

El conocimiento efectivo de la anticoncepción en Venezuela

Carlos Javier Echarri Cánovas¹

El Colegio de México

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 explícita. El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE estima una reducción de 60.5% entre 1950-1955, cuando el nivel de la fecundidad era Alto, a 2005-2010, cuando lo califica de Intermedio.² Esta evolución también tiene un rasgo común con sus vecinos: el menor ritmo de reducción en la tasa de fecundidad adolescente, como lo muestra la figura 1. Del conjunto de variables intermedias de la fecundidad,³ la que tiene mayor impacto es el uso de anticonceptivos, además de ser la más factible de intervención por las políticas públicas. En este sentido, Venezuela presenta una nupcialidad temprana y casi universal: una de cada cinco mujeres entre 15 y 19 años de edad ya ha entrado en unión y sólo una de cada diez 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 de 18.6% en el grupo 15-19 a 62% en el 20-24.

Usualmente se toma el conocimiento de métodos anticonceptivos como un prerequisite para su utilización, si bien puede no ser cierto en casos de violación a los derechos sexuales reproductivos como esterilizaciones o colocación de DIU sin autorización expresa. Sin embargo, la forma de medir el conocimiento de métodos anticonceptivos puede reflejar más el haber oído hablar de ellos, que la comprensión de su forma de funcionamiento, efectividad, contraindicaciones y posibles efectos secundarios. Si bien el conocimiento preciso de los mecanismos bioquímicos y fisiológicos que evita una concepción pueda escapar a la mayoría de la población, consideramos 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

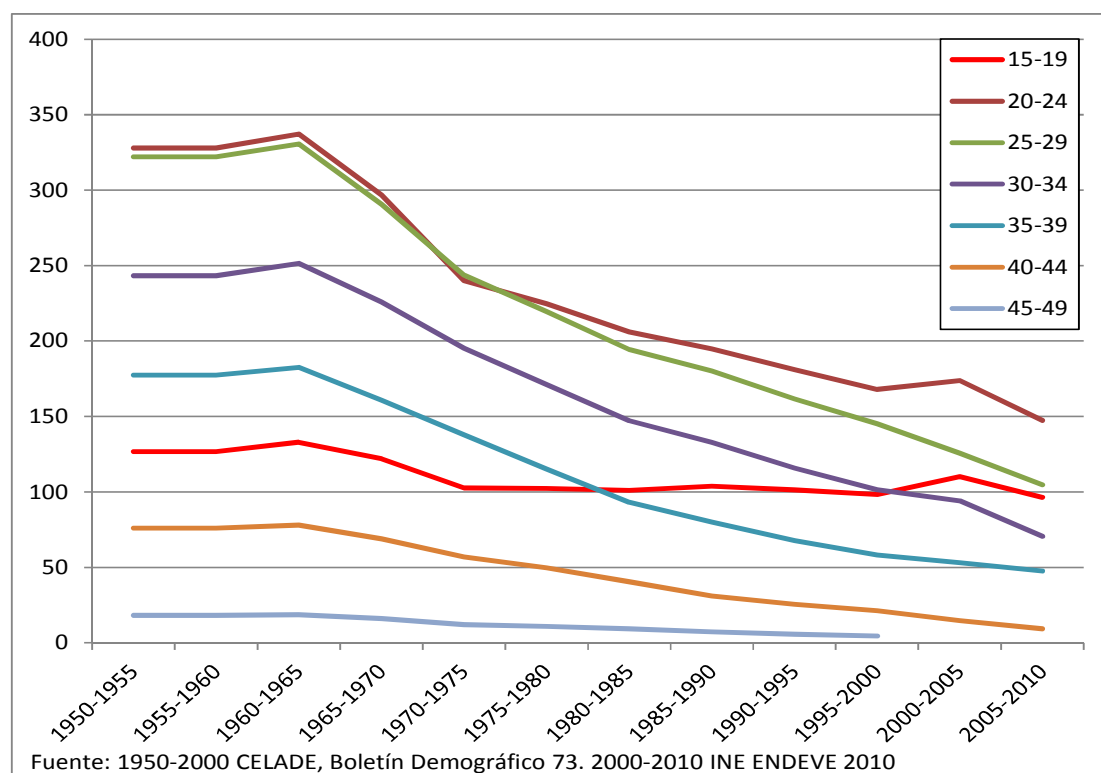
¹ Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Lima-Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014

² CEPAL • América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico N° 5

³ Nupcialidad, uso de anticonceptivos, infecundidad post parto, y aborto inducido, según la formulación de Bongaarts [Bongaarts, J. (1978), "A framework for Analyzing the proximate Determinants of Fertility", *Population and Development Review*, vol. 4, N° 105-132 y (1982), "The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables", *Studies in Family Planning*, vol. 3, N° 6/7, junio/julio.]

estos conocimientos deberían ser considerados como parte de los derechos reproductivos de la población. En este trabajo queremos medir el conocimiento efectivo de la anticoncepción en Venezuela, mediante la Encuesta Demográfica de Venezuela ENDEVE 2010.

Gráfica 1 Venezuela 1950-2010: Evolución de las tasas específicas de fecundidad



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:

- Composición del hogar y características de la población.
- Fecundidad, salud sexual y reproductiva.
- Mortalidad.
- Salud y morbilidad.
- Violencia conyugal hacia la mujer.

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

- Información de los niveles y patrones de fecundidad, desde una perspectiva longitudinal o por generación, a partir de la información aportada por la "Historia de Embarazos", "Historia Matrimonial" y la "Historia de Vida Sexual".
- Información sobre el conocimiento, actitud y uso de anticonceptivos.
- Información sobre factores psicológicos, culturales, sociales, económicos y demográficos que influyen en los niveles y patrones de la mortalidad, de la migración y de la fecundidad, así como en la salud sexual y reproductiva de la población.
- Asimismo, la información suministrada por la encuesta derivó de la operacionalización de categorías inscritas en un determinado marco conceptual, de manera de lograr una visión integrada de los distintos factores que influyen sobre la dinámica demográfica. La idea fue aplicar enfoques que profundizaran la interpretación del fenómeno; tal es el caso del enfoque de género, que aporta una visión de la fecundidad, no sólo desde el punto de vista de la mujer, sino también desde la perspectiva del comportamiento y las actitudes de la pareja.

