

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

Fernando Edgar Eduardo Durán

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

Recibido noviembre 19, 2020; Aceptado diciembre 19, 2020

Resumen

La Salud Sexual Reproductiva resulta esencial para el logro y bienestar de un país, América Latina ha logrado importantes avances en el tema, mayor acceso y uso de Métodos Anticonceptivos Modernos, sin embargo persisten importantes desigualdades entre países, como Bolivia presentando bajos indicadores en su uso y mayor preferencia en métodos tradicionales.

El objetivo de la investigación fue 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 2003 a 2008 en Bolivia. Se adoptó el enfoque cuantitativo, tipo ecológico analítico transversal. El análisis estadístico mediante

pruebas bivariantes, multivariantes y modelo de Regresión Logística, con nivel de significación estadística de $p < 0.05$.

El conocimiento de anticonceptivos modernos está próximo al 100 %; pero el incremento fue mayor en los tradicionales, es diferente haber oído o hablar y saber cómo y cuándo usarlo. La prevalencia de uso incremento levemente, existiendo mayor uso de los tradicionales. El uso de métodos modernos es bajo, privilegiando la abstinencia/ritmo pese al desconocimiento del ciclo ovulatorio.

Entre los factores de riesgo asociados a no usar métodos modernos están; falta de conocimiento adecuado y correcto, no recibir

información por el personal de salud, no tomar decisiones sobre su uso por características culturales y sistema patriarcal/machista, no ser profesionales con trabajo y/o sin remuneración, situación más crítica en adolescentes. Finalmente la asociación entre el uso de métodos anticonceptivos modernos y las variables estudiadas no se han modificado en la última década.

Palabras Clave:

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

ABSTRACT

Sexual and Reproductive Health is essential for the achievement and welfare of a country. Latin America has made significant progress in this area, greater access and use of Modern Contraceptive Methods, however significant inequalities persist between countries, such as Bolivia presenting low indicators in their use and greater preference for traditional methods.

The objective of the research was to determine the factors related to the use of modern contraceptive methods in women

from 15 to 49 years old and men from 15 to 60 years old from 2003 to 2008 in Bolivia. The quantitative approach was adopted, an analytical cross-sectional ecological type. Statistical analysis using bivariate and multivariate tests and a logistic regression model, with a level of statistical significance of $p < 0.05$.

Knowledge of modern contraceptives is close to 100%; but traditional methods showed a greater use increase, it is different to have heard or spoken and know how and when to use it. The prevalence of contraceptives modern use has increased slightly, with greater use of traditional methods. The use of modern methods is low, privileging abstinence/rhythm despite the lack of knowledge about the ovulatory cycle.

Among the risk factors associated with not using modern methods are: lack of adequate and correct knowledge, lack of information by health personnel, not making decisions about their use due to cultural characteristics and the patriarchal/machista -male violence-system, and not being professionals with jobs and/or without salary, a situation that is more critical in adolescents. Finally, the association between the use of modern

contraceptive methods and the variables studied has not changed in the last decade.

KEYWORDS:

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

Introducción.

La mortalidad materna e infantil son indicadores claves del desarrollo de un país los mismos reflejan la calidad de vida del mismo, por lo que la muerte de una madre o de un infante es considerada desdicha, injusticia social y vulneración a los derechos humanos, la reducción de la fecundidad es considerada importante porque constituye una de las estrategias en la reducción de las primeras. 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. 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. ^(1,2)

El uso de métodos de Planificación Familiar

(PF), principalmente de Métodos Anticonceptivos Modernos (MACM), por su mayor eficacia, está asociado a: Evitar embarazos no deseados, descenso del embarazo en adolescentes, abortos, reducción de la Tasa Global de Fecundidad (TGF), prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS/VIH-SIDA) y mortalidad materna, viabilizando una maternidad voluntaria y saludable. Para ello se debe lograr informar a la población en Salud Sexual Reproductiva (SSR) y acceso a MACM, priorizándolos por su mayor eficacia, ya que los métodos tradicionales presentan importantes tasas de falla por la información limitada sobre el periodo fértil del ciclo menstrual. El uso insuficiente de MACM es un problema importante para la SSR y la Salud Pública por sus repercusiones. ^(1,3,4)

La actividad sexual temprana en la adolescencia representa un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva en la salud, educación, problemas familiares, económicos y sociales que se generan, el embarazo no deseado representa un riesgo en adolescentes. En el mundo 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 a 19 años de edad, por lo cual intervenciones y programación de políticas para prevenir relaciones sexuales prematuras, matrimonio infantil, promover la educación, empoderar a las niñas y el abordaje de normas socioculturales dirigidas a mejorar la SSR son importantes. ^(3,5,6)

Las investigaciones en este campo, refieren a que se debe tener una visión holística, y no solo circunscribirse al campo descriptivo y medicalizante, autores como León y Sánchez afirman, que la mayoría de las investigaciones realizadas sobre la PF y AC son llevadas a cabo desde una perspectiva exclusivamente biomédica, por lo cual es necesario incorporar perspectivas socioculturales en SSR así vislumbrar factores de riesgo y protectores intraculturales, adaptando técnicas de recolección de información y devolución de resultados a grupos culturales diversos o comunidades donde éstas fueron realizadas. ⁽⁷⁾

Arévalo E. y León C. en sus investigaciones refieren que la educación sexual impartida a

adolescentes es escasa en información y transmitida de forma inadecuada, por lo que 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 se formen jóvenes responsables, con capacidad de tomar decisiones sobre la base de una autonomía, con una educación en SSR personalizada, respondiendo a sus necesidades y no a las expectativas de los padres.

Se han puesto en práctica estrategias educativas para adolescentes, sin embargo, estas han obedecido a las expectativas y exigencias de las instituciones que han dejado de lado las verdaderas necesidades, razones que podrían justificar la ineficacia de los proyectos educativos en temas de SSR en instituciones educativas. ^(4,9)

^(4,9) Sánchez y Granados afirman que son importantes los efectos de la educación y uso de MAC; una persona que llegó a educación secundaria tiene 6% más probabilidad de usar MAC en relación a quien llegó a educación primaria, el asistir a la universidad

y/o haberse graduado de ella incrementa a 13%. Así también la información recibida sobre ITS y MAC tiene un efecto sobre la probabilidad de uso de estos últimos, incrementando en 8%.

