

Parte III.G

Lactancia Materna

- El inicio oportuno de la lactancia materna: Porcentaje de infantes de 0 - < 12 meses que fueron llevados al pecho materno dentro de la primera hora de haber nacido
- Tasa de lactancia materna exclusiva (LME): Porcentaje de infantes de 0 - < 6 meses de edad que se alimentan exclusivamente con lactancia materna
- Tasa de alimentación complementaria oportuna: Porcentaje de infantes de 6 - < 10 meses a los que se les da leche materna y alimentos sólidos y/o alimentos semisólidos
- Tasa de aceptación del método de lactancia y amenorrea (TAL): Porcentaje de mujeres elegibles que seleccionan el MELA como método de planificación familiar
- Tasa de usuarias del método de lactancia y amenorrea (TUL): Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utilizan el MELA como método de planificación familiar

En los últimos años, los conocimientos científicos con relación a los beneficios de la lactancia materna los mecanismos fisiológicos que sustentan dichos beneficios y la práctica óptima de la lactancia materna, han tenido grandes avances. La investigación epidemiológica realizada ha demostrado con toda claridad, que la lactancia materna ofrece ventajas para la salud de los infantes en general, para su crecimiento y desarrollo y para disminuir en gran medida el riesgo de un buen número de enfermedades agudas y crónicas. Los infantes que han recibido lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida tienen mucho menos riesgos de contraer infecciones por diarrea e infecciones respiratorias agudas—dos de las principales causas de mortalidad infantil—que los infantes que reciben otros alimentos además de la lactancia materna. La leche materna estimula el sistema inmunológico de los infantes y su reacción a las vacunas y contiene cientos de anticuerpos y enzimas que fortalecen su salud, por lo que constituye el método ideal para alimentar y nutrir a los niños pequeños. Otro beneficio adicional de la lactancia materna exclusiva es proteger a la madre de un embarazo hasta por seis meses después del parto cuando la menstruación no ha reiniciado.

Los beneficios de la lactancia materna en términos de la supervivencia infantil son ampliamente conocidos, pero resulta difícil medir cambios en la mortalidad infantil y atribuir dichos cambios a las intervenciones específicas de los programas. Los resultados más importantes de las actividades para promover la lactancia materna en los programas de salud son las actitudes hacia la lactancia materna, el nivel de conciencia sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y el apoyo a las madres para que puedan amamantar a sus hijos, pero estos también pueden ser difíciles de medir y/o de interpretar y es probable que no reflejen el nivel de la práctica real. A diferencia de esto, los indicadores para medir la práctica **actual** de la lactancia materna son relativamente fáciles de aplicar y son susceptibles a los cambios que ocasionan las actividades del programa.

Lactancia Materna Exclusiva de 0-<6 Meses de Edad Seguida de la Alimentación Complementaria

Las prácticas adecuadas de alimentación infantil son de importancia fundamental para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo, la salud y la nutrición de los infantes y de los niños en cualquier lugar del mundo, y es por esto que la duración óptima de la lactancia materna exclusiva es un tema relevante de salud pública. Aunque existe un consenso respecto a la necesidad de dar lactancia materna exclusiva, el debate en cuanto a su duración óptima continúa vigente.

A principios del año 2000, la OMS encargó hacer una revisión sistemática de la literatura científica publicada respecto a la duración óptima de la lactancia materna exclusiva, identificándose más de 3000 referencias para ser revisadas y evaluadas independientemente. El proceso consistió en una revisión entre colegas a nivel mundial, seguida de una revisión técnica por parte de un grupo de expertos en lactancia materna reunidos en Ginebra (mayo 28-30, 2001). Los resultados de esta revisión se reportaron en la Cincuenta y Cuatro Asamblea Mundial de la Salud realizada en mayo del 2001. La Asamblea recomendó apoyar la lactancia materna exclusiva durante seis meses, introduciendo luego poco a poco los alimentos complementarios y continuando con la práctica de lactancia materna.