Objetivos de la Encuesta

Objetivo General

Proveer información actualizada confiable y oportuna que permita determinar el comportamiento de factores sociales, económicos y demográficos en los niveles y patrones de Fecundidad en Venezuela

El propósito inicial de la Encuesta era obtener información sobre los niveles y patrones de la fecundidad, mortalidad y migración⁴ en el ámbito nacional, por dominios de estudio y conocer cómo los factores económicos, culturales y sociales en general, influyen

⁴ Si bien estos dos temas se consideraron en los objetivos originales de la encuesta, los tamaños de muestra no permitieron arrojar información al respecto.

en la dinámica demográfica poblacional. 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

Contemplan la medición del número y espaciamiento de nacimientos tenidos según estratos de la población. La información se obtiene principalmente en la secciones del cuestionario: historia de embarazos y nupcialidad y actividad sexual.

Temas relativos a los factores de la fecundidad

Distingue los siguientes grupos de variables: de naturaleza socioeconómica (trabajo y educación) y de movilización espacial. La especificación de esta última, concretada en la urbanización, se hace a partir de las características del lugar de residencia, actual y anterior, y la migración entre ellos, respecto al lugar de nacimiento. La información sobre estas variables está contenida en las secciones del cuestionario: 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 plantea 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 a la actividad sexual; el riesgo a concebir, la gestación y el éxito del parto. Entre estas variables tenemos los periodos de separación, la edad al contraer matrimonio o realizar la primera unión sexual, el conocimiento y uso de anticonceptivos, la fecundidad y sus dificultades.

Los objetivos específicos considerados en este proyecto atienden a las dos últimas categorías de variables intermedias: las que afectan el riesgo a concebir y las que afectan la gestación y el éxito del parto. Se proponen en este documento variables relativas a factores

que influyen en la actividad sexual, y concretamente, en la frecuencia de las relaciones sexuales.

Si bien es cierto que la frecuencia de relaciones sexuales es un factor de 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, pág. 235). 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 aquéllas, acordes con la formas de participación y con la racionalidad reproductiva, relativas a comportamientos, valores, motivaciones, expectativas, etc. (Bolívar Chollet, 1984, pág. 129). Aquí tenemos 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 lo psicosocial y/o cultural tienen que ver con la satisfacción de aspiraciones de figuración social y con la intención de disfrutar de viajes y otras comodidades, las cuales serían difíciles de incluir en esta encuesta.

La información sobre estas variables, aparte de la contenida en historias de embarazo y nupcialidad, se localiza en las secciones de anticoncepción y preferencias reproductivas.

1. Cuestionario de Mujeres en Edad Fértil: Dirigido a mujeres con edades comprendidas entre 15 y 49 años, previamente seleccionadas, con el cual se recabó toda la información referente a fecundidad, lactancia materna, nupcialidad, actividad sexual, enfermedades de transmisión sexual y 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 es el hogar, el cual contiene a las personas que se analizan.

Las unidades de análisis son: las personas, los hogares y las viviendas, de las cuales se busca la información requerida por el estudio.

La unidad de observación es el informante, definido como cualquier miembro del hogar mayor de 15 años que se encuentre en la capacidad de suministrar información relativa a las personas que habitan en ese hogar.

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

El tipo de muestreo utilizado para la selección de la muestra de la ENDEVE fue probabilístico, el cual 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 vienen dados por área urbana/rural dentro de cada entidad federal. La primera fase está constituida por la selección de lotes del Censo 2001 para la Muestra Maestra 2001, seleccionados independientemente por 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 probabilidad proporcional al número de viviendas de uso familiar ocupadas en los segmentos/sectores, registradas en el Censo 2001, empleando un mecanismo de selección sistemático, ordenando los lotes por municipio, parroquia, segmento y lote. En la tercera fase, se seleccionan Mujeres en Edad Fértil (MEF) dentro del Hogar, de acuerdo a la fecha de nacimiento. Para garantizar la aleatoriedad se seleccionará la última MEF en cumplir años.