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.⁽⁴⁾

Existen diferencias entre sexos, investigaciones refieren que la población masculina no posee un nivel adecuado de conocimientos sobre MAC y a pesar de que la actitud es buena, la práctica deja mucho que desear, se identificaron aspectos que actúan como barreras de acceso y que proveen de información a los prestadores de servicios de salud sobre la SSR de esta población.⁽¹⁰⁾

La Constitución Política del Estado Boliviano, garantiza a mujeres y hombres el ejercicio de

sus derechos sexuales y reproductivos, en este sentido, los servicios de salud a través de Programas de SSR, PF y AC fueron priorizados en los últimos años en la política de salud, en comunión con agencias de cooperación internacional, efectivizándose y otorgando prestaciones gratuitas a la población, iniciando la subvención por el país desde el año 1996 hasta el presente, ampliando las prestaciones de SSR a todas las mujeres, lo que anteriormente era solo para mujeres en Edad Fértil.^(11,12)

El conocimiento de algún método de PF en Bolivia según la ENDSA 2008 está cerca al 100 %, siendo los MACM de PF más conocidos que los métodos tradicionales alcanzando un 80 % en mujeres y 83 % en varones, este conocimiento no va acorde con el uso en especial los MACM. De acuerdo al uso de métodos de PF, Bolivia tuvo un ligero incremento desde 2003 a 2008, de 58% a 61% entre las mujeres casadas o unidas, este leve incremento ha sido básicamente el resultado del aumento del uso de métodos tradicionales, los cuales pasaron de 23 % a 26 %, mientras el nivel de uso de los MACM se mantuvo en 35 %.^(1,3,13)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en una investigación de 2016, afirma que aproximadamente la mitad de las adolescentes entrevistadas desconocía la existencia de métodos anticonceptivos, lo cual es preocupante.⁽¹⁴⁾

La fecundidad en Bolivia ha descendido lentamente en años recientes, de 3,8 a 3,5 hijos por mujer entre 2003 y 2008, permaneciendo superior a la observada en la mayoría de los países de América Latina y superada solamente por Guatemala y Haití, cabe recalcar que existen regiones en Bolivia donde la TGF y continúan elevadas.^(1,3,8)

En la sociedad boliviana subsiste una cultura patriarcal y machista en gran parte de las familias, escuelas e instituciones, una educación sexista, reforzada por comportamientos abusivos y violentos. 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. 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 MACM y la confianza en el hombre de poder controlar la posibilidad del embarazo, lo que refleja una concepción machista, quién decide cuándo y cómo llevar a cabo el acto sexual.^(14,15)

En Bolivia la ejecución y cuidados de la SSR no han sido asumidos a plenitud en las familias, comunidades e instituciones del Estado, pese a los importantes avances en los servicios. Los resultados 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, lo cual fundamenta investigar y asumir la PF y AC como una política en la que la educación sexual integral sea un pilar fundamental, como mejorar y priorizar el acceso de MACM. La SSR, PF y AC son temas de importancia en el mundo por el impacto en el desarrollo de los pueblos, insertos en tres de los 17 nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).^(1,2,7,10,15,16)

En ese sentido, se pretendió realizar una investigación holística, con un nivel de

profundidad y de análisis de datos, que no se realizaron hasta ahora en el país, los resultados obtenidos podrán contribuir al conocimiento, como también los responsables políticos puedan tomar en cuenta esta información examinando lo sucedido entre los años 2003 a 2008, y contribuir a mejorar y/o diseñar políticas, programas y planes de SSS, PF y AC.

Esto no solo permitiría a futuro hacer un análisis de lo que sucedió en este periodo intermedio, sino también del antes y después, proyectando el análisis comparativo en relación a la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) 2016, para ello se tuvo 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 el Estado Plurinacional de Bolivia.

Materiales y métodos

Se adoptó el enfoque cuantitativo, de tipo ecológico analítico de corte transversal. Los datos presentados pertenecen a las ENDSAs del año 2003 y 2008. Estas encuestas fueron elaboradas con el apoyo técnico 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 como DHS (Demographic and Health Survey) y desde 1984 ha proporcionado el soporte técnico para el monitoreo, evaluación y elaboración de políticas de salud en más de 75 países.

El universo de estudio estuvo constituido por el total de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad y varones de 15 a 64 años de edad. La muestra fue probabilística estratificada y bietápica en toda Bolivia, con diferentes subdivisiones geográficas y dentro de cada región por departamento, y dentro de cada departamento por grupos de residencia urbano y rural. La muestra en mujeres en edad fértil fue; para la ENDSA 2003 de 17.654 y para 2008 fueron 6.939. En caso de los varones para la ENDSA 2003 fueron 6.230 y la ENDSA 2008 existieron 6.054 encuestados.

Se ha categorizado a las variables del estudio según su correspondencia con el conocimiento, prácticas, actitudes y características sociodemográficas en relación con la PF y los MAC. Se tuvo que trabajar por las características propias de las

variables utilizadas de manera diferente para mujeres y varones.

Las bases de datos con la información de las ENDSAs fueron descargadas, previo cumplimiento de los requisitos internos, de la página web del Programa de Encuestas de Demografía y Salud, instancia encargada de la realización de estas encuestas a nivel mundial. Identificadas las variables se agruparon en una sola base de datos por ENDSA, resultado de este proceso se obtuvieron 4 bases de datos con la información necesaria para efectuar la presente investigación. Como variable dependiente se eligió en mujeres al "Uso actual de MACM", por su parte para los varones se utilizó si "Usó alguna vez un MACM", esta se eligió por carecer la información del uso actual.

