

Patrones de uso de métodos anticonceptivos en diversos tipos de clínicas conforme la edad y género de los participantes, programa de Planificación Familiar Título X del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico: 2007-2008¹

Moraima Y. Ríos-González, M.S.²

Forma de citar: Ríos-González, M. Y. (2011). Patrones de uso de métodos anticonceptivos en diversos tipos de clínicas conforme la edad y género de los participantes, Programa de Planificación Familiar Título X del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico: 2007-2008. *CIDE digital*, 2(1), 53-74.

Resumen: **Trasfondo/Objetivos.** *Si los métodos anticonceptivos implementados mediante el servicio que ofreció el Programa de Planificación Familiar Título X del Recinto de Ciencias Médica de la Universidad de Puerto Rico (PPFTX- RCM/ UPR) entre los años 2007 al 2008 a sus participantes varían según la edad y el sexo y el tipo de clínica visitada. Métodos.* Los datos se obtuvieron mediante la hoja de encuentro que complementan los participantes al momento de recibir servicios de salud en cualquiera de las clínicas adscritas al Programa. El acceso a estos datos se obtiene mediante la Oficina Central del PPFTX- RCM/ UPR. **Resultados.** Para la obtención de inyecciones hormonales o contraceptivos orales o condones masculinos, se pudo comprobar de forma significativa que, dependiendo de la clínica que sea utilizada, la edad de los participantes difiere. Con respecto a los parchos hormonales, la prueba F con un 2.581 y un P_{valor} de 0.052 podemos suponer que la edad no difiere significativamente al momento de solicitar los parchos hormonales entre las cuatro clínicas de servicios. **Conclusiones.** Al momento de buscar servicio de métodos anticonceptivos, la edad media de todos los participantes del PPFTX- RCM/ UPR difiere según el tipo de clínica.

Palabras clave: Métodos anticonceptivos, edad y género, salud reproductiva, Puerto Rico

Introducción

Durante varias décadas se ha trabajado el tema de Salud Reproductiva y la Planificación Familiar; mirándolo detenidamente por los beneficios que presenta para los habitantes de una sociedad. A través de las diferentes Conferencias de Población de la población se ha ido, haciendo cada vez mayor hincapié en su importancia. Un factor que vale la pena analizar es el hecho de que todo país que desee mejorar su calidad de vida tiene una manera u otra trabajar con su población. Según plantea la

¹ Este artículo presenta resultados parciales obtenidos de la tesis realizada por la proponente para completar el grado de Maestría en Ciencias en Demografía del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico: Diciembre, 2009. La referencias se pasó integra conforme el trabajo de tesis ya elaborada.

² M.S en Demografía. Egresado del Programa Graduado de Demografía, Recinto de Ciencias Médicas, UPR. Email: moh_rios@hotmail.com.

transición demográfica (Lee, 2003) una vez se controla la tasa de mortalidad, es importante trabajar con la fecundidad de este país para poder garantizar su desarrollo. En la conferencia Internacional de Población celebrada en el CAIRO 1994 se puntualizan los derechos de reproducción y planificación familiar ; "... se basa en el reconocimiento del derecho fundamental de todas las parejas y todas las personas de decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el espaciamiento y el momento de los nacimientos, y de disponer de la información y los medios necesarios para poder hacerlo, así como el derecho de disfrutar del más alto nivel de salud sexual y reproductiva.

Cuando se traslada el tema de salud reproductiva y planificación familiar a la realidad de Puerto Rico, este no está muy distante de la situación a nivel mundial. El primer intento de traer planificación familiar a Puerto Rico fue en 1925 por el Dr. Lanause Rolón, en la ciudad de Ponce (Vázquez-Calzada, 1988; Piniagua, 1965; Zalduno 1963); el doctor Lanause trató de educar a la población a través de la Liga de Control de Natalidad, enfocándose mayormente en familias indigentes. El primer estudio realizado en Puerto Rico sobre el control de fecundidad mediante el uso de métodos anticonceptivos fue realizado por Beebe y Belaval en 1937 (1942); el mismo constituyó de una muestra de 1,962 mujeres participantes de las clínicas de control de natalidad que formaban parte de las Asociación Pro Salud Maternal e Infantil. Entre sus hallazgos principales reflejó que el 34 por ciento de las mujeres entrevistadas informo haber utilizado algún método para evitar la concepción; el método más utilizado resulto ser el coitus interruptus, el condón y los lavados vaginales. A su vez encontró que la práctica de control de natalidad mediante métodos anticonceptivos era mayor entre la población urbana que la rural, al igual que una relación directa con el nivel socioeconómico. Este hecho es atribuido principalmente al factor de que estas, por su nivel social han tenido mayor exposición y experiencia en la práctica de anticoncepción, ya que según los autores "la observación de los datos hace pensar que las mujeres más hábiles y asiduas son las que quedan mejor protegidas contra el embarazo" (Beebe y Belaval, 1942).

Posteriormente Emilio Cofresi en 1951 en su libro "Realidad Poblacional en Puerto Rico", los hallazgos de una encuesta realizada por Cofresi a 2,125 mujeres.

Este estudio encuentra que el 34 por ciento de la muestra había utilizado algún método anticonceptivo; siendo el más popular el condón y la esterilización. De igual forma, en 1953 (Vázquez-Calzada, 1988) Hill y Stykos llevaron a cabo un estudio sobre control de natalidad en Puerto Rico. Este mostró que el 48% de la población en edad reproductiva reportó haber utilizado durante un periodo de su vida algún método anticonceptivo. El 16% se encontraba esterilizado y el 43% estaba utilizando algún método anticonceptivo al momento de la entrevista. Este estudio presenta ya la esterilización sobre el condón y el ritmo en orden de frecuencia de uso de métodos anticonceptivos. Para 1960 (Studies in Family Planning, 1963) la Family Planning Association (FPA) comenzaría con otra estrategia para promover la planificación familiar mediante el Programa Emko. Este programa fue exitoso en atraer otro tipo de participantes que tradicionalmente no llegaba a las clínicas. La participación y la aceptación fue bastante positiva; con un incremento de un 30 por ciento de uso de métodos anticonceptivos en los primeros meses de este programa. De igual forma, Presser (1980) establece un nuevo factor al cuadro de la mujer puertorriqueña, la reciente incorporación de la mujer en la fuerza laboral, en trabajos un tanto más especializados que requerían la presencia de ésta fuera del hogar.

En 1968, el Departamento de Demografía de la Escuela Graduada de Salud Pública, realizó una encuesta sobre fecundidad en la mujer Puertorriqueña. Este encontró que el 74 por ciento había utilizado algún método anticonceptivo y que el 60 por ciento de estas se encontraba utilizando algún método al momento de la entrevista. La píldora que recién llegaba a los mercados se convirtió en el segundo método más utilizado. De igual forma la tendencia de asociación entre lugar de residencia y nivel socioeconómico, mostro continuar con los patrones presentados en los estudios realizados anteriormente en el país.

