

El conocimiento efectivo de la anticoncepción en Venezuela

Carlos Javier Echarri Cánovas¹

Resumen

Aun en ausencia de una política explícita en esta materia, la fecundidad en Venezuela ha seguido un recorrido descendente, caracterizado además por el menor ritmo de reducción de la tasa de fecundidad adolescente. El país presenta una nupcialidad temprana y casi universal, lo que tiene un impacto directo en el calendario de la fecundidad. Usualmente se toma conocimiento de los métodos anticonceptivos como un prerrequisito para su utilización. Sin embargo, la forma de medir ese conocimiento puede reflejar más el haber oído hablar de ellos que la comprensión de su forma de funcionamiento, efectividad, contraindicaciones y posibles efectos secundarios. Las personas deben tener ciertos conocimientos mínimos sobre los métodos anticonceptivos para que puedan tomar decisiones informadas sobre el control de su fecundidad. En ese marco, este artículo utiliza datos de la Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) de 2010 para medir el conocimiento efectivo de la anticoncepción, considerándolo como parte de los derechos reproductivos. Entre los principales hallazgos del estudio, resulta sumamente preocupante que el 15% de las usuarias de la píldora, el 5% de quienes han optado por el DIU o los inyectables, el 16% de las usuarias de condón y el 51% de las que recurren a la abstinencia periódica desconozcan su uso correcto, lo que las expone al riesgo de un embarazo no planeado o no deseado.

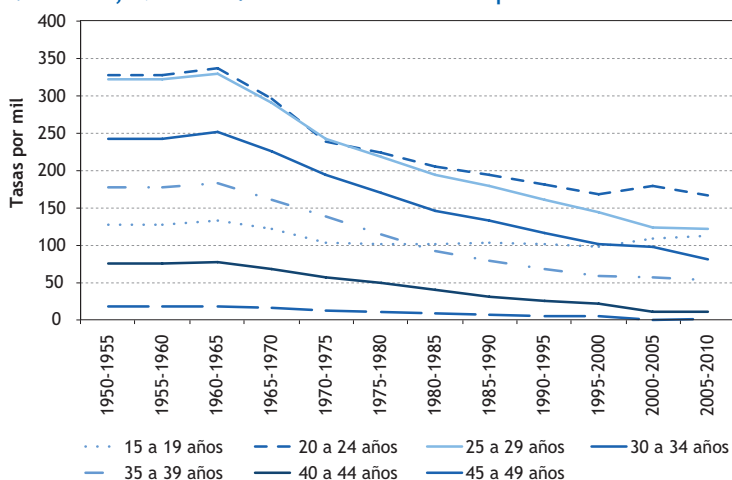
Palabras clave: anticoncepción, conocimiento efectivo de la anticoncepción, Venezuela.

¹ Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), El Colegio de México (cecha@colmex.mx).

Introducción

Como en el resto de los países de la región, la fecundidad en Venezuela ha seguido un recorrido descendente, aún en ausencia de una política gubernamental explícita en este sentido. El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) estima una reducción del 60,5% de este indicador entre el quinquenio que se extiende entre 1950 y 1955, cuando el nivel de la fecundidad era alto, y el de 2005-2010, en el que se registró un valor que califica al país en un rango intermedio (CELADE-CEPAL, 2008). Esta evolución también tiene un rasgo común con sus vecinos: el menor ritmo de reducción de la tasa de fecundidad adolescente, como lo muestra el gráfico 1.

Gráfico 1
Venezuela, 1950-2010: evolución de las tasas específicas de fecundidad



Fuente: 1950-2000: CELADE-CEPAL, 2004; 2000-2010: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.

Del conjunto de variables intermedias de la fecundidad —la nupcialidad, el uso de anticonceptivos, la infecundidad post parto y el aborto inducido, según la formulación de Bongaarts (1978 y 1982)—, la que tiene mayor impacto es el uso de anticonceptivos, además de ser la más factible de intervención mediante las políticas públicas. Respecto de la nupcialidad, en Venezuela es temprana y casi universal: una de cada cinco mujeres de entre 15 y 19 años de edad ya ha entrado en una unión, y solo una de cada 10 permanece soltera a los 45 años. Esto tiene un impacto directo en el calendario de la fecundidad, pues el porcentaje de mujeres que ha sido madre pasa del 18,6% en el grupo de 15 a 19 años al 62% en el de 20 a 24 años.

Usualmente se toma el conocimiento de los métodos anticonceptivos como un requisito para su utilización —aunque esta afirmación puede no ser cierta en casos de violación de los derechos sexuales y reproductivos, como las esterilizaciones o la colocación del DIU sin autorización expresa. Sin embargo, la forma de medir el

conocimiento de los métodos anticonceptivos puede reflejar más el haber oído hablar de ellos que la comprensión de su forma de funcionamiento, su efectividad, las contraindicaciones y sus posibles efectos secundarios. Si bien el conocimiento preciso de los mecanismos bioquímicos y fisiológicos que evitan una concepción pueda escapar a la mayoría de la población, es importante que las personas tengan ciertos conocimientos mínimos de las características de los métodos anticonceptivos para que puedan tomar decisiones informadas sobre el control de su fecundidad. De esta manera, esos conocimientos deberían ser considerados como parte de los derechos reproductivos de la población. En ese marco, se procura en este trabajo medir el conocimiento efectivo de la anticoncepción en Venezuela mediante los datos provistos por la Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) de 2010.

Características generales de la ENDEVE 2010

La ENDEVE 2010, incluida dentro del marco del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH), buscó recopilar información sobre la dinámica demográfica del país y, dentro de ese contexto, destacar aspectos orientados a la planificación social, además de medir: a) la composición del hogar y ciertas características de la población; b) la fecundidad, la salud sexual y reproductiva; c) la mortalidad; d) la salud y la morbilidad, y e) la violencia conyugal hacia la mujer.

