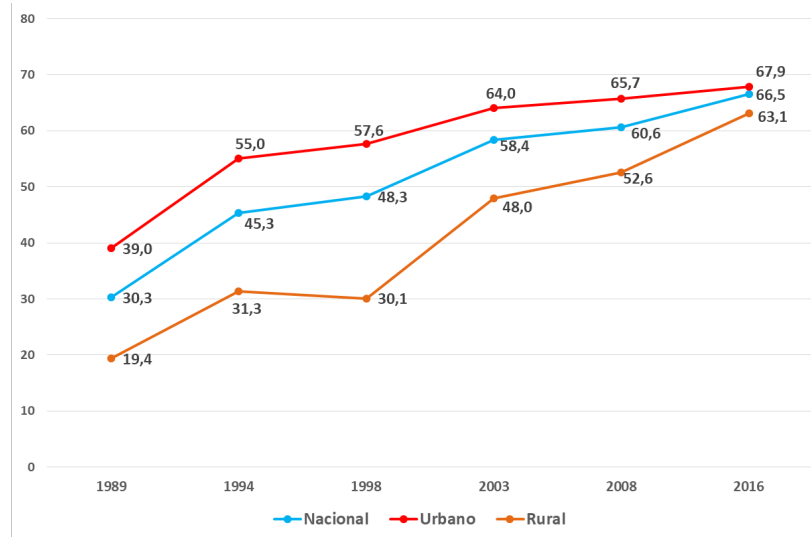
El porcentaje de fecundidad no deseada, muestra que a pesar del crecimiento del uso de métodos modernos y la disminución de la demanda insatisfecha de PF, la brecha entre lo que ocurre (TGF) y la fecundidad deseada persiste en el tiempo sin cambios importantes, la tasa de embarazos no deseados en la región es alarmante: más de la mitad de embarazos no son planeados En ALC las tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos son altas, sin embargo las tasas de necesidad no satisfecha de anticoncepción son relativamente elevadas, al igual que los embarazos no planeados.(33) En referencia de la tasa de fecundidad en adolescentes; a pesar del descenso general que se observó en la Región, sigue siendo inadmisiblemente elevada. En el 2013, la tasa de fecundidad en las adolescentes a escala mundial era de 45,3 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad, cifra inferior a la de 65,4 registrada en 1990, mientras que en ALC era de 67,1, menor a la de 83,7 correspondiente a 1990. (79)

Las necesidades insatisfechas en materia de PF con este último informe se observó una disminución progresiva en el porcentaje de población con necesidades insatisfechas en materia de PF. Entre 1990 y el 2014, este porcentaje se redujo de 17,3% a 10,6% en ALC, y de 7,6% a 6,6% en Estados Unidos y Canadá. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la cual se presentan 17 objetivos que guiarán la salud y el desarrollo mundiales hasta el año 2030, permitirá mantener el impulso de la iniciativa que la antecedió y seguir trabajando en los asuntos pendientes ya muchas de las metas previstas, los ODS guardan relación con los ODM, sin embargo los ODS hacen hincapié en la equidad, la responsabilidad compartida y la sostenibilidad. En la Región de las Américas, afrontar los problemas que persisten en la salud a lo largo del período en que los ODS estén en vigor requieren de un enfoque más detallado que tenga en cuenta la amplia gama de causas de mortalidad y morbilidad, usando asociaciones y recursos estratégicos para lograr beneficios a largo plazo en el ámbito de la salud. (79)

2.8.2 Los Objetivos del Desarrollo del Milenio en Bolivia

Los ODM incorporan la sexualidad y la SSR, reconocida por la OMS como factor determinante para el bienestar y desarrollo de las personas, parejas, familias, comunidades y naciones. Bolivia ha registrado importantes avances en el cumplimiento de los ODM, es así que el año 2011 Bolivia alcanzó la meta relacionada con reducir la extrema pobreza; se ha recuperado la senda de la culminación en el nivel primario; se han logrado avances significativos en la provisión de iguales oportunidades a niños y niñas; asimismo, existen avances importantes en los indicadores de salud. (10,53)

Gráfico 6: Prevalencia de uso actual de cualquier método anticonceptivos en mujeres unidas, según área geográfica 1989 a 2016, Bolivia.



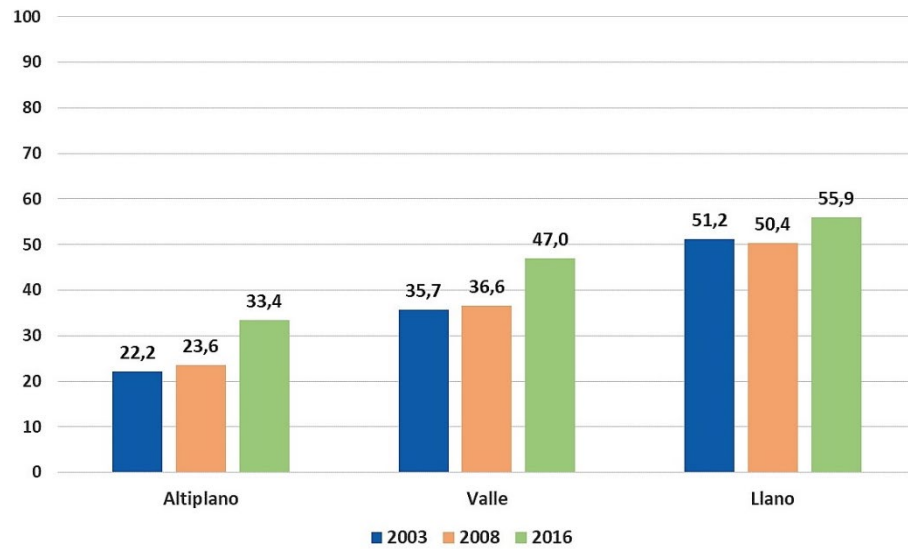
Fuente: ENDSA 1989, 1994, 2003, 2008 y EDSA 2016

El 8º y último informe de los ODM en Bolivia, en referencia al acceso universal a la salud reproductiva, brinda información de la prevalencia de uso de anticonceptivos es el porcentaje de mujeres en edad reproductiva casada o en unión que usa algún método de anticoncepción, la tendencia del indicador, ha sido ascendente no solo a nivel nacional, sino también urbano y rural. La brecha entre área urbana y rural ha disminuido casi a la mitad (de 20% a 13%). Situación que también ocurrió para el 2016 que fue ascendente incrementando en 6% después de ocho años en relación al 2008. (10–12)

En 2008 entre las mujeres, los departamentos cuyos indicadores de prevalencia de uso de anticonceptivos se encontraban por encima del promedio nacional eran Santa Cruz (70,1%), Tarija (69,7%), La Paz (62,5%), Beni (60,9%) y Pando (61,2%); el resto de los

departamentos tenían niveles inferiores, siendo Potosí (48,4%) el departamento con menor cobertura.(10) Similar resultado para el año 2016 Santa Cruz (72,7%), Tarija (70,8%), Chuquisaca (69,4%) y La Paz (66,6%). Mientras que Oruro (46,2), Beni (58,1%) y Potosí (63%) presentan menor cobertura. (11,12)

Gráfico 7: Prevalencia de uso actual de cualquier Método Anticonceptivos Moderno en mujeres, según región 2003 a 2016, Bolivia.



Fuente: ENDSA 2003, 2008 y EDSA 2016

A nivel regional los llanos y los valles presentan los mayores porcentajes de uso de MACM con relación al altiplano, aunque en esta región se utiliza los métodos modernos y tradicionales en similar proporción. Si bien incremento a través del tiempo el uso de AC, el porcentaje de no usuarias es aun importante. (8,9,12)

2.9 Políticas en Bolivia (27,81,82)

Bolivia elaboró normativas, planes a través de Decretos Supremos como Leyes relacionadas a la PF y AC a través del tiempo. En 1992 el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública publicó el Libro de Normas y Procedimientos, normas nacionales para la atención integral al niño, al escolar, al adolescente y a la mujer. Menciona elementos de la salud de la mujer no embarazada y la PF. Se habla de los métodos tradicionales, el condón, la píldora anticonceptiva y el Dispositivo Intrauterino (DIU). (82)

En junio de 1996, la Secretaría Nacional de Salud presentó la Norma Boliviana de Salud NB-SNS-01-96, para la atención a la mujer y al recién nacido en institutos de maternidad y en hospitales departamentales. Esta norma estableció orientaciones de gestación normal

y las emergencias obstétricas; contiene un capítulo dedicado al componente de anticoncepción, hace énfasis en las píldoras anticonceptivas, el DIU y la anticoncepción en situaciones especiales. En diciembre de 1996, la Secretaría Nacional de Salud publicó la 2° edición del Texto de referencia en SSR como *"documento complementario a las Normas y protocolos de atención a la mujer y al recién nacido de los tres niveles de atención, así como de la Currícula de los centros de capacitación en salud reproductiva y escuelas de salud pública"*, abordó ampliamente temas vinculados a la SSR. En noviembre de 1998, el Ministerio de Salud y Previsión Social, aprobó la Norma Boliviana de Salud, referida a la *"anticoncepción quirúrgica voluntaria, volumen 1, oclusión tubárica bilateral en riesgo reproductivo"*, para su aplicación en el segundo y tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud, además de contar con orientación adecuada y el consentimiento informado. En septiembre de 1998, un hito en la anticoncepción fue la Resolución Ministerial N°0421 del Ministerio de Salud y Previsión Social, que aprobó el uso del Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) más conocido como Depoprovera®. (82)

En marzo de 1999, el Ministerio de Salud y Previsión Social aprobó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2002, mediante Resolución Ministerial N°134. Este programa oficializó la política específica del sector en aspectos relacionados con la atención a la SSR, definió uno de sus componentes la anticoncepción; los otros componentes fueron la salud materna y perinatal, la atención a la salud de la mujer no gestante y la prevención del riesgo reproductivo, la atención integral a la salud de adolescentes, la detección del cáncer ginecológico, la prevención y control de las ITS-VIH/SIDA, la promoción de la participación masculina y la prevención de la violencia intrafamiliar. En diciembre de 1998, se promulgó el Decreto Supremo N°25265 del Seguro Básico de Salud (SBS); fue una estrategia para asegurar el financiamiento público a una oferta de prestaciones de salud de alto impacto y bajo costo, a ser entregadas a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud y de la seguridad social. Este seguro contaba con prestaciones que se detallaban en las Guías técnicas del SBS (segunda edición), referidas a la consulta de orientación de servicios de AC, el DIU, la anticoncepción oral, la anticoncepción inyectable y el condón. (82)

En el marco de la Ley N° 2426 del 21 de noviembre de 2002, se crea el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y

gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto y a los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los cinco años de edad. De acuerdo a la Ley N°3250 de diciembre de 2006 se amplían las coberturas del SUMI: a mujeres mayores de cinco y hasta los 60 años de edad, incluyendo prestaciones de SSR y anticoncepción. (82)

El Programa Nacional de SSR 2004-2008 entre sus componentes, incluye la anticoncepción, encargado de asegurar la capacidad técnica y los recursos suficientes para proporcionar información, orientación y servicios de anticoncepción, y fomentar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se elabora un Manual de procedimientos técnicos en anticoncepción, reglas, protocolos y procedimientos en la red de servicios de salud del país. Esta norma, reglas, protocolos y procedimientos en anticoncepción, actualizada al 2009, se inscriben en el contexto del nuevo Modelo de Gestión en Salud que es el Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), buscando operacionalizar una oferta racional de métodos anticonceptivos, respetando los derechos de la población, garantizando el ejercicio y cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población. (82)

Asimismo Bolivia puso en ejecución el Plan Estratégico de Salud Sexual y Reproductiva (2009-2015) instrumento operativo indicativo, de alcance nacional, y su alineación está enmarcada en el Plan de Desarrollo de Salud. Aquí se expresan las orientaciones políticas sectoriales emanadas de las autoridades nacionales y que han sido estructuradas en objetivos, metas y ejes programáticos, resultado de un proceso de concertación institucional y social, y responden a los compromisos internacionales que sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos que ha firmado el Estado boliviano y ahora son reconocidos en el Art. 66 de la Constitución Política del Estado. La formulación del este Plan fue resultado de un proceso de coordinación y consenso interinstitucional e intersectorial, especialmente con los movimientos sociales y con el apoyo de las agencias de cooperación internacional. (13)

Como objetivo central del plan era *“favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, en las diferentes etapas del ciclo de vida, con enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad, mediante*

organización de servicios de salud de calidad, la coordinación interinstitucional, intersectorial e interagencial y la participación protagónica de individuos, familias y comunidades haciendo énfasis en la reducción de los factores y comportamientos de riesgo y la atención a grupos con necesidades específicas” entre las metas relacionadas directamente al tema se encontraron; disminuir la necesidad insatisfecha de acceso a anticoncepción, garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos en salud, incrementar la demanda de servicios de SSR de calidad de hombre y mujeres excluidos de sus beneficios, mejorar la calidad y oportunidad de los servicios de SSR en función a las expectativas y necesidades de los usuarios, ofrecer atención diferenciada de servicios de SSR a grupos poblacionales especiales, lograr una logística de insumos y medicamentos altamente eficiente, oportuna y suficiente, para brindar servicios de calidad y brindar servicios de SSR adecuados culturalmente. Un punto importante para el cumplimiento y logro de objetivos es la participación efectiva de las personas y de la comunidad, sin embargo aún son insuficientes los esfuerzos por compatibilizar los procesos participativos del sector salud (comités locales de salud, agentes comunitarios, médicos tradicionales y brigadas SAFCI), entre otros, con organizaciones defensoras de los derechos sexuales y reproductivos, los proyectos y otros movimientos, como las personas con discapacidades, agrupaciones juveniles, organizaciones indígenas, personas con identidades sexuales diversas, etc. siendo una asignatura pendiente. (13)

Años después se implementa de la Ley N° 475 de Prestaciones de servicio de salud integral de 30 de diciembre de 2015 y su reglamento, a través de los cuales se da continuidad a las prestaciones del SUMI para dotar servicios de salud y medicamentos gratuitamente a mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. Asimismo, ofrece orientación e información sobre métodos de anticoncepción e incorpora nuevos métodos anticonceptivos como el implante subdérmico y la píldora de anticoncepción de emergencia. (10) En su capítulo II que hace referencia a beneficiarias y beneficiarios, prestaciones y acceso a la atención integral de salud, en el artículo 5 reza: Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales: Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto; niñas y niños menores de cinco (5) años de edad; mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años;

mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva; personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD. (27,81)

En mayo de 2018, el Estado Plurinacional de Bolivia con la Ley N° 1069 modifica en varios aspectos a la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, en relación a las prestaciones de SSR amplía a todas las mujeres, lo que anteriormente era solo para MEF de 15 a 49 años de edad. (81) El 20 de febrero de 2019 se decreta la Ley 1152, *Ley modificatoria a la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley n° 1069 de 28 de mayo de 2018. “Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito”* (28) la cual hasta la fecha tiene diferentes barreras en su implementación.

La implementación de la Política SAFCI, que fue orientada a superar toda forma de exclusión por razones culturales, económicas y sociales, así como el programa MI SALUD; promoción de la salud recuperando la responsabilidad del estado en la cultura de la salud integral y la calidad de vida, coordinando acciones con los demás sectores del Estado. Implementación de la estrategia de Atención Integrada del Continuo del Curso de la Vida, dirigida a fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de la atención que comprende, entre otros, la orientación y otorgación de prestaciones relativas a la SSR, implementación del Plan Plurinacional de Prevención del Embarazo Adolescente, en el marco del Modelo SAFCI, además de brindar atenciones médicas a mujeres embarazadas en su domicilio, orienta sobre los métodos de anticoncepción y otros similares. (10) El Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2016 -2020, que fue avalado por Ministerio de Salud de Bolivia, con el fin de mejorar la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de los servicios de salud desde la perspectiva de derechos de las mujeres en todo su ciclo de vida. La normativa tiene el objetivo de garantizar el acceso universal a servicios de SSR de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales (LGBT), adultos mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a la población que vive en zonas rurales y remotas, en el marco de la política SAFCI. (83). Según Rodríguez y Molina en un estudio en Colombia, la participación de los diferentes sectores de la sociedad en la construcción de políticas públicas en SSR es aún muy incipiente, una de las razones podría ser la poca difusión del

Estado y de los diversos medios de comunicación en cuanto a la formulación e implementación de dichas políticas dirigidas a la comunidad. (84)

2.10 Hipótesis

Los factores relacionados a la planificación familiar y anticoncepción con el uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años y hombres de 15 a 60 años, no se han modificado significativamente en el periodo de estudio en el Estado Plurinacional de Bolivia.

CAPÍTULO III

DISEÑO

METODOLÓGICO

CAPÍTULO III

3 Diseño Metodológico

3.1 Enfoque de la investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo.

3.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio poblacional de corte transversal analítico de los datos que pertenecen a las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) de los años 2003 y 2008.

3.3 Población y muestra

La población de estudio estuvo constituido por el total de mujeres en edad fértil y varones que participaron en las ENDSAs en todo el Estado Plurinacional de Bolivia. Las mujeres en la ENDSA 2003 fueron un total de 17.654 y para 2008 fueron 6.939. De la misma manera los varones fueron en total de 6.230 para la ENDSA 2003 y de 6.054 encuestados para la ENDSA 2008.

3.4 Unidad de observación o de análisis

Se constituyen las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad y varones encuestados de 15 a 64 años de edad.

3.5 Unidad de información

Bases de datos de Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) de 2003 y 2008.

3.6 Aspectos éticos

La presente investigación se realizó a partir de fuentes secundarias de dominio público, por lo cual, el estudio fue clasificado en la categoría sin riesgo.

3.7 Métodos e instrumentos

3.7.1 Fuentes de información y datos

Las ENDSAs en Bolivia, se han consolidado como la principal referencia sobre datos de salud, a partir de ellos nacen políticas, planes y proyectos, en busca de mejorar la salud. Asimismo, es fuente importante en referencia en el tema de la SSR, en particular de la planificación familiar y anticoncepción. Los organismos responsables del relevamiento

de información fueron el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE) y el Ministerio de Salud. En las ENDSAs 2003 y 2008 se contó con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y con asistencia técnica de ICF Macro International, de Measure, Demographic and Health Survey, organización que ha creado la metodología estándar de encuestas de demografía y salud conocidas por sus siglas en inglés DHS (Demographic and Health Survey) que desde 1984 ha proporcionado el soporte técnico para el monitoreo, evaluación y elaboración de políticas de salud en más de 75 países, situación que no ocurrió para la EDSA 2016. (85)

3.7.2 Objetivos principales de la ENDSA

Los objetivos principales son:

- Proporcionar información sobre fertilidad, planificación familiar, salud materna infantil, así como la sobrevivencia del niño, VIH/SIDA y nutrición, con desagregación departamental, regional y por área de residencia.
- Permitir la comparación de resultados a través del tiempo y con otros países.
- Proporcionar línea de base para nuevos programas de salud y la lucha contra la pobreza.

Las ENDSAs son conducidas por el INE, siendo éste el órgano Ejecutivo del Sistema Nacional de Información Estadística de Bolivia, con la coordinación del Ministerio de Salud y sus diferentes programas. La ENDSA 2003 requirió, además, la participación del Vice-Ministerio de la Mujer para el tópico de violencia intrafamiliar y asistencia financiera del Ministerio de Salud y Deportes además de la cooperación internacional.

3.7.3 Diseño de la Muestra para la ENDSA

El diseño de muestra proporciona una muestra probabilística a nivel nacional, la cual es estratificada y bietápica, donde la estratificación se realiza a nivel de diferentes subdivisiones geográficas y dentro de cada región por departamento (Altiplano, Valle y Llano); y dentro de cada departamento por grupos de residencia urbano y rural. Las unidades de análisis son las mujeres de 15-49 años de edad y sus correspondientes niños menores a tres años localizados en los hogares seleccionados; y los hombres de 15-64 años de edad, en una sub-muestra de estos mismos hogares.

3.7.4 Contenido de los Cuestionarios

Para la recolección de información en las ENDSAs, se utilizaron los siguientes cuestionarios, de acuerdo al estándar proporcionado por DHS:

- Un cuestionario de hogar en cada una de las viviendas seleccionadas (muestra total)
- Un cuestionario individual para mujeres de 15-49 años de edad en los hogares y la sección de mortalidad materna.
- Un cuestionario individual para hombres de 15-64 años de edad en una sub-muestra de esos hogares.

3.7.5 Cobertura de la Muestra

La tabla 1 muestra el número de hogares, mujeres y hombres que fueron entrevistados.

Tabla 1: Resultados de las entrevistas de hogares e individuales por área de residencia y departamento Bolivia, ENDSA 2003 y 2008.

ENDSA	Residencia		Departamento									
	Urbano	Rural	La Paz	Oruro	Potosí	Chuqui saca	Cochab amba	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando	Total
2003												
Hogares entrevistados	11.554	7.653	3.721	1.610	2.071	1.891	3.080	1.615	3.593	1.626		19.207
Tasa de respuesta	98,5	99,6	97,4	99,8	98,9	99,9	99,5	99,4	98,6	99,7		98,9
Mujeres de 15-49	11.603	6.051	3.030	1.351	1.743	1.729	2.906	1.574	3.598	1.723		17.654
Tasa de respuesta	94,8	96,8	90,7	97,9	94,9	98,4	96,7	96,7	95,2	98,0		95,5
Hombres de 15-64	3.885	2.345	597	1.073	1.013	473	606	564	1.273	631		6.230
Tasa de respuesta	88,5	91,6	92,8	85,6	92,6	92,9	88,7	93,4	86,5	91,4		89,7
2008												
Hogares entrevistados	11.485	8.079	3.893	1.934	2.109	1.879	2.700	1.875	3.274	1.091	812	19.564
Tasa de respuesta	92,2	99,8	98,7	99,3	99,7	99,2	98,1	99,1	97,9	99,6	99,8	98,8
Mujeres de 15-49	10.905	6.034	3.325	1.565	1.779	1.536	2.276	1.717	2.933	1.059	749	16.939
Tasa de respuesta	95,7	96,3	95,2	96,5	97,9	96,7	93,7	96,5	95,1	98,1	97,5	95,9
Hombres de 15-64	3.692	2.362	1.179	578	643	565	793	604	1.082	350	260	6.054
Tasa de respuesta	8,3	92,6	89,6	92,5	93,2	95,0	86,2	91,5	88,4	90,0	98,1	90,6

Fuente: ENDSA 2003 y 2008

3.8 Variables

3.8.1 Tipo de variables

Para los fines que se persiguen con la investigación, las variables sujetas a estudio se han categorizado y agrupado en cuatro grupos según su correspondencia, en relación al uso de métodos anticonceptivos modernos, de la siguiente manera:

- Primer grupo: Conocimientos de la PF, anticonceptivos y variables relacionadas.
- Segundo grupo: Prácticas de PF y AC, uso en el pasado y en la actualidad.
- Tercer grupo: Actitudes frente a la PF y uso de anticonceptivos.
- Cuarto grupo: Características Sociodemográficas.

Se tuvo que trabajar por las características propias de las variables utilizadas de manera diferente para mujeres y varones.

3.8.2 Variables para la Mujer

Variable dependiente:

- Uso actual de métodos anticonceptivos modernos.

Variables independientes:

- **Conocimiento:**
 - Conocimiento del ciclo ovulatorio
 - Conocimiento de la Píldora Anticonceptiva
 - Conocimiento del DIU
 - Conocimiento de la Inyección trimestral
 - Conocimiento del Preservativo o Condón
 - Conocimiento de la Esterilización Femenina
 - Conocimiento de la Esterilización Masculina
 - Conocimiento de la Abstinencia/Ritmo
 - Conocimiento del Coito Interrumpido/Retiro
 - Conocimiento de métodos Folclóricos/Tradicionales
 - Conocimiento de Norplant/Implantes
 - Conocimiento del MELA (método de la lactancia y amenorrea)
 - Conocimiento de la Jalea espuma
 - Conocimiento de anticoncepción de emergencia
 - Conocimiento de otros métodos anticonceptivos
 - Escucho la mujer PF en la radio en los últimos meses
 - Escucho y vio la mujer PF en la TV en los últimos meses
 - Lectura de la mujer PF en los periódicos/revistas en los últimos meses
 - Visito a la mujer un trabajador de PF 12 meses pasados
 - Recibió la mujer información en el centro de salud sobre PF
- **Prácticas:**
 - Uso alguna vez Píldora anticonceptiva
 - Uso alguna vez DIU
 - Uso alguna vez Inyección trimestral
 - Uso alguna vez Condón
 - Uso alguna vez Esterilización femenina

- Uso alguna vez su pareja Esterilización masculina
- Uso alguna vez Abstinencia/ritmo
- Uso alguna vez el retiro o coito interrumpido
- Uso alguna vez métodos Folclóricos/Tradicionales
- Uso alguna vez Norplant/implantes
- Uso alguna vez MELA (Método de la lactancia y amenorrea)
- Uso alguna vez Jalea espuma
- Uso alguna vez anticoncepción de emergencia
- Uso alguna vez otros métodos de anticoncepción
- Número de niños vivos al primer uso
- Fuente donde conseguir métodos anticonceptivos para mujeres no usuarias
- Adquisición de preservativo en hospital gubernamental
- Adquisición de preservativo en seguridad social
- Adquisición de preservativo en hospital o clínica privada
- Adquisición de preservativo en farmacia
- Adquisición de preservativo en médico privado
- Adquisición de preservativo en CS privada ONG / hospital de la iglesia
- Adquisición de preservativo en CS privado centro de salud privado
- Adquisición de preservativo con amigos o familiares
- Adquisición de preservativo en CS medicina tradicional
- Adquisición de preservativo en otros lugares
- Fuente de adquisición de preservativo en lugar desconocido
- Posibilidad obtener un condón
- Uso de condón en la primera relación sexual
- **Actitudes:**
 - Intención de uso de algún método anticonceptivo (moderno/tradicional)
 - Preferencia de Método anticonceptivo moderno a futuro
 - Preferencia de Método anticonceptivo moderno y tradicional a futuro
 - Deseo de la mujer el último hijo que tuvo
 - Deseo de la mujer de tener un hijo
 - Número ideal de hijos (3 hijos)
 - Deseo del esposo/pareja por tener hijo
 - Toma de decisiones para el uso de la anticoncepción
 - Alguna vez aborto
- **Sociodemográficas:**
 - Edad actual de la mujer
 - Tipo de lugar de residencia
 - Decisión de cómo gastar el dinero
 - Educación instrucción de la mujer
 - Alfabetismo
 - Tenencia de electricidad
 - Tenencia de radio
 - Tenencia de televisión
 - Tenencia de bicicleta
 - Tenencia de moto / scooter
 - Tenencia de automóvil
 - Número de miembros del hogar
 - Número de niños menores de 5 años
 - Tenencia de teléfono
 - Lectura de periódico o revista
 - Escucha radio
 - Ve televisión

- Servicio sanitario
- Índice de riqueza
- Total, de niños nacidos
- Edad de la mujer al primer nacimiento
- Número de niños vivos
- Estado civil actual
- Actualmente con pareja (casada/conviviendo)
- Número de uniones
- El marido o pareja vive en casa
- Edad al primer matrimonio
- Edad a la primera relación sexual
- Nivel de educación de la pareja
- Ocupación de la pareja
- Actualmente trabaja la mujer
- Ocupación de la mujer
- Trabajó en los últimos 12 meses
- Tipo de remuneración por el trabajo

3.8.3 Variables para el Varón

Variable dependiente:

- Uso alguna vez métodos anticonceptivos modernos.

Variables independientes:

- **Conocimiento:**
 - Conocimiento del ciclo ovulatorio
 - Conocimiento de la Píldora Anticonceptiva
 - Conocimiento del DIU
 - Conocimiento de la Inyección trimestral
 - Conocimiento del Preservativo o Condón
 - Conocimiento de la Esterilización femenina
 - Conocimiento de la Esterilización masculina
 - Conocimiento de la Abstinencia/Ritmo
 - Conocimiento del Coito Interrumpido/Retiro
 - Conocimiento de métodos Folclóricos/Tradicionales
 - Conocimiento de Norplant/Implantes
 - Conocimiento del MELA (Método de la lactancia y amenorrea)
 - Conocimiento de la Jalea espuma
 - Conocimiento de anticoncepción de emergencia
 - Conocimiento de otros métodos anticonceptivos
 - Conocimiento si una mujer amamanta puede quedar embarazada
 - Escucho el varón PF en la radio en los últimos meses
 - Escucho y vio el varón PF en la TV en los últimos meses
 - Lectura del varón PF en los periódicos/revistas en los últimos meses
 - Visito al varón un trabajador de PF 12 meses pasados
 - Hablo de planificación familiar con la madre
 - Hablo de planificación familiar con el padre
 - Hablo de planificación familiar con la hermana (s)
 - Hablo de planificación familiar con el hermano (s)
 - Hablo de planificación familiar con la hija
 - Hablo de planificación familiar con el hijo
 - Hablo de planificación familiar con la suegra
 - Hablo de planificación familiar con el suegro
 - Hablo de planificación familiar con los amigos / vecinos

- Hablo de planificación familiar con otras personas
- **Prácticas:**
 - Uso de condón en la última relación sexual
 - Edad del varón cuando uso por primera vez condón
 - Adquisición de preservativo en hospital gubernamental
 - Adquisición de preservativo en seguridad social
 - Adquisición de preservativo en hospital o clínica privada
 - Adquisición de preservativo en farmacia
 - Adquisición de preservativo en médico privado
 - Adquisición de preservativo de trabajador de campo privado
 - Adquisición de preservativo en otras fuentes privadas
 - Adquisición de preservativo en CS privada ONG / hospital de iglesia
 - Adquisición de preservativo en CS privado – Iglesia
 - Adquisición de preservativo en tienda
 - Adquisición de preservativo amigos o familiares
 - Adquisición de preservativo en otros lugares
 - Fuente de adquisición de preservativo fuente conocida
 - Problemas con el uso de preservativos en el uso
- **Actitudes:**
 - Deseo del varón de tener más hijos
 - Número ideal de hijos
 - Número ideal de niños ambos sexos
 - El condón le quita placer
 - El condón es muy complicado de usar
 - El condón puede usarse varias veces
 - El condón protege contra las enfermedades
 - Comprar condones es vergonzoso
 - La mujer tiene derecho a pedir el uso del condón
- **Sociodemográficas:**
 - Edad actual del varón
 - Tipo de lugar de residencia
 - Educación instrucción del varón
 - Alfabetismo
 - Número de miembros del hogar
 - Lectura de periódico o revista
 - Escucha radio
 - Ve televisión
 - Índice de riqueza
 - Total, de niños nacidos
 - Edad del varón al primer nacimiento
 - Pareja actualmente embarazada
 - Número de niños vivos
 - Número de mujeres con la que ha tenido hijos
 - Estado civil actual
 - Número de uniones
 - Edad al primer matrimonio o unión
 - Edad a la primera relación sexual
 - Actualmente trabaja el varón
 - Ocupación del varón
 - Trabajó en los últimos 12 meses

3.9 Definición y Operacionalización de variables

Tabla 2: Variables de la Mujer utilizadas en la investigación

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumentalización
Conocimiento del ciclo ovulatorio	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre el ciclo ovulatorio. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo el ciclo ovulatorio.	Si: Conoce el ciclo ovulatorio	0 = Si
		No: Conoce el ciclo ovulatorio	1 = No
Conocimiento de la Píldora Anticonceptiva	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre Píldora Anticonceptiva. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo la Píldora Anticonceptiva.	Si: Conoce la Píldora Anticonceptiva	0 = Si
		No: Conoce la Píldora Anticonceptiva	1 = No
Conocimiento del DIU	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre el DIU. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo sobre DIU.	Si: Conoce el DIU	0 = Si
		No: Conoce el DIU	1 = No
Conocimiento de la Inyección trimestral	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre la Inyección trimestral. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo la Inyección trimestral.	Si: Conoce la Inyección trimestral	0 = Si
		No: Conoce la Inyección trimestral	1 = No
Conocimiento del Preservativo o Condón	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre el Preservativo o Condón. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo el Preservativo o Condón.	Si: Conoce el condón	0 = Si
		No: Conoce el condón	1 = No
Conocimiento de la Esterilización Femenina	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre la Esterilización Femenina. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo la Esterilización Femenina.	Si: Conoce la Esterilización femenina	0 = Si
		No: Conoce la Esterilización femenina	1 = No
Conocimiento de la Esterilización Masculina	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre la Esterilización Masculina. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo la Esterilización Masculina.	Si: Conoce la Esterilización masculina	0 = Si
		No: Conoce la Esterilización masculina	1 = No
Conocimiento de la Abstinencia/Ritmo	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre la Abstinencia/Ritmo. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo la Abstinencia/Ritmo.	Si: Conoce la Abstinencia/ritmo	0 = Si
		No: Conoce la Abstinencia/ritmo	1 = No
Conocimiento del Coito Interrumpido/Retiro	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre el Coito Interrumpido/Retiro. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo el Coito Interrumpido/Retiro.	Si: Conoce el coito interrumpido/retiro	0 = Si
		No: Conoce el coito interrumpido/retiro	1 = No
Conocimiento de métodos Folclóricos/Tradicionales	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre métodos Folclóricos/Tradicionales. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo métodos Folclóricos/Tradicionales.	Si: Conoce métodos Folclóricos/Tradicionales	0 = Si
		No: Conoce métodos Folclóricos/Tradicionales	1 = No
Conocimiento de Norplant/Implantes	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre Norplant/Implantes. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo el Norplant/Implantes.	Si: Conoce Norplant/Implantes	0 = Si
		No: Conoce Norplant/Implantes	1 = No
Conocimiento del MELA (lactancia amenorrea)	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre del MELA (lactancia amenorrea). Conocía o había oído hablar para demorar o	Si: Conoce el MELA	0 = Si
		No: Conoce el MELA	1 = No

	evitar un embarazo del MELA (lactancia amenorrea).		
Conocimiento de la Jalea espuma	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre la Jalea espuma. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo de la Jalea espuma.	Si: Conoce la Jalea espuma	0 = Si
		No: Conoce la Jalea espuma	1 = No
Conocimiento de anticoncepción de emergencia	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre la anticoncepción de emergencia. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo de la anticoncepción de emergencia.	Si: Conoce la anticoncepción de emergencia	0 = Si
		No: Conoce la anticoncepción de emergencia	1 = No
Conocimiento de otros métodos anticonceptivos	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de la mujer sobre otros métodos anticonceptivos. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo otros métodos anticonceptivos.	Si: Conoce otros métodos anticonceptivos	0 = Si
		No: Conoce otros métodos anticonceptivos	1 = No
Escucho la mujer PF en la radio en los últimos meses	Información y mensajes sobre planificación familiar que haya escuchado la mujer en los seis meses antes de la entrevista y a través de la radio.	Si: Escucho PF en la radio	0 = Si
		No: Escucho PF en la radio	1 = No
Escucho y vio la mujer PF en la TV en los últimos meses	Información y mensajes sobre planificación familiar que haya escuchado y visto la mujer en los seis meses antes de la entrevista y a través de la televisión.	Si: Escucho y vio PF en la TV	0 = Si
		No: Escucho y vio PF en la TV	1 = No
Lectura de la mujer PF en los periódicos/revistas en los últimos meses	Mensajes impresos sobre planificación familiar que haya leído la mujer en los 12 meses antes de la entrevista y a través de medios de periódico o revistas.	Si: Leyó PF en periódicos/revistas	0 = Si
		No: Leyó PF en periódicos/revistas	1 = No
Visito a la mujer un trabajador de PF 12 meses pasados	La mujer recibió visita, tuvo contacto o habló sobre planificación familiar en su domicilio con trabajador de planificación familiar, en los 12 meses previos a la entrevista.	Si: Recibió visita de un trabajador y hablo sobre PF	0 = Si
		No: Recibió visita de trabajador de PF o no se habló sobre PF	1 = No
Recibió la mujer información en el centro de salud sobre PF	La mujer recibió información sobre planificación familiar en el Centro de Salud.	Si: Recibió información en el CS sobre PF	0 = Si
		No: Recibió información en el CS sobre PF	1 = No
Usa actualmente un método anticonceptivo moderno	Mujer que conoce algún método anticonceptivo moderno y al momento de la entrevista estaba usando algún método moderno	Si: Actualmente uso un método anticonceptivo moderno	0 = Si
		No: Actualmente uso un método anticonceptivo moderno	1 = No
Uso alguna vez Píldora anticonceptiva	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida la píldora anticonceptiva.	Si: Uso alguna vez la Píldora anticonceptiva	0 = Si
		No: Uso alguna vez la Píldora anticonceptiva	1 = No
Uso alguna vez DIU	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida el DIU.	Si: Uso alguna vez el DIU	0 = Si
		No: Uso alguna vez el DIU	1 = No
Uso alguna vez Inyección trimestral	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida la inyección trimestral.	Si: Uso alguna vez Inyección trimestral	0 = Si
		No: Uso alguna vez Inyección trimestral	1 = No
Uso alguna vez Condón	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida el preservativo o condón.	Si: Uso alguna vez Condón	0 = Si
		No: Uso alguna vez Condón	1 = No
Uso alguna vez Esterilización femenina	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida la esterilización femenina.	Si: Uso alguna vez Esterilización femenina	0 = Si
		No: Uso alguna vez Esterilización femenina	1 = No
Uso alguna vez su pareja Esterilización masculina	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida su pareja la esterilización masculina.	Si: Uso la pareja alguna vez Esterilización Masculina	0 = Si
		No: Uso la pareja alguna vez Esterilización Masculina	1 = No
Uso alguna vez Abstinencia/ritmo	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida la abstinencia/ritmo	Si: Uso alguna vez Abstinencia/ritmo	0 = Si
		No: Uso alguna vez Abstinencia/ritmo	1 = No
Uso alguna vez el retiro o coito interrumpido		Si: Uso alguna vez el retiro o coito interrumpido	0 = Si

	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida el retiro o coito interrumpido	No: Uso alguna vez el retiro o coito interrumpido	1 = No
Uso alguna vez métodos Folclóricos/Tradicionales	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida métodos Folclóricos/Tradicionales	Si: Uso alguna vez métodos Folclóricos/Tradicionales	0 = Si
		No: Uso alguna vez métodos Folclóricos/Tradicionales	1 = No
Uso alguna vez Norplant/implantes	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida Norplant/implantes	Si: Uso alguna vez Norplant / implantes	0 = Si
		No: Uso alguna vez Norplant / implantes	1 = No
Uso alguna vez MELA (Lactancia amenorrea)	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida el MELA (Lactancia amenorrea)	Si: Uso alguna vez MELA (Lactancia amenorrea)	0 = Si
		No: Uso alguna vez MELA (Lactancia amenorrea)	1 = No
Uso alguna vez Jalea espuma	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida la Jalea/espuma	Si: Uso alguna vez Jalea/espuma	0 = Si
		No: Uso alguna vez Jalea/espuma	1 = No
Uso alguna vez anticoncepción de emergencia	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida la anticoncepción de emergencia	Si: Uso alguna vez anticoncepción de emergencia	0 = Si
		No: Uso alguna vez anticoncepción de emergencia	1 = No
Uso alguna vez otros métodos de anticoncepción	Mujer que conoce algún método anticonceptivo y afirma que uso alguna vez en su vida otros métodos de anticoncepción	Si: Uso alguna vez otros métodos de anticoncepción	0 = Si
		No: Uso alguna vez otros métodos de anticoncepción	1 = No
Número de niños vivos al primer uso (3)	Número de hijos vivos que tenía la mujer cuando usó por primera vez un método anticonceptivo	0 a 2: hijos	0 = ≤ 2
		≥ 3: hijos	1 = ≥ 3
Fuente donde conseguir métodos anticonceptivos para mujeres no usuarias	Mujer no usuaria de métodos anticonceptivos modernos o tradicionales en el momento de la encuesta se les preguntó sobre el lugar dónde se podría obtener u obtener información sobre su uso.	Si: Conoce de un lugar de expendio de MAC	0 = Si
		NO: Conoce de un lugar de expendio de MAC	1 = No
Adquisición de preservativo en hospital gubernamental	Mujer puede adquirir preservativo o condón en hospital gubernamental o público.	Si: Adquirió condón en hospital gubernamental	0 = Si
		No: Adquirió condón en hospital gubernamental	1 = No
Adquisición de preservativo en seguridad social	Mujer puede adquirir preservativo o condón en hospital en la seguridad social.	Si: Adquirió condón en Seguridad Social	0 = Si
		No: Adquirió condón en Seguridad Social	1 = No
Adquisición de preservativo en hospital o clínica privada	Mujer puede adquirir preservativo o condón en hospital en hospital o clínica privada	Si: Adquirió condón en hospital o clínica privada	0 = Si
		No: Adquirió condón en hospital o clínica privada	1 = No
Adquisición de preservativo en farmacia	Mujer puede adquirir preservativo o condón en farmacia	Si: Adquirió condón en farmacia	0 = Si
		No: Adquirió condón en farmacia	1 = No
Adquisición de preservativo en médico privado	Mujer puede adquirir preservativo o condón en médico privado	Si: Adquirió condón en médico privado	0 = Si
		No: Adquirió condón en médico privado	1 = No
Adquisición de preservativo en CS privada ONG / hospital de la iglesia	Mujer puede adquirir preservativo o condón en CS privada ONG / hospital de la iglesia	Si: Adquirió condón en CS privada ONG / hospital de iglesia	0 = Si
		No: Adquirió condón en CS privada ONG / hospital de iglesia	1 = No
Adquisición de preservativo en CS privado centro de salud privado	Mujer puede adquirir preservativo o condón en CS privado centro de salud privado	Si: Adquirió condón en CS privado centro de salud privado	0 = Si
		No: Adquirió condón en CS privado centro de salud privado	1 = No
Adquisición de preservativo con amigos o familiares	Mujer puede adquirir preservativo o condón con amigos o familiares	Si: Adquirió condón con amigos o familiares	0 = Si
		No: Adquirió condón con amigos o familiares	1 = No
Adquisición de preservativo en CS medicina tradicional	Mujer puede adquirir preservativo o condón en CS medicina tradicional	Si: Adquirió condón en CS medicina tradicional	0 = Si
		No: Adquirió condón en CS medicina tradicional	1 = No
	Mujer puede adquirir preservativo o condón en otros lugares	Si: Adquirió condón en otros lugares	0 = Si

Adquisición de preservativo en otros lugares		No: Adquirió condón en otros lugares	1 = No
Fuente de adquisición de preservativo en lugar desconocido	Mujer puede adquirir preservativo o condón en lugar desconocido	Si: Adquirió condón en lugar desconocido	0 = Si
		No: Adquirió condón en otros lugares	1 = No
Posibilidad obtener un condón	La mujer tiene la posibilidad de adquirir preservativo o condón independientemente de la fuente o lugar.	Si: Puede obtener condón	0 = Si
		No: Puede obtener condón	1 = No
Uso de condón en la primera relación sexual	La mujer uso condón durante la primera relación sexual.	Si: Uso en su primera relación sexual	0 = Si
		No: Uso en su primera relación sexual	1 = No
Intención de uso de algún método anticonceptivo (mod/trad)	Intención de uso de métodos anticonceptivos de la mujer que no está usando ningún método anticonceptivo al momento de la entrevista, pero que conoce o había oído hablar de los métodos.	Si: Tiene Intención de uso de algún método anticonceptivo	0 = Si
		No: Tiene Intención de uso de algún método anticonceptivo	1 = No
Intención de uso de algún método anticonceptivo moderno	Intención de uso de métodos anticonceptivos modernos de la mujer que no está usando ningún método anticonceptivo al momento de la entrevista, pero que conoce o había oído hablar de los métodos.	Si: Tiene Intención de uso de algún método moderno	0 = Si
		No: Tiene intención de uso de método moderno	1 = No
Deseo de la mujer el último hijo que tuvo	La mujer deseo el último hijo/a porque el número de hijos sobrevivientes en el momento del embarazo era menor que el número ideal de hijos que ella deseaba. (Método de Lightbourne)	Si: Deseaba tener el ultimo hijo	0 = Si
		No: Deseaba tener el ultimo hijo	1 = No
Razón de oposición para no usar anticonceptivos	Mujer en unión que no usa actualmente métodos anticonceptivos y que no intenta usar en el futuro.	No: Tiene oposición para usar un método anticonceptivo	0 = No
		Si: Tiene oposición para usar un método anticonceptivo	1 = Si
Deseo de la mujer de tener un hijo	Deseo de la mujer nulípara o múltipara de tener uno o más hijos/as.	Si: Desea tener hijo/a	0 = Si
		No: Desea tener hijo/a / indecisa	1 = No
Número ideal de hijos (3 hijos)	Número ideal de hijos, independientemente de la situación actual; es decir, el número de hijos que a la mujer le hubiera o habría gustado tener si ella pudiera comenzar de nuevo su vida reproductiva.	0 a 3: hijos	0 = 0 a 3
		≥ 4: hijos	1 = ≥ 4
Deseo del esposo/pareja por tener hijo	Deseo de la pareja de la mujer de tener uno o más hijos.	Si: El mismo número que desea la mujer	0 = Si
		No: Diferente número de hijos que desea la mujer	1 = No
Número ideal de ambos sexos según la pareja (0 a 3)	Número ideal total de hijos/as que desea de la pareja de la mujer.	0 a 3: hijos	0 = 0 a 3
		≥ 4: hijos	1 = ≥ 4
Toma de decisiones para el uso de la anticoncepción	La mujer toma decisión sola o en pareja el uso de métodos anticonceptivos.	Decide la mujer o en pareja	0 = Mujer o en pareja
		Decide otra persona y no la mujer	1 = Otra persona
Edad actual de la mujer	Tiempo que ha vivido la mujer en edad fértil, contando desde su nacimiento al momento de la entrevista	20 a 49 años	0 = 20 a 49 años
		15 a 19 años	1 = 15 a 19 años
Tipo de lugar de residencia	Lugar de residencia de la mujer en el momento de la entrevista.	Urbana	0 = Urbana
		Rural	1 = Rural
Decisión de cómo gastar el dinero	Decisión de cómo gastar el ingreso que recibió la mujer en unión que trabajó en los 12 meses anteriores a la encuesta y que recibió una remuneración en dinero.	Mujer forma parte de la decisión	0 = Mujer decide
		Mujer no decide	1 = Mujer no decide
Educación instrucción de la mujer	Nivel educativo más alto alcanzado por la madre sin importar si fue completado o no.	Secundaria/superior: la madre alcanzó un nivel de instrucción formal del nivel secundario o superior.	0 = Adecuada
		Sin educación/primaria: la madre no recibió instrucción formal o alcanzó algún curso del nivel primario.	1 = Inadecuada
Alfabetismo		Si: Sabe leer y escribir	0 = Alfabeta