Para el 1971 (P.L. 91-572, 1970) se adopta en la isla la primera política pública formal sobre planificación familiar tratando de ofrecer opciones a las mujeres puertorriqueñas y a su vez controlar el crecimiento poblacional³. En 1972 el gobierno federal Designa el Programa de Planificación Familiar, Título X, ahora perteneciente a

³ En 1967 se crearía el programa Título IV-A del Social Security Act donde se le requería a las agencias de beneficencia pública proveer servicios de planificación familiar a las mujeres que recibieran asistencia pública. En 1970 el presidente Nixon, crea el primer programa con fondos federales dedicado únicamente a proveer métodos de planificación familiar adecuados para los norteamericanos mediante el programa de Título X.

la Escuela Graduada de Salud Pública como programa oficial de Estado Libre Asociado de PR; el mismo ha continuado ofreciendo servicios hasta el presente.

Posteriormente en 1976 el Dr. Vázquez Calzada realizó un estudio para determinar los cambios ocurridos en la práctica y uso de métodos de control de fecundidad en la isla, como resultado de la introducción de la píldora en el país. La muestra constituyó de 1,134 mujeres legalmente casadas o en unión consensual en edades reproductivas (15 a 49 años). Entre sus hallazgos más contundentes encontró que el 81 por ciento de las mujeres había utilizado en algún periodo de su vida métodos anticonceptivos. El 69 por ciento estaba utilizando algún método de control de fecundidad al momento de la entrevista.

En 1982 Herold y sus colegas realizaron una encuesta mediante cuestionario para analizar aspectos relacionados a la salud reproductiva y otras variables sociodemográficas de una muestra de 3,175 mujeres entre las edades de 15 a 49 años en Puerto Rico. Este autor concluye, que si hay una relación entre el nivel de educación y el método anticonceptivo de preferencia. Ya que el 50 por ciento de las mujeres que no terminó su escuela superior se encuentra esterilizada por propósitos contraceptivos; mientras que para las que terminaron educación universitaria, este por ciento disminuye a menos de la mitad esto es contundente con lo presentado por Vázquez Calzada en el 1976. Sin embargo, en los hombres es inversamente proporcional; a mayor educación, mayor cantidad de vasectomías. De similar manera, las mujeres con menor nivel de educación prefieren la pastilla o el dispositivo intrauterino, mientras que a mayor educación optan por métodos como el ritmo o el condón.

En 1995-1996 se realiza en la isla el último estudio sobre Fecundidad y Salud Reproductiva; en este estudio la Dra. Dávila realizó una encuesta a manera de entrevista, a una muestra representativa a nivel de las seis regiones de salud de la isla a 5,944 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). Entre sus hallazgos más dominantes encontró que el 99 por ciento de los puertorriqueños conoce de la pastilla, el condón o la esterilización. Los DIU, diagramas y la retirada son ampliamente conocidos por la población. Sin embargo solo el 66 por ciento reconoce el implante o el condón femenino. El 22 por ciento de mujeres jóvenes (15 a 24 años) prefieren el uso de la pastilla, el 15 por ciento entre 25 a 35 y el 2 por ciento de 35 a 49 años. El 45 por

ciento de las mujeres en la isla en edad reproductiva unidas se encontraban esterilizadas en comparación con el 23.8 en EU.

Metodología

Originalmente este trabajo proviene de un estudio más amplio que intentó de forma meticulosa describir y analizar las características sociodemográficas relacionadas al patrón de uso de métodos anticonceptivos en los/las participantes del Programa de Planificación Familiar Título X del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (PPFTX- RCM/ UPR), durante los años 2006- 2008 (Ríos-González, 2010). Para propósito de este artículo el diseño más apropiado para realizar el trabajo es un de índole transaccional o transversal. Mediante el uso de datos secundarios se pretendió realizar un estudio relacional-comparativo por tipos de clínicas y la preferencia de uso de métodos anticonceptivos por la edad y sexo de los participantes del PPFTX- RCM/ UPR durante el periodo de 2007-2008 en Puerto Rico.

Para este estudio se utilizó como población los participantes del Programa de Planificación Familiar Titulo X del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (PPFTX- RCM/ UPR). Dicha población estuvo compuesta de mujeres y hombres en edad reproductiva y/o sexualmente activo. El periodo del estudio fue del 2007 al 2008. Se seleccionó dicho periodo ya que los datos de los participantes están en un sistema de base de datos electrónico que agiliza sustancialmente el análisis de datos. Una vez se estableció el lugar, espacio y las características del estudio, la cantidad de participantes para dicho periodo fue calculada en 24,227 sujetos. Para propósitos de esta investigación las clínicas bajo las cuales los participantes recurrieron a recibir servicios se categorizaron de la siguiente manera: **IPAS**, incluye a todas las clínicas que ofrecen servicios de planificación familiar dentro de un centro de salud tipo “reforma”; **330’s**, Incluye a las clínicas que ofrecen servicios de planificación familiar en un centro de salud que se sustenta con fondos federales para la prestación de servicios de salud; **Clínicas de Servicio Directo (Clínica Privada)**, clínicas enfocadas de manera exclusiva a la prestación de servicios en el área de planificación familiar para la población en general; **Servicios Médicos Universitarios**, clínicas de planificación

familiar integradas como parte de los servicios médicos ofrecidos en las comunidades universitarias (estudiantes y empleados).

Dichos datos fueron obtenidos por medio de la hoja de encuentro (plantilla) que se complementa cada vez que el participante acude a recibir servicios en las clínicas adscritas al Programa de Planificación Familiar Título X de la Universidad de Puerto Rico. La misma recoge información sociodemográfica del participante, así como su historial de uso de métodos anticonceptivos y servicios prestados entre otras informaciones relacionada al participante. El acceso a estos se obtiene mediante la oficina central del Programa de Planificación Familiar Título X de la Universidad de Puerto Rico, en la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Esta información es transcrita a computadora por personal capacitado del programa de Planificación Familiar Título X de la Universidad de Puerto Rico, utilizando el programa "UPR PPFTX Data System" para de esta manera mantener un archivo electrónico del participante y su evolución dentro del programa. El Gobierno Federal hace una serie de procesos de validación automática para asegurar la consistencia y validez de los datos, para evitar la duplicación de casos. El propósito de este estudio no es analizar al individuo sino al grupo. Por consiguiente, el Programa de Planificación Familiar Título X de la Universidad de Puerto Rico, custodio de la información obtenida de cada participante, y consciente de la importancia de la investigación académica, crearon un banco de datos "ciego" con el propósito de garantizar la confidencialidad de los participantes.

