



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

Factores asociados con el uso de anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva  
en Perú: evidencia de una encuesta nacional ENDES 2021

Associated factors with the use of contraceptives in women at reproductive age in  
Peru: evidence of a national survey ENDES 2021

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Autores:

Alcides Esteban Garcia Ganoza

Carmen Luisa Huasasquiche Achahui

Jairo Antonio Silva Carranza

Asesor:

Dr. Alexander Thomas Galindo La Matta

Lima - Perú

2023

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Jose Antonio Levano Castro

**Vocal:** Dra. Monica Lourdes Flores Noriega

**Secretario:** Dra. Angelica Melina Landauro Torrealva

**Fecha de sustentación:** 20 de noviembre de 2023

**Calificación:** Aprobado

**ASESORES DE LA TESIS**

**ASESOR**

Dr. Alexander Thomas Galindo La Matta

Departamento Académico de Clínicas Quirúrgicas Sección Ginecología y

Obstetricia

ORCID: 0000-0002-7206-1190

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres que nos apoyaron incondicionalmente a lo largo de esta  
aventura.

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestras familias y amigos.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

El presente trabajo fue autofinanciado.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

### FACTORES ASOCIADOS CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN PERÚ: EVIDENCIA DE UNA ENCUESTA NACIONAL ENDES 2021

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>14%</b>	<b>13%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>upc.aws.openrepository.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.unfv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>www.scielo.org.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.inei.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>tesis.pucp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
Introducción	1
Objetivos	6
Materiales y Métodos	7
Resultados	15
Discusión	18
Conclusiones	24
Referencias bibliográficas	25
Tablas, gráficos y figuras	31

## RESUMEN

**Antecedentes:** A pesar de la disponibilidad de los métodos anticonceptivos (MACs); aún persiste una alta tasa de embarazo no deseado principalmente debido a la falta o incorrecto uso de éstos. Los métodos más usados en países de primer mundo incluyen métodos de acción corta, principalmente debido a la falta de información para poder elegir métodos más efectivos. En Perú este factor también es importante, sin embargo existen más, los cuales deben analizarse adecuadamente para plantear soluciones. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al uso de anticonceptivos modernos en mujeres peruanas de 12-49 años basado en la encuesta nacional ENDES 2021. **Materiales y métodos:** Estudio transversal analítico basado en un análisis secundario de la ENDES 2021. Se calculó la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos en las mujeres encuestadas, asimismo, las características del uso de anticonceptivos. Se determinó la magnitud de asociación de las variables estudiadas con el uso de anticonceptivos modernos y fue expresada en razones de prevalencia (RP) con sus IC 95% en forma cruda (RPc) y ajustada (RPa) usando regresión de Poisson. **Resultados:** Los factores que mostraron mayor asociación fueron el estado conyugal casada o conviviente (RPa:2,89; IC95%:2,71-3,08), edad entre 20-34 años (RPa:2,48; IC95%:2,29-2,68) y nivel educativo superior (RPa:1,32; IC95%:1,17-1,5). **Conclusiones:** El uso de MACs modernos ha aumentado en los últimos años, por lo que los esfuerzos por aumentar su acceso no deben detenerse, adoptando medidas de salud pública adecuadas.

**Palabras clave:** Métodos anticonceptivos, Factores asociados, Encuesta de salud, Planificación Familiar, Perú



## ABSTRACT

**Background:** Despite the availability of contraceptive methods (CM); a high rate of unwanted pregnancies still persists mainly due to the lack or misuse of them. The contraceptives most used in first world countries include short acting methods, mainly due to the lack of information to choose more effective methods. In Peru this factor is still important, however, there are more which should be adequately analyzed to propose solutions. **Aim:** To determine the associated factors to the use of modern contraceptives among peruvian women around 12-49 years based on a national survey ENDES 2021. **Materials and methods:** Transversal analytic study based on a secondary analysis of the ENDES 2021. The prevalence of modern contraceptive use among the women surveyed was calculated, in addition to the characteristic of contraceptive use. The magnitude of the association between the studied variables with use of modern contraceptives was determined and expressed in prevalence ratios (PR) with their 95% CI in its crude (PRc) and adjusted (PRa) form using Poisson regression. **Results:** The factors that showed more association were the marital status being married or living together (PRa:2.89; CI95%:2.71-3.08), the age between 20-34 years (PRa:2.48; CI95%:2.29-2.68) and the higher education level (PRa:1.32; CI95%:1.17-1.5). **Conclusions:** The use of modern CM has increased throughout the last years, which is hence the efforts to increase access should not cease and adequate public health measures should be taken.

