

CAMBIOS EN LA COMBINACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA TRANSICION DE LA FECUNDIDAD: AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Mary Beth Weinberger*
(División de Población de las
Naciones Unidas, Nueva York)

RESUMEN

En este documento se hace una revisión de la prevalencia anticonceptiva y los métodos empleados en América Latina y el Caribe para el control de la natalidad, a partir de los datos proporcionados por las encuestas, con énfasis en los cambios experimentados en la combinación de métodos a través del tiempo. La tendencia reciente más impactante es el aumento de la práctica de esterilización femenina. En algunas poblaciones, hasta un 60 por ciento de mujeres casadas pertenecientes a ciertos grupos etarios han sido esterilizadas. Si las tasas de esterilización por período permanecen tan elevadas como en los últimos años, la prevalencia de este método continuará aumentando incluso en países donde la esterilización ha alcanzado niveles muy elevados. En contraste con lo anterior, la práctica de la esterilización masculina continúa siendo ínfima en la mayoría de los países. La píldora anticonceptiva es el método temporal más popular, aunque su uso ha disminuido en vez de aumentar en los últimos años. En conjunto, la esterilización femenina y el uso de la píldora representan cerca de dos tercios de la práctica anticonceptiva en América Latina y el Caribe.

**(PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA)
(TENDENCIAS)**

**(METODOS
ANTICONCEPTIVOS)**

*Los conceptos aquí expresados son de responsabilidad exclusiva de su autora y no corresponden necesariamente a los de las Naciones Unidas.

CHANGES IN THE MIX OF CONTRACEPTIVE METHODS DURING FERTILITY DECLINE: LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

SUMMARY

This paper reviews survey-based data regarding contraceptive prevalence and methods employed in Latin America and the Caribbean, with an emphasis on changes in the mix of methods over time. The most striking recent trend is the rise in use of female sterilization. In a few populations, as many as 60 per cent of married women in certain age groups have been sterilized. If period rates of sterilization adoption remain as high as in recent years, prevalence of this method will continue to rise, even in countries where sterilization has already reached high levels. By contrast, use of male sterilization remains negligible in most countries. The oral contraceptive pill is by far the most popular of the temporary methods, though its prevalence has more often declined than increased in recent years. Together female sterilization and the pill make up around 2/3 of contraceptive practice in Latin America and the Caribbean.

(CONTRACEPTIVE PREVALENCE)
(TRENDS)

(CONTRACEPTIVE
METHODS)

Sin lugar a dudas, el uso creciente de métodos anticonceptivos es el determinante próximo principal de la transición de la fecundidad en América Latina (Moreno y Singh, 1990; Potter, 1983). La transformación de la práctica anticonceptiva ha sido consecuencia de los cambios en las actitudes públicas, políticas y en la provisión de servicios, así como de innovaciones en los métodos anticonceptivos propiamente tales (véase Mundigo, 1990). En este documento, sin embargo, nos limitamos a resumir los cambios ocurridos en la práctica anticonceptiva, de acuerdo con las evidencias entregadas por las encuestas de fecundidad.

El trabajo se inicia con un panorama general de las prácticas anticonceptivas en América Latina, comparándolas con las existentes en otras regiones importantes. Tras un breve análisis de las tendencias en los niveles generales del control de la natalidad en los países de América Latina y el Caribe, se examinan los cambios en el uso de métodos anticonceptivos específicos a través del tiempo. Por último, con base en los datos proporcionados por las Encuestas Demográficas y de Salud (*Demographic and Health Survey-DHS*), se analizan con mayor detalle las tendencias en el uso de la esterilización femenina en seis países.

I. USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN AMERICA LATINA Y OTRAS REGIONES

Con base en datos recientes, en el cuadro 1 se muestra una estimación de la prevalencia promedio en el uso de anticonceptivos y la combinación de métodos promedio a nivel mundial y de las principales regiones. El porcentaje general de prevalencia en América Latina y el Caribe se estima en un 56 por ciento de las parejas en que la mujer es fértil.¹ Este porcentaje está por encima del promedio mundial en su conjunto

¹ En las encuestas de América Latina se incluyen los matrimonios legales y las uniones consensuales. En Guyana y en los países del Caribe anglófono y francófono se incluyen además las uniones ocasionales. El término "matrimonio" utilizado aquí incluye estas uniones informales.

PREVALENCIA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ESPECIFICOS PARA REGIONES SELECCIONADAS

Región	Todos los métodos	Métodos modernos ^a	Esterilización		Píldora	Inyectables	DIU	Condón	Métodos de barrera vaginal	Ritmo	Coito interrumpido	Otros métodos
			Femenina	Masculina								
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
A. Porcentajes de mujeres casadas en edad reproductiva												
Regiones menos desarrolladas	46	40	15	5	6	1	11	3	0.4	2	1	1
América Latina	56	46	20	1	16	1	5	2	1	5	3	1
Africa	14	11	1	-	5	1	2	0.5	0.2	1	1	2
Asia y Oceanía	50	45	17	7	4	1	13	3	0.4	2	1	1
Asia Oriental	74	73	27	9	5	-	29	3	0.5	-----	1	-----
Asia Septentrional y Oceanía	34	27	10	6	4	2	2	3	0.4	3	2	2
Regiones más desarrolladas	70	46	7	3	14	-	6	13	2	9	14	2
Asia (Japón)	64	59	8	2	1	-	4	45	-----	5	-----	-----
Europa Oriental	70	25	0.4	-	9	-	5	8	2	19	24	2
Septentrional	80	76	11	11	22	-	11	19	3	1	3	1
Meridional	67	30	2	-	13	-	3	10	2	6	29	2
Occidental	78	56	7	2	30	-	10	6	1	6	15	1
Norteamérica	69	63	19	11	13	-	5	10	6	3	1	1
Mundo	51	42	13	5	7	1	10	5	1	4	4	1

Cuadro 1 (conclusión)

Región	Todos los métodos (1)	Métodos modernos ^a (2)	Esterilización		Píldora (5)	Inyectables (6)	DIU (7)	Condón (8)	Métodos de barrera vaginal (9)	Ritmo (10)	Coito interrumpido (11)	Otros métodos (12)
			Femenina (3)	Masculina (4)								
B. Porcentaje de usuarios de anticonceptivos												
Regiones menos desarrolladas	100	89	33	12	12	2	24	6	1	5	3	3
América Latina	100	83	36	1	29	2	9	3	1	9	6	2
África	100	75	9	-	38	9	14	3	1	6	5	15
Asia y Oceanía	100	91	34	14	9	2	26	6	1	4	3	2
Asia Oriental	100	98	37	12	6	-	39	4	1	-----	2	-----
Asia Septentrional y Oceanía	100	79	29	17	12	4	7	9	1	8	7	6
Regiones más desarrolladas	100	65	10	5	20	-	8	19	3	13	20	2
Asia (Japón)	100	92	13	3	2	-	5	69	-----	8	-----	-----
Europa Oriental	100	36	1	-	13	-	7	12	2	27	34	3
Septentrional	100	95	14	13	28	-	13	23	4	1	3	1
Meridional	100	45	2	-	19	-	5	15	3	9	44	2
Occidental	100	78	10	3	41	-	15	8	1	7	13	2
Norteamérica	100	92	28	16	19	-	7	14	9	4	2	1
Mundo	100	81	26	10	15	1	19	10	2	7	8	2

Fuente: Naciones Unidas, 1989.

Nota: Basado en datos de encuestas recientes. La fecha promedio de estas encuestas, medida por el número estimado de mujeres casadas en edad reproductiva es a fines de 1983. Las fechas promedio van desde mediados de 1982, para las regiones más desarrolladas, hasta mediados de 1986 para América Latina. Los cálculos de prevalencia reflejan estimaciones "medias" acerca del uso de anticonceptivos en países carentes de datos, que comparten aproximadamente el 13 por ciento de la población de los países en vías de desarrollo y el 28 por ciento de las regiones desarrolladas (véase Naciones Unidas, 1989, anexo I).

^a Incluye métodos en las columnas 3 a 9.

y es muy superior a los promedios para Asia Meridional y Africa. Sin embargo, es sustancialmente inferior a los de la mayoría de los países desarrollados, donde este promedio es cercano al 70 por ciento, o al del Sudeste Asiático (sobre todo China).² En la gran mayoría de los países y áreas de América Latina y el Caribe, la prevalencia anticonceptiva oscila entre 30 y 60 por ciento de las parejas (cuadro 2), si bien los valores van de sólo un 7 por ciento en Haití a cerca del 70 por ciento en Costa Rica y Puerto Rico.

Cuadro 2

**AMERICA LATINA Y EL CARIBE: PAISES Y REGIONES SEGUN
PREVALENCIA DEL USO ACTUAL DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS ENTRE PAREJAS CON
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
(ULTIMOS DATOS DISPONIBLES)**

Porcentaje que usa algún método				
-15	15-29	30-44	45-59	60+
Haití (1987)	Guatemala (1987)	Antigua (1981) Bolivia (1989)	Barbados (1980/81) Domínica (1981)	Brasil (1986) Colombia (1986)
	Nicaragua (1981)	Granada (1985) Guadalupe (1976) Guyana (1975) Honduras (1987) San Cristóbal y Nieves (1984) Santa Lucía (1981) San Vicente y las Granadinas (1981)	República Dominicana (1986) Ecuador (1989) El Salvador (1988) Jamaica (1988) Martinica (1976) México (1987) Montserrat (1984) Panamá (1984) Paraguay (1987) Perú (1986) Trinidad y Tabago (1987) Venezuela (1977)	Costa Rica (1986) Puerto Rico (1982)

Fuente: Cuadro 5.

² El cuadro 1 se basa en las cifras disponibles en mayo de 1988. Las cifras de encuestas más recientes incorporadas en otros cuadros de este artículo no hacen variar de manera significativa las cifras promedio para América Latina o las del promedio relativo de la población a la que se aplican.

América Latina como región tiene un porcentaje notablemente elevado de esterilización femenina (estimándose en un 20 por ciento de las parejas con mujeres en edad reproductiva) y de uso de anticonceptivos orales (16 por ciento). Ambos métodos suman cerca de dos tercios del total de la práctica anticonceptiva en América Latina. De las regiones que aparecen en el cuadro 1, sólo Asia Meridional muestra un nivel superior en la práctica de la esterilización femenina, y solamente Europa Occidental y Septentrional superan a América Latina en el uso de la píldora anticonceptiva. En comparación con otras regiones en vías de desarrollo, América Latina muestra también un nivel mayor que el promedio en el uso de la abstinencia periódica o ritmo (conocido también como método Ogino): el 5 por ciento de las parejas utiliza como método anticonceptivo principal alguna forma de abstinencia periódica. Un 5 por ciento adicional de parejas recurre al dispositivo intrauterino (DIU).³

En contraste con el elevado uso de la esterilización femenina, la práctica de la esterilización masculina es poco común en América Latina (sólo cerca del 1 por ciento del uso total). Aunque muchas otras regiones del mundo también tienen un bajo porcentaje de esterilización masculina, América Latina es la única donde coexisten un bajo nivel de vasectomía con una gran difusión de la esterilización de la mujer.

Cada uno de los métodos señalados —incluyendo los inyectables, preservativos o condones, barreras vaginales (diafragma y otros), abstinencia periódica o ritmo y otros— es usado por menos de un 3 por ciento de las parejas latinoamericanas y, en su conjunto, estos métodos más la vasectomía constituyen sólo el 15 por ciento de la práctica anticonceptiva.

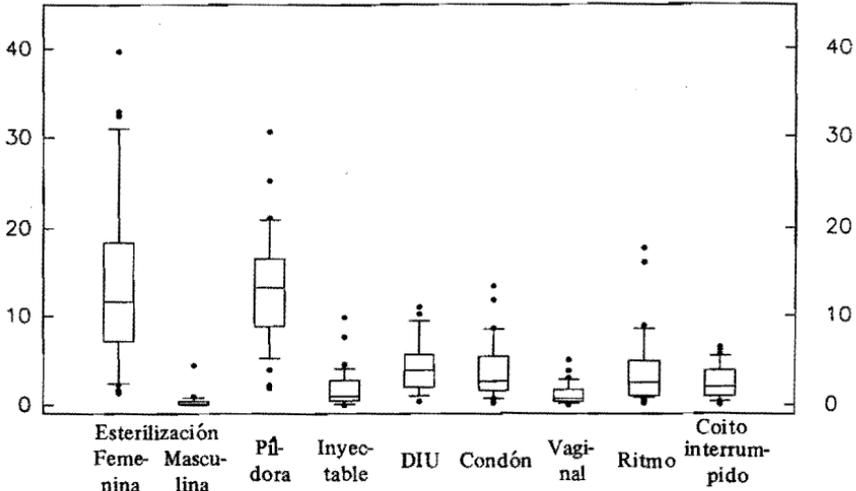
En el cuadro 5 se muestran las cifras correspondientes a la prevalencia de varios métodos anticonceptivos para los países de América Latina y el Caribe, para distintos años, y en el gráfico 1 se resume la prevalencia de métodos específicos, de acuerdo con los datos disponibles más recientes. Los países incluidos en los cuadros 2 y 5 suman cerca del 85 por ciento de la población regional, donde Argentina, Cuba, Chile y Uruguay corresponden en su conjunto a la mayor parte de la población restante. Los cuatro tienen una fecundidad más baja que el promedio regional y su práctica anticonceptiva está por encima de los niveles promedio. Debido a que se carece de información comparativa para estos países, ellos han sido omitidos.