En los países en desarrollo, la ventaja más importante de la lactancia materna exclusiva durante seis meses—comparada con la lactancia materna exclusiva durante cuatro meses, seguida de lactancia materna parcial hasta los seis meses—se relaciona con la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas, particularmente las que provienen de infecciones gastrointestinales (enfermedad diarreica). La incidencia alta y la mortalidad a causa de infecciones gastrointestinales sugieren que la lactancia materna exclusiva durante seis meses tiene un fuerte efecto protector contra la morbilidad y la mortalidad por diarrea.

Tanto la USAID como la UNICEF y la OMS han apoyado la recomendación de introducir, alrededor de los seis meses de edad, algunos alimentos complementarios nutritivamente adecuados, seguros y apropiados, además de continuar con la lactancia materna. Una vez se introducen en la dieta del niño los alimentos complementarios, la leche materna continúa siendo una fuente importante de energía y de proteína, así como de otros suplementos nutritivos como la vitamina A; la leche materna sigue protegiendo al infante contra las enfermedades durante el segundo año de vida.

La alimentación complementaria es un tema muy complejo, que incluye diversos factores como la densidad, la cantidad, la calidad, la frecuencia, la oportunidad del momento en que se introduce y la higiene alimenticia, así como las prácticas de alimentación durante y después de la enfermedad y la provisión cautelosa o activa de alimentos. Las prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, que pueden consistir en la ingesta de alimentos nutritivamente inadecuados y muchas veces contaminados, muchas veces iniciados demasiado pronto o demasiado tarde, continúan siendo una causa importante de la desnutrición.

Desafíos Metodológicos para Evaluar los Programas de Alimentación Infantil

- **El uso de los datos recordados del último período de 24 horas tiende a sobreestimar el porcentaje de infantes con lactancia materna exclusiva desde su nacimiento.**

Una medida basada en el último período de 24 horas refleja la condición actual de la lactancia materna y puede ocasionar una ligera sobreestimación de la proporción de infantes que reciben lactancia materna exclusiva, ya que puede suceder que algunos infantes que consumen otros líquidos de manera irregular no los hubiesen tomado durante las 24 horas previas a la encuesta.

Los *Indicadores para Evaluar las Prácticas de Lactancia Materna* de la OMS, el *Conjunto de Herramientas para Monitorear y Evaluar las Prácticas y Programas de Lactancia Materna* de Wellstart International y los reportes de las DHS, todos ellos estiman la tasa de lactancia materna exclusiva por medio del método de recordación del último período de 24 horas. Utilizando las encuestas de corte transversal, se pueden obtener las mejores estimaciones de la lactancia

materna exclusiva con los datos de la condición actual, que incluyen todos los nacimientos durante un período de tiempo específico. La ventaja de este enfoque es que no está sujeto a errores de recordación. Los evaluadores deben interpretar la medida como el porcentaje de infantes que “actualmente están con lactancia materna exclusiva” en lugar del porcentaje de infantes que han tenido lactancia materna exclusiva desde su nacimiento.

- **Los evaluadores necesitan tamaños muestrales grandes para detectar cambios en las prácticas de lactancia materna, pero los infantes representan solamente una pequeña proporción de la población.**

Cualquier evaluación de cambios de comportamiento en las prácticas de alimentación infantil requiere poner atención al tamaño de los grupos de comparación. El tamaño de la muestra depende tanto de la magnitud del cambio como de la prevalencia de la condición o práctica a medir. La detección de cambios relativamente pequeños a lo largo del tiempo (por ejemplo, de cinco a diez puntos porcentuales) en la práctica de la lactancia materna y de otras prácticas de alimentación infantil requieren tamaños muestrales grandes.

En contraste, el monitoreo de las prácticas de alimentación infantil no requiere un tamaño de muestra específico y puede ser muy útil para rastrear la cobertura o el alcance actual del proyecto. Sin embargo, con el monitoreo no se puede hacer una evaluación rigurosa del cambio, ni se puede medir la prevalencia real de esta práctica o comportamiento, debido a que las muestras son pequeñas y poco representativas.