	Cualidad o estado de la mujer que sabe leer y escribir.	No: Sabe leer y escribir	1 = Analfabeta
Tenencia de electricidad	Disponibilidad de una conexión a la red de energía eléctrica en la vivienda	Dispone: cuenta con una conexión a la red de energía eléctrica.	0 = Si
		No dispone: no cuenta con una conexión a la red de energía eléctrica.	1 = No
Tenencia de radio	Disponibilidad de un radiotransmisor en la vivienda	Dispone: cuenta con una conexión a radio	0 = Si
		No dispone: no cuenta con una conexión a radio	1 = No
Tenencia de televisión	Disponibilidad de un televisor en la vivienda	Dispone: cuenta con una TV	0 = Si
		No dispone: no cuenta con una TV	1 = No
Tenencia de bicicleta	Disponibilidad de bicicleta como medio de transporte	Dispone: cuenta con una bicicleta	0 = Si
		No dispone: no cuenta con una bicicleta	1 = No
Tenencia de moto / scooter	Disponibilidad de moto/scooter como medio de transporte	Dispone: cuenta con una moto / scooter	0 = Si
		No dispone: no cuenta con una moto / scooter	1 = No
Tenencia de automóvil	Disponibilidad de automóvil como medio de transporte	Dispone: cuenta con un automóvil	0 = Si
		No dispone: no cuenta con un automóvil	1 = No
Número de miembros del hogar 1-5	Número total de miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.	1 a 5: miembros en el hogar	0 = 1 a 5
		≥ 6 miembros en el hogar	1 = ≥ 6
Número de niños menores de 5 años (0-2)	Número de hijos nacidos vivos al momento de la encuesta	0 a 2 niños menores de 5 años	0 = 1 a 2
		≥ 3 niños menores de 5 años	1 = ≥ 3
Tenencia de teléfono	Disponibilidad de teléfono en la vivienda	Dispone: cuenta con un teléfono	0 = Si
		No dispone: no cuenta con teléfono	1 = No
Lectura de periódico o revista	La mujer lee periódico o revista al menos una vez por semana, que complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal permitiendo la transmisión de conocimientos actualizados sobre aspectos de salud, y planificación familiar.	Si: Lee periódico o revista	0 = Si
		No: Lee periódico o revista	1 = No
Escucha radio	La mujer escucha radio al menos una vez por semana, que complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal permitiendo la transmisión de conocimientos actualizados sobre aspectos de salud, y planificación familiar.	Si: Escucha radio	0 = Si
		No: Escucha radio	1 = No
Ve televisión	La mujer ve TV al menos una vez por semana, que complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal permitiendo la transmisión de conocimientos actualizados sobre aspectos de salud, y planificación familiar.	Si: Ve TV	0 = Si
		No: Ve TV	1 = No
Servicio sanitario	Disponibilidad de servicio sanitario en la vivienda	No: Servicio sanitario compartidos	0 = No
		Si: Servicio sanitario compartidos/carencia	1 = Si
Índice de riqueza	Nivel socio-económico se define en términos de activos o riqueza en el hogar encuestado	Medio - Rico	0 = Medio - Rico
		Pobre	1 = Pobre
Total de niños nacidos (3)	Número de hijos e hijas vivos tenidos por la mujer desde el comienzo del período reproductivo	1 a 3: hijos	0 = 1 a 3
		≥ 4: hijos	1 = ≥ 4
Edad de la mujer al primer nacimiento (-19)	Edad de la mujer en edad fértil en la que tuvo su primer(a) hijo(a)	≥ 20: años	0 = ≥ 20: años
		10 a 19 años	1 = 10 a 19 años
Número de niños vivos	Cantidad de hijos que tuvo la madre.	1 a 3: hijos	0 = 1 a 3
		≥ 4: hijos	1 = ≥ 4

Estado civil actual	Estado conyugal de la mujer al momento de la entrevista.	Si: en unión, casada.	0 = Si
		No: en unión, divorciada, viuda.	1 = No
Actualmente con pareja (casada/conviviendo)	Estado conyugal actual de la mujer al momento de la entrevista.	No: en unión, divorciada, viuda.	0 = No
		Si: en unión, casada.	1 = Si
Número de uniones	Número de uniones conyugales que tuvo la mujer hasta el momento de la encuesta.	Una sola unión	0 = Una
		Más de una unión	1 = Más de una
El marido vive en casa	La pareja de la mujer convive en el mismo hogar.	Pareja no con ella	0 = Sola
		Pareja no vive con la mujer	1 = Convive con pareja
Edad al primer matrimonio (19 y -)	Edad a la que tuvo la primera unión la mujer que se constituye una primera aproximación al comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva.	≥ 20: años	0 = ≥ 20
		10 a 19 años	1 = 10 a 19
Edad a la primera relación sexual (15 y -)	Edad de la mujer en la que tuvo la primera relación sexual	≥ 20: años	0 = ≥ 20
		≤ 19 años	1 = ≤ 19
Nivel de educación de la pareja	Nivel educativo más alto alcanzado de la pareja sin importar si fue completado o no.	Secundaria/superior: el padre alcanzó un nivel de instrucción formal del nivel secundario o superior.	0 = Con educación
		Sin educación/primaria: la pareja no recibió instrucción formal o alcanzó algún curso del nivel primario.	1 = Sin educación
Ocupación de la pareja	Actividades que hizo o hace la pareja de la mujer en su trabajo principal con un título profesional o no, en el período de 12 meses anteriores a la encuesta.	Pareja obtuvo un título, técnico, licenciatura u otro	0 = Con título
		Pareja no posee título profesional	1 = Sin título
Actualmente trabaja la mujer	La mujer al momento de la entrevista afirmó que actualmente tiene trabajo	Si: trabaja la mujer	0 = Si
		No: trabaja la mujer	1 = No
Ocupación de la mujer	Actividades que hizo o hace la mujer en su trabajo principal con un título profesional o no, en el período de 12 meses anteriores a la encuesta.	Obtuvo un título, técnico, licenciatura u otro	0 = Con título
		No posee título profesional	1 = Sin título
Trabajó en los últimos 12 meses	La mujer trabajó en los últimos doce meses al momento de la entrevista	Si: trabajo	0 = Si
		No: trabajo	1 = No
Tipo de remuneración por el trabajo	Mujer que trabajó durante los últimos 12 meses anteriores a la cuya forma de remuneración fue con dinero, o no.	Si: remunerado con dinero	0 = Si
		No: remunerado no con dinero o no pagado	1 = No

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 3: Variables del Varón utilizadas en la investigación

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumentalización
Conocimiento del ciclo ovulatorio	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre el ciclo ovulatorio. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo el ciclo ovulatorio.	Si: Conoce el ciclo ovulatorio	0 = Si
		No: Conoce el ciclo ovulatorio	1 = No
Conocimiento de la Píldora Anticonceptiva	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre Píldora Anticonceptiva. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo la Píldora Anticonceptiva.	Si: Conoce la Píldora Anticonceptiva	0 = Si
		No: Conoce la Píldora Anticonceptiva	1 = No
Conocimiento del DIU	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre el Dispositivo Intrauterino (DIU). Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo la Dispositivo Intrauterino (DIU).	Si: Conoce el DIU	0 = Si
		No: Conoce el DIU	1 = No
Conocimiento de la Inyección trimestral	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre la Inyección trimestral. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo la Inyección trimestral.	Si: Conoce la Inyección trimestral	0 = Si
		No: Conoce la Inyección trimestral	1 = No
Conocimiento del Preservativo o Condón	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre el Preservativo o Condón. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo el Preservativo o Condón.	Si: Conoce el condón	0 = Si
		No: Conoce el condón	1 = No
Conocimiento de la Esterilización femenina	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre la Esterilización Femenina. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo la Esterilización Femenina.	Si: Conoce la Esterilización femenina	0 = Si
		No: Conoce la Esterilización femenina	1 = No
Conocimiento de la Esterilización masculina	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre la Esterilización Masculina. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo la Esterilización Masculina.	Si: Conoce la Esterilización masculina	0 = Si
		No: Conoce la Esterilización masculina	1 = No
Conocimiento de la Abstinencia/Ritmo	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre la Abstinencia/Ritmo. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo la Abstinencia/Ritmo.	Si: Conoce la Abstinencia/ritmo	0 = Si
		No: Conoce la Abstinencia/ritmo	1 = No
Conocimiento del Coito Interrumpido/Retiro	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre el Coito Interrumpido/Retiro. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo el Coito Interrumpido/Retiro.	Si: Conoce el coito interrumpido / retiro	0 = Si
		No: Conoce el coito interrumpido / retiro	1 = No
Conocimiento de métodos Folclóricos/Tradicionales	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre métodos Folclóricos/Tradicionales. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo métodos Folclóricos/Tradicionales.	Si: Conoce métodos Folclóricos/Tradicionales	0 = Si
		No: Conoce métodos Folclóricos/Tradicionales	1 = No
Conocimiento de Norplant/Implantes	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre Norplant/Implantes. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo el Norplant/Implantes.	Si: Conoce Norplant/Implantes	0 = Si
		No: Conoce Norplant/Implantes	1 = No
Conocimiento del MELA (lactancia amenorrea)	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre del MELA (lactancia amenorrea). Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo del MELA (lactancia amenorrea).	Si: Conoce el MELA	0 = Si
		No: Conoce el MELA	1 = No
Conocimiento de la Jalea espuma	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre la Jalea espuma. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo de la Jalea espuma.	Si: Conoce la Jalea espuma	0 = Si
		No: Conoce la Jalea espuma	1 = No

Conocimiento de anticoncepción de emergencia	Conjunto de información mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre la anticoncepción de emergencia. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo de la anticoncepción de emergencia.	Si: Conoce la anticoncepción de emergencia	0 = Si
		No: Conoce la anticoncepción de emergencia	1 = No
Conocimiento de otros métodos anticonceptivos	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre otros métodos anticonceptivos. Conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo otros métodos anticonceptivos.	Si: Conoce otros métodos anticonceptivos	0 = Si
		No: Conoce otros métodos anticonceptivos	1 = No
Conocimiento si una mujer amamanta puede quedar embarazada	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje del varón sobre si una mujer amamanta puede quedar embarazada. Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación.	No: Puede embarzarse si da lactancia	0 = No
		Si: Puede embarzarse si da lactancia	1 = Si
Escucho el varón PF en la radio en los últimos meses	Información y mensajes sobre planificación familiar que haya escuchado el varón en los seis meses antes de la entrevista y a través de la radio.	Si: Escucho PF en la radio	0 = Si
		No: Escucho PF en la radio	1 = No
Escucho y vio el varón PF en la TV en los últimos meses	Información y mensajes sobre planificación familiar que haya escuchado y visto el varón en los seis meses antes de la entrevista y a través de la televisión.	Si: Escucho y vio PF en la TV	0 = Si
		No: Escucho y vio PF en la TV	1 = No
Lectura del varón PF en los periódicos/revistas en los últimos meses	Mensajes impresos sobre planificación familiar que haya leído el varón en los 12 meses antes de la entrevista y a través de medios de periódico o revistas.	Si: Leyó PF en periódicos/revistas	0 = Si
		No: Leyó PF en periódicos/revistas	1 = No
Visito al varón un trabajador de PF 12 meses pasados	El varón recibió visita, tuvo contacto o habló sobre PF en su domicilio con trabajador de planificación familiar, en los 12 meses previos a la entrevista.	Si: Recibió visita de un trabajador y hablo sobre PF	0 = Si
		No: Recibió visita de trabajador de PF o no se habló sobre PF	1 = No
Hablo de planificación familiar con la madre	En los últimos meses, el varón ha hablado sobre planificación familiar con la madre.	Si: Hablo de planificación familiar con la madre	0 = Si
		No: Hablo de planificación familiar con la madre	1 = No
Hablo de planificación familiar con el padre	En los últimos meses, el varón ha hablado sobre planificación familiar con el padre.	Si: Hablo de planificación familiar con el padre	0 = Si
		No: Hablo de planificación familiar con el padre	1 = No
Hablo de planificación familiar con la hermana (s)	En los últimos meses, el varón ha hablado sobre planificación familiar con la hermana (s)	Si: Hablo de planificación familiar con la hermana (s)	0 = Si
		No: Hablo de planificación familiar con la hermana (s)	1 = No
Hablo de planificación familiar con el hermano (s)	En los últimos meses, el varón ha hablado sobre planificación familiar con el hermano (s)	Si: Hablo de planificación familiar con el hermano (s)	0 = Si
		No: Hablo de planificación familiar con el hermano (s)	1 = No
Hablo de planificación familiar con la hija	En los últimos meses, el varón ha hablado sobre planificación familiar con la hija	Si: Hablo de planificación familiar con la hija	0 = Si
		No: Hablo de planificación familiar con la hija	1 = No
Hablo de planificación familiar con el hijo	En los últimos meses, el varón ha hablado sobre planificación familiar con el hijo	Si: Hablo de planificación familiar con el hijo	0 = Si
		No: Hablo de planificación familiar con el hijo	1 = No
Hablo de planificación familiar con la suegra	En los últimos meses, el varón ha hablado sobre planificación familiar con la suegra	Si: Hablo de planificación familiar con la suegra	0 = Si
		No: Hablo de planificación familiar con la suegra	1 = No
Hablo de planificación familiar con el suegro	En los últimos meses, el varón ha hablado sobre planificación familiar con el suegro	Si: Hablo de planificación familiar con el suegro	0 = Si
		No: Hablo de planificación familiar con el suegro	1 = No
Hablo de planificación familiar con los amigos / vecinos	En los últimos meses, el varón ha hablado sobre planificación familiar con los amigos / vecinos	Si: Hablo de planificación familiar con los amigos / vecinos	0 = Si
		No: Hablo de planificación familiar con los amigos / vecinos	1 = No
	En los últimos meses, el varón ha hablado sobre planificación familiar con otras personas	Si: Hablo de planificación familiar con otras personas	0 = Si

Hablo de planificación familiar con otras personas		No: Hablo de planificación familiar con otras personas	1 = No
Uso de condón en la última relación sexual	Uso del varón preservativo o condón en la última relación sexual, en los últimos 12 meses antes de la entrevista.	Si: Uso de condón en la última relación sexual	0 = Si
		No: Uso de condón en la última relación sexual	1 = No
Edad del varón cuando uso por primera vez condón	Edad del varón en la cual uso por primera vez un preservativo o condón	20 y más años de edad	0 = 20 y +
		Menor a 19 años de edad	1 = ≤ 19
Adquisición de preservativo en hospital gubernamental	El varón puede adquirir preservativo o condón en hospital gubernamental o público.	Si: Adquirió condón en hospital gubernamental	0 = Si
		No: Adquirió condón en hospital gubernamental	1 = No
Adquisición de preservativo en seguridad social	El varón puede adquirir preservativo o condón en la seguridad social	Si: Adquirió condón en Seguridad Social	0 = Si
		No: Adquirió condón en Seguridad Social	1 = No
Adquisición de preservativo en hospital o clínica privada	El varón puede adquirir preservativo o condón en hospital o clínica privada	Si: Adquirió condón en hospital o clínica privada	0 = Si
		No: Adquirió condón en hospital o clínica privada	1 = No
Adquisición de preservativo en farmacia	El varón puede adquirir preservativo o condón en farmacia	Si: Adquirió condón en farmacia	0 = Si
		No: Adquirió condón en farmacia	1 = No
Adquisición de preservativo en médico privado	El varón puede adquirir preservativo o condón en médico privado	Si: Adquirió condón en médico privado	0 = Si
		No: Adquirió condón en médico privado	1 = No
Adquisición de preservativo de trabajador de campo privado	El varón puede adquirir preservativo o condón de un trabajador de campo privado	Si: Adquirió condón de trabajador de campo privado	0 = Si
		No: Adquirió condón de trabajador de campo privado	1 = No
Adquisición de preservativo en otras fuentes privadas	El varón puede adquirir preservativo o condón en otras fuentes privadas	Si: Adquirió condón de otras fuentes privadas	0 = Si
		No: Adquirió condón de otras fuentes privadas	1 = No
Adquisición de preservativo en CS privada ONG / hospital de iglesia	El varón puede adquirir preservativo o condón en centro de salud privada ONG / hospital de la iglesia	Si: Adquirió condón en CS privada ONG / hospital de iglesia	0 = Si
		No: Adquirió condón en CS privada ONG / hospital de iglesia	1 = No
Adquisición de preservativo en CS privado - Iglesia	El varón puede adquirir preservativo o condón en un centro de salud privado de la Iglesia	Si: Adquirió condón en CS privado centro de salud privado	0 = Si
		No: Adquirió condón en CS privado centro de salud privado	1 = No
Adquisición de preservativo en tienda	El varón puede adquirir preservativo o condón en una tienda	Si: Adquirió condón en una tienda	0 = Si
		No: Adquirió condón en una tienda	1 = No
Adquisición de preservativo amigos o familiares	El varón puede adquirir preservativo o condón con los amigos o familiares	Si: Adquirió condón con amigos o familiares	0 = Si
		No: Adquirió condón con amigos o familiares	1 = No
Adquisición de preservativo en otros lugares	El varón puede adquirir preservativo o condón en otros lugares.	Si: Adquirió condón en otros lugares	0 = Si
		No: Adquirió condón en otros lugares	1 = No
Fuente de adquisición de preservativo fuente conocida	El varón puede adquirir preservativo o condón de un lugar determinado.	Si: Adquiere condón en lugar conocido	0 = Si
		No: Desconoce lugar donde adquirir condón	1 = No
Problemas con el uso de preservativos en el uso	El varón tiene dificultades con el uso del preservativo o condón, lo que genera un obstáculo a su uso o no.	No: Tiene ningún problema con el uso de preservativos	0 = No
		Si: Tiene problemas con el uso de preservativos	1 = Si
Deseo del varón de tener más hijos	Deseo del varón de tener uno o más hijos/as.	Si: Quiere un u otro hijo/a	0 = Si
		No: Quiere más hijos / indeciso	1 = No
Número ideal de hijos (3 hijos)	Número ideal de hijos, independientemente de la situación actual; es decir, el número de hijos que el varón le hubiera o habría gustado tener.	0 a 3: hijos	0 = 0 a 3
		≥ 4: hijos	1 = ≥ 4
		0 a 3: hijos/as	0 = 0 a 3

Número ideal de niños ambos sexos (0-3)	Número ideal de hijos de ambos sexos, independientemente de la situación actual; es decir, el número de hijos que el varón le hubiera o habría gustado tener.	≥ 4 : hijos/as	1 = ≥ 4
El condón le quita placer	El varón está en acuerdo o desacuerdo que el uso del preservativo o condón le quita placer	No: En desacuerdo	0 = No
		Si: De acuerdo	1 = Si
El condón es muy complicado de usar	El varón está en acuerdo o desacuerdo que el uso del preservativo o condón es muy complicado de usar	No: En desacuerdo	0 = No
		Si: De acuerdo	1 = Si
El condón puede usarse varias veces	El varón está en acuerdo o desacuerdo que el uso del preservativo o condón puede usarse varias veces	No: En desacuerdo	0 = No
		Si: De acuerdo	1 = Si
El condón protege contra las enfermedades	El varón está en acuerdo o desacuerdo que el uso del preservativo o condón protege contra la transmisión de enfermedades	Si: De acuerdo	1 = Si
		No: En desacuerdo	0 = No
Comprar condones es vergonzoso	El varón está en acuerdo o desacuerdo que comprar el preservativo o condón es vergonzoso.	No: En desacuerdo	0 = No
		Si: De acuerdo	1 = Si
La mujer tiene derecho a pedir el uso del condón	El varón está en acuerdo o desacuerdo que la mujer tiene derecho a pedir el uso del condón.	Si: De acuerdo	1 = Si
		No: En desacuerdo	0 = No
Edad actual del varón	Tiempo que ha vivido el varón, contando desde su nacimiento al momento de la entrevista	20 y más años	0 = 20 y más años
		≤ 19 años	1 = ≤ 19
Tipo de lugar de residencia	Lugar de residencia del varón en el momento de la entrevista.	Urbana	0 = Urbana
		Rural	1 = Rural
Educación instrucción del varón	Nivel educativo más alto alcanzado por el varón sin importar si fue completado o no.	Secundaria/superior: el varón alcanzó un nivel de instrucción formal del nivel secundario o superior.	0 = Adecuada
		Sin educación/primaria: el varón no recibió instrucción formal o alcanzó algún curso del nivel primario.	1 = Inadecuada
Alfabetismo	Cualidad o estado del varón que sabe leer y escribir.	Si: Sabe leer y escribir	0 = Alfabeto
		No: Sabe leer y escribir	1 = Analfabeto
Número de miembros del hogar 1-5	Número total de miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.	1 a 5: miembros en el hogar	0 = 1 a 5
		≥ 6 miembros en el hogar	1 = ≥ 6
Lectura de periódico o revista	El varón lee periódico o revista al menos una vez por semana, que complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal permitiendo la transmisión de conocimientos actualizados sobre aspectos de salud, y planificación familiar.	Si: Lee periódico o revista	0 = Si
		No: Lee periódico o revista	1 = No
Escucha radio	El varón escucha radio al menos una vez por semana, que complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal permitiendo la transmisión de conocimientos actualizados sobre aspectos de salud, y planificación familiar.	Si: Escucha radio	0 = Si
		No: Escucha radio	1 = No
Ve televisión	El varón ve TV al menos una vez por semana, que complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal permitiendo la transmisión de conocimientos actualizados sobre aspectos de salud, y planificación familiar.	Si: Ve TV	0 = Si
		No: Ve TV	1 = No
Índice de riqueza	Nivel socio-económico se define en términos de activos o riqueza en el hogar encuestado	Medio - Rico	0 = Medio - Rico
		Pobre	1 = Pobre
Total de niños nacidos (3)	Número de hijos e hijas vivos tenidos por el hombre desde el comienzo del período reproductivo.	1 a 3: hijos	0 = 1 a 3
		≥ 4 : hijos	1 = ≥ 4
Edad del varón al primer nacimiento (-19)	Edad del varón en el que tuvo su primer(a) hijo(a)	≥ 20 : años	0 = ≥ 20 : años
		10 a 19 años	1 = ≤ 19 años

Pareja actualmente embarazada	Hombre que actualmente tiene pareja y está en proceso de gestación.	Si: Pareja actualmente embarazada	0 = Si
		No: Pareja actualmente embarazada	1 = No
Número de niños vivos	Cantidad de hijos que tuvo el varón.	1 a 3: hijos	0 = 1 a 3
		≥ 4: hijos	1 = ≥ 4
Número de mujeres con la que ha tenido hijos	Número de mujeres con las que tuvo hijo/a (s) el varón hasta el momento de la entrevista	0 - 1 mujeres	0 = ninguna o 1 mujer
		2 y más mujeres	1 = ≥ 2 mujeres
Estado civil actual	Estado conyugal del hombre al momento de la entrevista.	No: en unión, divorciado, viudo.	0 = Si
		Si: en unión, casado.	1 = No
Número de uniones	Número de uniones conyugales que tuvo el varón hasta el momento de la encuesta.	Una sola unión	0 = Una
		Más de una unión	1 = Más de una
Edad al primer matrimonio (19 y -)	Edad a la que tuvo la primera unión el hombre que se constituye una primera aproximación al comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva.	≥ 20: años	0 = ≥ 20
		≤ 19 años	1 = ≤ 19 años
Edad a la primera relación sexual (15 y -)	Edad del hombre en la que tuvo la primera relación sexual	≥ 20: años	0 = ≥ 20
		≤ 19 años	1 = ≤ 19
Actualmente trabaja el varón	El varón al momento de la entrevista afirmó que actualmente tiene trabajo	Si: trabaja	0 = Si
		No: trabaja	1 = No
Ocupación del varón	Actividades que hizo o hace el hombre en su trabajo principal con un título profesional o no, en el período de 12 meses anteriores a la encuesta.	Obtuvo un título, técnico, licenciatura u otro	0 = Con título
		No posee título profesional	1 = Sin título
Trabajó en los últimos 12 meses	El varón trabajo en los últimos doce meses al momento de la entrevista	Si: trabajo	0 = Si
		No: trabajo	1 = No

Fuente: Elaboración Propia

3.10 Limitaciones de las ENDSAs

Entre las limitaciones podemos citar las siguientes:

1. Son encuestas por muestreo y están afectadas por dos tipos de errores: el primero se produce durante las labores de recolección y procesamiento de la información (que fue minimizado) y el segundo, llamado “error de muestreo” (por entrevistar a una parte de la población), que se mide por el error estándar, esto limita el uso de ciertos indicadores, sin embargo para variables de interés en cada publicación de la ENDSA existe un apéndice, que muestra cuadros de los errores de muestreo para algunas variables específicas.
2. Los departamentos de Beni y Pando deben ser tratados como una unidad por la baja densidad poblacional (en la EDSA 2003 están unidos), el resto de los departamentos puede ser tratado de manera independiente, porque la muestra lo permite.
3. La estructura de cada ENDSA es bastante compleja y, en ocasiones, resulta una tarea ardua adicionar nuevas secciones por la amplitud de la misma, en especial debido a la carga del trabajo de campo.

3.11 Procedimientos para la recolección de datos

Las bases de datos con la información de las ENDSA 2003 y 2008 fueron descargadas en formato comprimido (.zip) para SPSS (.spv), previo cumplimiento de los requisitos internos,⁹ de la página web del Programa de Encuestas de Demografía y Salud, instancia encargada de la realización de estas encuestas a nivel mundial.¹⁰

Obtenidas las bases de datos se procedió a realizar la identificación y localización de las variables en los diferentes módulos de los que consta cada encuesta. Una vez identificadas estas variables se agruparon las variables necesarias en una sola base de datos por ENDSA.¹¹ Resultado de este proceso se obtuvieron 4 bases de datos resumidas con la información necesaria para efectuar la presente investigación.

Antes de realizar el análisis estadístico de los datos fue necesario revisar, en primera instancia, la existencia de las variables predefinidas en todas las ENDSA o, en su caso, la existencia de los datos en dos o más variables que darían lugar a la construcción de nuevas variables que estarían dentro de los grupos de causas. Desde la realización de la primera ENDSA en Bolivia el año 1989 hasta la última realizada por DHS el año 2008, se han venido incorporado nuevas variables que han permitido medir nuevos elementos que, en su momento, resultaban importantes para el país. Sin embargo, las bases elegidas para la presente investigación, contienen similares variables que fueron compatibles en el momento de su construcción tanto en la base de datos de mujeres y varones, razón por la cual se decide trabajar con las ENDSAs 2003 y 2008.

El procesamiento de datos inicio con la depuración de las diferentes variables en cada una de la encuestas, esta consistió en seleccionar las variables y casos relacionados con los conocimientos, prácticas, actitudes y características sociodemográficas frente al uso de métodos anticonceptivos modernos. A partir de ello, se seleccionaron las variables las cuales debían coexistir en ambas bases de datos, de otra manera eran depuradas. En una primera fase de la preparación de la investigación, en la base de datos de las mujeres se

⁹ Creación de una cuenta y apertura de un nuevo proyecto de investigación, en el que se irán a utilizar los datos.

¹⁰ Dirección web DHS: <http://www.dhsprogram.com>

¹¹ Todos los módulos necesarios para la investigación fueron agrupados en uno sólo y a su vez, las variables que no se consideraron necesarias para la realización de la investigación fueron eliminadas de las bases de datos.

tomaron en cuenta 95 variables, de las cuales 22 corresponden a conocimientos, 30 a prácticas, 8 a actitudes y finalmente 35 a las básicas sociodemográficas. De ellas se tuvo que descartar 2 variables de correspondientes a conocimientos, 1 en prácticas, 3 en actitudes y 1 en las sociodemográficas porque carecían de información, quedando 86 variables. En relación a las variables de los varones, se tomaron en cuenta en total 80 variables; 33 variables de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, 16 de prácticas, 9 en actitudes y 22 variables sociodemográficas, también por falta de datos se excluyeron en las variables de conocimientos 2, 1 variables en prácticas y 2 en sociodemográficas.

Todas las variables posteriormente fueron recategorizadas en cada una de las bases de datos originales, la variable dependiente como las independientes fueron dicotomizadas.

3.12 Análisis Estadístico

3.12.1 Descriptivo

Se estimó la prevalencia (en porcentaje) el conocimiento y uso actual de anticonceptivos modernos en mujeres y si uso alguna vez métodos anticonceptivos modernos los varones, relacionada con características sociodemográficas, haciendo uso de la estadística descriptiva, brindando información a través de tablas y gráficos.

3.12.2 Análisis Bivariado

Se determinó la asociación de las variables independientes con el uso de métodos anticonceptivos moderno a través de las pruebas estadísticas de Chi Cuadrado de Pearson (X^2), estableciendo un valor de significación de (valor p) < 0.05 para un nivel de confianza de 95.0% (IC 95%). Las variables que no presentaron una asociación estadísticamente significativa fueron excluidas de los análisis posteriores. **(Anexo 3 para mujeres y anexo 4 para varones)**. Se calcularon las Odds Ratios Crudas (ORc) e intervalos de confianza del 95% (IC del 95%) para cuantificar la asociación con cada una de las variables que presentaron asociación, de esta manera se modelara la posterior regresión logística.

3.12.3 Análisis multivariante

Se utilizó la regresión logística binaria para estudiar la relación simultánea entre los factores de riesgo y la variable dependiente, esto permitió determinar la asociación de las variables independientes respecto a la variable dependiente, el nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$. El procesamiento estadístico se realizó con el software

SPSS 22.0 para Windows 10 Pro, el método seleccionado para realizar la regresión logística binaria fue el de INTRODUCIR, los reportes de salida presentaron Odds Ratios Ajustados (Ora), índices de confianza y su valor de significación estadística (Valor p), que fueron considerados para excluir las variables que no resultaron significativas.

Se crearon modelos independientes mediante la regresión logística binaria en relación al uso de métodos anticonceptivos modernos, de acuerdo a las dos ENDSAs y de manera individual para hombres y mujeres, por lo cual existieron 4 modelos para las 4 bases de datos existentes. Los factores de riesgo de la regresión logística binaria para los cuatro componentes mediante el análisis multivariado, se exponen para las mujeres en anexos 3 y 4 y para varones en los anexos 5 y 6.

Se ejecutó el Modelo final de Análisis Multivariado de los factores de riesgo que presentan asociación con uso de métodos modernos, a partir de ello se investigaron las posibles interacciones entre los factores de riesgo y las variables de resultado, resultados de regresión logística binaria que se describen de manera completa y detallada para las cuatro bases de datos en anexos 7 y 8 para mujeres y anexos 9 y 10 para varones.

Las medidas de ajuste para los modelos presentados fueron:

a) La razón de verosimilitud; cuyo objetivo es comparar dos modelos de regresión logística, indicador que cuantifica la validez o certeza de una prueba diagnóstica. (86)

b) La R cuadrado de Cox y Snell; coeficiente de determinación generalizado utilizado para estimar la proporción de varianza de la variable dependiente explicada por las variables predictoras (independientes). La R cuadrado de Cox y Snell se basa en la comparación del log de la verosimilitud (LL) para el modelo respecto al log de la verosimilitud (LL) para un modelo de línea base. Sus valores oscilan entre 0 y 1. **La R cuadrado de Nagelkerke** es una versión corregida de la R cuadrado de Cox y Snell. La R cuadrado de Cox y Snell tiene un valor máximo inferior a 1, incluso para un modelo “perfecto”. La R cuadrado de Nagelkerke corrige la escala del estadístico para cubrir el rango completo de 0 a 1. (86)

c) La Prueba de Hosmer y Lemeshow; evalúa la buena adecuación del modelo de regresión logística, no debe ser significativo para que sea un buen ajuste. Si el ajuste es bueno, un valor alto de la probabilidad predicha (p) se asociará con el resultado 1 de la variable binomial dependiente, mientras que un valor bajo de p (próximo a cero)

corresponderá (en la mayoría de las ocasiones) con el resultado $Y=0$. Realizando para cada observación del conjunto de datos, el cálculo de las probabilidades de la variable dependiente que predice el modelo, ordenando, agrupando y calculando, a partir de ellas, las frecuencias esperadas y comparándolas con las observadas mediante una prueba Chi-cuadrado. (86)

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS DE LOS
RESULTADOS

CAPÍTULO IV

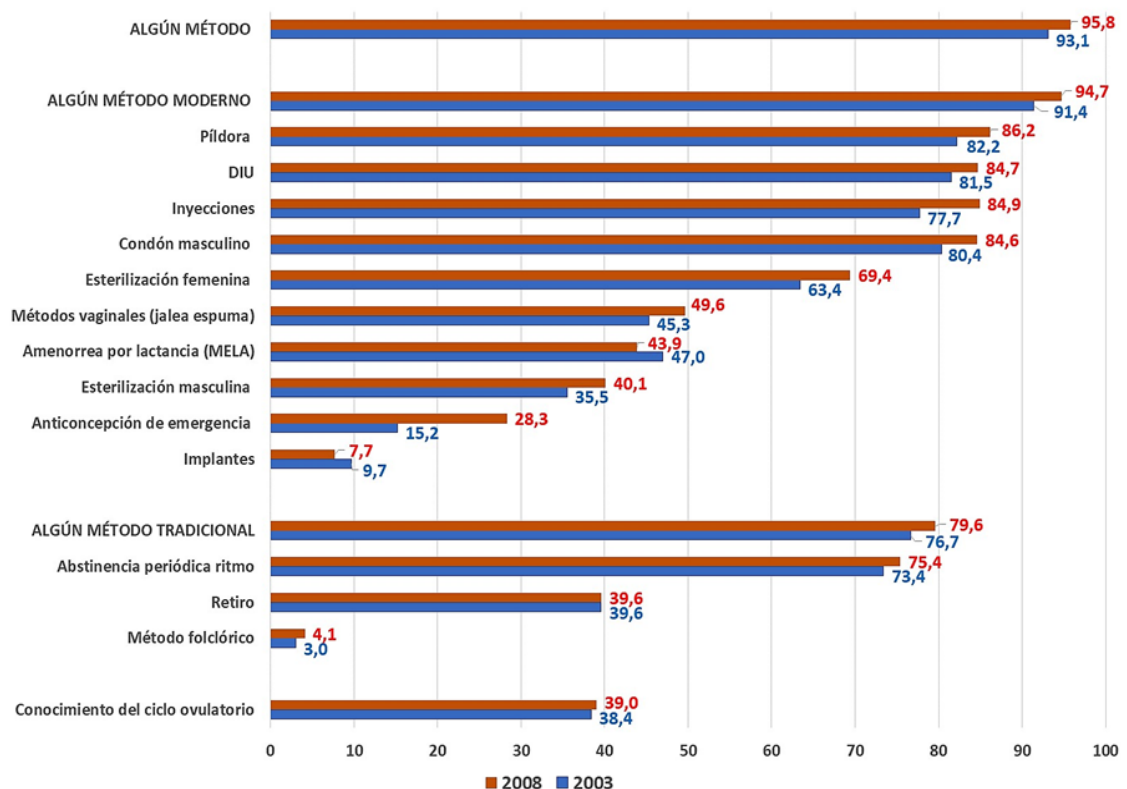
4 Presentación y Análisis de Resultados

Se presentan los resultados organizados a partir de los objetivos específicos planteados en primer lugar se presentan características descriptivas y posteriormente los resultados del análisis multivariante/multivariable por medio de modelos de Regresión Logística binaria.

4.1 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en Bolivia, ENDSA 2003 – 2008

El nivel de conocimiento, hace referencia que por lo menos lo conozca de nombre o tenga una idea de cómo se emplea algún MAC, es decir, de cuáles había oído hablar o conozca para demorar o evitar un embarazo, tanto en mujeres y varones.

Gráfico 8: Conocimiento de métodos específicos, porcentaje de mujeres de 15-49 años que conocen algún método anticonceptivo, Bolivia 2003 – 2008.

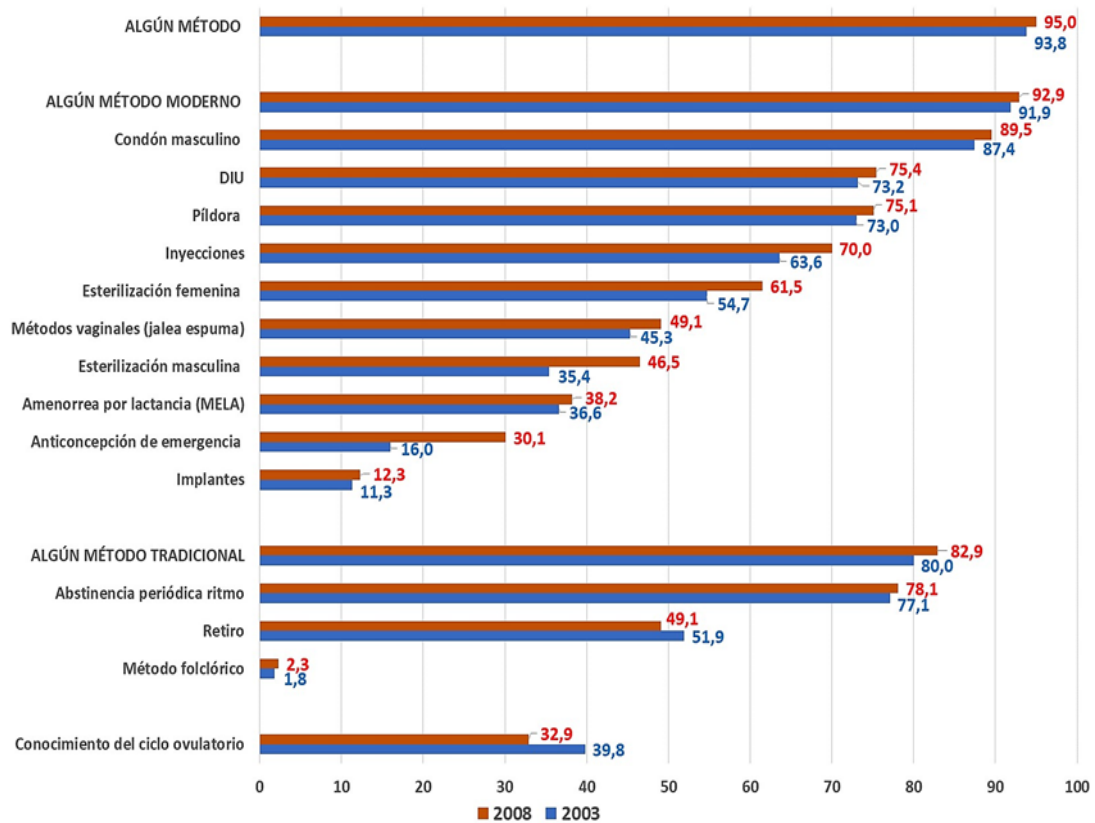


Fuente: Elaboración propia en base a las ENSAs 2003 y 2008

El conocimiento sobre algún método anticonceptivo está próximo al 100%, siendo los métodos modernos más conocidos que los tradicionales en mujeres, el conocimiento del

ciclo ovulatorio es muy bajo. Los métodos anticonceptivos más conocidos son; la píldora, el DIU, el inyectable, el condón masculino y la abstinencia periódica o ritmo.

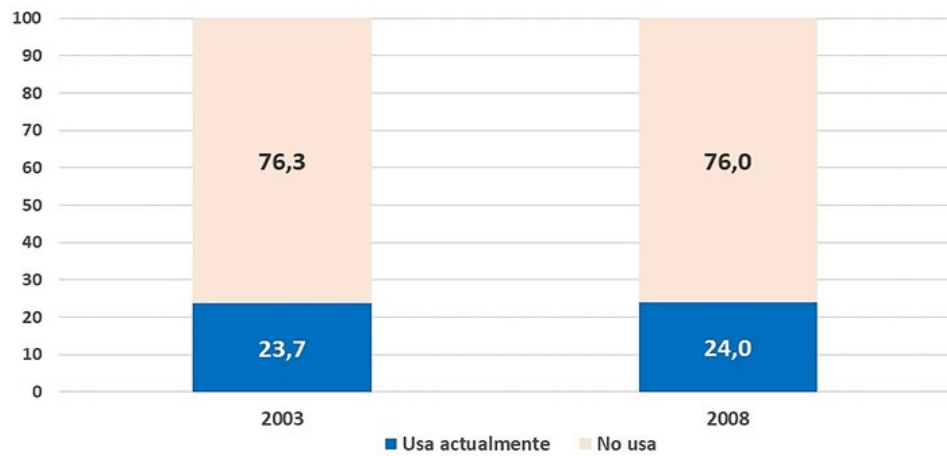
Gráfico 9: Conocimiento de métodos específicos, porcentaje de hombres de 15-49 años que conocen algún método anticonceptivo, Bolivia 2003 - 2008



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

Los varones también están próximos a llegar al total en conocer algún método, y también los modernos son más conocidos que los tradicionales, existiendo desconocimiento del ciclo ovulatorio de la mujer. Los más conocidos son; el condón masculino, la abstinencia periódica o ritmo, la píldora, el DIU y las inyecciones.

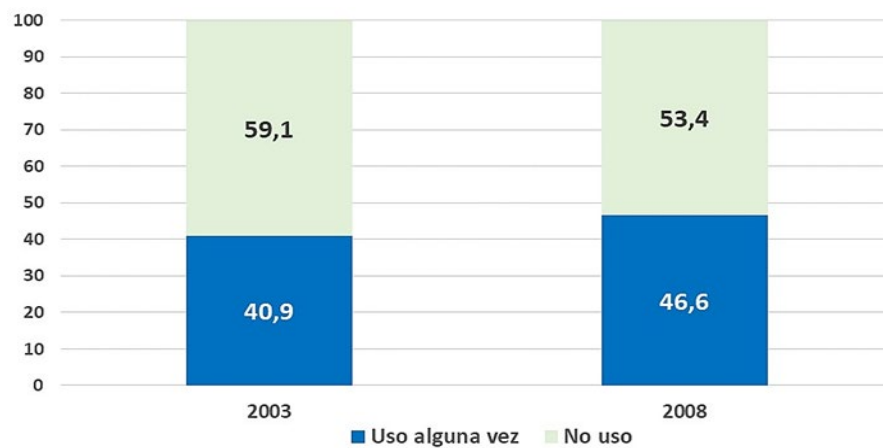
Gráfico 10: Prevalencia de uso actual de un método anticonceptivo moderno en mujeres de 15 a 49 años de edad en Bolivia en el periodo 2003 - 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

La prevalencia en el uso actual de MACM en mujeres entre ambas ENDSA incrementó ligeramente en un 0,3%, sin embargo el 76% de las mujeres en Bolivia no usaban un método moderno al momento de la entrevista.