En una primera fase, en la base de datos de las mujeres se tomaron en cuenta 111 variables, de las cuales 25 corresponden a conocimientos, 33 a prácticas, 13 a actitudes y 40 sociodemográficas. De ellas se descartó 2 variables correspondientes a conocimientos, 1 en prácticas, 3 en actitudes y 2 en sociodemográficas porque carecían de información en ambas ENDSAs.

En relación a las variables de los varones, se tomaron en cuenta en total 97 variables; 35 corresponden a conocimientos, 31 a prácticas, 9 a actitudes y 22 sociodemográficas, por falta de datos en las bases de datos se excluyeron 2 en conocimientos, 2 variables en prácticas y 2 en sociodemográficas.

Todas las variables ya sean dependientes como las independientes fueron recategorizadas y dicotomizadas en cada una de las bases de datos originales del programa MEASURE DHS.

El análisis y procesamiento estadístico se realizó con el software SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) para Windows 10 Pro, cumpliendo en 4 fases;

1° Fase: se estimó la prevalencia (en porcentaje) de uso actual y pasado de MACM en mujeres y si usaron alguna vez algún MACM en varones, utilizando estadística descriptiva.

2° Fase: Se determinó la asociación de las variables independientes con el uso de MACM a través de las pruebas estadísticas de Chi Cuadrado de Pearson (X^2), estableciendo para todos los casos 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.

3° Fase: Se realizó un análisis bivariado entre la variable dependiente el uso de MACM y variables independientes que presentaron asociación en el anterior paso, los reportes de salida presentaron los Odds Ratio, su valor de significación estadística (Valor p) y los índices de confianza, los mismos que fueron considerados para excluir las variables que no resultaron significativas. Para lograr este punto se realizó la Regresión Logística en los cuatro grupos de variables con relación a la variable dependiente, de acuerdo a las dos ENDSAs y de manera separada hombres y mujeres. De esta manera las variables que no presentaron una asociación estadísticamente significativa fueron excluidas del último análisis.

4° Fase: Se realizó el análisis de las variables clasificadas que presentan asociación en el último paso, se procedió a realizar el Modelo de Regresión Logística con el total de variables representativas. Las pruebas de máxima Verosimilitud y Chi cuadrado de Hosmer y Lemeshow se

emplearon para evaluar la bondad de ajuste de los modelos multivariados, así brindar robustez a los resultados obtenidos.

Resultados

Tendencias generales de la Planificación Familiar y Anticoncepción en Bolivia en el periodo 2003 – 2008.

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, asimismo permite evaluar la efectividad de los programas desarrollados en el pasado e identificar los grupos menos favorecidos por las acciones del sistema de salud.

De acuerdo a los resultados de la presente investigación, Bolivia en referencia al conocimiento de algún método de PF, en ambos sexos están muy próximos a llegar al 100%. En mujeres llegó al 93,1 % y 95,8 % notándose un leve incremento de 2,7 %. Siendo los métodos modernos los más conocidos (91,4 % y 94,7 %) a comparación de los tradicionales (76,7 % y 79,6 %) respectivamente para ambos años. Entre los MAC más conocidos de acuerdo a orden

porcentual están; la píldora, el dispositivo intrauterino (DIU), el método inyectable, el condón masculino y la abstinencia periódica o ritmo.

Por su parte en varones el conocimiento de algún MAC para el 2003 alcanzó el 93,8 % y para el 2008 el 95 %. Los MACM son más conocidos que los tradicionales (91,9 % a 92,9 %) este incremento no fue muy significativo de 1%, existiendo mayor incremento en los tradicionales 2,9 % (80 % a 82,9 %). Los MAC más conocidos son; el condón masculino, la abstinencia periódica o ritmo, la píldora, el DIU y las inyecciones.

Mujeres y varones tienen desconocimiento sobre el ciclo ovulatorio, situación que no mejoró en 5 años. En mujeres para el 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 %.

En relación al uso de Métodos Anticonceptivos Modernos, la prevalencia de uso alguna vez de MACM y métodos tradicionales en MEF, fue ascendente en 5,6 %, como también la prevalencia de uso de MACM alguna ocasión en 5,3 % (42,2 % a 47,5 %), indicador que está por debajo de la media en Latinoamérica y el Caribe 66,7 %.

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, presentando un ligero incremento de 0,3 % (23,7 % a 24 %). Los métodos más usados son; la abstinencia periódica o ritmo, seguido por 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 incrementó en 1% (13,7 % a 14,7 %).

Las mujeres adolescentes son las que menos usaron alguna vez algún MACM entre ambos años (10,2 % a 12,5 %), incrementando su uso en solo 2,3%. Por su parte mujeres de 20 a 49 años de edad son las que usan más (51,1 a 56,6%) aumentando en 5,5 %. Sin embargo de acuerdo al uso actual al momento de la entrevista, el uso de MACM por las adolescentes es menor en ambos periodos (4,6% a 6,1 %) incrementando 1,5 %. En mujeres mayores de 20 años en el transcurso de los 5 años disminuye su uso en 0,5 % (21,1 % a 28,6 %)

En el varón la prevalencia si uso alguna vez un MACM, la tendencia fue ascendente en un 5,7 % (40,9 % a 46,6%). Los métodos más usados por los hombres son: la abstinencia

periódica/ritmo seguido por el condón masculino y el retiro, es muy llamativo la preferencia y mayor uso de la abstinencia periódica/ritmo en ambos sexos. Los varones adolescentes son los que menos usaron alguna vez algún MACM (23,4 % a 22,7 %), cuyo uso disminuyó en 0,7%, contrariamente a varones mayores de 20 años que incrementa el uso en 5 %. (45 % a 52 %), situación similar a la de las mujeres.