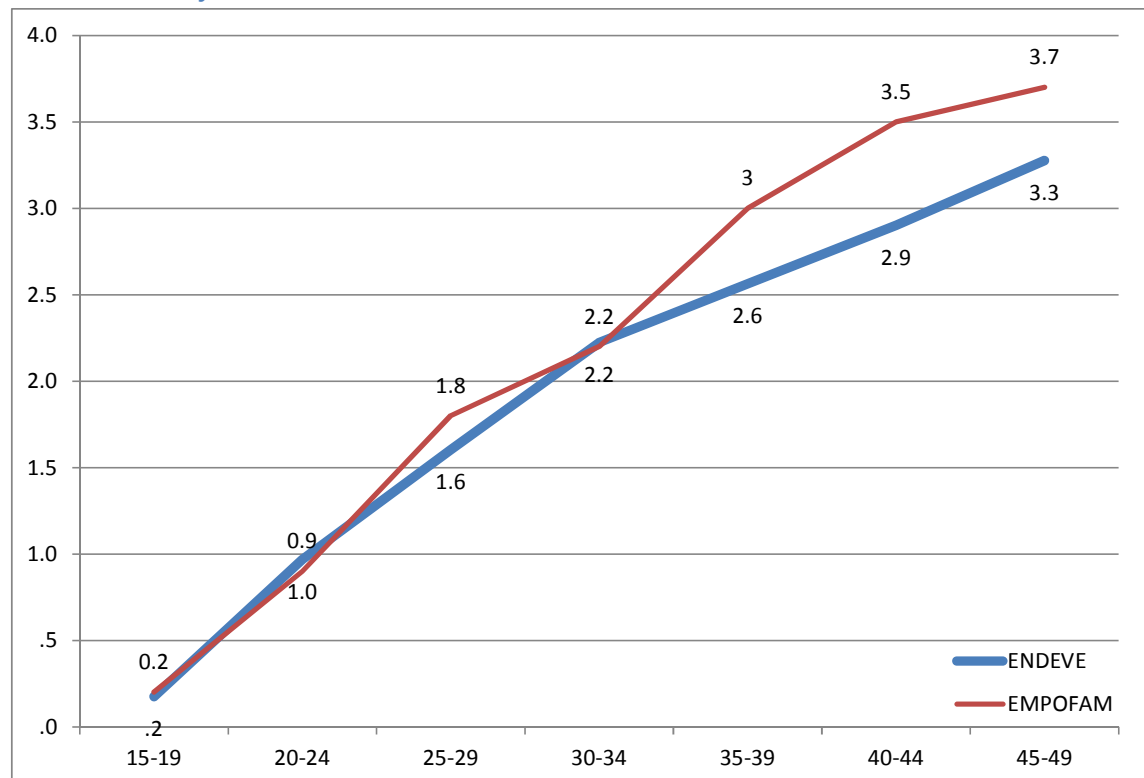
Inicialmente se estimó un tamaño de muestra cercano a los 40.000 hogares, que permitiese estimaciones a nivel de entidad, pero por restricciones económicas, debió reducirse. La segunda propuesta fue diseñada para 23.400 viviendas, repartidas en tres dominios de estudio pero el presupuesto previsto por el BID, tampoco resultó suficiente para abarcar tal cantidad de viviendas. Con los recursos que dispuso el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) sólo se alcanzó 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 dominios o unidades administrativas pequeñas. La muestra ENDEVE es muy pequeña para dar resultados a nivel de entidad, razón por la cual los tabulados y los indicadores que se han calculado se presentarán únicamente en valores relativos. En total, lograron levantarse 6337 hogares que reúnen 28471 personas y 3823 mujeres en edad fértil.

Evolución reciente de la fecundidad en Venezuela

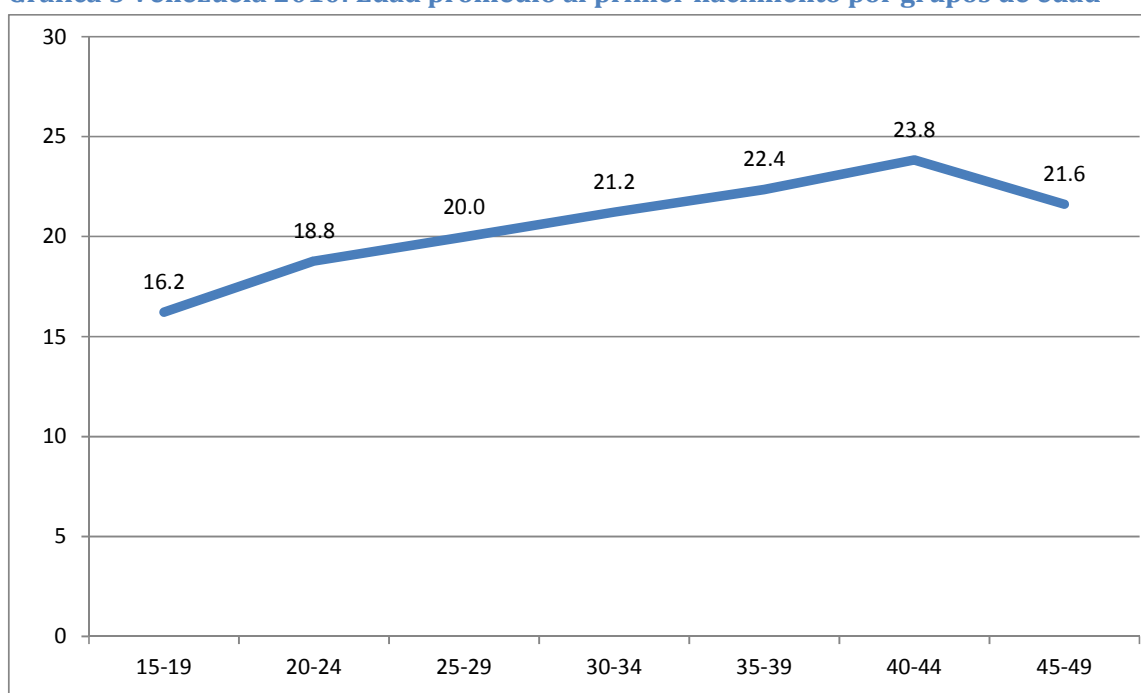
Por lo que toca a la paridad alcanzada en cada grupo de edad, se observan importantes reducciones al comparar los datos de la ENDEVE con los de la EMPOFAM 1998 (Gráfica 2); sin embargo, los cambios más importantes se dan después de los 30 años de edad: el número promedio de hijos nacidos vivos para las mujeres del grupo 35-39 pasó de 3.1 en 1998 a 2.3 en 2010, mientras que para el grupo 40-44 la paridad se redujo de 3.7 a 2.6, disminuciones de una tercera parte. La menor magnitud de las diferencias en las edades más jóvenes es un indicador que las mujeres venezolanas están teniendo sus hijos a edades relativamente jóvenes y recurriendo al control de la fecundidad después.