En este extracto pretendemos establecer si los métodos anticonceptivos implementados mediante el servicio que ofreció el Programa de Planificación Familiar Título X de la Universidad de Puerto Rico entre los años 2007 al 2008 a sus participantes varían según las características sociodemográficas y el tipo de clínica visitada. Para poder lograr dicha comparación entre la edad y el sexo de los participantes y los diversos tipos de clínicas, teniendo como variable independiente los diversos métodos anticonceptivos es recomendable que se realice un análisis de contraste de medias. ANOVA que en su esencia es un análisis de varianza cumple cabalmente con dicha encomienda:

$$F = \frac{\frac{\sum_{nj} (\bar{X}_j - \bar{X})^2}{t-1}}{\frac{\sum \sum (X_y - \bar{X}_j)^2}{N-t}} \quad (1)$$

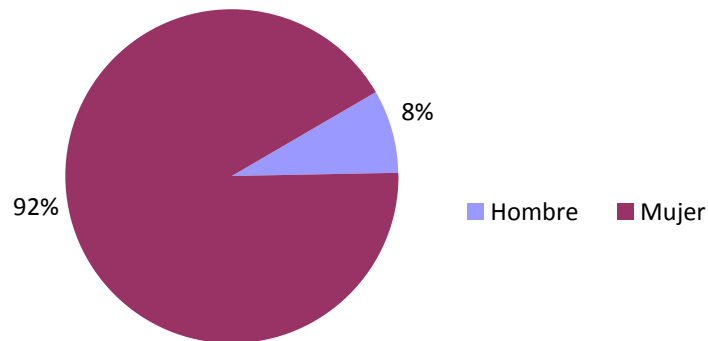
El obtener F solo nos indica si hay o no hay diferencia, pero no nos señala en cuál de los grupos recae la diferencia, es decir, cuál de los grupos es distinto o igual a los demás. Para atender dicho asunto es necesario hacer una prueba de "Post Hoc" para los análisis de varianzas. Esto es posible solamente cuando los resultados de la prueba F es significativo. En la prueba de "Post Hoc" estaremos utilizando la prueba de Scheffé donde hace una comparación tipo matriz entre las variables independientes y la variable dependiente.

Resultados

Para este estudio se seleccionaron a los participantes del Programa de Planificación Familiar Título X del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (PPFTX-RCM/UPR), para el periodo de 2007-2008. El universo se compuso de 24,227 participantes que recibieron servicios relacionados al uso de métodos anticonceptivos. La distribución porcentual por género de los participantes del PPFTX-RCM/UPR, para el periodo de 2007-2008 fue muy heterogénea. El 8 por ciento (1,920) de los participantes fueron hombres; mientras que el 92 por ciento (22,307) de los participantes fueron mujeres (ver gráfica 1).

Dicha polarización de participantes del PPFTX-RCM/UPR por género podría explicarse en el contexto de que por cada 11.62 mujeres que participaron en el PPFTX-RCM/UPR, un participante masculino hizo lo mismo. Es decir, la participación del PPFTX-RCM/UPR estuvo dada en una razón de 12 mujeres a un varón.

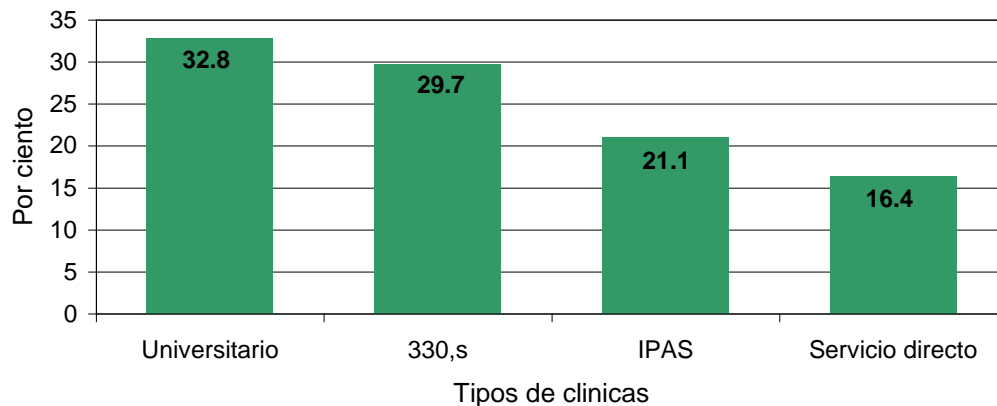
Gráfica 1: Distribución porcentual por sexo, participantes del Programa de Planificación Familiar Título X- RCM/UPR: 2007-2008



Fuente: Programa de Planificación Familiar Título X RCM/UPR

Los participantes del PPFTX-RCM/UPR por tipos de clínica, para el periodo de 2007-2008 fue dominado por Servicios Médicos Universitarios con un 32.8 por ciento (7,937) de los participantes. Seguidos de estos se encuentran el 29.7 por ciento (7,198) de los participantes que recibieron servicios en Clínicas tipo 330'S; el 21.1 por ciento (5,117) de los participantes recibió servicios de las clínicas tipo IPAS y el 16.4 por ciento (3,975) recibieron sus servicios en de las clínicas de Servicio Directo (ver gráfica 2).

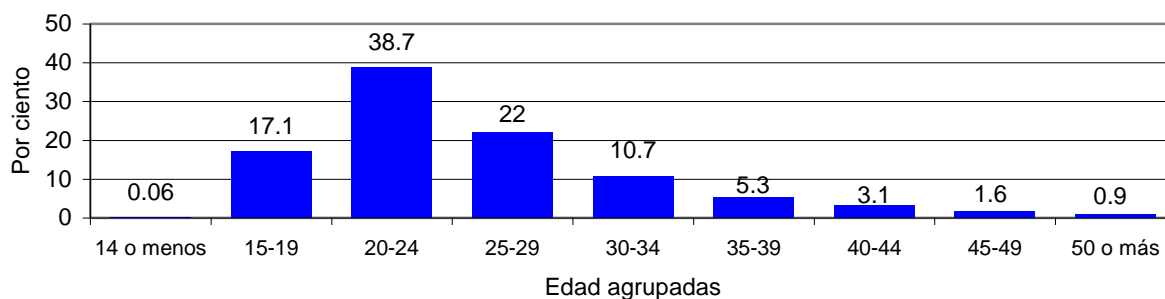
Gráfica 2: Distribución porcentual por tipos de clínicas, participantes del Programa de Planificación Familiar Título X- RCM/UPR: 2007-2008



Fuente: Programa de Planificación Familiar Título X RCM/UPR

Al aplicarle el índice de dispersión cualitativa a las distribución (Torres & Afanador, 2005) de los participantes del PPFTX-RCM/UPR podría certificar cuan equitativo estuvieron los participantes entre las diversas clínicas de servicio. Con un índice de dispersión cualitativo obtenido de 0.98 nos sugerir una alta equidad de participantes entre las clínicas.