Según la ONU y otras investigaciones, el uso de MAC varía de acuerdo a países, la prevalencia de uso de MACM 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, destacando en Bolivia que más del 20% de las mujeres usan métodos anticonceptivos tradicionales. Mientras que Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Paraguay alcanzan al 70 %. Países Europeos 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 %). (1,2,8,14,16)

De acuerdo con el nivel instructivo, ligeramente las mujeres que más usan MACM 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 al grupo que no tiene un nivel de instrucción adecuado, incrementando el uso en un 1,3 %.(22,2 % a 23,5 %). Similar situación ocurre con la condición de alfabetismo, mujeres que saben leer y escribir utilizan más MACM, pero en el transcurso de 5 años disminuyó levemente en 0,1 % (24,5 % a 24,4 %), incrementado en 2,9% el uso en mujeres analfabetas (17 % a 19,9 %). En relación al varón 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 (23,3 % a 26 %) en relación al otro grupo (55,5 % a 59 %). Lo propio ocurre según condición de alfabetismo, siendo los alfabetos con mayor uso (42,5 % a 48,2 %) en relación a los analfabetos cuyo porcentaje es muy bajo (9 % a 8,7 %) advirtiéndose una reducción del uso en 0,3 %.

Llama la atención que no existió gran diferencia sustancial entre el uso de MACM en mujeres que están en pobreza (18,4 % a 18,2 %) y las que no (26,2 % a 26,8 %), notándose que el primer grupo disminuyó su uso. Las mujeres que trabajaron los 12

últimos meses al momento de la encuesta, incrementaron el uso de MACM de una manera muy sutil en 0,5 % (24,7 % a 25,2 %) de manera similar ocurre en a aquellas que no tenían un trabajo, aumentando un 0,1% (22,1 % a 22 %). En varones se incrementó el uso de MACM de acuerdo a índice de pobreza, tanto en los varones que están en pobreza (19,4% a 22,5%) y los que se encuentran en un nivel medio y alto de ingreso económico (52,6 % a 59,2 %). Quienes trabajaron los 12 últimos meses a la encuesta, incrementaron el uso en alguna ocasión en un 7,7 % (41 % a 48,7%), mientras aquellos que no tenían un trabajo cayó el uso de MACM en 2,8 %. (40,3 % a 37,5%).

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 (33,2 % a 31,3 %). Caso contrario ocurre en las que no visitaron un centro de salud, incrementando el uso en 1,6 %. (13,5 % a 15,1 %). Mujeres que no recibieron información sobre MAC por el personal de salud, son las que menos los usan (28,4 % y 27,3 %), en relación a las que si recibieron información en ambos años (40,1 % a 38 %). Sin embargo, llamativamente en ambos casos disminuyó el

2,1 % respectivamente.

En caso de los varones, independientemente si el personal del Centro de Salud les haya hablado o no sobre MAC, incrementó el uso de los MACM en ambos casos, observándose un mayor incremento del 6,8 % en varones a quienes no se les hablo (37,7 % a 44,5 %) frente un 3,1 % de aumento a los que si se les hablo (53,7 % a 56,8%).

Variables asociadas que explican el uso de métodos anticonceptivos modernos. Modelo de Regresión Logística Binaria en los años 2003 y 2008, Bolivia .

De acuerdo el Modelo de Regresión Logística final, de las ENDSAs con las variables que presentaron asociación en las diferentes asociaciones como co-variables con la variable dependiente, se presentan las variables que probablemente influyen en el uso de MACM Se presenta a continuación el cuadro resumen en mujeres en edad fértil.

Cuadro 1: Odds Ratios y significación estadística de las ecuaciones del Modelo de Regresión Logística Bivariada entre variables independientes y el no uso de métodos anticonceptivos modernos, en mujeres ENDSA 2003 – 2008

Variables		2003				2008			
		OR	Valo r P	IC		OR	Valo r P	IC	
				Inf	Sup			Inf	Sup
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar	Conocimiento del ciclo ovulatorio	0,62	0,000	0,50	0,77				
	No	5		5	3				
	Conocimiento de la Inyección					2,32	0,00	1,58	3,41
	No	3	0	3	0				
	Conocimiento de la Esterilización femenina	1,45	0,029	1,04	2,03	2,02	0,00	1,62	2,51
	No	3	0	0	1	1	0	8	0
	Conocimiento de la Esterilización masculina					1,36	0,00	1,15	1,61
	No	5	0	4	4				
Conocimiento de la Abstinencia ritmo	Conocimiento de la Abstinencia ritmo	0,24	0,000	0,12	0,49	0,10	0,00	0,07	0,14
	No	9		5	6	1	0	3	0
	Conocimiento del retiro	0,51	0,000	0,40	0,66	0,61	0,00	0,52	0,72
	No	9		5	5	7	0	5	3
Recibió información en el CS sobre PF	Recibió información en el CS sobre PF					1,36	0,00	1,17	1,58
	No	5	0	7	1				
Prácticas de métodos anticonceptivos	Uso alguna vez DIU	3,54	0,000	2,80	4,47				
	No	3		7	3				
	Uso alguna vez Inyección	3,63	0,000	2,83	4,66				
	No	4		4	0				
Uso alguna vez Condón	Uso alguna vez Condón	1,64	0,000	1,31	2,06				
	No	5		0	4				
Actitudes	Toma de decisiones para uso de anticoncepción	1,41	0,006	1,10	1,81	1,66	0,00	1,34	2,06
	No decide	5		5	1	5	0	2	6
Características sociodemográficas	Total de niños nacidos					1,21	0,01	1,03	1,43
	≥ 4	8	6	7	2				
	Edad de la mujer a la primera relación sexual					0,78	0,00	0,67	0,92
	≤ 15 años	9	2	6	0				
	Actualmente trabaja la mujer	0,58	0,000	0,44	0,76	0,69	0,00	0,57	0,85
	No	2		3	4	9	1	2	6
Ocupación de la mujer	Ocupación de la mujer	1,74	0,001	1,26	2,40				
	Sin título	7		7	9				
Tipo de remuneración por el trabajo	Tipo de remuneración por el trabajo	1,55	0,002	1,17	2,04				
	No pagado	2		9	2				

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

En la población de las MEF en el periodo de estudio las variables asociadas a la probabilidad de no usar MACM fueron;

Según el Conocimiento:

Factores Riesgo: mujeres que no tienen conocimiento sobre; el inyectable trimestral (OR=2,32), la esterilización femenina (OR=1,45 y OR=2,02), esterilización masculina (OR=1,36) en relación a las que sí

tienen conocimiento del método y las mujeres que no recibieron información por parte del personal de salud sobre MAC (OR=1,36).