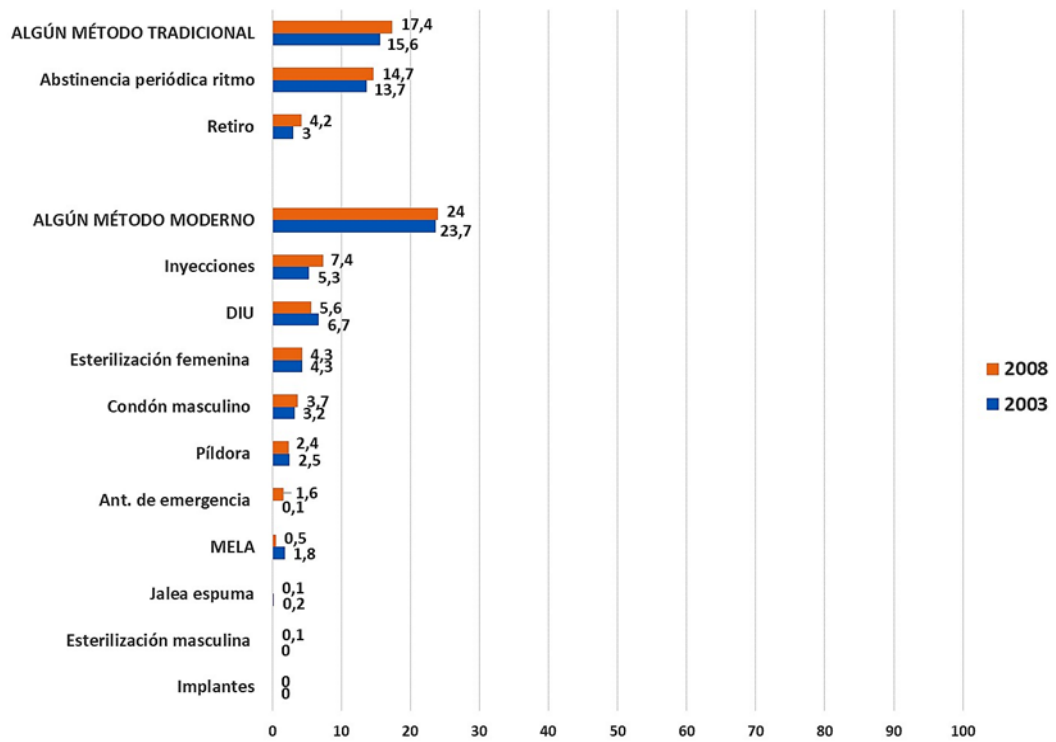
Gráfico 11: Prevalencia de uso en alguna ocasión un método anticonceptivo moderno en varones de 15 a 64 años de edad en Bolivia en el periodo 2003 - 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

La prevalencia de uso alguna vez un método moderno en varones fue ascendente en un 5,7%, sin embargo más del 53% de ellos en ambos años nunca utilizó un MACM.

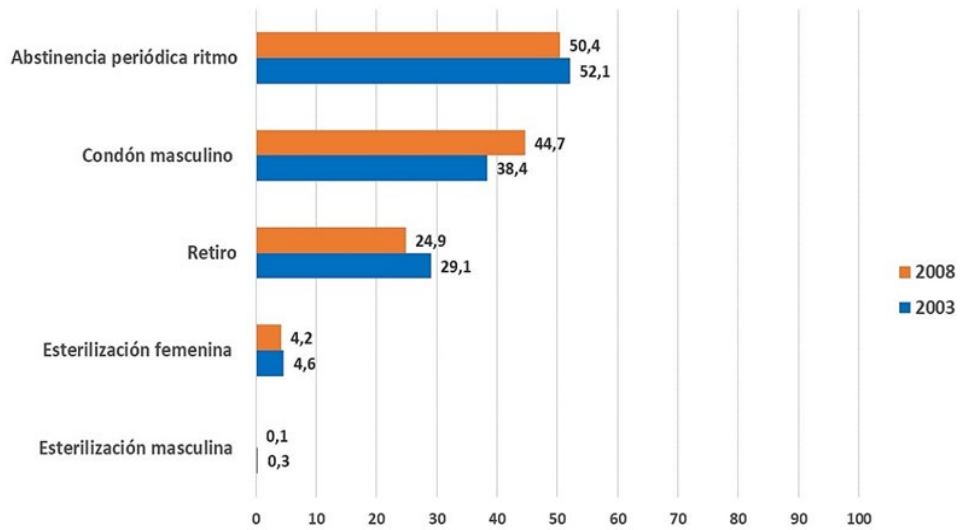
Gráfico 12: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por método anticonceptivo usado actualmente, Bolivia 2003 - 2008



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

Los métodos más usados en mujeres son; la abstinencia periódica/ritmo, la inyección y el DIU. Desde el 2003 la abstinencia periódica era método más usado, en este periodo se incrementa su uso en un 1%, la elección en el uso de la inyección anticonceptiva también incrementa en 2,1% y el DIU era el segundo más prevalente en el 2003 y para el 2008 ocupa el tercer lugar, disminuyendo su uso en 1,1%.

Gráfico 13: Distribución porcentual de los varones entrevistados por método anticonceptivo que uso alguna vez, Bolivia 2003 - 2008.



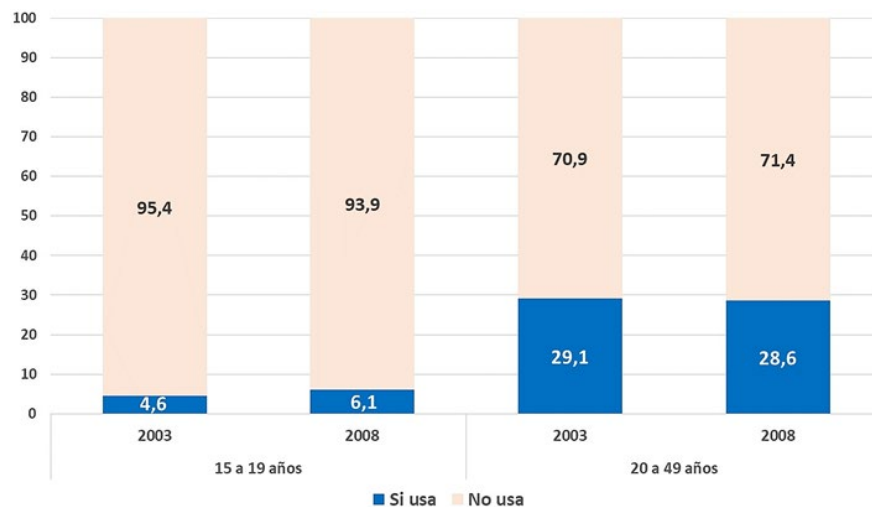
Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

La proporción de hombres que alguna vez usó métodos de anticoncepción también se incrementó, aunque en menor medida en relación a las mujeres. Los métodos más usados son la abstinencia periódica/ritmo seguido por el condón masculino y el retiro.

4.2 Características del uso de anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años, Bolivia 2003 – 2008. -

Se presenta las características más importantes el uso de MACM en MEF.

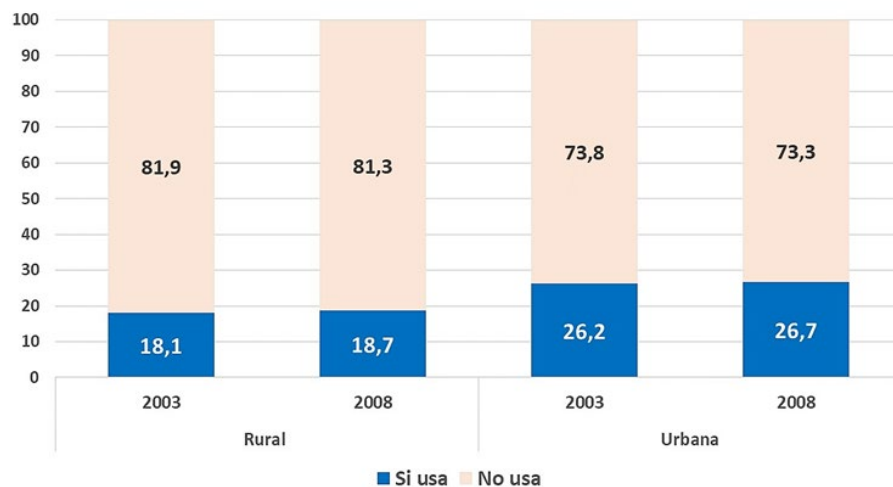
Gráfico 14: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y edad, Bolivia 2003 - 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

De acuerdo con el uso actual de métodos anticonceptivos modernos, son las mujeres adolescentes quienes usan menos en comparación a las mujeres mayores de 20 años, las cuales en más del 93% no usaban algún MACM en ambos años. Sin embargo, en las mujeres mayores de 20 años en el transcurso de los 5 años disminuye su uso el momento de la encuesta en un 0.5%, observándose también que más del 70% de las mujeres mayores de 20 años no estaba usando un MACM.

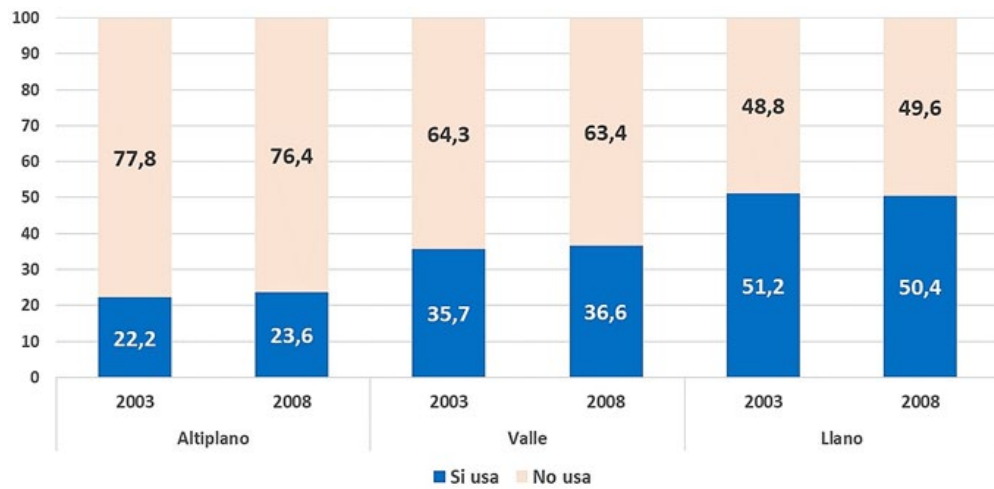
Gráfico 15: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y área de residencia, Bolivia 2003 – 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

Tanto en área urbana y rural del 73% al 81% de las mujeres no usaban MACM al momento de la entrevista. Las mujeres que residen en el área urbana son las que usan actualmente más métodos anticonceptivos modernos en relación a las que habitan zonas rurales, en ambos casos se nota un leve incremento entre los años.

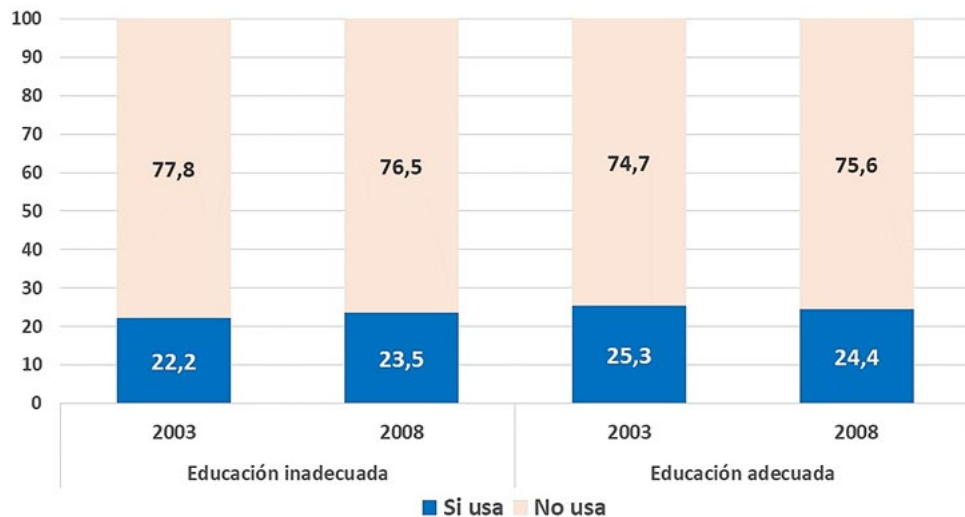
Gráfico 16: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y Región, Bolivia 2003 – 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

Las mujeres que residen en los llanos, es decir Santa Cruz, Beni y Pando son las que más usan métodos modernos presentando un leve descenso entre los años, por su parte las mujeres que viven en el altiplano (La Paz, Oruro y Potosí) son las que menos usan alcanzando 76% de ellas que usaban MACM al momento de la entrevista.

Gráfico 17: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y nivel educativo, Bolivia 2003 – 2008.

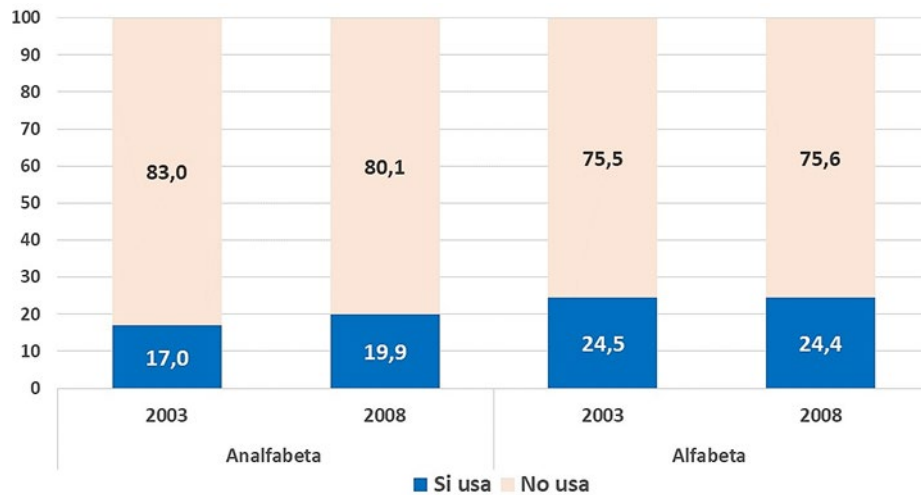


Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

De acuerdo con el nivel instructivo, ligeramente las que más usan anticonceptivos modernos son las que tienen una adecuada instrucción, pero en este grupo se puede observar que el uso disminuye en 0,9%, contrapuesto al otro grupo que incrementa en un

1,3%, sin embargo más del 70% de las mujeres con educación adecuada o inadecuada no usaban MACM al momento de la entrevista.

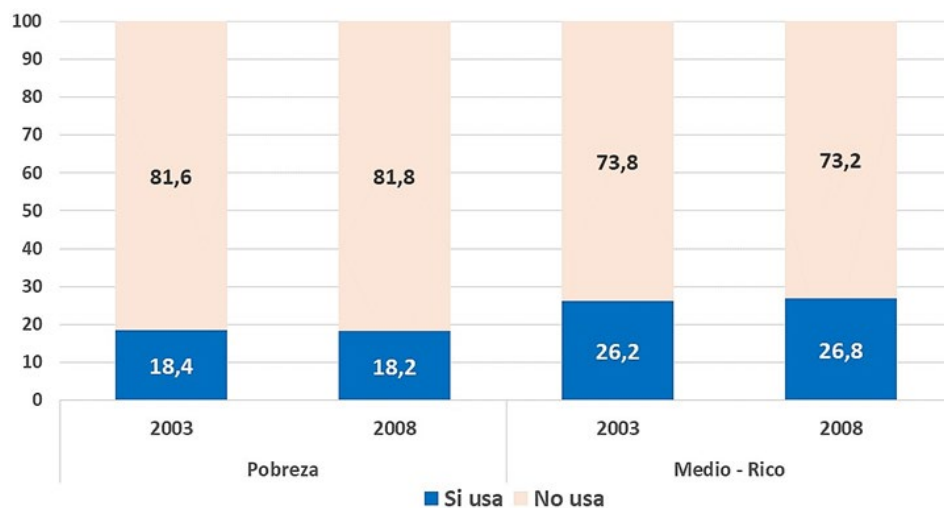
Gráfico 18: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y alfabetismo, Bolivia 2003 – 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

Similar situación ocurre con la condición de alfabetismo, en ambos casos entre el 75% y 80% no usaban MACM al momento de la entrevista, siendo las mujeres que saben leer y escribir utilizan ligeramente más métodos modernos.

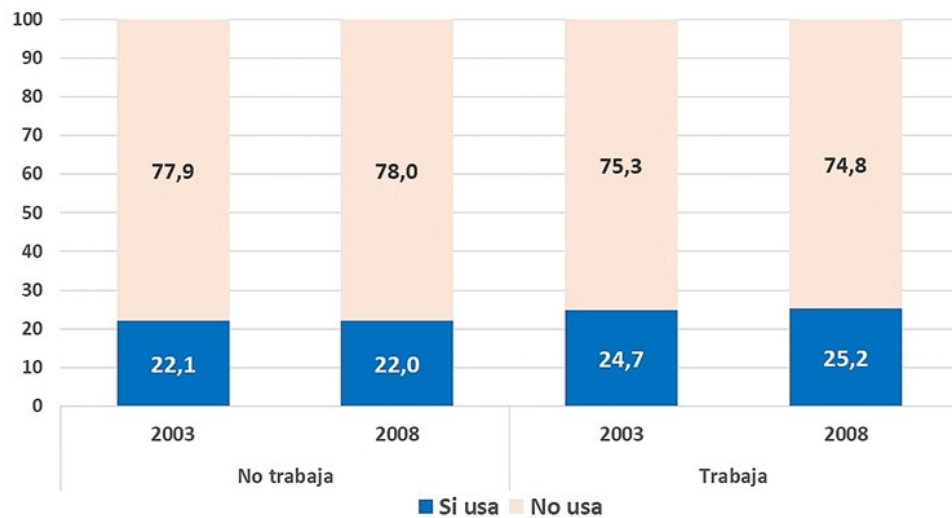
Gráfico 19: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno e índice de pobreza, Bolivia 2003 – 2008



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

Más del 73% de las mujeres que se encuentran o no en pobreza no usan MACM. En el transcurso de 5 años no se incrementó sustancialmente el uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres que están en pobreza, y en caso de mujeres que se encuentran en pobreza redujeron el uso ligeramente.

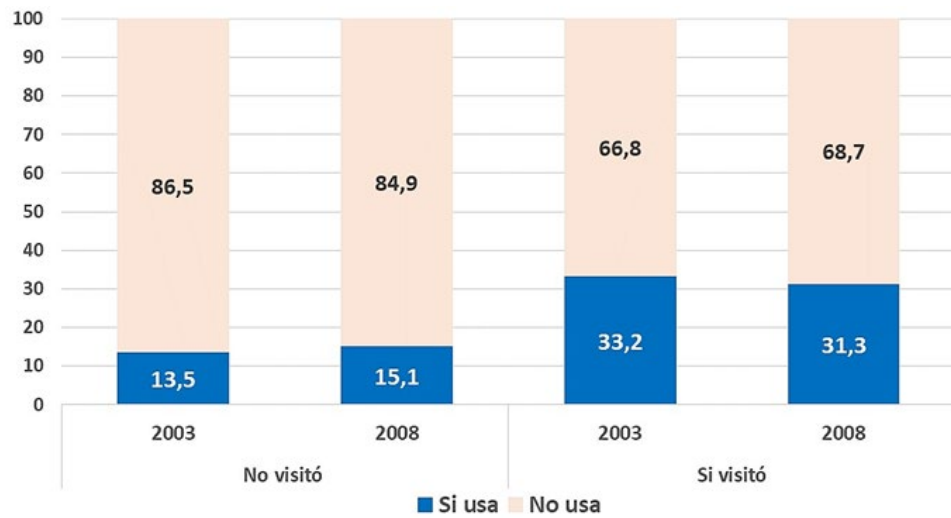
Gráfico 20: Distribución porcentual de las mujeres, según uso actual de método anticonceptivo moderno y si trabaja Bolivia 2003 – 2008
Distribución porcentual de las mujeres, según uso actual de método anticonceptivo moderno y si trabaja Bolivia 2003 – 2008



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

Las mujeres que trabajaron los 12 últimos meses incrementaron el uso de MACM de una manera muy sutil entre ENDSAs en un 0,5%, lo que no ocurre con las que no trabajan que ligeramente disminuye en 0,1%. Llama la atención que entre ambos grupos no existe una diferencia marcada. De la misma manera más del 74% de las mujeres no usaban métodos modernos.

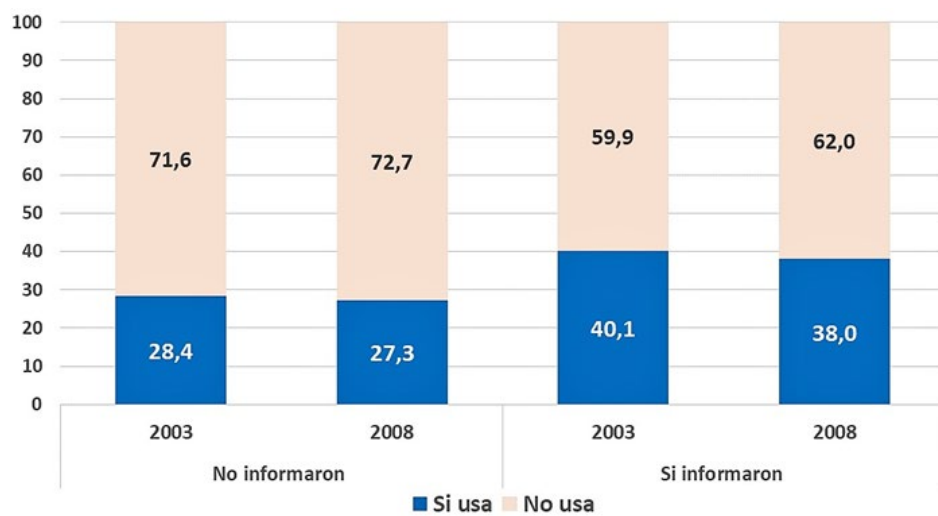
Gráfico 21: Distribución porcentual de las mujeres según uso actual de método anticonceptivo moderno y visita a un centro de salud, Bolivia 2003 – 2008



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

Las mujeres que visitaron un centro de salud son la que más usan MACM, sin embargo en ellas se observa un descenso en 1,9% en el transcurso de los 5 años. Caso contrario ocurre en las que no visitaron un centro de salud, en quienes se incrementó el uso de métodos anticonceptivos modernos en 1,6%. Pero entre las mujeres que asistieron a un Centro de Salud entre el 66% y 68,7% no usan métodos modernos.

Gráfico 22: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según uso actual de método anticonceptivo moderno y personal del C.S. informó sobre PF, Bolivia 2003 – 2008.

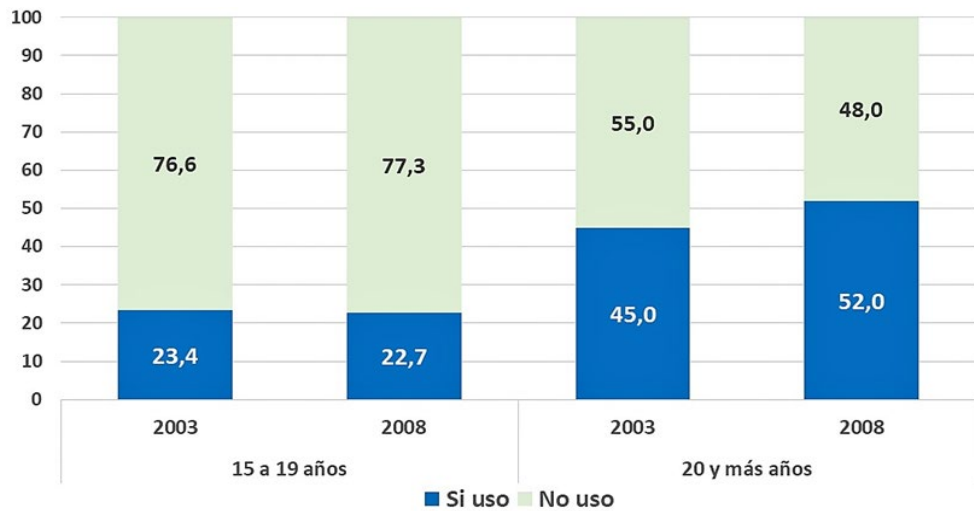


Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

A las mujeres que el personal de salud no les hablo de métodos anticonceptivos son las que menos los usan, sin embargo, en ambos casos que les hayan o no hablado sobre métodos anticonceptivos en el transcurso de los 5 años, disminuyo el uso.

4.3 Características del uso de anticoncepción en hombres de 15 a 64 años, Bolivia 2003 – 2008

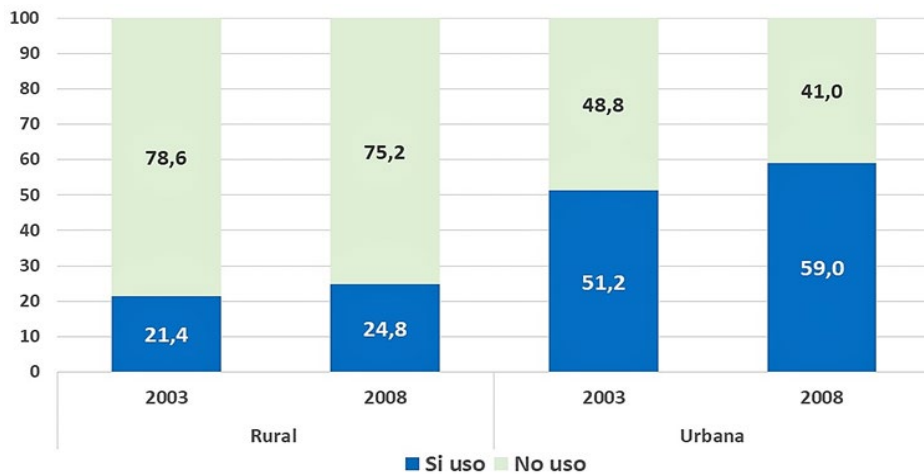
Gráfico 23: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y edad, Bolivia 2003 – 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

Los varones adolescentes son los que menos usaron alguna vez algún método anticonceptivo moderno, como también en el transcurso de los 5 años su uso disminuyó en 0.7%, contrario a aquellos varones mayores de 20 años que incrementa en un 5%.

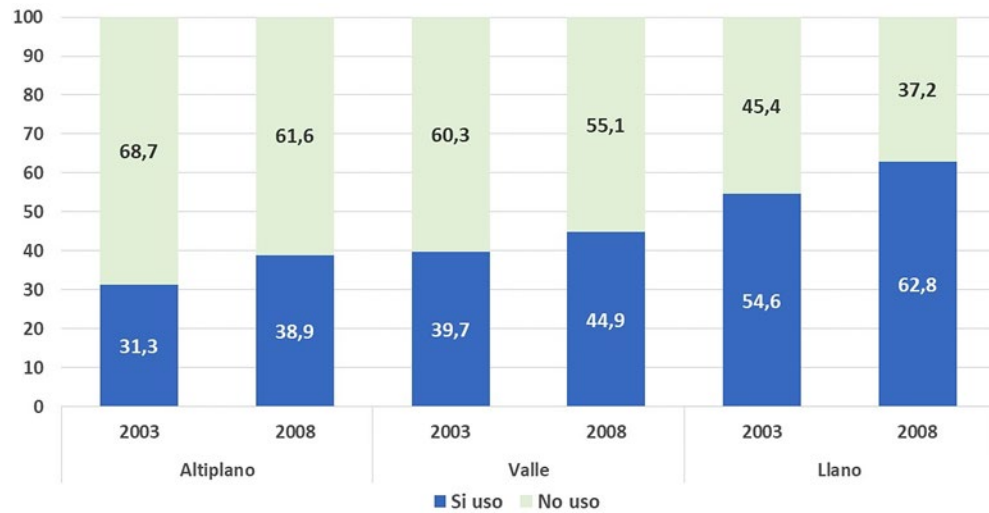
Gráfico 24: Distribución porcentual de los varones, según uso alguna vez un método anticonceptivo moderno y área de residencia, Bolivia 2003 – 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

De acuerdo con el lugar de residencia, en ambos casos se observa un incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos, siendo los varones del área urbana con mayor uso, mientras que los varones del área rural más del 75% no usaron en alguna ocasión MACM.

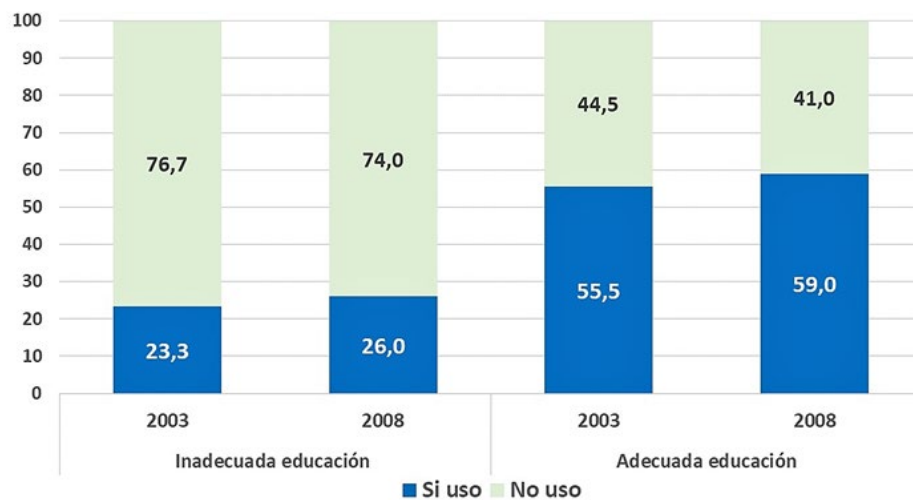
Gráfico 25: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y Región, Bolivia 2003 – 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

Similar situación a las mujeres, los varones que residen en el Llano (Santa Cruz, Beni y Pando) son los que usaron más en alguna ocasión MACM, frente a varones que residen en el Altiplano y los Valles quienes en más del 55% no usaron un método moderno.

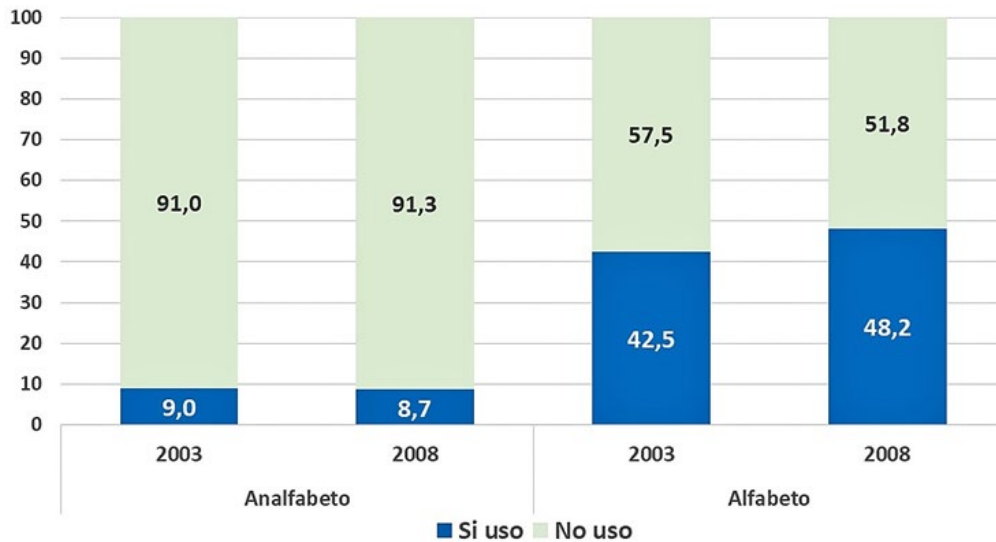
Gráfico 26: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y nivel educativo, Bolivia 2003 – 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

De acuerdo al nivel instructivo, se incrementó el uso de MACM en alguna ocasión en ambos casos, siendo los varones que tienen un nivel educativo inadecuado los que menos usan, con una diferencia muy marcada con los que sí tienen una adecuada educación.

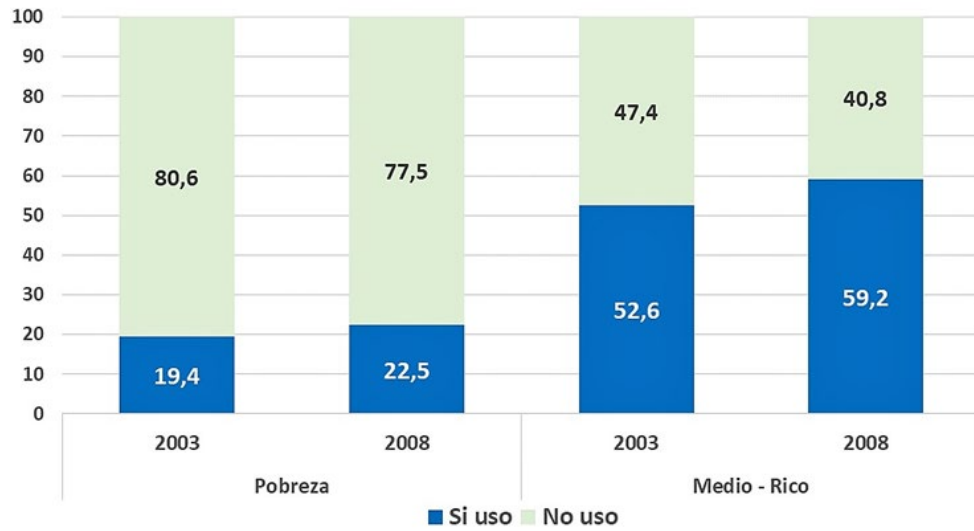
Gráfico 27: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y alfabetismo, Bolivia 2003 – 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

En relación al alfabetismo, se puede observar que los varones alfabetos son quienes utilizan más métodos anticonceptivos modernos en alguna ocasión, notándose el incremento en el uso. Existe una notable diferencia en relación a varones analfabetos cuyo porcentaje es muy bajo, más del 90% de ellos no uso un MACM, advirtiéndose que en el periodo de estudio disminuyó levemente el uso en este grupo.

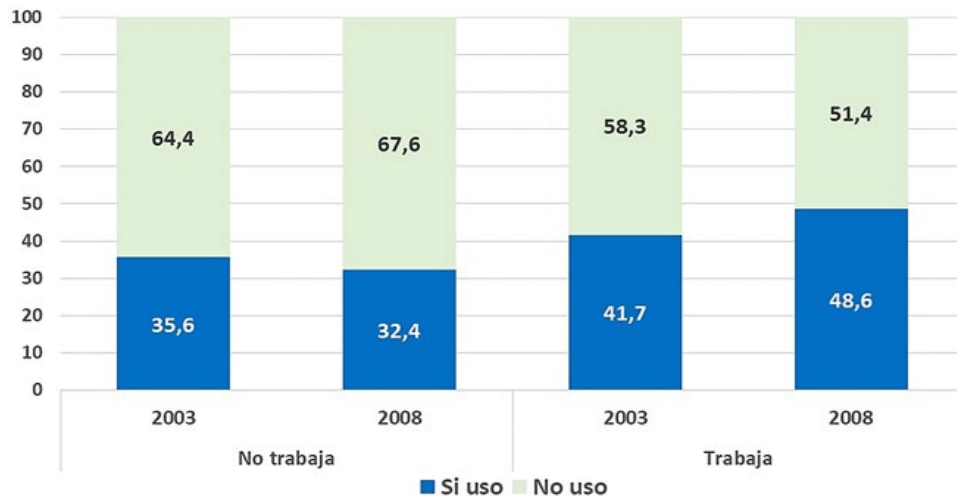
Gráfico 28: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez, e índice de pobreza, Bolivia 2003 – 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

En el transcurso de 5 años se incrementó el uso de MACM de acuerdo a índice de pobreza, tanto en los varones que están en pobreza y los que se encuentran en un nivel medio/alto de ingreso económico, sin embargo, existe una diferencia muy clara en el uso en los varones que están en pobreza, donde más del 77% no uso un MACM.

Gráfico 29: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y si trabaja Bolivia 2003 – 2008.

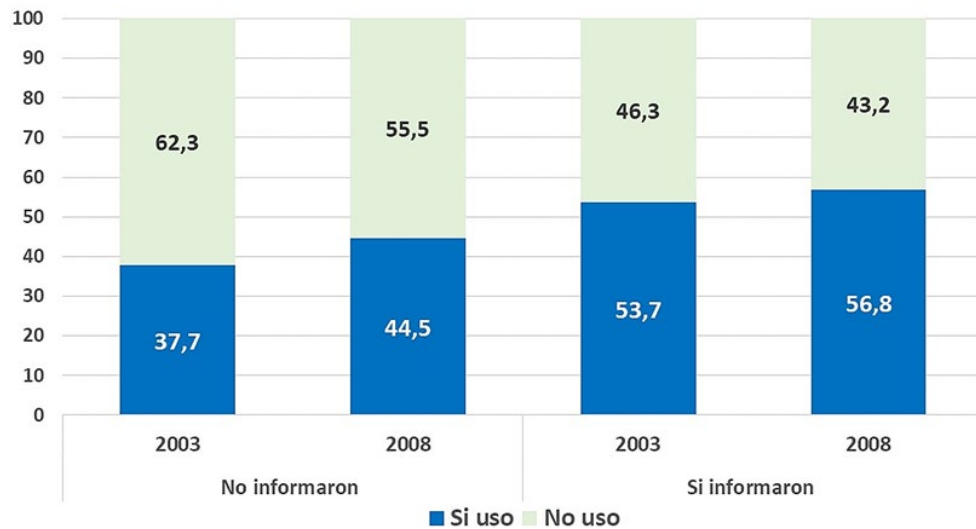


Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

Los varones que trabajaron los 12 últimos meses antes de la encuesta incrementaron el uso de métodos anticonceptivos modernos en alguna ocasión en un 6,9%, mientras aquellos que no tenían un trabajo cayó el uso de anticonceptivos modernos en 3,2%.

En ambos casos entre el 51% y un 67% no usaron métodos anticonceptivos modernos.

Gráfico 30: Distribución porcentual de los varones, según método anticonceptivo moderno que uso alguna vez y personal del C.S. le hablo de PF, Bolivia 2003 – 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a las ENDSAs 2003 y 2008

De acuerdo a si el personal del Centro de Salud les haya hablado o no de planificación familiar, se incrementó el uso de los métodos modernos en ambos casos, observándose un mayor incremento porcentual del 6,8% en los varones a quienes no se les hablo, frente a un 3,1% de aumento a los que si se les hablo de métodos anticonceptivos. Debemos mencionar que más del 55% de los varones, quienes no recibieron información sobre planificación familiar por parte del personal de salud, son quienes no usaron MACM.

4.4 Análisis Bivariado y Multivariado.

Como se explicó en metodología, se determinó la asociación de las variables independientes con el uso de MAC a través de la prueba estadística de Chi Cuadrado de Pearson (valor $p < 0.05$ e IC 95%), las variables que no presentaron una asociación estadísticamente significativa fueron excluidas de los análisis posteriores. Se calcularon las Odds Ratios Crudas (ORc) e intervalos de confianza del 95% (IC del 95%) para cuantificar la asociación de las variables que presentaron asociación.

Para el análisis multivariante se utilizó la regresión logística binaria para estudiar la relación simultánea entre los factores de riesgo y la variable dependiente. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$. Se crearon modelos independientes, 4 modelos para las 4 bases de datos existentes mediante la regresión logística binaria en relación al uso de métodos anticonceptivos modernos. Los resultados de los modelos se presentan para las mujeres en anexos 3 y 4 y para los varones en anexos 5 y 6.

El modelo final de análisis multivariado con las variables que presentaron asociación así determinar las variables que probablemente influyen en el uso de Métodos Anticonceptivos Modernos. (Anexos 7 - 8 para mujeres y Anexos 9 - 10 para varones). A continuación presentamos las tablas finales de los resultados para mujeres y varones.

Tabla 4: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, prácticas, actitudes y sociodemográficos para el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años de edad ENDSA 2003 y 2008. Resultados de regresión logística

Variables	Mujeres ENDSA 2003						Mujeres ENDSA 2008					
	ORc	I.C. 95%		ORa	I.C. 95%		ORc	I.C. 95%		ORa	I.C. 95%	
		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Conocimiento del ciclo ovulatorio No	1,610	1,501	1,727	*0,688	0,562	0,843						
Conocimiento de la Inyección No							5,493	4,666	6,468	1,855	1,168	2,945
Conocimiento de la Esterilización femenina No	3,194	2,934	3,478	1,495	1,089	2,051	3,041	2,772	3,337	1,766	1,407	2,217
Conocimiento de la Esterilización masculina No							1,855	1,728	1,992	1,363	1,141	1,628
Conocimiento de la Abstinencia ritmo No	1,842	1,689	2,009	*0,236	0,124	0,451	1,461	1,339	1,594	*0,098	0,068	0,142
Conocimiento del retiro No	2,178	2,030	2,337	*0,554	0,438	0,702	1,748	1,627	1,877	*0,670	0,566	0,791
Conocimiento de la Lactancia Amenorrea No							2,142	1,994	2,302	1,285	1,085	1,521
Recibió información en el C.S. sobre PF No							1,632	1,492	1,785	1,312	1,124	1,531
Uso alguna vez DIU No	5,573	3,255	9,541	3,282	2,925	3,683	5,880	5,369	6,439	4,087	3,401	4,910
Uso alguna vez Inyección No	6,807	6,181	7,497	3,490	2,748	4,432						
Uso alguna vez Condón No	4,215	3,860	4,602	1,762	1,417	2,190						
Uso alguna vez Lactancia amenorrea No	3,163	2,836	3,529	1,525	1,239	1,878						

Toma de decisiones para uso de anticoncepción No decide	1,838	1,630	2,073	1,516	1,196	1,923	1,990	1,714	2,310	1,756	1,392	2,217
Educación instrucción de la mujer Inadecuada	1,184	1,104	1,269	1,319	1,036	1,681						
Tenencia de motocicleta No							1,752	1,551	1,978	1,401	1,084	1,810
Tenencia de teléfono No	1,302	1,202	1,412	1,773	1,391	2,261						
Ve televisión No	1,732	1,582	1,895	*0,567	0,439	0,731	1,763	1,592	1,952	1,479	1,086	2,015
Total de niños nacidos ≥ 4							*0,630	0,584	0,680	1,228	1,032	1,461
Número de uniones > 1							*0,733	0,643	0,835	*0,578	0,435	0,770
Pareja vive en casa Sí	*0,703	0,594	0,833	*0,594	0,409	0,863						
Actualmente trabaja la mujer No	1,157	1,077	1,242	*0,540	0,415	0,702	1,191	1,106	1,283	*0,628	0,507	0,779
Ocupación de la mujer Sin título	1,970	1,754	2,214	1,518	1,115	2,068						
Tipo de remuneración por el trabajo No pagado	1,824	1,700	1,958	1,674	1,288	2,177	1,592	1,480	1,711	1,252	1,012	1,548
Constante				0,064						0,139		

IC95%: Intervalo de Confianza del 95%. **ORc:** Odds Ratio Cruda. **ORa:** Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística. * Factor de Protección.

Medidas de Ajuste del Modelo:

Mujeres ENDSA 2003

Razón de verosimilitud = 2597,062

R cuadrado de Cox y Snell = 0,140 = 14%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,197 = 19,7%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,229

Medidas de Ajuste del Modelo:

Mujeres ENDSA 2008

Razón de verosimilitud = 4110,927

El análisis multivariado de los factores de riesgo en los cuatro componentes del estudio (conocimientos, prácticas, actitudes y sociodemográficos) asociados al uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres de 15 a 49 años de edad, nos brinda los siguientes resultados. De acuerdo a los resultados del Chi Cuadrado de Wald y el valor de la P estadísticamente significativos se evidencia que existe relación con las variables sometidas al análisis multivariado. El resumen del modelo de acuerdo a los resultados de los R cuadrado muestra niveles de predicción que no son altos estando entre un 14% y 20% para la ENDSA de 2003 y entre 18% y 25% para la ENDSA de 2008. En ambos modelos la Prueba de Hosmer y Lemeshow los resultados son mayores a 0,05 (ENDSA

2008 es de 0,229 y para el 2008 resultado es de 0,918) significando un adecuado ajuste del modelo.

Conocimientos y uso actual de MACM. -

Los factores de riesgo asociados a este indicador fueron: las mujeres sin conocimiento del inyectable trimestral presentan 86% más riesgo a no usar métodos modernos en relación a las que sí tienen conocimiento. (OR=1,86. IC: 1,17-2,95)

Las mujeres que no conocen la esterilización femenina en el año 2003 tienen el 50% más de riesgo (OR=1,50. IC: 1,09-2,05) y el año 2008 tienen 77% mayor riesgo (OR=1,77. IC: 1,41-2,22) a no usar métodos modernos en relación a las que si tenían conocimiento.

Mujeres que desconocen del método esterilización masculina tienen 36% mayor riesgo a no usar MACM en comparación a mujeres si tienen conocimiento. (OR=1,36. IC: 1,14-1,63). Entre las mujeres que no tienen conocimiento del MELA presentan 29% mayor riesgo a no usar MACM (OR=1,30. IC: 1,09-1,52) en comparación a la que sí tienen conocimiento. Finalmente las mujeres que no recibieron información por parte del personal de salud en el centro de salud sobre métodos anticonceptivos tienen el 31% más de riesgo a no usar MACM (OR=1,31. IC: 1,12-1,53), en relación a las que si recibieron información sobre planificación familiar en un centro de salud por parte de su personal.

