

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Uso previo de anticonceptivos entre las mujeres que dan a luz en la región fronteriza México-Estados Unidos, 2005: El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville

Jill A. McDonald, PhD, Christopher H. Johnson, MS, Ruben Smith, PhD, Suzanne G. Folger, PhD, Ana L. Chavez, MS, RD, Ninad Mishra, MD, Antonio Hernández Jiménez, MD, Linda R. MacDonald, MSN, Jorge Sebastián Hernández Rodríguez, MD, Susie Ann Villalobos, MEd

Cita sugerida para este artículo: Robles JL, Lewis KL, Folger SG, Ruiz M, Gossman G, McDonald JA, et al. Uso previo de anticonceptivos entre las mujeres que dan a luz en la región fronteriza México-Estados Unidos, 2005: El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville. *Prev Chronic Dis* 2008;5(4). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08_0057_es.htm. Visitado [fecha].

REVISIÓN PARITARIA

Resumen

Introducción

A pesar de la escasez de datos binacionales, el dramático aumento de la población en la región fronteriza México-Estados Unidos pone de manifiesto la necesidad de servicios de planificación familiar más efectivos. El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros y Brownsville recolectó datos binacionales estandarizados de 947 mujeres que habían dado a luz en hospitales de Matamoros (Tamaulipas, México) y del condado de Cameron (Texas) entre agosto y noviembre de 2005.

Métodos

Analizamos estos datos para estimar la proporción de mujeres con embarazos no planeados y la proporción de

estas mujeres que informaron utilizar anticonceptivos, así como para identificar los factores asociados.

Resultados

En total, el 48% de las mujeres entrevistadas informó que el reciente embarazo no había sido planeado. Casi la mitad de estas mujeres informó haber utilizado un método anticonceptivo en el momento de la concepción, si bien muchos de estos métodos se consideran de baja eficacia. De las mujeres con embarazos no planeados que no utilizaron anticonceptivos, el 34,1% de las residentes de México creía que no podía quedar embarazada, en tanto que el 28,4% de las residentes de Estados Unidos no dio ninguna razón para no haberlos utilizarlo. En general, el uso de anticonceptivos para evitar el embarazo era menos común en las mujeres más jóvenes y en las mujeres que no habían finalizado los estudios secundarios. De las residentes de México, quienes tenían un proveedor de servicios médicos de rutina eran más propensas a haber utilizado anticonceptivos que quienes no lo tenían.

Conclusión

Es necesario estimular el uso de métodos anticonceptivos más efectivos en esta población, en especial en las mujeres más jóvenes y con poca educación. Un enfoque de cooperación binacional que integre servicios de salud reproductiva y de planificación familiar podría arrojar mejores resultados.

Introducción

La salud materna e infantil a lo largo de la frontera de Estados Unidos y México se ha identificado como un área de preocupación que necesita investigación binacional (1,2). La región de la frontera se caracteriza por tasas de nacimiento altas, pobreza (con relación a los Estados Unidos), falta de servicios básicos, y un crecimiento dramático de población e industrial (3). La población de la frontera tiene, en proporción, más niños y adultos jóvenes que los Estados Unidos en general, y una mayor proporción de adultos en edad reproductiva que la población general de México (4). Dado este perfil, es aparente la necesidad de servicios efectivos de planificación familiar y salud reproductiva. El impacto de dichos servicios llega más allá de la prevención de un embarazo no deseado. Los anticonceptivos proporcionan muchos beneficios de salud, incluyendo protección contra infecciones de transmisión sexual (condón), quistes ováricos y cánceres ováricos y de endometrio (pastilla anticonceptiva oral combinada [COC, por sus siglas en inglés] y reducción del dolor menstrual (pastilla COC) y pérdida de sangre (pastilla COC y dispositivo intrauterino con levonorgestrel [DIU] (5). Existen también problemas para la región fronteriza, que tiene un pobre desempeño en comparación con el interior de Estados Unidos y México para algunas enfermedades crónicas e infecciones de transmisión sexual



(6,7). Otros problemas, únicos para el área de la frontera de México-Estados Unidos se detallan además de este ejemplar (8).

El riesgo y las consecuencias de un embarazo no deseado están entre los problemas de salud más desafiantes para las comunidades de la frontera. Se necesitan mejorar los servicios de planificación familiar en México (9,10) y en los Estados Unidos, que tiene

una de las tasas más altas de embarazo en adolescentes y no deseados entre países desarrollados (11). Sin embargo, se ha publicado poco respecto a embarazo no deseado y prácticas anticonceptivas específicas para residentes fronterizos. Hasta donde sabemos, la encuesta binacional más reciente basada en la población, sobre uso de anticonceptivos entre mujeres en edad reproductiva a lo largo de la frontera se realizó en 1979 (12). Los hallazgos principales de la encuesta, que se restringió a mujeres que estaban casadas (México y Estados Unidos) o en “unión libre” (México), incluyó una mayor prevalencia de uso de anticonceptivos en los

Estados Unidos, a 75% y 65% para mujeres no Hispánicas e Hispánicas, respectivamente, comparado con las mujeres en México, de las cuales, el 50% estaba usando anticonceptivo (13). Entre las mujeres de los Estados Unidos, el 11% de mujeres no hispanas y el 16% de las mujeres hispanas reportaron que su parto más reciente fue no

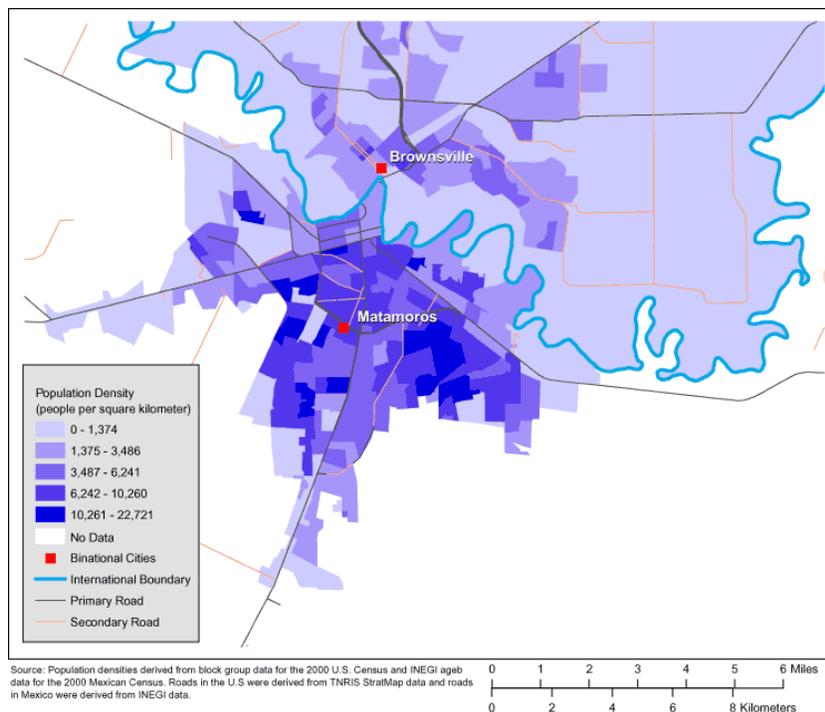


Figura. Mapas de la región fronteriza México-Estados Unidos (arriba), y de Brownsville, Texas y Matamoros, Tamaulipas, México (abajo). (Los autores agradecen a Allison Abell Banicki de la Oficina de Salud Fronteriza, del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, por crear el mapa de las fronteras estatales de Texas-México y gracias asimismo a Jean W. Parcher, Sylvia N. Wilson, y a la Servicio Geológico del Departamento del Interior de los Estados Unidos de América [USGS] por proporcionar el mapa de densidad poblacional de Brownsville y Matamoros.)

Las opiniones expresadas por los autores de los manuscritos publicados en esta revista no son compartidas necesariamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores. El uso de nombres comerciales se realiza para fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte de ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

deseado (14); no se obtuvieron datos comparables para México. Una encuesta más reciente en México encontró que el 50% de las mujeres con partos recientes no había planeado el embarazo (15). Datos de los Estados Unidos de 2002 indican que el 72,5% de mujeres no hispanas casadas y el 59,1% de mujeres hispanas casadas eran usuarias actuales de anticonceptivos (16), tasas que nos difieren dramáticamente de los estimados de 1979. Los datos de 2002 también mostraron que el 17% de partos recientes entre mujeres hispanas y el 11% entre mujeres blancas fueron no deseados; y otra vez, estos porcentajes difieren poco de los datos de 1979. Se esperaría una prevalencia mayor de embarazo no deseado si se haya incluido mujeres no casadas en cualquier encuesta.

El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville (BMSCP, por sus siglas en inglés) usó métodos estandarizados para vigilancia de salud reproductiva en 1 par de ciudades hermanas de la frontera de México-Estados Unidos: Matamoros, Tamaulipas, México y Brownsville, Texas (Figura). Los datos de vigilancia consistieron en entrevistas personales a mujeres después de haber dado a luz un nacido vivo. Este proyecto piloto de vigilancia fue revisado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) para asegurar la protección de los sujetos de investigación y se determinó que el mismo era “no experimental” o de práctica de salud pública. Por lo tanto, no se requería de la aprobación del Consejo de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés). Analizamos los datos de BMSCP para examinar el historial reproductivo y de anticonceptivos de esta muestra, y para calcular la proporción de mujeres que no había intentando quedar embarazadas y para las cuales el embarazo fue no deseado. Entre las mujeres para las que el embarazo fue no deseado, comparamos las que reportaron el uso de control de natalidad con las que no lo hicieron para poder identificar factores asociados con el intento de prevención de embarazo.