³ Este porcentaje está por debajo del promedio a nivel mundial del 10 por ciento; sin embargo, esta cifra está fuertemente influida por el elevado uso del DIU en China. Excluyendo este país, el uso estimado del DIU es de sólo 4 por ciento.

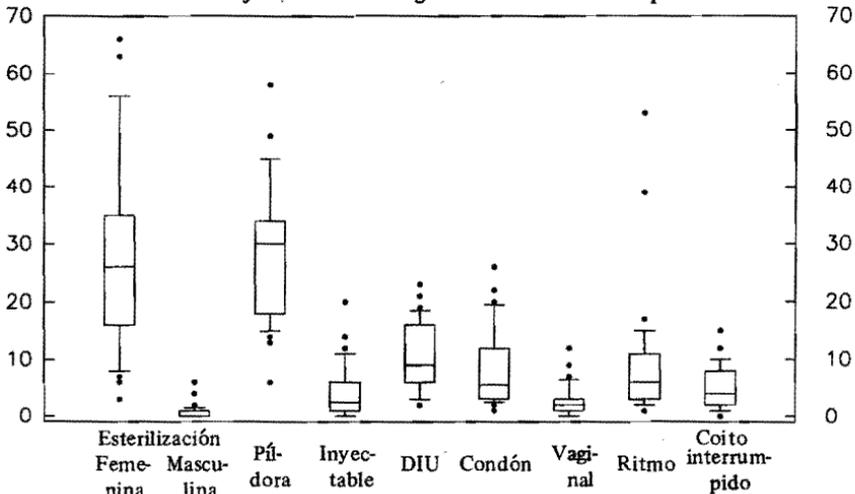
Gráfico 1

**DISTRIBUCION DE PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE
SEGUN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ESPECIFICOS
ENTRE PAREJAS CON MUJERES USUARIAS EN
EDAD REPRODUCTIVA**

A. Porcentajes de parejas que usan algún método



B. Porcentaje de usuarios según método anticonceptivo



Fuente: Cuadro A.

Nota: Cada rectángulo cubre entre el 25º y el 75º del percentil de niveles de uso de los 30 países y áreas. También se indica la mediana de uso a través de la línea horizontal que cruza el rectángulo. Las líneas horizontales extremas se extienden hasta el 10º percentil y hacia arriba hasta el 90º percentil de los niveles de uso del método. Los puntos exteriores de este último rango se muestran separadamente.

La combinación de métodos, al igual que en otras regiones, varía de manera considerable entre los países de América Latina. Sin embargo, de acuerdo con los datos más recientes, en la mayor parte de los casos, la esterilización femenina y el uso de la píldora contribuyen, cada uno, con al menos el 15 por ciento de la práctica anticonceptiva total (gráfico 1-B). Entre las excepciones se cuentan varios países —Granada, Montserrat, San Cristóbal y Nieves— donde se practica muy poco la esterilización, pero en los que el uso de la píldora corresponde al menos a un cuarto del uso total; y Bolivia y Perú, donde el ritmo y otros métodos tradicionales constituyen el grueso del uso anticonceptivo actual, hecho inusual para la región. También en Puerto Rico la píldora tiene un uso inferior al 15 por ciento, siendo la esterilización el principal método.

Existen varios países en los que la esterilización femenina o el empleo de la píldora anticonceptiva alcanza niveles notablemente elevados. En Brasil, más de un cuarto de las mujeres casadas en edad reproductiva están esterilizadas, mientras en República Dominicana, El Salvador y Panamá esta cifra corresponde a cerca de un tercio. En Puerto Rico, el 40 por ciento de las mujeres están esterilizadas, cifra que probablemente es la más elevada del mundo; aunque para la esterilización masculina y femenina en su conjunto, se encuentran niveles similares e incluso superiores en algunos países fuera de la región.⁴

La prevalencia del uso de la píldora fluctúa entre el 20 y el 31 por ciento en Brasil, Costa Rica, Jamaica, Montserrat, San Cristóbal y Nieves y Santa Lucía.

En la sección III se analizarán con mayor detalle los niveles de uso actual de métodos anticonceptivos específicos.

II. TENDENCIAS EN LA PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

En la mayoría de los países latinoamericanos, las primeras encuestas a nivel nacional sobre las prácticas anticonceptivas se realizaron después de 1970, en una época en que el uso de esos métodos era aún poco difundido. En el gráfico 2, a partir de encuestas que tuvieron una cobertura nacional (o cercana a ello), se muestra la tendencia en el nivel general del uso de anticonceptivos entre parejas donde la mujer estaba

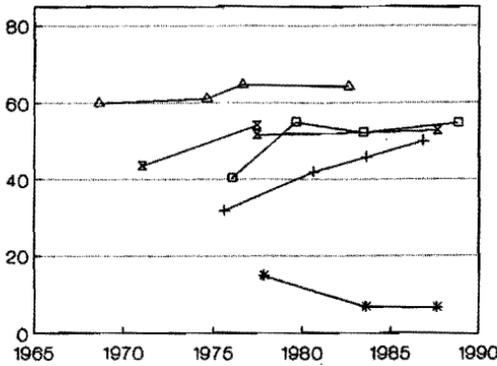
⁴ Una encuesta realizada en 1988 en República de Corea mostró que en el 48 por ciento de las parejas en edad reproductiva el hombre o la mujer estaban esterilizados. En Canadá, en 1982, este porcentaje fue de 44 por ciento.

Gráfico 2

**TENDENCIAS EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

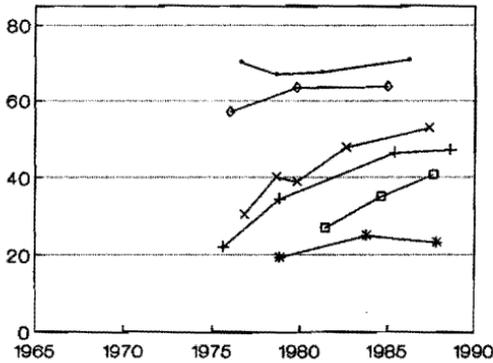
(Porcentaje de usuarios de anticonceptivos)

Caribe



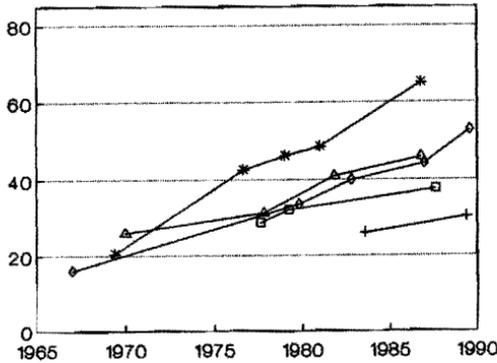
- + República Dominicana
- * Haití
- Jamaica
- △ Puerto Rico
- Trinidad y Tabago

América Central



- Costa Rica
- + El Salvador
- * Guatemala
- Honduras
- × México
- ◇ Panamá

América del Sur



- + Bolivia
- * Colombia
- ◇ Ecuador
- Paraguay
- △ Perú

Fuente: Cuadro 5 y archivos de la División de Población de las Naciones Unidas.

en edad fértil. Desde entonces y hasta fechas más recientes, la mayor parte de los países muestra un aumento en los niveles de uso de anticonceptivos.⁵ En consecuencia, la impresión predominante es que se ha producido una rápida y continua difusión de las prácticas anticonceptivas.

Sin embargo, en unos pocos países donde es posible observar las tendencias una vez que la prevalencia anticonceptiva ha superado el 50 por ciento, el aumento de la misma se ha mantenido a niveles inferiores al observado en la mayoría de los países desarrollados, con una fecundidad que tendería al nivel de reemplazo, oscilando entre 2.5 y 4 hijos por mujer. Ello contrasta con el aumento continuado de la prevalencia anticonceptiva (70 hasta 77 por ciento) y la persistente declinación de la fecundidad, lo que sucede en algunas poblaciones asiáticas: Hong Kong, Singapur y República de Corea, llegando a ser inferior o igual a la tasa de nivel de reemplazo.⁶

A fines del decenio de 1980, en Jamaica y Trinidad y Tabago, entre el 50 y el 55 por ciento de las parejas utilizaba métodos anticonceptivos; estos niveles son algo más elevados que los registrados a mediados o a fines del decenio de 1970. No obstante ello, en Jamaica aparentemente el nivel de fecundidad ha seguido disminuyendo desde una tasa global de fecundidad (TGF) cercana a 4.5 niños por mujer a mediados de los años 70, a 2.9 a fines de los años 80.⁷ En Trinidad y Tabago, la TGF disminuyó en forma leve: desde 3.4 niños por mujer a mediados del decenio de 1970 a 3.0-3.1 a mediados del decenio de 1980.⁸ En Costa Rica y Puerto Rico el nivel de uso de anticonceptivos ya alcanzaba un nivel de entre 60 y 70 por ciento en la época de la primera encuesta nacional, y desde entonces ha aumentado moderadamente. En Panamá,

⁵ En algunos casos, los porcentajes que aparecen en el gráfico 1 difieren de los entregados en el cuadro 5, lo que refleja ajustes en la población base o en los métodos específicos aplicados, con el fin de mejorar la comparación entre las encuestas. Por lo general, en el cuadro 5 se muestra toda la gama de métodos anticonceptivos, de edades de las mujeres y de cobertura geográfica disponible en cada encuesta a partir de las tabulaciones publicadas.

⁶ La fecundidad también ha caído por debajo del nivel de reemplazo en Cuba, país del cual no se dispone de información sobre el nivel de control de la fecundidad. La posibilidad de efectuar abortos en forma legal en este país, ha contribuido, sin duda, a la disminución de la fecundidad. En los países asiáticos de baja fecundidad ya mencionados, el aborto también ha sido un factor significativo.

⁷ Cálculos a partir de datos de las World Fertility Surveys para el período 1973-1975, y de Jamaica Contraceptive Prevalence Survey para el período 1986-1988 (McFarlane y C. Warren, 1989).

⁸ Estimaciones basadas en registros vitales o en datos de encuestas (Heath y otros, 1988).

el uso es inferior al 65 por ciento de las parejas. En estos casos, la TGF no ha disminuido de manera apreciable en los últimos años; si bien en Puerto Rico la tasa global de fecundidad —de aproximadamente 2.4— no supera en forma considerable el nivel de reemplazo, durante el período comprendido por las encuestas, en Costa Rica y Panamá se mantuvo en un rango de entre 3 y 4 hijos por mujer.

Además de estos casos de estabilización del uso de anticonceptivos a niveles moderadamente elevados, hay unos pocos casos de aparente disminución o interrupción de su aumento, con niveles más bajos, como en el caso de Guatemala entre 1983 y 1987. En El Salvador, sin embargo, la situación es poco clara debido a que las encuestas no tienen la misma cobertura geográfica. En Haití, aunque no hay duda que el nivel de uso es muy inferior al de cualquier otro país de la región, la impresión de disminución después de 1977 puede deberse a la medición incompleta del uso de métodos tradicionales (Cayemittes y Chahnazarian, 1989).

III. TENDENCIAS EN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ESPECIFICOS

1. Primeras encuestas

La magnitud del cambio en los tipos de anticoncepción utilizados puede observarse al comparar los datos de las encuestas recientes con un conjunto de encuestas realizadas en el período 1963-1964 en siete áreas metropolitanas de América Latina.⁹ Hacia comienzos de los años 60, la prevalencia anticonceptiva ya había alcanzado niveles moderados a elevados en estas áreas metropolitanas, observándose un 31 por ciento en Ciudad de México y un 69 por ciento en Buenos Aires, entre parejas con mujeres de 20 a 39 años de edad (cuadro 3). Con excepción de Ciudad de Panamá, donde la esterilización ya era el método más popular, los usuarios de anticoncepción del período 1963-1964 confiaban principalmente en el ritmo, el coito interrumpido, el condón y la ducha

⁹ Nótese que la comparación directa entre las primeras encuestas y las más recientes es complicada debido a diferencias en la cobertura de la muestra y a la codificación utilizada en las tabulaciones disponibles. Para la mayor parte de las encuestas que aparecen en el cuadro 3, se muestra bajo cada método a aquellas parejas que utilizan más de un método en combinación con otro o de manera alternada. Las tabulaciones de encuestas más recientes así como aquellas correspondientes a los Estados Unidos y Puerto Rico, que aparecen en el cuadro 3, por lo general sólo muestran el método principal o el más efectivo. Además, para el caso de los Estados Unidos, en 1955, no es posible separar las esterilizaciones realizadas sólo por razones de salud de aquellas hechas, al menos en parte, con propósitos anticonceptivos.