Gráfica 3: Distribución porcentual por edades agrupadas, participantes del Programa de Planificación Familiar Título X -RCM/UPR: 2007-2008



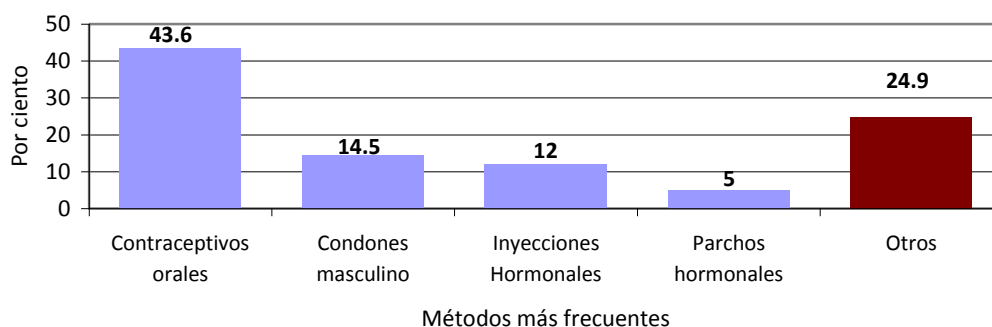
Fuente: Programa de Planificación Familiar Título X RCM/UPR

La gráfica 3 muestra la distribución porcentual por edades agrupadas de los participantes del PPFTX-RCM/UPR, para el periodo de 2007-2008. En la misma se puede observar como el 38.7 por ciento de los participantes se encontraban entre las edades de 20 a 24 años; seguido de estos el 22 por ciento de los participantes se encontraba entre los 25 a 29 años de edad. Posteriormente el grupo de 15 a 19 años estuvo compuesto del 17.1 por ciento de los participantes, mientras que el grupo de 30 a 34 obtuvo el 10.7 por ciento de los participantes. Cabe mencionar que los grupos adicionales se mantuvieron con un por ciento de participación de aproximadamente 5 o menos; siendo el grupo de 35 a 39 años el mayor entre estos, seguido del grupo de 40 a 44 años y el grupo de 44 a 49 años con un 5.3, 3.1 y 1.6 por ciento respectivamente. La edad media de los participantes fue de 25.35 con una desviación estándar de 7.3 años.

Finalmente se analizó el patrón de uso de métodos anticonceptivos del PPFTX-RCM/UPR, para el periodo de 2007 a 2008. Es importante establecer que al momento de los participantes recibir servicios tienen derecho a elegir el método anticonceptivo

que deseen; previo a este momento cada participante recibió una orientación donde se le explicaron todos los métodos disponibles y cómo funcionaban los mismos. De igual forma se les orientó sobre los posibles efectos secundarios de estos y se aclararon cualquier duda que estos tuviesen sobre dichos métodos. Para propósito de este estudio solo se tomó en consideración cuatro métodos: La inyección hormonal de 1 y 3 meses, los anticonceptivos orales, el parcho o anticonceptivos hormonales y finalmente el condón masculino. Esta distribución es justificada ya que el 75 por ciento de los métodos más utilizados entre los participante recaen precisamente en los cuatro métodos ya mencionados (ver gráfica 4).

Gráfica 4: Distribución porcentual por métodos anticonceptivos, participantes del Programa de Planificación Familiar Título X -RCM/UPR: 2007-2008



Fuente: Programa de Planificación Familiar Título X RCM/UPR

Según la ANOVA, al comprar la edad media con la prueba F, entre los participantes por tipo de clínicas con los métodos anticonceptivos más frecuentados, los mismos fueron: 9.876 en inyecciones hormonales, 59.286 en contraceptivos orales y 91.116 en condones masculino. Todos tuvieron un valor de probabilidad o un P_{valor} menor de 0.0001. Con un P_{valor} de 0.0001 menor al nivel de significancia (0.05) podemos rechazar, que la edad de los participantes es igual en cada uno de los cuatro tipos de clínicas al momento de frecuentar los métodos anticonceptivos. Con estos resultados podemos decir que la edad media de los participantes difiere en por lo menos un tipo de clínica al momento de recibir las inyecciones hormonales, los anticonceptivos orales y el condón masculino. Podemos establecer que los participantes que utilizaron inyecciones hormonales, anticonceptivos orales o condones

masculinos, la edad difiere significativamente dependiendo de la clínica en la que recibieron servicios. Con respecto a los parchos hormonales, la prueba F con un 2.581 y un P_{valor} de 0.052 podemos suponer que la edad no difiere significativamente al momento de solicitar los parchos hormonales entre las cuatro clínicas de servicios. O sea, no importa en cuál de las clínicas los participantes acudieron para obtener el parcho hormonal, la edad del total de los participantes fue similar, es homogénea.

Al encontrar diferencias significativas entre la edad de los participantes por el tipo de clínica y el uso de inyecciones hormonales o anticonceptivos orales o condones masculinos, no fue suficiente para señalar en cuál de las clínicas existía dicha diferencia y en cual no; y si hay, una preferencia de usos de métodos entre clínicas, ¿cuál es? Para contestar dicha interrogantes se realizó un análisis Post Hoc donde se calculó una matriz para cada método anticonceptivo para poder agrupar homogéneamente la edad media por tipos de clínicas (ver apéndice A y C). La edad media del total de los participantes, al momento de recibir servicios de anticonceptivos orales, estuvo determinada por el tipo de clínica. La edad media de 24.46 años fue la menor obtenida por los participantes que decidieron utilizar anticonceptivos orales en las clínicas de servicios médicos universitarios. Al seguir aumentando la edad media del total de los participantes, entonces fue cambiando el tipo de clínica: el total de participantes con edad media de 25.12 años prefirieron acudir a las clínicas de servicio directo, de igual forma, el total de los participantes con edad media de 25.67 años prefirieron acudir a las clínicas 330's y por último el total de participantes con edad media de 26.95 años prefirieron acudir a las clínicas tipo IPAS. Por lo que podemos decir que al momento de buscar servicio de anticonceptivos orales, la edad media de todos los participantes difiere según el tipo de clínica.

La edad media del total de los participantes, al momento de seleccionar los condones masculinos como método anticonceptivo, estuvo determinada por el tipo de clínica. Con la menor edad media de 23.16 años, el total de los participantes que prefirieron utilizar condones masculinos lo realizaron en la clínica de servicios médicos universitarios. Al seguir aumentando la edad media del total de los participantes, entonces fue cambiando el tipo de clínica: el total de participantes con edad media de 25.78 años prefirieron acudir a las clínicas tipo 330's, posteriormente el total de

participantes con edad media de 27.01 años decidieron acudir a las clínicas tipo IPAS y por último el total de participantes con edad media de 28.55 años prefirieron acudir a las clínicas de Servicio Directo. Al momento de buscar servicio de condones masculinos, la edad media de todos los participantes difiere según el tipo de clínica.

La edad media del total de los participantes, al momento de recibir inyecciones hormonales, estuvo determinada por dos grandes reagrupamientos de tipos de clínicas. El total de los participantes con la menor edad media (23.64 años) prefirieron acudir a las clínicas tipo 330's. Mientras que la edad media mayor (25.29 año) se registro en los participantes que acudieron a recibir las inyecciones hormonales en las clínicas tipo IPAS.