Métodos

La muestra del estudio consistió en mujeres que dieron a luz a bebés en cualquiera de los 10 hospitales más grandes (es decir, hospitales con un mínimo de 100 partos al año) en Matamoros, Tamaulipas, y el condado de Cameron, Texas, del 21 de agosto al 9 de noviembre de 2005. Se seleccionaron mujeres a través de muestreo

sistemático, estratificado por hospital; 947 de 999 (94,8%) mujeres muestreadas participaron. Las entrevistas se realizaron en persona antes de darlas de alta. La mayoría de las preguntas de la entrevista se adaptaron de encuestas hechas anteriormente en México o en los Estados Unidos; fue necesario hacer algunas modificaciones para referirse al embarazo que produjo el nacimiento actual, que en lo sucesivo se refiere como embarazo indicador. Se reportan más detalles sobre el BMSCP, incluyendo información sobre la selección del lugar, el diseño de muestra y las tasas de respuesta en este número de *Prevención de Enfermedades Crónicas* (8).

Nuestro resultado primario de interés fue el uso reportado de control natal para evitar el embarazo (no deseado) indicador. La primera pregunta sobre la intención de embarazo fue, “Piense en el período justo antes de quedarse embarazada de su nuevo bebé, ¿qué opinaba sobre quedarse embarazada?” Las opciones de respuesta incluyeron quería quedarse embarazada más pronto, quería quedarse embarazada después, quería quedarse embarazada en ese momento, no quería quedarse embarazada ni en ese momento ni en el futuro. La intención de embarazarse se clasificó como deseado para las mujeres que querían embarazarse más pronto o en ese momento, y como no deseado para las mujeres que querían embarazarse después o no querían. Después, se preguntó a todas las mujeres, “Cuando se quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba tratando de quedarse embarazada?” A las mujeres que respondieron no o “no sabe/no está segura” se les preguntó, “Cuando se quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar o prevenir el embarazo?” Las mujeres que respondieron “no” se clasificaron como las que no usaron anticonceptivo para evitar el embarazo indicador, y se les preguntaron las razones para no usarlo. A las mujeres que contestaron sí se les preguntó, “Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿qué método estaban usando usted o su esposo o pareja para evitar el embarazo?” Las mujeres que en sus respuestas nombraron el (los) método(s) de control natal que ellas y/o su esposo o pareja habían usado se clasificaron como las que habían usado anticonceptivos para evitar el embarazo indicador.

Otras prácticas anticonceptivas examinadas incluyeron el uso de control natal, tipo y efectividad de métodos usados por primera vez y usaron en la concepción del embarazo indicador, y las razones para no usarse entre mujeres con embarazo indicador no deseado que no usaron

anticonceptivos. Usamos tasas de falla asociadas con el uso típico para clasificar la eficacia de los métodos anticonceptivos (5). Los métodos mediante los que el 10% o más de las mujeres experimentan embarazo durante el primer año del uso típico se clasificaron como menos efectivos; el resto de los métodos se clasificaron como más efectivos. Los métodos menos efectivos reportados en BMSCP fueron condones, espermicidas, retiro y ritmo; los métodos más efectivos reportados fueron la vasectomía, pastillas/parches/inyección anticonceptivos, y el DIU. Se enlistaron varias razones para no usarse en el cuestionario; y otras razones reportadas se ingresaron como texto a través de los entrevistadores. Revisamos las respuestas en texto y creamos categorías para las siguientes respuestas: “sin razón/no lo sé,” “lactancia,” y “olvidé usarlo — no tuve cuidado.”

Otras característica examinadas incluyen factores demográficos (país de residencia, ubicación de hospital del nacimiento del embarazo indicador, país de nacimiento, etnicidad, edad, estado civil, años de educación completados, estatus de empleo durante 3 meses antes del embarazo), gravidez (incluyendo embarazo indicador), fumar cigarro y consumo de alcohol en los 2 años anteriores al embarazo indicador, y medidas de acceso a la atención de salud (atención de salud/cobertura de seguro y lugar de atención médica de rutina). Las categorías para la mayoría de las variables salieron directamente de las opciones de respuesta del cuestionario. Las categorías para educación, edad y lugar de atención médica de rutina se determinaron a priori mediante un comité binacional compuesto por representantes de instituciones colaboradoras del BMSCP.

Usamos SUDAAN Versión 9.01 (RTI International, Research Triangle Park, North Carolina) para contar el análisis del diseño de muestreo del estudio; se realizaron análisis para la muestra total y por separado por país de residencia. Se calcularon los porcentajes ponderados y el 95% de intervalos de confianza (CIs) para examinar la distribución de características de interés. Para identificar factores potencialmente asociados con uso de anticonceptivos al inicio del embarazo indicador, calculamos el porcentaje ponderado de mujeres con dicho uso y el 95% de CIs de acuerdo con variables de acceso demográfico, reproductivo, conductual y de cuidado de la salud. Las variables para las que las pruebas de χ^2 de independencia entre categorías generaron valores $P < ,20$ y para las cuales los tamaños de celdas fueron de no menos de 5 se consideraron de importancia potencial. Estas variables se incluyeron en el

modelo de regresión logística para generar proporciones impares de prevalencia y el 95% de CIs como medidas de asociación con el uso de control natal en el momento de la concepción del embarazo indicador. Las variables que parecieron relevantes para las residentes de México o Estados Unidos también se aplicaron al modelo para el otro grupo cuando era aplicable. El modelo de muestra combinado incluyó una variable que denota el país de residencia. Cuando la comparación de los resultados de regresión logística para México y Estados Unidos sugirió interacción entre residencia y otros factores, se modelaron los términos de interacción. Los términos de interacción con valores $P < ,05$ se consideraron significativos.

Resultados

El hospital del nacimiento para el embarazo indicador y la instalación médica que normalmente se usan se ubicaron en el país de residencia para la mayoría de las mujeres (Tabla 1). Los residentes de México fueron más jóvenes y terminaron menos años de educación que los residentes de los Estados Unidos. Todos los residentes de México y 88,9% de residentes de los Estados Unidos fueron de origen hispano o latino. La mitad de las mujeres eran casadas. La proporción de mujeres reportó tener cobertura de cuidado de salud o seguro durante el embarazo y fue similar entre residentes de Estados Unidos y México.

El embarazo indicador fue no deseado para aproximadamente 48% de mujeres en general (Tabla 2); 66,2% de estos embarazos no intencionales fue inesperado (“querido para después”). Entre las mujeres que no habían intentado embarazarse o no estaban seguras de su intención de embarazarse, 46,6% reportó que habían estado usando anticonceptivos, y una proporción mayor de residentes de Estados Unidos (63,4%) que la de residentes mexicanas (48,0%) reportaron el uso de métodos más efectivos. Las razones para no usar anticonceptivos fueron similares entre residentes de Estados Unidos y México. Sin embargo, un porcentaje mayor de residentes de México (34,1%) que de residentes de Estados Unidos (13,7%) no pensaron que podrían embarazarse, y un mayor porcentaje de mujeres en Estados Unidos (28,4%) que en México (3,4%) no tenían razón o no sabían por qué no usaron anticonceptivo.

El uso de anticonceptivo y su uso en la primera relación sexual fueron más comunes entre residentes de Estados Unidos que de México (Tabla 2). El primer método anti-

conceptivo que se usó fue un método menos efectivo para 75,6% de las mujeres en general.

Entre todas las mujeres que no trataban de embarazarse y tuvieron un embarazo no deseado, la proporción que reportó uso de control natal en la concepción fue mayor entre las mujeres menores de 20 años, estudiantes universitarias, casadas, y podían tener acceso a cuidado de salud de rutina (Tabla 3). Los factores significativos adicionales detectados en análisis con dos variables sólo para Estados Unidos o México. Entre residentes de Estados Unidos, las mujeres sin cobertura de cuidado de salud o seguro antes del embarazo tuvieron más probabilidad de haber usado anticonceptivo que las que sí tenían cobertura (Tabla 3). Entre residentes de México, las mujeres con por lo menos 1 embarazo anterior tenían más probabilidad que las mujeres sin embarazos anteriores, de haber usado anticonceptivos.

Los resultados de regresión logística multi-variables para la muestra total indicaron que las mujeres menores de 20 años tuvieron menos probabilidad que las mujeres adultas y las mujeres con una educación menor a la preparatoria tuvieron menos probabilidad de haber usado control natal (Tabla 4). Menor probabilidad de uso de control natal entre las residentes de Estados Unidos y las mujeres sin partos anteriores y mayor probabilidad de uso entre mujeres con una atención médica de rutina privada también se indicaron mediante el modelo combinado. Sin embargo, la interacción se detectó entre el área de residencia y gravidez (valor P para interacción $\leq ,001$) y entre el área de residencia y la fuente de atención médica de rutina (valor P para interacción = ,02), indicando la asociación con el área de residencia difirió en los estratos para estas variables. En modelos específicos para el país, se detectó un efecto significativo de gravidez sólo entre residentes de México, con una menor probabilidad de uso de anticonceptivos entre mujeres sin partos anteriores con relación a aquellos con 3 ó más partos (Tabla 4). De manera similar, se detectó una probabilidad incrementada de uso de anticonceptivos se asoció con una fuente de atención médica de rutina privada sólo entre residentes de México. Cuando examinamos la interacción en el modelo combinado, encontramos que los residentes de Estados Unidos tuvieron más probabilidad que los residentes de México a haber usado el anticonceptivo en un primer embarazo, pero menos probabilidad en embarazos posteriores (razón de momio (RM) de la prevalencia de primer embarazo, 2,7; 95% CI, 0,9-8,7; RM de la prevalencia de segundo

embarazo, 0,2; 95% CI, 0,1-0,7; RM de la prevalencia de tercer embarazo o posterior, 0,3; 95% CI, 0,2-0,7). Entre mujeres sin atención médica de rutina, los residentes de Estados Unidos tuvieron menos probabilidad que los residentes de México de haber usado anticonceptivos (RM de prevalencia, 0,2; 95% CI, 0,1-0,5); no se detectó dicha diferencia en uso de anticonceptivos entre residentes de los Estados Unidos y residentes de México con atención médica pública o privada.