Cuadro 3

**PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS QUE UTILIZAN VARIOS TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS
(ENCUESTAS REALIZADAS EN 1963-1971)**

Región	Rango de edad	Cualquier método	Estérilización	Píldora	DIU	Condón	Barrera vaginal	Ritmo	Coito interrumpido	Ducha vaginal	Otros
A. Porcentaje de mujeres en pareja											
Áreas metropolitanas 1963-1964											
Buenos Aires	20-39	69.2	0.0	1.1	... ^a	31.0	4.4	14.8	31.6	9.7	0.6
Bogotá	20-39	31.6	1.0	2.1	... ^a	5.3	3.9	11.6	11.5	6.4	0.9
Caracas	20-39	53.1	6.5	0.3	... ^a	21.1	3.5	11.6	16.0	16.0	0.4
Ciudad de México	20-39	31.0	1.7	3.2	... ^a	3.8	2.6	8.6	3.4	6.9	0.8
Ciudad de Panamá	20-39	46.9	23.3	2.2	... ^a	6.8	3.8	5.8	4.0	9.7	0.0
Río de Janeiro	20-39	45.6	6.7	3.1	... ^a	5.2	5.8	12.2	3.4	11.6	2.8
San José	20-39	55.2	6.3	1.2	... ^a	21.1	3.1	12.0	15.8	9.7	0.8
Áreas rurales, 1969-1970											
Colombia	20-39	14.4	0.7	2.5	1.2	0.6	0.9	3.9	4.9	1.5	0.2
Costa Rica	20-39	26.1	3.5	9.8	3.0	1.7	0.1	4.8	3.9	1.5	0.7
México	20-39	6.0	0.9	1.6	0.1	0.3	0.5	1.6	1.1	0.5	0.3
Perú	20-39	7.2	0.3	0.9	0.2	0.4	0.1	3.4	1.0	1.9	0.0
Puerto Rico, 1968	15-49 ^b	60.0	35.5	11.3	1.6	2.1	0.3	1.7	4.4	-----	3.2
Trinidad y Tabago, 1970/71	15-44	43.6	2.1	17.1	3.0	9.8	4.5	2.4	4.3	0.7	1.8
Estados Unidos											
1955 (blancos)	18-39 ^c	58.8	9.3 ^d	-	-	15.9	12.1	11.0	-----	10.4	-----
1965	15-44 ^c	63.2	7.9	15.1	0.8	13.9	8.3	6.8	3.6	3.2	3.7

Cuadro 3 (conclusión)

Región	Rango de edad	Cualquier método	Esterilización	Píldora	DIU	Condón	Barrera vaginal	Ritmo	Coito interrumpido	Ducha vaginal	Otros
B. Porcentaje de usuarios											
Área metropolitana, 1963-1964											
Buenos Aires	20-39	100	0	2	... ^a	45	6	21	46	14	1
Bogotá	20-39	100	3	7	... ^a	17	12	37	37	20	3
Caracas	20-39	100	12	1	... ^a	40	7	22	30	30	1
Ciudad de México	20-39	100	6	10	... ^a	12	9	28	11	22	3
Ciudad de Panamá	20-39	100	50	5	... ^a	14	8	12	9	21	0
Río de Janeiro	20-39	100	15	7	... ^a	12	13	27	8	25	6
San José	20-39	100	11	2	... ^a	38	6	22	29	18	2
Áreas rurales 1969-1970											
Colombia	20-39	100	5	18	9	5	6	27	34	10	1
Costa Rica	20-39	100	13	38	11	7	0	18	15	6	3
México	20-39	100	14	26	1	5	8	26	18	8	6
Perú	20-39	100	4	12	2	6	1	47	13	26	0
Puerto Rico, 1968	15-49 ^b	100	59	19	3	4	1	3	7	----- 5 ----	
Trinidad y Tabago, 1970/71	15-44	100	5	39	7	22	10	6	10	2	4
Estados Unidos											
1955 (blancos)	18-39 ^c	100	16 ^d	-	-	27	21	19	----- 18 -----		
1965	15-44 ^c	100	13	24	1	22	13	11	6	5	6

Fuentes: Naciones Unidas (1979 y 1989); Goldscheider y Mosher (1988).

Notas: Excepto en Puerto Rico y los Estados Unidos 1965, las mujeres con combinación de métodos se presentan bajo cada uno de esos acápités; en consecuencia, las cifras para métodos específicos no corresponden a la suma total de uso de anticonceptivos.

^a Combinado con métodos de barrera vaginal.

^b Mujeres alguna vez unidas.

^c Mujeres en uniones legales.

^d Incluye esterilización por motivos ajenos al control de la natalidad.

vaginal. La píldora anticonceptiva acababa de aparecer en el mercado y la utilizaba entre el 1 y el 3 por ciento de las parejas; los DIU o bien no existían o se usaban con muy poca frecuencia como para reflejarse en forma separada en la codificación de la encuesta. Los métodos de barrera vaginal (diafragmas y otros) no tenían mucha popularidad, y sólo los usaba entre el 3 y el 6 por ciento de las mujeres.

Una segunda serie de encuestas, realizadas en el período 1969-1970, comprendió áreas rurales de cuatro países latinoamericanos, incluyendo tres (Colombia, Costa Rica y México) que ya habían participado en el programa de encuestas metropolitanas antes mencionado, observándose que la combinación de métodos mostró signos de modernización. En las áreas rurales de Costa Rica, el nivel total de uso de anticonceptivos correspondió a la mitad de lo que se había observado antes en San José, pero el 10 por ciento de las mujeres de áreas rurales usaba la píldora, en comparación con el 1 por ciento de las mujeres metropolitanas. En las áreas rurales, el uso total de la píldora correspondió a un 12-38 por ciento, frente al 1-10 por ciento en las áreas metropolitanas encuestadas previamente. El uso del DIU también apareció en las áreas rurales. La utilización de otros métodos (entre las mujeres) fue muy inferior al de las áreas metropolitanas, pero al considerarse como porcentaje del uso total (gráfico 1-B), los métodos tradicionales, relativamente ineficaces —como el ritmo, el coito interrumpido, la ducha vaginal— demostraron ser casi tan importantes como en la encuesta de 1963-1964 en las zonas metropolitanas. Sin embargo, el condón fue utilizado por una menor proporción de hombres en las áreas rurales (5-7 por ciento) que en las metropolitanas (11-45 por ciento).

Los elevados niveles de uso del coito interrumpido en varias de las áreas metropolitanas demuestran una influencia creciente de las prácticas traídas desde Europa por los inmigrantes. El uso extensivo de este método de control de la natalidad por la población nativa sólo se ha observado en algunos países en vías de desarrollo, mientras que en Europa tuvo gran difusión antes de que se dispusiera de los métodos modernos, siendo el método anticonceptivo más común en muchos países de Europa Oriental, Occidental y Meridional, por lo menos durante el decenio de 1970 (Naciones Unidas, 1989). A diferencia de la mayor parte de Europa, en muchas de las áreas metropolitanas de América Latina a comienzos de los años 60, el ritmo o abstinencia periódica se usaba con más frecuencia que el coito interrumpido, constituyendo uno de los numerosos puntos de similitud entre las prácticas anticonceptivas de América Latina y América del Norte.

En el cuadro 3 se incluyen también estadísticas de otras encuestas a nivel del continente americano: los Estados Unidos, en 1955 y 1965, Puerto Rico en 1968 y Trinidad y Tabago en 1970-1971. Todas estas regiones tuvieron niveles de uso de anticonceptivos moderados a elevados; ya para entonces, en Puerto Rico la esterilización era el método dominante y estaba bien establecido, y la píldora era un método muy común (excepto, por cierto, en los Estados Unidos en 1955).

Como en numerosas áreas metropolitanas de América Latina, las prácticas de control de la natalidad en los Estados Unidos, en 1955, involucraban el uso en gran escala del condón y el método del ritmo, así como del coito interrumpido y de la ducha vaginal. Aunque era menos común que en la actualidad, también se practicaba la esterilización, incluyendo una cantidad no despreciable de esterilización masculina (no registrada en el cuadro). En los Estados Unidos también existía un elevado nivel de métodos de barrera vaginal —diafragma, espuma, etc.—, mucho mayor que entre la población latinoamericana (diferencia que persiste hasta hoy), y hacia 1965 el 15 por ciento de las parejas estadounidenses utilizaba la píldora anticonceptiva.

2. Encuestas recientes

A partir de mediados de los años 70, se realizaron encuestas de fecundidad y de uso de anticonceptivos a nivel nacional en un número mayor de países de América Latina. En el cuadro 4 se muestran los cambios en el uso de métodos entre dos fechas para 16 países de la región y algunas áreas.¹⁰ Las dos encuestas están separadas por 6 a 14 años, aproximadamente, siendo 1968 a 1981 las fechas más tempranas, y las más recientes, de 1982 a 1989.¹¹

El rápido aumento del nivel general de uso de anticonceptivos en muchas de esas poblaciones ya ha sido señalado. Entre las fechas señaladas en el cuadro 4, la prevalencia anticonceptiva se incrementó a un ritmo promedio de 2 por ciento al año o más en 5 de los 16 países (Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras y México); en 1.0 a 1.9 por ciento en 3 de ellos (Jamaica, Perú y República Dominicana); y en 0.5 a 0.9 por ciento en otros 3. De los países con bajos porcentajes iniciales de uso, 2 de ellos —Guatemala y Haití— mostraron poco o ningún aumento

¹⁰ Algunas veces, las estadísticas difieren de las entregadas en el cuadro 5 para la misma fecha; ello se debe a los ajustes necesarios para realizar comparaciones en el tiempo.

¹¹ Donde hubo más de dos encuestas con tablas que entregaban detalles completos sobre los métodos anticonceptivos, se eligieron la más reciente y la más cercana a un decenio atrás.

Cuadro 4

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: USO DE ANTICONCEPTIVOS EN DOS FECHAS DIFERENTES Y CAMBIO EN LA PREVALENCIA SEGUN METODO ANTICONCEPTIVO

Región	Año	Rango de edad	Cualquier método	Clínico o "de oferta"		Método no "de oferta"	Métodos clínicos y "de oferta"						Ritmo ^a	Coito interrum-pido	Otros o no señalado	
				Total	Métodos temporales		Esterilización		Píldora	In-yec-table	DIU	Con-dón				Ba-rrera vaginal
							Fem-ena	Mas-cu-lina								
Caribe																
República Dominicana	1975	15-49	31.7	26.0	14.0	5.7	11.9	0.1	7.9	0.2	2.8	1.5	1.6	1.2	3.7	0.9
	1986	15-49	50.0	46.7	13.7	3.3	32.9	0.1	8.8	0.3 ^b	3.0	1.4	0.2	1.4	1.5	0.4
Diferencia	11.3		18.3	20.7	-0.3	-2.4	21.0	0.0	0.9	0.1	0.2	-0.1	-1.4	0.2	-2.2	-0.5
Cambio anual			1.6	1.8	0.0	-0.2	1.9	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	-0.1	0.0	-0.2	0.0
Haití	1977	15-50	14.9 ^c	5.4	5.1	9.5	0.2	0.1	3.5	0.0	0.4	1.1	0.1	4.8	4.7	0.0
	1987	15-49	6.1 ^c	4.8	3.5	1.3	1.3	--	2.2	0.7	0.4	0.2	0.0	0.9	0.3	0.0
Diferencia	9.8		-8.8	-0.6	-1.6	-8.2	1.1	-0.1	-1.3	0.7	0.0	-0.9	-0.1	-3.9	-4.4	0.0
Cambio anual			-0.9	-0.1	-0.2	-0.8	0.1	0.0	-0.1	0.1	0.0	-0.1	0.0	-0.4	-0.5	0.0
Jamaica	1975/76	15-49	38.3	36.2	28.1	2.1	8.1	0.0	11.8	6.2	3.5 ^d	6.6	... ^e	0.3	1.4	0.4
	1988	15-49	54.6	50.9	37.3	3.7	13.6	0.1	19.5	7.6	1.9 ^d	8.6	... ^e	1.1	2.4	0.0
Diferencia	12.8		16.3	14.7	9.2	1.6	5.5	0.1	7.7	1.4	-1.6	2.0	...	0.7	1.0	-0.4
Cambio anual			1.3	1.1	0.7	0.1	0.4	0.0	0.6	0.1	-0.1	0.2	...	0.1	0.1	0.0
Puerto Rico	1968	15-49 ^f	60.0	50.5	15.0	9.5 ^d	34.1 ^g	1.4	11.3	--	1.6	2.1	... ^b	1.7	---	7.9---
	1982	15-49 ^f	64.1	57.6	15.0	6.5 ^d	38.6	4.0	7.7	--	3.6	3.7	... ^b	4.4	---	2.2---
Diferencia	14.0		4.1	7.1	0.0	-3.0	4.5	2.6	-3.6	--	2.0	1.6	...	2.7	---	-5.7---
Cambio anual			0.3	0.5	0.0	-0.2	0.3	0.2	-0.3	--	0.1	0.1	...	0.2	---	-0.4---