Si bien las otras fuentes del subsistema, particularmente las estadísticas vitales y los censos de población, proporcionan información de las distintas dimensiones demográficas —la fecundidad reciente, la fecundidad acumulada, los hijos sobrevivientes, entre otras— y sus diferenciales según características socioeconómicas de los padres, la encuesta brinda una información muy específica, no considerada en otras fuentes, sobre:

- los niveles y patrones de fecundidad desde una perspectiva longitudinal o por generación, a partir de la información aportada por la “historia de embarazos”, la “historia matrimonial” y la “historia de vida sexual”;
- el conocimiento y el uso de anticonceptivos, además de la actitud frente a ellos;
- los factores psicológicos, culturales, sociales, económicos y demográficos que influyen en los niveles y patrones de la mortalidad, la migración y la fecundidad, así como en la salud sexual y reproductiva de la población.

La información suministrada por la encuesta derivó de la operacionalización de categorías inscritas en un determinado marco conceptual, con el propósito de lograr una visión integrada de los distintos factores que influyen sobre la dinámica demográfica. La idea fue aplicar marcos interpretativos que profundizaran la interpretación del fenómeno; tal fue el caso del enfoque de género, que aporta una visión sobre la fecundidad no solo desde el punto de vista de la mujer, sino también desde la perspectiva del comportamiento y las actitudes de la pareja.

El objetivo general de la encuesta fue proveer información actualizada, confiable y oportuna que permita determinar el comportamiento de factores sociales, económicos y demográficos en los niveles y patrones de la fecundidad en Venezuela.

El propósito inicial de la encuesta era obtener información sobre los niveles y patrones de la fecundidad, la mortalidad y la migración² en el ámbito nacional por dominios de estudio, y conocer la forma en que los factores económicos, culturales y sociales influyen en la dinámica demográfica de la población. De acuerdo con eso, se especificaron temas y variables fundamentales que orientaron la preparación de las distintas secciones del cuestionario y que permitieron idear las tabulaciones respectivas. A tales efectos, combinando propuestas y documentos referidos en la bibliografía, se consideró la siguiente clasificación:

- Temas relativos a los niveles y patrones de la fecundidad: contemplaron la medición del número y el espaciamiento de los nacimientos tenidos según estratos socioeconómicos de la población (Echarri, 2008). La información se obtuvo principalmente en las secciones del cuestionario dedicadas a la historia de embarazos y nupcialidad y de la actividad sexual.
- Temas relativos a los factores de la fecundidad: se distinguieron grupos de variables de naturaleza socioeconómica (trabajo y educación) y de movilidad espacial. La especificación de esta última, concretada mediante la urbanización, se hizo a partir de las características del lugar de residencia actual y anterior, y la migración entre ellos, respecto del lugar de nacimiento. La información sobre estas variables estaba contenida en las secciones del cuestionario dedicadas a las características generales de las mujeres en edad fértil (edad, residencia, educación, tipo de empleo), nupcialidad y actividad sexual (educación y empleo del cónyuge o esposo). En relación con la hipótesis de partida, sobre los efectos del desmejoramiento del nivel de vida en el comportamiento reproductivo, se planteó la inclusión de variables dirigidas a la clasificación de la mujer entrevistada según estratos socioeconómicos.
- Variables intermedias: son aquellas a través de las cuales los factores socioeconómicos influyen en la fecundidad, y comprenden las que afectan el inicio de la actividad sexual, el riesgo de concebir, la gestación y el éxito del parto. Entre estas variables se encuentran los períodos de separación, la edad al contraer matrimonio o realizar la primera unión sexual, el conocimiento y el uso de anticonceptivos, la fecundidad y sus dificultades.

Los objetivos específicos considerados en este proyecto atendieron a las dos últimas categorías de variables intermedias: las que afectan el riesgo de concebir y las que inciden en la gestación y el éxito del parto. Se propusieron variables relativas a los factores que influyen en la actividad sexual, y concretamente en la frecuencia de las relaciones sexuales.

² Si bien estos dos últimos temas se consideraron en los objetivos originales de la encuesta, el tamaño de la muestra no permitió producir información al respecto.

Si bien es cierto que la frecuencia de las relaciones sexuales es un factor que incide sobre la concepción, es difícil aislar su efecto en el sentido de poder afirmar que las relaciones muy frecuentes favorezcan la concepción o que el mantenimiento de relaciones normales, en parejas no contraceptivas, signifique la seguridad de ser fecundada en la próxima ovulación (Pressat, 1967). A nuestro modo de ver, este factor debe ser considerado desde una perspectiva más amplia, en el ámbito de las variables concernientes a la sexualidad, las relaciones sexuales, los hábitos sexuales y la comunicación entre la pareja.

- Variables psicosociales y culturales: son aquellas relativas a comportamientos, valores, motivaciones, expectativas, entre otras, acordes con la formas de participación y con la racionalidad reproductiva (Bolívar Chollet, 1984). En este caso existen variables como las actitudes hacia el tamaño y la limitación de la familia, el espaciamiento y el sexo de los hijos. Otros factores involucrados en la dimensión psicosocial y cultural tienen que ver con la satisfacción de aspiraciones de figuración social y con la intención de disfrutar de viajes y otras comodidades, que serían difíciles de incluir en esta encuesta. La información sobre estas variables, además de la contenida en las historias de embarazos y nupcialidad, se localizó en las secciones de anticoncepción y preferencias reproductivas.

El cuestionario de mujeres en edad fértil estaba dirigido a mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años previamente seleccionadas. A partir de este instrumento se recabó toda la información referente a la fecundidad, la lactancia materna, la nupcialidad, la actividad sexual, las enfermedades de transmisión sexual y la violencia conyugal. El cuestionario se estructuró en función de 12 secciones temáticas:

- Sección I: Características de las mujeres en edad fértil.
- Sección II: Fecundidad.
- Sección III: Historia de embarazos.
- Sección IV: Preferencias reproductivas.
- Sección V: Anticoncepción.
- Sección VI: Embarazo, parto y puerperio.
- Sección VII: Lactancia materna.
- Sección VIII: Inmunización y salud.
- Sección IX: Nupcialidad y actividad sexual.
- Sección X: VIH-Sida y otras infecciones de transmisión sexual.
- Sección XI: Cáncer mamario y del cuello uterino.
- Sección XII: Violencia conyugal hacia la mujer.