Gráfica 2 Venezuela Número promedio de hijos nacidos vivos según grupos de edad, ENDEVE 2010 y EMPOFAM 1998



La Gráfica 3 muestra cómo ha descendido la edad en la que las mujeres venezolanas comienzan a ser madres: incluso sin tomar en cuenta al primer grupo de edad, es evidente una tendencia a reducir en poco más de un año la edad en la que se tiene el primer hijo nacido vivo en cada grupo quinquenal de edad; las mujeres que tienen actualmente entre 40-44 tuvieron a su primer hijo a los 23.8 años, en tanto que las del grupo 30-34 a los 21.2 y las de 20 a 24 años de edad fueron madres por primera vez a los 18.8

Gráfica 3 Venezuela 2010: Edad promedio al primer nacimiento por grupos de edad



Al calcular las tasas específicas de fecundidad (el número de nacimientos en un año por cada mil mujeres de cada grupo de edad) podemos ver que hay una tendencia al aumento de la fecundidad adolescente, tendencia que viene desde la ENSO de 1993 Cuadro 1 y Gráfica 4). En cambio, para la tasa del grupo 20-24 hubo un incremento entre 1993 y 1998 y luego una reducción muy importante de 15% para 2010. En los dos siguientes grupos de edad los descensos entre la EMPOFAM y la ENDEVE fueron aún mayores, de poco más de 20%. Al considerar la experiencia de las mujeres de todos los grupos de edad, obtenemos la tasa global de fecundidad, el número de hijos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva de acuerdo con estos patrones de fecundidad; el Cuadro 1 muestra que después de un ligero aumento entre 1993 y 1998, la tasa global de fecundidad en

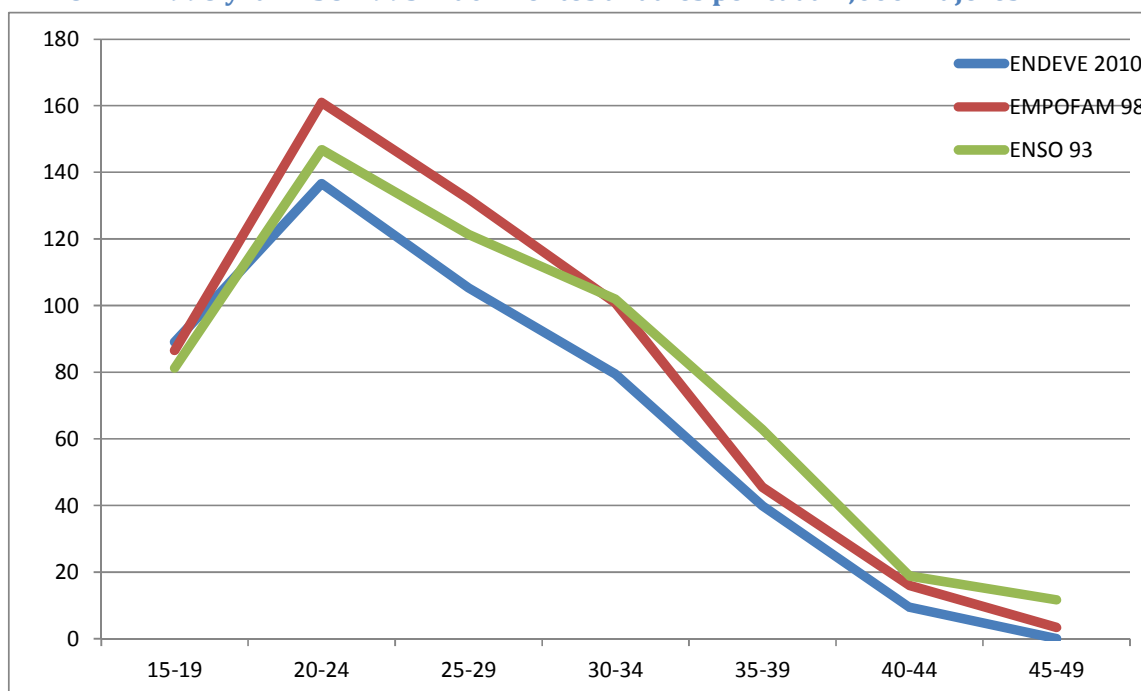
Venezuela se redujo de 2.73 a 2.3. Cabe señalar que las tasas específicas de fecundidad de la ENDEVE corresponden a las medias móviles trienales, por lo que el periodo de referencia sería el año de 2009.

Cuadro 1 Venezuela: Tasas específicas de fecundidad* por grupos quinquenales de edad y Tasa global de fecundidad, ENDEVE 2010, EMPOFAM 1998 Y ENSO 1993

	ENDEVE 2010	EMPOFAM 1998	ENSO 1993
15-19	89.0	86.5	81.3
20-24	136.6	161.0	146.8
25-29	105.3	132.0	121.4
30-34	79.4	100.8	101.9
35-39	39.9	45.5	62.8
40-44	9.4	16.0	18.8
45-49	0.0	3.4	11.7
TGF	2.30	2.73	2.72

Fuente: INE ENDEVE 2010 Y FNUAP 2001. * Nacimientos por cada 1,000 mujeres

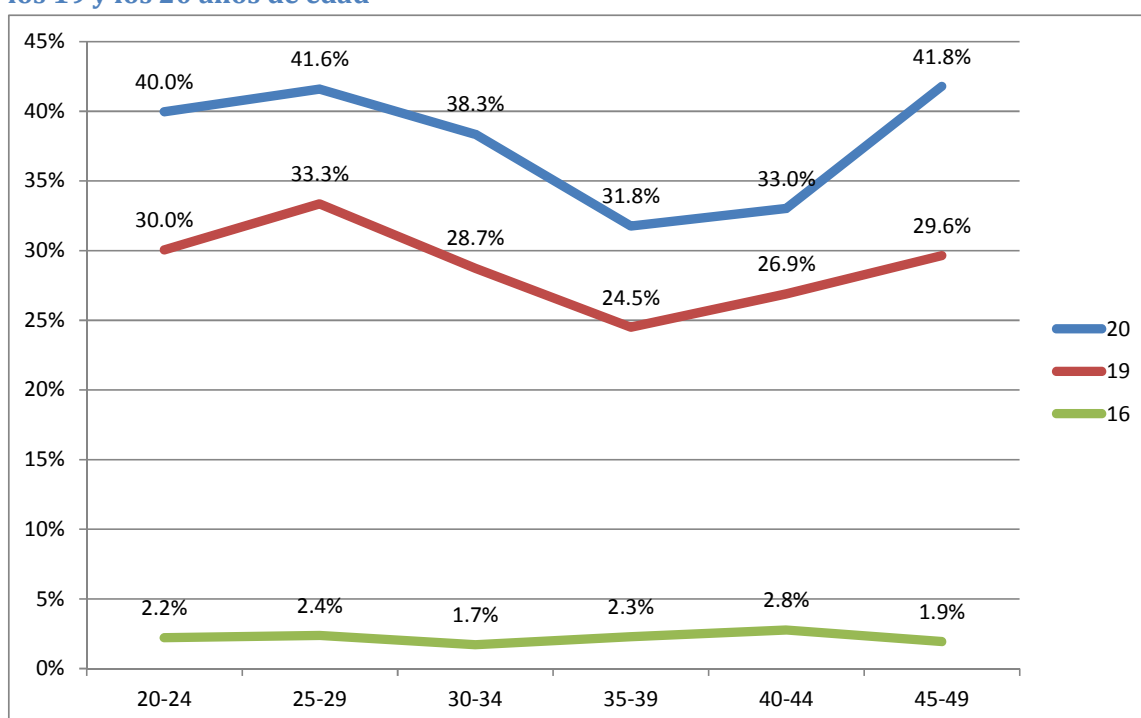
Gráfica 4 Venezuela: Tasas específicas de fecundidad según la ENDEVE 2010, la EMPOFAM 1998 y la ENSO 1993. Nacimientos anuales por cada 1,000 mujeres