Cuadro 4 (continuación 1)

Región	Año	Rango de edad	Cualquier método	Clínico o "de oferta"		Método no "de oferta"	Métodos clínicos y "de oferta"						Ritmo ^a	Coito interrumpido	Otros o no señalado	
				Total	Métodos temporales		Esterilización		Píldora	Inyectable	DIU	Condón				Barrera vaginal
							Femenina	Masculina								
Trinidad y Tabago	1977	15-49	51.6	45.7	41.2	5.9	4.3	0.2	18.0	1.0	2.2	15.0	5.0	2.3	2.8	0.8
	1987	15-49	52.7	44.4	36.0	8.3	8.2	0.2	14.0	0.8	4.4	11.8	5.0	2.6	5.3	0.3
	Diferencia	10.0		1.1	-1.3	-5.2	2.4	3.9	0.0	-4.0	-0.2	2.2	-3.2	0.0	0.3	2.5	-0.5
Cambio anual			0.1	-0.1	-0.5	0.2	0.4	0.0	-0.4	0.0	0.2	-0.3	0.0	0.0	0.3	-0.1
América Central																
Costa Rica	1976	20-44	70.1	59.0	43.1	11.1	14.9 ^g	1.0	25.0	1.7	5.5	9.1	1.8	5.6	4.8	0.7
	1986	20-44	70.8	59.5	44.1	11.3	14.8 ^g	0.6	20.2	1.1	8.4	13.7	0.7	8.1	3.1	0.1
	Diferencia	9.6		0.7	0.5	1.0	0.2	-0.1	-0.4	-4.8	-0.6	2.9	4.6	-1.1	2.5	-1.7	-0.6
Cambio anual			0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	-0.5	-0.1	0.3	0.5	-0.1	0.3	-0.2	-0.1
El Salvador	1975	15-44 ^f	19.3	18.0	9.4	1.3	---	8.6---	6.5	0.4	2.0	0.5	... ^b	---	1.0---	0.3
	1988	15-44	47.1	43.1	12.9	4.0	---	30.2---	7.6	0.9	2.0	2.4	... ^h	---	3.4---	0.4
	Diferencia	12.9		27.8	25.1	3.5	2.7	---	21.6---	1.1	0.5	0.0	1.9	---	2.4---	0.1
Cambio anual			2.2	1.9	0.3	0.2	---	1.7---	0.1	0.0	0.0	0.1	---	0.2---	0.0	
Guatemala	1978	15-44	19.2	14.6	7.9	4.6	6.7	... ^h	5.7	... ^h	1.4	0.8	... ^h	2.7	---	1.9----
	1987	15-44	23.2	17.3	6.9	5.9	10.4	... ^h	3.9	... ^h	1.8	1.2	... ^h	2.8	---	3.1----
	Diferencia	9.0		4.0	2.7	-1.0	1.3	3.7	---	-1.8	---	0.4	0.4	---	0.1	---	1.2----
Cambio anual			0.4	0.3	-0.1	0.1	0.4	---	-0.2	---	0.0	0.0	---	0.0	---	0.1----

Cuadro 4 (continuación 2)

Región	Año	Rango de edad	Cualquier método	Clínico o "de oferta"		Método no "de oferta"	Métodos clínicos y "de oferta"						Ritmo ^a	Coito interrumpido	Otros o no señalado	
				Total	Métodos temporales		Esterilización		Píldora	Inyectable	DIU	Condon				Barrera vaginal
							Femenina	Masculina								
Honduras	1981	15-49	26.9	23.5	15.3	3.4	8.1	0.1	11.7	0.3	2.4	0.3	0.6	1.6	1.6	0.0
	1987	15-44	40.6	32.9	20.1	7.7	12.6	0.2	13.4	0.3	4.3	1.8	0.3	3.5	3.9	0.2
	Diferencia	6.3		13.7	9.4	4.8	4.3	4.5	0.1	1.7	0.0	1.9	1.5	-0.3	1.9	2.3	0.2
Cambio anual			2.2	1.5	0.8	0.7	0.7	0.0	0.3	0.0	0.3	0.2	0.0	0.3	0.4	0.0
México	1976	15-49	30.3	23.3	20.4	7.0	2.7	0.2	10.8	1.7	5.7	0.8	1.4		7.1	
	1987	15-49	52.7	44.6	25.2	8.1	18.6	0.8	9.7	2.8	10.2	1.9	0.6		8.1	
	Diferencia	10.6		22.4	21.3	4.8	1.1	15.9	0.6	-1.1	1.1	4.5	1.1	-0.8		1.0
Cambio anual			2.1	2.0	0.5	0.1	1.5	0.1	-0.1	0.1	0.4	0.1	-0.1		0.1	
Panamá	1976	20-44	57.0	51.6	27.7	5.4	23.9		18.7	...	4.0	1.3	3.7	2.5	2.9	0.0
	1984	20-44	63.6	60.0	22.6	3.6	37.4		12.5	...	6.2	1.7	2.2	2.2	1.4	0.0
	Diferencia	8.8		6.6	8.4	-5.1	-1.8	13.5		-6.2	...	2.2	0.4	-1.5	-0.3	-1.5	0.0
Cambio anual			0.7	1.0	-0.6	-0.2	1.5		-0.7	...	0.2	0.0	-0.2	0.0	-0.2	0.0
Sud América																
Bolivia	1983	15-44	26.0	12.0	9.0	14.0	3.0	0.0	3.0	1.0	4.0	0.0	1.0	14.0	1.0	0.0
	1989	15-49	30.3	12.2	7.8	18.1	4.4	0.0	1.9	0.7	4.8	0.3	0.1	16.1	1.0	0.9
	Diferencia	5.8		4.3	0.2	-1.2	4.1	1.4	0.0	-1.1	-0.3	0.8	0.3	-0.9	2.1	0.0	0.9
Cambio anual			0.7	0.0	-0.2	0.7	0.2	-0.1	0.1	-0.1	0.1	0.1	-0.2	0.4	0.0	0.2
Colombia	1976	15-49	42.5	30.4	26.2	12.1	4.0	0.2	13.3	0.4	8.5	1.7	2.3	5.1	4.7	2.2
	1986	15-49	64.8	52.5	33.8	12.3	18.3	0.4	16.4	2.4	11.0	1.7	2.3	5.7	5.7	0.9
	Diferencia	10.3		22.3	22.1	7.6	0.2	14.3	0.2	3.1	2.0	2.5	0.0	0.6	1.0	-1.3
Cambio anual			2.2	2.1	0.7	0.0	1.4	0.0	0.3	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1	-0.1

Cuadro 4 (conclusión)

Región	Año	Rango de edad	Cualquier método	Clínico o "de oferta"		Método no "de oferta"	Métodos clínicos y "de oferta"						Ritmo ^a	Coito interrumpido	Otros o no señalado	
				Total	Métodos temporales		Esterilización		Píldora	Inyectable	DIU	Condón				Barrera vaginal
							Femenina	Masculina								
Ecuador	1979	15-49	33.6	25.7	17.7	7.9	7.8	0.2	9.5	0.8	4.8	1.0	1.6	4.8	2.3	0.8
	1989	15-49	52.9	41.5	23.0	11.3	18.3	0.2	8.6	0.7	11.9	1.3	0.8	8.8	2.5	0.0
	Diferencia	9.8		19.3	15.8	5.3	3.4	10.5	0.0	-0.9	-0.1	7.1	0.3	-0.8	4.0	0.2	-0.8
Cambio anual			2.0	1.6	0.5	0.3	1.1	0.0	-0.1	0.0	0.7	0.0	-0.1	0.4	0.0	-0.1
Paraguay	1977	15-44	28.6 ^c	23.3	20.1	5.3	---	3.2---	11.8	0.9	4.0	2.6	0.8	1.9	3.3	0.0
	1987	15-44	37.6 ^c	29.0	25.0	8.6	---	4.0---	13.5	3.6	5.1	2.3	0.5	5.7	2.9	0.0
	Diferencia	10.0		9.0	5.7	4.9	3.3	---	0.8---	1.7	2.7	1.1	-0.3	-0.3	3.8	-0.4	0.0
Cambio anual			0.9	0.6	0.5	0.3	---	0.1---	0.2	0.3	0.1	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0
Perú	1977	15-49	31.4	11.0	8.2	20.4	2.8	0.0	4.1	1.0	1.3	1.0	0.8	10.9	3.3	6.0
	1986	15-49	45.8	23.0	16.9	22.8	6.1	0.0	6.5	1.3	7.4	0.7	1.0	17.7	3.6	1.5
	Diferencia	9.1		14.4	12.0	8.7	2.4	3.3	0.0	2.4	0.3	6.1	-0.3	0.2	6.8	0.3	-4.5
Cambio anual			1.6	1.3	1.0	0.3	0.4	0.0	0.3	0.0	0.7	0.0	0.0	0.7	0.0	-0.5

Fuentes: Para la mayor parte de las encuestas los datos y fuentes se encuentran en Naciones Unidas (1989). Otras fuentes: ADS y USCDC (1989); Asociación Demográfica Costarricense y USCDC (1987); Cayemites y Chahnazarian (1989); CEPAR y otros (1990); CEPEP y USCDC (1988); DGPF e IRD (1989); Heath y otros (1988); INCAP e IRD (1989); INE, Bolivia (1990); McFarlane y Warrea (1989); MSP y USCDC (1986); MSPH y otros (1989).

^a Principalmente ritmo calendárico. También incluye métodos más presentes de abstinencia periódica.

^b Incluye el 0.2 por ciento de uso de implantes.

^c Excluye irrigación, abstinencia y métodos tradicionales.

^d Incluye métodos de barrera vaginal.

^e Combinado con DIU.

^f Mujeres alguna vez unidas.

^g Incluye algunos casos de esterilización por razones ajenas al control de la natalidad.

^h Combinado con "otros".

ⁱ Combinado con métodos de barrera vaginal.

^j Incluye inyectables.

en sus niveles de uso, y 3 poblaciones con niveles moderadamente altos de uso al comienzo —Costa Rica, Puerto Rico y Trinidad y Tabago— mostraron pocos cambios en sus niveles de uso.

Haya o no aumentado la prevalencia anticonceptiva, por lo general la combinación de métodos mostró un cambio considerable. La característica más sobresaliente es el aumento de la esterilización femenina. Al inicio del período señalado en el cuadro 4, la esterilización femenina correspondía en promedio a un 21 por ciento de la práctica anticonceptiva (con una variación de 1 a 57 por ciento); al final del período, el promedio fue del 30 por ciento (con una variación de 11 a 66 por ciento). En 6 de las 16 poblaciones encuestadas, la esterilización femenina (o la esterilización en ambos sexos, cuando no se presentó por separado), aumentó en más de 1 por ciento anual, con un aumento total durante el período, en el porcentaje de parejas que recurrió a la esterilización femenina, de 21 a 22 por ciento en la República Dominicana y El Salvador, y de 10 a 16 por ciento en México, Panamá, Colombia y Ecuador. En la mayor parte del resto de las poblaciones también aumentó el porcentaje de esterilización femenina, con la única excepción de Costa Rica donde, después de 1976, cambios normativos y legales restringieron la posibilidad de recurrir a este método, requiriendo que se justificara por indicación médica y no se basara sólo en el deseo de la mujer o de la pareja de regular su fecundidad (Hollerbach, 1989).

Aunque el uso de la esterilización está aumentando en casi todas partes, hay algunos países de América Latina donde continúa siendo baja (gráfico 1 y cuadro 5). De acuerdo con la fecha más reciente, menos del 5 por ciento de las parejas recurría a la esterilización femenina en 6 de los 30 países y áreas (20 por ciento) que contaban con al menos una encuesta. Incluso en estos casos, ello puede deberse más a la escasa disponibilidad de la esterilización anticonceptiva que a una falta de interés por parte de la mujer.¹²

Puerto Rico cuenta con el nivel más alto de esterilización masculina —4.4 por ciento de las parejas—, y también constituye la única instancia señalada en el cuadro 4 donde el uso de este método creció en más de 1 por ciento durante el período señalado. La mayor parte de los países de América Latina y el Caribe muestra un uso insignificante de este método y prácticamente ninguna señal de que vaya a aumentar. En México se produjo un pequeño incremento (entre 0.2 y 0.8 por ciento de las parejas).