La unidad de investigación considerada fue el hogar, el que contiene a las personas que se analizan. Las unidades de análisis, sobre las cuales se recabó la información requerida por el estudio, fueron las personas, los hogares y las viviendas. La unidad de observación, en tanto, fue el informante, definido como cualquier miembro del hogar mayor de 15 años que tuviera la capacidad de suministrar información relativa a las personas que habitaran en él.

El marco muestral utilizado para la ENDEVE estuvo constituido por la Muestra Maestra 2001 del Instituto Nacional de Estadística (INE), construida a partir del registro de edificación (para la zona urbana) y las carpetas parroquiales rurales (para la zona rural), información generada a raíz de la planificación del XIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 de Venezuela.

El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico, una modalidad que exige que todos los elementos del universo estadístico tengan una probabilidad conocida y no nula de ser seleccionados. La clase de muestreo fue estratificado trifásico. Los estratos de selección estaban dados por el área urbana/rural dentro de cada entidad federal. La primera fase consistió en la selección de lotes para la Muestra Maestra 2001 con independencia del área urbana/rural dentro de cada entidad federal. En la segunda fase se seleccionaron lotes del área urbana de la Muestra Maestra 2001 para la muestra de la ENDEVE, con una probabilidad proporcional al número de viviendas de uso familiar ocupadas en los segmentos/sectores registrados en el censo de 2001, empleando para ello un mecanismo de selección sistemático, ordenando los lotes por municipio, parroquia, segmento y lote. En la tercera fase se seleccionaron mujeres en edad fértil dentro del hogar de acuerdo a la fecha de nacimiento. Para garantizar la aleatoriedad se escogió a la última mujer en edad fértil en cumplir años.

Inicialmente se estimó un tamaño de muestra cercano a los 40.000 hogares, que permitiese estimaciones a nivel de entidad, pero por restricciones económicas debió reducirse. La segunda propuesta fue diseñada para 23.400 viviendas repartidas en tres dominios de estudio, pero el presupuesto previsto por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) tampoco resultó suficiente para abarcar tal cantidad de viviendas. Con los recursos que dispuso el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) solo se alcanzó a levantar una muestra aproximada de 10.440 viviendas.

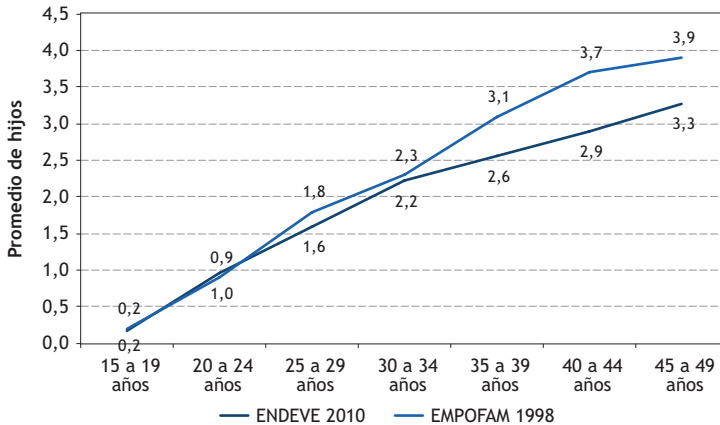
Es importante señalar que la disminución del tamaño de la muestra restringió las estimaciones a nivel de los dominios o unidades administrativas menores. La muestra de la ENDEVE es muy pequeña para proveer resultados a nivel de entidad, razón por la cual los tabulados y los indicadores que se han calculado se presentan únicamente en valores relativos. En total lograron relevarse 6.337 hogares, que reúnen a 28.471 personas y 3.823 mujeres en edad fértil.

Evolución reciente de la fecundidad en Venezuela

El análisis de los datos surgidos de la ENDEVE 2010 respecto de la paridez alcanzada en cada grupo de edad muestra que se han producido importantes reducciones al comparar con los resultados de la Encuesta Nacional de Población y Familia (EMPOFAM) de 1998 (véase el gráfico 2). Los cambios más importantes se observan después de los 30 años de edad: el número promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de entre 35 y 39 años pasó de 3,1 en 1998 a 2,6 en 2010, mientras que para el grupo de 40 a 44 años la paridez se redujo de 3,7 a 2,9, es decir, disminuciones de 16,3% y 21,2%, respectivamente. La menor magnitud de las diferencias en las edades más

jóvenes es un indicador de que las mujeres venezolanas están teniendo sus hijos a edades relativamente jóvenes y recurriendo al control de la fecundidad después.

Gráfico 2
Venezuela, 1998 y 2010: número promedio de hijos nacidos vivos, según grupos quinquenales de edad de las mujeres



Fuente: Freitez (2001) para la EMPOFAM 1998 e Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.

Nota: Elaboración del autor.

Al calcular las tasas específicas de fecundidad —el número de nacimientos en un año por cada mil mujeres de cada grupo de edad— se observa una tendencia al aumento de la fecundidad adolescente, que se registró ya a partir de los datos de la Encuesta Social (ENSO) de 1993 (véanse el cuadro 1 y el gráfico 3). En cambio, la tasa del grupo de 20 a 24 años se incrementó entre 1993 y 1998 y luego se redujo en un 15% en 2010. En los dos siguientes grupos de edad los descensos entre la EMPOFAM y la ENDEVE fueron aún mayores, de poco más del 20%.

Considerando la experiencia de las mujeres de todos los grupos de edad se obtiene la tasa global de fecundidad (TGF), es decir, el número de hijos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva de acuerdo con estos patrones de fecundidad. Respecto de este indicador, el cuadro 1 muestra que después de un ligero aumento entre 1993 y 1998, la tasa global de fecundidad en Venezuela se redujo de 2,73 a 2,3 hijos por mujer. Cabe señalar que las tasas específicas de fecundidad de la ENDEVE corresponden a las medias móviles trienales, por lo que el período de referencia sería el año 2009.

