

Patrones y tendencias en el uso y discontinuación de anticonceptivos por adolescentes en países en desarrollo y comparaciones con mujeres adultas

Por Ann K. Blanc,
Amy O. Tsui,
Trevor N. Croft y
Jamie L. Trevitt

Ann K. Blanc es directora del Grupo de Trabajo de Salud Materna, EngenderHealth, Nueva York.

Amy O. Tsui es directora del Instituto para Población y Salud Reproductiva Bill y Melinda Gates; y

Jamie L. Trevitt es candidata a doctorado, ambas con la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, MD, EEUU. Trevor N. Croft es vicepresidente, Blancroft Research International, Washington, DC.

CONTEXTO: Las decisiones reproductivas que toman las mujeres y los hombres jóvenes tienen un enorme impacto en su salud, escolaridad, perspectivas de empleo y su transición a la vida adulta en general. Dado que la más grande cohorte de jóvenes en la historia está entrando en sus años reproductivos, su conducta reproductiva determinará el crecimiento y tamaño de la población mundial en las décadas por venir.

MÉTODOS: Se utilizó datos de Encuestas Demográficas y de Salud de más de 40 países para examinar las proporciones de mujeres de 15–19 años de edad que estaban casadas; o que, no estando casadas, eran sexualmente activas; y sus tasas de adopción, uso y discontinuación de anticonceptivos, cambio de método y falla de anticonceptivos. También se examinó las tendencias en estos indicadores, y se realizó comparaciones con mujeres adultas.

RESULTADOS: En muchos países, la proporción de mujeres adolescentes que usan anticonceptivos aumentó sustancialmente en las últimas dos décadas; la prevalencia del uso de anticonceptivos aumentó más rápido en las adolescentes que en mujeres de mayor edad. Una mayor proporción de adolescentes que de mujeres adultas discontinuó el uso de un anticonceptivo en un lapso de un año, o experimentó una falla de su método.

CONCLUSIONES: El uso de anticonceptivos en adolescentes está creciendo y, comparado con su uso por personas adultas, está caracterizado por períodos más cortos de uso consistente, con más fallas de los anticonceptivos y con más interrupciones por otras razones. Es probable que crezca el uso de anticonceptivos a través de los años reproductivos, impulsado por el crecimiento en el número de jóvenes. Puede esperarse que una demanda expandida de suministros, servicios e información de anticoncepción ponga a prueba el grado de preparación, capacidad y recursos de los programas y prestadores de planificación familiar existentes.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2010, pp. 22–30

Las decisiones reproductivas que toman los hombres y mujeres jóvenes tienen un impacto enorme en su salud, escolaridad y perspectivas de empleo, así como en su transición a la adultez en general.^{1,2} En particular, las oportunidades escolares y laborales influyen mucho en el momento en que se casan los hombres y mujeres jóvenes, en la calidad de padres que serán y en su capacidad para contribuir al bienestar de sus familias y a la sociedad.^{1,3,4} Las decisiones reproductivas de las mujeres jóvenes son muy importantes, ya que la maternidad temprana puede dañar su salud y limitar sus posibilidades de una participación productiva en la sociedad.

El material publicado sugiere que, en general, las adolescentes solteras sexualmente activas no buscan quedar embarazadas y las adolescentes casadas no quieren quedar embarazadas demasiado jóvenes o, si ya tuvieron un hijo, quieren retrasar el segundo embarazo.⁵ En nueve encuestas nacionales realizadas en países del sur y del sudeste asiático entre 1996 y 1999, la prevalencia de uso de anticonceptivos entre las adolescentes solteras varió entre el 6% en Nepal y Pakistán hasta el 43–44% en Tailandia e Indonesia.⁶

Según un estudio de casi 34,000 hombres y mujeres estudiantes de 15 años de edad en 23 países europeos y en Canadá, entre el 14% y 38% ya habían tenido experiencias

sexuales;⁷ el 82% de los estudiantes sexualmente activos informaron haber usado condones o píldoras anticonceptivas en la última relación sexual. Otro estudio de 18 Encuestas de Demografía y Salud que se realizó en África entre 1993 y 2001 encontró que dos de cada cinco mujeres solteras de 15 a 24 años de edad eran sexualmente activas;⁸ a diferencia de los resultados de Europa y Canadá; no obstante, la proporción mediana que informó estar utilizando algún método anticonceptivo en 2001, fue sólo del 37%.

A pesar de que tanto los niveles de actividad sexual como del uso de anticonceptivos son sustanciales entre adolescentes en países en desarrollo, el aumento de la actividad sexual tiende a ser más rápido que el aumento en el uso de anticonceptivos.^{9,10} Conforme a un estudio de 27 países en África subsahariana, no hubo un aumento dominante respecto a la iniciación sexual temprana (antes de los 18 años) entre 1994 y 2004, a pesar de que el predominio de las relaciones sexuales prematrimoniales antes de los 18 años aumentó de manera significativa en 19 países.¹¹ El uso de condones para prevenir embarazos aumentó notablemente durante el período, desde el 5% hasta el 19%. Existen tendencias similares en el uso de condones en los historiales reproductivos y de anticonceptivos en mujeres solteras de 15 a 24 años de edad en

ocho países latinoamericanos,⁹ en donde el uso de condones aumentó más rápido que la confianza en cualquier otro método por parte de este grupo.

La continuación del uso de anticonceptivos durante períodos prolongados de tiempo no está asegurada y la interrupción ocurre por motivos de fallas, características del método, como los efectos secundarios o la comodidad de uso o por un cambio en la necesidad. Algunas mujeres dejan de utilizar métodos anticonceptivos o cambian a otro método en forma inmediata, mientras que otras hacen una pausa de un mes o más en la protección. La discontinuación es un problema particularmente importante para las adolescentes y mujeres jóvenes, ya que tienden a tener un acceso más limitado que las personas de mayor edad a la planificación familiar, así como también una actividad sexual más impredecible e irregular; y, probablemente, no conozcan suficientemente bien cómo utilizar métodos anticonceptivos de forma eficiente.¹⁰ Según un estudio realizado en seis países en desarrollo, las mujeres menores de 25 años tuvieron más posibilidades que otras de dejar el método anticonceptivo después de 24 meses.¹²

Los embarazos no planeados entre las adolescentes suceden a pesar de las mejores intenciones de usar anticonceptivos y la efectividad de los programas de prevención de embarazos adolescentes sigue estando por debajo de los niveles deseados.¹³⁻¹⁵ El éxito de las adolescentes para evitar los embarazos a veces depende del acceso a información, métodos y servicios relacionados con los anticonceptivos. Según estimaciones del año 2000, cerca del 25%—u 11 millones—de las mujeres casadas de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo y la ex Unión Soviética tienen una necesidad no satisfecha de anticonceptivos (es decir, desean evitar o retrasar el embarazo pero no utilizan ningún método anticonceptivo); este cálculo no incluye necesidades no satisfechas entre mujeres sexualmente activas que nunca estuvieron casadas.¹⁶