¹²Hacia 1982, se consideró que la esterilización no era de fácil acceso para una gran mayoría de la población de muchos países de América Latina y el Caribe, incluyendo Bolivia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela (Lapham y Mauldin, 1984; Singh y Berrio, 1989; Naciones Unidas, 1989).

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: (VARIAS FECHAS) PORCENTAJE DE USUARIOS HABITUALES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ESPECIFICOS, PAREJAS CON MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

País	Año	Rango de edad	Porcentaje de mujeres										Porcentaje de mujeres			Porcentaje de usuarios				
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
Caribe																				
Antigua	1981	15-44	38.9	----	8.7----	16.1	4.5	4.6	1.9	1.3	1.0	0.6	0.2	8.7	28.4	1.8	100	22	73	5
Barbados	1980/81	15-49	46.5	14.4	0.2	15.8	2.2	4.0	5.4	2.6	-----	1.9-----	-----	14.6	30.0	1.9	100	31	65	4
Domínica	1981	15-44	49.0	-----	14.7----	16.5	9.8	2.0	3.6	0.6	1.0	0.7	0.0	14.7	32.5	1.7	100	30	66	3
República Dominicana	1975	15-49	31.7	11.9	0.1	7.9	0.2	2.8	1.5	1.6	1.2	3.7	0.9	12.0	14.0	5.8	100	38	44	18
	1980	15-49	42.0	21.0	...	9.0	-----	5.0-----	-----	-----	-----	6.0-----	-----	21.0	14.0	6.0	100	50	33	14
	1983	15-49	45.8	27.4	0.1	8.6	0.0	3.8	1.5	0.3	1.1	2.5	0.5	27.5	14.2	4.1	100	60	31	9
	1986	15-49	50.0	32.9	0.1	8.8	0.3 ^a	3.0	1.4	0.2	1.4	1.5	0.4	33.0	13.7	3.3	100	66	27	7
Granada	1985	15-44	31.0	2.2	...	7.8	2.9	2.6	8.0	3.8	0.6	2.9	0.0	2.2	25.1	3.5	100	7	81	11
Guadalupe	1976	15-44	43.6	11.5	...	9.7	...	3.4	5.7	0.2	4.9	6.5	1.7	11.5	19.0	13.1	100	26	44	30
Haití	1977	15-50	18.9	0.2	0.1	3.5	...	0.4	1.1	0.1	4.8	4.7	4.0	0.3	5.1	13.5	100	2	27	71
	1983	15-49	6.9 ^b	0.7	0.1	2.2	0.2	0.2	0.5	0.0	1.4	1.6	...	0.8	3.1	3.0	100	12	45	43
	1987	15-49	6.7	1.3	...	2.2	0.7	0.4	0.2	0.0	0.9	0.3	0.6	1.3	3.5	1.8	100	19	53	27
Jamaica	1975/76	15-49	38.3	8.1	0.0	11.8	6.2	2.0	6.6	1.5	0.3	1.4	0.4	8.1	28.1	2.1	100	21	73	5
	1979	15-44	54.9 ^b	9.8	0.0	23.8	11.4	2.0	6.5	0.7	0.2	0.5	...	9.8	44.4	0.7	100	18	81	1
	1983	15-49	51.4 ^b	10.9	0.0	19.3	7.6	2.0	7.6	1.0	1.1	1.9	...	10.9	37.5	3.0	100	21	73	6
	1988	15-49	54.6	13.6	0.1	19.5	7.6	1.5	8.6	0.4	1.1	2.4	0.0	13.7	37.6	3.5	100	25	69	6
Martinica	1976	15-44	51.3	11.7	...	17.3	...	2.6	4.6	1.7	4.7	6.2	2.6	11.7	26.2	13.5	100	23	51	26
Montserrat	1984	15-44	52.6	-----	1.6----	30.6	3.2	11.0	3.4	2.4	-----	0.3-----	0.0	1.6	50.6	0.3	100	3	96	1

Cuadro 5 (continuación 1)

País	Año	Rango de edad	Porcentaje de mujeres										Porcentaje de mujeres			Porcentaje de usuarios				
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
Puerto Rico	1947/48	15-49 ^c	...	---	6.6---	...	...	...	...	...	...	...	6.6	...	...	...	...	...	...
	1953/54	20-49 ^c	...	---	16.5---	...	...	...	...	...	...	...	16.5	...	...	...	...	...	...
	1965	20-49 ^c	...	---	31.9---	...	...	...	...	...	...	...	31.9	...	...	...	...	...	...
	1968	15-49 ^c	60.0	34.1 ^d	1.4	11.3	...	1.6	2.1	0.3	1.7	4.4	3.2	35.5	15.3	9.3	100	59	26	16
	1974	15-49 ^c	61.1	---	28.5---	20.0	...	3.6	2.9	---	6.1-----	---	---	28.5	26.5	6.1 ^e	100	47	43	10 ^e
	1976	15-49 ^c	64.6	35.4	2.8	12.7	...	3.4	---	---	10.3-----	---	---	38.2	16.1	10.3 ^f	100	59	25	16 ^f
	1982 ^g	15-49 ^c	64.1	38.6	4.0	7.7	...	3.6	3.7	...	4.4	---	2.2---	42.6	15.0	6.6 ^e	100	66	23	10 ^e
	1982 ^g	15-44	70.4	39.7	4.4	9.3	...	4.1	4.6	...	5.5	---	2.8---	44.1	18.0	8.3 ^e	100	63	26	12 ^e
San Cristóbal y Nieves	1984	15-44	40.6	---	2.6---	19.7	2.3	3.8	5.6	3.0	---	3.6---	0.0	2.6	34.4	3.6	100	6	85	9
Santa Lucía	1981	15-44	42.7	---	10.8---	21.1	2.3	1.0	3.9	1.1	0.8	1.5	0.2	10.8	29.4	2.5	100	25	69	6
San Vicente y Granadinas	1981	15-44	41.5	---	11.8---	13.0	2.7	2.3	8.3	1.4	0.9	0.6	0.4	11.8	27.7	1.9	100	28	67	5
Trinidad y Tabago	1970/71	15-44	43.6 ⁱ	2.0	0.1	17.1	...	3.0	9.8	4.5	2.4	4.3	2.5	2.1	34.4	7.1 ^j	100	5	79	16 ^j
	1977	15-49	51.6	4.3	0.2	18.0	1.0	2.2	15.0	5.0	2.3	2.8	0.8	4.5	41.2	5.9	100	9	80	11
	1987	15-49	52.7	8.2	0.2	14.0	0.8	4.4	11.8	5.0	2.6	5.3	0.3	8.4	36.0	8.2	100	16	68	16
América Central																				
Costa Rica	1976	20-49	64.4	12.3	1.0	22.5	2.0	5.2	8.8	1.7	5.1	4.6	1.2	13.3	40.2	10.9	100	21	62	17
	1978	15-49	63.8	14.0 ^d	0.8	23.3	2.0	4.8	8.7	1.3	4.9	3.5	0.5	14.8	40.1	8.9	100	23	63	14
	1981	15-49	65.2	17.3 ^d	0.5	20.6	2.2	5.7	8.4	1.2	6.2	2.8	0.3	17.8	38.1	9.3	100	27	58	14
	1986	15-44	69.5	13.9	0.5	20.7	1.0	8.0	13.4	0.7	8.1	3.1	0.1	14.4	43.8	11.3	100	21	63	16
El Salvador	1975	15-44 ^c	19.3	---	8.6---	6.5	0.4	2.0	0.5	...	---	1.0---	0.3	8.6	9.4	1.3	100	45	49	7
	1978	15-44	34.4	17.8	0.2	8.7	0.4	3.3	1.5	0.4	1.7	0.3	0.0	18.0	14.3	2.0	100	52	42	6
	1985	15-44	48.4 ^k	31.8	0.7	7.2	0.8	3.5	1.3	0.2	2.1	0.8	0.1	32.5	13.0	3.0	100	67	27	6
	1988	15-44	47.1	29.6	0.6	7.6	0.9	2.0	2.4	0.4	2.4	1.0	0.0	30.2	13.3	3.4	100	64	28	7

Cuadro 5 (continuación 2)

País	Año	Rango de edad	Porcentaje de mujeres									Porcentaje de mujeres			Porcentaje de usuarios					
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
Guatemala	1978	15-44	18.1 ^{b1}	5.9	0.4	5.4	1.1	1.3	0.7	0.4	2.6	0.3	...	6.3	8.9	2.9	100	35	49	16
	1983	15-44	25.0 ^b	10.2	0.9	4.7	0.0	2.6	1.2	1.0	3.4	1.0	...	11.1	9.5	4.4	100	44	38	18
	1987	15-44	23.2	10.4	0.9	3.9	0.5	1.8	1.2	0.4	2.8	1.2	0.1	11.3	7.8	4.1	100	49	34	18
Honduras	1981	15-49	26.9	8.1	0.1	11.7	0.3	2.4	0.3	0.6	1.6	1.6	0.0	8.2	15.3	3.2	100	30	57	12
	1984	15-44	34.9	12.1	0.2	12.7	0.3	3.8	0.9	0.4	2.9	1.7	0.0	12.3	18.1	4.6	100	35	52	13
	1987	15-44	40.6	12.6	0.2	13.4	0.3	4.3	1.8	0.3	3.5	3.9	0.2	12.8	20.1	7.6	100	32	50	19
México	1976	15-49	30.3	2.7	0.2	10.8	1.7	5.7	0.8	1.4	3.1	3.6	0.4	2.9	20.4	7.1	100	10	67	23
	1978	15-49	40.0	7.0	0.2	13.8	2.8	6.5	1.0	1.5	3.0	3.3	1.0	7.2	25.6	7.3	100	18	64	18
	1979	15-49	38.9	-----9.2-----		13.1	2.6	6.1	0.9	1.1	-----5.9-----			9.2	23.8	5.9	100	24	61	15
	1982	15-49	47.7	13.4	0.3	14.2	5.1	6.6	0.9	1.0	3.8	0.4	1.9	13.7	27.8	6.1	100	29	58	13
	1987	15-49	52.7	18.6	0.8	9.7	2.8	10.2	1.9	0.6	-----8.1-----			19.4	25.2	8.1	100	37	48	15
Nicaragua	1981	15-49	27.0	7.1	0.1	10.5	1.4	2.3	0.8	0.6	1.0	0.4	3.0	7.2	15.6	4.4	100	27	58	16
Panamá	1976	20-49	54.1	21.2	0.4	17.2	0.7	3.7	1.2	1.8	2.6	3.0	2.5	21.6	24.6	8.1	100	40	45	15
	1979	15-44	60.6 ^b	-----29.7 ^d -----		19.0	... ^m	3.7	1.7	2.2 ^b	2.9	1.4	...	29.7	26.6	4.3	100	49	4	7
	1984	15-44	58.2 ^{bo}	32.4 ^d	0.4	11.8	0.8	6.0	1.6	1.2	2.3	1.4	0.3	32.8	21.4	4.0	100	56	3	7
América del Sur																				
Bolivia	1983	15-44	26.0	3.0	0.0	3.0	1.0	4.0	0.0	1.0	14.0	1.0	0.0	3.0	9.0	15.0	100	12	35	58
	1989	15-49	30.3	4.4	0.0	1.9	0.7	4.8	0.3	0.1	16.1	1.0	0.9	4.4	7.8	18.0	100	15	26	59
Brasil	1986	15-44	65.8	26.9	0.8	25.2	0.6	1.0	1.7	0.5	4.3	5.0	0.0	27.7	29.0	9.3	100	42	44	14
Colombia	1969	15-49	20.5	-----1.4-----		4.8	...	2.7	-----11.5-----					1.4	7.5	11.5 ^f	100	7	37	66 ^f
	1976	15-49	42.5	4.0	0.2	13.3	0.4	8.5	1.7	2.3	5.1	4.7	2.2	4.2	26.2	12.0	100	10	62	28
	1978	15-49	46.1	7.5	...	17.2	... ^m	7.7	1.4	3.5 ^b	4.0	...	4.7	7.5	29.8	8.7	100	16	65	19
	1980	15-49	48.5	10.7	0.2	17.4	... ^m	8.1	-----4.6 ^a -----		4.9	...	2.7	10.9	30.1	7.6	100	22	62	16
	1986	15-49	64.8	18.3	0.4	16.4	2.4	11.0	1.7	2.3	5.7	5.7	0.9	18.7	33.8	12.3	100	29	52	19

Cuadro 5 (conclusión)