Cuadro 1
Venezuela, 1993, 1998 y 2010: tasas específicas de fecundidad* por grupos quinquenales de edad y tasa global de fecundidad

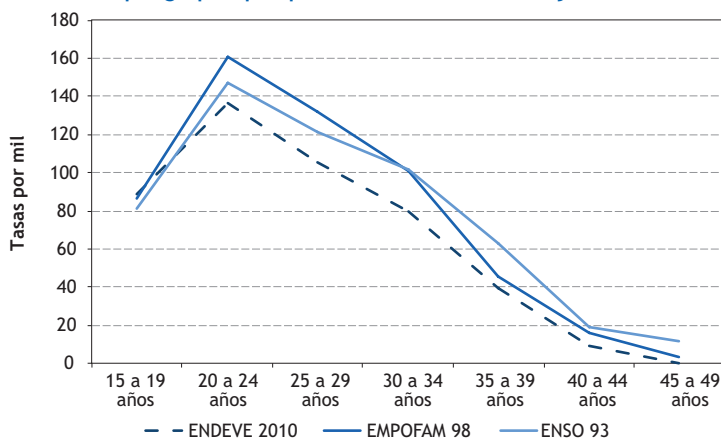
	ENDEVE 2010	EMPOFAM 1998	ENSO 1993
15 a 19 años	89,0	86,5	81,3
20 a 24 años	136,6	161,0	146,8
25 a 29 años	105,3	132,0	121,4
30 a 34 años	79,4	100,8	101,9
35 a 39 años	39,9	45,5	62,8
40 a 44 años	9,4	16,0	18,8
45 a 49 años	0,0	3,4	11,7
TGF	2,30	2,73	2,72

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010 y Freitez (2001) para la EMPOFAM 1998 y la ENSO 1993.

* Nacimientos anuales por cada 1.000 mujeres.

Nota: Elaboración del autor.

Gráfico 3
Venezuela, 1993, 1998 y 2010: tasas específicas de fecundidad* por grupos quinquenales de edad de las mujeres



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010 y Freitez (2001) para la EMPOFAM 1998 y la ENSO 1993.

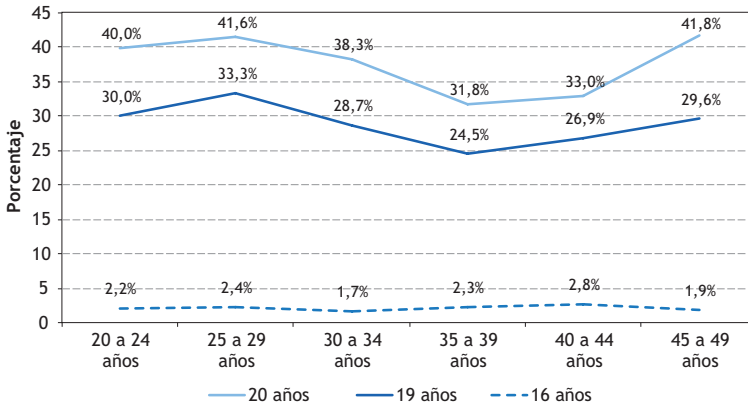
* Nacimientos anuales por cada 1.000 mujeres.

Nota: Elaboración del autor.

Otro elemento que es importante analizar para conocer el contexto general de la fecundidad en Venezuela es el inicio temprano de la maternidad. El gráfico 4 muestra los porcentajes de mujeres que tuvieron su primer hijo antes de tres edades: a los 20 años, lo que correspondería a la fecundidad adolescente; a los 19 años, considerada maternidad en menores de edad, y a los 16 años, es decir, una fecundidad muy temprana, que puede incluso poner en riesgo la vida de estas niñas, además de la posibilidad de que, al igual que en el caso de la segunda categoría, sea el resultado

de relaciones sexuales forzadas o que se dieron en contextos de coerción. Llama la atención que cerca de tres de cada 10 mujeres venezolanas tuvieron su primer hijo antes de los 19 años, y la tendencia por grupos de edad tiene un paralelismo con aquella de la fecundidad adolescente. Por otra parte, la fecundidad muy temprana es poco frecuente, pero afecta a alrededor de una de cada 50 venezolanas.

Gráfico 4
Venezuela, 2010: porcentaje de mujeres que han sido madres antes de los 16, los 19 y los 20 años de edad



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Anticoncepción

El conocimiento de métodos anticonceptivos es casi universal en Venezuela, con niveles de alrededor del 95% para la mayoría de ellos, aunque con la excepción de la esterilización femenina, que solo es mencionada por cuatro de cada 10 mujeres.

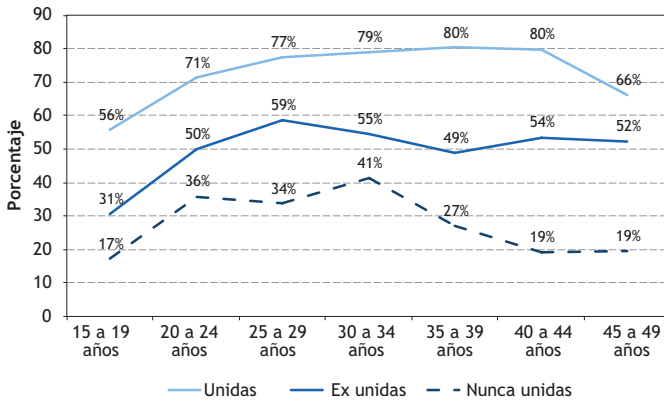
La prevalencia del uso de anticonceptivos es bastante alta: según los datos de la ENDEVE llega a cuatro de cada cinco mujeres unidas de entre 30 y 45 años de edad y a tres de cada cuatro si se considera al conjunto de mujeres en edad fértil unidas. La mayor parte del uso corresponde a métodos modernos, como se verá más adelante. Además, el control de la propia fecundidad es también bastante elevado entre las mujeres que antes estuvieron unidas pero ya no lo están, alcanza a poco más de la mitad en ese caso, e incluso entre las solteras, pues una de cada cuatro están protegidas contra un embarazo no planeado –cuatro de cada 10 en el grupo de 30 a 34 años (véase el gráfico 5).