- **Los datos de las prácticas de alimentación infantil dependen de los datos precisos de la edad del infante.**

Aunque los evaluadores necesitan tan solo una referencia general de la edad del niño (por ejemplo, menor de un año) para rastrear muchas de las intervenciones de salud, rastrear las prácticas de lactancia materna requiere una definición precisa de la edad del infante. Los entrevistadores pueden definir la edad, preguntando primero a la madre cuál es la fecha de nacimiento del niño y confirmando luego la fecha en el carné o tarjeta de salud del niño o en cualquier otro registro oficial donde aparezca su fecha de nacimiento.

- **Las preguntas sobre la lactancia materna suelen requerir algo más que un “sí” o un “no.”**

Muchos factores definen si la lactancia materna es óptima, incluidos los líquidos y comidas exactos proporcionados durante el último período de 24 horas, si es que se dieron. Idealmente, esta lista de líquidos y comidas puede compararse con los datos de la DHS, haciendo algunos ajustes para reflejar las preferencias locales y la disponibilidad de los alimentos.

Los datos que se necesitan para calcular las prácticas de alimentación infantil con relación a la lactancia materna exclusiva entre los 0-<6 meses de edad y la alimentación complementaria oportuna entre los 6-<10 meses de edad requieren que el entrevistador le mencione a la madre una serie de alimentos dados durante el último período de 24 horas. Este sistema de interrogatorio requiere algo más que un “sí” o un “no,” reduciendo así los posibles errores del entrevistador o de la persona entrevistada. Los entrevistadores deben recibir capacitación intensiva para manejar este conjunto de elementos.

- **El indicador estándar aceptado de la alimentación complementaria refleja el consumo de alimentos sólidos y semisólidos, en general durante un período de tiempo específico.**

La alimentación complementaria es un tema sumamente complejo que involucra diversos factores, como la cantidad y la calidad de los alimentos, la frecuencia y el momento oportuno para dar dicha alimentación, la higiene alimenticia y las prácticas de alimentación durante y/o después de alguna enfermedad. El personal del programa nacional debe tomar en consideración todos estos factores al tratar de abordar los problemas de la alimentación de los infantes y los niños en el contexto local.

En lo que se refiere a la frecuencia, la calidad o la cantidad de alimentos dados durante el último período de 24 horas, el indicador estándar de la alimentación complementaria no da cuenta de las recomendaciones alimenticias específicas del programa o del contexto.

Dos Grupos de Edades para la Óptima Alimentación Infantil

Hay dos tipos de indicadores importantes que se refieren a las prácticas óptimas de la alimentación infantil: (1) Los que se relacionan con las prácticas de lactancia

materna durante los primeros seis meses de vida, y (2) los que se relacionan con la introducción de alimentos complementarios a partir de los seis meses, continuando con la lactancia materna. Estos grupos de edad reflejan el consenso de los expertos en cuanto al período de tiempo óptimo para dar lactancia materna exclusiva y para introducir alimentos complementarios en la dieta del infante.

Para medir estos indicadores de la alimentación infantil en las encuestas demográficas, se requiere una muestra de infantes de 0-<6 meses de edad y una de infantes de 6-<12 meses de edad. Juntos, estos dos grupos representan la secuencia de la atención de la nutrición infantil durante el primer año de vida. Si se utilizan en conjunto, estos dos grupos de datos reflejan la prevalencia de las prácticas óptimas de alimentación infantil durante el primer año de vida en una población específica.

El principal propósito de utilizar un conjunto común de indicadores para la lactancia materna es estandarizar el cálculo y la evaluación de la práctica de lactancia materna entre los diversos programas implementados y financiados por distintas organizaciones. El conjunto de los indicadores de esta sección es pequeño en número, es relativamente fácil de medir y de interpretar y es útil a nivel operativo. Además, los indicadores que han validado en el campo, son consistentes con las metas de lactancia materna a nivel mundial y se pueden obtener con los datos disponibles en las encuestas tipo DHS.

Los evaluadores pueden utilizar los indicadores de esta sección como variables de resultado para medir cambios de comportamiento a causa de las intervenciones del programa en el contexto de un diseño experimental o cuasi-experimental. Los evaluadores también pueden calcular estos indicadores con base en las estadísticas del programa, para rastrear la práctica de lactancia materna entre las clientes, pero no para establecer el impacto de un programa o de una intervención específica en el comportamiento de las mujeres que tienen infantes dentro de la población en estudio.