En este estudio, ofrecemos una descripción general del cambio a nivel país en la actividad sexual, uso de anticonceptivos y discontinuación de anticonceptivos entre mujeres adolescentes en países en desarrollo. Además, comparamos las tasas anuales de cambio en el uso de anticonceptivos y los índices de discontinuación a través de grupos etarios. Específicamente, abordamos tres preguntas. ¿Qué proporciones de adolescentes son sexualmente activas y por tanto están expuestas al riesgo de quedar embarazadas, y cómo han cambiado estos niveles a través del tiempo? ¿Cuáles son los niveles y tendencias en el uso de anticonceptivos en las adolescentes? Y, ¿Qué proporciones de adolescentes que usan anticonceptivos dejan

de usarlos, cambian de método o experimentan una falla en el anticonceptivo; y cómo se comparan estas proporciones con las de usuarias de mayor edad?

DATOS Y MÉTODOS

Utilizamos datos representativos a nivel nacional de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA) de más de 40 países en desarrollo de África, Asia y Latinoamérica. El número exacto de países incluidos en cada análisis varía según la disponibilidad de datos para cada país. Las encuestas se realizaron entre 1986 y 2006; durante ese período, 45 países tuvieron dos o más encuestas y utilizamos estos datos para examinar las tendencias y las tasas de cambio a través del tiempo. Para los países con más de dos encuestas durante ese período, seleccionamos las primeras y las últimas. El intervalo entre las encuestas individuales de cada país varía; el intervalo promedio es de casi 11 años.

Para determinar la exposición de las jóvenes al riesgo de embarazo y su necesidad potencial de anticonceptivos, examinamos la proporción de adolescentes que informaron estar casadas, así como también la proporción de las que dijeron no estar casadas pero que eran sexualmente activas,* para países con dos rondas de encuestas en el período de 1986 a 2006.

Para 21 países, recolectamos historiales detallados del uso de anticonceptivos. Se pidió a las encuestadas que informaran si alguna vez habían utilizado un método anticonceptivo cada uno de los meses durante los cinco o tres años anteriores a la encuesta (según la encuesta) y, de ser así, qué método habían utilizado. Para los meses en los cuales una mujer informó discontinuidad en el uso de un método anticonceptivo, se le preguntó la razón principal.† Utilizando datos de historiales de uso de anticonceptivos, examinamos la tasa en que las mujeres adolescentes adoptaron el uso de anticonceptivos. Incluimos las experiencias de mujeres que tuvieron entre 15 y 19 años de edad en algún momento durante los cinco años anteriores a la encuesta; esto, con el objeto de calcular la proporción acumulativa de quienes alguna vez utilizaron un método anticonceptivo, para cada año en forma individual.‡ Asimismo, calculamos tasas de discontinuación de anticonceptivos con base en tablas de vida. Comparamos el patrón de mujeres entre 15 y 19 años de edad con el de las de 20 a 49, para destacar las características distintivas de las dinámicas de uso de anticonceptivos entre adolescentes.

Utilizando los historiales de uso de anticonceptivos de ENDESA, construimos tablas de vida con múltiples decrementos, que categorizan en cuatro grupos las razones de la interrupción del uso de métodos anticonceptivos: falla del método, cambio de método, abandono (por necesidad) y abandono (no por necesidad).¹⁷ Una falla en el método anticonceptivo sucede cuando una mujer queda embarazada mientras está utilizando el método. La categoría de abandono (por necesidad) incluye a las mujeres que informaron haber dejado de utilizar el método porque sus maridos no estaban de acuerdo, porque querían un método más efi-

*Definimos como "sexualmente activas" a las personas que tuvieron relaciones sexuales dentro de las cuatro semanas anteriores a la investigación.

†Ver la referencia 17 para una discusión acerca de la calidad de los historiales de anticonceptivos en los datos de calendario de ENDESA.

‡Esta metodología nos permitió utilizar datos de personas encuestadas que tenían hasta 24 años en el momento de la encuesta, a quienes se les pidió que informaran sobre su conducta durante los últimos cinco años, lo cual cubriría algunos o todos los años entre los 15 y 19 años de edad, dependiendo de la edad actual de la encuestada.

CUADRO 1. Porcentaje de mujeres de 15–19 años de edad que en el momento de la entrevista estaban casadas o eran solteras pero sexualmente activas, por país y año de la encuesta, Encuestas Demográficas y de Salud, 1986–2006