Cuando se contrasto la edad media entre los tipos de clínicas por cada uno de los métodos anticonceptivos más frecuentes y se analiza por el género de los participantes los resultados de ANOVA tomaron diversos matices. Con un P_{valor} de 0.0001 y menor al nivel de significancia de 0.05 podemos decir que la edad media de las participantes féminas que decidieron utilizar las inyecciones hormonales ($F=10.115$) difiere significativamente según el tipo de clínica. Esta diferencia no se observó entre los participantes masculinos ($F=11.53$; $P_{valor} 0.204 >0.05$). Con un P_{valor} de 0.0001 y menor al nivel de significancia de 0.05 podemos decir que la edad media de las participantes féminas que decidieron utilizar los anticonceptivos orales ($F=59.762$) difiere significativamente según el tipo de clínica. Esta diferencia no se observó entre los participantes masculinos ($F=0.209$; $P_{valor} 0.889 >0.05$). Con un P_{valor} de 0.051 y mayor al nivel de significancia de 0.05 podemos decir que la edad media de las participantes féminas que decidieron utilizar el parcho hormonal ($F=2.591$) no difiere significativamente según el tipo de clínica. O sea, no importa en cuál de las clínicas se acuda para obtener el parcho hormonal la edad de las participantes femeninas es similar, es homogénea. Con un P_{valor} de 0.0001 y menor al nivel de significancia de 0.05 podemos decir que la edad media de las participantes féminas al momento de utilizar los condones masculinos ($F=68.255$) difiere significativamente según el tipo de clínica. Esta diferencia también se observó entre los participantes masculinos ($F=32.587$; $P_{valor} 0.0001 <0.05$). Con un P_{valor} de 0.0001 menor al nivel de significancia (0.05) podemos rechazar que la edad de las participantes femeninas es igual en cada uno de los cuatro

tipos de clínicas al momento de acudir a recibir servicios de los métodos anticonceptivos: inyección hormonal, anticonceptivos orales y condones masculinos. Con estos resultados podemos decir que la edad media de las participantes femeninas difiere por tipos de clínica al momento de solicitar las inyecciones hormonales, los anticonceptivos orales y el condón masculino. También se pudo constatar que la edad de los participantes masculinos difiere en cada uno de los cuatro tipos de clínicas al momento de decidir utilizar condones masculinos. Por otro lado, las participantes femeninas que utilizaron el parcho hormonal ($F=2.591$; $P_{\text{valor}} 0.510 > 0.05$), los participantes masculinos que utilizaron las inyecciones hormonales ($F=11.530$; $P_{\text{valor}} 0.204 > 0.05$) y los participantes masculinos que decidieron utilizar anticonceptivos orales ($F=0.209$; $P_{\text{valor}} 0.889 > 0.05$) podemos suponer que la edad no difiere significativamente entre las cuatro clínicas de servicios. O sea, no importa en cuál de las clínicas se acuda para recibir la inyección hormonal y anticonceptivos orales, la edad de los participantes masculinos es similar, y no importa cuál de las clínicas se acuda para recibir el parcho hormonal, la edad de las participantes femeninas es similar.

Al encontrar diferencias significativas entre la edad de las participantes femeninas por el tipo de clínica y el uso de inyecciones hormonales, anticonceptivos orales o condones masculinos y la edad de los participantes masculinos por el tipo de clínica y el uso de condones masculinos, no es suficiente para señalar en cuál de las clínicas existe dicha diferencia, si hay una preferencia de usos de métodos entre clínicas. Para contestar dicha interrogantes se realizó un análisis Post Hoc donde se calculó una matriz para cada método anticonceptivo para poder agrupar homogéneamente la edad media por tipos de clínicas (ver apéndice B y C).

Por último se analizó la edad media de las participantes femeninas, al momento de acudir a una clínica para utilizar los anticonceptivos orales. La edad estuvo determinada por el tipo de clínica. La menor edad media reportada fue de 24.45 años, por las participantes femeninas que decidieron utilizar anticonceptivos orales en la clínicas de servicios médicos universitarios. Al seguir aumentando la edad media de las participantes femeninas, entonces fue cambiando el tipo de clínica: participantes femeninas con edad media de 25.11 años prefirieron utilizar las clínicas de Servicio

Directo, por otra parte las participantes femeninas con edad media de 25.67 años prefirieron acudir a las clínicas tipo 330's y la participantes femeninas con edad media de 26.95 años prefirieron acudir a las clínicas tipo IPAS. Por lo que podemos establecer que al momento de utilizar los anticonceptivos orales, la edad media de las participantes femeninas difiere según el tipo de clínica a la que decidieron acudir a recibir servicios.

La edad media de las participantes femeninas, al momento de decidir utilizar condones masculinos estuvo determinada por el tipo de clínica; por lo que se encontró que al momento de decidir utilizar los condones masculinos, la edad media de las participantes femeninas difiere según el tipo de clínica. Las participantes femeninas con la edad media mayor (27.43 años) prefirieron acudir a las clínicas de Servicio Directo al momento de decidir utilizar los condones masculinos como método anticonceptivo. Mientras que las participantes con edad media menor (22.37 años) prefirieron acudir a las clínicas de servicios médicos universitarios al momento de decidir utilizar condones masculinos. Por último la edad media de los participantes masculinos, al momento de elegir los anticonceptivos orales como método de planificación familiar difiere de la clínica de servicios médicos universitarios (25.33 años) con el resto de los clínicas. Es importante señalar que la edad media de los participantes masculinos entre estas clínicas sobrepasa los 30 años y aunque no existe diferencias entre las edades, la clínica de tipo IPAS registro la edad más alta con 32.70 años.

Finalmente para culminar con este análisis al observar la edad media de las participantes femeninas al momento de decidir utilizar las inyecciones orales, estuvo determinada por dos grandes reagrupamientos de tipos de clínicas. Las participantes femeninas que decidieron acudir a las clínicas tipos 330's y decidieron utilizar la inyección hormonal reportaron la edad media menor con 23.62 años. Mientras que la edad media mayor (25.29 año) fue reportada en las pacientes que decidieron acudir a las clínicas tipo IPAS.

Conclusiones

Como se estableció en un principio, se entiende que los hallazgos aquí resaltados no representan a la población puertorriqueña en general y es por eso, que se recalca una vez más que los hallazgos aquí presentados corresponden a los servicios ofrecidos referente al uso de métodos anticonceptivos por diversas clínicas bajo el Programa de Planificación Familiar Título X del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (PPFTX-RCM/UPR) durante el periodo de 2007 a 2008.

Durante este tiempo 24,227 participantes recibieron servicios, de estos el 92 por ciento eran féminas y el 8 por ciento eran hombres. Esto es contundente con lo que diversos autores nos presentan en sus estudios donde se expone que la planificación familiar tradicionalmente recae en manos de la mujer. El uso de métodos anticonceptivos fue presentada por los métodos más frecuentados por los participantes del PPFTX-RCM/UPR.