Entre factores protectores tenemos: las mujeres que no tienen conocimiento sobre el ciclo ovulatorio aumentan el 31% la posibilidad de usar métodos modernos en relación a las que sí tienen conocimiento. (OR=0,69. IC: 0,56-0,84). Mujeres que no conocen la abstinencia o ritmo, en 2003 presentan el 76% (OR=0,24. IC: 0,12-0,45) y en el 2008 incrementa al 90% la posibilidad de usar MACM (OR=0,09. IC: 0,07-0,14), en relación a las que sí tienen conocimiento. Las mujeres que no tienen conocimiento del coito interrumpido o retiro tienen el 45% en el 2003 (OR=0,55. IC: 0,43-0,70) y en el 2008 el 33% mayor posibilidad de usar métodos modernos (OR=0,67. IC: 0,56-0,79), en relación a las que sí tienen conocimiento.

Prácticas y uso actual de MACM. -

Los factores de riesgo asociados fueron: mujeres quienes no usaron en alguna ocasión el DIU presentan 3,3 mayor riesgo a no usar métodos modernos (OR=3,28. IC: 2,92-3,68)

para el 2003 y 4 veces mayor riesgo (OR=4,0. IC: 3,40-4,91) en el 2008, en relación a las que sí lo usaron en alguna ocasión.

Mujeres que no usaron alguna vez el inyectable trimestral tienen el riesgo de 3,5 veces a no usar métodos modernos en relación a las que sí lo usaron. (OR=3,49. IC: 2,74-4,43)

Las mujeres que no usaron alguna vez el condón masculino presentan 76% mayor riesgo (OR=1,76. IC: 1,41-2,19) a no usar un método moderno respecto a las que si usaron. Así también las mujeres que no usaron alguna ocasión el MELA presentan el 52% más riesgo a no usar métodos modernos, en comparación a las que si usaron. (OR=1,52. IC: 1,23-1,87)

Actitudes y uso actual de MACM. -

La única variable asociada como riesgo en actitudes fue en aquellas mujeres que no toman decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos, quienes presentan en el año 2003 el 51% de mayor riesgo a usar métodos anticonceptivos modernos (OR=1,51. IC: 1,19-1,92), mientras que para el 2008 tienen 75% mayor riesgo (OR=1,75. IC: 1,39-2,21) a no usar MACM en relación a las mujeres que si toman la decisión de usarlos.

Características Sociodemográficas y uso actual de MACM. -

Entre las variables sociodemográficas asociadas como factores de riesgo fueron; aquellas mujeres que no tienen un nivel de educación adecuado presentan el 31% mayor riesgo a no usar métodos modernos (OR=1,31. IC: 1,03-1,68) comparado con aquellas mujeres que tienen una instrucción en secundaria y superior.

Las mujeres que no tienen un medio de transporte como una motocicleta presentan 40% el riesgo de usar un método moderno (OR=1,40. IC: 1,08-1,81) en relación a las mujeres que si lo tienen. Como las mujeres que no cuentan con teléfono presentan el 77% mayor riesgo a no utilizar métodos modernos en relación a las que sí tienen. (OR=1,77. IC: 1,39-2,26). Las mujeres que no vieron televisión que entre los años de análisis viro de ser protector a ser un factor de riesgo; en el 2008 las mujeres que no vieron TV presentan 47% mayor riesgo de no usar de MACM, en relación a que si vieron TV. (OR=1,47. IC: 1,08-2,01). Mujeres que tienen más de 4 hijos presentan 22% de riesgo a no usar métodos modernos en relación a aquellas con menos hijos. (OR=1,22. IC: 1,03-1,46)

Mujeres que tienen una ocupación pero no son profesionales, tienen 51% mayor riesgo a no usar MACM (OR=1,51. IC: 1,11-2,06) en comparación de aquellas que si tienen

ocupación y son profesionales. Así también las mujeres que trabajan pero sin remuneración presentan en el 2003 el 67% (OR=1,67. IC: 1,28-2,17) y 25% mayor riesgo a no usar métodos modernos para el 2008 (OR=1,25. IC: 1,01-1,54), en relación a las mujeres que si tienen un trabajo remunerado.

Entre los factores protectores; para el año 2003 aquellas mujeres que no vieron TV aumenta un 44% la posibilidad de usar métodos modernos en comparación a las que si vieron TV. (OR=0,56. IC: 0,43-0,73)

Mujeres que tuvieron más de una unión aumentan un 42% la posibilidad de usar MACM, en relación a aquellas quienes no tuvieron más de una relación. (OR=0,57. IC: 0,43-0,77).

Aquellas mujeres cuya pareja vive en casa aumentan el 41% la posibilidad de usar métodos modernos en relación a las que no conviven con la pareja. (OR=0,59. IC: 0,40-0,86). Las mujeres que actualmente no tienen un trabajo presentan el 46% el año 2003 (OR=0,54. IC: 0,41-0,70) y el 37% el año 2008 (OR=0,62. IC: 0,50-0,77) mayor posibilidad de uso de métodos modernos, en comparación a las mujeres que sí tienen un trabajo.

Tabla 5: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso alguna ocasión métodos anticonceptivos modernos en varones de 15 a 60 años de edad ENDSA 2003 y 2008. Resultados de regresión logí

Variables	Varones ENDSA 2003						Varones ENDSA 2008					
	ORc	I.C. 95%		ORa	I.C. 95%		ORc	I.C. 95%		ORa	I.C. 95%	
		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Conocimiento del condón No	23,862	16,236	35,070	2,481	1,273	4,837	29,460	19,216	45,166	*0,462	0,236	0,904
Conocimiento de la Esterilización femenina No	4,876	4,357	5,458	2,255	1,814	2,802	5,326	4,739	5,987	5,989	3,851	9,311
Conocimiento del retiro No							4,200	3,772	4,677	1,567	1,142	2,150
Conocimiento de implantes No	2,574	2,191	3,025	*0,662	0,498	0,879	1,906	1,630	2,229	*0,513	0,339	0,778
Conocimiento de anticoncepción de emergencia No	4,043	3,495	4,677	1,409	1,069	1,858						
Hablo de planificación familiar con el hermano (s) No	3,050	2,277	4,084	1,746	1,094	2,786						
Hablo de planificación familiar con	2,322	2,074	2,599	1,328	1,091	1,617						

amigos/vecinos No												
Adquisición de condón en farmacia No	10,710	9,150	12,537	1,538	1,070	2,209	14,660	12,332	17,428	2,025	1,314	3,121
Adquisición de condón en tienda No	3,764	3,115	4,549	1,717	1,217	2,422						
Adquisición de condón en otros lugares No	5,573	3,255	9,541	3,998	1,406	11,366						
Posibilidad obtener condón No	28,245	21,950	36,345	7,294	4,564	11,658						
Deseo del varón de tener más hijos No más hijos / indeciso	3,123	2,751	3,544	1,572	1,273	1,941	3,568	3,126	4,074	1,493	1,074	2,077
Número ideal de ambos sexos > 3 hijos	*0,816	0,670	0,994	*0,489	0,312	0,765						
Educación instrucción del varón Inadecuada	4,123	3,692	4,604	1,317	1,071	1,620						
Alfabetismo No							9,571	6,055	15,130	5,060	1,030	24,850
Escucha radio No							*0,606	0,479	0,766	*0,416	0,208	0,832
Índice de riqueza Pobre	4,616	4,085	5,217	1,696	1,351	2,129	5,008	4,438	5,652	1,731	1,072	2,796
Edad del varón al primer nacimiento < 19 años	*0,832	0,710	0,975	*0,679	0,541	0,852						
Numero de uniones > 1	*0,593	0,500	0,702	*0,681	0,533	0,869						
Ocupación del varón Sin título	3,387	2,977	3,854	1,264	1,029	1,554	3,466	3,039	3,952	1,391	1,012	1,912
Constante				0,008						0,103		

IC95%: Intervalo de Confianza del 95%. **ORc:** Odds Ratio Cruda. **ORa:** Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística. * Factor de protección.

Medidas de Ajuste del Modelo:

Varones ENDSA 2003

Razón de verosimilitud = 3011,680

Medidas de Ajuste del Modelo:

Varones ENDSA 2008

Razón de verosimilitud = 1419,096

Los resultados del análisis multivariado de los factores de riesgo en los cuatro componentes del estudio asociados al uso métodos anticonceptivos modernos en alguna ocasión en hombres de 15 a 64 años de edad, son los siguientes; Según el Chi Cuadrado de Wald y el valor de la P estadísticamente significativos se evidencia que existe relación con las variables sometidas al análisis multivariado. El resumen del modelo de acuerdo a los resultados de los R cuadrado muestra niveles de predicción entre un 36% y 48% para la ENDSA de 2003 y entre 65% y 87% para la ENDSA de 2008. En ambos modelos la Prueba de Hosmer y Lemeshow los resultados son mayores a 0,05 (ENDSA 2008 es de

0,400 y para el 2008 resultado es de 0,322) significando un adecuado ajuste del modelo. En el caso de los varones durante el periodo de estudio las variables asociadas como a no usar de Métodos Anticonceptivos Modernos (MACM) fueron:

Conocimientos y uso en alguna ocasión un MACM. -

Entre los **factores de riesgo**; los hombres en el año 2003 que no tienen conocimiento del condón presentan 2,5 veces el riesgo (OR=2,48. IC: 1,27-4,83) a no usar métodos modernos, en relación a los que sí tienen conocimiento.

Los varones sin conocimiento de la esterilización femenina presentan 2,3 mayor riesgo para el año 2003 (OR=2,25. IC: 1,81-2,80) y para el año 2008 tienen 5,9 veces más riesgo (OR=5,98. IC: 3,85-9,31) a no usar MACM, en relación a los que sí tienen conocimiento.

Aquellos varones que desconocen el coito interrumpido o retiro presentan un riesgo del 56% para no usar MACM, en comparación a los que sí tienen conocimiento sobre el método. (OR=1,56. IC: 1,14-2,15)

Los hombres quienes no tienen conocimiento sobre el método de la anticoncepción de emergencia presentan el 40% mayor riesgo de no usar MACM, en comparación a los que sí tienen conocimiento. (OR=1,40. IC: 1,06-1,85)

Varones que no hablan con el o los hermanos sobre PF presentan el 75% de riesgo (OR=1,75. IC: 1,09-2,78) para no usar métodos modernos, como también aquellos que no hablan sobre PF con amigos o vecinos tienen el 33% mayor riesgo a usar MACM, en comparación de los que sí hablan estos temas. (OR=1,33. IC: 1,09-1,61).

Entre **factores protectores**; los varones que no tienen conocimiento sobre el preservativo o condón en el 2008, presentan 54% mayor posibilidad de usar MACM en relación a los que sí tienen conocimiento. (OR=0,46. IC: 0,23-0,90)

Varones que no tienen conocimiento sobre el implante presentan el 34% en 2003 (OR=0,66. IC: 0,49-0,87) y el 49% en 2008 (OR=0,51. IC: 0,33-0,77) mayor posibilidad de usar métodos modernos en relación a los que sí tienen conocimiento.

Prácticas y uso en alguna ocasión un MACM. -

Como **factores de riesgo**; los varones quienes no adquirieron preservativo o condón en la farmacia tienen el 54% de riesgo en el año 2003 (OR=1,54. IC: 1,07-2,21) y para el 2008

presentan 2 veces mayor el riesgo (OR=2,02. IC: 1,31-3,12) a no usar métodos modernos en relación a los varones que sí pudieron adquirir en la farmacia.

Varones que tampoco no adquirieron condón en una tienda presentan el 72% de riesgo (OR=1,72. IC: 1,22-2,42), como los que no pueden obtener el condón en otros lugares tienen el riesgo 4 veces mayor (OR=3,99. IC: 1,41-11,36), como los que no tienen posibilidades de adquirir el preservativo presentan 7,3 veces mayor riesgo (OR=7,29. IC: 4,56-11,65) a no utilizar métodos modernos, en relación a los varones quienes pudieron adquirir en mencionados lugares o tienen la posibilidad de adquirirlos.

Actitudes y uso en alguna ocasión un MACM. -

En relación a los factores de riesgo; los varones que no desean tener más hijos o están indecisos presentan el 57% de riesgo el 2003 (OR=1,57. IC: 1,27-1,94) y el 49% mayor riesgo el año 2008 (OR=1,49. IC: 1,07-2,07), de no usar métodos modernos, en relación a los varones quienes desean tener más hijos.

Como factor protector, en los varones que consideran el número ideal de hijos sean más tres aumenta la posibilidad de usar MACM en un 51% (OR=0,49. IC: 0,31-0,77), en relación a aquellos que consideran tener menos de tres hijos.

Características Sociodemográficas y uso en alguna ocasión un MACM. -

Como **factores de riesgo**; los hombres que no tienen una educación adecuada presentan 32% de riesgo a no usar MACM (OR=1,32. IC: 1,07-1,62), en relación a aquellos que cuentan con buena educación. Así también quienes son analfabetos presentan 5 veces más el riesgo de no usar MACM, frente a varones que son alfabetos. (OR=5,06. IC: 1,03-24,85). Los hombres que se encuentran en pobreza presentan el 70% en el año 2003 (OR=1,69. IC: 1,35-2,12) y del 73% en el año 2008 (OR=1,73. IC: 1,07-2,80) mayor riesgo a no usar métodos modernos, en relación a los varones que no están en pobreza.

Los varones que tienen ocupación pero sin título profesional tienen el riesgo del 26% el año 2003 (OR=1,26. IC: 1,03-1,55) y el riesgo del 39% para el año 2008 (OR=1,39. IC: 1,01-1,91) a no usar un MACM, en relación a los varones que tienen una ocupación y son profesionales.

Como **factores protectores** tenemos que; los hombres que no escuchan radio aumentan en un 58% la posibilidad de uso de métodos modernos, en relación a los que sí escuchan

radio. (OR=0,42. IC: 0,21-0,83). En hombres que tuvieron un hijo/a antes de los 19 años de edad, incrementa el 32% la posibilidad de usar métodos modernos (OR=0,68. IC: 0,54-0,85), en relación a los no tuvieron hijo/a antes de los 19 años.

Finalmente los hombres quienes tuvieron más de una unión aumentan el 32% la posibilidad de uso de métodos anticonceptivos modernos en relación a los que no tuvieron más de una unión. (OR=0,68. IC: 0,53-0,87)

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

CAPÍTULO V

5 Discusión

La SSR, PF y el acceso a los MAC dirigidos hacia mujeres, varones y parejas, resulta esencial para el logro y bienestar de un país. Si la práctica sexual se da con planificación, educación y acceso al uso de métodos modernos, por su mayor eficacia, contribuiría de manera positiva en la salud y evadir problemas adyacentes como; deserción escolar, embarazos no deseados, ITS, abortos, fecundidad y mortalidad materna e infantil altas; logrando viabilizar una maternidad voluntaria y saludable, equidad e igualdad de género, involucramiento del varón, autonomía de la mujer, interculturalidad e integralidad entre otras.(51,52,87) El conocimiento sobre los MAC es muy significativo, esto hace que una persona tenga la libertad de decidir el uso o no, de tener presente sus ventajas y desventajas, si no se da aquello lógicamente la persona no usará ningún MACM.

5.1 Magnitud del problema

5.1.1 Conocimientos

Es importante obtener datos sobre el conocimiento y uso de los MAC, ya que permite evaluar la efectividad de los programas desarrollados en el pasado e identificar los grupos menos favorecidos por las acciones del sistema de salud.¹² De acuerdo a los resultados de la presente investigación, en Bolivia el conocimiento de algún método de PF, en ambos sexos están muy próximos a llegar al 100%. En mujeres el conocimiento incrementó el 2,8% (93% para el 2003 y 95,8% el 2008) y en varones subió el 1% (94% en el 2003 al 96% para 2008), el incremento fue mayor en los métodos tradicionales. Si bien no se tomó en cuenta la EDSA de 2016, cabe hacer notar que el conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres redujo a un 94.9%, lo propio pasó con los varones que después de 8 años alcanzó el 95% no existiendo diferencia significativa. (12)

Los métodos modernos son más conocidos que los tradicionales; en mujeres el conocimiento aumentó en 3,3% (91,4% el 2003 y 94,7% en 2008) y en varones

¹² En las ENDSAs la medición del conocimiento se preguntó a la entrevistada/o sobre qué métodos conocía o de cuáles había oído hablar evitar un embarazo se le leía el nombre del método, se hacía una breve descripción y se indagaba nuevamente si había oído hablar de él. En este sentido, "conocer un método" no significa necesariamente que la mujer o el hombre tenga un buen nivel de información sobre el método; basta con que por lo menos lo conozca de nombre o tenga una idea de cómo se emplea. (6)

incrementó 1,8% (91,9% el 2003 y 92,9% para 2008). Para el 2016 estas cifras disminuyeron en comparación de 2008 en un 1,4% en las mujeres alcanzando el 93,3%, y en varones se mantuvo igual. (12) El conocimiento de métodos tradicionales en mujeres acrecentó en 2,9% (76,7% en 2003 al 79,6% para 2008) lo propio pasa en varones que amplió el 2,9% (80% el 2003 al 82,9% el 2008), porcentaje disminuyó para el 2016, llegando a 69,8% en mujeres y a 68,9% en hombres (12), situación que puede tener un resultado no adecuado, ya que son métodos aun predilectos en la sociedad boliviana. El conocimiento de métodos anticonceptivos modernos mantiene porcentajes totales superiores a 90%, tanto en hombres como en mujeres y las diferencias entre las ENDSA y EDSA no son significativas. (11)

Los MAC más conocidos en mujeres son; la píldora, DIU, inyectable trimestral, condón masculino y la abstinencia periódica/ritmo. En varones; el condón masculino, abstinencia periódica/ritmo, la píldora, el DIU y el inyectable trimestral, métodos anticonceptivos que también de manera análoga expresa los resultados de la EDSA 2016, también similares con la investigación realizada en Bolivia por Aliaga, Machicao, Garcia y Bury. (75) En otros países el conocimiento de métodos de PF es universal en ambos sexos, siendo los más conocidos; el condón, la píldora, la inyección y la esterilización femenina. Los métodos tradicionales como el ritmo son mencionados, pero en un porcentaje mucho menor.(88)

Ambos sexos tienen desconocimiento sobre el ciclo ovulatorio, situación que no mejoró, en mujeres el 38,4% el año 2003 y el 39% el año 2008 afirman conocerlo y para la EDSA 2016 esta cifra incrementa a 50,5%. En varones en 2003 el 39,8% afirmaban conocerlo y el 2008 descendió a 32,9%, para el 2016 no existe esta información en hombres. Las mujeres que recibieron información sobre MAC por el personal de salud, su uso de métodos modernos disminuyó en 2,1% (2003 fue 40,1% y 2008 el 38%). Lo propio sucede con mujeres que no recibieron información su uso redujo 1,1% (2003 el 28,4% usaba y el 27,3 el 2008). Mujeres que visitaron un centro de salud son las que más usan MACM, sin embargo, su uso redujo en 1,9% en el periodo de estudio (2003 el 33,2%, al 31,3% en 2008). Caso contrario ocurre en mujeres que no visitaron un centro de salud, cuyo uso curiosamente incrementó en 1,6% (2003 el 13,5% y el 2008 15,1%).

En varones la situación es diferente, ya sea que el personal del centro de salud les haya hablado o no sobre PF, incrementaron el uso. Los que no recibieron información su uso aumentó en 7% (37,7% el 2003 al 44,5% el 2008) y los que si recibieron información su uso incremento en 3,1% (2003 el 53,7% al 56,8% para 2008). Investigaciones demostraron que involucrar y exponer al varón a temprana edad sobre temas de PF y MAC, adoptan actitud positiva y apoyo hacia su pareja en el uso de MAC. (17,65,67,89)

5.1.2 Practicas

La prevalencia en las mujeres que alguna ocasión hayan usado un MACM, tuvo un valor de 42,2% el 2003 y 47,5% para 2008 (5.3% incremento) y para el 2016 se eleva a 59,8%. La proporción de hombres de 15 a 49 años que alguna vez usó cualquier MACM también tuvo variación en los últimos años, pero en menor medida que las mujeres, de 63,2% en 2008, incrementando a 74% en 2016.

La prevalencia de uso actual de cualquier método anticonceptivo en mujeres en el año 2003 era de 39,3%, para el año 2008 llega a 41,4% y ocho años posteriores para el año 2016 llegó a 46,3% según la EDSA. (6,12) Según la ONU el uso de MAC varía de acuerdo a países, la prevalencia de uso de métodos modernos en Bolivia es de 34,9% y Ecuador del 58%, resaltando la elevada prevalencia de uso de métodos tradicionales 23,5% y 14,6% respectivamente. Contrario en países como España, Francia y Suecia que tienen alta prevalencia de uso de MACM (66%, 76.5% y 64,8%) y baja prevalencia de uso de métodos tradicionales (5.7%, 5.3% y 10.4%). (3,30). Ponce de León y colaboradores afirman que Haití tiene menor prevalencia de uso de MACM 31,3%, seguido de Bolivia 34,6%, mientras que Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Paraguay alcanzan al 70%, destacando en Bolivia que más del 20% de las mujeres usan métodos anticonceptivos tradicionales (6). Si tomamos en cuenta el uso actual de un MACM en la mujer al momento de la entrevista, los resultados están por debajo de los anteriores, sin modificación entre 2003 al 2008 (23,7% y 24% respectivamente) y en relación a 2016 este se encuentra en 32,4%, prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en Bolivia que aún están por debajo de la media de Latinoamérica y El Caribe, la cual alcanza una prevalencia de uso de cualquier método para el 2016 de 73% y de uso de métodos modernos del 67%. (6,11)

Se advierte también un importante uso de métodos tradicionales en hombres, los cuales en el 2003 el 36,9% los usaban, para el 2008 usaban en un 57% y para el 2016 llegó al 52% permaneciendo elevado, con porcentajes de 38,7% en el caso del ritmo y 36,5% en el retiro, existiendo en este último un aumento respecto al 2008. (2008 llegó a 26,2% para el 2016 alcanzó el 35,3%). Como se puede observar no existió a través de los años un cambio significativo en relación del uso de métodos anticonceptivos en Bolivia. Por ello se puede afirmar que en el caso de métodos anticonceptivos, particularmente los modernos, la brecha entre el conocimiento y la práctica permanece significativa. (6,11,12) La investigación de Aliaga, Machicao, García y Bury en Bolivia determinaron que la mitad de las mujeres sexualmente activas no usan ningún método y un 10.6% usa métodos tradicionales, es decir el 61.3% de mujeres que no usan MACM. (75)

De acuerdo a edad, las mujeres adolescentes son quienes menos usaron algún MACM, el 2003 el 10,2% usaba y el 12.5% para 2008 (2,3% de aumento). En mujeres de 20 a 49 años en el mismo periodo incremento del 51.1% al 56,6% (5,5% más). Según el uso actual de un método moderno al momento de la entrevista el 94% de las adolescentes no usaban MACM (4,6% el 2003 y 6,1% el 2008) porcentaje muy bajo que solo aumentó 1,5%, para el 2016 se encuentra en 6,8%, no presentado modificación representativa. (12). En Bolivia la población adolescente vive una situación de vulnerabilidad y riesgo, debido al inicio temprano de actividad sexual y bajo uso de métodos modernos, coincidiendo con Córdova en su estudio analítico en Bolivia el año 2012. (76) En mujeres de 20 a 49 años disminuyó el 0.5% el uso de MACM al momento de la entrevista (29,1% el 2003 al 28,6% en 2008). Sánchez y Leiva afirman que estar entre 30 a 35 años reduce la probabilidad de usar MAC, podría deberse al hecho de tener una relación de compromiso mayor (matrimonio o unión libre), lo cual llevaría a una menor tasa de uso de métodos.(90)

En Bolivia los métodos más usados al momento de la entrevista en mujeres son; la abstinencia periódica/ritmo, la inyección y el DIU. En el periodo de 5 años no se modificó la práctica de la abstinencia periódica como método predilecto, uso que incremento en 1% (13,7% el 2003 al 14,7% en 2008). Similar resultado si uso alguna vez un método anticonceptivo; la abstinencia periódica en primer lugar, la inyección, el condón masculino, DIU, retiro y la píldora.

En varones que usaron alguna vez MACM y tradicionales incrementó 2,2% (67,6% el 2003 y 69,8% el 2008). En relación si el varón uso alguna vez un MACM, la prevalencia fue ascendente del 2003 a 2008 en un 5,7%. (40,9% al 46,6% respectivamente). Según edad en los adolescentes varones disminuyó el uso en 0,7% (23,4% el 2003 al 22,7% el 2008), en varones mayores de 20 años el uso incrementó 7% (45% el 2003 a 52% el 2008). Los métodos más usados por hombres son: la abstinencia periódica/ritmo, condón masculino y el retiro, con poca variación en el periodo de estudio. En ambos sexos la preferencia y mayor uso de la abstinencia periódica/ritmo es llamativa. La preferencia a los métodos tradicionales sigue presente para los resultados de la EDSA 2016.

5.1.3 Sociodemográficos

El uso de MACM al momento de la entrevista, la mujer que tenía un trabajo los últimos meses presenta 3% mayor uso en relación a las que no lo tenían. Mujeres que trabajaron incrementó el uso 0,5% (24,7% el 2003 al 25,2% el 2008) y quienes no el uso cayó en 0,9% (22,1% el 2003 al 22% el 2008). Varones quienes tuvieron un trabajo los últimos doce meses, incrementó el uso de MACM en 7,7% (41% el 2003 a 48,7% el 2008) y los que no tuvieron un trabajo el uso disminuyó en 2,5% (40% el 2003 a 37,5% el 2008).

En relación al nivel instructivo y uso de MACM, existe diferencia de 1% entre mujeres que tienen adecuada instrucción y las que no. En mujeres sin nivel instructivo adecuado, incrementó el uso en 1,3% (22,2% el 2003 al 23,5% el 2008), y las que tienen una instrucción adecuada disminuyó el uso en 0,9%. (2003 el 25,3% y 24,4% el 2008). Según alfabetismo, extrañamente mujeres analfabetas el uso de MACM incrementa en 2,9% (2003 el 17% y 19,9% para 2008), en mujeres alfabetas se reduce el uso 0,1% (2003 el 24,5% y 2008 el 24,4%). En varones quienes no tienen instrucción adecuada incrementa el uso de MACM en 2,6% (23,3% el 2003 al 26% en 2008). Los que tienen instrucción adecuada el uso también aumenta en 4% (55% el 2003 a 59% el 2008). Varones analfabetos disminuye el uso 0,3% (9% el 2003 a 8,7% el 2008), y quienes son alfabetos incrementa el uso en 5,7% (42,5% el 2003 a 48,2% el 2008).

En relación a la pobreza y uso MACM, en el transcurso de 5 años no existió un incremento claro. Las mujeres que no están en pobreza el uso es mayor e incrementó 0,6% (2003 el 26,2% y 2008 el 26,8%). Mujeres en pobreza disminuyeron el uso en 2% (18,4% el 2003 y 18,2% en 2008). Si bien existe una diferencia en el uso de MACM entre las mujeres

que están en pobreza y las que no, esta no es tan grande, situación similar encontrada en la investigación de Ponce de León, y colaboradores (6), de acuerdo a clasificación combinada de riqueza y área de residencia no existe diferencias importantes. En varones en relación a la pobreza, el uso de MACM incrementó en ambos casos, varones que no están en pobreza aumentó el uso 6,6% (52,6% el 2003 y 59,2% en 2008), y los que están en pobreza también incrementó el uso en 3,1% (19,4% el 2003 al 22,5% para 2008).

5.2 Resultados Comparativos del Modelo de Regresión Logística

5.2.1 Conocimientos

En relación a los resultados del Modelo de Regresión Logística, se determinó como factores de riesgo para no usar MACM en mujeres; la falta de conocimiento de; inyectable trimestral, esterilización femenina, esterilización masculina, MELA y quienes no recibieron información por parte del personal de salud. En varones los factores de riesgo a no usar MACM son no conocer; el condón/preservativo, esterilización femenina, coito interrumpido/retiro, anticoncepción de emergencia y quienes no hablan con el/los hermanos, amigos y vecinos sobre PF.

De acuerdo a los resultados, podemos suponer que ambos sexos no tienen un conocimiento adecuado sobre MACM y métodos tradicionales, conllevando mayor riesgo a no usar MACM. Investigaciones como la realizada en México el 2010, afirma que las personas que recibieron una adecuada información sobre MAC e ITS, tienen 8,4% mayor probabilidad de uso de MACM en relación a los que no cuentan con información. (91) Nicolaeva en su investigación analítica en Bolivia el año 2010, afirma que las mujeres de habla indígena que recibieron información sobre PF mediante un poster, presentan mayor tendencia al uso de anticonceptivos en comparación a mujeres que no contaron con esta fuente de información. (92) El problema mayor es en adolescentes, quienes hasta ahora no han sentido que el sistema de salud se preocupe por ellos, debemos entender que sus necesidades son diferentes, y las políticas de salud no van acordes con sus requerimientos y generalmente responden a lo que los padres de familia necesitan o exigen. Diferentes estudios realizados en Bolivia y otros países, concuerdan que las mujeres inician vida sexual a temprana edad (40.2% entre 16-18 años, 25.7% de 19-21 años y 12,6% entre 22-25 años), su conocimiento de MAC es incorrecto y el uso es bajo, ya que no existe suficiente y/o adecuada educación e información sobre el uso correcto, ventajas y

desventajas, como y donde adquirirlos; razones para no usarlos y no adoptar el hábito del uso continuo de los mismos. (64,75,91,93) Resultados consistentes con el estudio de Casique (94) según el cual, el uso de anticonceptivos está asociado al conocimiento que los adolescentes tienen, lamentablemente ellos tienen un conocimiento incorrecto y señalan como más efectivos los métodos tradicionales que son usados de manera incorrecta. (95) Taborga, Yaksic y Castro añaden que los MAC que conocen adolescentes embarazadas y madres adolescentes bolivianas son el ritmo calendario, el coito interrumpido y ocasionalmente el condón.(64) Es importante mejorar a través de nuevos enfoques y paradigmas, una nueva y mejor educación sobre el uso de MACM, Castañeda, Ortega y Reyes concuerdan que a mayor conocimiento sobre los factores de la seguridad sexual, mayores serán las posibilidades para mejorar su uso. (57,96)

Las mujeres que no conocen del MELA presentan 29% de riesgo a no usar MACM a comparación a las que sí conocen, probablemente las mujeres que utilizan este método creen que por dar de lactar no pueden volver a embarazarse. Villar y colaboradores, afirman que el desconocimiento del MELA, es mayor en las jóvenes, amas de casa y mujeres con baja escolaridad, situación que lleva a mayor riesgo de un nuevo embarazo, ya que para obtener seguridad anticonceptiva el MELA sólo se recomienda a mujeres que llenen los requisitos enunciados en el Consenso de Bellagio¹³. (97,98)

Mujeres que no recibieron información sobre PF por parte del personal de salud en Bolivia tienen 31% de riesgo a no usar MACM, este hecho probablemente pueda deberse a que las políticas y el personal de salud no estén adecuados a las necesidades de la población, existiendo deficiencias en la información y educación en estos temas, sumado a ello la escasa cantidad de personal de salud, con tiempo limitado de trabajo y cumplimiento de otros compromisos de salud, entre otras causas, pueden ser razones que no exista un óptimo resultado en este tema, brindando información superficial, carente de un enfoque de derechos y no se trata el uso de MAC de una manera integral. Los medios de comunicación no cumplen un papel educativo, desaprovechando la oportunidad en

¹³ Consenso de Bellagio que establece: “Cuando una madre amamanta a su hijo completa o casi completamente y permanece en amenorrea” (haciendo caso omiso de cualquier sangrado vaginal que ocurra antes de los 56 días de postparto) tiene una protección mayor del 98% durante los primeros seis meses después del parto.

educación de SSR y PF. (98) Y es que ahí nace una pregunta y reflexión ¿realmente estamos cumpliendo de manera adecuada y eficiente la información, educación y promoción en PF y AC en Bolivia? Morales indica que es importante contar con información del impacto y resultados que ha logrado la promoción y difusión de estos servicios, ya que el desconocimiento o inadecuado mensaje en la promoción de PF y AC, lleva a la ausencia de adecuados conocimientos, actitudes y prácticas sobre el tema. (99)

Como factores protectores en las mujeres en la presente investigación fueron el desconocimiento del ciclo ovulatorio, abstinencia/ritmo y del coito interrumpido, probablemente puede estar relacionado a mujeres quienes han experimentado episodios nada gratos (separación de pareja, embarazo no planificado, aborto), más el desconocimiento y desconfianza de los métodos tradicionales y su escasa eficacia, tienen mayor probabilidad de usar MACM, debiendo superar sus prejuicios, miedos y vergüenza, quizá sea un grupo no mayoritario, sin embargo prefieren el uso de un MACM, ya que notan que no existe acompañamiento de sus parejas.(64) En Bolivia el varón no tiene participación en la SSR, PF y uso de MAC, dejando la responsabilidad a la mujer, a ello se añade que los Seguros Públicos y Programas de SSR, han centrado su atención solo a mujeres, descuidando hasta ahora la participación de los varones¹⁴. Investigaciones describen la marginación de los hombres en el proceso reproductivo, lo que conduce a no acompañamiento a su pareja en el embarazo, parto o para evitar una muerte materna. (63) De La Cruz y colaboradores en el Perú, afirman en parejas donde el hombre desconoce del uso de anticonceptivos fueron más proclives a no practicar la PF (OR 1.57), en relación que las parejas en las que el hombre sí lo conocía, el conocimiento de AC y actitudes hacia la PF en los hombres, se asocia a la aceptación, la promoción y práctica de la PF. (17,65,67) Investigaciones en Colombia, México, Venezuela, demostraron que sumado a la falta de conocimientos y actitudes inadecuadas de varones, ellos obtienen información distorsionada y sensacionalista, como resultado la práctica no es adecuada. (17,52,63)

¹⁴ Los varones de acuerdo a protocolo de los Seguros Públicos no pueden acceder, por ello deben adquirir un método anticonceptivo como el preservativo en una farmacia u otro lugar.

Bolivia presenta un bajo porcentaje de adolescentes que asisten a un Centro de Salud para consultar y obtener información sobre la salud sexual, situación que también llama la atención por su bajo porcentaje de solo 17,2% en mujeres que buscan información sobre planificación familiar en un establecimiento de salud público o privado según la EDSA 2016, por ello se deben lograr los criterios que desarrollo la OMS para garantizar que las mujeres y los hombres de todo el mundo tengan acceso a servicios de planificación familiar seguros y de alta calidad. (12). Investigaciones describen varios obstáculos entre ellos está; temor o vergüenza para hablar sobre sexualidad, al ser menores de edad no acceden a la atención sin la presencia de un adulto, (57,76) otras investigaciones indican que por parte del personal de salud y de farmacias existencia de; maltrato, mirada de discriminación y juzgadora, en función a la edad, clase socioeconómica o vestimenta, reclamo a las adolescentes por estar embarazadas, no hablan el idioma nativo, y tienen dificultad para brindar información. (10,64,72,87,93) Son algunas razones de la falta de confianza en el personal de salud, por prejuicios sociales o tabús entre algunos profesionales en consultas de sexualidad, añadiendo que en muchos consultorios no hay suficiente espacio para dar asesoramiento confidencial, no permitiendo hacer preguntas o despejar dudas, creando insatisfacción, información y uso inadecuado del MAC. (77,93)

Por las características conservadoras en las familias bolivianas sobre temas de SSR “como tema tabú”, un bajo porcentaje de adolescentes hablan con sus padres, por la incomprensión a la vida sexual que tienen sus hijos, tocar estos temas es muy difícil. (17,57,65,76) Las/os adolescentes en Bolivia, consideran que los padres y madres de familia son las personas más confiables para orientar de manera responsable, pero no lo hacen. Estudios afirman que una buena relación de hijos involucrando a los padres, es un factor protector e incide positivamente a la decisión de retraso de inicio de relaciones sexuales y probabilidad de uso de métodos anticonceptivos. Una persona que experimenta apoyo y sostén económico tiene una probabilidad 17% más de uso de MAC, en relación a una persona que vive en maltrato o indiferencia. (64,91,100–103)

Otra realidad en Bolivia es que no se brinda educación en SSR, PF y AC en escuela o universidad, donde los profesores tienen vergüenza hablar de sexualidad. (75,77) Por ello prefieren buscar información de fuentes informales, como amigos o amigas, compañeros de clase y lógicamente la información recibida no es adecuada.(76) La presente investigación, determinó que los varones que no hablan con amigos, vecinos, el o los

hermanos sobre PF y AC tienen entre 33% y 75% mayor riesgo a no utilizar métodos modernos, resultados similares a investigaciones de Ávalos, y colaboradores, como de Nicolaeva, señalan que las redes sociales y amigos como fuente de información sobre la PF está relacionada con un mayor uso de MAC (6.3 veces más alto que las mujeres que no declararon la existencia de esta fuente de información). (91,92)

5.2.2 Prácticas

Se determinó que las mujeres quienes no usaron algún método moderno como el DIU, el inyectable trimestral, el condón o el MELA, presentan mayor riesgo de no usar un método moderno, a comparación de las que si usaron. Estamos hablando prácticamente de más del 50% de MEF que no usan o usaron MACM en Bolivia, y teniendo preferencia en el uso de los tradicionales, coincidiendo con la investigación de Velasco y colaboradores (77) Yago y Aznar, afirman que no utilizar ningún MACM o utilizar métodos tradicionales durante la primera relación sexual y manifestar inconvenientes en la utilización de los distintos MAC, son factores predictores de embarazo no planificado, que coincide con otra investigación en México el 2017 (OR 11.5), contribuyendo Villalobos y colaboradores, quienes señalan que la falta de uso de anticoncepción durante la última relación sexual se asocia con el desconocimiento sobre la efectividad de los MACM. (95,104,105)

En Bolivia es preocupante la preferencia y mayor uso del método abstinencia periódica o ritmo (mujeres 35,8% y varones 50,4%) prevalencia muy alta en comparación de otros países, donde los MAC de elección son los modernos tanto en adolescentes y adultos. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer no son adecuados, porque su eficacia depende de relaciones estables, motivación de la pareja y ciclos ovulatorios regulares. (36,105) El desconocimiento sobre el periodo fértil de la mujer es llamativo, solo el 39% de mujeres y 33% de los varones lo conocen, y sin embargo la abstinencia periódica/ritmo es el más utilizado.(88) Los adolescentes bolivianos no asumen responsabilidad en sus acciones y tienen relaciones sexuales sin protección prefiriendo los métodos naturales, exponiéndose a embarazos no planificados, abortos, ITS. (64,75,93) Estudios analíticos concluyen que la mayoría de los programas enfocados en la abstinencia no obtienen los resultados esperados, mientras que programas de educación

sexual integrales dan resultados importantes en el uso de métodos modernos y retraso en el inicio de las relaciones sexuales tempranas. (91)

En relación a la oferta, acceso y obtención de MACM existen barreras como; baja utilización de los servicios de salud, falta de educación sexual, poca oferta de servicios de SSR y PF, falta de información de efectos secundarios, desconfianza de la población, factores económicos y socioculturales. Investigaciones en Bolivia, describen en mujeres la existencia de la barrera cultural, la cual afirma que la PF es un “derecho para personas adultas”, provocando que mujeres adolescentes tengan temor y vergüenza de solicitar servicios de anticoncepción, en algunos Centros de Salud no disponen o no ofertan la gama completa de MACM, presentan desabastecimiento y existen problemas en la atención. En relación a la salpingoclasia y vasectomía que debieran ser parte de la oferta de métodos anticonceptivos, pocos centros ofertan, o si lo hacen es solo a mujeres con muchos hijos. (10,64,72,77,87,93) Otro obstáculo en Bolivia es el procedimiento de adquisición de AC en el sector público, proceso administrativo demasiado burocrático, la usuaria debe obtener el recibo-recetario firmado por un médico, largas filas para la consulta médica, ir a enfermería y recién obtenerlo, lo cual ocasiona que no acudan.(13) Asimismo mitos o creencias acerca de los MAC, por razones religiosas con oposición a su uso señalando que son abortivos y priorizan el uso de métodos naturales.(34,75)

De acuerdo a los resultados del presente estudio, los varones quienes no adquirieron preservativo o condón de la farmacia (54% y 2 veces mayor riesgo), en una tienda (72% riesgo), en otros lugares (4 veces mayor) y aquellos que no tienen posibilidades de conseguirlo (7 veces mayor), presentan mayor riesgo de no usar MACM. El preservativo o condón es uno de los métodos más conocidos, pero no el más accesible, en primer lugar, los Seguros Públicos anteriores y vigentes, establecen como beneficiarias solo a las mujeres y los varones excluidos deben comprar en farmacias u otros lugares. Las políticas aún no tienen desarrolladas intervenciones dirigidas a varones y permanecen con la lógica de una sociedad conservadora y machista, con atención incipiente a adolescentes y a personas de diferente género.(63,64) Los adolescentes ven el condón como la opción más accesible, pero tienen temor y vergüenza de solicitarlos, ¿porque no facilitar su obtención?, y así existieran otros lugares de mayor accesibilidad como tiendas de barrio, en escuelas u otros lugares con fácil acceso. Si bien el uso del condón incremento para el 2016 aún persisten barreras ya mencionadas, método que es suministrado principalmente

por el sector privado, siendo la farmacia el principal proveedor en un 77,3%. (12) El condón ha sido revalorizado por la aparición de ITS, es seguro, efectivo y reversible, razón en todo sentido para enseñar y estimular su uso al varón. (36,105,106). Planes y colaboradores, señalan que los jóvenes que perciben los beneficios del condón son más propensos a utilizarlo, asimismo mujeres de 19 y 25 años con actitudes positivas hacia el uso del condón son buenos predictores de su utilización. (107,108)

En Bolivia otro factor que dificulta el acceso y/o adquisición de MACM es el área de residencia. Mujeres y varones que residen en área urbana, utilizan más frecuentemente los MACM, mientras en el área rural e identificación indígena recurren con más frecuencia a métodos tradicionales y son menos propensos al uso de métodos modernos, lo cual está relacionado significativamente con mayor número de hijos.(92) Resultado diferente a investigaciones realizadas en México el año 2010 y Costa Rica el 2016, las cuales afirman que las personas de zonas urbanas presentan menor probabilidad de uso de anticonceptivos en relación a la zona rural 4.8% menor. (90,91,109) Debemos afirmar que el uso de MACM en mujeres en ambas áreas, no sufrieron modificación significativa, mujeres del área rural el uso incremento 0,6% (2003 el 18,1% a 18,7% para 2008), y mujeres del área urbana aumentó el uso en 0,5% (2003 26,2% y 2008 el 26,7%). Nicolaeva señala en relación al uso de métodos tradicionales en mujeres bolivianas no encontrar diferencia por área geográfica o etnia, sin embargo mujeres rurales recurren con mayor frecuencia a los métodos tradicionales. (109) La elevada fecundidad en la población indígena se debe a que solo el 34% conocen sobre el uso de MACM dirigidos a la mujer, evitan su uso por temor y rechazo, además de no contar con referentes culturales para explicar los efectos secundarios, (110,111) así también se caracterizan por estar aisladas geográficamente, inaccesibilidad e inadecuación a las normas sociales y culturales, idioma (Quechua, Aymara, Guaraní u otro idioma indígena), falta de infraestructura, de provisión de salud, comunicación vial, pobreza, bajos niveles de educación. (10,75,109,110) Brecha entre el área rural y urbana que todavía se mantiene donde la preferencia es por métodos tradicionales, como también el acceso como limitante, y en área urbana la decisión de uso está fuertemente vinculada con la pareja, según la EDSA 2016. (12)

En varones según la residencia la diferencia en el uso es notoria, en ambos casos existe un incremento mayor en el uso de MACM; en varones de área rural incrementó el 3,4%

(21,4% el 2003 al 24,8% para 2008) y para los del área urbana subió un 7,8% (51,2% el 2003 y 2008 el 59%). En ciudades capitales y municipios grandes las personas tienen una diversidad de Centros de Salud, Farmacias y otros lugares donde pueden adquirir MAC, sin embargo persiste temor, vergüenza y el costo, situación coincidente en la investigación de Gómez y Duran (106), obstáculos que incrementan en el área rural y municipios pequeños, ya que la existencia de Centros de Salud y Farmacias es reducida, por lo cual adquirir MACM se complica por considerarse un tema “tabú”, temor a la falta de confidencialidad ya que en el pueblo “todos se conocen” es muy fácil su divulgación, por ello los adolescentes no están cómodos, por temor a que avisen a sus padres, situación similar encontradas en investigaciones de González y Cols, como también de Millán y Cols. (16,17,64,100,112,113) Ante esta realidad como estrategia para adquirir AC, los adolescentes se proveen en municipios vecinos o ciudades capitales, sin embargo muchos de ellos adoptan usar métodos naturales convenciendo a su pareja de su efectividad.(64) Investigaciones afirman correlación positiva entre el uso del condón en la primera relación sexual y su empleo en relaciones posteriores, produciendo hábito de usarlo y tomar decisiones más sanas. (95,114,115) A ello se suma diferencias entre regiones, donde mujeres y varones que viven en los Llanos tienen uso de MACM en relación a los Valles y particularmente en el Altiplano, ello, relacionado con características culturales y tradiciones que a continuación se describirán.