La distribución de los métodos anticonceptivos actualmente usados cambia con la edad de las mujeres: hay una clara predilección por las píldoras entre las más jóvenes –aunque llama la atención el uso del condón entre las menores de 20 años–, pero a partir de los 30 años la esterilización es el método más usado, hasta llegar a tres de

cada cuatro en el último grupo de edad (véase el gráfico 6). Estos altos porcentajes también se explican por el carácter acumulativo de este método definitivo. Cabe resaltar que mientras el 40% de las mujeres venezolanas en edad fértil están esterilizadas, solo el 3,7% de sus parejas recurrieron a la vasectomía, una razón de más de 10 a uno que muestra la mucho menor participación del varón en la anticoncepción.

Gráfico 5

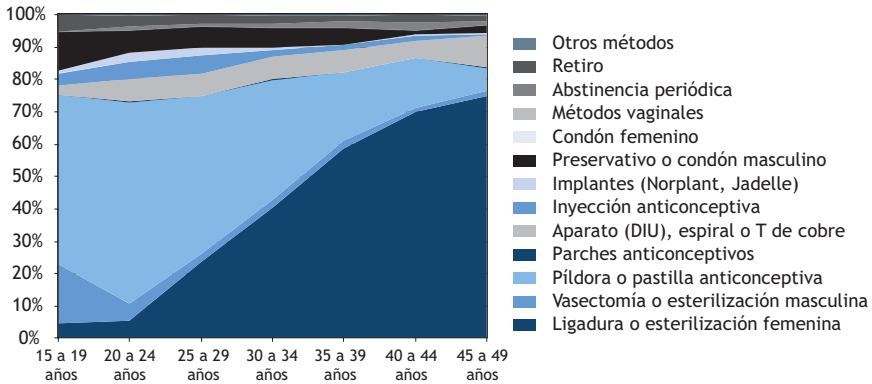
Venezuela, 2010: porcentaje de mujeres en edad fértil que usan actualmente métodos anticonceptivos, por grupos quinquenales de edad, según situación conyugal



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Gráfico 6

Venezuela, 2010: distribución porcentual de mujeres en edad fértil que usan actualmente métodos anticonceptivos, según método utilizado, por grupos quinquenales de edad



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Una de cada cuatro mujeres utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, y aunque esta proporción ha ido aumentando en las generaciones más jóve-

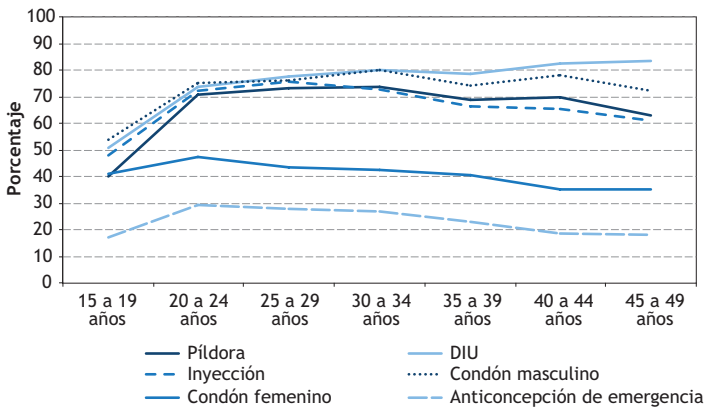
nes, llama la atención la reducción que se observa en las menores de 20 años. Sin embargo, poco más de la mitad de las más jóvenes que están en una mejor situación económica utilizó un método en la primera relación sexual. El método más usado en esa ocasión fue la píldora, con casi 55%; en las mujeres más jóvenes, el 34% ha recurrido al condón como forma de protección.

Conocimiento efectivo de la anticoncepción

El conocimiento de métodos anticonceptivos en Venezuela es casi universal, como ya se dijo, con niveles de alrededor del 95% para la mayoría de los métodos, aunque con la excepción de la esterilización femenina, que solo es mencionada por cuatro de cada 10 mujeres. La ENDEVE incluyó preguntas novedosas para acercarse al conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos. A partir de esa información, el gráfico 7 muestra los porcentajes de mujeres en edad fértil que conocen el uso correcto de distintos métodos anticonceptivos, por grupos quinquenales de edad. Este conocimiento parece darse antes de los 20 años en alrededor de tres cuartas partes de las mujeres, aunque hay métodos menos conocidos, como el condón femenino, con un nivel del 41%, y la anticoncepción de emergencia, que la sabe usar menos de una de cada cuatro venezolanas y solo el 17% de las menores de 20 años.

Gráfico 7

Venezuela, 2010: porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen el uso correcto de distintos métodos anticonceptivos, por grupos quinquenales de edad



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Al comparar el conocimiento estándar de cada método con el efectivo se encuentra que el 34,7% de las venezolanas que dicen conocer las píldoras, ya sea de manera espontánea o inducida, en realidad las desconocen de manera efectiva. Lo mismo ocurre con una cuarta parte de las que conocen el DIU, una tercera parte en el caso de los inyectables, el 27% de las que conocen los condones masculinos y el 55% de los femeninos, pero este porcentaje llega al 51% en relación al ciclo menstrual –cuyo

método asociado es el ritmo— y al 72% para la anticoncepción oral de emergencia (véase el gráfico 8). Se observa entonces una clara divergencia entre lo que parecería una situación ideal, de conocimiento casi universal de los métodos anticonceptivos, y otra más apegada a la realidad, en la que el conocimiento efectivo es más reducido, no alcanza a la mitad para el condón femenino y el ritmo, y es bajo para la anticoncepción de emergencia. Llama la atención la escasa diferencia entre los niveles de conocimiento efectivo de los anticonceptivos entre el total de las mujeres y aquellas que declaran conocer los métodos.