Factores Protectores: Mujeres que no tienen conocimiento sobre: el ciclo ovulatorio (OR=0,62), la abstinencia o ritmo (OR=0,24 y OR=0,10), el coito interrumpido/retiro (OR=0,51 y OR=0,61).

De acuerdo al uso:

Factores de riesgo; mujeres quienes no usaron en alguna ocasión el DIU (OR=3,54), el inyectable trimestral (OR=3,63), no usaron alguna vez el condón masculino (OR=1,64).

Según las actitudes:

Factores de riesgo: La única variable asociada fue que las mujeres que no toman decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos (OR=1,41 y OR=1,66).

Sociodemográficas:

Factores de riesgo: Las mujeres que tienen más de 4 hijos (OR=1,21), quienes tienen una ocupación sin título profesional (OR=1,74), las que trabajan pero sin remuneración (OR=1,55)

Factores protectores: mujeres que actualmente no tienen un trabajo (OR=0,58 y OR=0,69), quienes tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años (OR=0,78).

Cuadro 2. Odds Ratios y significación estadística de las ecuaciones del modelo de regresión logística bivariada entre variables independientes y el no uso de métodos anticonceptivos modernos, en varones ENDSA 2003 – 2008

	Variables	OR	Valor P	IC		OR	Valor P	IC	
				Inf	Sup			Inf	Sup
CONOCIMIENTOS	Conocimiento del condón	2,481	0,008	1,273	4,837	-----	-----	-----	-----
	No								
	Conocimiento de la Esterilización femenina	2,255	0	1,814	2,802	8,166	0	4,997	13,346
	No								
	Conocimiento del retiro	-----	-----	-----	-----	1,658	0,004	1,174	2,341
	No								
	Escucho o vio PF en la TV en los últimos meses	-----	-----	-----	-----	1,505	0,026	1,050	2,156
No									
PRACTICAS	Hablo de planificación familiar con el hermano (s)	1,746	0,019	1,094	2,786	-----	-----	-----	-----
	No								
	Hablo de planificación familiar con los amigos/vecinos	1,328	0,005	1,091	1,617	-----	-----	-----	-----
	No								
	Adquisición de condón en farmacia	1,538	0,02	1,07	2,209	-----	-----	-----	-----
	No								
	Adquisición de condón en tienda	1,717	0,002	1,217	2,422	-----	-----	-----	-----
No									
Actitudes	Adquisición de condón en otros lugares	3,998	0,009	1,406	11,366	-----	-----	-----	-----
	No								
	Posibilidad obtener un condón	7,294	0	4,564	11,658	-----	-----	-----	-----
No									
Características básicas sociodemográficas	Educación instrucción del varón	1,317	0,009	1,071	1,62	-----	-----	-----	-----
	Inadecuada								
	Alfabetismo	-----	-----	-----	-----	8,768	0,019	1,431	53,722
	No								
	Índice de riqueza	1,696	0	1,351	2,129	1,85	0,016	1,124	3,045
Pobreza									
Características básicas sociodemográficas	Ocupación del varón	1,264	0,026	1,029	1,554	1,534	0,013	1,093	2,152
	Sin título								

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

En el caso de los varones durante el periodo de estudio las variables asociadas como a no usar de Métodos Anticonceptivos Modernos (MACM) fueron:

De acuerdo al conocimiento:

Factores de riesgo: Los que no tienen conocimiento del condón/preservativo (OR=2,48), del coito interrumpido o retiro (OR=1,65), que hayan escuchado o visto temas sobre PF y AC en TV en los últimos meses (OR=1,50), Varones que no hablan sobre Planificación Familiar con el o los hermanos (OR=1,74), tampoco no hablan con amigos o vecinos (OR=1,32)

De acuerdo al uso:

Factores de riesgo: Los varones quienes no adquirieron preservativo o condón en la farmacia (OR=1,5), en una tienda (OR=1,71), los que no pueden obtener el método en otros lugares (OR=3,99) y los que no tienen posibilidades de adquirirlo (OR=7,29).

Sociodemográficas:

Factores de riesgo: Varones que no tienen una educación adecuada (OR=1,31), quienes están en analfabetismo (OR=8,76), los que se encuentran en pobreza (OR=1,69 a OR=1,85), y quienes tiene ocupación pero

sin título profesional (OR=1,26 a OR=1,53).

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. Países de América Latina y el Caribe (ALC) han logrado importantes avances en el aumento del uso de MACM, sin embargo, persisten importantes desigualdades entre países, uno de ellos es Bolivia que presenta indicadores muy bajos de prevalencia de uso de MACM, existiendo mayor preferencia en métodos tradicionales en ambos sexos, así como también desigualdades amplias en diferentes variables, como se pudo evidenciar en los resultados expuestos. Si la SSR se da con planificación, educación y acceso al uso de MACM, 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 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. (3,8,13,14)

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 fueron no conocer; el condón/preservativo, esterilización femenina, coito interrumpido/retiro, anticoncepción de emergencia, los que no escucharon o vieron por Televisión temas de PF y quienes no hablan con el/los hermanos, amigos y vecinos sobre PF.