Indicador

EL INICIO OPORTUNO DE LA LACTANCIA MATERNA: PORCENTAJE DE INFANTES DE 0 - < 12 MESES QUE FUERON LLEVADOS AL PECHO MATERNO DENTRO DE LA PRIMERA HORA DE HABER NACIDO

Definición

El inicio oportuno de la lactancia materna se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de infantes de 0<12 meses que fueron llevados al pecho materno dentro de la primera hora después del parto}}{\text{\# total de infantes de 0<12 meses}} \times 100$$

Datos Requeridos

Los datos que recuerdan las madres con niños menores de 12 meses de edad

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas que utilizan muestras representativas. La DHS reporta el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora después del parto para los países que incluyen en la DHS el módulo de lactancia materna/alimentación infantil.

Los evaluadores pueden usar los registros del programa para rastrear las tendencias del inicio de la lactancia materna entre las clientes, pero no para medir el impacto de las intervenciones del programa en las mujeres que tienen niños pequeños dentro de toda la población del área de captación.

Propósito y Temas a Considerar

Las mujeres tienen muchas más probabilidades de iniciar la lactancia con éxito, de enfrentar menos problemas con relación a la lactancia materna y de mantener las prácticas óptimas de lactancia si comienzan a amamantar a su niño poco tiempo después de nacido.

La lactancia materna debe comenzar dentro de la primera hora de haber dado a luz, ya que el calostro, o sea la leche espesa de color amarillento que se produce durante los primeros días después del parto, es nutritiva y ayuda a proteger al infante contra las infecciones comunes. Por lo tanto, la leche materna es la primera “inmunización” del infante contra las enfermedades comunes.

Probablemente, la madre tendrá dificultad para recordar con exactitud (meses después que ocurrió el evento) cuándo comenzó a amamantar a su hijo menor, por lo que este indicador está sujeto a un sesgo potencial de recordación. Este sesgo casi siempre es mayor en las poblaciones que no están acostumbradas a recordar y a conceptualizar el tiempo. Sin embargo, se asume que este tipo de sesgo en particular (hacia un período de tiempo mayor o menor que el verdadero) está distribuido aleatoriamente entre toda la población por lo que el sesgo potencial no debe afectar los datos al punto de tergiversar la práctica de iniciación de la lactancia materna de la población en general.

Indicador

TASA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME): PORCENTAJE DE INFANTES DE 0 - < 6 MESES DE EDAD QUE SE ALIMENTAN EXCLUSIVAMENTE CON LACTANCIA MATERNA

Definición

La lactancia materna exclusiva es la práctica de dar, sin ningún otro sólido o líquido (incluida el agua), únicamente leche materna al infante.

Sin embargo, se puede dar a los infantes gotas de vitaminas/minerales/medicinas.¹

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de infantes de 0<6 meses de edad con lactancia materna exclusiva}}{\text{\# total de infantes de 0-<6 meses}} \times 100$$

Datos Requeridos

Recordación del último período de 24 horas respecto al consumo de alimentos de los niños menores de 6 meses de edad

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas que utilizan muestras representativas (por ejemplo, la DHS) y los expedientes del programa de lactancia materna exclusiva (para rastrear las tendencias, pero no el impacto)

Tanto los reportes nacionales de la DHS como los Reportes del Estado de Nutrición presentan la tasa de lactancia materna exclusiva para los infantes de 0-<4 meses de edad. Sin embargo, los evaluadores pueden calcular la tasa de lactancia materna exclusiva para los infantes de 0-<6 meses, utilizando los datos de la DHS.

Propósito y Temas a Considerar

Aun en los climas cálidos y secos, la leche materna contiene suficiente agua para cubrir las necesidades de

un bebé. El agua adicional o las bebidas azucaradas, son innecesarias para saciar la sed del infante y pueden, además, ser dañinas. Si al infante se le da agua adicional o bebidas hechas con agua, se incrementa el riesgo de contraer diarrea y otras enfermedades.