Discusión

Este estudio documenta una alta proporción de embarazos no deseados y proporciona pruebas de que se necesitan servicios de planificación familiar en ambos lados de la frontera de Estados Unidos-México. Entre mujeres que acaban de dar a luz, el embarazo fue uno no deseado (intencional) para casi la mitad. Nuestros hallazgos indican menor probabilidad de uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo entre las mujeres adolescentes y adultas jóvenes y mujeres que no se habían graduado de preparatoria. Estos hallazgos son consistentes con otros reportes (17,18) e indican grupos demográficos que se pueden beneficiar más directamente de programas de planificación familiar. También encontramos diferencias entre las mujeres que viven a ambos lados de la frontera, indicando la necesidad de servicios de planificación familiar para dirigir esfuerzos hacia mujeres en México antes de su primer embarazo. Otros estudios han sugerido que las mujeres jóvenes en México tal vez no usen un anticonceptivo efectivo hasta después de que nace su primer hijo (19,20) y que las mujeres mexicanas de baja paridad tienen un uso menos consistente de anticonceptivos (21). Nuestros datos no incluyen medidas de consistencia o lo correcto de uso de anticonceptivos, pero nos indican una necesidad entre los residentes de Matamoros para servicios mejorados de planificación familiar enfocados a mujeres sin gravidez y la necesidad de tener esfuerzos para incrementar el uso de anticonceptivos efectivos entre mujeres jóvenes y mujeres con menos educación en ambas áreas.

Acceso y uso efectivo de anticonceptivos

En general, los residentes de Estados Unidos y México que tuvieron una fuente para atención médica de rutina tuvieron más probabilidad que aquellos que no tuvieron atención de rutina a tener anticonceptivos para evitar el embarazo, aunque esta diferencia fue significativa

sólo para residentes de México en los modelos específicos para el país. Un estudio reciente en Morales, México (22), reportó que los adolescentes sin acceso al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Instituto de Seguridad Social Para los Trabajadores del Estado, que se incluyen en nuestra categoría para plan de salud o fuente privada de atención médica de rutina, tuvieron más probabilidad de tener un embarazo no deseado. Este hallazgo no es inconsistente con nuestros hallazgos, aunque los embarazos no intencionales entre las mujeres de nuestro estudio que usaron anticonceptivos, subrayan una oportunidad para los proveedores de atención médica de rutina para promover el uso más efectivo del anticonceptivo. Nuestro modelo combinado mostró que, entre mujeres de ambos países que no tuvieron atención de rutina, los residentes de Estados Unidos tuvieron significativamente menos probabilidad de usar anticonceptivos, indicando una necesidad de alcance, enfocando este grupo de residentes de Estados Unidos para servicios de planificación familiar. La investigación adicional ayudaría a determinar si las diferencias dentro y entre los países se relacionan con la facilidad de obtener anticonceptivos, tipos de anticonceptivos utilizados, u otras diferencias entre mujeres con diferentes lugares para atención médica de rutina.

Un número sustancial de usuarios de anticonceptivos con un embarazo no intencional reportó que habían usado un método menos efectivo cuando se embarazó; esto fue más común entre residentes de México. Una encuesta reciente de mujeres hispanas y blancas o hispanas que van a una de las 2 clínicas de ginecología/obstetricia con financiamiento público en Houston, Texas, encontró que el uso de métodos anticonceptivos más efectivos y el uso consistente de cualquier método menos común entre mujeres hispanas nacidas y no nacidas en Estados Unidos que entre mujeres blancas no hispanas (23). Casi el 90% de residentes de Estados Unidos en BMSCP se definió a si misma como hispana o latina. El potencial de mal uso de métodos de baja eficacia es alto (5). Nuestros resultados también indican, sin embargo, que el 48% de residentes de México y el 63% de residentes de Estados Unidos reportó haber usado anticonceptivos hormonales (píldora, parche, inyección), DIU, o vasectomía para anticonceptivos — métodos de alta eficacia — en el momento de quedar embarazadas. La baja probabilidad de falla para estos métodos (24) sugiere la posibilidad de error de reporte, error de entrevistador, u otra fuente de clasificación errónea de métodos anticonceptivos usados.

Razones para relaciones sin protección

Dos análisis recientes de datos del Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (PRAMS, por sus siglas en inglés) reportaron razones para relaciones sin protección entre mujeres con un embarazo no deseado. Nettleman et al reportó que el 33% de mujeres creyeron que no podían quedar embarazadas (25). McDonald et al encontraron que el 40,2% de mujeres hispanas y el 19,8% de mujeres blancas no hispanas reportaron esta razón para no usar anticonceptivos (26). En el BMSCP, 34,1% de las mujeres que no usaron anticonceptivos y que viven en México y el 13,7% de no usuarias que viven en Estados Unidos creyeron que no podían quedar embarazadas. Dicha falta de conciencia sobre el riesgo de embarazo da pruebas de la necesidad de dar educación sobre salud reproductiva y planificación familiar. Nettleman et al también reportó que al 30% de no usuarios no le importó quedar embarazada; esta razón para no usar anticonceptivos se reportó en 35,7% de mujeres hispanas y 47,6% de mujeres blancas no hispanas en el estudio McDonald, pero sólo en un 18,2% de mujeres del BMSCP. Un 15,2% adicional de las no usuarias del BMSCP no tuvieron razón para no usar anticonceptivos. Las mujeres con embarazo no deseado a las que no les importó embarazarse pueden ser ambivalentes sobre el embarazo, como se manejó con otros (25,27). La ambivalencia también se puede indicar en mujeres que no tienen razón para no usar anticonceptivos. En un estudio prospectivo de mujeres no embarazadas que visitaron 1 de 2 clínicas de urgencias de California, Schwarz et al encontró que el uso de anticonceptivos es menos probable, y el uso de métodos de planificación familiar o la remoción, en su mayoría, entre mujeres que estaban ambivalentes sobre el embarazo en comparación con las mujeres que trataban de evitar el embarazo (27).

Las mujeres con cobertura de seguro o atención médica antes del embarazo tenían menos probabilidad que aquellas con cobertura que habían usado control natal para evitar el embarazo indicador. Estos resultados contradicen las pruebas recientes que aseguraron que las mujeres tienen más probabilidad de usar anticonceptivos prescritos que las mujeres no aseguradas (28), aunque la cobertura de seguro puede no igualarse con el acceso o uso de anticonceptivos entre las mujeres en la frontera. La cobertura de seguro no se necesita para adquirir anticonceptivos en México, y los métodos hormonales se pueden obtener sin receta. Una encuesta de mujeres post-parto de 1996-1997, de mujeres que dieron a luz en El Paso, Texas, encontró

que las mujeres que vivieron en Estados Unidos tuvieron más probabilidad de obtener píldoras, anticonceptivos inyectables, o el DIU en México, mientras que los condones se compraron con más frecuencia en Estados Unidos (29). Dicha adquisición de anticonceptivos a los dos lados de la frontera indica el valor potencial en un enfoque de colaboración binacional hacia planificación familiar en las comunidades fronterizas.

Limitaciones

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. Los datos se recolectaron de manera retrospectiva de mujeres post-parto inmediatamente después del parto, excluyendo así a mujeres que habían usado anticonceptivos con éxito y mujeres que habían abortado. Las prácticas de anticonceptivos de nuestro grupo de estudio en su mayoría fueron menos consistentes, o implicaban el uso de métodos menos efectivos que aquellos de mujeres similares sexualmente activas que no se embarazaron. La proporción de embarazos que fueron no deseados se pudo haber subestimado o sobrestimado si las actitudes de las mujeres hacia el embarazo cambiaron después del parto. Además, las mujeres a los dos lados de la frontera pudieron haber interpretado las preguntas de la encuesta de manera distinta, aunque se realizaron sesiones de grupo en ambas comunidades como parte del desarrollo del cuestionario (8). Todos los datos en nuestro estudio se basan en auto-reporte y están sujetos a desviación por recordar/ por lo apropiado que sea a nivel social y otras fuentes de clasificación errónea, incluyendo error de registro del entrevistador. Nuestros resultados para uso de anticonceptivos por país de residencia pueden haber estado sujetas a la desviación por prevaricación si las mujeres que viven a un lado de la frontera que dieron a luz en la ciudad hermana reportaron que vivieron en el país donde dieron a luz. Otro estudio que implica entrevistas post-parto de mujeres después del parto en un hospital grande en la frontera Estados Unidos-México consideró los reportes de mujeres de dónde vivieron, dónde les dieron atención prenatal, y donde trabajaron, y mujeres múltipara, ubicaciones de partos anteriores y atención actual de los niños, para codificar la residencia; la muestra inicial se redujo en 58% después de estas exclusiones (29). Aunque estos datos están disponibles con BMSCP para aplicar una clasificación de residencia más restringida, la validez de este enfoque se desconoce y garantiza investigación adicional.

La fortaleza principal de este estudio es que se basa

en datos estandarizados recolectados de un gran número de mujeres que dieron a luz en 1 par de comunidades fronterizas Estados Unidos-México, un grupo para el cual han faltado dichos datos. La participación fue alta entre mujeres a ambos lados de la frontera, y la muestra proporcionó buena cobertura de partos en el área (8). Muchos de nuestros análisis enfocados en las mujeres cuyos embarazos fueron no intencionales y se compararon con aquellos que intentaron evitar el embarazo con el uso de anticonceptivos con mujeres que no usaron anticonceptivos. Dada la gran proporción de embarazos en el BMSCP que fueron no intencionales, identificando factores asociados con embarazos intentados, pero fallidos, prevención de embarazo, además de las características de mujeres que no usaron anticonceptivos, se pueden usar como base del trabajo futuro en el condado de Cameron y Matamoros, indicando áreas que necesitan investigación y posibles áreas para intervención.