País	Año	Rango de edad	Porcentaje de mujeres								Porcentaje de mujeres				Porcentaje de usuarios					
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
Ecuador	1979	15-49	33.6	7.8	0.2	9.5	0.8	4.8	1.0	1.6	4.8	2.3	0.8	8.0	17.7	7.9	100	24	53	24
	1982	15-49	39.9	12.4	0.0	10.3	0.7	6.4	1.1	2.0	4.8	1.5	0.7	12.4	20.5	7.0	100	31	51	18
	1987	15-49	44.3	15.0	0.0	8.5	0.7	9.8	0.6	1.2	6.1	2.1	0.3	15.0	20.8	8.5	100	34	47	19
	1989	15-49	52.9	18.3	0.2	8.6	0.4	11.9	1.3	0.8	8.8	2.5	0.0	18.5	23.0	11.3	100	35	43	21
Guyana	1975	15-49	31.4	8.5	0.1	9.0	0.3	5.6	2.9	1.9	1.0	1.1	1.0	8.6	19.7	3.1	100	27	63	10
Paraguay	1977	15-44	28.6 ^b	-----	3.2-----	11.8	0.9	4.0	2.6	0.8	1.9	3.3	...	3.2	20.1	5.2	100	11	70	18
	1979	15-49	36.4	2.1	0.1	11.9	1.7	5.4	1.5	0.8	4.2	2.4	6.3	2.2	21.3	12.9	100	6	59	35
	1987	15-44	44.8	4.0	0.0	13.5	3.6	5.1	2.3	0.5	5.7	2.9	7.2	4.0	25.0	15.8	100	9	56	35
		15-49	44.8	4.0	0.0	13.5	3.6	5.1	2.3	0.5	5.7	2.9	7.2	4.0	25.0	15.8	100	9	56	35
Perú	1969/70	15-49	26.0	2.0	...	3.0	...	1.0	3.0	1.0	7.0	4.0	5.0	2.0	8.0	16.0	100	8	31	62
	1977/78	15-49	31.4	2.8	0.0	4.1	1.0	1.3	1.0	0.8	10.9	3.3	6.0	2.8	8.2	20.2	100	9	26	64
	1981	15-49	41.0	4.0	0.0	5.0	2.0	4.0	1.0	1.0	17.0	4.0	3.0	4.0	13.0	2.0	100	10	32	59
	1986	15-49	45.8	6.1	0.0	6.5	1.3	7.4	0.7	1.0	17.7	3.6	1.5	6.1	16.9	22.8	100	13	37	50
Venezuela	1977	15-44	49.3	7.6	0.1	15.3	0.2	8.6	4.8	1.1	4.0	4.7	2.8	7.7	30.0	11.5	100	16	61	23

Fuente: Véase Cuadro 4.

Notas: Debido a la curvatura, las cifras de los métodos individuales no se pueden agregar al total.

(1) Algún método; (2) Esterilización femenina; (3) Esterilización masculina; (4) Píldora; (5) Inyectable; (6) DIU; (7) Condón; (8) Métodos de barrera vaginal; (9) Ritmo; (10) Coito interrumpido; (11) No especificados; (12) Esterilización (F+M) (2,3); (13) Reversible: Clínica "de oferta" (4-8); (14) Reversible: No "de oferta" (9-11); (15) Total; (16) Esterilización (F+M) (2,3); (17) Reversible: Clínica "de oferta" (4-8); (18) Reversible: No "de oferta" (9-11).

^a Incluye 0.2 por ciento de usuarios de NORPLANT.^b Excluye abstinencia, irrigación y métodos tradicionales.^c Mujeres alguna vez unidas.^d Incluye algunos casos de esterilización por motivos ajenos al control de la natalidad.^e Incluye métodos de barrera vaginal.^f Incluye condón y métodos de barrera vaginal.^g Las cifras de la misma fecha pertenecen a la misma encuesta, y corresponden a más de una población de base.^h Combinado con "otros métodos".ⁱ Las cifras no se suman al total, debido a que las mujeres usuarias de métodos combinados se incluyen en cada uno de ellos.^j Calculado suponiendo que los métodos clínicos y "de oferta" no se usan en combinación con otros métodos similares.^k Al ponderar los datos por las áreas no cubiertas en 1985, la prevalencia es del 46.3 por ciento.^l Para las mismas áreas geográficas cubiertas en la encuesta de 1983, el 19.2 por ciento usaba en 1978.^m Combinado con métodos de barrera vaginal.ⁿ Incluye inyectables.^o Para las mismas áreas geográficas cubiertas en 1976 y 1979, el 60.5 por ciento usaba en 1984.

Los métodos que no son la esterilización femenina muestran tendencias menos consistentes entre un país y otro. El uso de la píldora aumentó al menos en 1 por ciento de las parejas en 6 de las 16 poblaciones incluidas en el cuadro 4, manifestándose los mayores incrementos en Jamaica (7.7 por ciento) y Colombia (3.1 por ciento). En 9 poblaciones el uso de la píldora disminuyó al menos en 1 por ciento; las mayores disminuciones se produjeron en Panamá (6.2 por ciento), Costa Rica (4.8), Trinidad y Tabago (4.0) y Puerto Rico (3.6). En algunos casos, estas disminuciones fueron acompañadas por mayores incrementos en la esterilización femenina (Panamá, Puerto Rico), pero en Trinidad y Tabago el aumento de la esterilización no fue mayor que la disminución en el uso de la píldora, y en Costa Rica la esterilización no aumentó en absoluto. Para los 16 países, el porcentaje medio de la contribución de los anticonceptivos orales en los distintos tipos de anticonceptivos disminuyó de 31 por ciento, en la fecha más temprana del cuadro 4, a 19 por ciento, en la fecha más reciente.

Al contrario de lo que ocurre con el uso de la píldora, el empleo de dispositivos intrauterinos (DIU) ha aumentado en la mayoría de los países de América Latina. En 10 de los 16 países, dicho uso aumentó en cerca del 1 por ciento o más de las parejas, observándose los mayores incrementos en Ecuador (7.1 por ciento), Perú (6.1) y México (4.5). El uso del DIU disminuyó en 1 por ciento o más de las parejas sólo en Jamaica (1.9 por ciento)¹³. El DIU se utiliza normalmente en un 10-12 por ciento de las parejas en 4 países –Colombia, Ecuador, México y Montserrat–, y en un 5-9 por ciento en otros 8 países (cuadro 5).

Los métodos inyectables son utilizados por menos del 5 por ciento de las parejas, excepto en Jamaica y Dominica (7.6 y 9.8 por ciento, respectivamente). Sin embargo, en 5 países incluidos en el cuadro 4 se produjeron aumentos en el uso de este método entre el 1 por ciento o más de las parejas, y sólo en Costa Rica se verificó una disminución entre más del 0.5 por ciento de las parejas.

El condón es utilizado por más del 5 por ciento de las parejas en cerca de un cuarto de los países que aparecen en el cuadro 5; Costa Rica y Trinidad y Tabago son los únicos donde el condón es usado por más del 10 por ciento de las parejas en la fecha más reciente. El empleo del condón como método anticonceptivo tuvo poca variación en la mayoría de los países sobre los que se cuenta con información, pero en 5 de ellos

¹³ Para Jamaica, las estadísticas disponibles en la encuesta más reciente combinan el DIU con métodos de barrera vaginal; no está claro hasta qué punto la disminución en esta categoría se debe a un descenso en el uso del DIU.

este método se incrementó al menos en 1 por ciento, con el mayor aumento (4.6 por ciento) en Costa Rica. Su uso disminuyó en más del 0.5 por ciento de las parejas sólo en Trinidad y Tabago, donde incluyó el 3.2 de las parejas.

Los métodos de barrera vaginal, incluyendo el diafragma, las espumas, jaleas y tabletas espermicidas, son utilizados por el 5 por ciento de las parejas sólo en Trinidad y Tabago. Cinco países experimentaron disminuciones de más de 1 por ciento en el uso de estos métodos entre las fechas que aparecen en el cuadro 4; ninguno experimentó un incremento en su uso superior al 0.5 por ciento. Sin embargo, debido a que los métodos incluidos en este grupo a menudo se utilizan en combinación con otros (en particular espermicidas con condón), el número total de mujeres que usan métodos de barreras vaginales podría ser mayor que las cifras presentadas aquí.

Para métodos tales como el ritmo o el coito interrumpido, que no son "suministrados" por servicios clínicos, es más difícil determinar sus niveles de uso así como sus tendencias. Se sabe que la medición de los niveles de uso de estos métodos es muy sensible a la manera de formular las preguntas, y a veces presenta variaciones en el tiempo. En Haití, por ejemplo, la aparente disminución del uso de anticonceptivos después de 1977 puede deberse a una detección incompleta del uso del ritmo, del coito interrumpido y de otros métodos tradicionales empleados en la fecha anterior.

El uso del ritmo o método de Ogino (incluyendo métodos nuevos de abstinencia periódica) pareciera estar aumentando más de lo que se supone. Con la excepción de Haití, en el cuadro 4 no se observa una disminución apreciable de su uso.¹⁴ En siete países, este método aumentó en 1 por ciento o más de las parejas, registrándose los mayores incrementos en Perú (6.8 por ciento), Ecuador (4.1) y Paraguay (3.8). Bolivia y Perú presentan los niveles más altos de uso de este método: 16-17 por ciento de las parejas. En otros siete países, entre el 5 y el 9 por ciento de las parejas confía en este método.

En cuatro de los países donde existen datos de tendencias, el uso del coito interrumpido se incrementó en 1 por ciento o más de las parejas, y en cuatro de ellos disminuyó casi en la misma proporción. Este método fue el más utilizado por las parejas (5-6 por ciento en 6 de los 30 países y, en el resto, por menos del 5 por ciento de ellas).

¹⁴ Más del 0.5 por ciento de las parejas.

En el cuadro 4 también se presentan cambios en la prevalencia por grupos de métodos. El uso del grupo de métodos provenientes de suministros y servicios clínicos creció en casi todos los países (exceptuando Haití y Trinidad y Tabago). Queda claro con lo antes expuesto que la esterilización femenina es la principal contribución a este aumento. En su conjunto, el empleo de los métodos provenientes de suministros y servicios clínicos (orales, inyectables, intrauterinos, condón y de barrera vaginal) se incrementó en 1 por ciento o más en nueve de los países del cuadro 4, disminuyendo en la misma proporción en cinco casos. Como porcentaje del total de la práctica anticonceptiva, estos métodos corresponden al 51 por ciento del total de los existentes en la primera fecha presentada en el cuadro y al 46 por ciento de los correspondientes a la fecha más reciente. La categoría de métodos menos efectivos muestran en general un incremento modesto en la prevalencia total, aunque la participación en el uso total que se atribuye a estos métodos casi no ha crecido. En ambas fechas presentadas en el cuadro 4, estos métodos dan cuenta en promedio del 18 por ciento del uso total.

IV. ¿PUEDEN AUMENTAR LOS NIVELES DE ESTERILIZACION?

Debido a que la esterilización para todos los fines prácticos es un método permanente, el porcentaje de sujetos esterilizados aumenta a medida que la cohorte envejece. Sin embargo, en la actualidad, los mayores porcentajes de mujeres esterilizadas se encuentran con mayor frecuencia en los grupos de alrededor de 30 años de edad, y no en edades más avanzadas. Ello es consecuencia del reciente incremento en los niveles de adopción de este método, sumado al hecho que se realiza en general en mujeres de 25 a 40 años, edad en la que la mayoría ya tiene todos los hijos que desean y requieren un método de control durante muchos años. En aquellos países donde la esterilización excede el 20 por ciento de las parejas, más del 40 por ciento de las mujeres casadas de entre 35 y 39 años han sido esterilizadas: 42 por ciento en Brasil, 48 por ciento en El Salvador, 57 por ciento en República Dominicana, 63 por ciento en Panamá y 60 por ciento en Puerto Rico (ADS y USCDC, 1989; Arruda y otros, 1987; MSP y USCDC, 1968; RDCNPF e IRD, 1987; Warren y otros, 1986).¹⁵

¹⁵ Estas cifras corresponden a las fechas más recientes del cuadro 5. Los porcentajes de mujeres esterilizadas entre aquellas de 35-39 años de edad son algo más bajos; por ejemplo, 38 por ciento en Brasil y 52 por ciento en República Dominicana.

A pesar que los porcentajes de esterilización en esos países son tan elevados, no hay signos de que su incremento se detenga. Numerosos estudios han realizado estimaciones de cohortes hipotéticas basadas en tasas específicas de esterilización por edad o duración del matrimonio en años anteriores a las encuestas recientes. En la mayoría de los casos, estos estudios han mostrado que, de persistir las actuales tasas de esterilización, el porcentaje de mujeres que eventualmente serán esterilizadas excede de manera considerable los niveles de esterilización observados normalmente en cualquier grupo etario o de duración del matrimonio. En Panamá y Puerto Rico, cerca del 80 por ciento de las mujeres serían esterilizadas de persistir las tasas actuales de esterilización (Ross y otros, 1987; Warren y otros, 1986). Este tipo de comparaciones, aplicado a encuestas realizadas desde mediados de los años 70 hasta mediados de los años 80, también indica que los niveles de esterilización podrían aumentar de manera considerable en Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador y Guatemala, con incrementos más modestos en Guyana y Jamaica (Ross y otros, 1987; Rutenberg y Ferraz, 1988). Sin embargo, en estos últimos países, los actuales niveles de esterilización que se derivan a partir de las tasas actuales están muy por debajo de los niveles derivados para Panamá y Puerto Rico. Como se señalara con anterioridad, Costa Rica constituye una excepción al patrón general de los niveles crecientes de esterilización, ya que las tasas eran mayores en los años 70, declinando a partir de 1981 (cuadro 5).