Cuando se analizó la asociación entre los 4 métodos anticonceptivos principalmente usados respecto la edad, género y lugar de las clínicas se pudo comprobar estadísticamente lo siguiente:

1. La edad media de los participantes difiere por tipos de clínica al momento de decidir utilizar las inyecciones hormonales, los anticonceptivos orales y el condón masculino. Es decir, al momento de acudir a una clínica y decidir utilizar un método anticonceptivo ya sea de inyecciones hormonales, anticonceptivos orales o condones masculinos, se pudo comprobar de forma significativa que, dependiendo de la clínica a la que se acude, la edad de los participantes difiere.
2. Con respecto al parcho hormonal, la prueba F con un 2.581 y un P_{valor} de 0.052 se pudo establecer que la edad no difiere significativamente al momento de los participantes del programa de PFTX UPR/RCM acudir a cualquiera de las clínicas de servicios. O sea, no importa cuál de las clínicas acudieran los participantes para utilizar el parcho hormonal la edad del total de los participantes es similar, es homogénea.
3. La edad media del total de los participantes, al momento de decidir utilizar anticonceptivos orales, estuvo determinada por el tipo de clínica: A mayor edad un tipo de clínica y a menor edad otro tipo de clínica.

4. Con un P_{valor} de 0.0001 menor al nivel de significancia (0.05) podemos rechazar el que la edad de las participantes femeninas es igual en cada uno de los cuatro tipos de clínicas al momento de acudir a las clínicas y decidir utilizar métodos anticonceptivos: ya sea inyección hormonal, anticonceptivos orales y condones masculinos. Con estos resultados podemos decir que la edad media de las participantes femeninas difiere por tipos de clínica al momento de solicitar las inyecciones hormonales, los anticonceptivos orales y el condón masculino.

REFERENCIAS

- Abma JC. (2001) Sexual Activity and Contraception's Practices Among Teenagers in USA 1985 and 1995. National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics.
- Bureau, P. R. (2008). *Cuadro de datos mundial sobre la planificación familiar*. Retrieved julio 20, 2008, from Population Reference Bureau: http://www.prb.org/pdf08/fpds08_sp.pdf
- Chackiel, J. (2004). *La Dinamica Demográfica en América Latina*. Chile: Naciones Unidas Chile.
- Clavero-Núñez, J.A.(1997) La contracepción de hoy: Técnicas, indicaciones y resultados. En J. Botella & S. Urbano (Eds.) *La Explosión demográfica y la regulación de la natalidad*. Editorial Síntesis.
- Curt-Nine, J. (1973). *Evidence Relationg to Acceptability of Sterilization Individual, Social, Legal, Medical, Religious and Profesional (The Puerto Rican Experience)*. Rio Piedras: School of Public Health, UPR.
- Dávila, A. L. (1998). *Encuesta de Salud Reproductiva: 1995-96*. San Juan: Escuela Graduada de Salud Pública.
- Feierman, J. (2002, julio). *Los cuidados de salud en los dolescentes y la ley*. Retrieved julio 20, 2008, from New York Civil Liberties Union (NYCLU): http://www.nyclu.org/files/los_cuidados_de_salud.pdf
- Gracia, D. (1997) Ética y regulación en la natalidad. En J. Botella & S. Urbano (Eds.) *La Explosión demográfica y la regulación de la natalidad*. Editorial Síntesis.
- Gilbert Beebe, J. B. (1942, Septiembre). Fertilidad y Anticoncepcionismo. *The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine* , 53-112.
- Hardee, K. (1999). Reproductive Health Policies and Programs in Eight Countries:Progress Since Cairo. *International Family Planning Perspectives* , S2-S9.
- Hatcher, R. (2004). *La Planificación Familiar*. EU: Bridging The Gap Inc.
- Herold, J. M. (1986). Contraceptive use and the need for family planning in Puerto Rico. *Fmalily Planing Perspectives* , 185-192.
- Hill, R., Back, K., & Stykos, M. (1956). Intra- Family Comunication and Fertility Planing in Puerto Rico. *Rural Sociology* , 258-271.
- International Data Base. (1998). Retrieved julio 2008, 10, from US Census: <http://www.census.gov/ipc/www/idb/summaries.html>
- Lee, R. (2003). The Demographic Transition:Three Centuries of Fundamental Change. *The Journal of Economic Perspectives* , 167-90.
- Miguel, J. M. (1985). *Políticas de Población*. Madrid: Espasa-Calpe, S.A.
- Mujer, O. d. (2004). *Perfil Demográfico y Socioeconómico de la Población Desagregado por Género: 2000*. San Juan: Taller de Reproduccion Junta de Planificación.
- Overeck., J. (1984). Historia de las Teorías demográficas. México: Fondo de Cultura Económica. 52-90.
- Parrilla, C. A. (1969, octubre). sobre la Asociación Puertorriqueña Pro Bienestar de la Familia. Puerto Rico, Rio Piedras: Asociación Puertorriqueña Pro Bienestar de la Familia.
- Piniagua, M. (1964). Action Program of Family Planning in Puerto Rico. In M. Muramatzu, & H. Paul, *Population Dynamics: International Action and Training Programs* (pp. 43-53). Maryland: Johns Hopkins.
- Potts, M. (1988). Birth Control Methods in the United States. *Familu Planning Perspectives* , 288-297.
- Presser, H. (1980). Puerto Rico: Recent Trends in Fertility and Sterilization. *International Family Planning Perspectives* , 20-25.
- Reher, D. (1997) Transición demográfica y explosión demográfica En J. Botella & S. Urbano (Eds.) *La Explosión demográfica y la regulación de la natalidad*. Editorial Síntesis.
- Remez. (1999). Puerto Rico: Contraceptive Use is High, Sterilization is the Most Popular Method. *Family Planinning Perspectives* , 47-48.
- Richard S. Monteith. (1988). Contraceptive Use and Fertility in Paraguay, 1987. *Studies in Family Planning* , 284-291.
- Rico, F. C. (2003). *Directorio de Recursos para la Salud Integral de la Mujer*. San Juan.