Conclusión

El desarrollo o expansión de enfoques culturalmente relevantes para incrementar la conciencia de la salud reproductiva y el uso de anticonceptivos es necesario para ayudar a las mujeres y a las parejas en Matamoros y el condado de Cameron para lograr sus metas de planificación familiar. El uso de anticonceptivos de más eficacia y mayor duración que están menos propensos a falla por el usuario puede ser especialmente benéfico (30). En ambas áreas, nuestros datos sugieren que los esfuerzos se deben enfocar en mujeres jóvenes, que no hayan terminado de estudiar la preparatoria, y en Matamoros, antes del primer embarazo. También se necesita asesoría post-parto efectiva que enfatice en el uso correcto y consistente de anticonceptivos. Sin embargo, los reportes anteriores de asesoría sobre anticonceptivos han mostrado resultados mixtos (31-34); el grado al que estos resultados son relevantes para la región fronteriza ya que se basan sólo en la población de Estados Unidos. Por lo tanto, se debe considerar el desarrollo de métodos de asesoría adecuada para la población fronteriza.

La intención de embarazarse no es un concepto sencillo y se reconoce que incluye dimensiones afectivas, cognitivas, culturales y contextuales (35). Dada la pobreza de la región, la rentabilidad documentada de la planificación familiar (36,37), y el grado al que las residentes reciben servicios en ambos países (8), es probable que un enfoque binacional sea más efectivo para expandir el alcance de los

servicios de planificación familiar en la frontera. Algunos aspectos del conocimiento sobre planificación familiar y las actitudes sobre tener hijos pueden diferir entre mujeres que viven a ambos lados de la frontera (38). Se necesita más investigación en esta área para examinar actitudes y conocimiento, para evaluar la validez del contenido de preguntas de la encuesta que mide la intención de embarazarse y las razones para no usar anticonceptivos, y tal vez para desarrollar nuevas herramientas para medición. Se necesitan enfoques únicos para intervención que permiten las similitudes y diferencias entre las poblaciones residentes para ayudar a mujeres a que logren embarazarse, si lo desean, en el momento que sea óptimo para ellas. La recolección continua binacional de datos de vigilancia estandarizados tales como los recolectados en el BMSCP permitiría monitorear las tendencias y dar datos informativos para programas de salud pública y desarrollo de políticas en la región fronteriza.

Reconocimientos

El BMSCP fue financiado a través de la División de Salud Reproductiva de los CDC y de la Oficina de Promoción de la Salud Global del Centro Nacional para la Prevención de las Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, bajo un acuerdo cooperativo con la Asociación de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, No. U65 CCU 623699-01-2, y a través de acuerdos con la Universidad de Texas-Brownsville/Colegio Southmost de Texas, y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas en el Campus Regional de Brownsville. El apoyo técnico y operacional para el proyecto fue proporcionado por la División de Salud y Estudios de Exámenes de Nutrición del Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los CDC; el Departamento de Servicios Estatales de Salud de Texas, Región 11; la Secretaría de Salud en Tamaulipas; y el Instituto Mexicano del Seguro Social, Tamaulipas.

El apoyo de las siguientes instituciones locales, regionales y nacionales fue crítico para el proyecto: el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud en México; Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud en México; Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud en México; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Tamaulipas; Registro Civil, Tamaulipas; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Tamaulipas; Secretaría de Salud

Jurisdicción III, Tamaulipas; Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Región 11 y Oficina de Salud Fronteriza; Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Brownsville; Departamento de Salud del Condado de Cameron; Centro Médico Valley Baptist en Harlingen; Centro Médico Valley Baptist en Brownsville; Centro Médico Valley Regional; Centro Médico Harlingen; Centro Cultural Cameron Park; Centro de Salud de la Comunidad de Brownsville; Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo Lafaurie; Hospital General de Zona No. 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Matamoros; Clínica Hospital Dr. Manuel F. Rodríguez Brayda, Matamoros; Hospital Guadalupe; Centro de Orientación Familiar de Matamoros; Centro Médico de Especialidades Quirúrgicas de Matamoros; y la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Un agradecimiento especial al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud en México, por la revisión de este manuscrito, así como a la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos por proporcionar la traducción del inglés al español.

Información del autor

Autor correspondiente: Kayan L. Lewis, PhD, Oficina del Título V y Salud Familiar, División de Servicios de Salud de la Familia y la Comunidad, MC1920, Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, T1100 W 49th St, PO Box 149347, Austin, TX 78714-9347. Teléfono: 512-458-7111, ext 3208. Correo electrónico: fhrpdmanuscripts@gmail.com.

Afiliaciones de los autores: Jose L. Robles, Secretaría de salud, Jurisdicción III, Matamoros, Tamaulipas, México; Suzanne G. Folger, Jill A. McDonald, Mirna Perez, Lauren Zapata, Polly A. Marchbanks, División de Salud Reproductiva, Centro Nacional para Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la salud, CDC; Mauro Ruiz, Programa de Mejora de Salud Pública, Región 11, Departamento estatal de Servicios de Salud de Texas; Ginger Gossman, Brian C. Castrucci, Oficina del Título V y Salud Familiar, División de Servicios de Salud de la Familia y la Comunidad, MC1920, Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas; Imelda García, Servicios comunitarios de salud, Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

Referencias

1. Nightingale EO, Soberon G, Peck NG, Mortimer AM. En ambos lados: investigación colaborativa binacional para mejorar la atención materno-infantil en la región de la frontera México-Estados Unidos. *Border Health* 1992;3:4-6.
2. United States-Mexico Border Health Commission. *Healthy Border 2010: an agenda for improving health on the United States-Mexico Border*. El Paso (TX): United States-Mexico Border Health Commission; 2003.
3. Ruiz-Beltran M, Kamau JK. The socio-economic and cultural impediments to well-being along the US-Mexico border. *J Community Health* 2001;26(2):123-32.
4. Soden DL. At the cross roads: US/Mexico border counties in transition. El Paso (TX): Institute for Policy and Economic Development; 2006. <http://digitalcommons.utep.edu/ipedtechrep/27>. Accessed January 11, 2008.
5. Trussell J. Choosing a contraceptive: efficacy, safety, and personal considerations. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. *Contraceptive technology*. 19th revised ed. New York (NY): Ardent Media, Inc; 2007. p. 19-47.
6. Olaiz-Fernandez G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Rillalpando-Herenandez S, Herenandez-Avila M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca (MX): Instituto Nacional de Salud Publica; 2006. Accessed June 2, 2008.
7. Baldwin SB, Djambazov B, Papenfuss M, Abrahamsen M, Denman C, Guernsey de Zapien J, et al. Chlamydial infection in women along the US-Mexico Border. *Int J STD AIDS* 2004;15(12):815-21.
8. McDonald JA, Johnson CH, Smith R, Folger SG, Chavez AL, Mishra N, et al. Reproductive health surveillance in the US-Mexico border region, 2003-2006: the Brownsville-Matamoros Sister City Project for Women's Health. *Prev Chronic Dis* 2008;5(4). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08_0055.htm
9. Programa sectorial de salud: México. Secretaría de salud 2007-2012. Cuernavaca (MX): Secretaría de salud. http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/plan_sectorial_salud.pdf. Accessed February 13, 2008.
10. Programa nacional de salud 2001-2006. Cuernavaca (MX): Secretaría de salud. <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf>. Accessed February 13, 2008.
11. Espey E, Cosgrove E, Ogburn T. Family planning American style: why it's so hard to control birth in the US. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007;34(1):1-17, vii.
12. Smith JC, Warren CW, Garcia Nunez J. The U.S.-Mexico border: contraceptive use and maternal health care in perspective. A report of survey information on reproductive age women living in the border areas of the United States and Mexico, 1979. El Paso (TX): United States-Mexico Border Association; 1983. <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Products&Pubs/PDFs/115092USMEX.pdf>. Accessed February 12, 2008.
13. Warren CW, Smith JC, Garcia-Nunez J, Rochat RW, Martinez-Manautou J. Contraceptive use and family planning services along the U.S.-Mexico border. *Int Fam Plan Perspect* 1981;7(2):52-9.
14. Rochat RW, Warren CW, Smith JC, Holck SE, Friedman JS. Family planning practices among Anglo and Hispanic women in U.S. counties bordering Mexico. *Fam Plann Perspect* 1981;13(4):176-80.
15. El entorno de la regulacion de la fecundidad en mexico. Serie: resultados de investigation. Cuernavaca (MX): Secretaría de salud; 1993. p. 189-215.
16. Chandra A, Martinez GM, Mosher WD, Abma JC, Jones J. Fertility, family planning, and reproductive health of U.S. women: data from the 2002 National Survey of Family Growth. *Vital Health Stat* 23 2005(25):1-160.
17. Women of the world: laws and policies affecting their reproductive lives: Latin America and the Caribbean. New York (NY): Center for Reproductive Law and Policy; 1997. <http://www.reproductiverights.org/>. Accessed December 10, 2007.
18. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2006;38(2):90-6.
19. Barber SL. Family planning advice and postpartum contraceptive use among low-income women in Mexico. *Int Fam Plan Perspect* 2007;33(1):6-12.
20. Atkin LC, Alatorre-Rico J. Pregnant again? Psychosocial predictors of short-interval repeat pregnancy among adolescent mothers in Mexico City. *J Adolesc Health* 1992;13(8):700-6.
21. Langer A, Harper C, Garcia-Barrios C, Schiavon R, Heimbürger A, Elul B, et al. Emergency contraception in Mexico City: what do health care providers and potential users know and think about it? *Contraception* 1999;60(4):233-41.

22. Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walker D. [Unwanted adolescent pregnancy and post-partum utilization of contraceptive methods.] *Salud Publica Mex* 2003;45(Suppl 1):S92-102.
23. Sangi-Haghpeykar H, Ali N, Posner S, Poindexter AN. Disparities in contraceptive knowledge, attitude and use between Hispanic and non-Hispanic whites. *Contraception* 2006;74(2):125-32.
24. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2004;70(2):89-96.
25. Nettleman MD, Chung H, Brewer J, Ayoola A, Reed PL. Reasons for unprotected intercourse: analysis of the PRAMS survey. [Published erratum in: *Contraception* 2007;76(5):413]. *Contraception* 2007;75(5):361-6.
26. McDonald JA, Suellentrop K, Paulozzi LJ, Morrow B. Reproductive health of the rapidly growing Hispanic population: data from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2002. *Matern Child Health J* 2008;12(3):342-56.
27. Schwarz EB, Lohr PA, Gold MA, Gerbert B. Prevalence and correlates of ambivalence towards pregnancy among nonpregnant women. *Contraception* 2007;75(4):305-10.
28. Culwell KR, Feinglass J. Changes in prescription contraceptive use, 1995-2002: the effect of insurance status. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1371-8.
29. Potter JE, Moore AM, Byrd TL. Cross-border procurement of contraception: estimates from a post-partum survey in El Paso, Texas. *Contraception* 2003;68(4):281-7.
30. Stevens-Simon C, Kelly L, Kulick R. A village would be nice but . . . it takes a long-acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. *Am J Prev Med* 2001;21(1):60-5.
31. Lesnewski R. Preventing unintended pregnancy: implications for physicians. *Am Fam Physician* 2004;69(12):2779-80, 2782.
32. Forrest JD, Frost JJ. The family planning attitudes and experiences of low-income women. *Fam Plann Perspect* 1996;28(6):246-55, 277.
33. Weisman CS, Maccannon DS, Henderson JT, Shortridge E, Orso CL. Contraceptive counseling in managed care: preventing unintended pregnancy in adults. *Womens Health Issues* 2002;12(2):79-95.
34. Moos MK, Bartholomew NE, Lohr KN. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. *Contraception* 2003;67(2):115-35.
35. Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert BC, Curtis K, Cabral R, et al. The measure and meaning of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health* 2003;35(2):94-101.
36. Trussell J, Leveque JA, Koenig JD, London R, Borden S, Henneberry J, et al. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. *Am J Public Health* 1995;85(4):494-503.
37. Trussell J. The cost of unintended pregnancy in the United States. *Contraception* 2007;75(3):168-70.
38. Russell AY, Williams MS, Farr PA, Schwab AJ, Plattsmier S. Patterns of contraceptive use and pregnancy among young Hispanic women on the Texas-Mexico border. *J Adolesc Health* 1993;14(5):373-9.

Tablas

Tabla 1. Características demográficas de Mujeres que dieron a luz en la región de la frontera de México-Estados Unidos, El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville, 2005

Característica	Residentes de Estados Unidos (n = 458) % ponderado (95% CI)	Residentes de México (n = 489) % ponderado (95% CI)	Todos los Residentes % ponderado (95% CI)
País de residencia^a			
Estados Unidos	ND	ND	45,8 (42,8-48,8)
México	ND	ND	54,2 (51,2-57,2)
País del nacimiento			
Estados Unidos	99,8 (98,6-99,96)	5,0 (3,9-6,5)	48,4 (45,5-51,4)
México	0,2 (0,04-1,5)	95,0 (93,6-96,1)	51,6 (48,6-54,5)
Ubicación de instalación médica donde va la madre en general^b			
Estados Unidos	92,2 (89,3-94,4)	2,4 (1,6-3,8)	43,4 (40,6-46,2)
México	2,5 (1,5-4,2)	96,0 (94,5-97,1)	53,3 (50,6-56,1)
Ambos países	4,5 (3,2-6,3)	1,2 (0,6-2,3)	2,7 (1,9-3,7)
No tiene instalación médica usual	0,9 (0,4-2,1)	0,4 (0,1-1,4)	0,6 (0,3-1,3)
Edad, y^c			
<15	0,2 (0,04-1,2)	0,6 (0,3-1,5)	0,4 (0,2-0,9)
15-19	14,5 (11,7-17,7)	18,6 (15,7-21,9)	16,7 (14,7-19,0)
20-24	30,9 (27,5-34,5)	31,5 (27,8-35,6)	31,2 (28,6-34,0)
25-34	44,1 (40,6-47,8)	42,3 (38,8-46,0)	43,2 (40,7-45,7)
35-39	8,6 (6,2-11,8)	5,3 (3,6-7,6)	6,8 (5,3-8,6)
≥40	1,7 (0,9-3,3)	1,6 (0,9-2,8)	1,7 (1,1-2,5)

Abreviatura: CI, intervalo de confianza; ND, no determinado.

^a País de residencia se definió como el país donde la participante reportó estar viviendo actualmente.

^b Faltan datos para 7 residentes de Estados Unidos y 4 residentes de México.

^c Faltan datos para 1 Estados Unidos residente.

^d Faltan datos para 6 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México.

^e Faltan datos para 15 residentes de Estados Unidos.

^f Faltan datos para 12 residentes de Estados Unidos y 4 residentes de México.

^g Estado civil actual se clasificó como casada, no casada pero vive con la pareja (definido como vivir con la pareja o en unión libre), y no casada, no vive con la pareja (definido como separado, viuda o divorciada). Faltan datos para 6 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México.

^h Faltan datos para 2 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México.

ⁱ Faltan datos para 1 residente de Estados Unidos.

^j Definido como el tipo de instalación médica que usa generalmente la participante para atención médica de rutina o cuando se siente mal. La categoría "ninguna" incluye sala de emergencia, clínica de urgencias o farmacia, y las participantes que dieron que no tenían lugar para atención médica de rutina. "Instalaciones públicas" incluye clínica pública, centro de salud, SSA (Secretaría de Salud, México), y hospital local o estatal. "Plan de salud/instalaciones privadas" incluye consultorio privado, militar (Veterans Affairs Hospital, Hospital de la Marina y la Sedena), Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Instituto de Seguridad Social Para los Trabajadores del Estado. Faltan datos para 2 residentes de Estados Unidos.

^k Faltan datos para 4 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México.

^l Faltan datos para 3 residentes de Estados Unidos y 2 residentes de México.

^m Faltan datos para 8 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México. La categoría "no está dentro de la fuerza laboral" incluye mujeres que reportaron que eran amas de casa o estudiantes, o de alguna manera no podían trabajar.

(Continuación en la página siguiente)

Tabla 1. (continuación) Características demográficas de mujeres que dieron a luz en la región de la Frontera de México-Estados Unidos, El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoras-Brownsville, 2005

Característica	Residentes de Estados Unidos (n = 458) % ponderado (95% CI)	Residentes de México (n = 489) % ponderado (95% CI)	Todos los Residentes % ponderado (95% CI)
Educación completada^d			
Certificado de preparatoria	50,7 (45,9-55,4)	17,1 (13,9-20,8)	32,4 (29,1-35,8)
8-12 y (sin certificado)	37,2 (32,8-41,9)	50,9 (46,9-54,9)	44,7 (41,6-47,8)
<8 y	12,1 (9,6-15,3)	32,0 (28,6-35,6)	23,0 (20,7-25,4)
Etnicidad^e			
Hispana/latina	88,9 (85,5-91,6)	100	95,0 (93,4-96,2)
No Hispana/latina	11,1 (8,4-14,5)	0	5,0 (3,8-6,6)
Lugar de nacimiento de la madre^f			
Estados Unidos	56,3 (50,9-61,5)	0,4 (0,1-1,3)	25,7 (22,7-29,0)
México	43,7 (38,6-49,1)	99,6 (98,7-99,9)	74,3 (71,0-77,3)
Estado civil actual^g			
Casada	49,1 (45,3-53,0)	53,3 (49,2-57,3)	51,4 (48,6-54,2)
No casada, no vive con la pareja	26,3 (22,7-30,2)	9,4 (7,3-12,0)	31,5 (29,1-34,0)
No casada, vive con la pareja	24,6 (21,7-27,6)	37,3 (33,8-41,0)	17,1 (15,0-19,4)
Cobertura de seguro o atención médica durante el embarazo^h			
No	30,8 (27,6-34,2)	30,6 (27,9-33,4)	30,7 (28,6-32,8)
Sí	69,2 (65,9-72,4)	69,4 (66,6-72,1)	69,4 (67,2-71,4)
Cobertura de seguro o atención médica justo antes del embarazoⁱ			
No	74,8 (70,5-78,6)	41,9 (38,2-45,6)	56,9 (54,0-59,8)
Sí	25,3 (21,4-29,5)	58,2 (54,4-61,8)	43,1 (40,2-46,0)

Abreviatura: CI, intervalo de confianza; ND, no determinado.

^a País de residencia se definió como el país donde la participante reportó estar viviendo actualmente.

^b Faltan datos para 7 residentes de Estados Unidos y 4 residentes de México.

^c Faltan datos para 1 Estados Unidos residente.

^d Faltan datos para 6 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México.

^e Faltan datos para 15 residentes de Estados Unidos.

^f Faltan datos para 12 residentes de Estados Unidos y 4 residentes de México.

^g Estado civil actual se clasificó como casada, no casada pero vive con la pareja (definido como vivir con la pareja o en unión libre), y no casada, no vive con la pareja (definido como separado, viuda o divorciada). Faltan datos para 6 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México.

^h Faltan datos para 2 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México.

ⁱ Faltan datos para 1 residente de Estados Unidos.

^j Definido como el tipo de instalación médica que usa generalmente la participante para atención médica de rutina o cuando se siente mal. La categoría "ninguna" incluye sala de emergencia, clínica de urgencias o farmacia, y las participantes que dieron que no tenían lugar para atención médica de rutina. "Instalaciones públicas" incluye clínica pública, centro de salud, SSA (Secretaría de Salud, México), y hospital local o estatal. "Plan de salud/instalaciones privadas" incluye consultorio privado, militar (Veterans Affairs Hospital, Hospital de la Marina y la Sedena), Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Instituto de Seguridad Social Para los Trabajadores del Estado. Faltan datos para 2 residentes de Estados Unidos.