Otro elemento que podemos analizar es el inicio temprano de la maternidad. La gráfica 5 muestra los porcentajes de mujeres que tuvieron su primer hijo antes de tres edades: los 20 años, que correspondería a la fecundidad adolescente, los 19, que corresponde a maternidad en menores de edad y de los 16, que sería una fecundidad muy

temprana, que puede incluso poner en riesgo la vida de estas niñas, además de la posibilidad de ser –al igual que la segunda categoría- de ser el resultado de relaciones sexuales forzadas o que se dieron en contextos de coerción. Llama la atención que cerca de tres de cada diez mujeres venezolanas tuvieron su primer hijo antes de los 19 años, y la tendencia por grupos de edad tienen 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 cincuenta venezolanas.

Gráfica 5 Venezuela 2010 Proporción de mujeres que han sido madres antes de los 16, los 19 y los 20 años de edad



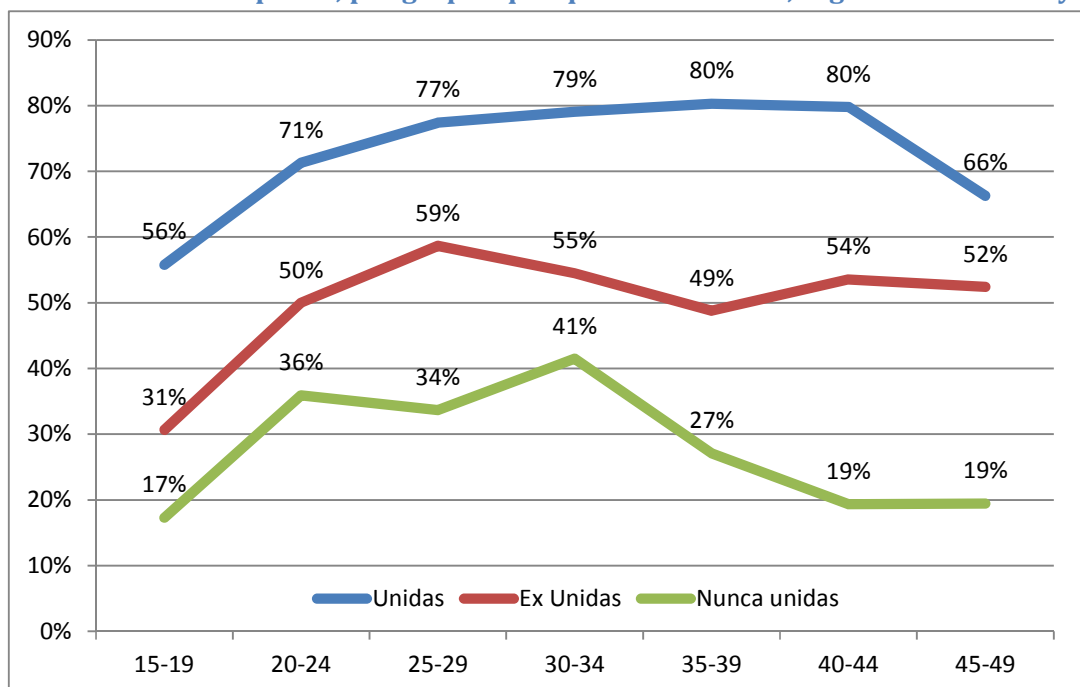
Anticoncepción

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

La prevalencia en el uso de anticonceptivos es bastante alta: según los datos de la ENDEVE ésta llega a cuatro de cada cinco mujeres unidas entre los 30 y los 45 años de edad y tres de cada cuatro, si consideramos al conjunto de mujeres en edad fértil unidas. La mayor parte del uso corresponde a métodos modernos, como veremos más adelante.