5.2.3 Actitudes

Las mujeres que no toman decisiones sobre el uso de MAC presentan un 42% para el 2003 y un 67% en 2008, mayor riesgo a no usar métodos modernos, en relación a las que si toman decisiones, riesgo que incrementó entre ambas ENDSAs. En Bolivia la sociedad continúa con un sistema patriarcal y machista, el varón toma las decisiones en el hogar y sobre la vida de la mujer, cuyos roles están definidos desde la infancia. De la misma manera ocurre en el tema de SSR, existiendo el pensamiento que la mujer está concebida para ser ama de casa, tener hijos/as y cuidar de ellos, mientras el varón busca el sustento diario y toma decisiones, investigaciones en Bolivia, hacen referencia a creencias y actitudes hacia la PF, que están significativamente asociadas con la probabilidad del uso de anticonceptivos. (92) La falta de autonomía sexual y reproductiva de la mujer depende de normas y creencias socioculturales, que son importantes en la decisión del uso de MAC. Una de cada tres mujeres responde que la decisión fue tomada unilateralmente por

su pareja, otras mujeres sienten ser juzgadas y no estar cómodas con decidir su uso, porque “está mal visto”, la influencia de la comunidad y parientes, influyen en la decisión de la mujer sobre el uso y número de hijos, pero el esposo se convierte en la barrera principal. Según la EDSA de 2016, 1 de cada 4 mujeres la decisión de usar métodos anticonceptivos, fue tomada por la propia mujer, registrándose mayores porcentajes entre las mujeres de 30 a 44 años. (12,75,109,110) Muchas mujeres bolivianas expresan su impotencia frente al comportamiento y oposición al uso de anticonceptivos, como también los varones se resisten a usar el condón cuya percepción y excusa es que les quita sensibilidad y placer.(75,76) Estudios señalan que los hombres pueden apoyar y alentar los servicios de SSR de manera significativa e integral, por ello es importante involucrarlos, integrando a las familias, comunidades, y autoridades tradicionales, así poder lograr responsabilidades entre hombres y mujeres de acuerdo a la cultura y normas entorno a la sexualidad, las actitudes de aceptación hacia la PF en varones constituye un factor importante y de gran influencia en la promoción y práctica de la PF, (17,52,63,67) por lo cual priorizar en ambos sexos la toma de decisiones individuales es imperante. En otras investigaciones se encontró que el bajo conocimiento en el uso y la negociación del condón incrementó 4 veces el riesgo de no usar MAC durante la última relación sexual en el caso de las mujeres (OR=3,5), resultado congruente con el trabajo de Potard y colaboradores donde afirma que las actitudes individuales son los mejores predictores de la intención de uso del condón principalmente en las mujeres.(116) De acuerdo a un estudio analítico en Bolivia, el efecto de la discusión de PF con la pareja no tiene una relación significativa con el uso de MAC, es decir, las mujeres que desean tener un menor número de hijos tienden generalmente a cumplir este deseo, Nicolaeva encontró asociación de uso de MAC con el mayor número de hijos, justifica que las mujeres con mayor número de hijos tienden a controlar deliberadamente su comportamiento reproductivo recurriendo al uso de MACM o tradicionales.(92) Por ello es frecuente la asistencia a consulta de la mujer a “escondidas”, solicitando orientación, elección y uso de MACM, pidiendo “confidencialidad” para que la pareja no vaya a enterarse. La decisión del uso de MACM de manera escondida viene con otras dificultades, como vivir con temor a que sus parejas descubran su uso, falta de información acerca del método, efectos secundarios y falta de la protección contra las ITS. A pesar de que no están rechazando el machismo de manera pública, están dando un paso hacia el rechazo del

sistema patriarcal en el que viven. Esta situación debe mejorar así las mujeres ya no tengan que sufrir las consecuencias de no usar anticonceptivos, o usarlos a escondidas, ya que al final, el uso escondido es una “libertad sin libertad”. (117)

En relación a los adolescentes, Mendoza, Claros y Peñaranda (53) demuestran que las relaciones sexuales se ven influenciadas y presionadas por el ambiente, contexto social, y comportamiento o percepción de pares o amigos. Las adolescentes en Bolivia consideran que la relación sexual ocurre por iniciativa de los hombres, quienes en la mayoría de los casos presionan emocionalmente; en otras ocasiones surgen a iniciativa de las mujeres.(64) Así también la decisión de usar un MAC es una atribución de la pareja masculina quienes atribuyen la responsabilidad de protegerse a la mujer, ya que ella es la que quedaría embarazada.(93) Los varones están ausentes para tomar responsabilidad frente a un embarazo no deseado y para compartir la decisión de interrumpirlo o no, recayendo sobre las mujeres consecuencias sociales, económicas, y de perspectivas futuras de vida. (53,75,76) Muchos embarazos no deseados de adolescentes como en mujeres adultas, han sido producto de la violencia sexual, agresiones, y de situaciones menos evidentes como el acoso sexual o el chantaje emocional. (63)

En Bolivia más del 22% de las mujeres en unión reportan haber sido empujadas, golpeadas con las manos o los pies, con objetos, intentando ser estranguladas o tener relaciones sexuales forzadas, es más, en un informe del PNUD de junio de 2021 mostró verdades alarmantes: el 60% de las mujeres bolivianas sufrieron algún tipo de violencia intrafamiliar, frente al 30% a 35% de Colombia, Ecuador y Perú, y sumando a ello la tasa de feminicidios en Bolivia es la más alta de América. (118) Córdova asocia el consumo de sustancias psicoactivas antes de la relación sexual (bebidas alcohólicas y marihuana) y el haber tenido una relación informal o casual, otras investigaciones coinciden en la asociación entre el consumo de alcohol o drogas durante la relación sexual y embarazos no deseados, estar asociados (OR=3) a sexo inseguro no usando MACM (13,76,95)

Por su parte los varones que no desean tener más hijos o están indecisos tienen del 49% al 57% mayor riesgo a no usar MACM, y las razones son ligadas a las explicaciones que se vertieron anteriormente, en la que el varón no asume su deber en el proceso de SSR, dejando esta responsabilidad a la mujer, situación que ocurre en todos los estratos socioeconómicos de la población boliviana. (77) Los hombres quienes que consideran el

número ideal de hijos sean más tres aumenta la posibilidad de usar MACM en un 51%, en relación a aquellos que consideran tener menos de tres hijos, esta actitud inversa demuestre una doble moral por el “machismo”, como explica la investigación de Rojas,(119) fenómeno que ocurre debido al cambio generacional y la forma de adaptarse a nuevas exigencias socioeconómicas de un país que va mejorando en su desarrollo humano, algunos de estos varones tienen definido a nivel individual menor número de hijos, que pueden mantener con su salario (promedio 3 hijos), en otros casos que aún no definen el número tienen clara la idea de no contar con un salario para tener una familia grande como las de sus progenitores. Por ello consideran como deseo interno y poco expresivo tener pocos hijos y brindarles mejores condiciones de vida y un nivel de escolaridad mayor que el alcanzado por ellos, lo que ocurre generalmente cuando migran a los llanos.

5.2.4 Sociodemográficas

Las mujeres que no vieron televisión el año 2008 presentan 48% de riesgo a no usar MACM, situación que cambió en los años ya que en el 2003 era protector, esto probablemente puede deberse a que en Bolivia existen aún hogares que no cuentan con electricidad, o no tienen TV, como también la programación de la TV presenta un enfoque dirigido al entretenimiento, publicidad e información de noticias a momentos sensacionalista, más la emisión de temas educativos dirigidos a la población prácticamente son escasos, no brindan orientación sobre temas de SSR, PF, ITS, coincidiendo con la investigación de Morales quien encuentra de la misma manera que no se hace una correcta promoción sobre PF en medios de comunicación.(99) Por lo cual, tanto varones como mujeres buscan y adquieren información sobre PF y AC de otras personas, de acuerdo a Nicolaeva (92) el acceso de la mujer a medios de comunicación, como el teléfono y la TV, está relacionado significativamente con menores niveles de fecundidad y asociado a mayores niveles de uso de anticonceptivos en mujeres rurales y de habla indígena, por lo cual es importante que los medios de comunicación cumplan un rol educativo. Situación que aún persiste de acuerdo a la EDSA 2016, que si bien en mujeres se afirma que aumento en 3% los mensajes por TV, disminuyeron por radio casi 10%, se suman a ello factores como los mensajes que no se adaptan al idioma, nivel de instrucción y pobreza. Se incorpora la información por internet el cual ocupa el tercer

lugar después de la TV y radio (12), medio el cual se debiera explotar de manera adecuada en la actualidad.

Yago y Aznar como Gómez y Montoya, indican que las mujeres quienes tuvieron un inicio precoz de vida sexual antes de los 15 años tienen 1,56 veces el riesgo de quedar embarazadas, en relación a las que comenzaron su vida sexual a una edad superior, y por ende un incremento del riesgo de embarazos no deseados. (105,110,120,121). En Bolivia la edad de la primera relación sexual está relacionada a características culturales, por ejemplo, en la cultura Aymara si la mujer tiene su primer hijo a la edad de 35 es criticada, de igual forma si lo tiene a temprana edad. En cambio, la cultura Guaraní fomenta al matrimonio a temprana edad incentivando a la fecundidad.(110) Las mujeres con más de 4 hijos presentan 23% de riesgo a no usar MACM en relación a las que tienen menos hijos, es ahí donde se nota el impacto las inequidades y desigualdades de género en SSR, barreras al acceso a servicios de PF, dificultades en decisiones que reduce la capacidad de negociación con la pareja, por lo cual el número de hijos son numerosos. Sin embargo eso conduce a que algunas mujeres cambien de actitudes, existiendo mujeres que conviven con la pareja y tienen más de 4 hijos que toman la decisión individual a usarlos, siendo más proclives a usar métodos modernos, (31,34,37,92,121)

En mujeres cuya pareja no vive en casa tienen 64% de riesgo a no usar MACM a comparación de las mujeres cuya pareja convive en casa, así como, las mujeres que no tuvieron más de una unión tienen 41% mayor riesgo a no usar MACM en comparación a las que tuvieron más de una pareja, resultado lógicamente esperado. Carmen de la Cuesta, en su estudio muestra como factores sociales, la convivencia con la pareja y las emociones inciden en el embarazo y no uso de MACM, en el caso de las adolescentes el riesgo de embarazo aumenta 16,4 veces quienes tienen convivencia con su pareja y el no uso de MACM (31,34,37,92,121) Los embarazos en Bolivia se caracterizan porque son mujeres adolescentes incluso menores de 14 años, con baja escolaridad, están en unión estable con sus parejas o mayormente solteras y autoidentificándose étnicamente mestizas o indígenas. Cerca de 18% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas y al menos mitad de estos embarazos no fueron planificados. (53,64,92) Una de cada dos mujeres afirma haber enfrentado al menos un embarazo no deseado, y más de una de cada diez afirma haber realizado un aborto inducido, no estamos hablando de

casos excepcionales, estamos hablando de la vida cotidiana de miles de mujeres en Bolivia. (75)

Varones que no tuvieron un hijo/a antes de los 19 años, como los que no tuvieron más de una unión, presentan 32% de riesgo a no usar MACM en comparación a los que sí lo tuvieron, resultados también esperados. Córdova encontró relación significativa en los varones con el inicio de vida sexual precoz (antes de los 16 años) con las variables como provenir de una familia disfuncional, falta de acceso a información sobre sexualidad, consumo de sustancias psicoactivas antes de la relación sexual y el haber tenido una pareja sexual informal o casual. (76) La diversión y del uso del tiempo libre, como componente infaltable de fechas festivas, tradiciones, consumo de bebidas alcohólicas, traen consigo relaciones sexuales con o sin consentimiento, causantes del embarazo en la adolescencia; en muchas ocasiones ocurren en el entorno familiar, por sus parejas y/o personas desconocidas, lógicamente sin uso de un MAC (64) El matrimonio infantil¹⁵ en muchos casos es el resultado de esas situaciones, efectos que comprometen la salud de la niña, repercute en lo social, económico, desarrollo de las comunidades y de un país. La investigación realizada sobre la prevalencia del matrimonio infantil en ALC, Guyana, Ecuador y Paraguay presentan el 11% al 20% de sus mujeres de 20 a 24 años que se casó antes de los 18 años, del 21% al 30% en Bolivia, Colombia, Ecuador y el 36% al 40% en Brasil. (52) Son jóvenes y se sintieron frustradas en su etapa de la adolescencia y se dieron cuenta que tienen proyectos de vida, como completar la educación escolar, o ya no desean tener más hijos/as de diferentes personas, por lo cual deciden mayor tendencia a usar MACM, muchas de ellas recién reciben y buscan mayor información sobre MAC después del primer embarazo, sin embargo ello no ocurre en todos los casos ya que mayoritariamente aceptan algún método natural, lo cual es un gran problema, hecho que hace sospechar que la promoción de la abstinencia sexual no es la principal estrategia para prevenir embarazos. (53,64,75)

¹⁵ Matrimonio infantil; se define como cualquier unión legal o unión habitual entre dos personas, de las cuales una o ambas están por debajo de los 18 años de edad. El matrimonio antes de los 18 años es una violación de los derechos fundamentales.

Las mujeres quienes tienen una ocupación pero no son profesionales, como aquellas que trabajan pero no tienen remuneración, presentan entre un 25% y 67% mayor riesgo de no usar MACM en relación a las que son profesionales y tienen remuneración. Asimismo mujeres que actualmente no tienen un trabajo tienen entre un 46% en el año 2003 y 37% el 2008 mayor riesgo a no usar MACM, en relación a las que no tienen un trabajo. Para analizar esta situación, debemos contextualizar la realidad en Bolivia, donde 7 de cada 10 mujeres especialmente en áreas urbanas, tienen un empleo vulnerable¹⁶. Solo el 30% al 35% de las mujeres tienen trabajo en entidades públicas, industrias o empresas con salario mensual y beneficios; las demás deben continuar haciendo peripecias para sobrevivir todos los días del año, muchos casos van trabajar con sus hijos. Para el 2015 según la ONU Mujeres el 64,1% de las bolivianas tienen trabajo vulnerable por falta de acceso a educación y la costumbre laboral, ellas no tienen salario estable, ayudan en labores a cambio de comida o de algo y no tienen paga. (110,122,123) Probablemente es la razón que este grupo mayoritario de mujeres priorizan su trabajo, pasando a un segundo plano la PF y AC, el conocimiento lo obtienen de otras mujeres, compartiendo información que puede ser adecuada o no. Ellas no acuden a Centros de Salud y no tienen acceso a información a PF y AC, por el tiempo dedicado al trabajo y que coincide con horarios de atención en Establecimientos de Salud. Situación diferente a las que no tienen trabajo, por el tiempo disponible pueden acudir a un centro de salud, recibiendo o buscando información sobre MAC y elegir su uso, como explicamos con o sin consentimiento de la pareja. (6,110,124)

También debemos tomar en cuenta el comportamiento de los sistemas de producción económica boliviana; el primero compuesto por unidades de producción familiar, denominadas “economías campesinas” en el occidente; y el segundo compuesto por sistemas de producción modernos y economías empresariales en el oriente. En el occidente el proceso de producción es familiar y los hijos son considerados activos de mano de obra, por lo que fecundidad es alta, lo que teóricamente presentaría mejoras en su nivel socioeconómico. En el oriente los hijos no son vistos así, por la agricultura moderna e inversiones tecnológicas, por lo que la tenencia de hijos no influye en la

¹⁶ Empleo Vulnerable es trabajar por cuenta propia (no son asalariadas).

producción familiar, así existe mayor probabilidad de uso de MACM y no incrementar el número de hijos. (110,111) Las adolescentes que se casan a temprana edad por un embarazo temprano, inician el trabajo doméstico no remunerado, períodos intergeneracionales cortos, mayor número de hijos, limitando su educación como rendimiento en la fuerza laboral e incertidumbre sobre las perspectivas individuales, repercutiendo en el crecimiento económico. (52,121) Según Gómez y Montoya la ocupación de las adolescentes dedicadas a labores domésticas, al cuidado de otros miembros de la familia o ejercen cualquier otra labor de la casa, tienen un rol bien diferenciado, en relación a las que se ocupan a actividades académicas, el riesgo de embarazo aumenta 6,6 más veces entre los dos grupos a la falta de uso de MACM. La ocupación de mujeres no rurales en la agricultura, que tengan ocupación en servicios, ventas en área urbana, está significativamente correlacionada con un menor número de hijos, por uso de MACM. Mujer con alguna ocupación y ser profesional, tiende a tener menos hijos, esta relación es significativa ya que cuentan con mayores ingresos y tienen mayor probabilidad de uso de MACM, situación que la mayor parte de la población en Bolivia no tiene esa oportunidad. (6,92,110,121,124)

La relación positiva entre el nivel de la instrucción de la mujer y el uso de anticonceptivos se puede reflejar con la asociación de la ocupación profesional con el uso de anticonceptivos, suponiendo que la educación es el factor más importante que la ocupación. Para el 2003 las mujeres que no tenían una educación adecuada presentaban el 31% de mayor riesgo a no usar MACM, lo cual es relacionado con la ocupación de la mujer con título profesional. Investigaciones indican que a medida que aumenta el nivel de instrucción, la probabilidad de usar un MACM es mayor, mujeres sin instrucción tienen 5 veces más probabilidad de no usar MACM, comparadas a mujeres con estudios, tienen menor riesgo de tener un embarazo no planificado. Delgado y Córdova afirman que si se incrementa la educación de mujeres bolivianas en comunidades con niveles bajos educativos, influye en la fecundidad, reduciendo la probabilidad de tener hijos hasta 10%, existiendo un grado de socialización en la comunidad que posiblemente permite cambio de decisiones individuales en cuanto a la fecundidad. (75,92,105,110,125)

En relación a los varones que tienen una ocupación pero sin título profesional tienen el 26% el año 2003 y 39% el 2008 mayor riesgo a no usar MACM, varones que no tienen educación adecuada tienen 32% de riesgo a no usar MACM y aún mayor riesgo en

varones que son analfabetos, quienes presentan 5 veces mayor riesgo a no usar MACM. Investigaciones afirman que el nivel de instrucción con mayores grados académicos tiene más probabilidad de uso de MACM, varones con educación primaria o sin escolaridad fueron más proclives a no conocer el uso de MAC que aquéllos con educación profesional (OR=2.2). La educación del hombre, se asocia a una fecundidad baja, cuya probabilidad de uso de MACM con educación secundaria llega a 6,7% y el asistir a la universidad y/o haberse graduado incrementa a 13.9%, en relación de una persona con primaria. (67,91,92)

Las mujeres cuya pareja tiene educación secundaria, son más propensas a recurrir al uso de anticonceptivos, efecto más pronunciado en mujeres rurales, resultado asociado para niveles de secundaria y superiores. Curiosamente, el analfabetismo del varón también está asociado a un menor número de hijos para el área urbana, probablemente carecen de recursos para mantener familias numerosas o la migración al oriente como se detalló anteriormente.(92) La falta de conocimiento y no uso de MACM, la concepción machista, se refleja en varones que tienen un trabajo sin un título, quienes al recibir el salario prefieren gastar en bebidas alcohólicas e ir a tomar decisiones en su hogar, forzando relaciones sexuales con su pareja, sin uso de anticoncepción, parte de la vida de muchas familias.(64) Como se puede notar lo anteriormente expuesto va de acuerdo a la pobreza, varones que están en pobreza presentan en el 2003 70% riesgo y el 2008 73% mayor riesgo a no usar MACM. Ugaz, Chatterji, Gribble encuentran una asociación positiva entre riqueza y uso de MACM, encontrándose más consistentemente en los países de ALC. (115)

Como se puede observar entre ENDSAs desde 2003, 2008 incluyendo probablemente la ENDSA 2016, no existió un cambio significativo en relación del uso de métodos anticonceptivos en Bolivia, persistiendo significativa la brecha entre el conocimiento y la práctica. Si bien el uso de métodos anticonceptivos modernos presento un incremento a través de los años, este fue muy lento, situación más crítica y preocupante en adolescentes, y es que en Bolivia existen factores que no son modificables a corto tiempo, los cuales van paralelo al uso de anticonceptivos, factores como la decisión del uso de métodos anticonceptivos, la cual está fuertemente ligada a la cultura y tradiciones que tienen las personas, las cuales son atesoradas y están enraizadas fuertemente. El conocimiento podrá estar completo, sin embargo el machismo y patriarcado son imperantes al momento de

usar un método anticonceptivo, situación persistente en todo el país, a ello se suman los obstáculos en la adquisición de los métodos anticonceptivos en sistema público de salud, por lo cual futuros estudios deberán profundizar en este tema proponiendo nuevas estrategias.

5.3 Limitaciones y aportes de la investigación

Entre las limitaciones fue el uso de bases de datos secundarias ya construidas de las ENDSAs 2003 y 2008, por el tamaño de las poblaciones elegidas se trató de controlar las variables confusoras y posibles sesgos, como las producidas por la colinealidad entre los predictores de un modelo de regresión, problema muy frecuente, sobre todo en el ámbito de las ciencias de salud, para lo cual se trató de identificar las variables predictoras, con lo que se reduce el número de parámetros a estimar no tomando en cuenta a aquellas que no presentaron asociación. El análisis estadístico podría dificultarse también por la multicolinealidad, una desventaja como existen otras desventajas en diferentes estudios, pero se priorizó el aporte que dará. Sin embargo los resultados obtenidos son importantes, debido a que en Bolivia hasta ahora no existen investigaciones similares con el nivel de análisis y profundidad, los resultados podrán ser aplicados y tomados en cuenta en la elaboración y ejecución de Programas, Proyectos y Planes de salud en el campo de la SSR, PF y anticoncepción en Bolivia.

Si bien en primera instancia se había considerado la inclusión de los datos de las ENDSA de 1989, 1994 y 1998, la reducida cantidad de variables relacionadas determinó su exclusión del estudio.

Otra limitación en el estudio fue a que las ENDSA de los años 2003 y 2008 no son comparables por completo con la EDSA 2016, porque difieren en su marco muestral y nivel de precisión, esta utilizó el censo de población y vivienda 2012, actualización cartográfica multipropósito y el censo agropecuario 2013 para armar el marco muestral; mientras que las otras dos encuestas utilizaron el censo de población y vivienda 2001.

Asimismo la muestra de la EDSA 2016 es más pequeña (menos precisa) que las de las ENDSA 2003 y 2008. Además, la EDSA entrevista a mujeres a partir de los 14 años, mientras que las otras dos encuestas, lo hacen a partir de los 15 años, por lo cual con los fines que tiene la investigación sobre temas de SSR no se la tomó en cuenta. (85) A partir de ello es que diferentes variables importantes no se pueden comparar por completo,

incluso algunas de ellas carentes entre las ENDAS 2003, 2008 y 2016 debido a que al tratarse de fuentes secundarias dificultan el proceso, como variables en el conocimiento, actitudes, mensajes de exposición a PF, no existencia de información de uso actual de métodos anticonceptivos en varones entre otras.

Estas encuestas se realizan cada 5 años, permitiendo comparaciones temporales internas o con otros países, sin embargo caso particular en Bolivia que si bien se han realizado en los años 1989, 1994, 1998, 2003 y 2008, no se dio continuidad, siendo después de 8 años, el año 2016, que se ejecuta la EDSA, publicando un primer informe con indicadores priorizados en septiembre de 2017 y el informe final en octubre de 2020. (11,12) por estas características metodológicamente no se puede hacer un correcto seguimiento a través del tiempo de manera prospectiva tanto en hombres como para mujeres.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

CAPÍTULO VI

6 Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

El conocimiento de MAC en ambos sexos está próximo a ser total, siendo los modernos más conocidos que los tradicionales, incrementando el conocimiento de los últimos. Factores de riesgo para no usar métodos modernos fue su desconocimiento, problema mayor en adolescentes que inician su vida sexual a edad temprana y mayor uso de métodos tradicionales. Preocupante el desconocimiento del ciclo ovulatorio que no mejoró, teniendo como preferencia el uso de la abstinencia/ritmo y coito interrumpido. Por ello se puede afirmar que la brecha entre el conocimiento y la práctica permanece significativa.

La falta de conocimientos es atribuible a la promoción, educación e información no conformes a las necesidades, tradiciones y cultura por parte de; políticas de salud inadecuadas, personal salud, medios de comunicación, instituciones educativas y otras organizaciones, conduciendo a una inadecuada SSR, PF y mayor riesgo a no uso de métodos modernos. Sumado a ello obstáculos relacionados al acceso y adquisición de métodos anticonceptivos, y nuevamente situación más crítica en los/as adolescentes.

La prevalencia de uso de MAC en mujeres incrementó en el periodo de estudio, existiendo mayor preferencia en el uso de los tradicionales, valores que están entre los más bajos del promedio en América Latina y el Caribe. El 94% de las adolescentes no usan MACM y en mujeres de 20 a 49 años disminuyó el uso actual de MACM, prácticamente más del 50% de MEF que no usan o usaron MACM en Bolivia, prefiriendo el uso de la abstinencia periódica/ritmo en ambos sexos, preocupante porque el conocimiento de este método y del ciclo ovulatorio no es adecuado. Las mujeres quienes no usaron en alguna ocasión algún MACM presentan mayor riesgo de no usarlos, a comparación de las que si usaron.

Los varones que no adquirieron preservativo o condón en farmacias, tiendas u otros lugares tienen mayor riesgo a no usar MACM, y esto probablemente ocurre porque al varón está excluido de las prestaciones en PF y AC del seguro público existente, sumado a ello presentan múltiples barreras en su adquisición.

Factor fundamental en todo este proceso es la toma de decisiones en el uso de MACM por parte de las mujeres, las mujeres que no toman decisiones sobre el uso de anticoncepción tienen mayor riesgo a no usarlos, características contextuales y culturales de la sociedad boliviana, hace que persista un sistema patriarcal/machista, donde la pareja, parientes y la comunidad, tienen un rol importante en la decisión del uso de AC y número de hijos.

Mujeres y hombres con educación adecuada, título profesional y ocupación presentan menor riesgo a no usar métodos modernos, por ello como eje transversal y fundamental es educación formal, ya que a mayores grados académicos se tiene más probabilidad en el uso de MACM, y no solo ello, sino que está también brinda independencia, libertad, decisión del número de hijos y mayores oportunidades en la autorrealización personal y laboral “igualdad de género”, acompañamiento de la SSR en pareja, teniendo impacto positivo en las demás variables sociodemográficas.

Las adolescentes que se casan a temprana edad por un embarazo, las conduce al trabajo doméstico no remunerado, riesgo de embarazos no deseados, abortos clandestinos e ITS, limitando la educación, rendimiento laboral e incertidumbre de perspectivas de crecimiento y aspiraciones individuales. Las mujeres con más de 4 hijos presentan mayor riesgo a no usar MACM en relación a las que tienen menos hijos, denotando inequidades, desigualdades de género, barreras al acceso a servicios de PF y dificultades en decisiones.

Finalmente se puede afirmar que la asociación entre el uso de métodos modernos y los conocimientos, actitudes, prácticas y características sociodemográficas en mujeres y varones no ha presentado cambios significativos en el periodo de estudio en Bolivia.

6.2 Recomendaciones

Las políticas de Bolivia en SSR, PF y AC deben reconducir sus objetivos de manera urgente, en países Europeos los métodos primarios de anticoncepción son mayormente los métodos modernos, que son más efectivos y tienen efectos de protección permanente y son usados correctamente, sumado a ello el uso de condón es común, pero en general como complemento y no sustituyendo a los métodos hormonales, nuestro Sistema de Salud debe ampliar su perspectiva y responder a los problemas identificados.

Mujeres y varones, en especial los adolescentes deben tener el derecho a una educación sexual precisa y realista con información completa y enfocada no solo en reducir embarazos no deseados, sino también prevenir; abortos, HPV, ITS, VIH-SIDA detallando

riesgos y consecuencias, buscando estrategias para abandonar la educación sexual tradicional enfocada en el morbo, placer, vergüenza, humor, prohibitivo como tema tabú y libre de presiones políticas o religiosas. Los contenidos en SSR, PF y AC deben estar insertas en el currículo de las escuelas y colegios, integrando en distintas asignaturas y a lo largo de la formación de una manera objetiva, y con una verdadera intersectorialidad involucrando a la familia, profesores, comunidades entre otras, incluyendo valores como responsabilidad, respeto, tolerancia, equidad de género y proyección de futuro individual, efectivizando lo que se conoce como “Comunidad Escolar”.

Modificar las prestaciones en los Seguros Públicos de Salud incluyendo la dotación de anticonceptivos a varones y eliminando la burocracia existente, facilitando el acceso tomando en cuenta otros espacios de adquisición y no necesariamente en un Centro de Salud. Complementar y aprovechar el uso de redes sociales actuales y/o creación de aplicaciones sobre la temática.

Trabajar con las familias, comunidades y autoridades tradicionales, involucrando a los varones, para lograr tener conversaciones abiertas y honestas sobre sexualidad con sus hijos apoyados por los profesionales de salud, adaptando el contenido de acuerdo a la cultura y normas en relación a la sexualidad y reproducción, dejando de lado la priorización y/o promoción de métodos tradicionales que no son seguros ni adecuados.

Fortalecer las políticas dirigidas al empoderamiento de la mujer, así ellas tomen la decisión sobre cuando embarazarse, el número de hijos, etc., reorientando los servicios en PF hacia una mayor participación masculina desde una temprana edad, contribuyendo en eliminar profundas inequidades sociales de la estructura patriarcal y machista imperante en el país, de esta manera se adopte una actitud positiva, mejorando la toma de decisiones, participación en los embarazos, crianza posterior del niño/a e impulsando responsabilidad entre hombres y mujeres.

Autoridades y personal de salud deben ser autoreflexivas y conscientes que los objetivos en SSR y PF no son cumplidos de manera correcta, factores externos e internos están involucrados; RRHH reducidos, falta de compromiso y capacitación continua, carencia de infraestructura e insumos etc. Algunos profesionales deben cambiar de actitud, brindando trato igualitario y humanizado, sin distinción de origen étnico, edad, clase social u otras.

El plantear soluciones a la temática de estudio debe abordarse desde una óptica social con carácter holístico e integral, a través de políticas dirigidas a contribuir y modificar determinantes trascendentales como la educación, pobreza, género, cultura, acceso a medios de comunicación. Los medios de comunicación también deben reconducir sus objetivos, y cumplir el rol tan importante de ser fuente de educación a la población.

Las ENDSAs son muy importantes para realizar un adecuado análisis, evaluación, formulación de políticas y estrategias en SSR, PF y AC, es trascendental que el Estado Boliviano cumpla con su periodicidad. Debe analizarse el instrumento dirigido al varón mismo que debe incluir variables que son importantes al momento de realizar un correcto análisis de la situación, como también prestando atención a aspectos de uniformidad en tiempo y variables que permitan la comparación entre ellas, y promover estudios destinados a evaluar el impacto en SSR, PF y AC incluyendo la última EDSA 2016.

Referencias Bibliográficas

1. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; Programa Nacional de Salud Reproductiva. Programa Nacional de Salud Sexual y. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Proyecto Salud sexual Reproductiva Nacional, Cooperación Técnica Alemana, Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional, F FCI, editor. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz Bolivia; 2003. 1–5 p.
2. Ministerio de Salud y Deportes; Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; Programa Nacional de Salud Reproductiva. Plan Nacional de Anticoncepción 2004 – 2008. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Proyecto Salud sexual Reproductiva Nacional, Cooperación Técnica Alemana, Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional, F FCI (1), editor. La Paz Bolivia; 2004. 11–12 p.
3. Bretin H, Gómez Bueno C. El uso de anticonceptivos y de la píldora anticonceptiva de urgencia por la población inmigrante residente en Andalucía [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 6]. p. 112. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/sexualidad/uso_pildoras_inmigranates.pdf
4. United Nations Population Division. Patrones anticonceptivos mundiales 2013 [Internet]. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. 2013 [cited 2021 Jul 11]. Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-wallchart-2013.asp>
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo P. Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008 [Internet]. Nueva York, 10017, EE.UU.: ISBN: 978-84-8476-322-2; 2008. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_20072008_sp_complete_nostats.pdf
6. Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries [Internet]. Vol. 7, The Lancet Global Health. 2019 [cited 2020 May 13]. Disponible

- en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30481-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30481-9/fulltext)
7. Carmona G, Aspilcueta J, Cárdenas U, Flores S, Álvarez E, Solary L. Intervenciones para optimizar la oferta de métodos modernos de planificación familiar en la región tropical de Loreto, Perú [Internet]. Vol. 15, Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2016 [cited 2016 Aug 1]. p. 142–58. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a11.pdf>
 8. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 2008. 2009;484. Disponible en: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR228/FR228%5B08Feb2010%5D.pdf>
 9. Gutiérrez Sardán M, Ochoa LH, Castillo Guerra W. Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 [Internet]. 2004 [cited 2015 Mar 3]. p. 439. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR159/FR159.pdf>
 10. Ministerio de Salud y Deportes, Gutiérrez Sardán M, Ochoa LH, Castillo Guerra W, UDAPE. Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia octavo informe de progreso 2015 [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 3]. p. 439. Disponible en: https://www.udape.gob.bo/portales_html/ODM/Documentos/InfProgreso/8vo_Informe_de_progreso.pdf
 11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Demografía y Salud 2016. Indicadores Priorizados de la Encuesta de Demografía y Salud 2016 [Internet]. Ministerio de Salud. La Paz, Estado Plurinacional de Bolivia; 2017 [cited 2021 Jun 18]. Disponible en: <https://snis.minsalud.gob.bo/images/web/EDSA-2016.pdf>
 12. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Demografía y Salud EDSA 2016 [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 18]. p. 538. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/publicaciones/encuesta-de-demografia-y-salud-edsa-2016/>
 13. Ministerio de Salud y Deportes; Dirección de General de Salud; Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015 [Internet]. 2009 [cited 2016 Apr 20]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes%7B_%7Dsalud/PLAN

14. Dides Castillo C, Pérez Moscoso MS. Investigaciones en Salud Sexual y Reproductiva de Pueblos Indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia Étnica. *Acta Bioeth* [Internet]. 2007;13(2):216–22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v13n2/art09.pdf>
15. Miranda JJ, Yamin AE. ¿Políticas de salud y salud politizada? Un análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva en Perú desde la perspectiva de la ética médica, calidad de atención y derechos humanos. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2008;24(1):7–15. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true%7B%7Ddb=edsrca%7B%7DAN=rcaap.brazil.S0102.311X2008000100002%7B%7Dlang=es%7B%7Dsite=eds-live%7B%25%7D5Cnhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true%7B%7Ddb=edssci%7B%7DAN=edssci.S0102.311X2008>
16. Sánchez-Retana C, Leiva-Granados R. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica [Internet]. Vol. 14, *Población y Salud en Mesoamérica*. 2016 [cited 2016 Aug 10]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/446/44646470005.pdf>
17. Szczedrin DW, Quinci VQ, Szczedrin V. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela Conocimiento, actitud y práctica ante los métodos anticonceptivos en una población masculina de educación superior [Internet]. Vol. 61. 2001 [cited 2009 Nov 29]. p. 257–62. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322001000400007&lng=es&nrm=iso%3E. ISSN 0048-7732.
18. González FG. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de estratos 1y2 del SISBEN de un municipio del Departamento de Cundinamarca [Internet]. Vol. 12, *Acta Colombiana de Psicología*. 2004 [cited 2010 Sep 29]. p. 59–68. Disponible en: http://www.juconicomparte.org/recursos/art_5_acta_12_wWw3.pdf
19. Schuler SR, Choque ME, Rance S. Misinformation, mistrust, and mistreatment: family planning among Bolivian market women [Internet]. Vol. 25, *Studies in Family Planning*. 1994 [cited 2010 Mar 24]. p. 211–21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7985215>

20. Calle M, Rodrigues RN, Leite IDC. Unmet needs for contraceptive methods in Bolivia, 1998 [Internet]. Vol. 22, *Cadernos de Saude Publica*. 2006 [cited 2010 Mar 25]. p. 1989–96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16917596>
21. Acosta R, Esquivel A, Landa F. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989 - 2003 [Internet]. 2006 [cited 2017 Jan 10]. Disponible en: http://www.udape.gob.bo/portales_html/docsociales/Seguros.pdf
22. Bolivia R de. Decreto Supremo No 24303, 24 de mayo de 1996 [Internet]. La Paz, Bolivia: *Gaceta Oficial*; 1996. Disponible en: <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-24303.html>
23. *Gaceta Oficial R de B*. Ley No 3250, 6 de diciembre de 2005 [Internet]. La Paz, Bolivia; 2005. Disponible en: <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-3250.html>
24. *Gaceta Oficial R de B*. Decreto supremo N° 26874. Reglamento de prestaciones y gestión del Seguro Universal Materno Infantil [Internet]. La Paz, Bolivia; 2011. p. 1–6. Disponible en: http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/24430
25. República de Bolivia. Decreto Supremo No 25265, 31 de diciembre de 1998 [Internet]. La Paz, Bolivia; 1998. Disponible en: <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-25265.html>
26. OPS - OMS Bolivia. Seguros Públicos de salud en Bolivia [Internet]. La Paz - Bolivia; 2010. Disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1292:los-seguros-publicos-salud-bolivia&Itemid=343
27. *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*. Ley N°475 de 30 de diciembre 2013 Ley de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia [Internet]. *Gaceta Oficial de Bolivia*. 2013 [cited 2014 May 3]. p. 8. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/L475.pdf>
28. Ministerio de Salud Bolivia. Ley 1152, Ley modificatoria a la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018. “Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 18]. Disponible en:

- https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/SUS/Ley_N_1152_20-02-2019.pdf
29. Ministerio de Salud. Plan estratégico institucional 2016 - 2020. Ministerio de Salud Bolivia [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 1]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgp/REGLAMENTOS_MS/PEI-2016-2020.pdf
 30. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación familiar [Internet]. 2018 [cited 2017 Jul 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
 31. Romero M, Szulik D, Raimundo N. Tu cuerpo, tu salud, tus derechos. Guía sobre salud sexual y reproductiva [Internet]. Cedes. 2002. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
 32. Salud Sexual OMS | Salud sexual [Internet]. WHO. 2015 [cited 2020 May 6]. p. 417–70. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
 33. Ramón A, Romero M, Costa F. Documento técnico. Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014. [Internet]. Articulación Regional de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe. 2014 [cited 2016 Dec 23]. Disponible en: http://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/535/SeguimientoCIPD_2014_DT.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 34. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo [Internet]. Vol. 30, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013 [cited 2016 Aug 25]. p. 465–70. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n3/a16v30n3.pdf>
 35. PNUD. Concepto | PNUD [Internet]. Informe Nacional de Desarrollo Humano Guatemala. 2020 [cited 2020 May 6]. Disponible en: <http://desarrollohumano.org.gt/desarrollo-humano/concepto/%0Ahttps://desarrollohumano.org.gt/desarrollo-humano/concepto/>
 36. Ricardo Schwarcz, Diana Galimberti, Inés Martínez, Oscar García CL, Etcheverry M, Queiruga. Guía para el uso de métodos anticonceptivos [Internet]. Ministerio de salud de la Nación. 2002 [cited 2016 Mar 3]. p. 1–68. Disponible en:

http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf

37. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNPFA. Planificación Familiar: Clave para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 10]. p. 26. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/planificaci%C3%B3n-familiar-clave-para-el-desarrollo-sostenible-1>
38. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio: mejorar la salud materna [Internet]. [cited 2020 May 6]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/quinto-objetivo-de-desarrollo-del-milenio-mejorar-la-salud-materna>
39. Porras C, Geronimo-Ortega N, Duarte M. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia, 2009. Red Rev Cient Am Lat el Caribe, España y Port [Internet]. 2009;11(19):31–48. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v11n19/v11n19a04.pdf>
40. Necchi S, Schufer M. Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción (Argentina). Rev Chil pediatría [Internet]. 2001 Mar [cited 2020 May 6];72(2):159–68. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000200015
41. Larrañaga E, Yubero S, Yubero M. Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles [Internet]. Vol. 9, Summa Psicológica. 2012 [cited 2020 May 6]. p. 5–13. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2012000200001
42. Bloom DE, Williamson JG, Maldives T, Lanka David Bloom SE, Bennett N, Bettinger E, et al. Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia the Philippines, Thailand, and Vietnam; and South Asia to include [Internet]. Vol. 12, The World Bank Economic Review. 1998 [cited 2020 May 6]. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/934291468206034843/pdf/772740JRN0WBER0Box0377301B00PUBLIC0.pdf>

43. CEPAL, OIJ, UNFPA. Juventud y bono demográfico en Iberoamérica [Internet]. 2012 [cited 2020 May 6]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1495/1/S2012103_es.pdf
44. Barot S. Volver a lo básico: la justificación del aumento de fondos para la planificación familiar internacional | Instituto Guttmacher [Internet]. 2008 [cited 2020 May 6]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/gpr/2008/08/back-basics-rationale-increased-funds-international-family-planning#>
45. UNFPA. Reducing unmet need for family planning: evidence-based strategies and approaches [Internet]. Vol. 25, Outlook. 2008 [cited 2020 May 6]. Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/EOL_nov08.pdf
46. Hernández María Felipa ME y SM. Mujeres indígenas y su acceso a los derechos sexuales y reproductivos, 2009 y 2014 [Internet]. 1390 [cited 2020 May 6]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232089/03_Hernandez-Meneses-Sanchez.pdf
47. Gamarra KU. Desafíos de la despatriarcalización en el proceso político boliviano. The challenges of depatriarchalisation in the political process in Bolivia. 2010;33–50. Disponible en: <http://www.scielo.org/bo/pdf/rbest/v13n28/v13n28a02.pdf>
48. Dos Santos Pierre LA, Clapis MJ. Planificación familiar en Unidad de Salud de la Familia. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2010;18(6):1–8. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjurMantenimiento/normas/Norma1.jsp?i=5248>
49. Soriano Fernández H, Rodenas García L, Moreno Escribano D. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos: Nuevas Recomendaciones. Rev Clínica Med Fam [Internet]. 2010;3(3):206–16. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n3/revision.pdf>
50. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernandez A, Hernandez-Serrato MI, Suarez L, De la Vara E, De Castro F, et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud Pública Mex [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 6];55(SUPPL.2):235–40. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a21.pdf>

51. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil [Internet]. Vol. 142, Revista Médica de Chile. 2014 [cited 2020 Jun 3]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
52. Alfonso Mendoza Tascón L, Isabel Claros Benítez D, Isabel Mendoza Tascón L, Bibiana Peñaranda Ospina C, Deyfilia Arias Guatibonza M, Hernán Carrillo Bejarano J, et al. Artículo Especial Matrimonio infantil: Un problema social, económico y de salud pública [Internet]. Vol. 81, Rev Chil Obstet Ginecol. 2016 [cited 2020 Jun 3]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n3/art13.pdf>
53. Mendoza LA, Claros DI, Peñaranda CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obs Ginecol [Internet]. 2016;81(3):243–53. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v81n3/art12.pdf>
54. York N, Hawker Costa S, Oswaldo Cruz F, Ferrando D, Núñez Fernández L, Prada E. Aborto Clandestino. Una realidad Latinoamericana. The Alan Guttmacher Institute [Internet]. 1994 [cited 2020 May 7]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2916.pdf>
55. UNFPA. Evaluación independiente del Programa de País Bolivia 2008 - 2011 [Internet]. New York; 2011 [cited 2020 May 7]. Disponible en: https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Evaluacion_Final_UNFPA.pdf
56. Calvillo Paz C, Rodríguez Cabrera A. Educación sexual para estudiantes indígenas de una comunidad rural en Guatemala [Internet]. Vol. 10, Revista Novedades en Población. 2014 [cited 2020 May 7]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v10n20/rnp030214.pdf>
57. Vela Arévalo E. Educational requirements of Peruvian adolescents at the secondary education level in terms of sexual and reproductive health. Rev Cuba Salud Publica [Internet]. 2016;42(3):396–406. Disponible en: <http://saludpublica.bvsp.org.bo/cc/BOX.79/documentos/nanticon028.PDF>
58. García BF, Membribes ERM, González MMÁ, Jiménez VGB. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio “La Lisa” [Internet]. Vol. 29, Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013 [cited 2020 May 7]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu2>

59. Espíndola E, León A. La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario para la agenda regional [Internet]. Vol. 30, Revista Iberoamericana de educación. 2002 [cited 2020 May 7]. Disponible en: <https://rieoei.org/historico/documentos/rie30a02.PDF>
60. Heierle Valero C. Género y salud [Internet]. Manual Práctico de Enfermería Comunitaria. 2014 [cited 2020 May 8]. p. 317–24. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
61. Wright T. Gender, sexuality and male-dominated work: the intersection of long-hours working and domestic life. *Work Employ Soc* [Internet]. 2014 Dec 11 [cited 2020 May 8];28(6):985–1002. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0950017013512713>
62. Hesmondhalgh D, Baker S. Sex, gender and work segregation in the cultural industries. *Sociol Rev.* [Internet]. 2015 May 1 [cited 2020 May 8];63(S1):23–36. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-954X.12238>
63. Aspilcueta-Gho D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja [Internet]. Vol. 30, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013 [cited 2016 Jul 30]. p. 480–6. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a18v30n3.pdf>
64. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia. [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. La Paz – Bolivia: Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA.; 2016 [cited 2020 Jun 5]. 60 p. Disponible en: https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Cartilla_Embarazo_Adolescencia_14_mun.pdf
65. Rodríguez Morales V, Zoe Díaz Bernal I, Ileana Castañeda Abascal I, Aida Rodríguez Cabrera I. Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar Knowledge and attitudes of males about family planning. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2016;4242(11):101–14. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v42n1/spu11116.pdf>
66. Rivera AV. Factores que influyen en la aceptabilidad del uso de la vasectomía como estrategia para la disminución de embarazos no deseados por parte de miembros de las fuerzas militares de Colombia [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 8]. Disponible