- Robert, H. (2004). *La Planificación Familiar*. EU: Bridging The Gap Inc.
- Sanchez-Barricarte, J. (2008). *El Crecimiento de la Población Mundial: Implicaciones Socioeconómicas, ecológicas y éticas*. Valencia: tirant lo Blanch.
- Salud, O. M. (2007). *Planificación Familiar, un Manual para Proveedores*. EU: Centro para Programas de Comunicación.
- Siegel, J., & Swanson, D. (2004). *Methods and Materials of Demography*. London: Elsevier Academic Press.
- Simancas. (2000). *Políticas de Población y Salud Reproductiva en Paraguay*. Retrieved junio 23, 2008, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500020
- Studies in Family Planing. (1963). Puerto Rico: The Emko Program. *Studies in Family Planing* , 7-9.
- Tamames, R.(1997) La explosión demográfica. En J. Botella & S. Urbano (Eds.) *La Explosión demográfica y la regulación de la natalidad*. Editorial Síntesis.
- Tietze, C. M. (1947). Human Fertility in Puerto Rico. *The American Journal of Sociology* , 34-41.
- Tietze, C., Pai, D., Taylor, C., & Gamble, C. (1961, enero). A family planning service in rural Puerto Rico. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174-182.
- Torres Degró, Arnaldo y Evelyn Afanador Mejías. (2005). *Estadística Descriptiva en el Campo Social Puertorriqueño*, 2005. Primera edición, Antillana College Press, Mayagüez, PR.
- Torres Degró, Arnaldo. (2004). *Las políticas poblacionales: Cinco siglos de dominación colonial*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- Unidas, N. (1999, julio 1). *Informe del Comité Especial Plenarío del vigésimo primer periodo de sesiones de la Asamblea General en las Conferencias sobre Población*. Retrieved mayo 2008, 29, from Naciones Unidas:http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm
- Unidas, N. (2006). *World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database*. Retrieved julio 10, 2008, from Naciones Unidas: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>
- Unidos, C. d. (1970). *Family Planning Services and Population Act 1970. P.L. 91-572* .
- Unidas, B. d. (2000). *Fecundidad por debajo del nivel de reemplazo*. New York: Reproduccion de las Naciones Unidas.
- Vázquez-Calzada, J. L. (1982, abril). El uso de todos anticonceptivos en Puerto Rico: Tendencias recientes. *CIDE* , 1-14.
- Vazquez-Calzada, J. L. (1988). *La Población de Puerto Rico y su Trayectoria Histórica*. Rio Piedras.
- Warren, C. (1987). Fertility Determinants in Puerto Rico. *Studies in FamilyPlanning* , 42-47.
- W. Mendehall, R. Beaver & B. Beaver. (2003). *Introduction to Probability & Statistics* (11 ed.).
- Zalduono, C. (1963, octubre). *Planificación de la Familia en Puerto Rico*. Rio Piedras, Puerto Rico: Asociación Puertorriqueña Pro Bienestar de la Familia.

APENDICE A

Post Hoc Tests: Scheffe

Dependent Variable: Edad

Metodos mas frecuentes	(I) Grupos de Clinicas por Categoria	(J) Grupos de Clinicas por Categoria	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Upper Bound	Lower Bound
Inyecciones hormonales	IPAS	330s	1.650(*)	.306	.000	.79	2.51
		Clinica Directo	1.029	.400	.086	-.09	2.15
		Servicios Univ.	.790	.430	.338	-.41	1.99
	330s	IPAS	-1.650(*)	.306	.000	-2.51	-.79
		Clinica Directo	-.621	.362	.402	-1.63	.39
		Servicios Univ.	-.860	.395	.192	-1.97	.24
	Clinica Directo	IPAS	-1.029	.400	.086	-2.15	.09
		330s	.621	.362	.402	-.39	1.63
		Servicios Univ.	-.239	.472	.968	-1.56	1.08
	Servicios Univ.	IPAS	-.790	.430	.338	-1.99	.41
		330s	.860	.395	.192	-.24	1.97
		Clinica Directo	.239	.472	.968	-1.08	1.56
Contraceptivos orales	IPAS	330s	1.278(*)	.181	.000	.77	1.78
		Clinica Directo	1.832(*)	.204	.000	1.26	2.40
		Servicios Univ.	2.492(*)	.193	.000	1.95	3.03
	330s	IPAS	-1.278(*)	.181	.000	-1.78	-.77
		Clinica Directo	.554(*)	.189	.035	.03	1.08
		Servicios Univ.	1.214(*)	.176	.000	.72	1.71
	Clínica Directo	IPAS	-1.832(*)	.204	.000	-2.40	-1.26
		330s	-.554(*)	.189	.035	-1.08	-.03
		Servicios Univ.	.660(*)	.200	.013	.10	1.22
	Servicios Univ.	IPAS	-2.492(*)	.193	.000	-3.03	-1.95
		330s	-1.214(*)	.176	.000	-1.71	-.72
		Clínica Directo	-.660(*)	.200	.013	-1.22	-.10
Parchos hormonales	IPAS	330s	.284	.401	.919	-.84	1.41
		Clinica Directo	1.140	.498	.156	-.25	2.53
		Servicios Univ.	.944	.452	.226	-.32	2.21
	330s	IPAS	-.284	.401	.919	-1.41	.84
		Clinica Directo	.856	.479	.362	-.48	2.20
		Servicios Univ.	.661	.431	.503	-.55	1.87
	Clínica Directo	IPAS	-1.140	.498	.156	-2.53	.25
		330s	-.856	.479	.362	-2.20	.48
		Servicios Univ.	-.196	.523	.987	-1.66	1.27
	Servicios Univ.	IPAS	-.944	.452	.226	-2.21	.32
		330s	-.661	.431	.503	-1.87	.55
		Clinica Directo	.196	.523	.987	-1.27	1.66
Condomes masculinos	IPAS	330s	1.221	.453	.064	-.05	2.49
		Clinica Directo	-1.543(*)	.464	.011	-2.84	-.25
		Servicios Univ.	3.846(*)	.354	.000	2.86	4.83
	330s	IPAS	-1.221	.453	.064	-2.49	.05
		Clinica Directo	-2.764(*)	.476	.000	-4.09	-1.43
		Servicios Univ.	2.625(*)	.369	.000	1.59	3.66
	Clínica Directo	IPAS	1.543(*)	.464	.011	.25	2.84
		330s	2.764(*)	.476	.000	1.43	4.09
		Servicios Univ.	5.389(*)	.382	.000	4.32	6.46
	Servicios Univ.	IPAS	-3.846(*)	.354	.000	-4.83	-2.86
		330s	-2.625(*)	.369	.000	-3.66	-1.59
		Clínica Directo	-5.389(*)	.382	.000	-6.46	-4.32

* The mean difference is significant at the .05 level.