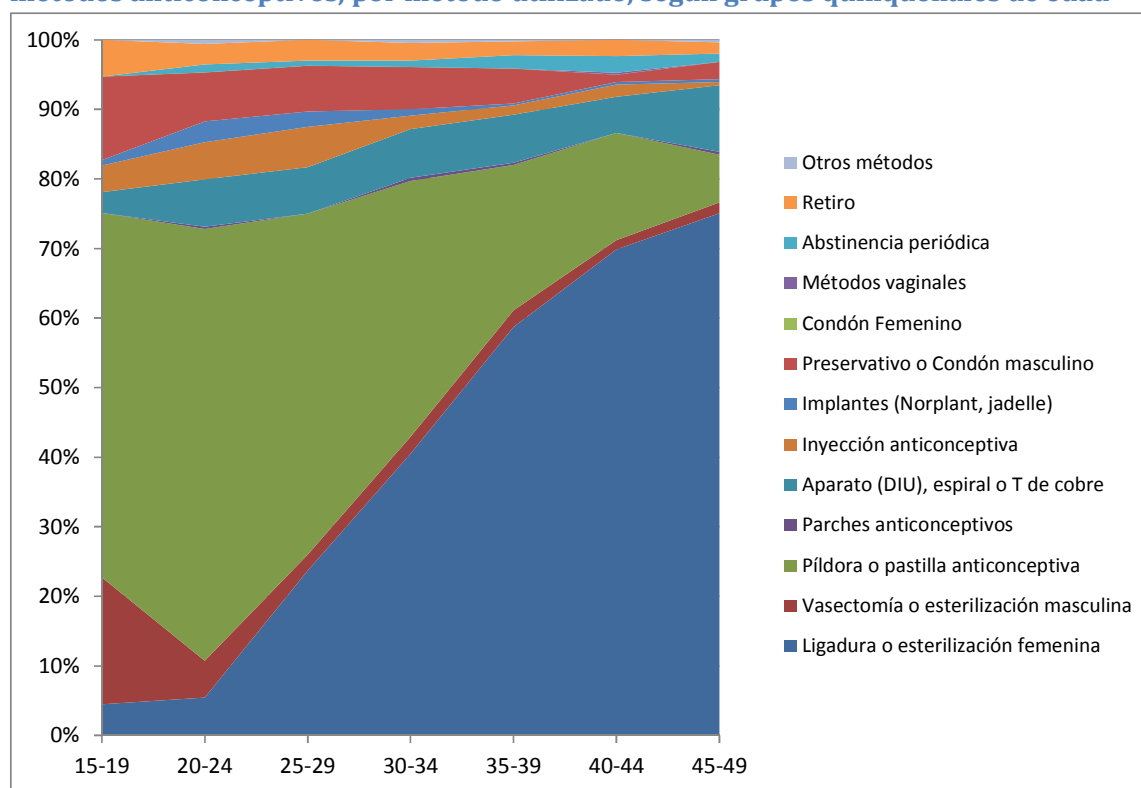
Además, el control de la propia fecundidad es también bastante elevado entre las mujeres ex unidas, que alcanza poco más de la mitad, e incluso entre las solteras, pues una de cada cuatro –cuatro de cada diez en el grupo 30-34- están protegidas contra un embarazo no planeado (Gráfica 6).

Gráfica 6 Venezuela 2010: Porcentaje de mujeres en edad fértil que usan actualmente métodos anticonceptivos, por grupos quinquenales de edad, según situación conyugal



Respecto a la distribución por método anticonceptivo actualmente usado, esta 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. Estos altos porcentajes también se explican por el carácter acumulativo de este método definitivo. Cabe resaltar que mientras 40% de las mujeres en edad fértil venezolanas están esterilizadas, solo 3.7% de sus parejas recurrieron a la vasectomía, una razón de más de diez a uno que muestra la mucho menor participación del varón en la anticoncepción.

Gráfica 7 Venezuela 2010: Distribución de mujeres en edad fértil que usan actualmente métodos anticonceptivos, por método utilizado, según grupos quinquenales de edad



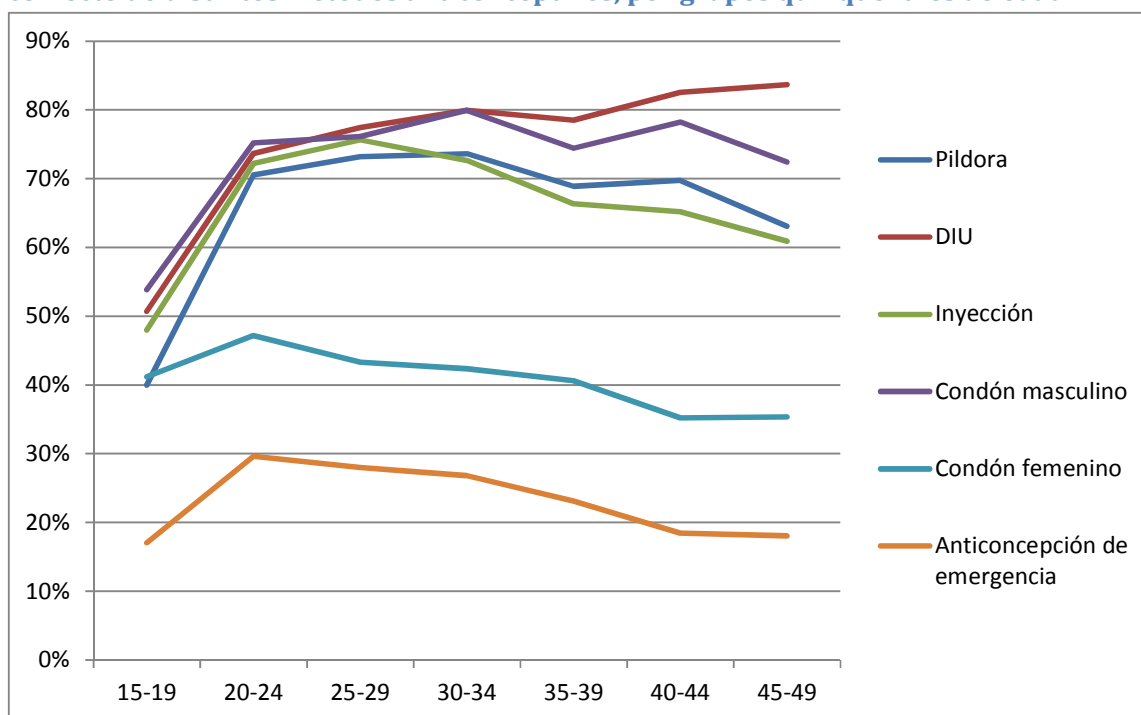
Una de cada cuatro mujeres utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, y aunque esta proporción ha ido aumentando en las generaciones más jóvenes, llama la atención la reducción que se observa en las menores de 20 años. Sin embargo, poco más de la mitad de las más jóvenes que están en una mejor situación económica utilizó un método en la primera relación sexual. El método más usado en esa primera relación sexual es la píldora con casi 55%; en las mujeres más jóvenes, 34% ha recurrido al condón como forma de protección.