País y año de la encuesta	Núm.	Casadas	Solteras/ sexualmente activas	País y año de la encuesta	Núm.	Casadas	Solteras/ sexualmente activas
Armenia, 2000	1,160	8.5	0.0	Kazajistán, 1999	791	8.0	5.0
Armenia, 2005	1,123	6.9	0.0	Kenia, 1989	1,497	18.5	6.4
Bangladesh, 1994	2,912	42.0	nd	Kenia, 2003	1,856	17.9	3.6
Bangladesh, 2004	3,533	43.5	nd	Madagascar, 1992	1,420	21.4	15.6
Benín, 1996	1,075	28.6	9.0	Madagascar, 2004	1,528	27.2	9.7
Benín, 2006	3,067	21.7	8.9	Malawi, 1992	1,082	35.8	nd
Bolivia, 1989	1,682	12.5	1.1	Malawi, 2004	2,392	32.9	3.6
Bolivia, 2003	3,874	11.0	3.3	Malí, 1987	523	71.5	0.9
Brasil, 1986	1,305	13.2	3.1	Malí, 2001	2,565	45.9	6.5
Brasil, 1996	2,464	13.8	8.8	Marruecos, 1987	2,406	11.5	nd
Burkina, 1993	1,373	44.2	4.3	Marruecos, 2003	3,295	10.5	nd
Burkina, 2003	2,776	31.6	5.6	Mozambique, 1997	1,836	45.0	11.0
Camboya, 2000	3,618	12.1	0.1	Mozambique, 2003	2,454	38.2	16.4
Camboya, 2004	3,602	10.1	0.1	Namibia, 1992	1,259	6.9	16.4
Camerún, 1991	919	41.1	11.3	Namibia, 2000	1,499	5.0	11.8
Camerún, 2004	2,685	30.9	7.0	Nepal, 1996	2,229	43.3	nd
Chad, 1997	1,716	46.7	3.7	Nepal, 2006	2,437	32.2	0.1
Chad, 2004	1,361	42.0	2.1	Nicaragua, 1998	3,307	25.6	1.2
Colombia, 1986	1,208	12.3	2.3	Nicaragua, 2001	3,141	22.3	2.4
Colombia, 2005	7,589	12.3	10.9	Níger, 1992	1,379	56.5	0.6
Costa de Marfil, 1994	1,961	26.4	19.4	Níger, 2006	1,718	59.0	0.2
Costa de Marfil, 1998	775	23.9	18.3	Nigeria, 1990	1,612	37.0	10.2
Rep. Dominicana, 1986	1,960	16.7	0.0	Nigeria, 2003	1,716	31.7	6.8
Rep. Dominicana, 2002	4,550	22.4	4.1	Perú, 1986	1,097	11.7	0.0
Egipto, 1992	3,037	13.7	nd	Perú, 2004	2,283	10.0	4.3
Egipto, 2005	6,446	12.3	nd	Filipinas, 1993	3,158	7.4	0.1
Eritrea, 1995	1,129	32.5	0.0	Filipinas, 2003	2,648	9.0	0.2
Eritrea, 2002	2,001	29.0	0.4	Ruanda, 1992	1,464	8.4	0.9
Etiopía, 2000	3,710	23.2	1.1	Ruanda, 2005	2,585	2.5	0.8
Etiopía, 2005	3,266	21.8	0.4	Senegal, 1986	975	41.9	0.0
Ghana, 1988	849	20.5	10.2	Senegal, 2005	3,556	28.5	nd
Ghana, 2003	1,148	12.0	8.0	Tanzania, 1992	2,183	25.6	11.8
Guatemala, 1987	1,182	23.6	0.4	Tanzania, 2004	2,245	26.3	7.4
Guatemala, 1999	1,332	23.8	0.2	Togo, 1988	724	26.5	14.5
Guinea, 1999	1,321	43.9	6.4	Togo, 1998	1,787	19.1	16.5
Guinea, 2005	1,648	35.6	9.0	Turquía, 1993	2,460	13.4	nd
Haití, 1994	1,290	14.9	5.4	Turquía, 2003	2,003	11.9	nd
Haití, 2005	2,701	16.6	5.6	Uganda, 1988	1,157	36.5	7.5
India 1993	23,147	38.4	nd	Uganda, 2006	1,936	19.6	4.1
India, 2006	24,811	27.1	0.1	Vietnam, 1997	1,661	7.7	nd
Indonesia, 1987	3,638	16.5	nd	Vietnam, 2002	1,630	4.1	nd
Indonesia, 2002	6,531	14.0	nd	Zambia, 1992	1,984	26.5	12.1
Jordania, 1990	3,394	10.4	nd	Zambia, 2002	1,812	24.2	7.1
Jordania, 2002	2,563	6.0	nd	Zimbabue, 1988	1,021	17.6	4.5
Kazajistán, 1995	669	12.0	4.1	Zimbabue, 2005	2,152	20.8	1.6

Nota: nd=no disponible.

ciente o porque su método era incómodo de usar. También incluye mujeres que abandonaron el método por efectos secundarios, problemas de salud, problemas de acceso o disponibilidad, u otras razones; y aquellas que respondieron “no sé”. La categoría de abandono (no por necesidad) incluye mujeres que dejaron de utilizar el método porque querían quedar embarazadas o por tener relaciones sexuales con poca frecuencia, por menopausia o infertilidad, o por la disolución del matrimonio. Las mujeres que informaron ser estériles no fueron incluidas.

RESULTADOS

Exposición al riesgo de embarazo

La proporción de mujeres entre 15 y 19 años de edad que informaron en las encuestas más recientes estar casadas varió drásticamente en los diferentes países—más del 40% en Bangladesh, Chad, Malí y Níger, a menos del 10% en Ar-

menia, Jordania, Kazajistán, Namibia, Filipinas, Ruanda y Vietnam (Cuadro 1). En la mayoría de los países africanos y asiáticos, la proporción de adolescentes casadas disminuyó a lo largo del tiempo, sin importar la prevalencia de matrimonios adolescentes (ver Figura 1 del Apéndice en la Web).^{*} Disminuciones especialmente grandes y consistentes de 10 puntos porcentuales o más a lo largo de una década ocurrieron en Burkina Faso, Camerún, India, Malí, Nepal, Senegal y Uganda. Algunas evidencias sugieren que la tendencia hacia un aumento en la edad para casarse está relacionada con la urbanización y la expansión de la educación entre las mujeres jóvenes, factores que también se relacionan con el uso de anticonceptivos.^{2,4}

La proporción de mujeres entre 15 y 19 años de edad

^{*}Para obtener documentación y una discusión completa de esta tendencia, ver la referencia 1, capítulo 7.

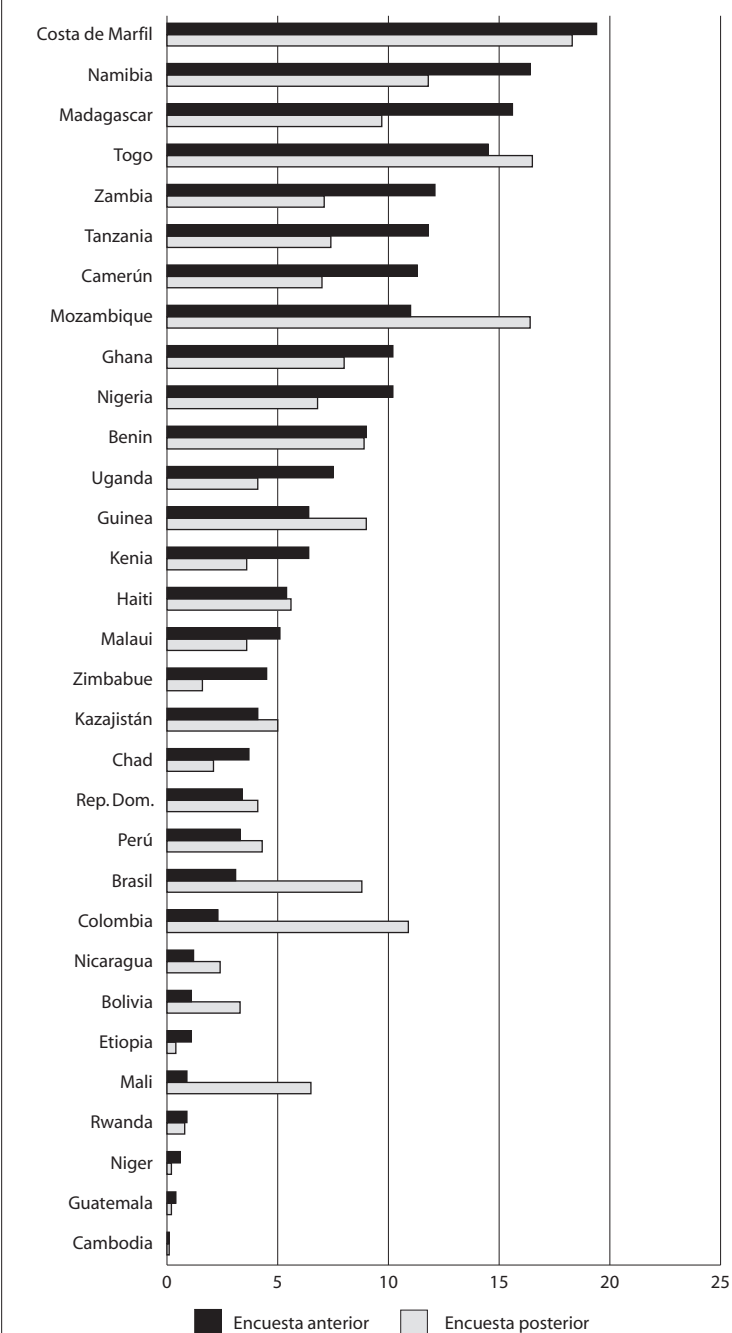
que informaron no estar casadas y ser sexualmente activas varió ampliamente por país. En la última encuesta, en el extremo superior del rango, de 10% a 18% de las adolescentes solteras en Colombia, Costa de Marfil, Mozambique, Namibia y Togo informaron ser sexualmente activas. En la mayoría de los países, la proporción de mujeres entre 15 y 19 años de edad que informaron estar casadas superaba la proporción de las que no estaban casadas pero que eran sexualmente activas. Namibia es una excepción notable. En general, la gran mayoría de las adolescentes que tiene riesgo de embarazo estaban casadas.