Cuadro 2

Venezuela, 2010: porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen el uso correcto de distintos anticonceptivos, según cuartiles de ingresos totales per cápita en el hogar

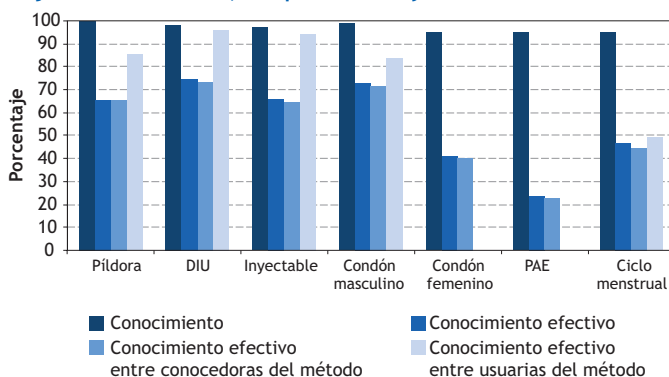
(En porcentajes)

Cuartiles de ingresos totales per cápita	Píldora	DIU	Inyectables	Condón masculino	Condón femenino	Anticoncepción de emergencia
Total	65,1	74,0	65,8	72,1	41,3	23,4
Q1	60,8	66,0	58,9	65,0	34,1	18,7
Q2	65,4	74,1	65,1	72,7	42,0	23,1
Q3	65,0	76,0	68,1	72,8	42,6	23,9
Q4	69,1	79,1	70,9	77,8	48,3	28,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Gráfico 8

Venezuela, 2010: porcentaje de conocimiento efectivo de distintos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil, las que conocen y las usuarias de cada método



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Para explicar los factores que influyen en el conocimiento efectivo de cada método se ajustaron siete modelos de regresión logística, introduciendo como variables independientes dos correspondientes al hogar, para controlar los efectos de la estratificación socioeconómica (la escolaridad relativa de los miembros del hogar y los cuartiles de ingresos totales per cápita), y 12 variables en el ámbito individual: la

edad en grupos quinquenales, suponiendo que a mayor edad, mayor es la exposición tanto a la práctica médica como a campañas de información; el nivel de escolaridad, con la hipótesis que estar más incluidos en la currícula escolar abre las puertas para expandir la cultura general y otorga herramientas para la búsqueda de información; la autopercepción como indígena, negra, afrodescendiente y morena y el origen rural, para capturar posibles fuentes de discriminación en los servicios de salud y en la calidad de la atención brindada; la situación conyugal, la actividad sexual, la paridez y la maternidad adolescente, suponiendo que la experiencia tanto sexual como conyugal y reproductiva pueden aumentar la disposición de las mujeres a buscar información sobre las formas de controlar su fertilidad, y finalmente la condición de actividad, bajo el supuesto que las mujeres económicamente activas tienen más posibilidades de estar expuestas a información sobre la reproducción en general y la anticoncepción en particular.

En el cuadro 3 se resumen los resultados de la aplicación de los modelos a la ENDEVE 2010, mientras que las medidas de ajuste se presentan en el cuadro 4. Se destaca que los únicos factores que resultaron ser estadísticamente significativos para el conocimiento de todos los métodos fueron el nivel de escolaridad y la condición de actividad sexual. La edad solo tuvo importancia en el caso de la píldora, el DIU y los inyectables, y el conocimiento efectivo de los métodos tuvo un comportamiento heterogéneo: en el caso de la píldora creció hasta el grupo de 30 a 34 años y luego se redujo; en el del DIU, entre las mujeres de más de 40 años este conocimiento triplicó a la categoría de referencia (de 15 a 19 años); para los inyectables solo fue significativo para las mujeres jóvenes y presentó una tendencia creciente respecto de las adolescentes. El conocimiento del condón solo fue significativo para el grupo de 30 a 34 años (en el que casi duplicó a las de 15 a 19 años) y en el de 40 a 44 años, en el que fue 1,6 veces mayor, aunque no resultó significativo como variable para el condón femenino, quizás por su bajo nivel de conocimiento; parece que el uso correcto de este método solo es importante entre las mujeres más jóvenes. Finalmente, el conocimiento efectivo del ciclo menstrual solo fue importante para las mujeres de 20 a 24 años y las de 40 a 44 años respecto de las más jóvenes.

Como mencionábamos antes, el nivel de escolaridad es una variable muy consistente para explicar el conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos considerados; también es la que presenta coeficientes con las mayores magnitudes. Sin embargo, la relación no es lineal, y el máximo impacto se alcanza en el nivel técnico superior en relación con las mujeres que no asistieron a la escuela.

Como se esperaba, la autoadscripción étnica³ muestra ser un elemento de discriminación: aquellas venezolanas que se reconocen como “indígenas” tienen un menor conocimiento efectivo de la píldora, el DIU, los inyectables y el condón masculino. Si se declaran como “negras” es menos frecuente que conozcan el uso correcto del DIU, el condón masculino, la anticoncepción oral de emergencia y el ritmo. Sorpresiva-

³ Cabe señalar que se trata de categorías independientes, es decir, que no se excluyen mutuamente.

mente, se encontró un mayor conocimiento efectivo asociado al autorreconocimiento como “afrodescendientes” para el DIU y la anticoncepción oral de emergencia. Respecto de este último método, se halló un menor conocimiento efectivo entre las mujeres que se declaran como “morenas”.

Solamente para el caso de los condones, tanto masculinos como femeninos, las mujeres que antes estuvieron unidas pero ya no lo estaban al momento de la encuesta registraron un mayor conocimiento efectivo en comparación con las actualmente unidas. Aquellas que son sexualmente activas y las que han tenido relaciones sexuales tienen un mejor conocimiento efectivo de todos los métodos, y los momios rebasan las tres unidades para la píldora, los inyectables, el condón masculino y la anticoncepción de emergencia. Las mujeres que se dedican a las labores domésticas tienen menores razones de probabilidades⁴ de conocer el uso correcto del DIU y la anticoncepción de emergencia en comparación con las que tienen un trabajo remunerado.

El hecho de vivir en un hogar en el que la escolaridad promedio de los miembros, en relación con el promedio nacional, sea media o alta, aumenta las razones de probabilidad de conocer correctamente el DIU y los condones, tanto masculinos como femeninos; en el caso de la anticoncepción de emergencia, solo la categoría media aumenta 32% los momios, en tanto que la alta está asociada a momios 26% mayores para el conocimiento adecuado de los inyectables y 24% del ritmo, siempre respecto de la categoría de baja escolaridad relativa del hogar. En la misma línea, las mujeres pertenecientes al segundo cuartil de ingresos totales per cápita en el hogar tienen razones de probabilidad alrededor de 28% mayores que las del primer cuartil de conocer el uso correcto del DIU y el condón masculino, y las del tercer cuartil tienen casi 29% de conocimiento efectivo de los inyectables.