- en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4363/53161187-2013.pdf>
67. De la Cruz-Peñarán D, Langer-Glas A, Hernández-Prado B, González-Rengijo GF. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú [Internet]. Vol. 45, Salud Pública de México. 2003 [cited 2016 Aug 20]. p. 461–71. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/%7B_%7Dfiles/File/2003/num%7B_%7D6/456%7B_%7D5%7B_%7Dconocimientosyactitudes.pdf
 68. CEPAL. Demanda insatisfecha de planificación familiar [Internet]. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. 2019 [cited 2020 May 8]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/demanda-insatisfecha-planificacion-familiar>
 69. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe C. Demanda insatisfecha de planificación familiar [Internet]. 2013. [cited 2018 Dec 15]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/demanda-insatisfecha-planificacion-familiar>
 70. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe C. Demanda insatisfecha de planificación familiar | Observatorio de Igualdad de Género [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 15]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/demanda-insatisfecha-planificacion-familiar>
 71. Susheela Singh and Jacqueline E. Darroch, Darroch SS and JE. Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services Estimates for 2012 [Internet]. Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA), 201. 2012 [cited 2020 May 8]. Disponible en: https://www.who.int/woman_child_accountability/iERG/reports/Guttmacher_AIU_2012_estimates.pdf?ua=1
 72. Jairo J, Tobón Z. Anticoncepción : ¿cuál método seleccionar? [Internet]. Vol. 21. 2008 [cited 2017 Feb 6]. p. 280–91. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v21n3/v21n3a07.pdf>
 73. Cartín Brenes M, Rojas Muñoz MN. Métodos anticonceptivos en el Siglo XX: mujeres que se opusieron a maridos, familia y credo religioso. Rev Costarric Salud

- Pública [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 6];22:169–78. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n2/art13v22n2.pdf>
74. Bay G DPF. Determinantes Próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos. CEPAL, Serie Población y Desarrollo [Internet]. 2003 [cited 2020 May 8];400. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7180/2/S2003662_es.pdf
75. Bruch SA, Machicao X, Franklin B, Pimentel G, Bury L, Barroso V, et al. Situaciones evitables embarazos no deseados y abortos inseguros en cinco ciudades de Bolivia. [Internet]. La Paz - Bolivia; 2011 [cited 2020 Jun 5]. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/362-bruch et al.pdf>
76. South Group Instituto de Investigación. Estadísticas de Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes Análisis de sus determinantes y Guía de Atención psicológica [Internet]. Córdova P. South Group Instituto de Investigación., editor. Cochabamba – Bolivia: Imprenta ABBA; 2012. 118 p. Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD16617.pdf>
77. Velasco C, De La Quintana C, Jové G, Torres LÁ, Bailey P. Calidad de los servicios de anticoncepción en El Alto, Bolivia [Internet]. Vol. 5, Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health. 1999 [cited 2016 Aug 8]. p. 411–8. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n6/v5n6a5.pdf>
78. Lopez EM. Tesis Doctoral Anticoncepción y Fecundidad en la Argentina: Prácticas, Opiniones y Políticas [Internet]. 2005. Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD16617.pdf>
79. OPS. 68° sesión del comité regional de la OMS para las Américas: Los Objetivos del desarrollo del milenio y las metas de salud: informe final [Internet]. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud: Informe final. 2016 [cited 2017 Aug 13]. p. 2–6. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33653/CD55-INF-5-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
80. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas UDAPE. Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia. Octavo informe de Progreso 2015 [Internet]. 2015 [cited 2020 May 9]. p. 187. Disponible en:

https://www.udape.gob.bo/portales_html/ODM/Documentos/InfProgreso/8vo_Informe_de_progreso.pdf

81. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley Modificatoria a la Ley No 475 de 30 de Diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral de Estado Plurinacional de Bolivia. 2018;24. Disponible en: http://seguros.minsalud.gob.bo/Documentos/MarcoLegal/Ley_Modificatoria_1069.pdf
82. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción. Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida [Internet]. La Paz - Bolivia; 2012 [cited 2020 May 6]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/NORMA_NACIONAL_REGLAS_PROTOCOLOS_Y_PROCEDIMIENTOS_EN_ANTICON.pdf
83. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2016 -2020 [Internet]. La Paz - Bolivia. 2016 [cited 2017 Jan 2]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/1967-validan-plan-estrategico-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-2016-2020>
84. Rodríguez Vargas FA, Molina Berrio DP. Elementos del contexto que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva elaboradas entre el 2003 y el 2013. Rev Gerencia y Políticas Salud [Internet]. 2015;14(28):10–29. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/13180>
85. Córdova Olivera P, Román Eyzaguirre S, Soria Galvarro Ferrufino Z. Under-five mortality in Bolivia: Survival analysis and risk factors from 2003, 2008 and 2016 health and demographic surveys. Investig Desarro [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 18];18(2):73–92. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/riyd/v18n2/v18n2_a06.pdf
86. App4Stats. Bioestadística para estudios científicos. Análisis de Regresión [Internet]. [cited 2021 Aug 19]. Disponible en: <http://app4stats.com/manual-ejemplo/>
87. Arias-Arias II, Cruz-León A, Ofelia Ramírez-Ramírez M. Práctica y actitud de la planificación familiar en población rural y urbana [Internet]. Vol. 20, Salud en

- Tabasco. 2014 [cited 2020 Jun 3]. Disponible en: <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista37ARTÍCULOORIGINAL>
88. Bauset SB, César P, González O, Macián Martínez V, Tormos Martínez B. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia, 2009 [Internet]. Vol. 11, Investigaciones Andina. 2015 [cited 2020 May 25]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v11n19/v11n19a04.pdf>
89. Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud [Internet]. Vol. 22, Atención Familiar. 2015 [cited 2020 May 18]. p. 35–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-pdf-S140588711630044X>
90. Sánchez-Retana C, Leiva-Granados R. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica [Internet]. Vol. 14, Población y Salud en Mesoamérica. 2016 [cited 2016 Aug 10]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/446/44646470005.pdf>
91. Ávalos Zúñiga L, Elizabeth Briceño Bolaños D, Gabriela González Hernández M, María Paita Méndez D, Anahí Rico Torres V, Laura Saldaña Torres A, et al. Factores que influyen en la utilización de métodos anticonceptivos en los jóvenes. Rev Per Obs Enf [Internet]. [cited 2020 Jun 5];6(2):2010. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/653/507>
92. Nicolaeva P, McLaughlin MY; Fecundidad y Planificación Familiar en Bolivia: Uso de Anticonceptivos, Status de la Mujer y el Contexto local de Desarrollo. Perspectivas [Internet]. 2010 [cited 2020 Jun 5];25(25):241–70. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425942454013>
93. South Group Instituto de Investigación. Estadísticas de Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes Análisis de sus determinantes y Guía de Atención psicológica [Internet]. 2012 [cited 2020 Jun 4]. Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD16617.pdf>
94. Casique I. Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género / Contraceptive Knowledge and Use among Young Mexicans: The Role of Gender [Internet]. Vol. 26, Estudios Demográficos y Urbanos. 2011 [cited

- 2020 Jul 17]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v26n3/2448-6515-educm-26-03-601.pdf>
95. Villalobos A, de Castro F, Rojas R, Allen B. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: Uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 29];59(5):566–76. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v59n5/0036-3634-spm-59-05-00566.pdf>
 96. Castañeda Porras O, Gerónimo Ortega N, Reyes Y, Segura O, Morón Duarte L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia, 2009 [Internet]. Vol. 11, *Investigaciones Andina* No. 19AD [cited 2020 May 31]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v11n19/v11n19a04.pdf>
 97. De, Canto-de Cetina T, Polanco-reyes L. La amenorrea de la lactancia como método de planificación familiar [Internet]. México; 1996 [cited 2020 Jul 22]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10638109.pdf>
 98. Villar Vera EM, Valenzuela Tamayo C, Ruiz Reyes D, García Joanicot O, Alvarez de la Cruz C, León Pacheco L. Nivel de conocimiento sobre el método de la lactancia-amenorrea como recurso anticonceptivo. *Rev Cuba enferm* [Internet]. 2003 [cited 2020 Jul 22]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000200005
 99. Alvarado SM. Campañas de promoción sobre planificación familiar y su influencia en gestantes usuarias de la Red de Salud de San Juan de Miraflores, Lima-Perú [Internet]. Vol. 14, *Horizonte Médico*. 2014 [cited 2020 Jun 3]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n2/a09v14n2.pdf>
 100. Ministerio de Salud IN de SSS. Factores relacionados al uso de anticoncepción para la prevención de embarazos durante la adolescencia [Internet]. 2018 [cited 2020 May 18]. Disponible en: <http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2019/03/Factores-que-influyen-en-el-uso-de-anticoncepcion.pdf>
 101. Fiedler MW, Araújo A, De Souza MCC. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes. *Texto e Context Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 18];24(1):30–7. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/0104-0707-tce-24-01-00030.pdf>

102. Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C, Walker D. Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes [Internet]. Vol. 53, Salud Pública de México. 2011 [cited 2020 May 18]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n2/a09v53n2.pdf>
103. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior: A Meta-Analysis. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2020 May 18];170(1):52–61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26524189>
104. Uribe JI, Amador G, Zacarías X VL. Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes [Internet]. Vol. 10, Revista Latinoamericana en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2012 [cited 2020 Jul 17]. p. 481–94. Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rlicsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/620/342>
105. Simón TY, Aznar CT. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años [Internet]. Vol. 88, Revista Española de Salud Pública. 2014 [cited 2020 Jun 2]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/09_original8.pdf
106. Gomez S, Duran L. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2017;59(3):236–47. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10651119013.pdf>
107. Gakumo CA, Moneyham LD, Enah CC CG. The moderating effect of sexual pressure on young urban women's condom use. *Res Nurs Health* [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 17]. Disponible en: https://www.academia.edu/32323721/The_moderating_effect_of_sexual_pressure_on_young_Urban_womens_condom_use
108. Planes M, Prat FX, Gómez AB, Gras ME, Font-Mayolas S. Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual [Internet]. Vol. 28, *Anales de Psicología*. 2012 [cited 2020 Jul 17]. Disponible en: <https://revistas.um.es/analeps/article/view/140632/126722>
109. Nicolaeva P, McLaughlin MY. Fecundidad y Planificación Familiar en Bolivia: Uso de Anticonceptivos, Status de la Mujer y el Contexto Local de Desarrollo. 2010

- [cited 2020 Jun 11];25:241–70. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425942454013>
110. Delgado Gonzáles L, Córdova Olivera P. Patrones de la Fecundidad en Bolivia. *Investigación Desarrollo* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 11];17(2):83–99. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/riyd/v2n17/v2n17_06.pdf
 111. UDAPE. Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. La Paz, Bolivia; 2006 [cited 2020 Jun 11]. Disponible en: https://www.udape.gob.bo/portales_html/metasdelmilenio/PNUDIndigenas.pdf
 112. Fétis G, Bustos L, Lanás F, Baeza B, Contreras J, Hebel E, et al. Factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco [Internet]. Vol. 73, *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008 [cited 2020 May 18]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v73n6/art02.pdf>
 113. Fernández F L, Bustos M L, González W L, Palma A D, Villagrán A J, Muñoz N S. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. *Rev Med Chil* [Internet]. 2000 Jun [cited 2020 May 18];128(6):574–83. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000000600002
 114. Tibaijuka L, Odongo R, Welikhe E, Mukisa W, Kugonza L, Busingye I, et al. Factors influencing use of long-acting versus short-acting contraceptive methods among reproductive-age women in a resource-limited setting. *BMC Womens Health* [Internet]. 2017 Apr 4 [cited 2020 Jun 5];17(1):1–13. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-017-0382-2?utm_source=getftr
 115. Shoupe D. LARC methods: entering a new age of contraception and reproductive health. *Contracept Reprod Med* [Internet]. 2016 Dec 23 [cited 2020 May 29];1(1):4. Disponible en: <http://contraceptionmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40834-016-0011-8>
 116. Potard C, Courtois R, Samedy M Le, Mestre B, Barakat MJ, Réveillre C. Determinants of the intention to use condoms in a sample of French adolescents [Internet]. Vol. 17, *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. Eur J Contracept Reprod Health Care; 2012 [cited 2020 Jul 17]. p. 55–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22149900/>

117. Trocin KE. El Uso Escondido de Anticonceptivos Modernos: Una Reflexión del Machismo de los Hombres y el Empoderamiento de las Mujeres en El Alto y La Paz [Internet]. Cochabamba – Bolivia; 2011 [cited 2020 Jun 5]. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2037&context=isp_collection
118. Toro Montoya Juan José. Hipocresía. El Deber [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 2]; Disponible en: https://eldeber.com.bo/opinion/hipocresia_245571?utm_medium=Social&utm_source=Facebook&fbclid=IwAR2jzOoMaBnX5mmysP7suIFpjz7SAuhnud83npFeJuwngnDlAepYd7x21uk#Echobox=1630581982
119. Lorena Rojas O. La participación de los varones en los procesos reproductivos: un estudio cualitativo en dos sectores sociales y dos generaciones en la ciudad de México [Internet]. Vol. 8, Papeles de Población. 2002 [cited 2020 Jun 17]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v8n31/v8n31a09.pdf>
120. Velásquez García N, Gimena Rojas Delgadillo L, Guisela Rojas Delgadillo L, Franz Lozano Beltrán D, Torrico F. Conducta sexual y reproductiva durante la adolescencia de los estudiantes de la Universidad Mayor de San Simón [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 11]. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v42n2/v42n2a10.pdf>
121. Gómez-Mercado CA, Montoya-Vélez LP. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Rev Salud Pública [Internet]. 2014 [cited 2020 Jun 2];16(3):394–406. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n3.34986>
122. ONU Bolivia. La mujer boliviana y el trabajo precario | Naciones Unidas en Bolivia [Internet]. La mujer boliviana y el trabajo precario. 2016 [cited 2020 Jun 17]. Disponible en: <http://www.nu.org.bo/noticias/naciones-unidas-en-linea/la-mujer-boliviana-y-el-trabajo-precario/>
123. López Guerrero ML. La configuración del trabajo en el siglo XXI: el mercado Eloy Salmón y los movimientos moleculares del capital. Íconos - Rev Ciencias Soc [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 17];(62):87–104. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.62.2018.3244>

124. Mosley WH, Chen LC. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. 1984. Bull World Health Organization [Internet]. 2003 [cited 2020 Jun 11];81(2):140–5. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/71801/bulletin_2003_81%282%29_140-145.pdf?sequence=1&isAllowed=y
125. Llanio LQ. Fecundidad. Estudio y comportamiento. América Latina y Cuba. Fertility. Study and behaviour. Latin America and Cuba. 2015;(21):65–77. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v11n21/rnp050115.pdf>

ANEXOS

**Anexo 1: Asociación de las variables independientes y la variable dependiente en Mujeres,
medida a través de los valores X2 y sus respectivos valores P.**

VARIABLES		2003		2008	
		CHI	Valor P	CHI	Valor P
Conocimientos	Conocimiento del ciclo ovulatorio	178,052 ^a	0,000	88,299 ^a	0,000
	Conocimiento de la Píldora	474,798 ^a	0,000	290,748 ^a	0,000
	Conocimiento del DIU	689,042 ^a	0,000	447,740 ^a	0,000
	Conocimiento de la Inyección	716,100 ^a	0,000	513,324 ^a	0,000
	Conocimiento del Condón	370,487 ^a	0,000	170,882 ^a	0,000
	Conocimiento de la Esterilización femenina	765,336 ^a	0,000	591,176 ^a	0,000
	Conocimiento de la Esterilización masculina	440,092 ^a	0,000	293,352 ^a	0,000
	Conocimiento de la Abstinencia ritmo	194,025 ^a	0,000	73,500 ^a	0,000
	Conocimiento del retiro	480,447 ^a	0,000	238,633 ^a	0,000
	Conocimiento de métodos folclóricos	,120^a	0,729	,303^a	0,582
	Conocimiento del Norplant implantes	84,426 ^a	0,000	26,898 ^a	0,000
	Conocimiento de la Lactancia Amenorrea	704,872 ^a	0,000	443,043 ^a	0,000
	Conocimiento de la Jalea espuma	394,213 ^a	0,000	236,587 ^a	0,000
	Conocimiento de anticoncepción de emergencia	101,182 ^a	0,000	109,233 ^a	0,000
	Conocimiento de otros métodos	92,573 ^a	0,000	61,712 ^a	0,000
	Escucho PF en la radio en los últimos meses	236,408 ^a	0,000	150,329 ^a	0,000
	Escucho y vio PF en la TV en los últimos meses	314,194 ^a	0,000	189,927 ^a	0,000
	Lectura de PF en los periódicos en los últimos meses	115,249 ^a	0,000	71,670 ^a	0,000
	Visito a la mujer un trabajador de PF 12 meses pasados	90,303 ^a	0,000	31,885 ^a	0,000
Recibió la mujer información en el centro de salud sobre PF	135,642 ^a	0,000	115,789 ^a	0,000	
Prácticas	Uso alguna vez Píldora anticonceptiva	1315,252 ^a	0,000	1030,997 ^a	0,000
	Uso alguna vez DIU	2199,380 ^a	0,000	1665,504 ^a	0,000
	Uso alguna vez Inyección	1777,603 ^a	0,000	1984,708 ^a	0,000
	Uso alguna vez Condón	1121,739 ^a	0,000	950,697 ^a	0,000
	Uso alguna vez Esterilización femenina	1858,745 ^a	0,000	1870,731 ^a	0,000
	Uso alguna vez su pareja Esterilización masculina	18,560 ^a	0,000	18,669 ^a	0,000
	Uso alguna vez Abstinencia ritmo	,234^a	0,628	14,770 ^a	0,000
	Uso alguna vez el retiro o coito interrumpido	2,055^a	0,152	,457^a	0,499
	Uso alguna vez métodos folclóricos	1,213^a	0,271	,011^a	0,916
	Uso alguna vez Norplant / implantes	6,516 ^a	0,011	,856^a	0,355
	Uso alguna vez Lactancia amenorrea	450,517 ^a	0,000	177,936 ^a	0,000
	Uso alguna vez Jalea espuma	160,935 ^a	0,000	95,572 ^a	0,000
	Uso alguna vez anticoncepción de emergencia	25,430 ^a	0,000	55,978 ^a	0,000
	Uso alguna vez otros métodos de anticoncepción	1,131^a	0,288	9,490 ^a	0,002
	Número de niños vivos al primer uso (3)	18,509 ^a	0,000	1889,233 ^a	0,000
	Fuente donde conseguir método anticonceptivos mujeres no usuarias	,911^a	0,340	11,056 ^a	0,001
	Adquisición de condón en hospital gubernamental	49,970 ^a	0,000	8,492 ^a	0,004
	Adquisición de condón en seguridad social	,021^a	0,884	,131^a	0,718
	Adquisición de condón en hospital o clínica privada	,199^a	0,655	,251^a	0,616
	Adquisición de condón en farmacia	339,353 ^a	0,000	276,520 ^a	0,000
	Adquisición de condón en médico privado	2,126^a	0,145	,002^a	0,967
	Adquisición de condón en CS privada ONG / hospital de la iglesia	,004^a	0,948	1,277^a	0,258
	Adquisición de condón en CS privado	,977^a	0,323	,069^a	0,793
	Adquisición de condón amigos o familiares	SD	SD	5,108 ^a	0,024
	Adquisición de condón en CS medicina tradicional	,369^a	0,544	1,336^a	0,248

	Adquisición de condón en otros lugares	4,722 ^a	0,030	72,303 ^a	0,000
	Posibilidad obtener un condón	120,267 ^a	0,000	116,560 ^a	0,000
Actitudes	Deseo de la mujer el último hijo que tuvo	,626^a	0,429	6,195 ^a	0,013
	Deseo de la mujer de tener un hijo	319,873 ^a	0,000	218,967 ^a	0,000
	Número ideal de hijos	81,583 ^a	0,000	38,941 ^a	0,000
	Deseo del esposo/pareja por tener hijo	1,217^a	0,270	,921^a	0,337
	Toma de decisiones para el uso de la anticoncepción	100,225 ^a	0,000	83,933 ^a	0,000
	Alguna vez aborto	212,154 ^a	0,000	156,007 ^a	0,000
sociodemográficas	Edad actual de la mujer	1001,723 ^a	0,000	776,926 ^a	0,000
	Tipo de lugar de residencia	137,593 ^a	0,000	132,440 ^a	0,000
	Decisión de cómo gastar el dinero	1,958^a	0,162	3,530^a	0,060
	Nivel educativo más alto	22,717 ^a	0,000	1,702^a	0,192
	Alfabetismo	55,626 ^a	0,000	17,134 ^a	0,000
	Tenencia de electricidad	77,368 ^a	0,000	46,418 ^a	0,000
	Tenencia de radio	,030^a	0,862	15,919 ^a	0,000
	Tenencia de televisión	131,484 ^a	0,000	105,061 ^a	0,000
	Tenencia de bicicleta	33,793 ^a	0,000	22,233 ^a	0,000
	Tenencia de moto / scooter	26,585 ^a	0,000	83,067 ^a	0,000
	Tenencia de coche / camión	50,003 ^a	0,000	66,047 ^a	0,000
	Número de miembros del hogar 1-5	13,923 ^a	0,000	13,954 ^a	0,000
	Número de niños menores de 5 años (0-2)	,774^a	0,379	,319^a	0,572
	Tenencia de teléfono	41,675 ^a	0,000	30,283 ^a	0,000
	Lectura de periódico o revista	64,458 ^a	0,000	6,184 ^a	0,013
	Escucha radio	1,334^a	0,248	26,919 ^a	0,000
	Ve televisión	144,871 ^a	0,000	121,240 ^a	0,000
	Servicios básicos compartidos	2,861^a	0,091	2,069^a	0,150
	Índice de riqueza	127,562 ^a	0,000	148,795 ^a	0,000
	Total de niños nacidos (3)	200,466 ^a	0,000	142,050 ^a	0,000
	Edad de la mujer al primer nacimiento (-19)	15,701 ^a	0,000	10,047 ^a	0,002
	Número de niños vivos	177,940 ^a	0,000	130,119 ^a	0,000
	Estado civil actual	1835,524 ^a	0,000	1564,249 ^a	0,000
	Actualmente con pareja (casada/conviviendo)	1835,524 ^a	0,000	1564,249 ^a	0,000
	Número de uniones	,397^a	0,529	21,563 ^a	0,000
	El marido vive en casa	16,733 ^a	0,000	41,993 ^a	0,000
	Edad al primer matrimonio (19 y -)	6,279 ^a	0,012	11,195 ^a	0,001
	Edad al primer coito (15 y -)	6,675 ^a	0,010	23,675 ^a	0,000
	Nivel de educación de la pareja	131,584 ^a	0,000	41,339 ^a	0,000
	Ocupación de la pareja	83,760 ^a	0,000	42,800 ^a	0,000
	Actualmente trabaja la mujer	15,946 ^a	0,000	21,455 ^a	0,000
	Ocupación de la entrevistada	134,550 ^a	0,000	53,821 ^a	0,000
Trabajó en los últimos 12 meses	40,357 ^a	0,000	21,119 ^a	0,000	
Tipo de remuneración por el trabajo	282,043 ^a	0,000	159,553 ^a	0,000	

**Anexo 2: Asociación de las variables independientes y la variable dependiente en Varones,
medida a través de los valores X2 y sus respectivos valores P.**

VARIABLE		2003		2008	
		CHI	Valor P	CHI	Valor P
Conocimientos	Conocimiento del ciclo ovulatorio	285,247 ^a	0,000	176,789 ^a	0,000
	Conocimiento de la Píldora	485,972 ^a	0,000	729,794 ^a	0,000
	Conocimiento del DIU	606,580 ^a	0,000	700,637 ^a	0,000
	Conocimiento de la Inyección	428,330 ^a	0,000	357,253 ^a	0,000
	Conocimiento del Condón	520,805 ^a	0,000	528,627 ^a	0,000
	Conocimiento de la Esterilización femenina	811,089 ^a	0,000	849,115 ^a	0,000
	Conocimiento de la Esterilización masculina	526,632 ^a	0,000	611,126 ^a	0,000
	Conocimiento de la Abstinencia ritmo	425,074 ^a	0,000	411,157 ^a	0,000
	Conocimiento del retiro	653,983 ^a	0,000	713,284 ^a	0,000
	Conocimiento de métodos folclóricos	8,806 ^a	0,003	5,984 ^a	0,014
	Conocimiento del Norplant implantes	138,715 ^a	0,000	67,293 ^a	0,000
	Conocimiento de la Lactancia Amenorrea	282,658 ^a	0,000	179,286 ^a	0,000
	Conocimiento de la Jalea espuma	668,984 ^a	0,000	463,706 ^a	0,000
	Conocimiento de anticoncepción de emergencia	388,367 ^a	0,000	483,139 ^a	0,000
	Conocimiento de otros métodos	313,321 ^a	0,000	186,679 ^a	0,000
	Conocimiento si una mujer amamanta puede quedar embarazada	23,506 ^a	0,000	124,099 ^a	0,000
	Escucho PF en la radio en los últimos meses	199,071 ^a	0,000	140,193 ^a	0,000
	Escucho y vio PF en la TV en los últimos meses	498,151 ^a	0,000	482,953 ^a	0,000
	Lectura de PF en los periódicos en los últimos meses	452,778 ^a	0,000	335,083 ^a	0,000
	Hablo de PF con el trabajador de salud últimos meses	104,656 ^a	0,000	53,551 ^a	0,000
	Hablo de planificación familiar con la esposa / pareja	48,502 ^a	0,000	31,253 ^a	0,000
	Hablo de planificación familiar con la madre	13,097 ^a	0,000	1,368 ^a	0,242
	Hablo de planificación familiar con el padre	17,660 ^a	0,000	1,372 ^a	0,242
	Hablo de planificación familiar con la hermana (s)	22,182 ^a	0,000	14,932 ^a	0,000
	Hablo de planificación familiar con el hermano (s)	62,151 ^a	0,000	12,849 ^a	0,000
	Hablo de planificación familiar con la hija	5,743 ^a	0,017	1,946 ^a	0,163
Hablo de planificación familiar con el hijo	2,261 ^a	0,133	,215 ^a	0,643	
Hablo de planificación familiar con la suegra	11,596 ^a	0,001	1,758 ^a	0,185	
Hablo de planificación familiar con el suegro	1,520 ^a	0,218	4,302 ^a	0,038	
Hablo de planificación familiar con los amigos / vecinos	219,658 ^a	0,000	113,797 ^a	0,000	
Hablo de planificación familiar con otras personas	19,265 ^a	0,000	31,688 ^a	0,000	
Prácticas	Uso de condón en la última relación sexual	700,908 ^a	0,000	666,787 ^a	0,000
	Edad del varón cuando uso por primera vez condón	2,521 ^a	0,112	1,461 ^a	0,227
	Adquisición de condón en hospital gubernamental	25,809 ^a	0,000	8,127 ^a	0,004
	Adquisición de condón en seguridad social	9,145 ^a	0,002	4,807 ^a	0,028
	Adquisición de condón en hospital o clínica privada	5,338 ^a	0,021	15,178 ^a	0,000
	Adquisición de condón en farmacia	1119,148 ^a	0,000	1287,926 ^a	0,000
	Adquisición de condón en médico privado	SD	SD	5,756 ^a	0,016
	Adquisición de condón en trabajador de campo privado	SD	SD	,344 ^a	0,558
	Adquisición de condón en otras fuentes privadas	SD	SD	1,145 ^a	0,285
	Adquisición de condón en CS privado - Iglesia	SD	SD	6,050 ^a	0,014
	Adquisición de condón en CS privada / hospital de la iglesia	SD	SD	4,726 ^a	0,030
	Adquisición de condón en tienda	209,187 ^a	0,000	,000 ^a	1,000
	Adquisición de condón en amigos o familiares	22,334 ^a	0,000	3,261 ^a	0,071
	Adquisición de condón en otros lugares	49,443 ^a	0,000	102,886 ^a	0,000
	Posibilidad de adquirir condón	1266,679 ^a	0,000	1248,998 ^a	0,000

	Problemas con el uso de condón	,035 ^a	0,851	4676,825 ^a	0,000
Actitudes	Deseo de más hijos	320,916 ^a	0,000	370,075 ^a	0,000
	Número ideal de niños (0-3)	,073 ^a	0,787	4,053 ^a	0,044
	Número ideal de niños ambos sexos (0-3)	3,998 ^a	0,046	,215 ^a	0,643
	El condón le quita placer	2,623 ^a	0,105	,261 ^a	0,609
	El condón es muy complicado de usar	1,562 ^a	0,211	2,516 ^a	0,113
	Puede usarse el condón varias veces	,550 ^a	0,458	,364 ^a	0,546
	El condón protege contra las enfermedades	,547 ^a	0,460	,638 ^a	0,424
	Comprar condones es vergonzoso	SD	SD	1,255 ^a	0,263
	La mujer tiene derecho a pedir el uso del condón	,443 ^a	0,506	,404 ^a	0,525
Sociodemográficas	Edad actual	186,670 ^a	0,000	311,190 ^a	0,000
	Tipo de lugar de residencia	516,538 ^a	0,000	656,622 ^a	0,000
	Nivel educativo más alto	666,443 ^a	0,000	618,693 ^a	0,000
	Alfabetismo	132,768 ^a	0,000	138,040 ^a	0,000
	Número de miembros del hogar (1-5) 1º	59,116 ^a	0,000	64,454 ^a	0,000
	Lectura de periódico o revista	277,788 ^a	0,000	258,330 ^a	0,000
	Escucha radio	,945 ^a	0,331	17,897 ^a	0,000
	Ve televisión	340,785 ^a	0,000	378,253 ^a	0,000
	Índice de riqueza	650,613 ^a	0,000	739,068 ^a	0,000
	Total de niños nacidos (0-2)	68,878 ^a	0,000	90,920 ^a	0,000
	Edad del varón al primer nacimiento (-19)	5,192 ^a	0,023	2,611 ^a	0,106
	Pareja actualmente embarazada	1,019 ^a	0,313	,565 ^a	0,452
	Número de niños vivos	112,560 ^a	0,000	146,798 ^a	0,000
	Número de mujeres con la que ha tenido hijos (0-1)	37,918 ^a	0,000	33,856 ^a	0,000
	Estado civil actual	,360 ^a	0,548	,781 ^a	0,377
	Número de uniones (más de 1)	37,458 ^a	0,000	23,798 ^a	0,000
	Edad al primer matrimonio (19 años)	,229 ^a	0,632	,148 ^a	0,700
	Trabaja actualmente	,199 ^a	0,655	46,396 ^a	0,000
	Ocupación del varón	365,087 ^a	0,000	367,194 ^a	0,000
	Trabajó el varón en los últimos 12 meses	11,288 ^a	0,001	70,356 ^a	0,000

Anexo 3: Factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años de edad ENDSA 2003. Resultados de regresión logística binaria por separado para los cuatro componentes Análisis Multivariado.

Variables	*Valor P	ORc	I.C.95%		*Valor P	ORa	I.C.95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Modelo I: Conocimientos								
Conocimiento del ciclo ovulatorio No	<0,001	1,610	1,501	1,727	<0,001	1,190	1,081	1,309
Conocimiento de la píldora No	<0,001	3,875	3,404	4,411	*0,111	1,186	0,962	1,464
Conocimiento del DIU No	<0,001	5,989	5,159	6,951	<0,001	1,586	1,250	2,012
Conocimiento de la Inyección No	<0,001	4,730	4,182	5,349	<0,001	2,057	1,690	2,505
Conocimiento del Condón No	<0,001	2,895	2,587	3,238	*0,295	0,902	0,744	1,094
Conocimiento de la Esterilización femenina No	<0,001	3,194	2,934	3,478	<0,001	1,388	1,214	1,587
Conocimiento de la Esterilización masculina No	<0,001	2,115	1,970	2,270	<0,001	1,220	1,092	1,363
Conocimiento de la Abstinencia ritmo No	<0,001	1,842	1,689	2,009	<0,001	0,562	0,487	0,649
Conocimiento del retiro No	<0,001	2,178	2,030	2,337	0,001	1,191	1,072	1,325
Conocimiento de Norplant implantes No	<0,001	1,652	1,483	1,840	*0,574	0,960	0,833	1,107
Conocimiento de la Lactancia Amenorrea No	<0,001	2,614	2,432	2,809	<0,001	1,684	1,515	1,872
Conocimiento de Jalea Espuma No	<0,001	2,030	1,891	2,178	*0,943	1,004	0,898	1,123
Conocimiento de anticoncepción de emergencia No	<0,001	1,583	1,446	1,732	*0,755	1,020	0,899	1,159
Conocimiento de otros métodos No	<0,001	1,552	1,419	1,699	0,013	0,853	0,752	0,967
Escucho PF en la radio en los últimos meses No	<0,001	1,734	1,616	1,860	0,009	1,145	1,034	1,268
Escucho y vio PF en la TV en los últimos meses No	<0,001	1,876	1,749	2,012	0,004	1,173	1,053	1,306
Lectura de PF en periódicos en los últimos meses No	<0,001	1,525	1,412	1,648	*0,428	0,957	0,858	1,067
Visito un trabajador de PF 12 meses pasados No	<0,001	1,599	1,450	1,763	*0,286	1,070	0,945	1,212
Recibió información en el centro de salud sobre PF No	<0,001	1,685	1,543	1,840	<0,001	1,495	1,357	1,646
Constante					0,204	0,887		
Modelo II: Prácticas								
Uso alguna vez Píldora No	<0,001	4,919	4,491	5,388	*0,183	1,366	0,863	2,163
Uso alguna vez DIU No	<0,001	5,573	3,255	9,541	0,009	3,998	1,406	11,366

Uso alguna vez Inyección No	<0,001	6,807	6,181	7,497	<0,001	3,877	2,201	6,829
Uso alguna vez Condón No	<0,001	4,215	3,860	4,602	<0,001	3,100	1,993	4,820
Uso alguna vez Norplant implantes No	0,029	5,773	1,200	27,778	*0,569	2,127	0,158	28,614
Uso alguna vez Lactancia amenorrea No	<0,001	3,163	2,836	3,529	0,003	2,487	1,377	4,491
Uso alguna vez jalea espuma No	<0,001	3,083	2,572	3,694	*0,707	1,155	0,544	2,451
Uso alguna vez anticoncepción de emergencia No	<0,001	2,678	1,795	3,994	*0,149	0,459	0,160	1,321
Número de niños vivos al primer uso > 3 hijos	<0,001	0,800	0,723	0,886	0,042	0,442	0,201	0,969
Adquisición de condón en hospital gubernamental No	<0,001	1,374	1,258	1,501	0,033	0,610	0,387	0,962
Adquisición de condón en farmacia No	<0,001	2,032	1,883	2,193	*0,702	1,194	0,482	2,960
Adquisición de condón en otros lugares No	0,031	1,436	1,033	1,995	*0,641	0,762	0,242	2,393
Posibilidad obtener un condón No	<0,001	1,678	1,529	1,842	*0,602	1,168	0,651	2,095
Constante					0,093	0,099		
Modelo III: Actitudes								
Alguna vez aborto Sí	<0,001	0,528	0,484	0,575	*0,535	0,962	0,852	1,087
Deseo de la mujer de tener un hijo No desea / indecisa	<0,001	0,511	0,475	0,551	*0,561	0,966	0,859	1,086
Número ideal de hijos >3 hijos	<0,001	0,669	0,612	0,730	0,018	0,857	0,755	0,974
Toma de decisiones para uso de anticoncepción No decide	<0,001	1,838	1,630	2,073	<0,001	1,829	1,619	2,066
Constante					0,000	0,617		
Modelo IV: Sociodemográficos								
Edad actual de la mujer ≤ 19 años	<0,001	8,531	7,306	9,962	0,031	1,351	1,028	1,778
Lugar de residencia Rural	<0,001	1,608	1,484	1,741	*0,076	1,140	0,987	1,317
Educación instrucción de la mujer Inadecuada	<0,001	1,184	1,104	1,269	<0,001	1,679	1,489	1,894
Alfabetismo No	<0,001	1,594	1,409	1,803	<0,001	1,410	1,204	1,652
Tenencia de electricidad No	<0,001	1,494	1,366	1,635	*0,113	0,870	0,733	1,034
Tenencia de televisión No	<0,001	1,732	1,582	1,895	0,013	0,416	0,208	0,832
Tenencia de bicicleta No	<0,001	1,230	1,147	1,319	0,003	1,144	1,045	1,251
Tenencia de motocicleta No	<0,001	1,483	1,277	1,723	*0,055	1,212	0,996	1,475
Tenencia de automóvil / camión No	<0,001	1,391	1,270	1,525	*0,214	1,090	0,951	1,250
Número de miembros del hogar > 5	<0,001	1,143	1,066	1,227	*0,436	0,955	0,852	1,072
Tenencia de teléfono No	<0,001	1,302	1,202	1,412	<0,001	1,281	1,124	1,460

Lectura de periódico o revista No	<0,001	1,357	1,259	1,462	0,001	1,209	1,083	1,350
Ve televisión No	<0,001	1,732	1,582	1,895	<0,001	1,387	1,172	1,642
Índice de riqueza Pobreza	<0,001	1,570	1,451	1,698	*0,063	1,169	0,992	1,378
Total de niños nacidos ≥ 4	<0,001	0,590	0,548	0,635	*0,227	1,128	0,928	1,370
Edad de la mujer al primer nacimiento ≤ 19 años	<0,001	0,858	0,795	0,926	<0,001	0,742	0,660	0,836
Número de niños vivos ≥ 4	<0,001	0,596	0,552	0,643	*0,106	0,841	0,682	1,037
Pareja vive en casa Si	<0,001	0,703	0,594	0,833	<0,001	0,555	0,460	0,671
Edad al primer matrimonio ≤ 19 años	0,012	0,907	0,840	0,979	*0,324	0,943	0,839	1,060
Edad de la mujer a la primera relación sexual ≤ 15 años	0,010	0,848	0,748	0,961	<0,001	0,685	0,587	0,798
Nivel de educación de la pareja Sin educación	<0,001	1,576	1,457	1,703	*0,092	0,908	0,811	1,016
Ocupación de la pareja Sin título	<0,001	1,470	1,354	1,597	*0,972	1,002	0,900	1,115
Actualmente trabaja la mujer No	<0,001	1,157	1,077	1,242	0,002	0,767	0,648	0,907
Ocupación de la mujer Sin título	<0,001	1,970	1,754	2,214	0,011	1,253	1,054	1,491
Trabajó en los últimos 12 meses No	<0,001	1,280	1,186	1,381	*0,567	0,940	0,762	1,161
Tipo de remuneración por el trabajo No pagado	<0,001	1,824	1,700	1,958	<0,001	1,378	1,197	1,587
Constante					0,644	1,072		

***P-valor** > 0,05. **ORc:** Odds Ratio Cruda. **I.C.95%:** Intervalo de Confianza del 95%. **ORa:** Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística.

Medidas de Ajuste del Modelo I: Conocimientos

Razón de verosimilitud = 10808,661

R cuadrado de Cox y Snell = 0,077 = 7,7%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,107 = 10,7%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,016

Medidas de Ajuste del Modelo II: Practicas

Razón de verosimilitud = 542,537

R cuadrado de Cox y Snell = 0,183 = 18,3%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,224 = 22,4%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,917

Medidas de Ajuste del Modelo III: Actitudes

Razón de verosimilitud = 8012,683

R cuadrado de Cox y Snell = 0,016 = 1,6%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,022 = 2,2%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,619

Medidas de Ajuste del Modelo IV: Sociodemográficos

Razón de verosimilitud = 11643,016

R cuadrado de Cox y Snell = 0,076 = 7,6%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,104 = 10,4%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,209

Anexo 4: Factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años de edad ENDSA 2008. Resultados de regresión logística binaria por separado para los cuatro componentes Análisis Multivariado.

Variables	*Valor P	ORc	I.C. 95%		*Valor P	ORa	I.C. 95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Modelo I: Conocimientos								
Conocimiento del ciclo ovulatorio No	<0,001	1,407	1,310	1,511	*0,888	0,993	0,900	1,095
Conocimiento de la píldora No	<0,001	3,192	2,775	3,671	*0,912	0,987	0,786	1,240
Conocimiento del DIU No	<0,001	4,470	3,848	5,193	<0,001	1,738	1,371	2,203
Conocimiento de la Inyección No	<0,001	5,493	4,666	6,468	<0,001	2,798	2,191	3,572
Conocimiento del Condón No	<0,001	2,150	1,913	2,417	0,002	0,738	0,610	0,893
Conocimiento de la Esterilización femenina No	<0,001	3,041	2,772	3,337	<0,001	1,757	1,526	2,022
Conocimiento de la Esterilización masculina No	<0,001	1,855	1,728	1,992	0,018	1,145	1,024	1,280
Conocimiento de la Abstinencia ritmo No	<0,001	1,461	1,339	1,594	<0,001	0,629	0,547	0,724
Conocimiento del retiro No	<0,001	1,748	1,627	1,877	0,004	1,165	1,049	1,295
Conocimiento de Norplant implantes No	<0,001	1,389	1,227	1,573	0,048	0,849	0,722	0,998
Conocimiento de la Lactancia Amenorrea No	<0,001	2,142	1,994	2,302	<0,001	1,421	1,280	1,577
Conocimiento de Jalea Espuma No	<0,001	1,750	1,629	1,881	*0,283	1,062	0,951	1,186
Conocimiento de anticoncepción de emergencia No	<0,001	5,054	4,310	5,927	*0,418	0,954	0,852	1,069
Conocimiento de otros métodos No	<0,001	1,412	1,295	1,540	0,018	0,866	0,769	0,976
Escucho PF en la radio en los últimos meses No	<0,001	1,560	1,452	1,675	*0,056	1,104	0,997	1,223
Escucho y vio PF en la TV en los últimos meses No	<0,001	1,651	1,537	1,773	0,003	1,175	1,055	1,309
Lectura de PF en los periódicos en los últimos meses No	<0,001	1,411	1,302	1,528	*0,722	0,980	0,875	1,097
Recibió información en el C.S sobre PF No	<0,001	1,632	1,492	1,785	<0,001	1,468	1,338	1,612
Constante					0,001	1,322		
Modelo II: Prácticas								
Uso alguna vez Píldora No	<0,001	4,102	3,749	4,489	*0,671	1,197	0,522	2,745
Uso alguna vez DIU No	<0,001	5,880	5,369	6,439	<0,001	15,709	4,703	52,476
Uso alguna vez Inyección No	<0,001	5,949	5,476	6,463	0,002	3,103	1,540	6,250
Uso alguna vez Condón No	<0,001	3,521	3,242	3,824	*0,057	5,474	2,329	12,865
Uso alguna vez abstinencia ritmo No	<0,001	0,855	0,790	0,926	*0,067	0,521	0,260	1,046

Uso alguna vez Lactancia amenorrea No	<0,001	2,257	1,999	2,549	0,023	3,235	1,172	8,924
Uso alguna vez jalea espuma No	<0,001	2,520	2,083	3,048	*0,690	0,721	0,145	3,596
Uso alguna vez anticoncepción de emergencia No	<0,001	2,529	1,971	3,244	*0,841	1,112	0,392	3,157
Uso alguna vez otros métodos No	0,002	1,649	1,196	2,274	*0,966	1,027	0,296	3,570
Adquisición de condón en hospital gubernamental No	0,004	1,217	1,066	1,390	*0,853	0,911	0,337	2,458
Adquisición de condón en farmacia No	<0,001	1,899	1,759	2,050	*0,450	1,821	0,385	8,619
Adquisición de preservativo amigos o familiares No	*0,135	1,282	0,926	1,774				
Adquisición de condón en otros lugares No	<0,001	1,851	1,603	2,138	*0,151	0,396	0,112	1,400
Posibilidad obtener un condón No	<0,001	1,651	1,507	1,809	*0,267	0,563	0,204	1,554
Uso de condón en la primera relación sexual No	<0,001	2,185	1,782	2,679	*0,242	0,620	0,279	1,380
Constante					0,047	0,058		
Modelo III: Actitudes								
Deseo el ultimo hijo No	0,013	1,145	1,029	1,274	*0,169	0,902	0,779	1,045
Número ideal de hijos >3 hijos	<0,001	0,748	0,682	0,819	*0,692	0,962	0,796	1,163
Deseo de tener un hijo No/indecisa	<0,001	0,572	0,531	0,616	*0,120	1,134	0,968	1,329
Alguna vez tuvo un aborto Si	<0,001	0,586	0,539	0,638	*0,878	1,013	0,857	1,198
Toma de decisiones para uso de anticoncepción No decide	<0,001	1,990	1,714	2,310	<0,001	2,255	1,835	2,771
Constante					<0,001	0,604		
Modelo IV: Sociodemográficos								
Edad actual de la mujer ≤ 19 años	<0,001	6,162	5,342	7,108	0,041	1,309	1,011	1,695
Lugar de residencia Rural	<0,001	1,581	1,462	1,710	0,009	1,213	1,050	1,401
Nivel de educación Sin educación	*0,189	1,049	0,977	1,126				
Alfabetismo No	<0,001	1,306	1,151	1,481	<0,001	1,492	1,280	1,739
Tenencia de electricidad No	<0,001	1,446	1,299	1,608	0,004	0,756	0,625	0,914
Tenencia de radio No	<0,001	0,805	0,724	0,896	*0,065	0,861	0,734	1,010
Tenencia de televisión No	<0,001	1,618	1,475	1,775	*0,699	0,960	0,783	1,179
Tenencia bicicleta No	<0,001	1,188	1,105	1,276	0,002	1,155	1,055	1,264
Tenencia de motocicleta No	<0,001	1,752	1,551	1,978	<0,001	1,556	1,334	1,816
Tenencia de automóvil / camión No	<0,001	1,428	1,310	1,556	*0,290	1,065	0,947	1,198
Tenencia de teléfono No	<0,001	1,262	1,161	1,371	0,001	1,242	1,093	1,411
Lectura de periódico o revista No	0,013	1,094	1,019	1,175	*0,127	1,083	0,978	1,200
Escucha radio No	<0,001	0,752	0,675	0,838	*0,607	0,959	0,819	1,124
Ve televisión No	<0,001	1,763	1,592	1,952	<0,001	1,579	1,290	1,932

Índice de riqueza	<0,001	1,639	1,514	1,776	<0,001	1,377	1,172	1,616
Pobreza								
Total de niños nacidos ≥ 4	<0,001	0,630	0,584	0,680	0,027	1,264	1,027	1,557
Edad de la mujer al primer nacimiento ≤ 19 años	0,002	0,882	0,816	0,953	0,041	0,885	0,787	0,995
Número de niños vivos > 3	<0,001	0,631	0,582	0,683	*0,131	0,851	0,690	1,049
Número de uniones > 1	<0,001	0,733	0,643	0,835	0,004	0,798	0,684	0,932
Pareja vive en casa Sí	<0,001	0,598	0,511	0,699	<0,001	0,593	0,501	0,701
Edad al primer matrimonio ≤ 19 años	0,001	0,875	0,809	0,946	*0,079	0,902	0,804	1,012
Edad de la primera relación sexual ≤ 15 años	<0,001	0,737	0,652	0,834	<0,001	0,721	0,619	0,839
Nivel de educación de la pareja Sin educación	<0,001	1,296	1,197	1,402	*0,106	0,917	0,826	1,019
Ocupación de la pareja Sin título	<0,001	1,321	1,215	1,437	*0,815	0,987	0,888	1,097
Actualmente trabaja la mujer No	<0,001	1,191	1,106	1,283	0,003	0,777	0,659	0,915
Ocupación de la mujer Sin título	<0,001	1,539	1,371	1,727	0,018	1,229	1,035	1,459
Trabajó en los últimos 12 meses No	<0,001	1,207	1,114	1,307	*0,680	0,957	0,777	1,179
Tipo de remuneración por el trabajo No pagado	<0,001	1,592	1,480	1,711	0,002	1,251	1,083	1,444
Constante					0,680	1,057		

***P-valor** > 0,05. **ORc**: Odds Ratio Cruda. **I.C.95%**: Intervalo de Confianza del 95%. **ORa**: Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística.