Entre los cerca de 30 países para los cuales estaban disponibles datos de dos encuestas, no fue evidente una tendencia consistente a través del tiempo (Figura 1). Algunos países tuvieron aumentos importantes de la primera encuesta a la segunda (más de 5 puntos porcentuales) en la proporción de mujeres sexualmente activas (por ejemplo, Brasil, Colombia y Malí); pero otros, tuvieron disminuciones notables (más de 2 puntos porcentuales) (por ejemplo, Kenia, Tanzania, Uganda y Zambia). Es difícil generalizar acerca de las tendencias, especialmente debido a la calidad y a la consistencia de los datos con respecto a la actividad sexual, aunque la dirección en África subsahariana es mayormente descendente.¹¹

Adopción de un método anticonceptivo

Entre los 25 países con datos apropiados de la encuesta más reciente, aproximadamente el 25% de todas las mujeres jóvenes, en promedio, ya había utilizado anticonceptivos al llegar a los 19 años de edad; el haber usado anticonceptivos alguna vez para cuando cumplieron 19 años de edad fue de hasta un 51% a 61% en Bangladesh, Brasil y Colombia (no se muestra). Entre los 16 países con datos de historiales de uso de anticonceptivos para al menos dos encuestas, 12 experimentaron aumentos del 2% al 17% anualmente durante el período entre las dos encuestas, en la proporción de mujeres adolescentes que usaban anticonceptivos para cuando cumplieron 19 años de edad; los resultados para cuatro países de diferentes regiones (Bangladesh, Colombia, Egipto y Zimbabwe) se pueden observar en la Figura 2 del Apéndice en la Web (<http://www.guttmacher.org/pubs/ipsrh/appendix/3506309.pdf>). La proporción de mujeres que alguna vez había usado un método anticonceptivo antes de los 19 años de edad aumentó del 23% al 60% en Colombia entre 1990 y 2005; en Bangladesh, esa proporción aumentó del 39% al 61% entre 1994 y 2004. Los dos países tuvieron patrones similares de adopción de métodos anticonceptivos a pesar de los niveles diferentes de exposición al embarazo: Casi el 44% de las adolescentes en Bangladesh estaban casadas,* mientras que sólo el 23% de las colombianas de la misma edad estaban o casadas o eran solteras pero sexualmente activas. En 2005, sólo el 10% de las egipcias de 19 años de edad había usado un método anticonceptivo alguna vez; esta proporción era sólo 3 puntos porcentuales más alta que en 1992. En Zimbabwe, cerca de un tercio de las mujeres jóvenes había usado un método anticonceptivo antes de los 19 años de edad y la proporción

FIGURA 1. Tendencias en porcentaje de mujeres solteras sexualmente activas de 15–19 años de edad en países con dos rondas de Encuestas de Demografía y Salud, por encuesta anterior y más reciente, 1986–2006



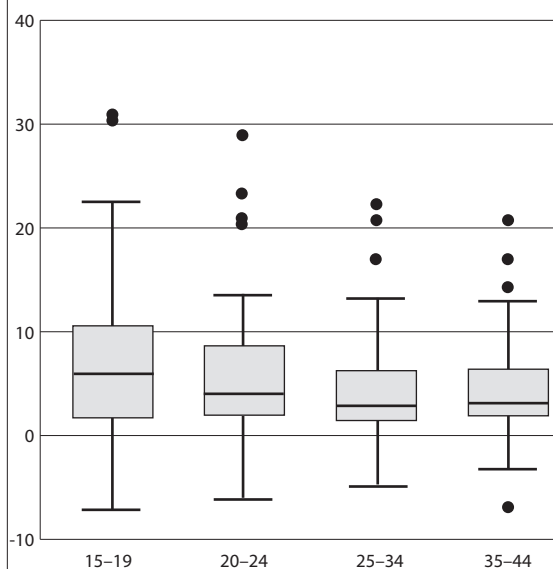
apenas cambió entre 1994 y 2005.

Niveles y tendencias en el uso actual de anticonceptivos

En la encuesta más reciente, del 42% al 68% de las adolescentes casadas y solteras pero sexualmente activas en todos los países de Latinoamérica (excepto Guatemala y Haití) y en Bangladesh, Indonesia, Kazajistán y Turquía, informaron

*No hay datos disponibles acerca de la proporción de mujeres en Bangladesh que no están casadas pero que son sexualmente activas.