Aunque los beneficios de la lactancia materna en términos de la supervivencia infantil son ampliamente conocidos, los efectos de la lactancia materna en la mortalidad infantil son difíciles de medir. Sin embargo, los indicadores de las prácticas **actuales** de lactancia materna pueden ser relativamente fáciles de medir y son susceptibles a los cambios que ocasionan las actividades del programa.

Si se utiliza una recordación del último período de 24 horas para medir la condición actual de la lactancia, se puede sobreestimar levemente la proporción de infantes con lactancia materna exclusiva, porque algunos infantes que reciben otros líquidos de forma irregular, pueden no haberlos recibido durante el último período de 24 horas antes de la encuesta. Los *Indicadores para Evaluar las Prácticas de Lactancia Materna* de la OMS, el *Conjunto de Herramientas para Monitorear y Evaluar las Prácticas y los Programas de Lactancia Materna* de Wellstart International y los reportes de la DHS, todos calculan la tasa de lactancia materna exclusiva utilizando el método de recordación del último período de 24 horas.

Los evaluadores pueden obtener las mejores estimaciones de la lactancia materna exclusiva utilizando los datos de la condición actual de lactancia en las encuestas de corte transversal. La ventaja de este

¹ Esta es la definición de lactancia materna exclusiva de la OMS, 1991a, adoptada desde entonces por las agencias internacionales, incluyendo la USAID.

Implicaciones de Género de este Indicador

Si se desagrega conforme al sexo, la tasa de lactancia materna exclusiva puede servir para indicar si existe algún sesgo de género en el país. En la India, las mujeres suelen dejar de amamantar a sus hijas mujeres, más que a sus hijos varones, durante los primeros seis meses de vida. Un estudio nutricional de peso por edad entre los niños y las niñas demuestra cómo “la amplia simetría nutricional (al nacer) entre los niños y las niñas, se convierte en una significativa situación de desventaja para las mujeres” (Sen, 2001). La discontinuación de la lactancia materna exclusiva es uno de los factores que contribuyen a que haya al final una menor razón de mujeres sobre hombres en la India, en comparación con los países en los que la preferencia por el hijo varón no es evidente.

Indicador

TASA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA: PORCENTAJE DE INFANTES DE 6-<10 MESES A LOS QUE SE LES DA LECHE MATERNA Y ALIMENTOS SÓLIDOS Y/O ALIMENTOS SEMISÓLIDOS

Definición

Los alimentos complementarios se definen como las comidas sólidas, semisólidas o blandas; los alimentos complementarios **no** incluyen líquidos.

Esta tasa se puede calcular de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de infantes de 6<10 meses que han recibido alimentos sólidos}}{\text{\# total de infantes de 6-<10 meses}} \times 100$$

Datos Requeridos

Recordación del último período de 24 horas con relación al consumo de alimentos de los niños entre 6-<10 meses de edad.

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas con muestras representativas (por ejemplo, la DHS). Los evaluadores pueden usar los registros del programa para rastrear las tendencias en la alimentación complementaria, pero no para medir el impacto. Los reportes de las encuestas DHS presentan los datos para este indicador, en los países que incluyen en la encuesta el módulo de lactancia materna/alimentación infantil.

Propósito y Temas a Considerar

Este cálculo básico de la alimentación complementaria utiliza el método de recordación del último período de 24 horas. Los evaluadores pueden complementar estos datos con uno o varios indicadores adicionales que reflejen las recomendaciones del programa con relación a la cantidad, la densidad y/o la calidad de los alimentos complementarios. Al llegar a los seis meses de edad, la mayoría de los infantes deben recibir alimentos complementarios además de la leche materna.

Este indicador tiene varias limitaciones. Primero, refleja únicamente el consumo de alimentos complementarios y no determina si estos son apropiados o no. Segundo, da muy poca información con relación al grado en que los infantes están siendo alimentados conforme a los lineamientos recomendados.

Si los investigadores o los evaluadores optan por recolectar otra información adicional respecto a la alimentación complementaria (por ejemplo, con el propósito de evaluar una intervención específica del programa), se recomienda que también mantengan este indicador “básico” para poder hacer comparaciones con otras poblaciones.