^k Faltan datos para 4 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México.

^l Faltan datos para 3 residentes de Estados Unidos y 2 residentes de México.

^m Faltan datos para 8 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México. La categoría "no está dentro de la fuerza laboral" incluye mujeres que reportaron que eran amas de casa o estudiantes, o de alguna manera no podían trabajar.

(Continuación en la página siguiente)

Tabla 1. (continuación) Características demográficas de mujeres que dieron a luz en la región de la Frontera de México-Estados Unidos, El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoras-Brownsville, 2005

Característica	Residentes de Estados Unidos (n = 458) % ponderado (95% CI)	Residentes de México (n = 489) % ponderado (95% CI)	Todos los Residentes % ponderado (95% CI)
Fuente de atención médica de rutina^a			
Ninguna	41,7 (36,4-47,2)	15,1 (12,6-18,1)	27,3 (24,3-30,5)
Instalaciones públicas	31,1 (27,3-35,1)	28,3 (25,8-31,1)	29,6 (27,4-31,9)
Plan de salud/instalaciones privadas	27,2 (23,2-31,6)	56,5 (52,7-60,3)	43,1 (40,3-46,0)
Se fumó por lo menos 100 cigarrillos durante los 2 últimos años^k			
No	91,9 (89,6-93,7)	95,1 (93,5-96,3)	93,6 (92,3-94,7)
Sí	8,1 (6,4-10,4)	4,9 (3,7-6,5)	6,4 (5,3-7,7)
Tomó cualquier bebida alcohólica durante los últimos 2 años^l			
No	56,1 (52,3-59,9)	71,4 (68,1-74,4)	64,4 (61,9-66,8)
Sí	43,9 (40,1-47,8)	28,6 (25,6-31,9)	35,6 (33,2-38,1)
Estatus de empleo^m			
Empleada	47,9 (42,8-53,1)	49,0 (45,3-52,6)	48,5 (45,4-51,6)
Desempleada	10,7 (7,6-15,0)	4,8 (3,4-6,8)	7,5 (5,8-9,8)
No está dentro de la fuerza laboral	41,3 (35,8-47,1)	46,2 (42,7-49,7)	44,0 (40,8- 47,3)

Abreviatura: CI, intervalo de confianza; ND, no determinado.

^a País de residencia se definió como el país donde la participante reportó estar viviendo actualmente.

^b Faltan datos para 7 residentes de Estados Unidos y 4 residentes de México.

^c Faltan datos para 1 Estados Unidos residente.

^d Faltan datos para 6 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México.

^e Faltan datos para 15 residentes de Estados Unidos.

^f Faltan datos para 12 residentes de Estados Unidos y 4 residentes de México.

^g Estado civil actual se clasificó como casada, no casada pero vive con la pareja (definido como vivir con la pareja o en unión libre), y no casada, no vive con la pareja (definido como separado, viuda o divorciada). Faltan datos para 6 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México.

^h Faltan datos para 2 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México.

ⁱ Faltan datos para 1 residente de Estados Unidos.

^j Definido como el tipo de instalación médica que usa generalmente la participante para atención médica de rutina o cuando se siente mal. La categoría "ninguna" incluye sala de emergencia, clínica de urgencias o farmacia, y las participantes que dieron que no tenían lugar para atención médica de rutina. "Instalaciones públicas" incluye clínica pública, centro de salud, SSA (Secretaría de Salud, México), y hospital local o estatal. "Plan de salud/instalaciones privadas" incluye consultorio privado, militar (Veterans Affairs Hospital, Hospital de la Marina y la Sedena), Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Instituto de Seguridad Social Para los Trabajadores del Estado. Faltan datos para 2 residentes de Estados Unidos.

^k Faltan datos para 4 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México.

^l Faltan datos para 3 residentes de Estados Unidos y 2 residentes de México.

^m Faltan datos para 8 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México. La categoría "no está dentro de la fuerza laboral" incluye mujeres que reportaron que eran amas de casa o estudiantes, o de alguna manera no podían trabajar.

Tabla 2. Características reproductivas y anticonceptivas de mujeres que dieron a luz en la región de la frontera de México-Estados Unidos, El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville, 2005^a

Característica	Residentes de Estados Unidos (n = 458) % ponderado (95% CI)	Residentes de México (n = 489) % ponderado (95% CI)	Todos los Residentes % ponderado (95% CI)
Número de embarazos (incluyendo el embarazo actual)^b			
≥3	46,6 (41,9-51,4)	34,8 (31,7-38,0)	40,2 (37,4-43,1)
2	23,6 (20,4-27,2)	30,1 (27,7-32,6)	27,1 (25,2-29,2)
1	29,8 (26,1-33,7)	35,1 (31,5-38,9)	32,7 (30,1-35,3)
Intención de embarazo^c			
Embarazo deseado	50,5 (46,7-54,3)	52,7 (49,7-55,8)	51,7 (49,3-54,1)
Embarazo no deseado	49,5 (45,7-53,3)	47,3 (44,2-50,3)	48,3 (45,9-50,7)
Intentando embarazarse cuando quedó embarazada^d			
No	57,4 (54,0-60,7)	46,6 (43,4-49,9)	51,5 (49,2-53,8)
Sí	42,4 (39,2-45,7)	53,2 (49,8-56,5)	48,3 (46,0-50,6)
Uso de anticonceptivos cuando quedó embarazada (este embarazo)^e			
No	56,5 (51,5-61,4)	50,1 (43,9-56,3)	53,4 (49,4-57,3)
Sí	43,5 (38,6-48,5)	49,9 (43,7-56,1)	46,6 (42,7-50,6)
Si sí se usó anticonceptivo cuando quedó embarazada, todos los métodos de uso cuando quedó embarazada (este embarazo)			
Pastilla (solamente)	39,9 (31,1-49,3)	12,0 (7,5-18,6)	25,2 (20,2-30,9)
Condón (solamente)	27,6 (20,4-36,2)	24,8 (18,9-31,9)	26,1 (21,4-31,5)
Espuma/gel/crema (solamente)	0,9 (0,2-4,8)	0	0,4 (0,1-2,3)
Inyección (solamente)	12,3 (7,8-18,8)	15,8 (10,6-23,0)	14,1 (10,5-18,9)
Parche (solamente)	4,4 (2,1-8,8)	0,8 (0,1-4,6)	2,5 (1,3-4,9)
Diafragma/esponja/cervical cap (bloqueo cervical)(solamente)	0	0	0

Abreviaturas: CI, intervalo de confianza; DIU, dispositivo intrauterino.

^a País de residencia se definió como el país donde la participante reportó estar viviendo actualmente.

^b Faltan datos para 1 residente de Estados Unidos.

^c El embarazo se clasifica como intencional para mujeres que querían embarazarse antes o quería embarazarse en ese momento, y se clasificó como no intencional para mujeres que querían embarazarse después, y no en ese momento, o en cualquier momento en el futuro. Once residentes del condado de Cameron (2,4%) y 2 (0,4%) residentes de Matamoros reportaron "no lo sé" o "no estoy segura" y éstas se excluyeron de la clasificación dicotoma. Faltan datos para 17 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México.

^d Datos para 6 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México que se rehusaron a responder la pregunta y de 1 residente de cada país que respondió "no lo sé" se excluyen de los estimados de porcentaje.

^e Sólo se preguntó de residentes que no trataban de embarazarse o dinero que no estaban seguras o no sabían si lo estaban intentando (n = 260 residentes de Estados Unidos; n = 229 residentes de México).

^f Los métodos más efectivos con uso típico incluyeron la píldora anticonceptiva, parche, inyección, DIU, y vasectomía. Métodos menos efectivos con uso típico reportaron la espuma anticonceptiva, gel y crema, condones, diafragma, ritmo, y retiro. Para Estados Unidos hubo 3 respuestas de "otro" que se podían categorizar por eficacia.

^g 30 residentes de Estados Unidos no usuarias y 3 residentes de México no usuarias no proporcionaron una razón para no usar pero no reportaron que no había razón o que no sabían porqué no lo usaban, y se excluyen de este análisis.

^h Faltan datos para 18 residentes de Estados Unidos y 4 residentes de México.

ⁱ Faltan datos para 18 residentes de Estados Unidos y 6 residentes de México.

^j Métodos más efectivos con uso típico incluyó la píldora anticonceptiva, parche, inyección, DIU, y vasectomía. Métodos menos efectivos con uso típico reportaron la espuma anticonceptiva, gel y crema, condones, diafragma, ritmo, y retiro. Faltaron datos de 2 residentes de Estados Unidos.