FIGURA 2. Tasa anual de cambio en la prevalencia de anticonceptivos para todas las mujeres sexualmente activas en edad reproductiva, por grupo de edad, en 45 países, 1986–2006



Notas: Se excluye Mozambique como valor atípico. Los recuadros contienen el medio 50% de los valores de los datos. El valor mediano en la línea del recuadro, mientras que los extremos inferior y superior son los valores cuartiles 25° y 75°; los puntos fuera de los extremos son valores atípicos.

estar usando actualmente anticonceptivos (Cuadro 2). Entre los países africanos, hubo nueve en los cuales la prevalencia de anticonceptivos fue del 20 al 35%, pero en sólo uno (Namibia) la prevalencia alcanzó el 40%.^{*} Los niveles más bajos de uso de anticonceptivos ocurrieron en cinco países del Sahel africano—Chad, Eritrea, Malí, Níger y Senegal. En Nigeria, en el país más poblado del Sahel—y de toda África—sólo el 12% de las adolescentes reportaron estar usando anticonceptivos, aunque hubo amplias variaciones en la región respecto a la prevalencia (no se muestra).

En general, el uso actual de anticonceptivos fue más alto entre adolescentes solteras sexualmente activas que entre jóvenes casadas (por ejemplo, 38% vs. 60% en Kazajistán, y 4% vs. 45% en Nigeria). Se supone que este patrón refleja que las jóvenes que no están casadas tienen deseos más fuertes de evitar el embarazo. La diferencia de prevalencia entre los dos grupos fue muy grande en algunos países, especialmente en aquellos de África occidental, en donde es normal que el uso de anticonceptivos entre las adolescentes que no están casadas sea cuatro o más veces mayor que entre las jóvenes casadas (por ejemplo, el 54% vs. 8% en Benin). La diferencia tendió a ser mayor en países en donde las mujeres casadas tenían bajos niveles de uso de anticonceptivos.

^{*}Aunque no se muestra en la Tabla 2 (porque tienen sólo una encuesta cada uno), cuatro países de África han alcanzado una prevalencia del 40% o más—Congo, Gabón, Namibia y Sudáfrica.

[†]A pesar de los aumentos generales de la prevalencia entre adolescentes, la disponibilidad de más de dos encuestas para algunos países demuestra que las tendencias a la alza se han estancado, o incluso se han revertido, en algunos países (por ejemplo, Kenia, Tanzania y Uganda).

Junto con las amplias disparidades entre los países respecto a los niveles de uso de anticonceptivos, hubo variaciones notables respecto al método anticonceptivo utilizado por mujeres de entre 15 a 19 años de edad (no se muestra). En 28 países, los métodos más comunes según la encuesta más reciente fueron la píldora o los inyectables (14 cada uno); en 12 países, los métodos tradicionales, que incluyen la abstinencia periódica; en 8 países, el condón; y en 10 países el DIU o el retiro (5 cada uno). Por lo general, la tendencia entre las encuestas fue pasar de métodos tradicionales a otros métodos modernos más efectivos. Sin embargo, en las Filipinas el principal método anticonceptivo cambió de la píldora al retiro. La tendencia hacia el uso de métodos más efectivos entre las jóvenes, principalmente aquellas viviendo en unión, sugiere esfuerzos coordinados para evitar el embarazo mediante el uso de métodos eficientes; sin embargo, el uso de métodos menos eficientes, como la abstinencia periódica, los condones y el retiro continúan siendo comunes.

Para los 34 países de los cuales teníamos datos de al menos dos encuestas, sobre las mujeres casadas y las mujeres solteras sexualmente activas, calculamos para cada país la tasa de cambio anual de prevalencia del uso de anticonceptivos entre la primera encuesta y la última. El intervalo promedio entre las encuestas fue de 11 años, con un rango de 3 a 19 años. Diez países tuvieron aumentos anuales de más del 10%; 14 aumentaron entre el 5% y el 10% por año; y el resto experimentó aumentos pequeños o permanecieron constantes, excepto por Chad y Ruanda, en donde el uso de anticonceptivos disminuyó (ver la Figura 3 del Apéndice en la Web en <http://www.guttmacher.org/pubs/ipsrh/appendix/3506309.pdf>).[†] Los aumentos fueron rápidos comparados con aquellos ocurridos durante la década de los setenta y principios de los ochenta, cuando el uso de anticonceptivos aumentó más lentamente.¹⁸

Dadas las sorprendentes tendencias en el uso de anticonceptivos entre las adolescentes, comparamos sus tasas anuales de cambio con las de otros grupos etarios. Para cada grupo etario incluido en el análisis, la prevalencia de anticonceptivos aumentó en promedio (es decir, el valor de la mediana del país era superior a cero—Figura 2). Sin embargo, la mayor tasa mediana de cambio fue para las mujeres de 15 a 19 años de edad, con cerca del 5% anual; seguidas por las mujeres de 20 a 24 años de edad, con cerca del 3% anual. Además, la variación entre los distintos países fue mayor para las mujeres de 15 a 19 años de edad. Aunque la prevalencia del uso de anticonceptivos fue por lo general mucho menor entre las adolescentes que entre mujeres de mayor edad, el uso de métodos de planificación familiar se expandió más rápido durante las últimas dos décadas entre las mujeres más jóvenes.

Discontinuación

En casi todos los países, una proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad mayor que las de 20 a 49 informó haber experimentado una falla en el anticonceptivo dentro del primer año de uso (Cuadro 3, página 28). En promedio,

CUADRO 2. Porcentaje de mujeres de 15–19 años de edad que usaban anticonceptivos en el momento de la entrevista, por estado civil y actividad sexual, según el país y año de la encuesta