Medidas de Ajuste del Modelo I: Conocimientos

Razón de verosimilitud = 10885,418

R cuadrado de Cox y Snell = 0,063 = 6,3%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,089 = 8,9%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,068

Medidas de Ajuste del Modelo II: Practicas

Razón de verosimilitud = 227,859

R cuadrado de Cox y Snell = 0,333 = 33,3%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,458 = 45,8%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,698

Medidas de Ajuste del Modelo III: Actitudes

Razón de verosimilitud = 4339,767

R cuadrado de Cox y Snell = 0,020 = 2%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,027 = 2,7%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,321

Medidas de Ajuste del Modelo IV: Sociodemográficos

Razón de verosimilitud = 11700,040

R cuadrado de Cox y Snell = 0,059 = 5,9%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,081 = 8,1%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,460

Anexo 5: Factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso alguna ocasión métodos anticonceptivos modernos en varones de 15 a 60 años de edad ENDSA 2003. Resultados de regresión logística binaria por separado para los cuatro componentes Análisis Multivariado.

Variables	*Valor P	ORc	I.C.95%		*Valor P	ORa	I.C.95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Modelo I: Conocimientos								
Conocimiento del ciclo ovulatorio No	<0,001	2,441	2,199	2,709	<0,001	1,365	1,207	1,544
Conocimiento de la píldora No	<0,001	4,349	3,792	4,988	*0,116	0,855	0,704	1,039
Conocimiento del DIU No	<0,001	5,529	4,780	6,396	0,024	1,259	1,031	1,537
Conocimiento de la inyección No	<0,001	3,282	2,925	3,683	*0,324	1,081	0,926	1,263
Conocimiento del condón No	<0,001	23,862	16,236	35,070	<0,001	6,784	4,466	10,306
Conocimiento de la Esterilización femenina No	<0,001	4,876	4,357	5,458	<0,001	2,100	1,804	2,445
Conocimiento de la Esterilización masculina No	<0,001	3,478	3,120	3,877	*0,420	1,062	0,917	1,230
Conocimiento de la Abstinencia ritmo No	<0,001	4,381	3,777	5,081	*0,117	1,164	0,963	1,407
Conocimiento del retiro No	<0,001	3,994	3,583	4,452	<0,001	1,574	1,372	1,807
Conocimiento del métodos folclóricos No	0,003	1,751	1,204	2,547	*0,960	1,011	0,651	1,570
Conocimiento de implantes No	<0,001	2,574	2,191	3,025	0,043	0,816	0,670	0,994
Conocimiento de la Lactancia Amenorrea No	<0,001	2,468	2,219	2,745	*0,969	1,003	0,877	1,146
Conocimiento de jalea espuma No	<0,001	3,985	3,581	4,436	<0,001	1,324	1,150	1,525
Conocimiento de anticoncepción de emergencia No	<0,001	4,043	3,495	4,677	<0,001	1,624	1,360	1,941
Conocimiento de otros métodos No	<0,001	3,473	3,010	4,008	0,007	1,275	1,070	1,520
Conocimiento mujer amamanta puede embarazarse Si / no sabe	<0,001	1,310	1,175	1,462	*0,170	0,915	0,805	1,039
Escucho PF en la radio en los últimos meses No	<0,001	2,162	1,940	2,408	*0,365	0,933	0,802	1,084
Escucho y vio PF en la TV en los últimos meses No	<0,001	3,296	2,963	3,667	<0,001	1,445	1,246	1,675
Lectura de PF en periódicos en los últimos meses No	<0,001	3,114	2,800	3,463	<0,001	1,578	1,377	1,809
Hablo de PF con trabajador de salud últimos meses No	<0,001	1,917	1,691	2,174	*0,986	0,999	0,856	1,165
Hablo de planificación familiar con la esposa/pareja No	<0,001	1,656	1,436	1,909	*0,905	1,010	0,852	1,199

Hablo de planificación familiar con la madre No	<0,001	2,099	1,401	3,146	*0,518	0,845	0,508	1,407
Hablo de planificación familiar con el padre No	<0,001	2,590	1,625	4,128	*0,206	1,449	0,816	2,573
Hablo de planificación familiar con la hermana (s) No	<0,001	2,487	1,686	3,671	*0,650	0,898	0,564	1,430
Hablo de planificación familiar con el hermano (s) No	<0,001	3,050	2,277	4,084	<0,001	1,921	1,342	2,750
Hablo de planificación familiar con la hija No	0,018	1,804	1,105	2,945	*0,743	1,098	0,629	1,916
Hablo de planificación familiar con la suegra No	0,036	28,576	1,247	654,975	*0,153	10,490	0,417	263,637
Hablo de planificación familiar con amigos/vecinos No	<0,001	2,322	2,074	2,599	0,001	1,259	1,100	1,442
Hablo de planificación familiar con otras personas No	<0,001	1,694	1,335	2,151	*0,107	0,799	0,608	1,050
Constante					0,008	0,010		
Modelo II: Prácticas								
Adquisición de condón hospital gubernamental No	<0,001	1,571	1,319	1,872	*0,641	0,956	0,790	1,156
Adquisición de condón en seguridad social No	0,003	2,941	1,428	6,058	*0,204	1,626	0,768	3,442
Adquisición de condón en hospital o clínica privada No	0,018	2,134	1,141	3,991	*0,662	1,156	0,604	2,211
Adquisición de condón en farmacia No	<0,001	10,710	9,150	12,537	<0,001	1,808	1,405	2,325
Adquisición de condón en tienda No	<0,001	3,764	3,115	4,549	<0,001	2,174	1,793	2,637
Adquisición de condón amigos o familiares No	<0,001	2,879	1,832	4,524	0,001	2,259	1,396	3,655
Adquisición de condón en otros lugares No	<0,001	5,573	3,255	9,541	<0,001	3,570	2,073	6,148
Posibilidad obtener condón No	<0,001	28,245	21,950	36,345	<0,001	14,413	10,143	20,479
Constante					<0,001	0,029		
Modelo III: Actitudes								
Deseo del varón de tener más hijos No más hijos / indeciso	<0,001	3,123	2,751	3,544	<0,001	3,014	2,651	3,427
Número ideal de ambos sexos > 3 hijos	0,043	0,816	0,670	0,994	0,033	0,702	0,508	0,972
constante					<0,001	0,565		
Modelo IV: Sociodemográficos								
Edad del varón < 19 años	<0,001	2,675	2,314	3,091	*0,624	1,236	0,530	2,885
Educación instrucción del varón Inadecuada	<0,001	4,123	3,692	4,604	<0,001	2,611	2,210	3,084
Alfabetismo No	<0,001	7,378	4,964	10,966	0,004	1,969	1,243	3,120

Tipo de residencia Rural	<0,001	3,847	3,413	4,337	*0,250	1,141	0,911	1,429
Número de miembros del hogar > 5 miembros	<0,001	1,504	1,355	1,669	*0,076	0,853	0,716	1,017
Lectura de periódico o revista No	<0,001	3,111	2,711	3,570	*0,064	1,225	0,988	1,518
Ve televisión No	<0,001	4,521	3,811	5,363	*0,087	1,258	0,967	1,636
Índice de riqueza Pobre	<0,001	4,616	4,085	5,217	<0,001	2,438	1,956	3,040
Total de niños nacidos ≥ 4	<0,001	1,970	1,759	2,205	<0,001	2,043	1,495	2,792
Edad del varón al primer nacimiento < 19 años	0,023	0,832	0,710	0,975	0,001	0,725	0,598	0,878
Número de niños vivos ≥ 4	<0,001	1,887	1,677	2,125	*0,209	0,850	0,614	1,177
Número de mujeres con la que ha tenido hijos > 1	<0,001	0,596	0,504	0,704	*0,327	0,845	0,650	1,099
Numero de uniones > 1	<0,001	0,593	0,500	0,702	<0,001	0,567	0,439	0,731
Ocupación del varón Sin título	<0,001	3,387	2,977	3,854	<0,001	1,405	1,178	1,676
Trabajó en los últimos 12 meses No	0,001	1,295	1,114	1,506	*0,186	1,367	0,860	2,172
Constante					<0,001	0,410		

***P-valor** > 0,05. **ORc:** Odds Ratio Cruda. **I.C.95%:** Intervalo de Confianza del 95%. **ORa:** Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística.

Medidas de Ajuste del Modelo I: Conocimientos

Razón de verosimilitud = 6459,433

R cuadrado de Cox y Snell = 0,247 = 24,7%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,334 = 33,4%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,003

Medidas de Ajuste del Modelo II: Practicas

Razón de verosimilitud = 6746,072

R cuadrado de Cox y Snell = 0,236 = 23,6%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,319 = 31,9%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,906

Medidas de Ajuste del Modelo III: Actitudes

Razón de verosimilitud = 5603,985

R cuadrado de Cox y Snell = 0,068 = 6,8%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,091 = 9,1%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,284

Medidas de Ajuste del Modelo IV: Sociodemográficos

Razón de verosimilitud = 4207,605

R cuadrado de Cox y Snell = 0,218 = 21,8%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,294 = 29,4%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,311

Anexo 6: Factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso alguna ocasión métodos anticonceptivos modernos en varones de 15 a 60 años de edad ENDSA 2008 Resultados de regresión logística binaria por separado para los cuatro componentes Análisis Multivariado.

Variables	*Valor P	ORc	I.C.95%		*Valor P	ORa	I.C. del 95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Modelo I: Conocimientos								
Conocimiento del ciclo ovulatorio No	<0,001	2,083	1,868	2,323	<0,001	1,387	1,220	1,577
Conocimiento de la píldora No	<0,001	6,703	5,771	7,786	<0,001	1,535	1,258	1,872
Conocimiento del DIU No	<0,001	6,430	5,540	7,464	<0,001	1,613	1,326	1,963
Conocimiento de la inyección No	<0,001	3,082	2,736	3,472	*0,308	0,918	0,779	1,082
Conocimiento del condón No	<0,001	29,460	19,216	45,166	<0,001	5,573	3,519	8,827
Conocimiento de la Esterilización femenina No	<0,001	5,326	4,739	5,987	<0,001	1,939	1,652	2,276
Conocimiento de la Esterilización masculina No	<0,001	3,744	3,365	4,165	*0,095	1,135	0,978	1,318
Conocimiento de la Abstinencia ritmo No	<0,001	4,069	3,531	4,690	0,001	1,374	1,147	1,646
Conocimiento del retiro No	<0,001	4,200	3,772	4,677	<0,001	1,993	1,740	2,283
Conocimiento del métodos folclóricos No	0,016	1,519	1,082	2,133	*0,246	0,796	0,542	1,170
Conocimiento de implantes No	<0,001	1,906	1,630	2,229	0,012	0,786	0,651	0,949
Conocimiento de la Lactancia Amenorrea No	<0,001	2,045	1,841	2,273	*0,460	0,845	0,713	1,201
Conocimiento de jalea espuma No	<0,001	3,130	2,817	3,477	*0,915	0,992	0,859	1,146
Conocimiento de anticoncepción de emergencia No	<0,001	3,575	3,181	4,017	<0,001	1,443	1,247	1,669
Conocimiento de otros métodos No	<0,001	2,551	2,224	2,927	*0,522	0,946	0,799	1,121
Conocimiento mujer amamanta puede embarazarse Si / no sabe	<0,001	1,801	1,623	1,999	<0,001	1,262	1,116	1,427
Escucho PF en la radio en los últimos meses No	<0,001	1,871	1,686	2,076	*0,090	0,884	0,767	1,019
Escucho y vio PF en la TV en los últimos meses No	<0,001	3,207	2,886	3,563	<0,001	1,883	1,635	2,169
Lectura de PF en periódicos en los últimos meses No	<0,001	2,698	2,423	3,004	<0,001	1,343	1,169	1,543
Hablo de PF con trabajador de salud últimos meses No	<0,001	1,644	1,438	1,880	*0,833	0,983	0,835	1,156
Hablo de planificación familiar con la esposa/pareja No	<0,001	1,790	1,457	2,200	*0,203	1,167	0,920	1,481
Hablo de planificación familiar con la hermana (s) No	<0,001	1,948	1,384	2,742	*0,725	1,078	0,708	1,643

Hablo de planificación familiar con el hermano (s) No	<0,001	1,651	1,252	2,178	*0,607	0,914	0,650	1,286
Hablo de planificación familiar con el suegro No	*0,065	6,803	0,885	52,303				
Hablo de planificación familiar con amigos/vecinos No	<0,001	1,826	1,634	2,041	*0,097	1,121	0,979	1,284
Hablo de planificación familiar con otras personas No	<0,001	1,858	1,494	2,312	0,019	1,355	1,050	1,748
Constante					<0,001	0,182		
Modelo II: Prácticas								
Adquisición de condón hospital gubernamental No	0,005	1,363	1,098	1,693	*0,994	0,998	0,629	1,584
Adquisición de condón en seguridad social No	*0,063	3,216	0,939	11,020				
Adquisición de condón en hospital o clínica privada No	0,002	10,998	2,402	50,367	0,002	15,150	2,726	84,201
Adquisición de condón en farmacia No	<0,001	14,660	12,332	17,428	<0,001	2,571	1,569	4,216
Adquisición de condón en médico privado No	0,031	3,994	1,132	14,084	*0,169	3,559	0,583	21,714
Adquisición de condón CS privado / CS de iglesia No	0,019	3,187	1,211	8,385	*0,067	3,965	0,907	17,336
Adquisición de condón en otros lugares No	<0,001	4,680	3,375	6,490	<0,001	3,502	2,124	5,773
Posibilidad obtener condón No	<0,001	33,712	25,520	44,534	0,002	2,534	1,398	4,593
Problemas con el uso de preservativos Si	<0,001	0,001	0,000	0,001	<0,001	0,001	0,001	0,002
Constante					0,001	0,008		
Modelo III: Actitudes								
Deseo del varón de tener más hijos No más hijos / indeciso	<0,001	3,568	3,126	4,074	3,451	0,000	3,020	3,943
Número ideal de niños > 3 hijos	1,130	0,042	1,004	1,272	*0,187	1,233	0,903	1,682
Constante					<0,001	0,385		
Modelo IV: Sociodemográficos								
Edad del varón < 19 años	<0,001	3,673	3,158	4,271	*0,429	0,757	0,380	1,508
Educación instrucción del varón Inadecuada	<0,001	4,080	3,641	4,572	<0,001	2,448	2,080	2,880
Alfabetismo No	<0,001	9,571	6,055	15,130	<0,001	3,454	1,984	6,014
Tipo de residencia Rural	<0,001	4,357	3,879	4,894	<0,001	1,638	1,311	2,045
Número de miembros del hogar > 5 miembros	*0,135	1,267	0,926	1,774				
Lectura de periódico o revista No	<0,001	2,712	2,396	3,071	*0,559	1,059	0,875	1,281
Escucha radio No	<0,001	0,606	0,479	0,766	<0,001	0,509	0,353	0,734

Ve televisión No	<0,001	5,279	4,402	6,331	0,001	1,549	1,193	2,010
Índice de riqueza Pobre	<0,001	5,008	4,438	5,652	<0,001	1,850	1,466	2,336
Total de niños nacidos ≥ 4	<0,001	2,220	1,979	2,491	<0,001	2,186	1,570	3,045
Número de niños vivos ≥ 4	<0,001	2,085	1,850	2,351	*0,074	0,735	0,524	1,031
Número de mujeres con la que ha tenido hijos > 1	<0,001	0,590	0,492	0,706	0,001	0,639	0,490	0,833
Numero de uniones > 1	<0,001	0,625	0,517	0,755	*0,560	0,925	0,713	1,201
Trabaja actualmente el varón No	<0,001	1,584	1,386	1,809	*0,435	1,207	0,753	1,934
Ocupación del varón Sin título	<0,001	3,466	3,039	3,952	<0,001	1,431	1,204	1,700
Trabajó en los últimos 12 meses No	<0,001	1,975	1,681	2,320	0,019	2,399	1,158	4,969
Constante					<0,001	0,293		

***P-valor** > 0,05. **ORc:** Odds Ratio Cruda. **I.C.95%:** Intervalo de Confianza del 95%. **ORa:** Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística.

Medidas de Ajuste del Modelo I: Conocimientos

Razón de verosimilitud = 6350,938

R cuadrado de Cox y Snell = 0,262 = 26,2%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,351 = 35,1%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,453

Medidas de Ajuste del Modelo II: Practicas

Razón de verosimilitud = 2321,242

R cuadrado de Cox y Snell = 0,631 = 63,1%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,843 = 84,3%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,950

Medidas de Ajuste del Modelo III: Actitudes

Razón de verosimilitud = 5549,578

R cuadrado de Cox y Snell = 0,080 = 8%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,107 = 10,7%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,384

Medidas de Ajuste del Modelo IV: Sociodemográficos

Razón de verosimilitud = 4351,178

R cuadrado de Cox y Snell = 0,240 = 24%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,321 = 32,1%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,216

Anexo 7: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años de edad ENDSA 2003 Resultados de regresión logística binaria.

Variables	*Valor P	ORc	I.C.95%		*Valor P	ORa	I.C.95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Conocimiento del ciclo ovulatorio No	<0,001	1,610	1,501	1,727	<0,001	0,688	0,562	0,843
Conocimiento del DIU No	<0,001	5,989	5,159	6,951	*0,078	2,185	0,916	5,210
Conocimiento de la Esterilización femenina No	<0,001	3,194	2,934	3,478	0,013	1,495	1,089	2,051
Conocimiento de la Esterilización masculina No	<0,001	2,115	1,970	2,270	*0,085	1,212	0,973	1,509
Conocimiento de la Abstinencia ritmo No	<0,001	1,842	1,689	2,009	<0,001	0,236	0,124	0,451
Conocimiento del retiro No	<0,001	2,178	2,030	2,337	<0,001	0,554	0,438	0,702
Conocimiento de otros métodos No	<0,001	1,552	1,419	1,699	*0,199	1,159	0,925	1,453
Escucho PF en la radio en los últimos meses No	<0,001	1,734	1,616	1,860	*0,231	1,139	0,920	1,410
Escucho y vio PF en la TV en los últimos meses No	<0,001	1,876	1,749	2,012	*0,927	0,989	0,788	1,243
Recibió información en el C.S. sobre PF No	<0,001	1,685	1,543	1,840	*0,459	1,076	0,886	1,307
Uso alguna vez DIU No	<0,001	5,573	3,255	9,541	<0,001	3,282	2,925	3,683
Uso alguna vez Inyección No	<0,001	6,807	6,181	7,497	<0,001	3,490	2,748	4,432
Uso alguna vez Condón No	<0,001	4,215	3,860	4,602	<0,001	1,762	1,417	2,190
Uso alguna vez Lactancia amenorrea No	<0,001	3,163	2,836	3,529	<0,001	1,525	1,239	1,878
Número de niños vivos al primer uso > 3 hijos	<0,001	0,800	0,723	0,886	*0,209	0,850	0,614	1,177
Adquisición de condón hospital gubernamental No	<0,001	1,374	1,258	1,501	*0,394	1,106	0,877	1,395
Número ideal de hijos >3 hijos	<0,001	0,669	0,612	0,730	*0,893	0,984	0,778	1,245
Toma de decisiones para uso de anticoncepción No decide	<0,001	1,838	1,630	2,073	0,001	1,516	1,196	1,923
Edad actual de la mujer ≤ 19 años	<0,001	8,531	7,306	9,962	*0,210	1,407	0,816	2,427
Educación instrucción de la mujer Inadecuada	<0,001	1,184	1,104	1,269	0,025	1,319	1,036	1,681
Alfabetismo No	<0,001	1,594	1,409	1,803	*0,715	1,099	0,663	1,822
Tenencia de bicicleta No	<0,001	1,230	1,147	1,319	*0,920	1,010	0,832	1,226
Tenencia de teléfono No	<0,001	1,302	1,202	1,412	<0,001	1,773	1,391	2,261
Lectura de periódico o revista No	<0,001	1,357	1,259	1,462	*0,406	1,113	0,864	1,433
Ve televisión No	<0,001	1,732	1,582	1,895	<0,001	0,567	0,439	0,731

Edad al primer nacimiento ≤ 19 años	<0,001	0,858	0,795	0,926	*0,079	0,828	0,670	1,022
Pareja vive en casa Si	<0,001	0,703	0,594	0,833	0,006	0,594	0,409	0,863
Edad a la primera relación sexual ≤ 15 años	0,010	0,848	0,748	0,961	*0,149	0,744	0,497	1,112
Actualmente trabaja la mujer No	<0,001	1,157	1,077	1,242	<0,001	0,540	0,415	0,702
Ocupación de la mujer Sin título	<0,001	1,970	1,754	2,214	0,008	1,518	1,115	2,068
Tipo de remuneración por el trabajo No pagado	<0,001	1,824	1,700	1,958	<0,001	1,674	1,288	2,177
Constante					<0,001	0,064		

***P-valor** > 0,05. **ORc:** Odds Ratio Cruda. **I.C.95%:** Intervalo de Confianza del 95%. **ORa:** Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística.

Medidas de Ajuste del Modelo:

Razón de verosimilitud = 2597,062

R cuadrado de Cox y Snell = 0,140 = 14%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,197 = 19,7%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,229

Anexo 8: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años de edad ENDSA 2008. Resultados de regresión logística binaria

Variables	*Valor P	ORc	I.C.95%		*Valor P	ORa	I.C.95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Conocimiento de la Inyección No	<0,001	5,493	4,666	6,468	0,009	1,855	1,168	2,945
Conocimiento del Condón No	<0,001	2,150	1,913	2,417	*0,154	0,776	0,548	1,099
Conocimiento de la Esterilización femenina No	<0,001	3,041	2,772	3,337	<0,001	1,766	1,407	2,217
Conocimiento de la Esterilización masculina No	<0,001	1,855	1,728	1,992	0,001	1,363	1,141	1,628
Conocimiento de la Abstinencia ritmo No	<0,001	1,461	1,339	1,594	<0,001	0,098	0,068	0,142
Conocimiento del retiro No	<0,001	1,748	1,627	1,877	<0,001	0,670	0,566	0,791
Conocimiento de Norplant implantes No	<0,001	1,389	1,227	1,573	*0,594	0,931	0,717	1,210
Conocimiento de la Lactancia Amenorrea No	<0,001	2,142	1,994	2,302	0,004	1,285	1,085	1,521
Conocimiento de otros metodos No	<0,001	1,412	1,295	1,540	*0,199	1,132	0,937	1,369
Escucho y vio PF en la TV en los últimos meses No	<0,001	1,651	1,537	1,773	*0,967	1,003	0,851	1,183
Recibió información en el C.S sobre PF No	<0,001	1,632	1,492	1,785	0,001	1,312	1,124	1,531
Uso alguna vez DIU No	<0,001	5,880	5,369	6,439	<0,001	4,087	3,401	4,910
Uso alguna vez Lactancia amenorrea No	<0,001	2,257	1,999	2,549	*0,761	1,034	0,833	1,284
Toma de decisiones para uso de anticoncepción No decide	<0,001	1,990	1,714	2,310	<0,001	1,756	1,392	2,217
Edad actual de la mujer ≤ 19 años	<0,001	6,162	5,342	7,108	*0,162	0,710	0,440	1,147
Lugar de residencia Rural	<0,001	1,581	1,462	1,710	*0,702	0,953	0,743	1,222
Alfabetismo No	<0,001	1,306	1,151	1,481	*0,503	1,106	0,823	1,487
Tenencia de electricidad No	<0,001	1,446	1,299	1,608	*0,069	0,737	0,530	1,023
Tenencia bicicleta No	<0,001	1,188	1,105	1,276	*0,930	1,007	0,864	1,174
Tenencia de motocicleta No	<0,001	1,752	1,551	1,978	0,010	1,401	1,084	1,810
Tenencia de teléfono No	<0,001	1,262	1,161	1,371	*0,688	1,043	0,848	1,284
Ve televisión No	<0,001	1,763	1,592	1,952	0,013	1,479	1,086	2,015
Índice de riqueza Pobreza	<0,001	1,639	1,514	1,776	*0,457	1,111	0,842	1,465
Total de niños nacidos ≥ 4	<0,001	0,630	0,584	0,680	0,021	1,228	1,032	1,461
Edad de la mujer al primer nacimiento ≤ 19 años	0,002	0,882	0,816	0,953	*0,130	0,879	0,745	1,039

Número de uniones > 1	<0,001	0,733	0,643	0,835	<0,001	0,578	0,435	0,770
Pareja vive en casa Si	<0,001	0,598	0,511	0,699	*0,970	1,006	0,738	1,372
Edad de la primera relación sexual ≤ 15 años	<0,001	0,737	0,652	0,834	*0,117	0,802	0,608	1,057
Actualmente trabaja la mujer No	<0,001	1,191	1,106	1,283	<0,001	0,628	0,507	0,779
Ocupación de la mujer Sin título	<0,001	1,539	1,371	1,727	*0,358	0,889	0,692	1,143
Tipo de remuneración por el trabajo No pagado	<0,001	1,592	1,480	1,711	0,038	1,252	1,012	1,548
Constante					<0,001	0,139		

***P-valor** > 0,05. **ORc:** Odds Ratio Cruda. **I.C.95%:** Intervalo de Confianza del 95%. **ORa:** Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística.

Medidas de Ajuste del Modelo:

Razón de verosimilitud = 4110,927

R cuadrado de Cox y Snell = 0,182 = 18,2%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,249 = 24,9%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,918

Anexo 9: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso alguna ocasión métodos anticonceptivos modernos en varones de 15 a 60 años de edad ENDSA 2003. Resultados de regresión logística binaria.

Variables	*Valor P	ORc	I.C.95%		*Valor P	ORa	I.C.95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Conocimiento del ciclo ovulatorio No	<0,001	2,441	2,199	2,709	*0,063	1,189	0,990	1,426
Conocimiento del DIU No	<0,001	5,529	4,780	6,396	*0,071	0,757	0,560	1,024
Conocimiento del condón No	<0,001	23,862	16,236	35,070	0,008	2,481	1,273	4,837
Conocimiento de la Esterilización femenina No	<0,001	4,876	4,357	5,458	<0,001	2,255	1,814	2,802
Conocimiento del retiro No	<0,001	3,994	3,583	4,452	*0,474	1,076	0,880	1,315
Conocimiento de implantes No	<0,001	2,574	2,191	3,025	0,004	0,662	0,498	0,879
Conocimiento de jalea espuma No	<0,001	3,985	3,581	4,436	*0,581	1,061	0,860	1,308
Conocimiento de anticoncepción de emergencia No	<0,001	4,043	3,495	4,677	0,015	1,409	1,069	1,858
Conocimiento de otros métodos No	<0,001	3,473	3,010	4,008	*0,128	1,218	0,945	1,570
Escucho y vio PF en la TV en los últimos meses No	<0,001	3,296	2,963	3,667	*0,052	0,801	0,641	1,002
Lectura de PF los periódicos en los últimos meses No	<0,001	3,114	2,800	3,463	*0,062	1,214	0,990	1,488
Hablo de planificación familiar con el hermano (s) No	<0,001	3,050	2,277	4,084	0,019	1,746	1,094	2,786
Hablo de planificación familiar con amigos/vecinos No	<0,001	2,322	2,074	2,599	0,005	1,328	1,091	1,617
Adquisición de condón en farmacia No	<0,001	10,710	9,150	12,537	0,020	1,538	1,070	2,209
Adquisición de condón en tienda No	<0,001	3,764	3,115	4,549	0,002	1,717	1,217	2,422
Adquisición de condón amigos o familiares No	<0,001	2,879	1,832	4,524	*0,092	1,986	0,895	4,407
Adquisición de condón en otros lugares No	<0,001	5,573	3,255	9,541	0,009	3,998	1,406	11,366
Posibilidad obtener condón No	<0,001	28,245	21,950	36,345	<0,001	7,294	4,564	11,658
Deseo del varón de tener más hijos No más hijos / indeciso	<0,001	3,123	2,751	3,544	<0,001	1,572	1,273	1,941
Número ideal de ambos sexos > 3 hijos	0,043	0,816	0,670	0,994	0,002	0,489	0,312	0,765
Educación instrucción del varón Inadecuada	<0,001	4,123	3,692	4,604	0,009	1,317	1,071	1,620
Alfabetismo No	<0,001	7,378	4,964	10,966	*0,684	1,134	0,619	2,077
Índice de riqueza Pobre	<0,001	4,616	4,085	5,217	<0,001	1,696	1,351	2,129

Total de niños nacidos ≥ 4	<0,001	1,970	1,759	2,205	*0,050	1,226	1,000	1,504
Edad del varón al primer nacimiento < 19 años	0,023	0,832	0,710	0,975	0,001	0,679	0,541	0,852
Numero de uniones > 1	<0,001	0,593	0,500	0,702	0,002	0,681	0,533	0,869
Ocupación del varón Sin título	<0,001	3,387	2,977	3,854	0,026	1,264	1,029	1,554
Constante					<0,001	0,008		

***P-valor** > 0,05. **ORc:** Odds Ratio Cruda. **I.C.95%:** Intervalo de Confianza del 95%. **ORa:** Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística.

Medidas de Ajuste del Modelo:

Razón de verosimilitud = 3011,680

R cuadrado de Cox y Snell = 0,358 = 35,8%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,481 = 48,1%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,400

Anexo 10: Análisis Multivariado de los factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso alguna ocasión métodos anticonceptivos modernos en varones de 15 a 60 años de edad ENDSA 2008 Resultados de regresión logística binaria.

Variables	*Valor P	ORc	I.C.95%		*Valor P	ORa	I.C.95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Conocimiento del ciclo ovulatorio No	<0,001	2,083	1,868	2,323	*0,061	1,319	0,988	1,762
Conocimiento de la píldora No	<0,001	6,703	5,771	7,786	*0,649	1,112	0,704	1,758
Conocimiento del DIU No	<0,001	6,430	5,540	7,464	*0,287	0,759	0,456	1,261
Conocimiento del condón No	<0,001	29,460	19,216	45,166	0,024	0,462	0,236	0,904
Conocimiento de la Esterilización femenina No	<0,001	5,326	4,739	5,987	<0,001	5,989	3,851	9,311
Conocimiento de la Abstinencia ritmo No	<0,001	4,069	3,531	4,690	*0,238	0,761	0,483	1,198
Conocimiento del retiro No	<0,001	4,200	3,772	4,677	0,005	1,567	1,142	2,150
Conocimiento de implantes No	<0,001	1,906	1,630	2,229	0,002	0,513	0,339	0,778
Conocimiento de anticoncepción de emergencia No	<0,001	3,575	3,181	4,017	*0,068	1,366	0,977	1,909
Conocimiento mujer amamanta puede embarazarse Si / no sabe	<0,001	1,801	1,623	1,999	*0,702	1,057	0,797	1,401
Escucho y vio PF en la TV en los últimos meses No	<0,001	3,207	2,886	3,563	*0,199	1,244	0,892	1,735
Lectura de PF en periódicos en los últimos meses No	<0,001	2,698	2,423	3,004	*0,479	1,120	0,819	1,531
Hablo de planificación familiar con otras personas No	<0,001	1,858	1,494	2,312	*0,554	1,187	0,673	2,096
Adquisición de condón en hospital o clínica privada No	0,002	10,998	2,402	50,367	*0,055	7,064	0,959	52,026
Adquisición de condón en farmacia No	<0,001	14,660	12,332	17,428	0,001	2,025	1,314	3,121
Adquisición de condón en otros lugares No	<0,001	4,680	3,375	6,490	*0,167	1,708	0,799	3,653
Posibilidad obtener condón No	<0,001	33,712	25,520	44,534	*0,467	1,123	0,821	1,536
Problemas con el uso de preservativos Si	<0,001	0,001	0,000	0,001	<0,001	0,001	0,000	0,001
Deseo del varón de tener más hijos No más hijos / indeciso	<0,001	3,568	3,126	4,074	0,017	1,493	1,074	2,077
Educación instrucción del varón Inadecuada	<0,001	4,080	3,641	4,572	*0,359	1,173	0,834	1,649
Alfabetismo No	<0,001	9,571	6,055	15,130	0,046	5,060	1,030	24,850
Tipo de residencia Rural	<0,001	4,357	3,879	4,894	*0,267	1,297	0,820	2,053
Escucha radio No	<0,001	0,606	0,479	0,766	0,013	0,416	0,208	0,832

Ve televisión No	<0,001	5,279	4,402	6,331	*0,792	0,931	0,547	1,585
Índice de riqueza Pobre	<0,001	5,008	4,438	5,652	0,025	1,731	1,072	2,796
Total de niños nacidos ≥ 4	<0,001	2,220	1,979	2,491	*0,247	0,815	0,577	1,152
Número de mujeres con la que ha tenido hijos > 1	<0,001	0,590	0,492	0,706	*0,431	0,845	0,556	1,285
Ocupación del varón Sin título	<0,001	3,466	3,039	3,952	0,042	1,391	1,012	1,912
Trabajó en los últimos 12 meses No	<0,001	1,975	1,681	2,320	*0,630	1,186	0,593	2,375
Constante					0,047	0,103		

***P-valor** > 0,05. **ORc**: Odds Ratio Cruda. **I.C.95%**: Intervalo de Confianza del 95%. **ORa**: Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística.

Medidas de Ajuste del Modelo:

Razón de verosimilitud = 1419,096

R cuadrado de Cox y Snell = 0,650 = 65%

R cuadrado de Nagelkerke = 0,867 = 86,7%

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,322

**Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres y
hombres Bolivia 2003-2008**

**Factors associated with modern contraceptive use in women and men Bolivia 2003-
2008**

EDUARDO Durán Fernando Edgar

Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, Facultad de Medicina. Sucre, Bolivia.

Corresponde al Autor: correo electrónico; eduardo.fernando@usfx.bo

Resumen. –

Objetivos: Determinar los factores relacionados a la planificación familiar y anticoncepción con el uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años y hombres de 15 a 60 años, en el periodo de 2003 a 2008 en el Estado Plurinacional de Bolivia.

Métodos: A partir de los datos proporcionados por las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) de 2003 y 2008, se estimó la prevalencia del uso actual de anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años y si uso alguna vez métodos anticonceptivos modernos los varones de 15 a 64 años de edad, para luego determinar la asociación bivariada y multivariante con los conocimiento, practicas, actitudes y características sociodemográficas a traves de modelos de Regresión Logística.

Resultados: El conocimiento de anticonceptivos modernos está próximos al 100%; pero el incremento fue mayor en los tradicionales. La prevalencia de uso incremento levemente, existiendo mayor uso de los tradicionales, privilegiando la abstinencia/ritmo pese al desconocimiento del ciclo ovulatorio. Factores de riesgo asociados a no usar métodos modernos son falta de conocimiento de métodos modernos, no recibir información por el personal de salud, que las mujeres no tome decisiones sobre su uso por características culturales y sistema patriarcal/machista persistente, no ser profesionales con trabajo y/o sin remuneración, situación más crítica en adolescentes.

Conclusiones: El uso de métodos anticonceptivos modernos en ambos sexos es muy baja, existiendo una brecha entre conocimiento y uso, donde prevalencia de uso no ha sufrido un cambio significativo, pese su incremento se encuentra muy por debajo de la media de Latinoamérica y el Caribe. Factor fundamental en todo este proceso es la toma decisiones en el uso de métodos modernos por parte de las mujeres, existiendo variables asociadas

entre el uso de métodos modernos y los conocimientos, actitudes, prácticas y características sociodemográficas, las cuales no han presentado cambios significativos en el periodo de estudio en Bolivia.

Palabras Clave:

Salud Sexual Reproductiva, Planificación Familiar, Anticoncepción, Sistema patriarcal, Regresión Logística.

Summary. –

Objectives: To determine the factors related to family planning and contraception with the use of modern contraceptive methods in women aged 15 to 49 years and men aged 15 to 60 years, in the period from 2003 to 2008 in the Plurinational State of Bolivia.

Methods: From the data provided by the National Demographic and Health Surveys (NDHS) of 2003 and 2008, the prevalence of the current use of modern contraceptives in women aged 15 to 49 years was estimated and if I ever use modern contraceptive methods the males from 15 to 64 years of age, to then determine the bivariate and multivariate association with knowledge, practices, attitudes and sociodemographic characteristics through Logistic Regression models.

Results: Knowledge of modern contraceptives is close to 100%; but the increase was greater in the traditional ones. The prevalence of use increased slightly, with greater use of the traditional ones, favoring abstinence / rhythm despite the lack of knowledge of the ovulatory cycle. Risk factors associated with not using modern methods are lack of knowledge of modern methods, not receiving information from health personnel, that women do not make decisions about their use due to cultural characteristics and a persistent patriarchal / macho system, not being professionals with work and / or without remuneration, the most critical situation in adolescents.

Conclusions: The use of modern contraceptive methods in both sexes is very low, there is a gap between knowledge and use, where the prevalence of use has not undergone a significant change, despite its increase, it is well below the average for Latin America and the Caribbean. A fundamental factor in this entire process is decision-making in the use of modern methods by women, with associated variables between the use of modern methods and knowledge, attitudes, practices and sociodemographic characteristics, which have not presented significant changes in the study period in Bolivia.

Keywords:

Sexual Reproductive Health, Family Planning, Contraception, Patriarchal system, Logistic Regression.

Introducción. –

El uso de Métodos Anticonceptivos Modernos (MACM) por su mayor eficacia, más una educación e información adecuada sobre SSR y PF está asociado a mayor probabilidad de su uso, postergación del inicio de relaciones sexuales, evitar embarazos no deseados, matrimonio infantil, descenso del embarazo adolescente, abortos, reducción de la TGF, prevención de ITS y mortalidad maternoinfantil.⁽¹⁻⁵⁾ Entre países Latinoamericanos la prevalencia más baja en el uso de anticonceptivos modernos se observa en Haití (31,3%) y Bolivia (34,6%) mientras que Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Paraguay tienen una prevalencia del 70%, presentando desigualdades amplias en Bolivia, a diferencia de otros países siendo un problema en Salud Pública.^(3,6-8) De acuerdo a los resultados de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) y la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA 2016) en Bolivia el uso actual de algún método moderno en mujeres para el año 2003 llegó al 23,7%, el 2008 a 24% y para 2016 alcanzó a 32,4%. Si bien fue mejorando la prevalencia de uso los valores están por debajo de la media de Latinoamérica y El Caribe la cual alcanza a 67%.^(2,9-12)

Si bien el conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres y varones bolivianos está cerca al 100%, siendo los modernos más conocidos que los tradicionales, este conocimiento no va acorde con el uso, pese a que el uso se incrementó desde 2003 a 2016 fue básicamente el resultado del uso de métodos tradicionales.^(1,2,9,13) De ahí la importancia de estudiar los factores asociados al uso de métodos modernos de anticoncepción, los cuales de acuerdo a diferentes investigaciones y varios puntos de análisis muestran importantes deficiencias desde la niñez y se verifica en mayor medida entre las poblaciones más pobres, resultado de una cultura patriarcal y machista, educación sexista reforzada por comportamientos abusivos y violentos que subsiste en el seno mismo de las familias, escuelas e instituciones.^(13,14) La educación sexual es escasa en información y/o transmitida inadecuadamente, existiendo carencia de empoderamiento en niñas y mujeres, identificándose barreras geográficas, de acceso, culturales y económicas, bastante discutidas y poco tomadas en cuenta que merecen ser

estudiadas.^(1,2,4,5,7,14-17) Pese a importantes avances en SSR y PF, los resultados son modestos y los desafíos enormes, por ello se pretendió realizar una investigación holística, con un nivel de profundidad y análisis que no se realizaron en el país, permitiendo analizar lo que sucedió en este periodo intermedio, proyectando el análisis comparativo a la EDSA 2016, teniendo por objetivo determinar los factores relacionados al uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años y hombres de 15 a 60 años, en el periodo de 2003 a 2008 en Bolivia.

Materiales y métodos. –

Se realizó un estudio transversal analítico de los datos pertenecientes a las ENDSAs 2003 y 2008. La población fueron las mujeres de 15 a 49 años y varones de 15 a 64 años de edad, la muestra fue probabilística estratificada y bietápica en toda Bolivia, con diferentes subdivisiones geográficas, por departamento y grupos de residencia. De los cuestionarios individuales se categorizó las variables del estudio según su correspondencia con el: conocimiento, prácticas, actitudes y características sociodemográficas en relación al uso de métodos anticonceptivos modernos. Las bases de datos fueron descargadas cumpliendo requisitos internos de la página web del programa MEASURE DHS. Las variables se agruparon por ENDSA obteniendo 4 bases de datos, como variable dependiente en mujeres fue “Uso actual de métodos anticonceptivos modernos” y en varones “Usó alguna vez un método anticonceptivo moderno”. Las variables fueron recategorizadas y dicotomizadas en las bases de datos originales.

Análisis estadístico. –

Se estimó la prevalencia del conocimiento y uso de anticonceptivos modernos relacionado con características sociodemográficas. A través del análisis bivalente se determinó la asociación de las variables independientes con el uso de MACM, a través de la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson (X^2), estableciendo valor de significación (valor p) de < 0.05 para un nivel de confianza del 95.0% (IC 95%). Se calcularon las Odds Ratios Crudas (ORc) e intervalos de confianza para cuantificar la asociación con cada una de las variables, de esta manera, se modelaron mediante la Regresión Logística.

Para el análisis multivariante se utilizó la regresión logística binaria, para lo cual se crearon modelos independientes para los componentes del estudio (conocimientos, actitudes, prácticas y sociodemográficos), en relación al uso de métodos anticonceptivos

modernos, de acuerdo a las dos ENDSAs y de manera individual para hombres y mujeres, por lo cual existieron 4 modelos para las 4 bases de datos existentes. Se ejecutó el modelo final de análisis multivariado de los factores de riesgo que presentan asociación con uso de métodos modernos, a partir de ello se investigaron las posibles interacciones entre los factores de riesgo y las variables de resultado.