APENDICE B

Post Hoc Tests: Scheffe

Dependent Variable: Edad

Metodos mas frecuentes	Sexo del Participante	(I) Grupos de Clinicas por Categoria	(J) Grupos de Clinicas por Categoria	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Upper Bound	Lower Bound
Inyecciones hormonales	Femenino	IPAS	330s	1.672(*)	.306	.000	.82	2.53
			Clinica Directo	1.036	.400	.082	-.08	2.16
			Servicios Univ.	.836	.430	.287	-.37	2.04
		330s	IPAS	-1.672(*)	.306	.000	-2.53	-.82
			Clinica Directo	-.636	.362	.379	-1.65	.38
			Servicios Univ.	-.836	.395	.215	-1.94	.27
	Clinica Directo	IPAS	-1.036	.400	.082	-2.16	.08	
		330s	.636	.362	.379	-.38	1.65	
		Servicios Univ.	-.200	.472	.981	-1.52	1.12	
	Servicios Univ.	IPAS	330s	-.836	.430	.287	-2.04	.37
			330s	.836	.395	.215	-.27	1.94
			Clinica Directo	.200	.472	.981	-1.12	1.52
330s		IPAS	1.284(*)	.181	.000	.78	1.79	
		Clinica Directo	1.845(*)	.204	.000	1.27	2.42	
		Servicios Univ.	2.503(*)	.193	.000	1.96	3.04	
Contraceptivos orales	Femenino	330s	IPAS	-1.284(*)	.181	.000	-1.79	-.78
			Clinica Directo	.561(*)	.189	.032	.03	1.09
			Servicios Univ.	1.218(*)	.176	.000	.72	1.71
		Clinica Directo	IPAS	-1.845(*)	.204	.000	-2.42	-1.27
			330s	-.561(*)	.189	.032	-1.09	-.03
			Servicios	.657(*)	.200	.013	.10	1.22
	Servicios Univ.	IPAS	-2.503(*)	.193	.000	-3.04	-1.96	
		330s	-1.218(*)	.176	.000	-1.71	-.72	
		Clinica Directo	-.657(*)	.200	.013	-1.22	-.10	
	Masculino	IPAS	330s	-3.100	5.416	.954	-19.37	13.17
			Clinica Directo	-2.929	5.061	.952	-18.13	12.28
			Servicios Univ.	-.833	4.662	.998	-14.84	13.17
330s		IPAS	3.100	5.416	.954	-13.17	19.37	
		Clinica Directo	.171	4.728	1.000	-14.03	14.38	
		Servicios Univ.	2.267	4.298	.963	-10.65	15.18	
Clinica Directo	IPAS	2.929	5.061	.952	-12.28	18.13		
	330s	-.171	4.728	1.000	-14.38	14.03		
	Servicios Univ.	2.095	3.840	.960	-9.44	13.63		
Servicios Univ.	IPAS	330s	.833	4.662	.998	-13.17	14.84	
		330s	-2.267	4.298	.963	-15.18	10.65	
		Clinica Directo	-2.095	3.840	.960	-13.63	9.44	
	330s	IPAS	.277	.401	.924	-.85	1.40	
		Clinica Directo	1.140	.498	.156	-.25	2.53	
		Servicios Univ.	.944	.452	.226	-.32	2.21	
Parchos hormonales	Femenino	330s	IPAS	-.277	.401	.924	-1.40	.85
			Clinica Directo	.863	.479	.356	-.48	2.20
			Servicios Univ.	.667	.431	.495	-.54	1.87
	Clinica Directo	IPAS	-1.140	.498	.156	-2.53	.25	
		330s	-.863	.479	.356	-2.20	.48	
		Servicios Univ.	-.196	.523	.987	-1.66	1.27	
Servicios Univ.	IPAS	330s	-.944	.452	.226	-2.21	.32	
		330s	-.667	.431	.495	-1.87	.54	
		Clinica Directo	.196	.523	.987	-1.27	1.66	

Condomes masculinos	Femenino	IPAS	330s	.976	.447	.191	-.28	2.23
			Clinica Directo	-1.592(*)	.498	.017	-2.98	-.20
			Servicios Univ.	3.464(*)	.355	.000	2.47	4.46
		330s	IPAS	-.976	.447	.191	-2.23	.28
			Clinica Directo	-2.567(*)	.508	.000	-3.99	-1.15
			Servicios Univ.	2.489(*)	.369	.000	1.46	3.52
		Clinica Directo	IPAS	1.592(*)	.498	.017	.20	2.98
			330s	2.567(*)	.508	.000	1.15	3.99
			Servicios Univ.	5.056(*)	.429	.000	3.86	6.26
	Servicios Univ.	IPAS	-3.464(*)	.355	.000	-4.46	-2.47	
		330s	-2.489(*)	.369	.000	-3.52	-1.46	
		Clinica Directo	-5.056(*)	.429	.000	-6.26	-3.86	
	Masculino	IPAS	330s	2.225	1.290	.396	-1.39	5.84
			Clinica Directo	2.264	1.097	.236	-.81	5.34
			Servicios Univ.	7.373(*)	.957	.000	4.69	10.05
		330s	IPAS	-2.225	1.290	.396	-5.84	1.39
			Clinica Directo	.039	1.150	1.000	-3.18	3.26
			Servicios Univ.	5.149(*)	1.017	.000	2.30	8.00
Clinica Directo		IPAS	-2.264	1.097	.236	-5.34	.81	
		330s	-.039	1.150	1.000	-3.26	3.18	
		Servicios Univ.	5.109(*)	.757	.000	2.99	7.23	
Servicios Univ.	IPAS	-7.373(*)	.957	.000	-10.05	-4.69		
	330s	-5.149(*)	1.017	.000	-8.00	-2.30		
	Clinica Directo	-5.109(*)	.757	.000	-7.23	-2.99		

* The mean difference is significant at the .05 level.

APENDICE C

Prueba Scheffer

Grupos homogéneos por edad media para Tipo de clínicas y métodos anticonceptivos frecuentes

Inyecciones hormonales por Tipo de clínica y edad media			
Tipo Clínicas	N	Subset for alpha = .05	
		2	1
330s	1377	23.64	
clínica Directo	450	24.26	24.26
Servicios Univ.	360	24.50	24.50
IPAS	725		25.29
Sig.		.197	.083

Contraceptivos orales por Tipo de clínica y edad media					
Tipo Clínicas	N	Subset for alpha = .05			
		2	3	4	1
Servicios Univ.	2618	24.46			
clínica Directo	2074		25.12		
330s	3475			25.67	
IPAS	2393				26.95
Sig.		1.000	1.000	1.000	1.000

Condomes masculinos por Tipo de clínica y edad media					
Tipos Clínicas	N	Subset for alpha = .05			
		2	3	4	1
Servicios Univ.	1967	23.16			
330s	510		25.78		
IPAS	569			27.01	
clínica Directo	467				28.55
Sig.		1.000	1.000	1.000	1.000

Prueba Scheffer

Grupos homogéneos por edad media para Tipo de clínicas y métodos anticonceptivos frecuentes por género

Participantes femeninas con Inyecciones hormonales por Tipo de clínica y edad media			
Tipos Clínicas	N	Subset for alpha = .05	
		2	1
330s	1376	23.62	
clínica Directo	450	24.26	24.26
Servicios Univ.	358	24.46	24.46
IPAS	724		25.29
Sig.		.220	.079

Participantes femeninas con contraceptivos orales por Tipo de clínica y edad media					
Tipo Clínicas	N	Subset for alpha = .05			
		2	3	4	1
Servicios Univ.	2606	24.45			
Clinica Directo	2067		25.11		
330s	3470			25.67	
IPAS	2389				26.95
Sig.		1.000	1.000	1.000	1.000

Participantes femeninas con condones masculinos por Tipo de clínica y edad media					
Tipos clínicas	N	Subset for alpha = .05			
		2	3	1	
Servicios Univ.	1442	22.37			
330s	426		24.86		
IPAS	472		25.83		
clínica Directo	293			27.43	
Sig.		1.000	.175	1.000	

Participantes masculinos con condones masculinos por Tipo de clínica y edad media			
Tipos Clínicas	N	Subset for alpha = .05	
		2	1
Servicios Univ.	525	25.33	
clínica Directo	174		30.44
330s	84		30.48
IPAS	97		32.70
Sig.		1.000	.206