País y año de la encuesta	Casadas	Solteras/ sexualmente activas	Casadas y solteras/ sexualmente activas	País y año de la encuesta	Casadas	Solteras/ sexualmente activas	Casadas y solteras/ sexualmente activas
Armenia, 2000	25.5	nd	25.5*	Kazajistán, 1999	38.3	60.3	46.8
Armenia, 2005	16.5	nd	16.5*	Kenia, 1989	13.0	12.0	12.8
Bangladesh, 1994	24.7	nd	24.7*	Kenia, 2003	16.4	49.4	22.0
Bangladesh, 2004	42.2	nd	42.2*	Madagascar, 1992	6.4	16.8	10.8
Benín, 1996	9.4	47.2	18.4	Madagascar, 2004	12.7	30.8	17.5
Benín, 2006	7.9	53.9	21.2	Malawi, 1992	7.3	nd	7.3*
Bolivia, 1989	16.0	nd	15.1*	Malawi, 2004	18.9	25.3	19.6
Bolivia, 2003	45.6	49.7	46.5	Malí, 1987	8.6	nd	8.6*
Brasil, 1986	47.8	32.6	44.9	Malí, 2001	4.9	23.8	7.3
Brasil, 1996	54.1	66.0	58.7	Marruecos, 1987	17.0	nd	17.0*
Burkina, 1993	13.9	31.0	15.4	Marruecos, 2003	38.4	nd	38.4*
Burkina, 2003	6.8	50.4	13.3	Mozambique, 1997	0.6	7.0	1.9
Camboya, 2000	8.9	nd	9.3*	Mozambique, 2003	20.0	43.0	26.9
Camboya, 2004	20.8	nd	20.6*	Namibia, 1992	20.5	29.0	26.5
Camerún, 1991	18.4	64.6	28.3	Namibia, 2000	45.2	50.9	49.2
Camerún, 2004	23.6	73.9	33.0	Nepal, 1996	6.5	nd	6.5*
Chad, 1997	3.1	14.2	3.9	Nepal, 2006	16.0	nd	16.1*
Chad, 2004	2.2	4.8	2.3	Nicaragua, 1998	39.8	22.3	39.0
Colombia, 1986	28.9	44.9	31.5	Nicaragua, 2001	55.2	53.4	55.1
Colombia, 2005	57.2	79.5	67.6	Níger, 1992	2.2	20.6	2.4
Costa de Marfil, 1994	8.7	47.0	24.9	Níger, 2006	4.3	nd	4.3*
Costa de Marfil, 1998	10.7	54.1	29.5	Nigeria, 1990	1.3	40.4	9.8
Rep. Dominicana, 1986	24.6	nd	24.6*	Nigeria, 2003	4.3	45.0	11.5
Rep. Dominicana, 2002	41.5	41.4	41.5	Perú, 1986	22.7	nd	22.7*
Egipto, 1992	13.3	nd	13.3*	Perú, 2004	56.7	85.5	65.3
Egipto, 2005	26.3	nd	26.3*	Filipinas, 1993	17.2	nd	17.1*
Eritrea, 1995	3.3	nd	3.4*	Filipinas, 2003	25.6	nd	25.5*
Eritrea, 2002	2.4	nd	3.1*	Ruanda, 1992	10.8	nd	14.7*
Etiopía, 2000	3.9	45.7	5.9	Ruanda, 2005	3.2	nd	3.6*
Etiopía, 2005	8.9	nd	9.7*	Senegal, 1986	9.5	nd	9.5*
Ghana, 1988	4.6	26.4	11.9	Senegal, 2005	5.0	nd	5.1*
Ghana, 2003	8.4	46.2	23.5	Tanzania, 1992	5.2	10.4	6.9
Guatemala, 1987	5.4	nd	5.6*	Tanzania, 2004	9.6	31.8	14.4
Guatemala, 1999	14.6	nd	14.8*	Togo, 1988	16.7	51.4	29.0
Guinea, 1999	3.4	42.4	8.4	Togo, 1998	15.0	56.2	34.2
Guinea, 2005	8.8	42.6	15.6	Turquía, 1993	24.1	nd	24.1*
Haití, 1994	10.7	23.2	14.1	Turquía, 2003	44.3	nd	44.3*
Haití, 2005	28.5	33.6	29.8	Uganda, 1988	1.7	5.8	2.4
India, 1993	7.1	nd	7.1*	Uganda, 2006	11.4	37.2	15.9
India, 2006	13.0	nd	13.1*	Vietnam, 1997	18.1	nd	18.1*
Indonesia, 1987	25.5	nd	25.5*	Vietnam, 2002	22.8	nd	22.8*
Indonesia, 2002	47.3	nd	47.3*	Zambia, 1992	8.7	5.5	7.7
Jordania, 1990	12.3	nd	12.3*	Zambia, 2002	25.5	22.6	24.9
Jordania, 2002	21.3	nd	21.3*	Zimbabue, 1988	30.0	34.8	31.0
Kazajistán, 1995	31.5	56.1	37.7	Zimbabue, 2005	36.7	36.8	36.7

*Incluye sólo mujeres casadas. Nota: nd=no disponible.

las tasas de falla para las adolescentes fue casi un 25% más alto que las experimentadas por mujeres de mayor edad. Esta diferencia probablemente se deba a varios factores, que incluyen el que las adolescentes tienden a usar métodos menos efectivos que las mujeres de mayor edad (especialmente en países donde una parte sustancial de las mujeres de mayor edad son esterilizadas), utilizan métodos de forma menos efectiva y son más fecundas.^{17,24} Algunos países tuvieron índices notablemente altos de fallas entre las mujeres jóvenes, incluidos Bolivia (19%), en donde la abstinencia periódica es el método más utilizado por las adolescentes; y Jordania, las Filipinas y Turquía (de 10% a 14%), en donde el retiro es el método más común.

La proporción de adolescentes que informaron haber discontinuado su método cuando aún lo necesitaban osciló entre el 4% en Marruecos al 28% en Guatemala. En todos los países, excepto en Etiopía, una mayor propor-

ción de mujeres adolescentes que de mujeres de mayor edad discontinuaron el uso del método cuando aún lo necesitaban. A pesar de que los datos de ENDESA ofrecen pocos elementos para comprender las razones de esta diferencia, sugieren que las mujeres más jóvenes enfrentan más obstáculos para un uso consistente de los anticonceptivos; y, tal vez, son más propensas a abandonar un método e intentar otro si experimentan efectos secundarios. Debido a que la discontinuación en el uso de anticonceptivos cuando aún son necesarios pone a las mujeres en riesgo de quedar embarazadas, idealmente las tasas disminuirían a través del tiempo, aunque existe poca evidencia de que esto haya pasado en la mayoría de los países (no se muestra).

En todos los países sobre los cuales se dispone de datos, una mayor proporción de adolescentes que de mujeres de mayor edad discontinuaron el uso de su método dentro

CUADRO 3. Porcentaje de usuarias de anticonceptivos que discontinuaron el uso de un método dentro de los 12 meses posteriores a haber iniciado su uso, por edad y razón de la discontinuación, según el país y año de la encuesta