(Continuación en la página siguiente)

Las opiniones expresadas por los autores de los manuscritos publicados en esta revista no son compartidas necesariamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores. El uso de nombres comerciales se realiza para fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte de ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

Tabla 2. (continuación) Características reproductivas y anticonceptivas de mujeres que dieron a luz en la región de la frontera de México-Estados Unidos, El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville, 2005^a

Característica	Residentes de Estados Unidos (n = 458) % ponderado (95% CI)	Residentes de México (n = 489) % ponderado (95% CI)	Todos los Residentes % ponderado (95% CI)
Si sí se usó anticonceptivo cuando quedó embarazada, todos los métodos de uso cuando quedó embarazada (este embarazo) (continuación)			
DIU/dispositivo (solamente)	3,5 (1,5-8,1)	19,4 (13,0-27,9)	11,9 (8,2-16,9)
Retiro (solamente)	1,8 (0,5-5,8)	11,4 (7,7-16,6)	6,9 (4,8-9,7)
Ritmo (solamente)	5,3 (2,9-9,5)	8,8 (5,1-14,5)	7,1 (4,8-10,5)
Anticonceptivo de emergencia (solamente)	0	0	0
Ligado de trompas (solamente)	0	0	0
Vasectomía (solamente)	0	0	0
Otro (especificar)	2,6 (1,0-6,9)	0	1,2 (0,5-3,3)
Más de 1: condón y otro solamente (por ej, vasectomía, inyección, lactancia, ritmo, retiro)	1,8 (0,5-5,8)	5,3 (2,4-11,1)	3,6 (1,9-6,8)
Más de 1: sólo retiro y ritmo	0	1,8 (0,6-5,6)	0,9 (0,3-3,0)
Efectividad de método de control natal usado cuando quedó embarazada^f			
Más efectivo con uso típico	63,4 (53,4-72,4)	48,0 (40,0-56,1)	55,2 (49,2-61,1)
Menos efectivo con uso típico	36,6 (27,6-46,6)	52,0 (43,9-60,0)	44,8 (38,9-50,9)
Razón para no usar anticonceptivo entre mujeres que no intentan embarazarse^g			
No me importaba si me embarazaba	17,4 (11,5-25,4)	18,8 (12,4-27,5)	18,2 (13,7-23,8)
Pensé que no podía embarazarme	13,7 (9,6-19,1)	34,1 (27,6-41,2)	24,5 (20,4-29,1)
Tuve efectos secundarios de usar anticonceptivos	10,0 (5,8-16,8)	7,2 (4,0-12,6)	8,5 (5,7-12,5)
Problemas para obtener anticonceptivos cuando se necesitaba	3,7 (1,5-8,4)	0	1,7 (0,7-4,0)

Abreviaturas: CI, intervalo de confianza; DIU, dispositivo intrauterino.

^a País de residencia se definió como el país donde la participante reportó estar viviendo actualmente.

^b Faltan datos para 1 residente de Estados Unidos.

^c El embarazo se clasifica como intencional para mujeres que querían embarazarse antes o quería embarazarse en ese momento, y se clasificó como no intencional para mujeres que querían embarazarse después, y no en ese momento, o en cualquier momento en el futuro. Once residentes del condado de Cameron (2,4%) y 2 (0,4%) residentes de Matamoros reportaron "no lo sé" o "no estoy segura" y éstas se excluyeron de la clasificación dicotoma. Faltan datos para 17 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México.

^d Datos para 6 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México que se rehusaron a responder la pregunta y de 1 residente de cada país que respondió "no lo sé" se excluyen de los estimados de porcentaje.

^e Sólo se preguntó de residentes que no trataban de embarazarse o dinero que no estaban seguras o no sabían si lo estaban intentando (n = 260 residentes de Estados Unidos; n = 229 residentes de México).

^f Los métodos más efectivos con uso típico incluyeron la píldora anticonceptiva, parche, inyección, DIU, y vasectomía. Métodos menos efectivos con uso típico reportaron la espuma anticonceptiva, gel y crema, condones, diafragma, ritmo, y retiro. Para Estados Unidos hubo 3 respuestas de "otro" que se podían categorizar por eficacia.

^g 30 residentes de Estados Unidos no usuarias y 3 residentes de México no usuarias no proporcionaron una razón para no usar pero no reportaron que no había razón o que no sabían porqué no lo usaban, y se excluyen de este análisis.

^h Faltan datos para 18 residentes de Estados Unidos y 4 residentes de México.

ⁱ Faltan datos para 18 residentes de Estados Unidos y 6 residentes de México.

^j Métodos más efectivos con uso típico incluyó la píldora anticonceptiva, parche, inyección, DIU, y vasectomía. Métodos menos efectivos con uso típico reportaron la espuma anticonceptiva, gel y crema, condones, diafragma, ritmo, y retiro. Faltaron datos de 2 residentes de Estados Unidos.

(Continuación en la página siguiente)

Las opiniones expresadas por los autores de los manuscritos publicados en esta revista no son compartidas necesariamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores. El uso de nombres comerciales se realiza para fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte de ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

Tabla 2. (continuación) Características reproductivas y anticonceptivas de mujeres que dieron a luz en la región de la frontera de México-Estados Unidos, El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville, 2005^a

Característica	Residentes de Estados Unidos (n = 458) % ponderado (95% CI)	Residentes de México (n = 489) % ponderado (95% CI)	Todos los Residentes % ponderado (95% CI)
Razón para no usar anticonceptivo entre mujeres que no intentan embarazarse^g (continuación)			
Pensó que el esposo/la pareja era estéril	1,0 (0,2-5,5)	0,9 (0,2-5,1)	0,9 (0,3-3,2)
El esposo/la pareja no quería usar nada	6,6 (2,7-15,2)	9,9 (6,4-15,0)	8,4 (5,4-12,7)
Sin razón/no lo sé	28,4 (20,3-38,2)	3,4 (1,5-7,7)	15,2 (11,1-20,3)
Lactancia	0,9 (0,2-4,9)	6,3 (3,2-12,2)	3,8 (2,0-7,0)
Olvidó usar anticonceptivos — no tuvo cuidado	0	5,2 (2,4-11,2)	2,8 (1,2-6,2)
Otro	18,4 (12,2-26,7)	14,1 (9,9-19,8)	16,1 (12,2-20,9)
Uso de anticonceptivos^h			
No	17,8 (14,0-22,3)	35,5 (31,5-39,8)	27,5 (24,6-30,7)
Sí	82,3 (77,7-86,1)	64,5 (60,2-68,5)	72,5 (69,3-75,4)
Uso de anticonceptivos durante la primera relación sexualⁱ			
No	55,8 (51,4-60,1)	75,3 (70,7-79,5)	66,5 (63,1-69,8)
Sí	44,2 (39,9-48,6)	24,7 (20,6-29,3)	33,5 (30,2-36,9)
Efectividad de primer método anticonceptivo utilizado^j			
Más efectivo con uso típico	21,7 (16,3-28,3)	28,5 (23,0-34,7)	24,5 (20,3-29,1)
Menos efectivo con uso típico	78,3 (71,7-83,7)	71,5 (65,3-77,0)	75,6 (70,9-79,7)

Abreviaturas: CI, intervalo de confianza; DIU, dispositivo intrauterino.

^a País de residencia se definió como el país donde la participante reportó estar viviendo actualmente.

^b Faltan datos para 1 residente de Estados Unidos.

^c El embarazo se clasifica como intencional para mujeres que querían embarazarse antes o quería embarazarse en ese momento, y se clasificó como no intencional para mujeres que querían embarazarse después, y no en ese momento, o en cualquier momento en el futuro. Once residentes del condado de Cameron (2,4%) y 2 (0,4%) residentes de Matamoros reportaron “no lo sé” o “no estoy segura” y éstas se excluyeron de la clasificación dicótoma. Faltan datos para 17 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México.

^d Datos para 6 residentes de Estados Unidos y 1 residente de México que se rehusaron a responder la pregunta y de 1 residente de cada país que respondió “no lo sé” se excluyen de los estimados de porcentaje.

^e Sólo se preguntó de residentes que no trataban de embarazarse o dinero que no estaban seguras o no sabían si lo estaban intentando (n = 260 residentes de Estados Unidos; n = 229 residentes de México).

^f Los métodos más efectivos con uso típico incluyeron la píldora anticonceptiva, parche, inyección, DIU, y vasectomía. Métodos menos efectivos con uso típico reportaron la espuma anticonceptiva, gel y crema, condones, diafragma, ritmo, y retiro. Para Estados Unidos hubo 3 respuestas de “otro” que se podían categorizar por eficacia.

^g 30 residentes de Estados Unidos no usuarias y 3 residentes de México no usuarias no proporcionaron una razón para no usar pero no reportaron que no había razón o que no sabían porqué no lo usaban, y se excluyen de este análisis.

^h Faltan datos para 18 residentes de Estados Unidos y 4 residentes de México.

ⁱ Faltan datos para 18 residentes de Estados Unidos y 6 residentes de México.

^j Métodos más efectivos con uso típico incluyó la píldora anticonceptiva, parche, inyección, DIU, y vasectomía. Métodos menos efectivos con uso típico reportaron la espuma anticonceptiva, gel y crema, condones, diafragma, ritmo, y retiro. Faltaron datos de 2 residentes de Estados Unidos.

Tabla 3. Análisis de 2 variables de mujeres con embarazo indicador no deseado que reportaron uso de anticonceptivos en el momento de la concepción, por característica seleccionada y país de residencia, El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville, 2005

Característica	Residentes de Estados Unidos (n = 205) % ponderado (95% CI)	Residentes de México (n = 197) % ponderado (95% CI)	Todos los Residentes % ponderado (95% CI)
País de residencia			
Estados Unidos	ND	ND	47,3 (41,1-53,7)
México	ND	ND	54,9 (47,9-61,7)
País del nacimiento			
Estados Unidos	47,6 (41,3-54,0)	53,4 (30,7-74,9)	48,0 (42,1-53,9)
México	0 ^a	55,0 (47,7-62,1)	54,7 (47,3-61,9)
Edad, y^b			
<20	34,2 (20,3-51,5)	26,2 (16,0-39,7)	29,4 (21,2-39,3)
≥20	50,0 (42,6-57,4)	63,6 (56,1-70,5)	56,8 (51,5-61,9)
Educación completada^c			
Certificado de preparatoria	55,1 (47,3-62,7)	74,7 (57,6-86,5)	59,7 (52,5-66,5)
8-12 y (sin certificado)	35,9 (26,0-47,2)	53,4 (42,9-63,5)	46,3 (38,7-54,1)
<8 y	51,5 (34,3-68,4)	49,3 (39,7-59,1)	49,9 (41,3-58,6)
Etnicidad^d			
Hispana o Latina	49,5 (42,4-56,7)	54,9 (47,9-61,7)	52,5 (47,5-57,4)
No hispana o Latina	35,6 (21,6-52,5)	0	35,6 (21,6-52,5)
País de nacimiento de la madre			
Estados Unidos	45,2 (38,2-52,4)	50,0 (6,3-93,7) ^e	45,3 (38,3-52,5)
México	48,8 (38,0-59,6)	55,5 (48,1-62,6)	53,5 (47,3-59,6)
Estado civil actual^f			
Casada	53,2 (44,4-61,7)	63,9 (51,3-74,8)	58,9 (51,2-66,1)
No casada, no vive con la pareja	46,4 (35,7-57,6)	42,5 (24,4-62,9)	45,3 (36,1-54,9)
No casada, vive con la pareja	39,7 (30,3-49,9)	51,2 (41,5-60,9)	47,0 (40,2-54,0)

Abreviaturas: CI, intervalo de confianza; ND, no determinado.