Finalmente, y al contrario de lo que se esperaba, la paridez no tiene un efecto importante, salvo en aquellas mujeres que tienen tres hijos —respecto de las nulíparas—, y solo en el caso del conocimiento efectivo de la anticoncepción de emergencia, el que se reduce en un 37%. El hecho de haber tenido un hijo durante la adolescencia disminuye las razones de probabilidad de tener un conocimiento efectivo de la píldora y el DIU en alrededor del 27%. Esto quiere decir que el contacto con los servicios de salud que implica el proceso de embarazo y parto no está siendo acompañado de una educación en temas de salud reproductiva, y en particular sobre métodos anti-conceptivos.

⁴ El término técnicamente correcto es el de “momios”, que denota la proporción de veces que un suceso ocurra —en este caso, el conocimiento correcto de un método— frente a que no ocurra.

Cuadro 3

Venezuela, 2010: coeficientes de modelos de regresión logística de los factores asociados al conocimiento efectivo de distintos métodos anticonceptivos

	Píldora		DIU		Inyectable		Condón masculino		Condón femenino		PAE		Ciclo	
	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.
Grupos de edad (15-19)		,002		,000		,000		,082		,189		,125		,133
20 a 24 años	1,6653	,002	1,3160	,110	1,3542	,072	1,3188	,113	,8190	,211	1,2009	,316	1,4658	,017
25 a 29 años	1,7311	,003	1,6148	,015	1,5850	,015	1,2693	,220	,6866	,033	1,3017	,186	1,3062	,129
30 a 34 años	1,8161	,003	2,1166	,001	1,2790	,223	1,9299	,003	,6946	,055	1,3757	,136	1,3093	,154
35 a 39 años	1,4683	,059	1,9038	,004	,9828	,933	1,3781	,140	,7225	,099	1,2322	,355	1,3408	,134
40 a 44 años	1,7969	,007	2,9275	,000	,9013	,631	1,6067	,042	,5644	,006	,8618	,545	1,6792	,012
45 a 49 años	1,1570	,497	2,9484	,000	,7155	,122	1,3323	,213	,6215	,026	,9820	,942	1,2473	,292
Nivel de escolaridad (sin nivel)		,000		,000		,000		,000		,000		,000		,000
Preescolar	1,6194	,591	4,0374	,222	4,2419	,199	,3571	,220	1,5309	,652	1,2549	,849	1,9154	,438
Básica	,9967	,991	1,9594	,023	,9511	,860	1,3798	,266	2,4076	,035	1,4815	,417	1,6834	,098
Media diversificada y profesional	1,3581	,304	2,9953	,000	1,7854	,046	2,1903	,008	4,0801	,001	3,0068	,023	2,4880	,004
Técnico superior	2,2488	,016	4,7240	,000	2,4270	,007	4,1233	,000	6,1260	,000	3,2249	,020	3,4947	,000
Universitario	1,7119	,088	4,4363	,000	2,4248	,004	3,0663	,000	5,9544	,000	3,8321	,006	3,4733	,000
Indígena	,5607	,000	,6150	,005	,7197	,036	,6814	,020	1,0268	,859	,8576	,374	,7554	,060
Negra	,6343	,010	,6187	,014	,7586	,124	,6588	,026	1,2510	,203	,5022	,003	,6607	,020
Afrodescendiente	,8146	,265	1,4882	,098	,9946	,977	1,3643	,155	1,2350	,232	1,4962	,038	1,1265	,499
Morena	1,0412	,642	,8821	,204	,8841	,161	,8885	,209	,9937	,938	,8550	,091	,9735	,740
Situación conyugal (unidas)		,639		,619		,688		,081		,048		,689		,031
Ex unidas	,8913	,412	,8783	,426	1,1219	,422	1,3864	,041	1,3680	,019	1,1313	,403	1,2341	,106
Nunca unidas	,8899	,482	,8655	,431	,9888	,947	,9508	,782	,9982	,991	1,0805	,641	,7932	,132
Origen rural	,8913	,291	,8644	,223	1,0140	,899	,7764	,026	,8593	,153	,9555	,712	,7761	,015
Actividad sexual (vírgenes)		,000		,005		,000		,000		,000		,000		,001
Ha tenido relaciones	3,3537	,000	1,6082	,013	2,7478	,000	3,0199	,000	1,7919	,001	3,4634	,000	1,7524	,002
Activas sexualmente	3,6411	,000	1,8722	,001	3,1584	,000	3,7329	,000	2,1470	,000	3,5627	,000	1,9205	,000
Escolaridad relativa del hogar (baja)		,637		,000		,142		,022		,000		,027		,009
Media	1,0086	,933	1,3618	,005	1,1470	,176	1,2935	,016	1,5419	,000	1,3189	,018	,9125	,344
Alta	1,1064	,399	1,8311	,000	1,2610	,053	1,3578	,017	1,5668	,000	1,0545	,685	1,2343	,056