Conocimiento efectivo de la Anticoncepción

El conocimiento de métodos anticonceptivos es casi universal en Venezuela, con niveles de alrededor de 95% para la mayoría de los métodos, aunque con la excepción de la esterilización femenina que sólo es mencionada por cuatro de cada diez mujeres. Sin embargo, la ENDEVE incluye preguntas novedosas para acercarse al conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos. De esta manera, la Gráfica 8 muestra los porcentajes de

mujeres en edad fértil que conocen el uso correcto de distintos métodos anticonceptivos, por grupos quinquenales de edad. El conocimiento de los métodos parece darse antes de los 20 años y está en alrededor de tres cuartas partes de las mujeres, aunque hay métodos menos conocidos, como el condón femenino, con un nivel de 41% y la anticoncepción de emergencia, que la saben usar menos de una de cada cuatro venezolanas y sólo 17% de las menores de 20 años.

Gráfica 8 Venezuela 2010: Porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen el uso correcto de distintos métodos anticonceptivos, por grupos quinquenales de edad

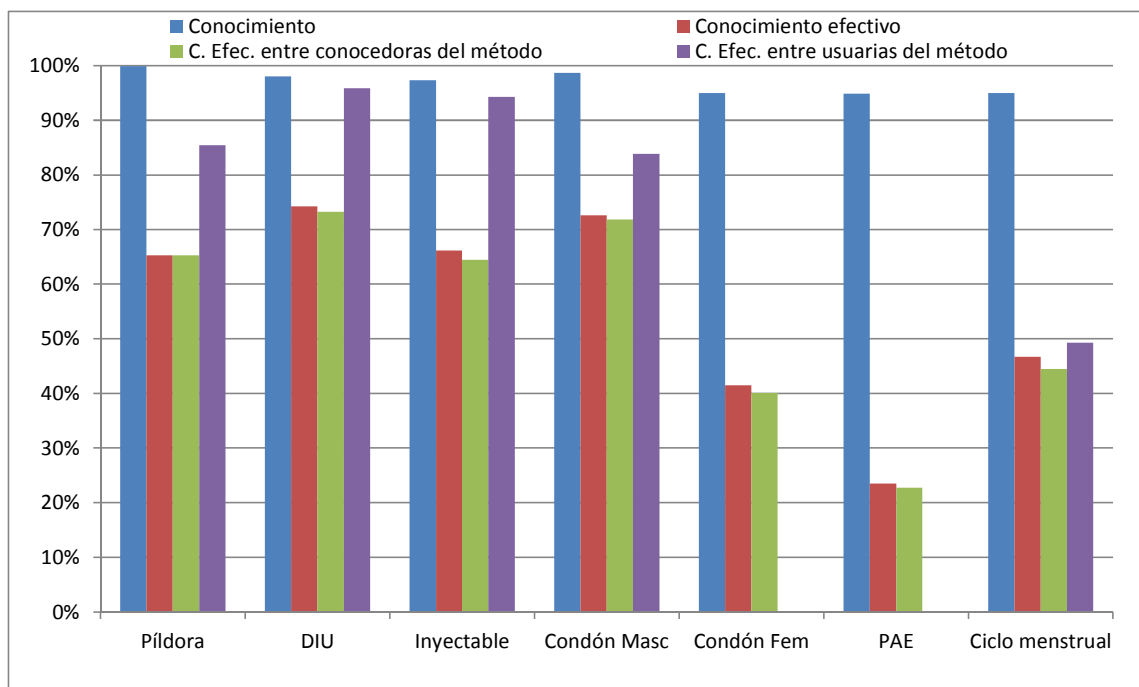


Cuadro 2 Venezuela 2010: Porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen el uso correcto de distintos anticonceptivos, según cuartiles de ingresos totales per cápita en el hogar

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%	66.3%	58.9%	65.0%	34.1%	18.7%
Q2	65.4%	74.1%	65.1%	72.7%	40.2%	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%

Al comparar el conocimiento estándar de cada método con el efectivo, encontramos que 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, 27% de las que conocen los condones masculinos y 55% de los femeninos, pero este porcentaje llega a 51% en el caso del ciclo menstrual (en cuyo caso el método asociado sería el ritmo) y 72% para la anticoncepción oral de emergencia (Gráfica 9). Encontramos entonces una clara divergencia entre lo que parecería una situación ideal, de un conocimiento casi universal de los métodos anticonceptivos, y otra situación más apegada a la realidad, en la que el conocimiento efectivo es más reducido, no alcanza la mitad para el condón femenino y el ritmo, y es escaso para la anticoncepción de emergencia. Llama a atención que hay pocas diferencias entre los niveles de conocimiento efectivo de los anticonceptivos entre el total de mujeres y aquellas que declaran conocer los métodos.

Gráfica 9 Venezuela 2010: Porcentaje de conocimiento efectivo de distintos anticonceptivos, entre las mujeres en edad fértil, las que conocen y las usuarias de cada método.



Para explicar qué factores influyen en el conocimiento efectivo de cada método, se ajustaron siete modelos de regresión logística, introduciendo como variables independientes dos correspondientes al hogar (la escolaridad relativa de los miembros del hogar, los

cuartiles de ingresos totales per cápita) para controlar los efectos de la estratificación socioeconómica, y doce variables en el ámbito individual: la edad en grupos quinquenales, suponiendo que a mayor edad mayor exposición tanto a la práctica médica como a campañas de información; el nivel de escolaridad, con la hipótesis que más que estar incluidos en la currícula escolar, ésta 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 paridad, y la maternidad adolescente, suponiendo que la experiencia tanto sexual, conyugal como 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 ser expuestas a información sobre la reproducción en general y la anticoncepción en particular.