En el gráfico 3 se muestran estimaciones de porcentajes de esterilización acumulados de una cohorte hipotética en algunos años anteriores a las encuestas del período 1986-1987 en seis países de América Latina y el Caribe, basándose en datos sobre esterilización que aparecen en las encuestas.¹⁶ También se muestran aquí los porcentajes de todas las mujeres que han sido esterilizadas después de los 30 años de edad. Estos países, aunque fueron seleccionados únicamente sobre la

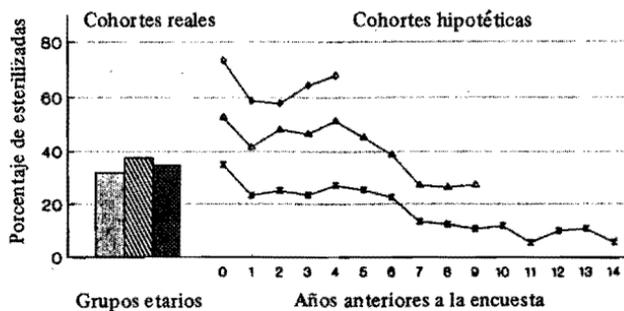
¹⁶ En realidad, éstas son *tasas* anuales de esterilización que, si en un solo año se produjese una concentración inusualmente elevada de esterilizaciones, *podrían* llegar a valores superiores a una esterilización por mujer al sumar las edades reproductivas; sin embargo, ello no ocurre. Estas tasas no son estrictamente comparables con las medidas hipotéticas de proporciones esterilizadas presentadas por Westoff y otros (1979), Ross y otros (1987) y por otros autores. Las tasas de cohortes hipotéticas mostradas aquí se basan en tasas de "cohorte-período" (tal como se definen en Goldman y Hobcraft, 1982) para edad simple y años calendario previos a la realización de las encuestas. Las tasas para cada año anterior a la encuesta se sumaron para las edades indicadas, incluyendo 0.5 de la tasa de la edad simple, para mujeres cuya edad en años completos era, al final del año en cuestión, igual a la edad final de la suma (45, 40, 35 ó 30 años). Las estimaciones entregadas son sólo para esterilización femenina y comprenden a todas las mujeres, independientemente de su estado civil.

Gráfico 3

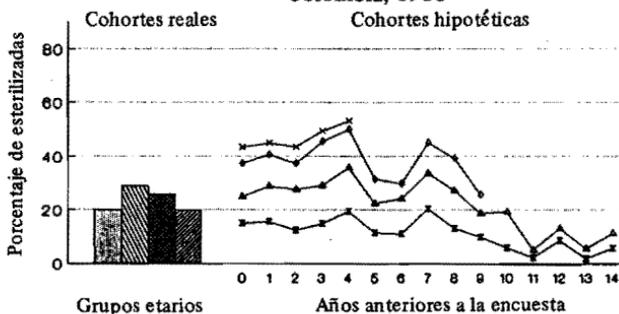
PORCENTAJE ACTUALMENTE ESTERILIZADAS SEGUN EDAD, Y ESTIMACIONES DE COHORTES HIPOTÉTICAS BASADOS EN TASAS DE ESTERILIZACION DE AÑOS CALENDARIO ANTERIORES EN SEIS ENCUESTAS RECIENTES

(Sólo esterilización femenina)

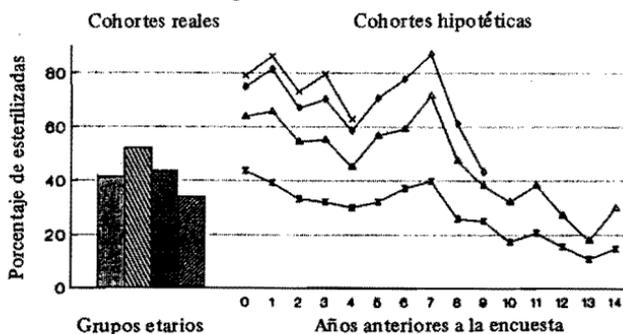
Brasil, 1986



Colombia, 1986



República Dominicana, 1986



Cohortes reales

Edades actuales

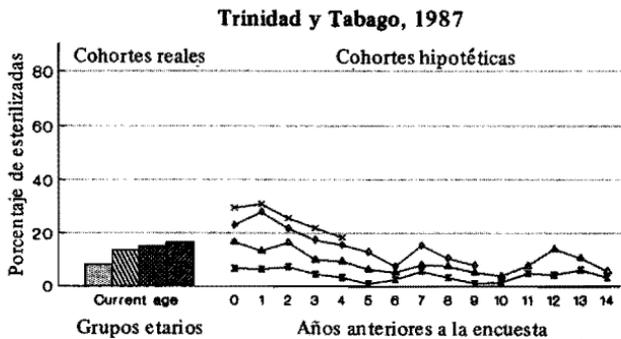
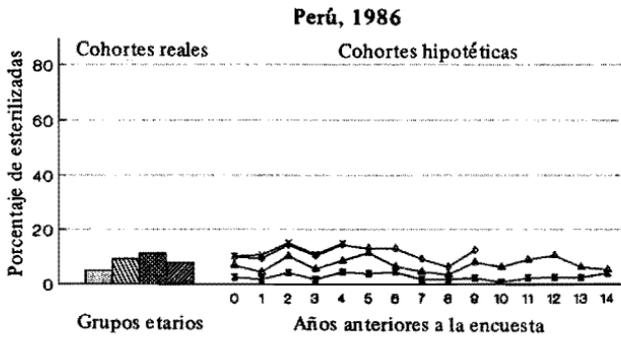
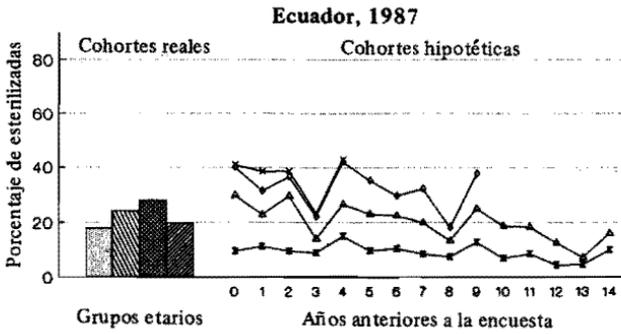
- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49

Cohortes hipotéticas

Edades menores de

- 45
- 40
- 35
- 30

Gráfico 3 (conclusión)



Cohortes reales

Edades actuales

30-34

35-39

40-44

45-49

Cohortes hipotéticas

Edades menores de

× 45

◇ 40

△ 35

□ 30

Fuente: Tabulaciones a partir de las cintas de datos de la *Demographic and Health Survey* (Encuesta Demográfica y de Salud).

base de la disponibilidad de datos de la *Demographic and Health Survey* (DHS), son representativos de los diversos grados de uso de la esterilización que existen hoy en América Latina. Estos datos incluyen a Perú, donde sólo el 6 por ciento de las mujeres casadas y en edad fértil son esterilizadas, República Dominicana (33 por ciento) y Brasil (27 por ciento). Los seis países muestran algún tipo de evidencia de niveles crecientes de esterilización a través del tiempo, como puede desprenderse de la tendencia en las tasas anuales de la cohorte hipotética del gráfico 3 y de la prevalencia de la esterilización medida en encuestas sucesivas (cuadros 4 y 5). El incremento oscila entre pequeño —la prevalencia entre las mujeres casadas del Perú creció del 2 por ciento en el período 1969-1970 al 6 por ciento en 1986— y muy elevado —en República Dominicana, la prevalencia de la esterilización femenina fue del 12 por ciento de las parejas en 1975 y 33 por ciento en 1986.

Con la excepción de Perú, las tasas de esterilización de la cohorte hipotética durante varios años anteriores a las encuestas indican una prevalencia sustancialmente más alta de esterilización de la que se observa, en la actualidad, en cualquier grupo quinquenal de edades. Si persistieran las tasas específicas de esterilización según edad en Perú, sólo entre 10 y 15 por ciento de mujeres serían esterilizadas tomando en cuenta su período reproductivo total, en comparación con el 20 a 30 por ciento en Trinidad y Tabago, cerca del 40 por ciento en Ecuador, 40 a 50 por ciento en Colombia, 60 ó 65 por ciento en Brasil y cerca del 80 por ciento en República Dominicana.

Queda abierta la interrogante de si el 80 por ciento de las cohortes reales de mujeres elegirían o no recurrir a la esterilización. En aquellos países donde este método se ha impuesto sólo recientemente, una demanda latente podría haber contribuido a tan elevadas tasas para la cohorte hipotética en el pasado reciente, y las tasas del período podrían disminuir una vez que esta demanda sea satisfecha. Sin embargo, como ya se ha señalado, cerca del 60 por ciento de las parejas de alrededor de 40 años de edad ya han sido sometidas a esterilización en algunas poblaciones, y en los próximos años podrían alcanzarse estos niveles en un número creciente de países.

Las tasas de esterilización de cohorte hipotética para varios países muestran marcadas fluctuaciones anuales en el período de 15 años al que se han aplicado. En general, las tasas anuales de aceptación de planificación de la familia a menudo varían como respuesta a factores tales como cambios en la organización de los programas o en la legislación, normativas o incentivos relacionados con métodos

específicos, así como a causa de una publicidad favorable o desfavorable acerca de la seguridad que ofrece el método en cuestión. En Colombia, el número de esterilizaciones realizadas por PROFAMILIA, la principal organización encargada de ello, muestra fluctuaciones que corresponden, aproximadamente, a las que se observan en el gráfico 3 durante los 7 años anteriores a la encuesta. De acuerdo con los servicios estadísticos de esta institución, las decrecientes tasas de esterilización que se observan en el gráfico 3, correspondientes a los años inmediatamente anteriores a la encuesta, representan sólo una disminución temporal; durante 1986 y 1987, el número de esterilizaciones realizadas por PROFAMILIA alcanzó niveles que superaron los de todos los años anteriores (Ross y otros, 1988; véase también Hollerbach, 1989). En República Dominicana, los registros del programa también muestran una caída temporal en el número de esterilizaciones, correspondiendo aproximadamente a la declinación que se evidencia en el gráfico 3 (Ross y otros, 1988). En consecuencia, los notables cambios en las tasas anuales que se observan en el gráfico 3 con probabilidad reflejan cambios reales en el pasado reciente. Sin embargo, las tasas calculadas a partir de estos datos retrospectivos deberían someterse a una revisión más cuidadosa, para que sean así consistentes con datos similares correspondientes a encuestas anteriores y de los registros de programas.

El evidente deseo que se manifiesta de parte de un número tan grande de mujeres por someterse a un tipo de método anticonceptivo irreversible constituye en sí mismo un aspecto de la opinión que las mujeres tienen sobre los métodos anticonceptivos temporales, si bien es preciso tener en cuenta que toda esta amplia variedad de métodos no se encuentra fácilmente disponible. En el caso de métodos modernos tales como la píldora anticonceptiva y los dispositivos intrauterinos (DIU), en las entrevistas al respecto se expresan con frecuencia dudas acerca de la efectividad de los mismos, indicándose ésta como la razón principal para desechar su uso entre aquellas mujeres que corren el riesgo de un embarazo no deseado. El temor a los efectos colaterales se encuentra también entre las principales causas para discontinuar el uso de estos métodos y reemplazarlos por otro. Los datos recopilados en la mayor parte de las encuestas sobre fecundidad incluyen poca o ninguna información acerca del tipo y magnitud de los efectos colaterales experimentados, o simplemente temidos. Se necesitan investigaciones específicas para determinar si las preocupaciones de las mujeres tienen una base correcta desde el punto de vista médico, y si el hecho de contar con una información más completa y cuidadosa aumentaría el uso de

métodos efectivos pero reversibles. Muchas mujeres pueden haber recibido consejos médicos contra el uso de algunos métodos; por ejemplo, con frecuencia el uso de la píldora en mujeres mayores no se recomienda. En Estados Unidos, en 1982, más de un tercio de las ex-usuarias de la píldora anticonceptiva señalaron que el médico les había aconsejado suspender su uso (Mosher y Bachrach, 1988).