Indicador

TASA DE ACEPTACIÓN DEL MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (TAL): PORCENTAJE DE MUJERES ELEGIBLES QUE SELECCIONAN EL MELA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Definición

El porcentaje de las mujeres que dan a luz en un período de referencia y que consciente y deliberadamente aceptan el MELA como un método anticonceptivo moderno.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres que utilizan el MELA como método de PF}}{\text{\# total de mujeres con infantes de < 6 meses de edad}} \times 100$$

Datos Requeridos

El número total de mujeres con infantes menores de 6 meses y, entre ellas, el número que elige utilizar el MELA como método de planificación familiar

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas con muestras representativas (por ejemplo, las DHS), o las estadísticas de los servicios de planificación familiar (si recogen los datos sobre la edad del hijo menor sistemáticamente)

Propósito y Temas a Considerar

El Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) es un método natural de planificación familiar que protege a la mujer de un embarazo, inhibiendo la ovulación durante los primeros seis meses después del parto, siempre que la mujer llene tres requisitos:

1. La mujer no ha vuelto a reiniciar la menstruación; y
2. El infante se alimenta con lactancia materna completa o casi completa;² y
3. El infante tiene menos de seis meses de edad.

Cuando cualquiera de estos tres requisitos ya no se cumple, se debe introducir rápidamente otro método de planificación familiar para garantizar el espaciamiento de los nacimientos. Los evaluadores pueden conseguir este método de seguimiento, tanto de los registros de planificación familiar como de encuestas subsiguientes a nivel de la población.

Una deficiencia de este indicador es que suele basarse en los autoreportes sin que se verifique si la persona que responde llena realmente los tres requisitos antes señalados. Una medición más exacta debe incluir preguntas que ayuden a confirmar que la persona que responde conoce y llena estos tres requisitos.

² La lactancia materna completa, o casi completa, impacta la fecundidad de manera significativa. Esta categoría incluye la lactancia materna exclusiva, la lactancia materna casi exclusiva y la lactancia materna (parcial) elevada. Por lo tanto, el lactante puede recibir únicamente leche materna o mayoritariamente leche materna con algunos líquidos adicionales, tales como jugos o alimentos ritualistas que se dan con poca frecuencia.

Indicador

TASA DE USUARIAS DEL MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (TUL): PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE UTILIZAN EL MELA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Definición

El porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utilizan el método de lactancia y amenorrea (MELA) como un método anticonceptivo moderno, en una fecha específica (por ejemplo, al momento de la encuesta)

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres casadas en edad reproductiva que están utilizando el MELA como un método de PF}}{\text{\# total de mujeres casadas en edad reproductiva}} \times 100$$

Datos Requeridos

El número total de mujeres casadas en edad reproductiva y, entre ellas, el número que elige el MELA como su método de planificación familiar

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas con muestras representativas (por ejemplo, las DHS); o las estadísticas de los servicios de planificación familiar.

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador mide el porcentaje de mujeres casadas en edad reproductiva en una población específica que están utilizando el método MELA, por lo que refleja el uso de MELA con relación a otros métodos de planificación familiar. En realidad, la comparación es un tanto engañosa, ya que el MELA sólo puede ser practicado por las mujeres que tienen un niño de menos de seis meses de edad, mientras que los otros métodos están potencialmente disponibles para que los usen todas las mujeres en edad reproductiva (excepto ciertas contraindicaciones médicas). Idealmente, los evaluadores miden la tasa de usuarias del MELA utilizando los datos de una encuesta demográfica representativa. Las estadísticas de los servicios también son una fuente de datos para calcular la Tasa de Usuarias del MELA, pero los resultados no pueden ser generalizables para toda la población.

La Tasa de Usuarias del MELA (basada en todas las mujeres casadas en edad reproductiva) será menor que la Tasa de Aceptantes del MELA (basada en las mujeres que tienen un infante menor de seis meses). Ambas tasas son útiles, pero cumplen propósitos distintos. La Tasa de Usuarias mide el uso de MELA con relación a otros métodos anticonceptivos. La Tasa de Aceptantes refleja la medida en que el MELA se utiliza entre las usuarias **potenciales** (es decir, entre las mujeres que tienen un infante menor de seis meses de edad).