El procesamiento estadístico se realizó con el software SPSS 22.0 para Windows 10 Pro, el método seleccionado para realizar la regresión logística binaria fue el de INTRODUCIR, los reportes de salida presentaron Odds Ratios Ajustados (ORa), índices de confianza y su valor de significación estadística. Las medidas de ajuste para los modelos presentados fueron la Razón de Verosimilitud, la R cuadrado de Cox y Snell, la R cuadrado de Nagelkerke y la Prueba de Hosmer y Lemeshow.

Consideraciones éticas. -

La investigación se realizó a partir de fuentes secundarias de dominio público, clasificando al estudio en la categoría sin riesgo.

Resultados. –

Análisis descriptivo. -

La población estuvo constituido por las mujeres en edad fértil que para el 2003 fueron un total de 17.654 y para 2008 fueron 16.939. Asimismo los varones de 15 a 64 años de edad fueron 6.230 para la ENDSA 2003 y 6.054 encuestados para la ENDSA 2008. Según área de residencia se alcanzó en el área urbana a 11.603 (65,7%) para 2003 y 10.905 (64,4%) mujeres en 2008, en el área rural se alcanzó a 6.051 (34,4%) para 2003 y 6.034 (35,6%) mujeres en 2008. Entretanto en el caso de varones en área urbana se logró alcanzar a 3.885 (62,4%) para 2003 y 3.692 (61%) en 2008. En el área rural 2.345 (37,6%) varones participaron en 2003 y 2.362 (39%) para 2008. De acuerdo a edad para el año 2003 el 78,1% y para 2008 el 79,2% fueron mujeres de 20 a 49 años de edad. El 21,9% en 2003 y el 20,8% para el 2008 corresponden a mujeres de 15 a 19 años de edad. En varones el 80,8% para el 2003 y el 81,7% para 2008 tienen una edad entre 20 a 64 años y mientras que para el 19,2% en 2003 y 18,3% en 2008 tenían entre 15 a 19 años de edad.

Para el año 2003 el 52,6% y para el 2008 45,7% de las mujeres no tenían educación adecuada no accediendo a la escuela o solo alcanzado nivel primario, en varones para 2003 el 45,4% y en 2008 el 37,5% carecían de una educación adecuada. Según el grado

de pobreza en ambos años el 32% de las mujeres se encontraban en pobreza, en caso de los hombres el 34% de ellos en ambos años estaban en pobreza.

La prevalencia de uso de métodos modernos alguna ocasión en mujeres incremento en 5.3% (42,2% el 2003 a 47,5% el 2008), indicador por debajo de la media en Latinoamérica y el Caribe, siendo aún más bajo el uso actual al momento de la entrevista (23,7% el 2003 y 24% en 2008). Los métodos más usados son; la abstinencia periódica/ritmo, la inyección y el DIU, en el periodo no se modificó la práctica de la abstinencia periódica como método predilecto.

Cuadro 1. Uso actual de métodos anticonceptivos modernos y variables sociodemográficas en Mujeres.

	Mujeres 2003 N (%) 17654 (100)		Mujeres 2008 N (%) 16939 (100)	
	Si usa	No usa	Si usa	No usa
Usa actualmente MACM	4182 (23,7)	13472 (76,3)	4060 (24)	12879 (76,0)
Edad				
15 a 19 años	178 (4,6)	3697 (95,4)	215 (6,1)	3303 (93,9)
20 a 49 años	4005 (29,1)	9775 (70,9)	3845 (28,6)	9576 (71,4)
Área de Residencia				
Urbana	3190 (26,2)	8982 (73,8)	2983 (26,7)	8199 (73,3)
Rural	992 (18,1)	4490 (81,9)	1077 (18,7)	4680 (81,3)
Nivel Educativo				
Adecuado	2116 (25,3)	6249 (74,7)	2240 (24,4)	6955 (75,6)
Inadecuado	2066 (22,2)	7223 (77,8)	1820 (23,5)	5824 (76,5)
Alfabetismo				
Alfabeta	3838 (24,5)	11798 (75,5)	3726 (24,4)	11523 (75,6)
Analfabeta	335 (17,0)	1639 (83,0)	330 (19,9)	1331 (80,1)
Pobreza				
Pobre	1043 (18,4)	4617 (81,6)	1009 (18,2)	4527 (81,8)
Medio - Rico	3139 (26,2)	8855 (73,8)	3051 (26,8)	8352 (73,2)
Trabajo actual				
Actualmente trabaja	2610 (24,7)	7937 (75,3)	2673 (25,2)	7954 (74,8)
No trabaja actualmente	1571 (22,1)	5525 (77,9)	1378 (22,0)	4885 (78,0)
Visitó un Centro de Salud				
Si visito	3037 (33,2)	1145 (13,5)	2907 (31,3)	6392 (68,7)
No visito	6117 (66,8)	7349 (86,5)	1153 (15,1)	6480 (84,9)
Personal de Salud informo sobre PF				
Si le informaron	1488 (40,1)	2223 (59,9)	1323 (38,0)	2163 (62,0)
No le informaron	1545 (28,4)	3891 (71,6)	1582 (27,3)	4221 (72,7)

El conocimiento de algún método anticonceptivo está muy próximo al 100%, en mujeres llegó al 93,1% en 2003 y 95,8% en 2008. Los métodos modernos (91,4% el 2003 y 94,7% el 2008) son más conocidos que los tradicionales (76,7% el 2003 y 79,6% en 2008). La píldora, DIU, inyectable, condón masculino y la abstinencia periódica/ritmo son más conocidos. Las mujeres que más usan métodos modernos son las que tienen una adecuada

instrucción, sin embargo llama la atención en este grupo el uso disminuye en 0,9% en el periodo de estudio (25,3% a 24,4%), contrapuesto a las con nivel de instrucción inadecuado que incremento el uso en un 1,3%. (22,2% a 23,5%). Similar situación con la condición de alfabetismo en el transcurso de 5 años disminuyo levemente en 0,1% (24,5% a 24,4%), incrementado en 2,9% el uso en mujeres analfabetas. (17% a 19,9%).

Cuadro 2. Usó alguna vez métodos anticonceptivos modernos y variables sociodemográficas en Hombres.

	Hombres 2003		Hombres 2008	
	N (%) 6230 (100)		N (%) 6054 (100)	
	Si uso	No uso	Si uso	No uso
Uso alguna vez un MACM	2546 (40,9)	3684 (59,1)	2822 (46,6)	3232 (53,4)
Edad				
15 a 19 años	281 (23,4)	918 (76,6)	252 (22,7)	857 (77,3)
20 a 49 años	2265 (45,0)	2766 (55,0)	2569 (52,0)	2375 (48,0)
Área de Residencia				
Urbana	2085 (51,2)	1990 (48,8)	2278 (59,0)	1574 (41,0)
Rural	461 (21,4)	1693 (78,6)	544 (24,8)	1649 (75,2)
Nivel Educativo				
Adecuado	1888 (55,5)	1511 (44,5)	2230 (59,0)	1552 (41,0)
Inadecuado	658 (23,3)	2172 (76,7)	591 (26,0)	1680 (74,0)
Alfabetismo				
Alfabeto	2518 (42,5)	3403 (57,5)	2801 (48,2)	3007 (51,8)
Analfabeto	27 (9,0)	273 (91,0)	20 (8,7)	209 (91,3)
Pobreza				
Pobre	428 (19,4)	1777 (80,6)	466 (22,5)	1608 (77,5)
Medio - Rico	2118 (52,6)	1906 (47,4)	2356 (59,2)	1624 (40,8)
Trabajo actual				
Actualmente trabaja	2238 (41,7)	3129 (58,3)	2570 (48,6)	2715 (51,4)
No trabaja actualmente	303 (35,6)	548 (64,4)	247 (32,4)	515 (67,6)
Personal de Salud informo sobre PF				
Si le informaron	661 (53,7)	570 (46,3)	599 (56,8)	455 (43,2)
No le informaron	1884 (37,7)	3114 (62,3)	2222 (44,5)	2776 (55,5)

En varones la prevalencia de uso alguna vez un método moderno fue ascendente en un 5,7% (40,9% a 46,6%), siendo más usados: la abstinencia periódica/ritmo, condón masculino y el retiro. Los adolescentes son los que menos los usaron (23,4% a 22,7%) cuyo uso disminuyo en 0.7%, contrariamente a mayores de 20 años que incrementa el uso en 5%. (45% a 52%). Según el conocimiento alcanzó el 93,8% el 2003 y 95% para 2008, los modernos (91,9% el 2003 y 92,9% el 2008) son más conocidos que los tradicionales, existiendo mayor incremento en estos últimos (80% el 2003 a 82,9% el 2008). El condón masculino, la abstinencia periódica/ritmo, la píldora, DIU y las inyecciones son los más conocidos.

Es llamativo el desconocimiento del ciclo ovulatorio, situación que no mejoró en 5 años, en mujeres para 2003 el 38,4% y el 39% para 2008 afirman conocerlo, en varones en 2003 el 39,8% conocen y para 2008 descendió a 32,9%.

Quienes tienen un nivel educativo inadecuado usan menos (23,3% a 26%) en relación al otro grupo (55,5% a 59%), los alfabetos usan más (42,5% a 48,2%) en relación a los analfabetos (9% a 8,7%). No existió diferencia sustancial en el uso de métodos modernos en mujeres en pobreza (18,4% a 18,2%) y las que no (26,2% a 26,8%). Mujeres que trabajaron los 12 últimos meses al momento de la encuesta, incrementaron el uso en 0,5% (24,7% a 25,2%) similar en aquellas que no tenían un trabajo aumentando un 0,1% (22,1% a 22%). En varones incrementó el uso de MACM de acuerdo a índice de pobreza, en pobreza (19,4% a 22,5%) y los que no (52,6% a 59,2%). Quienes trabajaron los 12 últimos meses a la encuesta, incrementaron el uso en un 7,7% (41% a 48,7) y quienes no tenían trabajo redujo en 2,8%. (40,3% a 37,5).

Mujeres que visitaron un centro de salud usan más MACM, observándose un descenso en 1,9% (33,2% a 31,3%), caso contrario las que no lo visitaron incrementaron en 1,6%. (13,5% a 15,1%). Las que no recibieron información sobre MAC por el personal de salud usan menos (28,4% y 27,3%), en relación a las que si recibieron (40,1% a 38%), en ambos casos disminuyó el uso. En varones independientemente si el personal de salud haya hablado o no sobre MAC, incrementó el uso observándose mayor incremento (6,8%) a quienes no se les habló (37,7% a 44,5%) frente a 3,1% de aumento a los que si se les habló (53,7% a 56,8%).

Análisis Bivariado y Multivariante. –

Para el análisis multivariante se utilizó la regresión logística binaria, el modelo final de análisis multivariado se realizó con las variables que presentaron asociación, así determinar las que probablemente influyen en el uso de métodos modernos.

Cuadro 3. Análisis Multivariado factores de riesgo según conocimientos, prácticas, actitudes y sociodemográficos para el uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres. ENDSA 2003-2008

Variables	Mujeres ENDSA 2003						Mujeres ENDSA 2008					
	ORc	I.C. 95%		ORa	I.C. 95%		ORc	I.C. 95%		ORa	I.C. 95%	
		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Conocimiento del ciclo ovulatorio No	1,610	1,501	1,727	*0,688	0,562	0,843						
Conocimiento de la Inyección No							5,493	4,666	6,468	1,855	1,168	2,945
Conocimiento de la Esterilización femenina No	3,194	2,934	3,478	1,495	1,089	2,051	3,041	2,772	3,337	1,766	1,407	2,217
Conocimiento de la Esterilización masculina No							1,855	1,728	1,992	1,363	1,141	1,628

Conocimiento de la Abstinencia ritmo No	1,842	1,689	2,009	*0,236	0,124	0,451	1,461	1,339	1,594	*0,098	0,068	0,142
Conocimiento del retiro No	2,178	2,030	2,337	*0,554	0,438	0,702	1,748	1,627	1,877	*0,670	0,566	0,791
Conocimiento de la Lactancia Amenorrea No							2,142	1,994	2,302	1,285	1,085	1,521
Recibió información en el C.S. sobre PF No							1,632	1,492	1,785	1,312	1,124	1,531
Toma de decisiones para uso de anticoncepción No decide	1,838	1,630	2,073	1,516	1,196	1,923	1,990	1,714	2,310	1,756	1,392	2,217
Educación instrucción de la mujer Inadecuada	1,184	1,104	1,269	1,319	1,036	1,681						
Tenencia de motocicleta No							1,752	1,551	1,978	1,401	1,084	1,810
Tenencia de teléfono No	1,302	1,202	1,412	1,773	1,391	2,261						
Ve televisión No	1,732	1,582	1,895	*0,567	0,439	0,731	1,763	1,592	1,952	1,479	1,086	2,015
Total de niños nacidos ≥ 4							*0,630	0,584	0,680	1,228	1,032	1,461
Número de uniones > 1							*0,733	0,643	0,835	*0,578	0,435	0,770
Pareja vive en casa Si	*0,703	0,594	0,833	*0,594	0,409	0,863						
Actualmente trabaja la mujer No	1,157	1,077	1,242	*0,540	0,415	0,702	1,191	1,106	1,283	*0,628	0,507	0,779
Ocupación de la mujer Sin título	1,970	1,754	2,214	1,518	1,115	2,068						
Tipo de remuneración por el trabajo No pagado	1,824	1,700	1,958	1,674	1,288	2,177	1,592	1,480	1,711	1,252	1,012	1,548
Constante				0,064						0,139		

OC95%: Intervalo de Confianza del 95%. **ORc:** Odds Ratio Cruda. **ORa:** Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística. * Factor de Protección.

En el análisis multivariado de factores de riesgo los resultados del Chi Cuadrado de Wald y valor P son estadísticamente significativos existiendo relación con las variables sometidas al análisis. Los resultados de los R cuadrado muestran niveles de predicción no altos, estando entre un 14%-20% para 2003 y entre 18%-25% para 2008. La Prueba de Hosmer y Lemeshow es mayor a 0,05 (2003=0,229 y 2008=0,918) significando adecuado ajuste del modelo.

Conocimientos y uso actual de MACM. -

Mujeres sin conocimiento de: inyectable trimestral (OR=1,86. IC:1,17-2,95), esterilización femenina (2003 OR=1,50. IC:1,09-2,05 y 2008 OR=1,77. IC:1,41-2,22), esterilización masculina (OR=1,36. IC:1,14-1,63), MELA (OR=1,30. IC:1,09-1,52) y no recibieron información sobre PF por el personal de salud (OR=1,31. IC: 1,12-1,53), tienen

más riesgo a no usar MACM en relación a quienes tenían conocimiento e información. Las que no conocen: ciclo ovulatorio (OR=0,69. IC: 0,56-0,84), abstinencia/ritmo (2003 OR=0,24. IC:0,12-0,45 y 2008 OR=0,09. IC:0,07-0,14), coito interrumpido/retiro (2003 OR=0,55. IC:0,43-0,70 y 2008 OR=0,67. IC:0,56-0,79) aumentan la posibilidad de usar MACM en relación a quienes tienen conocimiento.

Actitudes y uso actual de MACM. –

Mujeres que no toman decisión sobre el uso de MAC presentan mayor riesgo a no usar métodos modernos (2003 OR=1,51. IC: 1,19-1,92 y 2008 OR=1,75. IC: 1,39-2,21) en relación a las mujeres que si toman la decisión de usarlos.

Características Sociodemográficas y uso actual de MACM. -

Mujeres sin educación adecuada (OR=1,31. IC:1,03-1,68), sin medio de transporte (OR=1,40. IC:1,08-1,81), sin teléfono (OR=1,77. IC:1,39-2,26), no ven TV (2008 OR=1,47. IC:1,08-2,01), más de 4 hijos (OR=1,22. IC:1,03-1,46), con ocupación no profesionales (OR=1,51. IC:1,11-2,06) y trabajo sin remuneración (2003 OR=1,67. IC:1,28-2,17 y 2008 OR=1,25. IC:1,01-1,54) presentan mayor riesgo a no usar MACM. Mujeres que tuvieron más de una unión (OR=0,57. IC: 0,43-0,77), cuya pareja vive en casa (OR=0,59. IC: 0,40-0,86) y sin trabajo (2003 OR=0,54. IC:0,41-0,70 y 2008 OR=0,62. IC:0,50-0,77) aumentan la posibilidad de usar MACM.

Tabla 4. Análisis Multivariado factores de riesgo según conocimientos, practicas, actitudes y sociodemográficos para el uso alguna vez métodos anticonceptivos modernos en varones, ENDSA 2003-2008.

Variables	Varones ENDSA 2003						Varones ENDSA 2008					
	ORc	I.C. 95%		ORa	I.C. 95%		ORc	I.C. 95%		ORa	I.C. 95%	
		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Conocimiento del condón No	23,86 2	16,23 6	35,07 0	2,481	1,27 3	4,837	29,46 0	19,21 6	45,16 6	*0,46 2	0,23 6	0,904
Conocimiento Esterilización femenina No	4,876	4,357	5,458	2,255	1,81 4	2,802	5,326	4,739	5,987	5,989	3,85 1	9,311
Conocimiento del retiro No							4,200	3,772	4,677	1,567	1,14 2	2,150
Conocimiento de implantes No	2,574	2,191	3,025	*0,66 2	0,49 8	0,879	1,906	1,630	2,229	*0,51 3	0,33 9	0,778
Conocimiento anticoncepción de emergencia No	4,043	3,495	4,677	1,409	1,06 9	1,858						
Hablo de planificación familiar con el hermano (s) No	3,050	2,277	4,084	1,746	1,09 4	2,786						

Hablo de planificación familiar con amigos/vecinos No	2,322	2,074	2,599	1,328	1,091	1,617						
Adquisición de condón en farmacia No	10,710	9,150	12,537	1,538	1,070	2,209	14,660	12,332	17,428	2,025	1,314	3,121
Adquisición de condón en tienda No	3,764	3,115	4,549	1,717	1,217	2,422						
Adquisición de condón otros lugares No	5,573	3,255	9,541	3,998	1,406	11,366						
Posibilidad obtener condón No	28,245	21,950	36,345	7,294	4,564	11,658						
Deseo del varón de tener más hijos No más hijos / indeciso	3,123	2,751	3,544	1,572	1,273	1,941	3,568	3,126	4,074	1,493	1,074	2,077
Número ideal de ambos sexos > 3 hijos	*0,816	0,670	0,994	*0,489	0,312	0,765						
Educación instrucción del varón Inadecuada	4,123	3,692	4,604	1,317	1,071	1,620						
Alfabetismo No							9,571	6,055	15,130	5,060	1,030	24,850
Escucha radio No							*0,606	0,479	0,766	*0,416	0,208	0,832
Índice de riqueza Pobre	4,616	4,085	5,217	1,696	1,351	2,129	5,008	4,438	5,652	1,731	1,072	2,796
Edad del varón al primer nacimiento < 19 años	*0,832	0,710	0,975	*0,679	0,541	0,852						
Numero de uniones > 1	*0,593	0,500	0,702	*0,681	0,533	0,869						
Ocupación del varón Sin título	3,387	2,977	3,854	1,264	1,029	1,554	3,466	3,039	3,952	1,391	1,012	1,912
Constante				0,008						0,103		

C95%: Intervalo de Confianza del 95%. **ORc:** Odds Ratio Cruda. **ORa:** Odds Ratio Ajustada mediante el modelo de Regresión Logística. * Factor de protección.

Los resultados según el Chi Cuadrado de Wald y el valor P son estadísticamente significativos evidenciando relación con las variables sometidas al análisis multivariado. Los R cuadrado muestran niveles de predicción entre 36%-48% para 2003 y 65%-87% para 2008. En ambos modelos la Prueba de Hosmer y Lemeshow es mayor a 0,05 (2003=0,400 y 2008=0,322) significando un adecuado ajuste del modelo.

Conocimientos y uso en alguna ocasión un MACM. -

Quienes no tienen conocimiento del condón (OR=2,48. IC: 1,27-4,83), esterilización femenina (2003 OR=2,25. IC: 1,81-2,80 y 2008 OR=5,98 IC: 3,85-9,31), coito interrumpido/retiro (OR=1,56. IC: 1,14-2,15), anticoncepción de emergencia (OR=1,40. IC: 1,06-1,85) presentan mayor riesgo a no usar MACM. Los que no hablaron sobre PF con; el/los hermanos (OR=1,75. IC: 1,09-2,78), amigos/vecinos (OR=1,33. IC: 1,09-1,61) presentan mayor riesgo para no usar MACM. Entre factores protectores quienes no conocen; preservativo/condón (OR=0,46. IC: 0,23-0,90), implante (2003 OR=0,66 IC: 0,49-0,87 y 2008 OR=0,51 IC: 0,33-0,77) presentan mayor posibilidad de usar MACM en relación a los que sí tienen conocimiento.

Prácticas y uso en alguna ocasión un MACM. -

Quienes no adquirieron preservativo/condón en; farmacia (2003 OR=1,54. IC: 1,07-2,21 y 2008 OR=2,02. IC: 1,31-3,12), tienda (OR=1,72. IC: 1,22-2,42), otros lugares (OR=3,99. IC: 1,41-11,36) o no tienen posibilidades de adquirirlo (OR=7,29. IC: 4,56-11,65) presentan mayor riesgo a no usar MACM en relación a los que sí pueden adquirirlo.

Actitudes y uso en alguna ocasión un MACM. -

Varones que no desean tener más hijos o están indecisos (2003 OR=1,57. IC: 1,27-1,94 y 2008 OR=1,49. IC: 1,07-2,07) presentan mayor riesgo de no usar MACM, en relación a a quienes desean tener más hijos. Quienes consideran número ideal de hijos más tres (OR=0,49. IC: 0,31-0,77) aumenta la posibilidad de uso de MACM en relación a aquellos que consideran tener menos de tres.

Características Sociodemográficas y uso en alguna ocasión un MACM. -

No tener educación adecuada (OR=1,32. IC: 1,07-1,62), analfabetos (OR=5,06. IC: 1,03-24,85), en pobreza (2003 OR=1,69. IC: 1,35-2,12 y 2008 OR=1,73. IC: 1,07-2,80), con ocupación no profesional (2003 OR=1,26. IC: 1,03-1,55 y 2008 OR=1,39. IC: 1,01-1,91) presentan mayor riesgo a no usar MACM. Los que no escuchan radio (OR=0,42. IC: 0,21-0,83), tuvieron hijo/a antes de los 19 años (OR=0,68. IC: 0,54-0,85) y tuvieron más de una unión (OR=0,68. IC: 0,53-0,87) incrementa la posibilidad de uso de MACM.

Discusión. –

Países de América Latina lograron incrementar el uso de métodos modernos, sin embargo persisten desigualdades y dificultades entre países, presentado baja prevalencia en el uso, teniendo mayor preferencia en métodos tradicionales, como es el caso de Bolivia. ^(2,6,9,13) Si bien el conocimiento en el periodo de estudio 2003 a 2008, sobre algún método de PF en Bolivia incrementó y está cerca al 100% en ambos sexos, este fue mayor en los tradicionales. Estos resultados en relación a la última Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) del año 2016, si bien también mayores al 90%, cabe hacer notar que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres se redujo a un 94.9% (95,8% en 2008), lo propio pasó con los varones que después de 8 años alcanzó el 95%⁽¹²⁾, en comparación a 2008, probablemente ello se deba a la falta de acciones integrales en el tema de estudio ya que el desconocimiento es factor de riesgo para no usar métodos modernos, podemos suponer que el conocimiento declarado no es óptimo, problema mayor en adolescentes quienes no sintieron que el sistema de salud responda a sus necesidades y generalmente sean adecuadas a exigencias de los padres. Los métodos modernos son más conocidos que los tradicionales; en mujeres el conocimiento aumentó en 3,3% (91,4% el 2003 y 94,7% en 2008) y en varones incrementó 1,8% (91,9% el 2003 y 92.9% para 2008). Para la última EDSA 2016, llama la atención que estas cifras disminuyeron en comparación de 2008 en un 1,4% en las mujeres alcanzando el 93,3%, y en varones se mantuvo igual. ⁽¹²⁾ Bajo porcentaje de adolescentes asisten a un Centro de Salud para consultar y obtener información sobre PF, situación persistente para la EDSA 2016 donde solo el 17,2% de las mujeres buscan información, ello ocurre por temor o vergüenza, existencia por parte del personal de salud; maltrato, discriminación en función a edad, clase socioeconómica o vestimenta, reclamo a las adolescentes embarazadas, no hablar el idioma nativo y dificultad para brindar información.^(2,12,13) La información y educación por el personal de salud es importante, sin embargo no es ejecutada a plenitud; las políticas y el personal de salud probablemente no estén adecuados a las necesidades de la población.^(6,13)

Si bien las/os adolescentes consideran a sus tutores más confiables para orientar temas de sexualidad, no lo hacen, por tal razón buscan información de fuentes informales y amigos/as.^(8,13,15,17-20) iniciando su vida sexual a temprana edad, sin conocimiento o uso correcto de MAC.^(3,5,8,13,17,19,21,22) Una buena relación de hijos y padres, es un factor

protector e incide positivamente en el retraso de inicio de relaciones sexuales y mayor probabilidad de uso de MAC.^(13,20,23) Los medios de comunicación son importantes para impartir información sobre PF, sin embargo la emisión educativa es escasa, mensajes no adaptados al idioma, cultura, nivel de instrucción y pobreza, situación que aun continua para la última EDSA 2016.⁽¹²⁾

Según área existen diferencias moderadas, por ejemplo en mujeres del área urbana para 2003 el 97%, el 2008 el 98,4% y el 2016 el 97,1% manifiesta conocimientos de MAC, en tanto en área rural el porcentaje es inferior, para el 2003 el 82,9%, en 2008 el 90,5% y en 2016 el 86,3% tienen conocimiento, notándose que en los llanos en ambos sexos tienen mayor conocimiento en relación al altiplano. El conocimiento de métodos anticonceptivos modernos mantiene porcentajes totales superiores al 90%, tanto en hombres como en mujeres, por ello podemos afirmar que las diferencias entre EDSA 2003-2008 y la EDSA 2016 no son significativas.⁽¹²⁾

En Bolivia más del 50% de las MEF no usan o usaron métodos modernos, la prevalencia en las mujeres que alguna ocasión hayan usado un MACM, tuvo un valor de 42,2% el 2003, un 47,5% para 2008 (5,3% incremento) y para la EDSA 2016 se eleva a 59,8% (12,3% incrementa en 8 años). La proporción de hombres de 15 a 49 años que alguna vez usó cualquier MACM también tuvo variación en los últimos años, pero en menor medida que las mujeres, de 63,2% en 2008 incrementando a 74% en 2016 (10,8% más). Las adolescentes son las que menos usaron alguna vez algún método moderno (10,2% a 12,5%), las mujeres de 20 a 49 años son las que usan más (51,1% a 56,6%). Situación más crítica cuando se trata del uso actual de un método moderno en la mujer al momento de la entrevista, los resultados están por debajo de los anteriores, sin modificación entre 2003 al 2008 (23,7% y 24% respectivamente) y en relación a 2016 este se encuentra en 32,4%, prevalencia que aún están por debajo de la media de Latinoamérica y El Caribe que recordemos alcanza a 67%.^(2,9-12)

Según el uso actual de un método moderno al momento de la entrevista el 94% de las adolescentes no usaban (4,6% el 2003 y 6,1% el 2008) porcentaje muy bajo que solo aumentó 1,5%, nótese que para la EDSA 2016 este se encuentra en 6,8%, no presentado modificación representativa por lo que la problemática al pasar los años aun esta presente. En Bolivia la población adolescente vive una situación de vulnerabilidad y riesgo, debido al inicio temprano de actividad sexual y bajo uso de métodos modernos, coincidiendo con

Córdova en su estudio analítico en Bolivia el año 2012. En mujeres de 20 a 49 años disminuyó en 0.5% el uso de MACM al momento de la entrevista (29,1% el 2003 al 28,6% en 2008) coincidiendo con otras investigaciones resaltando la elevada prevalencia y predilección por métodos tradicionales. Si bien el conocimiento de métodos tradicionales en mujeres acrecentó en 2,9% (76,7% en 2003 al 79,6% para 2008) lo propio pasó en varones, que amplió el 2,9% (80% el 2003 al 82,9% el 2008), porcentaje que disminuyó para el 2016, llegando a 69,8% en mujeres y a 68,9% en hombres, situación que puede tener un resultado no adecuado, que si bien el uso de métodos modernos incremento para la EDSA 2016 con relación a las ENDSA 2003 y 2008 reduciendo el uso de métodos tradicionales, estos últimos son métodos aun predilectos en la sociedad boliviana.^(1,6,12,13,15,16) ello probablemente se deba que aún en el país los programas están enfocados en métodos naturales, no obteniendo resultados óptimos, contrario a los basados en educación sexual integral.^(17,21,24,25) Como se puede observar que desde 2003, 2008 incluyendo el 2016, no existió un cambio significativo en relación del uso de métodos anticonceptivos en Bolivia, situación más crítica y preocupante en relación al uso de métodos modernos, por ello se puede afirmar que la brecha entre el conocimiento y la práctica permanece significativa en Bolivia.

El uso de métodos modernos según residencia tampoco no sufrió modificación reveladora, donde las mujeres del área rural son las que menos acceden a métodos modernos brecha que aún persistente para la EDSA 2016 (25% el 2003, 25,7% para 2008 y 37,8% para el 2016), a ello se suma diferencias entre regiones, donde mujeres y varones que viven en los Llanos tienen mayor uso de MACM en relación a los Valles y especialmente en el Altiplano, ello, relacionado con características culturales y tradicionales, ya que sociedad boliviana continua con un sistema patriarcal/machista, el varón toma las decisiones sobre la vida de la mujer, roles definidos desde la infancia, persistiendo el pensamiento que la mujer está concebida para ser ama de casa, tener hijos/as y cuidarlos. La falta de autonomía sexual y reproductiva de la mujer aun depende de normas y creencias socioculturales, donde solo 1 de cada 4 mujeres decide usar métodos anticonceptivos según la EDSA 2016, la elevada fecundidad en población indígena se debe a que solo el 34% conocen el uso de métodos modernos dirigidos a la mujer.^(2,12,19,26) Muchas mujeres bolivianas evitan el uso de métodos modernos por temor y rechazo, sentirse juzgadas o no estar cómodas con decidir su uso, estar aisladas

geográficamente, inadecuación de políticas a normas socioculturales, idioma, pobreza y bajos niveles de educación, donde influye la pareja, parientes y la comunidad. En numerosos casos las mujeres que optaron usar métodos tradicionales experimentaron episodios difíciles (embarazo no planificado, aborto, separación de pareja etc.), por lo cual eligieron usar métodos modernos,^(2,4,5,13,19) asistiendo a la consulta a “escondidas”, solicitando orientación y “confidencialidad” para que la pareja no se entere, decisión que conlleva a vivir con temor y falta de información del método siendo una “libertad sin libertad”.^(13,15,19,16,27) Realidades tangibles en la que viven día a día muchas mujeres en el país. El informe del PNUD de 2021 mostró que el 60% de las mujeres sufrieron algún tipo de violencia intrafamiliar asociado al consumo de alcohol o drogas durante la relación sexual y embarazos no deseados, sexo inseguro y violencia, teniendo la tasa de feminicidios más alta de América, eslabones en la cadena de violencia y el efecto en el uso de métodos anticonceptivos.^(4,13,14,17,18,27,28)

El condón es uno de los métodos más conocidos, pero no el más accesible, los varones excluidos del Seguro Público deben comprarlo en farmacias u otros lugares, si bien su uso incremento para la EDSA 2016 es suministrado por el sector privado, siendo la farmacia el principal proveedor, por ello los adolescentes optan el uso de métodos naturales.^(3,12,13,19,23,29) Lamentablemente las políticas de salud centraron su atención y responsabilidad en las mujeres, excluyendo al varón en la temática, diversas investigaciones afirman la importancia de involucrar y exponer al varón a temprana edad a temas de SSR, ya que conduce a adoptar actitud positiva y apoyo hacia su pareja en el uso de MAC.^(4,13,14,21) Es base fundamental en la transformación de esta realidad priorizar la educación, a medida que aumenta el nivel de instrucción, la probabilidad de usar métodos modernos es mayor y menor riesgo de embarazos no planificados,^(6,19,26) existiendo a la vez asociación positiva entre riqueza y uso de MACM.^(13,14,19,27,30,31) El informe de la ONU Mujeres en 2015 afirma que 64,1% de las bolivianas tenían trabajo vulnerable, solo el 30% al 35% tienen trabajo con salario mensual y beneficios; las demás hacen peripecias para sobrevivir, muchos casos van trabajar con sus hijos, priorizando su trabajo no acudiendo a Centros de Salud.^(6,26,32-34) El uso de métodos modernos incrementó lentamente a través de los años 2003, 2008 y 2016, y es que en Bolivia existen factores no modificables a corto tiempo que van paralelo al uso de anticonceptivos. El conocimiento podrá estar completo, sin embargo, factor fundamental es la toma

decisiones de las mujeres para el uso de MAC que está fuertemente ligada a la cultura y tradiciones atesoradas que están enraizadas, características que persista un sistema patriarcal/machista donde la pareja, parientes y la comunidad tienen un rol importante en las decisiones, sumando obstáculos en la adquisición de MAC en sistema público, entre otros que se detallaron anteriormente. El sistema de salud debe reorientar los servicios hacia una mayor participación y tomando en cuenta otros espacios de adquisición, incluyendo la dotación de anticonceptivos a varones. Importante es trabajar con las familias, comunidades y autoridades tradicionales, involucrando a varones, adaptando y respetando la cultura y normas en relación a la sexualidad y reproducción. Las políticas deben priorizar la educación en SSR, PF y AC a adolescentes involucrando la prevención de ITS, embarazos no deseados y aborto incluyendo valores como responsabilidad, respeto, tolerancia, equidad de género y a una proyección de futuro individual, priorizando los métodos modernos, donde las mujeres sean quienes decidan sobre su reproducción, pudiendo hacer una elección libre e informada sobre la anticoncepción. Se puede afirmar que la asociación entre el uso de métodos modernos y los conocimientos, actitudes, prácticas y características sociodemográficas en mujeres y varones no ha presentado cambios significativos en el periodo de estudio en Bolivia.

Limitaciones. -

Entre las limitaciones fue el uso de bases de datos secundarias ya construidas de las ENDSAs 2003 y 2008, por el tamaño de las poblaciones elegidas se trató de controlar las variables confusoras y posibles sesgos, como las producidas por la colinealidad entre los predictores de un modelo de regresión, problema muy frecuente, sobre todo en el ámbito de las ciencias de salud, por ello se trató de identificar las variables predictoras, con lo que se reduce el número de parámetros a estimar, excluyendo a aquellas que no presentaron asociación.

El análisis estadístico podría dificultarse también por la multicolinealidad, una desventaja como existen otras desventajas en diferentes estudios, pero se priorizó el aporte que se da. Se considera que otra limitación en el estudio fue a que las ENDSA de los años 2003 y 2008 no son comparables por completo con la EDSA 2016, porque difieren en su marco muestral y nivel de precisión, esta utilizó el censo de población y vivienda 2012, actualización cartográfica multipropósito y el censo agropecuario 2013 para armar el marco muestral; mientras que las otras dos encuestas utilizaron el censo de población y

vivienda 2001. De la misma manera la muestra de la EDSA 2016 es más pequeña (menos precisa) que las de las ENDSA 2003 y 2008, además la EDSA entrevista a mujeres a partir de los 14 años, mientras que las otras dos encuestas, lo hacen a partir de los 15 años, por lo cual con los fines que tiene la investigación sobre temas de SSR no se la tomó en cuenta.

A partir de ello es que diferentes variables importantes no se pueden comparar por completo, incluso algunas de ellas carentes entre las ENDAS 2003, 2008 y 2016 debido a que al tratarse de fuentes secundarias dificultan el proceso, como variables en actitudes, mensajes de exposición a PF, no existencia de información de uso actual de métodos anticonceptivos en varones entre otras. Las Encuestas de Demografía y Salud se realizan cada 5 años, permitiendo comparaciones temporales internas o con otros países, sin embargo caso particular en Bolivia no se dio continuidad a ello, siendo después de 8 años, que a partir del año 2008, recién se ejecuta la última EDSA el año 2016, publicándose un primer informe con indicadores priorizados en septiembre del año 2017 y el informe final en octubre de 2020. Por estas características metodológicamente no se puede hacer un correcto seguimiento a través del tiempo de manera prospectiva tanto en hombres como para mujeres.

Las ENDAS son importantes para realizar análisis, evaluación y formulación de políticas, es transcendental que el Estado Boliviano cumpla con su periodicidad. Debe analizarse el instrumento dirigido al varón, debiendo incluir variables importantes, prestando atención a aspectos de uniformidad en tiempo y variables que permitan la comparación entre ellas.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias. –

1. Carmona G, Aspilcueta J, Cardenas U, Flores S, Alvarez E, Solary L. Intervenciones para optimizar la oferta de métodos modernos de planificación familiar en la región tropical de Loreto, Perú [Internet]. Vol. 15, Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2016 [cited 2016 Aug 1]. p. 142–58. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a11.pdf>
2. Ministerio de Salud y Deportes, Gutiérrez Sardán M, Ochoa LH, Castillo Guerra W, UDAPE. Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia octavo informe de progreso 2015 [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 3]. p. 439. Disponible en: https://www.udape.gob.bo/portales_html/ODM/Documentos/InfProgreso/8vo_Informe_de_progreso.pdf

3. Sánchez-Retana C, Leiva-Granados R. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica [Internet]. Vol. 14, Población y Salud en Mesoamérica. 2016 [cited 2016 Aug 10]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/446/44646470005.pdf>
4. Alfonso Mendoza Tascón L, Isabel Claros Benítez D, Isabel Mendoza Tascón L, Bibiana Peñaranda Ospina C, Deyfilia Arias Guatibonza M, Hernán Carrillo Bejarano J, et al. Artículo Especial Matrimonio infantil: Un problema social, económico y de salud pública [Internet]. Vol. 81, Rev Chil Obstet Ginecol. 2016 [cited 2020 Jun 3]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v81n3/art13.pdf>
5. Mendoza LA, Claros DI, Peñaranda CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obs Ginecol [Internet]. 2016;81(3):243–53. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rhog/v81n3/art12.pdf>
6. Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries [Internet]. Vol. 7, The Lancet Global Health. 2019 [cited 2020 May 13]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30481-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30481-9/fulltext)
7. León Calderón R.A. SMM. Repercusión de factores socioculturales en la salud reproductiva de las mujeres de la Universidad de Guayaquil [Internet]. Vol. 24, Medisan. 2020 [cited 2020 Nov 13]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v24n1/1029-3019-san-24-01-101.pdf>
8. Vela Arévalo E. Educational requirements of Peruvian adolescents at the secondary education level in terms of sexual and reproductive health. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2016;42(3):396–406. Disponible en: <http://saludpublica.bvsp.org.bo/cc/BOX.79/documentos/nanticon028.PDF>
9. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 2008. 2009;484. Disponible en: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR228/FR228%5B08Feb2010%5D.pdf>
10. Gutiérrez Sardán M, Ochoa LH, Castillo Guerra W. Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 [Internet]. 2004 [cited 2015 Mar 3]. p. 439. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR159/FR159.pdf>
11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Demografía y Salud 2016. Indicadores Priorizados de la Encuesta de Demografía y Salud 2016 [Internet]. Ministerio de Salud. La Paz, Estado Plurinacional de Bolivia; 2017 [cited 2021 Jun 18]. Disponible en: <https://snis.minsalud.gob.bo/images/web/EDSA-2016.pdf>
12. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Demografía y Salud EDSA 2016 [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 18]. p. 538. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/publicaciones/encuesta-de-demografia-y-salud-edsa-2016/>
13. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia. [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. La Paz – Bolivia: Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA.; 2016 [cited 2020 Jun 5]. 60 p. Disponible en: https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Cartilla_Embarazo_Adolescencia_14_mun.pdf

14. Vaca B. Reflexiones sobre el origen de la violencia sexista. Reflexions about the beginning of the sexist violence [Internet]. Aportes de la comunicación y la cultura. Santa Cruz, Bolivia; 2016 [cited 2020 Nov 13]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/racc/n21/n21_a07.pdf
15. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNPFA. Planificación Familiar: Invertir en Planificación Familiar Invertir en planificación familiar es invertir en la salud y derechos de [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 10]. p. 26. Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/WPD2017/Doc_tecnico_DMP_COESPOS.pdf
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación familiar [Internet]. 2018 [cited 2017 Jul 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception>
17. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. Access to contraceptive methods In adolescents from Mexico City. Salud Pública Mex [Internet]. 2017;59(3):236–47. Disponible en: <http://doi.org/10.21149/7891>
18. Velásquez García N, Rojas Delgadillo LG, Rojas Delgadillo LG, Lozano Beltrán DF, Torrico F. Conducta sexual y reproductiva durante la adolescencia de los estudiantes de la Universidad Mayor de San Simón [Internet]. Vol. 42, Gaceta Medica Boliviana. 2019 [cited 2020 Nov 13]. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v42n2/v42n2a10.pdf>
19. Bruch S.A, Machicao X, Franklin B, Pimentel G, Bury L, Barroso V, et al. Situaciones evitables embarazos no deseados y abortos inseguros en cinco ciudades de Bolivia. [Internet]. La Paz - Bolivia; 2011 [cited 2020 Jun 5]. Disponible en: [http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/362-bruch et al.pdf](http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/362-bruch%20et%20al.pdf)
20. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior: A Meta-Analysis. JAMA Pediatrics [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2020 May 18];170(1):52–61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26524189>
21. Gogna M, Binstock G. Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. Salud Colect [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 13];13(1):63–72. Disponible en: <https://scielosp.org/article/scol/2017.v13n1/63-72/es/>
22. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo [Internet]. Vol. 30, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013 [cited 2016 Aug 25]. p. 465–70. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n3/a16v30n3.pdf>
23. Ministerio de Salud IN de SSS. Factores relacionados al uso de anticoncepción para la prevención de embarazos durante la adolescencia [Internet]. 2018 [cited 2020 May 18]. Disponible en: <http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2019/03/Factores-que-influyen-en-el-uso-de-anticoncepcion.pdf>
24. Maganha E Melo CR, Borges ALV, Duarte LS, De Castro Nascimento N. Contraceptive use and the intention to become pregnant among women attending the brazilian unified health system. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 13];28:1–11. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
25. Villalobos A, de Castro F, Rojas R, Allen B. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: Uso y necesidades insatisfechas.

- Salud Pública Mex [Internet]. 2017 [cited 2020 May 29];59(5):566–76. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v59n5/0036-3634-spm-59-05-00566.pdf>
26. Delgado Gonzáles L, Córdova Olivera P. Patrones de la Fecundidad en Bolivia. *Investigación Desarrollo* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 11];17(2):83–99. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/riyd/v2n17/v2n17_06.pdf
 27. Trocin KE. El Uso Escondido de Anticonceptivos Modernos: Una Reflexión del Machismo de los Hombres y el Empoderamiento de las Mujeres en El Alto y La Paz [Internet]. Cochabamba – Bolivia; 2011 [cited 2020 Jun 5]. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2037&context=isp_collection
 28. Toro Montoya Juan José. Hipocresía. El Deber [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 2]; Disponible en: https://eldeber.com.bo/opinion/hipocresia_245571?utm_medium=Social&utm_source=Facebook&fbclid=IwAR2jzOoMaBnX5mmysP7suIFpjz7SAuhnud83npFeJuwngnDIAepYd7x21uk#Echobox=1630581982
 29. Gomez S, Duran L. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2017;59(3):236–47. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10651119013.pdf>
 30. Shoupe D. LARC methods: entering a new age of contraception and reproductive health. *Contracept Reprod Med* [Internet]. 2016 Dec 23 [cited 2020 May 29];1(1):4. Disponible en: <http://contraceptionmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40834-016-0011-8>
 31. Ugaz JI, Chatterji M, Gribble JN, Banke K. Is household wealth associated with use of long-acting reversible and permanent methods of contraception? A multi-country analysis. *Glob Heal Sci Pract* [Internet]. 2016 Mar 21 [cited 2020 May 29];4(1):43–54. Disponible en: <https://www.ghspjournal.org/content/4/1/43>
 32. ONU Bolivia. La mujer boliviana y el trabajo precario | Naciones Unidas en Bolivia [Internet]. La mujer boliviana y el trabajo precario. 2016 [cited 2020 Jun 17]. Disponible en: <http://www.nu.org.bo/noticias/naciones-unidas-en-linea/la-mujer-boliviana-y-el-trabajo-precario/>
 33. López Guerrero ML. La configuración del trabajo en el siglo XXI: el mercado Eloy Salmón y los movimientos moleculares del capital. *Íconos - Rev Ciencias Soc* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 17];(62):87–104. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.62.2018.3244>
 34. Enríquez Nava MF, Esquivel Velásquez AD, Patón Sanjines M, Pooley Ayarza BC, Alarcón R, Hernández Muñoz R, et al. Comportamiento y desigualdades sociales en indicadores priorizados del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 en Bolivia. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 17];44:1. Disponible en: www.paho.org/journal%7Chttps://doi.org/10.26633/RPSP.2020.101