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 Masc		Condón Fem		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
20-24	1.6653	.002	1.3160	.110	1.3542	.072	1.3188	.113	.8190	.211	1.2009	.316	1.4658	.017
25-29	1.7311	.003	1.6148	.015	1.5850	.015	1.2693	.220	.6866	.033	1.3017	.186	1.3062	.129
30-34	1.8161	.003	2.1166	.001	1.2790	.223	1.9299	.003	.6946	.055	1.3757	.136	1.3093	.154
35-39	1.4683	.059	1.9038	.004	.9828	.933	1.3781	.140	.7225	.099	1.2322	.355	1.3408	.134
40-44	1.7969	.007	2.9275	.000	.9013	.631	1.6067	.042	.5644	.006	.8618	.545	1.6792	.012
45-49	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
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
Paridad (Sin hijos)		.146		.477		.457		.074		.223		.009		.114
1	1.0702	.681	1.1069	.583	1.2751	.156	.9862	.940	.9459	.717	1.0008	.996	.9517	.746
2	1.2949	.156	1.2604	.263	1.3621	.096	.9888	.956	.9497	.760	.8819	.491	1.0441	.796
3	1.0640	.761	1.2414	.360	1.2332	.310	1.1233	.611	.9839	.933	.6270	.030	1.0865	.661
4 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	.7167	.010	.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	.1750	.000

Fuente: Elaboración propia a partir de INE ENDEVE 2010.

Cuadro 4 Venezuela 2010: Medidas de ajuste de los modelos de regresión logística de los factores asociados al conocimiento efectivo de distintos métodos anticonceptivos.

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del n	.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
% correctamente pronosticado	71.1	77.8	69.6	75.5	62.3	75.1	61.7

Fuente: Elaboración propia a partir de INE ENDEVE 2010.

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. Destaca que los únicos factores que resultaron ser estadísticamente significativos para el conocimiento de todos los métodos son el nivel de escolaridad y la condición de actividad sexual. La edad sólo tiene importancia para la píldora, el DIU y los inyectables, y el conocimiento efectivo de los métodos tiene un comportamiento heterogéneo: en el caso de la píldora crece hasta el grupo 30-34 y luego se reduce; en el DIU este conocimiento entre las mujeres de más de 40 años triplica a la categoría de referencia (15-19); para los inyectables sólo es significativo para las mujeres jóvenes y es creciente respecto a las adolescentes; En el caso del condón sólo es significativo para el grupo 30-34 (donde casi duplica a las de 15 años menos) y el 40-44, 1.6 veces mayor; aunque como variable no resulta significativo para el condón femenino, quizás por su bajo nivel de conocimiento, parece que el uso correcto de este método sólo es importante entre las mujeres más jóvenes; finalmente, el conocimiento efectivo del ciclo menstrual sólo es importante para las mujeres de 20-24 y 40-44 años, respecto a 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 esperábamos, la autoadscripción étnica⁵ muestra ser un elemento de discriminación, la aquellas venezolanas que se reconocen como Indígenas tienen un menor

⁵ Cabe señalar que se trata de categorías independientes, es decir que no se excluyen mutuamente.

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. Sorpresivamente, encontramos un mayor conocimiento efectivo asociado al autoreconocimiento como Afrodescendiente, para el DIU y la anticoncepción oral de emergencia. Para este último método, se asocia 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 ex unidas muestran un mayor conocimiento efectivo, en comparación con las actualmente unidas. Aquellas que son sexualmente activas, y aquellas 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 momios 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 los momios de conocer correctamente el DIU y los condones, tanto masculinos como femeninos; en el caso de la anticoncepción de emergencia, sólo 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% el del ritmo, siempre respecto a 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 momios de 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 casi 29% de conocimiento efectivo de los inyectables.

Finalmente y contrario a lo que esperábamos, la paridad no tiene un efecto importante, salvo en aquellas que tienen tres hijos –respecto a las nulíparas- y sólo en el caso del conocimiento efectivo de la anticoncepción de emergencia, el cual se reduce en 37%. El hecho de haber tenido un hijo durante la adolescencia disminuye los momios de tener un conocimiento efectivo de la píldora y el DIU, en alrededor de 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 anticonceptivos.

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 veinte 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 pone en riesgo de un embarazo no planeado o no deseado y que incluso puede llevarlas a practicarse un aborto ilegal e inseguro, ante su condición de ilegalidad.

Resulta fundamental el 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 distintos países de la región latinoamericana y caribeña, 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 América Latina y el Caribe 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.⁶

Las metas plasmadas en la Declaración son:

- Para el año 2015 se habrá reducido en 75% la brecha en el número de escuelas bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación que no imparten educación integral en sexualidad.

⁶ Disposiciones 3.4, 3.5 Y 3.7, Declaración Ministerial de la Ciudad de México “Prevenir con educación”.

- Para el año 2015, se reducirá en 50% la brecha en el número de adolescentes y jóvenes sin cobertura de servicios de salud que atiendan apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva.

En la evaluación del cumplimiento a 2012, elaborada por la IPPF y Demisex,⁷ se estima un avance de tan sólo 34% para 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 Declaratoria, ni partidas presupuestales para la implementación de la Declaratoria. Tampoco se observan que haya un convenio de colaboración intersectorial para la Declaratoria entre el Ministerio de Educación y el de Salud, una Estrategia oficial de alto nivel para implementar la Declaratoria, además de que falta presupuesto específico para la ejecución de la Declaratoria, y no se ha llevado a cabo ninguna campaña actualizada de educación sexual en medios de comunicación. Si bien se reporta que en el Ministerio de Salud hay 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 privilegian el papel del nivel de escolaridad en el conocimiento efectivo de métodos anticonceptivos.

⁷ Disponible en <http://www.prevenirconeducacion.org/DeclaracionMinisterial/Eval%20DM%202012%20Digital%20%281%29.pdf>

Bibliografía

Bolívar Chollet, M. (1984). *Capitalismo y Población*. Caracas: FACES-UCV.

Pressat, R. (1967). *El análisis demográfico: métodos, resultados y aplicaciones*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.