De acuerdo a los resultados, se puede suponer que ambos sexos no tienen un conocimiento adecuado sobre MACM y métodos tradicionales, conllevando mayor riesgo a no usar MACM. El problema mayor 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, su conocimiento de MACM 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. (4,6,9,10,14,17)

El uso de anticonceptivos está asociado al conocimiento que los adolescentes tienen, lamentablemente ellos señalan como más efectivos los métodos tradicionales (retiro/ritmo) que también son usados de manera incorrecta, siendo el método del ritmo/calendario el más usado en Bolivia en ambos sexos. 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. (14)

Mujeres que no recibieron información sobre PF por parte del personal de salud en Bolivia, tienen 40 % 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, por lo cual existe 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.^(8,14)

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 en sus vidas (separación de pareja, embarazo no planificado, aborto, etc.), más el desconocimiento y desconfianza de los métodos tradicionales y su escasa eficacia, tienen mayor probabilidad de usar MACM.^(5,6,14)

En Bolivia el varón no tiene participación activa en la SSR, PF y MAC, dejando la responsabilidad a la mujer, a ello se añade que los Seguros Públicos y Programas, han centrado su atención solo a las mujeres, el

conocimiento de MACM y actitudes hacia la PF en hombres, se asocia a la aceptación, la promoción y práctica de la PF. 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. La falta de conocimientos y actitudes inadecuadas conlleva a que obtengan información distorsionada y sensacionalista, como resultado la práctica no es adecuada.^(5,14,15,17)

Existe un bajo porcentaje de adolescentes que asisten a un Centro de Salud para consultar y obtener información sobre la salud sexual, investigaciones describen varios obstáculos entre ellos está; temor o vergüenza para hablar sobre sexualidad, existencia por parte del personal de salud y de farmacias; maltrato, mirada de discriminación y juzgadora, en función a la edad, clase socioeconómica o vestimenta, reclamo a las adolescentes por estar embarazadas, no hablar el idioma nativo y dificultad para brindar información.^(3,14)

Las/os adolescentes en Bolivia, consideran que los padres y madres de familia son las personas más confiables para orientar de

manera responsable sobre temas de sexualidad, pero no lo hacen por las características conservadoras de las familias bolivianas, por considerarlo un “tema tabú”. Estudios afirman que una buena relación de hijos involucrando a los padres, son un factor protector e incide positivamente a la decisión de retraso de inicio de relaciones sexuales y probabilidad de uso de uso de métodos anticonceptivos. (14,18,19)

Otra realidad en Bolivia es que no se brinda educación adecuada en SSR, en escuelas o universidades, donde los profesores tienen vergüenza hablar de sexualidad, por ello, prefieren buscar información de fuentes informales, como amigos o amigas, compañeros de clase y lógicamente la información recibida no es adecuada. (14,16,20)

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 % de riesgo a no utilizar un MACM. Una conducta sexual adecuada en el adolescente depende en gran medida de un entorno familiar funcional y del acceso adecuado a información sobre sexualidad y reproducción. (9,10,19,21)

Prácticas

Las mujeres que no usaron alguna vez un MACM como; el DIU, el inyectable trimestral, el preservativo o condón, presentan mayor riesgo de nunca usar ningún MACM a futuro, a comparación de las que si usaron alguna ocasión. Estamos hablando prácticamente de más del 50 % de MEF que no usan o usaron MACM en Bolivia, y son las que tienen preferencia en usar métodos tradicionales, que son poco seguros y menos efectivos como la abstinencia/ritmo, coincidiendo con la investigación de Villalobos y colaboradores, señalan que la falta de uso de anticoncepción durante la última relación sexual se asocia con el desconocimiento sobre la efectividad de los MACM. (22)

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 con 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 que en general no se dan con frecuencia, y las

personas deben tener un adecuado conocimiento del mismo. En Bolivia existe un marcado desconocimiento sobre el periodo fértil de la mujer, solo el 39% de mujeres y 33% de los varones lo conocen, y sin embargo la abstinencia periódica/ritmo es el más utilizado. 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 MACM y retraso en el inicio de las relaciones sexuales tempranas. ^(10,17,23)

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 en adolescentes temor y vergüenza de solicitar servicios de anticoncepción, por otra parte en algunos Centros de Salud no se dispone la gama completa de MACM, presentan

desabastecimiento y problemas en la atención. En relación a la salpingoclasia y vasectomía que debieran ser parte de la oferta de métodos anticonceptivos, pocos centros los ofertan, o si lo hacen es solo a mujeres con muchos hijos.^(3,14,21) Otro obstáculo es el procedimiento de adquisición de MACM en el sector público de salud, proceso administrativo burocrático, lo cual ocasiona que ya no acudan. Asimismo, mitos o creencias acerca de los MACM, por razones religiosas con oposición a su uso señalan que son abortivos y priorizan el uso de métodos naturales. ^(14,21,24)

Los varones quienes no adquirieron preservativo o condón; de la farmacia (54 % riesgo), en una tienda (72 % riesgo) u 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 en Bolivia, establecen como beneficiarias solo a las mujeres y los varones excluidos deben comprar en farmacias u otros lugares. Los adolescentes ven el condón como la opción más accesible, pero tienen temor y

vergüenza de solicitarlos, ¿por que no facilitar su obtención?, y así existieran otros lugares de mayor accesibilidad como tiendas de barrio, en escuelas u otros lugares con fácil acceso. ^(14,21,25)

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 MACM, lo cual está relacionado significativamente con mayor número de hijos. Resultado diferente a investigaciones realizadas en México y Costa Rica, 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). ^(4,21) 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 % (18,1 % a 18,7 %), y mujeres del área urbana aumentó el uso en 0,5 % (26,2 % a 26,7 %). 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. Así también se caracterizan por estar aisladas geográficamente, inaccesibilidad e inadecuación a normas sociales y culturales, idioma, falta de infraestructura, de provisión de salud, comunicación vial, pobreza, bajos niveles de educación. ^(3,21,26)

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% a 24,8%) y para los del área urbana subió un 7,8% (51,2% a 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, 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 ser tema "tabú", temor a la falta de confidencialidad, situación similar encontradas otras en investigaciones. ^(4,14,18) Ante esta realidad algunos adolescentes se proveen en

municipios vecinos o ciudades capitales, sin embargo muchos de ellos optan usar métodos naturales convenciendo a su pareja de su efectividad. ⁽¹⁴⁾