País y año de la encuesta	15-19						20-49							
	Todas		Abandonaron			Meses de exposición	Todas		Abandonaron			Meses de exposición		
	Falla método	Cambio	Total	Por necesidad*	No por necesidad**		Falla método	Cambio	Total	Por necesidad*	No por necesidad**			
Bangladesh, 2004	60.0	6.4	25.5	28.0	8.1	19.9	3,188	44.2	3.6	23.9	16.8	6.0	10.8	7,114
Bolivia, 1994	59.7	19.1	17.7	22.9	8.2	14.7	527	38.6	11.1	14.3	13.1	7.4	5.8	3,972
Brasil, 1996	52.3	7.2	16.8	28.3	16.5	11.8	1,764	41.0	5.5	20.9	14.5	8.9	5.7	6,486
Colombia, 2005	54.6	9.4	20.2	24.9	9.0	16.0	7,710	37.9	6.4	17.8	13.7	5.9	7.7	22,704
Rep.Dom. 2002	63.5	7.9	15.6	39.9	24.9	15.0	3,669	42.1	5.5	12.9	23.7	14.0	9.7	11,210
Egipto, 2005	43.2	4.1	15.6	23.3	12.7	10.6	1,128	31.5	3.1	12.9	15.5	7.5	8.0	14,269
Etiopía, 2005	54.7	2.4	15.2	32.9	11.3	21.6	407	38.2	1.0	11.3	23.9	13.5	10.4	2,027
Guatemala, 1999	62.7	7.7	11.3	43.7	28.3	15.4	297	39.0	5.6	15.4	18.0	10.9	7.1	1,856
India, 2006	44.5	5.1	7.8	29.6	8.5	21.2	5,058	24.2	2.9	5.5	14.7	5.3	9.4	30,048
Indonesia, 2002	29.2	2.9	8.2	18.0	5.5	12.5	1,935	19.5	1.9	9.1	8.4	3.9	4.5	14,477
Jordania, 2002	61.7	13.6	15.0	33.1	13.4	19.7	252	41.2	10.3	14.9	15.9	6.3	9.7	6,019
Kenia, 2003	53.2	8.4	8.5	36.4	22.6	13.8	608	34.4	4.9	7.6	21.9	14.1	7.8	3,081
Malawi, 2004	49.3	4.3	4.6	40.3	19.9	20.5	945	32.8	3.1	3.5	26.2	16.5	9.7	4,347
Moldavia, 2005	45.5	5.9	22.3	17.2	5.8	11.4	752	36.3	6.8	17.0	12.5	5.4	7.1	3,800
Marruecos 2003	50.7	6.6	13.2	30.8	4.0	26.9	872	42.5	5.2	16.8	20.5	3.6	16.8	9,286
Perú, 2004	59.9	9.6	27.6	22.8	11.4	11.4	1,433	47.7	5.8	26.8	15.1	6.7	8.4	8,296
Filipinas, 2003	54.9	13.1	15.6	26.3	15.6	10.7	407	38.0	7.4	13.1	17.4	10.7	6.7	5,378
Tanzania, 2004	50.1	2.9	13.0	34.2	16.9	17.3	768	35.3	4.1	8.6	22.5	13.0	9.5	3,904
Turquía, 2003	56.3	9.8	22.6	23.9	5.8	18.1	762	37.8	8.5	19.0	10.4	3.2	7.1	6,394
Vietnam, 2002	45.3	9.3	17.7	18.3	6.1	12.2	147	23.9	7.5	9.9	6.5	1.9	4.7	3,404
Zimbabue, 2005	28.4	3.1	4.1	21.2	7.9	13.4	1,024	18.4	1.9	4.6	11.9	5.4	6.6	4,272

*Incluye a las mujeres que informaron haber dejado de utilizar el método porque sus maridos no estaban de acuerdo, porque querían un método más eficiente o porque su método era incómodo de usar; mujeres que abandonaron el método por efectos secundarios, problemas de salud, problemas de acceso o disponibilidad, u otras razones; y aquellas que respondieron "no sé". **Incluye mujeres que dejaron de utilizar el método porque querían quedar embarazadas o por tener relaciones sexuales con poca frecuencia, por menopausia o infertilidad, o por la disolución del matrimonio.

del primer año por algún motivo. Por tanto, comparado con el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres adultas, el uso por parte de las adolescentes se caracteriza por períodos más breves de uso consistente, más fallas en los anticonceptivos y más razones para dejar de usarlos. Este patrón no es sorprendente: las adolescentes que no están casadas por lo general informan tener relaciones sexuales poco frecuentes como un motivo para no usar anticonceptivos;¹⁹ y muchas adolescentes casadas los dejan de usar para embarazarse.

DISCUSIÓN

En muchos países incluidos en este estudio, proporciones sustanciales de mujeres de 15 a 19 años de edad están casadas, o no están casadas pero son sexualmente activas. La prevalencia del matrimonio en este grupo etario ha disminuido en la mayoría de los países incluidos en este estudio. Esta disminución ha sido acompañada en muchos países por un aumento en la prevalencia de la actividad sexual fuera del matrimonio, pero hay mucha variación en el patrón de cambio, lo que sugiere la necesidad de análisis a nivel país de los patrones de exposición al riesgo de embarazo, por grupos de edad.

De acuerdo con nuestros hallazgos, frecuentemente el uso actual de anticonceptivos entre las mujeres que no están casadas pero que son sexualmente activas es mayor que entre las mujeres casadas, especialmente en África subsahariana. Esto sugiere que las mujeres jóvenes que están en los comienzos de su actividad sexual, están aprendiendo a usar anticonceptivos para evitar embarazos no

planeados. Al mismo tiempo, en los países de este estudio la mayoría de las adolescentes que son sexualmente activas están casadas. El uso de anticonceptivos en este grupo ha aumentado en la mayoría de los países y lo ha hecho más rápido entre las adolescentes que entre las mujeres de mayor edad. La práctica de uso de anticonceptivos entre las adolescentes parece involucrar mucha experimentación y uso inconsistente. Encontramos niveles de falla del método y de discontinuación del método cuando aún es necesario, más altos en las adolescentes que entre las mujeres de mayor edad. Este patrón se ha observado en estudios de adolescentes de los Estados Unidos,^{20,21} así como también en los análisis multivariados de datos anteriores de ENDESA.²²⁻²⁴ Una mayor comprensión de la dinámica del uso de anticonceptivos en adolescentes se podría obtener mediante una más detallada observación de la adopción y discontinuación de métodos específicos y sus razones para discontinuar su uso, así como también de la interacción entre los patrones de uso de anticonceptivos y el estado civil o de las relaciones.

Debido al cambio que se se ha dado a través del tiempo hacia un menor deseo por parte de las adolescentes de formar familias grandes, así como debido a la iniciación más temprana en el uso de anticonceptivos, podemos suponer que la experiencia a lo largo de la vida con los anticonceptivos y su uso a través de los años reproductivos, aumentará. Debido a que las personas jóvenes muestran un claro patrón de experimentación con los anticonceptivos, es probable que su práctica a lo largo de la vida tenga fallas, lo cual resultará en embarazos accidentales. Se puede

esperar que una mayor demanda de anticonceptivos, servicios e información desafíen el grado de preparación, la capacidad y los recursos de los programas y prestadores existentes de servicios de planificación familiar. Es probable que esta tendencia de una demanda expandida sea de gran alcance, tanto por el mayor número de usuarias de anticonceptivos femeninos, como por los programas de los sectores públicos encargados de ofrecer servicios de planificación familiar.