^a Sin residentes de Estados Unidos que dieron a luz en Matamoros.

^b La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de Estados Unidos, $P = ,17$, y residentes de México, $P < ,001$.

^c La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de Estados Unidos, $P = ,04$, y residentes de México, $P = ,04$.

^d Todos los residentes de México fueron hispanos.

^e Sólo 2 residentes de México nacieron en Estados Unidos.

^f Estado civil actual se categorizó como casada, no casada pero vive con la pareja (definido como vivir con la pareja o en unión libre), y no casada, no vive con la pareja (definido como separada, viuda o divorciada). Faltan datos para 6 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México. La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de Estados Unidos, $P = ,02$, y residentes de México, $P = ,12$.

^g La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de Estados Unidos, $P = ,04$, y residentes de México, $P = ,12$.

^h Definido como el tipo de instalación médica que usa generalmente la participante para atención médica de rutina o cuando se siente mal. La categoría "ninguna" incluye sala de emergencia, clínica de urgencias o farmacia, y las participantes que dieron que no tenían lugar para atención médica de rutina. "Instalaciones públicas" incluye clínica pública, centro de salud, SSA (Secretaría de Salud, México), y hospital local o estatal. "Plan de salud/instalaciones privadas" incluye consultorio privado, militar (Veterans Affairs Hospital, Hospital de la Marina y la Sedena), Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Instituto de Seguridad Social Para los Trabajadores del Estado. Faltan datos para 2 residentes de Estados Unidos.

ⁱ La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de Estados Unidos, $P = ,001$.

^j La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de México, $P < ,001$.

^k Ama de casa, estudiante, retirada, o no puede trabajar.

(Continuación en la página siguiente)

Las opiniones expresadas por los autores de los manuscritos publicados en esta revista no son compartidas necesariamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores. El uso de nombres comerciales se realiza para fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte de ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

Tabla 3. (continuación) Análisis de 2 variables de mujeres con embarazo indicador no deseado que reportaron uso de anti-conceptivos en el momento de la concepción, por característica seleccionada y país de residencia, El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoras-Brownsville, 2005

Característica	Residentes de Estados Unidos (n = 205) % ponderado (95% CI)	Residentes de México (n = 197) % ponderado (95% CI)	Todos los Residentes % ponderado (95% CI)
Cobertura de atención médica justo antes del embarazo^g			
No	49,4 (43,2-55,7)	49,5 (38,7-60,3)	49,5 (43,9-55,0)
Sí	35,2 (22,2-50,8)	59,1 (50,8-66,9)	54,3 (47,3-61,2)
Fuente de atención médica de rutina^{h,i}			
Ninguna	42,9 (32,6-53,9)	42,4 (32,2-53,3)	42,8 (34,9-51,0)
Instalaciones públicas	52,5 (40,3-64,3)	45,1 (33,6-57,2)	48,7 (40,2-57,3)
Plan de salud/instalaciones privadas	49,0 (37,1-61,1)	65,9 (54,4-75,8)	60,7 (51,9-68,8)
Fumó por lo menos 100 cigarrillos en los últimos 2 años			
No	47,6 (41,0-54,3)	56,5 (49,5-63,3)	52,2 (47,5-57,0)
Sí	41,4 (20,4-66,2)	34,0 (13,0-64,0)	38,7 (22,1-58,5)
Tomó cualquier bebida alcohólica en los últimos 2 años			
No	50,0 (42,9-57,2)	54,3 (45,9-62,4)	52,4 (46,7-58,1)
Sí	43,5 (33,1-54,4)	56,3 (43,9-67,9)	49,0 (41,4-56,6)
Número de embarazos (incluye embarazo actual)^j			
≥3	51,0 (41,6-60,3)	69,1 (61,0-76,1)	59,4 (52,9-65,7)
2	40,1 (29,2-52,1)	62,7 (48,8-74,8)	53,0 (44,0-61,7)
1	46,3 (35,0-58,1)	26,3 (16,3-39,5)	35,3 (27,5-44,1)
Estatus de empleo			
Empleado	49,3 (40,4-58,2)	55,1 (43,9-65,9)	52,3 (45,3-59,2)
Desempleado	52,2 (35,9-68,0)	74,7 (44,2-91,7)	57,7 (42,9-71,2)
No está dentro de la fuerza laboral ^k	44,7 (34,7-55,1)	53,3 (44,7-61,7)	49,5 (42,8-56,2)

Abreviaturas: CI, intervalo de confianza; ND, no determinado.

^a Sin residentes de Estados Unidos que dieron a luz en Matamoras.

^b La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de Estados Unidos, $P = ,17$, y residentes de México, $P < ,001$.

^c La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de Estados Unidos, $P = ,04$, y residentes de México, $P = ,04$.

^d Todos los residentes de México fueron hispanos.

^e Sólo 2 residentes de México nacieron en Estados Unidos.

^f Estado civil actual se categorizó como casada, no casada pero vive con la pareja (definido como vivir con la pareja o en unión libre), y no casada, no vive con la pareja (definido como separada, viuda o divorciada). Faltan datos para 6 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México. La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de Estados Unidos, $P = ,02$, y residentes de México, $P = ,12$.

^g La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de Estados Unidos, $P = ,04$, y residentes de México, $P = ,12$.

^h Definido como el tipo de instalación médica que usa generalmente la participante para atención médica de rutina o cuando se siente mal. La categoría "ninguna" incluye sala de emergencia, clínica de urgencias o farmacia, y las participantes que dieron que no tenían lugar para atención médica de rutina. "Instalaciones públicas" incluye clínica pública, centro de salud, SSA (Secretaría de Salud, México), y hospital local o estatal. "Plan de salud/instalaciones privadas" incluye consultorio privado, militar (Veterans Affairs Hospital, Hospital de la Marina y la Sedena), Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Instituto de Seguridad Social Para los Trabajadores del Estado. Faltan datos para 2 residentes de Estados Unidos.

ⁱ La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de Estados Unidos, $P = ,001$.

^j La proporción que usa control natal difiere entre categorías para residentes de México, $P < ,001$.

^k Ama de casa, estudiante, retirada, o no puede trabajar.

Las opiniones expresadas por los autores de los manuscritos publicados en esta revista no son compartidas necesariamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores. El uso de nombres comerciales se realiza para fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte de ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

Tabla 4. Factores asociados con el uso de anticonceptivos en el momento de la concepción entre mujeres con embarazo no deseado, El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville, 2005

Característica	Proporciones de prevalencia en nones (95% CIs)		
	Residentes de Estados Unidos (n = 205)	Residentes de México (n = 195) ^a	Modelo combinado (N = 400)
País de residencia			
México	ND	ND	1,0
Estados Unidos	ND	ND	0,5 (0,3-0,8)
Edad, y			
≥20	1,0	1,0	1,0
<20	0,7 (0,3-2,0)	0,6 (0,3-1,1)	0,5 (0,3-0,9)
Educación terminada			
Certificado de preparatoria	1,0	1,0	1,0
8-12 y (sin certificado)	0,5 (0,2-1,0)	0,3 (0,1-1,1)	0,5 (0,3-1,0)
<8 y	0,8 (0,3-1,9)	0,2 (0,1-0,6)	0,5 (0,3-0,9)
Estado civil actual^b			
Casada	1,0	1,0	1,0
No casada, no vive con la pareja	1,0 (0,6-1,6)	1,2 (0,5-3,1)	0,9 (0,6-1,5)
No casada, vive con la pareja	0,7 (0,4-1,1)	1,0 (0,6-1,9)	0,8 (0,5-1,1)
Cobertura de atención médica antes del embarazo			
No	1,0	1,0	1,0
Sí	0,5 (0,3-0,9)	0,6 (0,3-1,1)	0,7 (0,4-1,0)
Fuente de atención médica de rutina^c			
Ninguna	1,0	1,0	1,0
Instalaciones públicas	1,7 (0,8-3,8)	1,4 (0,7-2,8)	1,5 (0,9-2,6)
Plan de salud/instalaciones privadas	1,2 (0,6-2,4)	3,4 (1,6-7,1)	2,0 (1,1-3,5)
Número de embarazos (incluye embarazo actual)			
≥3	1,0	1,0	1,0
2	0,7 (0,4-1,5)	0,8 (0,3-2,1)	0,8 (0,5-1,4)
1	0,8 (0,4-1,6)	0,1 (0,04-0,3)	0,4 (0,2-0,7)

Abreviaturas: CI, intervalo de confianza; ND, no determinado.

^a La muestra no es 197 debido a datos faltantes y eliminación de la lista.

^b Estado civil actual se clasificó como casada, no casada pero vive con la pareja (definido como vivir con la pareja o en unión libre), y no casada, no vive con la pareja (definido como separada, viuda o divorciada). Faltan datos para 6 residentes de Estados Unidos y 3 residentes de México.

^c Definido como el tipo de instalación médica que usa generalmente la participante para atención médica de rutina o cuando se siente mal. La categoría "ninguna" incluye sala de emergencia, clínica de urgencias o farmacia, y las participantes que dieron que no tenían lugar para atención médica de rutina. "Instalaciones públicas" incluye clínica pública, centro de salud, SSA (Secretaría de Salud, México), y hospital local o estatal. "Plan de salud/instalaciones privadas" incluye consultorio privado, militar (Veterans Affairs Hospital, Hospital de la Marina y la Sedena), Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Instituto de Seguridad Social Para los Trabajadores del Estado.