Actitudes

La única variable asociada en el Modelo de Regresión Logística fueron las mujeres que no toman decisiones sobre el uso de MACM presentando para el año 2003 el 42 % de riesgo y el 2008 el 67 % de riesgo a no usar MACM, en relación a las que si toman decisiones. En Bolivia la sociedad continua 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. 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 MACM. 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. ^(21,26) Por ello es frecuente la asistencia a consulta de la mujer a “escondidas”, solicitando orientación, elección y uso de MACM, solicitando “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. 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”. ^(14,16,27) 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. Velásquez, Rojas y colaboradores ⁽²⁰⁾ en su investigación analítica, asocia el consumo de sustancias psicoactivas antes de la relación sexual 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. (5,10,14,15,27)

Sociodemográficas

Las mujeres quienes tuvieron relaciones sexuales después de los 15 años de edad presentan 27 % mayor riesgo a no usar de MACM en relación a quienes tuvieron antes de 15 años, esto ocurre probablemente por las malas experiencias que tuvieron que atravesar, como se explicó en párrafos anteriores. 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. (12,15,20,26,27)

Las mujeres con más de 4 hijos presentan 22 % 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. 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 incluso a escondidas, como se explicó anteriormente, siendo más proclives a usar MACM. (16,24)

Las mujeres quienes tienen una ocupación pero no son profesionales, como aquellas que trabajan pero no tienen remuneración, presentan 75 % y 55 % mayor riesgo de no usar MACM, en relación a las que son profesionales y tienen remuneración. Asimismo mujeres que actualmente tienen un trabajo tienen 72% en el año 2003 y 43% 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 vulnerable. 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. ^(26,28,29)

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, con o sin consentimiento de la pareja. ^(8,26)

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. ^(8,26) Sin embargo, es posible que la relación positiva entre el nivel

de la instrucción de la mujer y el uso de anticonceptivos le reste la significancia a la asociación de la ocupación profesional con el uso de anticonceptivos, suponiendo que la educación es el factor más importante que la ocupación. Si bien en los resultados de la presente investigación no se determinó específicamente la educación de la mujer como variable asociada, esta se puede relacionar con la ocupación de la mujer con título profesional, por ello es que la educación de una u otra manera está presente. 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. ^(21,26)

En relación a los varones que tienen una

ocupación pero sin título profesional tienen el 26 % el año 2003 y 53 % 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 8,8 % 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 aquellos 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. ⁽¹⁰⁾

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. ^(14,15,21,27)

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 85 % 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. ^(30,31)

Entre las limitaciones del estudio están, el uso de bases de datos secundarias, el estudio de tipo “ecológico” por su característica no puede extender sus hallazgos al caso individual (falacia ecológica) ya que toma en cuenta a aspectos grupales, pero fue adecuado, ya que el problema elegido no solo depende a nivel individual, sino a nivel grupal (sistema de salud y políticas). Por el tamaño de las poblaciones elegidas se trató de controlar las variables confusoras y posibles sesgos, el análisis estadístico podría dificultarse por la multicolinealidad, una desventaja como existen otras desventajas en diferentes estudios, pero se priorizó el aporte obtenido, obteniendo resultados importantes, ya que en Bolivia hasta ahora no existen investigaciones similares con el nivel de análisis y profundidad.

Concluimos en afirmar que si bien el conocimiento sobre MAC está próximo a ser total, siendo los MACM más conocidos que los tradicionales en el periodo de estudio, pero, existe una brecha muy grande entre haber oído hablar de algún MAC y saber cómo y cuándo usarlo, considerando este desconocimiento real como factor de riesgo para no usar MACM en ambos sexos.

La prevalencia en uso de MACM una de las más bajas en LAMC, donde el 94% de las adolescentes no los usan y en mujeres de 20 a 49 años disminuyo su uso actual, prácticamente más del 50 % de MEF que no usan o usaron MACM en Bolivia, siendo un factor de riesgo no haberlos usado alguna vez. Situación aún más preocupante porque prevalencia de uso de MAC en Bolivia ha disminuido levemente en el tiempo, coincidente con estudios recientes. ⁽³²⁾

A ello se suma la preferencia y mayor prevalencia en uso de la abstinencia periódica/ritmo en ambos sexos, situación preocupante porque el conocimiento de este método y del ciclo ovulatorio no es adecuado, problema mayor en adolescentes que inician su vida sexual a edad temprana, con desconocimiento de MACM y preferencia en los tradicionales.

Las barreras en la educación, información, acceso y obtención persisten a través del tiempo, en especial para adolescentes quienes tienen temor y vergüenza de solicitar servicios de anticoncepción, área de residencia, problemas en la provisión por procesos administrativos burocráticos e inadecuada atención.

Las características socioculturales de la población boliviana, determina que la decisión en el uso o no de MACM sea un factor de riesgo importante, el sistema patriarcal/machista cumple un rol importante que conduce la falta de autonomía sexual y reproductiva de la mujer. El enfoque en la educación e información en temas de SSR, PF y AC debe ser modificado, involucrando de manera más activa al varón, padres de familia, profesores, adecuando a normas y pautas culturales y sociales diversas, denotando una marcada desigualdad e inequidad social.

Las políticas de Bolivia en SSR, PF y AC deben reconducir sus objetivos de manera urgente, dejando de enfocar este tema solo en el acceso, uso de MAC y con una educación sexual enfocada al morbo, placer, vergüenza, humor, tema tabú y sea libre de presiones políticas o religiosas. La educación

debe involucrar la prevención de las diferentes ITS, embarazos no deseados y aborto detallando riesgos y consecuencias. Se debe priorizar los MACM, que son más efectivos y de mayor protección, en especial por sus características el preservativo/condón, desde una óptica de la equidad.

El Sistema de Salud debe ampliar su perspectiva y responder a los problemas identificados, se debe tomar en cuenta otros espacios de adquisición de MACM y no necesariamente un Centro de Salud, modificando la prestación de servicios en los Seguros Públicos incluyendo la dotación de anticonceptivos a varones, reorientando los servicios de SSR y PF hacia una mayor participación de estos últimos.