Existen muchas barreras para el uso de los servicios de planificación familiar por parte de las personas jóvenes, que incluyen el temor, la vergüenza, el costo y la falta de conocimientos. Por lo tanto, existe la necesidad de realizar esfuerzos especiales para responder de forma efectiva a las necesidades de las personas adolescentes.²⁵ La calidad de los servicios ofrecidos a personas jóvenes podría tener un efecto importante tanto en la adopción como en la continuación del método utilizado; sus más altas tasas de falla y la discontinuación del método mientras aún existe el riesgo de un embarazo no deseado, sugieren que los modelos de servicios existentes son inadecuados. Por ejemplo, algunos programas de planificación familiar continúan restringiendo el acceso de las mujeres que no están casadas a los anticonceptivos; otros ponen énfasis en métodos que ponen fin a la fecundidad, como por ejemplo la esterilización, en lugar de métodos para retrasarla.

El grado en que la atención a la salud pública y privada a nivel nacional puede responder a esta necesidad creciente de servicios efectivos y de calidad para el embarazo y métodos anticonceptivos en las siguientes décadas, influirá en gran medida en la calidad de las transiciones de salud reproductiva de las parejas que estén formando sus familias. Afortunadamente, durante la última década ha aumentado el volumen de la evidencia acerca de qué hace más efectivo un programa de salud reproductiva para las personas jóvenes. A pesar de que todavía hay escasez de evaluaciones rigurosas de programas dirigidos a jóvenes, ahora existe alguna orientación basada en evidencia que se puede utilizar para orientar el diseño de programas y políticas.^{26,27} Los programas de formación de habilidades para la vida basados en la comunidad y aquellos destinados a parejas, han demostrado ser promisorios para mejorar los resultados reproductivos entre las personas jóvenes, tal y como lo han hecho los programas de transferencia condicional de efectivo (por ejemplo, aquellos que ofrecen dinero a cambio de permanecer en la escuela).²

Los hallazgos de este estudio indican que se debe invertir recursos para la investigación, que pueda aclarar los patrones e influencias detrás de las transiciones de salud sexual y reproductiva experimentadas por cohortes de gente joven en los países en desarrollo. Los factores personales, sociales e institucionales determinan la iniciación, oportunidad y cambios de las prácticas anticonceptivas a una edad joven y tienen consecuencias para futuras conductas reproductivas. El estudio de la dinámica cambiante de uso, especialmente en relación con los eventos reproductivos, desde la perspectiva de ambos géneros requiere inversio-

nes en sistemas de datos longitudinales que tengan el potencial de ofrecer explicaciones confiables más allá de lo que es posible desde una visión a nivel macro como la que se ofrece en este estudio. La modelación del cambio a nivel individual ayudará a abordar aspectos relacionados con la adopción y continuación de un método anticonceptivo, como se ha planteado en este estudio, así como a identificar los factores contextuales responsables.

REFERENCIAS

1. Lloyd C, ed., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.
2. Banco Mundial, *Development and the Next Generation*, World Development Report, Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2007.
3. Levine R et al., *Girls Count*, Washington, DC: Center for Global Development, 2008.
4. Bongaarts J y Cohen B, Introduction and overview, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(2):99-105.
5. Cleland J, Ali M y Shah I, Trends in protective behavior among single versus married young women in Sub-Saharan Africa: the big picture, *Reproductive Health Matters*, 2006, 14(28):17-22.
6. Pachauri S y Santhya K, Reproductive choices for Asian adolescents: a focus on contraceptive behavior, *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(4):186-195.
7. Godeau E et al., Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2008, 162(1):66-73.
8. Cleland J y Ali M, Sexual abstinence, contraception and condom use by young African women: a secondary analysis of survey data, *Lancet*, 2006, 368(18):1788-1793.
9. Ali M y Cleland J, Sexual and reproductive behavior among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis, *Social Science & Medicine*, 2005, 60(6):1175-1185.
10. Blanc A y Way A, Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(2):106-116.
11. Mensch B, Grant M y Blanc A, The changing context of sexual initiation in Sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, 2006, 32(4):699-727.
12. Ali M y Cleland J, Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries, *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 104(2):314-320.
13. MacPhail C et al., Contraceptive use and pregnancy among 15-24 year old South African women: a nationally representative cross-sectional survey, *BioMed Central Medicine*, 2007, Vol. 5, <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2190760>>, consultado el 11 de junio de 2009.
14. Gomes K et al., Contraceptive method use by adolescents in a Brazilian state capital, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2008, 1(4):213-219.
15. Sheeder J, Tocce K y Stevens-Simon C, Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies, part 1: an indicator of gaps in family planning services, *Maternal and Child Health*, 2009, 13(3):295-305.
16. Ross J y Winfrey W, Unmet need for contraception in the developing world and the former Soviet Union: an updated estimate, *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(3):138-143.
17. Blanc A, Curtis S y Croft T, Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(20):127-140.
18. Cálculos especiales de datos de Ross J, Mauldin WP y Miller V, *Family Planning and Population: A Compendium of International*

Statistics, Nueva York: Population Council, 1993, Tabla 9.

19. Sedgh G et al., Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, *Occasional Report*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37.

20. Woods J et al., Patterns of oral contraceptive pill-taking and condom use among adolescent contraceptive pill users, *Journal of Adolescent Health*, 2006, 39(3):381-387.

21. Gleit DA, Measuring contraceptive use patterns among teenage and adult women, *Family Planning Perspectives*, 1999, 31(2):73-80.

22. Ali M y Cleland J, Determinants of contraceptive discontinuation in six developing countries, *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31(3): 343-360.

23. Leite IC y Gupta N, Assessing regional differences in contraceptive discontinuation, failure and switching in Brazil, *Reproductive Health*, 2007, Vol. 4, <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1976606>>, consultado el 11 de junio de 2009.

24. Curtis S y Blanc A, Determinants of contraceptive failure, switching, and discontinuation: an analysis of DHS contraceptive histories, *DHS Analytical Reports*, Calverton, MD, USA: Macro International Inc., 1997, No. 6.

25. Biddlecom A et al., Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda, *African Journal of Reproductive Health*, 2007, 11(3):99-110.

26. Family Health International (FHI), *YouthNet End of Program Report*. Taking Action: Recommendations and Resources, Arlington, VA, EEUU: FHI, 2006.

27. International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region (IPPF/WHR), *Effective Strategies in Sexual and Reproductive Health Programs for Young People*, Nueva York: IPPF/WHR, 2007.

Agradecimientos

Este estudio recibió apoyo financiero parcial del Instituto para Población y Salud Reproductiva Bill y Melinda Gates y de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins. Los autores agradecen el apoyo de Marissa Pine Yeakey en la investigación.

Contacto con la autora: ablanc@engenderhealth.org