Aun cuando los métodos de barrera y otros tradicionales (abstinencia periódica o coito interrumpido) por lo general no despiertan temor en cuanto a sus efectos secundarios, son menos convenientes de usar y presentan mayores probabilidades de fracaso. En términos relativos, el embarazo accidental durante el uso de anticonceptivos se hace más común en la medida en que aumenta la proporción de usuarios. En América Latina, hay en la actualidad una proporción apreciable de nacimientos que son el resultado del fracaso en el método anticonceptivo utilizado. Por ejemplo, en los dos años previos a las encuestas de 1986-1987, en Brasil, Ecuador y Perú, 15, 10 y 18 por ciento, respectivamente, de los nacimientos tuvieron su origen en una concepción accidental, mientras las parejas utilizaban algún método (Bongaarts y Rodríguez, 1991; Rutenberg y Blanc, 1991). En Colombia, República Dominicana y Trinidad y Tabago, 10, 16 y 22 por ciento, respectivamente, de los nacimientos más recientes ocurridos durante los cinco años previos a las encuestas fueron resultado del fracaso del método anticonceptivo usado.¹⁷

V. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El nivel general de utilización de métodos anticonceptivos en América Latina —estimado en un 56 por ciento de las parejas en que la mujer está en edad reproductiva— es más alto que en otras regiones en vías de desarrollo, con excepción de Asia Oriental. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el uso de métodos anticonceptivos oscila entre 30 y 60 por ciento, en las fechas más recientes disponibles, y la mayor parte de los países más densamente poblados presenta valores que oscilan entre 45 y 65 por ciento.

Allí donde es posible determinar las tendencias, el nivel global de la práctica anticonceptiva por lo general va en aumento, y en muchos casos este crecimiento es rápido. Entre los países con aumentos anuales de 2 por ciento o más de parejas que usan anticonceptivos (entre las

¹⁷ Basado en tabulaciones inéditas de la base de datos de la DHS.

fechas que se entregan en el cuadro 4), se encuentran Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras y México. Muchos otros tienen incrementos levemente inferiores. Entre los países que cuentan con información acerca de la tendencia, en casi todos los casos donde su uso fue inferior al 50 por ciento de las parejas, las encuestas más recientes muestran algún aumento de prevalencia (Haití y Guatemala constituyen las excepciones).¹⁸

En general, los cambios experimentados en los países de América Latina en la combinación de métodos han tendido a favorecer cada vez más la efectividad de la práctica anticonceptiva. Sin embargo, en este documento queda en claro que en los últimos años ello se debe fundamentalmente a un uso creciente en la esterilización femenina. La introducción y rápida adopción de la píldora anticonceptiva oral fue la tendencia más importante durante un período anterior (del que existe menos documentación), entre comienzos de los años 60 y mediados de los años 70, cuando en muchos países el uso de la píldora alcanzó su punto culminante. Cabe preguntarse si, en el caso que no hubieran avanzado las técnicas de esterilización y su disponibilidad, la población no habría continuado e incluso aumentado el uso de la píldora y de otros métodos modernos efectivos. En Costa Rica, donde el acceso a la esterilización como método de control de la fecundidad se ha restringido y su uso ha comenzado a declinar, la combinación de métodos se ha inclinado hacia métodos con tasas más elevadas de fracaso; aunque ha aumentado el uso del altamente efectivo DIU, ha disminuido el empleo de la píldora, y la confianza en el condón y la abstinencia periódica (combinados) creció de 21 a 31 por ciento del uso total entre 1976 y 1986 (cuadro 4).

En la mayoría de los países, la prevalencia de la esterilización femenina ha ido creciendo; por lo general, este método es utilizado por más de un cuarto de todas las mujeres casadas en edad reproductiva, al menos en cinco países de América Latina y el Caribe. En ciertos grupos etarios, el porcentaje de esterilizaciones alcanza al 60 por ciento. Aun cuando los niveles actuales de esterilización no tienen precedentes, cabe señalar que ya a mediados de los años 60, si es que no antes, en algunas de estas poblaciones el método era importante (Panamá y Puerto Rico). En la mayor parte de la región, la vasectomía continúa siendo poco frecuente.

¹⁸ Para un análisis crítico de los servicios existentes en Guatemala, véase Rosenhouse, 1989.

Las tendencias en el uso de otros métodos que no son la esterilización son menos consistentes. En algunos países, el uso de la píldora anticonceptiva ha aumentado, pero en otros ha disminuido en los últimos años. Los métodos cuyo uso se ha incrementado en muchos países incluyen el condón, los DIU, los inyectables y el ritmo (abstinencia periódica). Sin embargo, en una gran mayoría de países de la región cada uno de los métodos anticonceptivos mencionados es utilizado por menos de 5 por ciento de las parejas, en tanto que en dos tercios de los países con informaciones disponibles la píldora es usada por 10 por ciento o más de las parejas.

En conjunto, la esterilización femenina y la píldora anticonceptiva constituyen aproximadamente dos tercios de toda la práctica anticonceptiva en América Latina y el Caribe. En 10 de los 16 países cuya información se ha revisado en este documento, más de la mitad del aumento del nivel general de práctica anticonceptiva corresponde a la esterilización femenina (cuadro 4).¹⁹ En cinco casos, el incremento en el uso de la esterilización superó el aumento total de la prevalencia anticonceptiva; es decir, disminuyó el uso de anticonceptivos reversibles. El uso de la esterilización femenina ha aumentado en la mayoría de los países de América Latina, y si persisten sus recientes tasas de aceptación, la prevalencia de este método continuará incrementándose, incluso en aquellos países donde su nivel ya es elevado.

BIBLIOGRAFIA

- ADS (Asociación Demográfica Salvadoreña) y USCDC (United States Centers for Disease Control) (1989), *Family Health Survey (FHS), El Salvador, 1988 - Final English Language Report*, Atlanta, Georgia.
- Arruda, J.; N. Rutenberg; L. Morris y E. A. Ferraz (1987), *Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar, Brasil, 1986*, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, Rio de Janeiro, Institute for Resource Development, Westinghouse, Columbia, Maryland.
- Asociación Demográfica de Costa Rica y USCDC (United States Centers for Disease Control) (1987), *The Costa Rica Fertility and Health Survey, 1986*, USCDC, Atlanta, Georgia.
- Bongaarts, J. y G. Rodríguez (1991), "A New Method for Estimating Contraceptive Failure Rates", Naciones Unidas, *Measuring the Dynamics of Contraceptive Use*, NU, Nueva York.

¹⁹ Aquí se incluye Haití, donde aumentó la tasa de esterilización, aun cuando no se produjo un aumento en el nivel general de uso de anticonceptivos (véase el cuadro 4).

- Cayemittes, M. y A. Chahnazarian (1989), *Survie et santé de l'enfant en Haïti, Institut Haïtien de l'Enfance*, Ministerio de Salud Pública y Población, Puerto Príncipe, John Hopkins University, Baltimore, Maryland.
- CEPAR (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable), Ministerio de Salud Pública y States Centers for Disease Control (1990), *Ecuador. Encuesta demográfica y de salud materna e infantil*, ENDEMAIN-89, Quito.
- CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población) y USCDC (United States Centers for Disease Control) (1988), *Family Planning Survey, Paraguay, 1987: Final English Language Report*, Atlanta, Georgia.
- DGPF (Dirección General de Planificación Familiar e IRD (Institute for Resource Development/Macro Systems) (1989), *México. Encuesta nacional sobre fecundidad y salud 1987*, Ciudad de México y Columbia, Maryland.
- Goldman, N. y J. Hobcraft (1982), *Birth Histories*, World Fertility Survey Comparative Studies, N° 17, International Statistics Institute, Voorburg, Países Bajos.
- Goldscheider, C. y WD. Mosher (1988), "Religious Affiliation and Contraceptive Usage: Changing American Patterns 1955-82", *Studies in Family Planning*, 19, 2, enero/febrero, pp. 48-57.
- Heath, K., D. da Costa-Martínez y A.R. Sheon (1988), *Trinidad and Tobago Demographic and Health Survey 1987*, Family Planning Association of Trinidad and Tobago, Puerto España, Institute for Resource Development/Westinghouse, Columbia, Maryland.
- Hollerbach, P. (1989), "The Impact of National Policies on the Acceptance of Sterilization in Colombia and Costa Rica", *Studies in Family Planning*, 20, 6, I parte, noviembre-diciembre, pp. 308-324.
- INCAP (Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá) e IRD (Institute for Resource Development/Macro Systems) (1989), *Guatemala. Encuesta nacional de salud materno infantil 1987*, Ciudad de Guatemala y Columbia, Maryland.
- INE (Instituto Nacional de Estadística, Bolivia) (1990), *Encuesta nacional de demografía y salud 1989*, INE, La Paz; Institute for Resource Development/Macro Systems Inc., Columbia, Maryland.
- Lapham, R. J. y W. P. Mauldin (1984), "Family Planning Program Effort and Birthrate Decline in Developing Countries", *International Family Planning Perspectives*, 10, 4, diciembre, pp. 109-118.
- McFarlane, C. y C. Warren (1989), *1989 Jamaica Contraceptive Prevalence Survey: Final Report*, The National Family Planning Board, Kingston.
- Moreno, L. y S. Sight (1990), "Fertility Decline and Changes in Proximate Determinants in the Latin American Region", documento presentado en el Seminario sobre Transición de la Fertilidad en América Latina, IUSSP, 3-6 de abril, Buenos Aires.
- Mosher, W.D. y C.A. Bachrach (1988), *Contraceptive Use, United States, 1982*, datos del National Survey of Family Growth, serie 23, N° 12, US National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland.
- MSP (Ministerio de Salud de Panamá) y USCDC (United States Centers for Disease Control) (1986), *Maternal-child Health/family Planning Survey, Panama, 1984: Final English Language Report*, Atlanta, Georgia.
- MSPH (Ministerio de Salud Pública de Honduras), AHPF (Asociación Hondureña de Planificación Familiar), FHI (Family Health International) y MSH (Management Sciences for Health) (1989) *Epidemiology and Family Health Survey - Honduras, 1987*, Research Triangle Park, Carolina del Norte.

- Mundigo, Axel I. (1990), *The Role of Family Planning Programmes in the Fertility Transition of Latin America*, documento presentado en el Seminario sobre la Transición de la Fertilidad en América Latina, IUSSP, 3-6 de abril, Buenos Aires.
- Naciones Unidas (1979), *Factors Affecting the Use and Non-use of Contraception: Findings from a Comparative Analysis of Selected KAP Surveys*, Naciones Unidas, número de venta E.79.XIII.6, Nueva York.
- (1989), *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assesed in 1988*, Naciones Unidas, número de venta E.89.XIII.4, Nueva York.
- Potter, J. E. (1983), “Una apreciación del papel de las variables intermedias en el descenso de la fecundidad latinoamericana”, *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, El Colegio de México, Ciudad de México, vol. 2, pp. 1061-1081.
- RDCNPF (República Dominicana. Consejo Nacional de Población y Familia) e IRD (Institute for Resource Development, Westinghouse) (1987), *República Dominicana. Encuesta demográfica y de salud: DHI-1986*, Santo Domingo.
- Rosenhouse, S. (1989), *Weak Demand or Inappropriate Supply: Programme Efforts in Indigenous Guatemala*, documento presentado en IUSSP/Popular Council/Rockefeller Foundation/Seminario de la Liga Arabe sobre el Papel de los Programas de Planificación de la Familia como Determinante de la Fecundidad, Túnez, pp. 26-30.
- Ross, J. A., R. M. Wardlaw, D. H. Huber y S. Hong (1987), “Cohort Trends in Sterilization: Some International Comparisons”, *International Family Planning Perspectives*, 13, 2, junio, pp. 52-60.
- Ross, J., M. Rich, J. P. Molzan y M. Penzak (1988), *Family Planning and Child Survival: 100 Developing Countries*, Universidad de Columbia, Nueva York.
- Rutenberg, N. y A. Blanc (1991), “The Analytic Potential of DHS Data on Coital Frequency and its Implications for the Estimation of Failure Rates”, Naciones Unidas, *Measuring the Dynamics of Contraceptive Use*, Naciones Unidas, Nueva York.
- Rutenberg, N. y E. A. Ferraz (1988), “Female Sterilization and its Demographic Impact in Brazil”, *International Family Planning Perspectives*, 14, 2, pp. 61-68.
- Singh, S. y D. Berrio (1989), *Institutional Constraints on the Provision of Family Planning Services in Latin America*, documento presentado en IUSSP/Popular Council/Rockefeller Foundation/Seminario de la Liga Arabe sobre el Papel de los Programas de Planificación de la Familia como Determinante de la Fecundidad, Túnez, pp. 26-30.
- Warren, C. W., C. F. Westoff, J. M. Herold, R. W. RoCHAT y J. C. Smith (1986), “Contraceptive Sterilization in Puerto Rico”, *Demography*, 23, 3, agosto, pp. 351-365.
- Westoff, C. F., J. M. McCarthy, N. Goldman y F. Mascarín (1979), *Illustrative Analysis: Contraceptive Sterilization and Births Averted in Panama*, WFS Scientific Reports, Nº 4, International Statistical Institute, Voorburg, Países Bajos.