Las políticas y/o estrategias deben priorizar a los/as adolescentes (incluyendo a menores de 15 años de edad), cuyos contenidos en SSR, PF y AC deben estar insertas en el currículo de las escuelas y colegios, integrado en distintas asignaturas y a lo largo de la formación, donde profesionales de salud, profesores y padres de familia formen parte, logrando una moralidad de la conducta sexual a través de una ética individual, incluyendo valores como responsabilidad,

responsabilidad, respeto, tolerancia, equidad de género y a una proyección de futuro individual, considerar que los adolescentes merecen respeto y deben dejar de ser percibidos como un “problema”, los adolescentes quieren obtener anticonceptivos sin preguntas ni prejuicios, requieren ser atendidos por alguien capacitado y que sea capaz de orientarlos sin juzgarlos.

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, la cual debe ser adaptada 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 como el ritmo u otros que no son seguros ni adecuados. Así contribuir en eliminar las profundas inequidades sociales de la estructura patriarcal y machista imperante en el país. Involucrar y educar a los varones a temprana edad en SSR, PF y AC, hace que adopten actitud positiva, mejorando la toma de decisiones, la participación en los embarazos, crianza posterior del niño/a e impulsando

responsabilidad entre hombres y mujeres.

Autoridades y Personal en Salud deben ser autoreflexivas y conscientes que los objetivos en la SSR y PF no son cumplidos de manera correcta, factores externos e internos están involucrados como; RRHH reducidos, falta de compromiso y de capacitación continua, cumplimiento de otros compromisos de gestión, carencia de infraestructura e insumos etc. Algunos profesionales deben cambiar su actitud con las personas, brindando trato igualitario y humanizado, sin distinción de origen étnico, edad, sexo, clase social u otras. Los medios de comunicación del país también deben reconducir sus objetivos, y cumplir el rol tan importante de ser fuente potencial de educación a la población.

El presente estudio es uno de los pocos que existen en Bolivia en cuanto al nivel de profundidad y análisis estadístico, comparando dos ENDSAs en el tema elegido, los resultados ayudarán a los tomadores de decisiones de salud a contar con información relevante y más precisa para el desarrollo de políticas de salud e intervenciones basadas en equidad.

Las ENDSAs son muy importantes para

realizar un adecuado análisis, evaluación, formulación de políticas y estrategias en SSR, PF y AC, es transcendental 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. 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. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a11.pdf> z
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación familiar [Internet]. 2018 [cited 2017 Jul 15]. Available from:

[:https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception.](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception)

3. 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. Available from: http://www.udape.gob.bo/portales_html/ODM/Documentos/InfProgreso/8vo Informe de progreso.pdf

4. 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]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/446/44646470005.pdf>

5. 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]. Available from:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n3/art13.pdf>

6. 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. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v81n3/art12.pdf>

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]. Available from: <https://orcid.org/0000-0003-3241-5588>

8. 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]. Available from: www.thelancet.com/lancetgh

9. Arévalo EV. Necesidades educativas en salud sexual y reproductiva en adolescentes peruanos de nivel secundario.

- Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2016;42(3):396–406. Available from: <http://saludpublica.bvsp.org.bo/cc/BOX.79/documentos/nanticon028.PDF>
10. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. Access to contraceptive methods in adolescents from Mexico City. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2017;59(3):236–47. Available from: <http://doi.org/10.21149/7891>
11. Estado Plurinacional de Bolivia. LEY 1069 MODIFICATORIA A LA 475 GACETA OFICIAL MIN SALUD. 2018;24. Available from: http://seguros.minsalud.gob.bo/Documentos/Marco Legal/Ley_Modificatoria_1069.pdf
12. Ministerio De Salud. PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2016 - 2020 Ministerio de Salud [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 1]. Available from: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgp/REGLAMENTOS_MS/PEI-2016-2020.pdf
13. Coa R, Ochoa LH. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 2008 Elaboración del Informe. 2008;129–224. Available from: <http://www.sns.gov.bo>
14. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia. Informe final. [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. Available from: https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Cartilla_Embarazo_Adolescencia_14_mun.pdf
15. 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. 2016 [cited 2020 Nov 13]. Available from: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2306-86712016000200007&script=sci_arttext
16. 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. Available from: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/WPD_2017/Doc_tecnico_DMP_COESPOS.pdf

17. 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. Available from: <https://scielosp.org/article/scol/2017.v13n1/63-72/es/>
18. MINISTERIO DE SALUD. Factores relacionados al uso de anticoncepción para la prevención de embarazos durante la adolescencia [Internet]. 2017 [cited 2020 May 18]. Available from: <http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2019/03/Factores-que-influyen-en-el-uso-de-anticoncepcion.pdf>
19. 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. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26524189>
20. 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. Vol. 42, *Gaceta Medica Boliviana*. 2019.
21. 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]. Available from: <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/362-bruch-et-al.pdf>
22. Villalobos A, de Castro F, Rojas R, Allen B. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: Uso y necesidades insatisfechas. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 29];59(5):566–76. Available from: <https://doi.org/10.21149/8481>
23. 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. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
24. 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. Available from:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n3/a16v30n3.pdf>

25. Gomez S, Duran L. El acceso a metodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de Mexico. Salud Publica Mex [Internet]. 2017;59(3):236–47. Available from:

<https://www.redalyc.org/pdf/106/10651119013.pdf>

26. Delgado Gonzáles L, Córdova Olivera P. Patrones De La Fecundidad En Bolivia. Investigacion Desarro [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 11];17(2):83–99. Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/riyd/v2n17/v2n17_06.pdf

27. Elizabeth Trocin K. 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]. Available from: <http://www.nu.org.bo/noticias/naciones-unidas-en-linea/la-mujer-boliviana-y-el-trabajo-precario/>

28. 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. Available from: <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.62.2018.3244>

29. 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. Available from: <http://contraceptionmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40834-016-0011-8>

30. 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. 2016 Mar 21;4(1):43–54.

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. 2016 Mar 21;4(1):43–54.

32. 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. Available from: www.paho.org/journal%7Chttps://doi.org/10.26633/RPSP.2020.101