Continúa

Conclusión

	Píldora		DIU		Inyectable		Condón masculino		Condón femenino		PAE		Ciclo		
	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	
Cuartiles de ingresos totales per cápita (Q1)		,922		,239		,225		,222		,202		,327		,321	
Q2	1,0503	,679	1,2776	,055	1,1363	,273	1,2872	,042	1,2557	,046	1,2262	,128	1,0998	,393	
Q3	,9866	,911	1,2140	,144	1,2860	,038	1,0982	,461	1,2228	,084	1,0874	,538	1,1349	,265	
Q4	1,0536	,702	1,1051	,509	1,1851	,210	1,1744	,268	1,2246	,113	1,2466	,133	,9426	,641	
Paridez (sin hijos)		,146		,477		,457		,074		,223		,009		,114	
1 hijo	1,0702	,681	1,1069	,583	1,2751	,156	,9862	,940	,9459	,717	1,0008	,996	,9517	,746	
2 hijos	1,2949	,156	1,2604	,263	1,3621	,096	,9888	,956	,9497	,760	,8819	,491	1,0441	,796	
3 hijos	1,0640	,761	1,2414	,360	1,2332	,310	1,1233	,611	,9839	,933	,6270	,030	1,0865	,661	
4 hijos y más	,9012	,637	,9747	,920	1,1854	,447	,7001	,140	,6983	,094	,5445	,013	,7540	,175	
Condición de actividad (trabaja)		,548		,045		,662		,512		,103		,157		,263	
Estudia	1,0034	,983	,7567	,104	,9862	,933	1,0715	,689	1,1493	,345	1,1470	,396	1,0564	,712	
Quehaceres domésticos	,9114	,376	,7481	,018	,9055	,347	,8704	,221	,9254	,436	,8182	,079	,8723	,159	
Otra situación	1,1382	,422	,6709	,021	,8542	,315	,9312	,674	,7561	,067	,9341	,692	1,1216	,437	
Maternidad adolescente		,7303		,004		,9156	,426	,8299	,121	1,0297	,777	1,0428	,723	1,0666	,522
Constante		,4200		,030		,4865	,085	,3770	,014	,3675	,014	,0946	,000	,0376	,000

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Cuadro 4

Venezuela, 2010: medidas de ajuste de los modelos de regresión logística de los factores asociados al conocimiento efectivo de distintos métodos anticonceptivos

	Píldora	DIU	Inyectable	Condón masculino	Condón femenino	PAE	Ciclo
Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
-2 log de la verosimilitud	3433,779	2852,4	3416,326	3078,399	3757,176	3059,581	3837,454
R cuadrado de Cox y Snell	0,116	0,117	0,105	0,108	0,085	0,083	0,075
R cuadrado de Nagelkerke	0,161	0,176	0,146	0,157	0,114	0,122	0,1
Sig. Prueba de Hosmer y Lemeshow	0,287	0,912	0,964	0,485	0,163	0,199	0,829
Porcentaje correctamente pronosticado	71,1	77,8	69,6	75,5	62,3	75,1	61,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Conclusiones

Nuestros análisis han mostrado la importancia de tomar en cuenta el conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos, más que su sola mención, su reconocimiento ante la mención del nombre o de la descripción. Resulta sumamente preocupante que una de cada siete usuarias de la píldora, una de cada 20 de quienes han optado por el DIU o los inyectables, una de cada seis de las usuarias de condón y más de la mitad de las que recurren a la abstinencia periódica desconozcan su uso correcto, lo que las expone al riesgo de un embarazo no planeado o no deseado y que incluso puede llevarlas a practicarse un aborto inseguro, ante su condición de ilegalidad.

Resulta fundamental considerar el conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos como parte de los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, adquiere particular importancia el cumplimiento cabal de la Declaración Ministerial “Prevenir con educación”, firmada por representantes de distintos países de América Latina y el Caribe, incluida la República Bolivariana de Venezuela, el 1 de agosto de 2008 en la Ciudad de México. En ella, los Ministros de Salud y de Educación de la región se comprometieron a “actualizar... los contenidos y metodologías del currículo educativo que sea competencia de los Ministerios de Educación, para la inclusión de temas de educación integral en sexualidad”, a “revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente” y “asegurar que los servicios de salud para jóvenes sean amigables y se presten con pleno respeto a la dignidad humana... considerando la diversidad de orientaciones e identidades sexuales”⁵.

Las metas planteadas en la Declaración fueron:

- “4.1 Para el año 2015, se habrá reducido en un 75% la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la educación integral en sexualidad, para los centros educativos bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación”.
- “4.2 Para el año 2015, se reducirá en un 50% la brecha en adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva”.

En la evaluación del cumplimiento de estas metas hasta 2012, elaborada por la International Planned Parenthood Federation (IPPF) y Demisex⁶, se estima un avance de tan solo 34% en Venezuela, sin que haya por parte de los poderes ejecutivo y legislativo alguna propuesta de ley o plan nacional para la revisión y adecuación del marco legal para armonizarlo con la Declaración, ni partidas presupuestales para su implementación. Tampoco existe un convenio de colaboración intersectorial entre el Ministerio de Educación y el de Salud para cumplir con los compromisos asumidos en

⁵ Disposiciones 3.4, 3.5 y 3.7 de la Declaración Ministerial de la Ciudad de México “Prevenir con educación”, en <<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>>, acceso 14 de febrero de 2015.

⁶ En <<http://www.coalicionmesoamericana.org/node/91>>, acceso 14 de febrero de 2015.

esa Declaración, o una estrategia oficial de alto nivel para implementarla, además de que falta presupuesto específico para su ejecución y no se ha llevado a cabo ninguna campaña actualizada de educación sexual en los medios de comunicación. Si bien se reporta que en el Ministerio de Salud existe una adecuada “Orientación sobre decisiones reproductivas y métodos anticonceptivos”, el escaso avance en el Ministerio de Educación resulta un tema urgente ante los resultados de nuestro análisis, que demuestran la incidencia decisiva del nivel de escolaridad en el conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos.

Referencias

- Bolívar Chollet, Miguel (1984), *Capitalismo y población*, Caracas: FACES-UCV.
- Bongaarts, John (1978), “A framework for Analyzing the proximate Determinants of Fertility”, *Population and Development Review*, vol. 4, N° 105-132.
- _____ (1982), “The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables”, *Studies in Family Planning*, vol. 3, N° 6/7, junio/julio.
- CELADE-CEPAL (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004), *Boletín Demográfico N° 73. América Latina y Caribe: estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*, Santiago: CEPAL.
- _____ (2008), *Observatorio demográfico N° 5. Fecundidad*, Santiago: CEPAL.
- Echarri Cánovas, Carlos Javier (2008), “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, en Lerner, S. y Szasz, I., *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, D.F.: El Colegio de México, vol. 1, pp. 59-113.
- Freitez, Anitza (2001), *Venezuela, Encuesta Nacional de Población y Familia 1998*, Caracas: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Pressat, Roland (1967), *El análisis demográfico: métodos, resultados y aplicaciones*, México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.