**Keywords:** Contraceptive methods, Associated factors, Health survey, Family planning, Peru

## **INTRODUCCIÓN**

La anticoncepción se define como una intervención que disminuye la probabilidad de embarazo luego del coito.(1) Esta práctica lleva existiendo por siglos, actualmente las opciones para la anticoncepción han evolucionado e incluyen productos que varían en mecanismo, eficacia y accesibilidad.(2) Se define como anticonceptivos modernos a aquellos productos tecnológicos o procedimientos médicos que previenen la gestación.(3) Estos pueden clasificarse en hormonales (combinados o de solo progestina) y no hormonales, y a su vez de acción corta (condón masculino y femenino, diafragma, pastillas, parches, anillos e inyectables), de acción larga (implante, dispositivo intrauterino [DIU] hormonal y no hormonal) y permanentes.(3,4) El uso óptimo de los métodos anticonceptivos (MACs) modernos ayuda reducir los embarazos no planeados y los abortos inducidos, y contribuye a mejorar la salud materna e infantil.(5) Además, la toma de decisiones informadas, mediante la planificación familiar (PF), crea oportunidades para las mujeres de obtener mejor educación y participación en la sociedad, incluyendo el acceso a un empleo remunerado.(6) Expandir el uso y el acceso a los MACs es un compromiso de múltiples iniciativas internacionales, como los son los Objetivos de Desarrollo Sostenible Agenda 2030 y los Objetivos del Milenio.(7)

A pesar de la disponibilidad de múltiples y efectivos MACs, aún persiste una alta tasa de embarazos no deseados con consecuencias sociales y económicas significativas.(8) Mundialmente, alrededor de 80 millones de embarazos no planeados tienen lugar cada año y la mitad de estos acaban en abortos inducidos.(9) Incluso en países con una alta tasa de uso de MACs, alrededor de un 40% de la

población se encuentran en riesgo de embarazo no deseado.(9,10) Tanto las tasas de embarazo no deseado como el no uso de anticonceptivos son más altos entre las mujeres pobres, jóvenes y minorías.(11) Las causas son multifactoriales y son atribuidas principalmente a la falta de uso o empleo incorrecto, discontinuación de los anticonceptivos, falla de los MACs y una necesidad insatisfecha de anticonceptivos.(12) Esta última hace referencia a aquellas mujeres que no desean gestar por al menos 2 años pero no están usando ningún MAC para cumplir este deseo.(13) De acuerdo a la OMS, en el 2017, 214 millones de mujeres en edad fértil en regiones en desarrollo que buscaban evitar el embarazo no usaban MACs modernos.(6) Satisfaciendo la necesidad de anticonceptivos se prevendría 67 millones de embarazos no deseados anualmente.(6)

En países desarrollados, como Estados Unidos y Europa, existe una alta prevalencia de uso de MACs modernos por encima del 50-60%, siendo además los países con mayor satisfacción de la demanda de estos (80-90%).(7) En general, los MACs más usados varían entre píldoras anticonceptivas, preservativos y DIU. En países europeos y Australia, las mujeres prefieren los MACs de acción corta (menos efectivos) a pesar de contar con todos los métodos modernos.(8,14) Entre los factores asociados para escogerlos se encuentran principalmente el conocimiento sobre la eficacia, seguridad y costo(15) siendo determinantes cuando se abordan adecuadamente.(16) Entre otros factores se encuentran la religión, cultura y el estado marital.(9) Sin embargo, el estudio US Contraceptive CHOICE muestra que eliminando las barreras de desinformación y costo; se logra que la mayoría de

mujeres que reciben asesoría cambien a un método más efectivo como los MACs de acción larga.(16)

A pesar de que globalmente la tasa de embarazos no planeados ha disminuido, el progreso en la reducción de estos fue menor en países en vías de desarrollo (16%) comparado con países desarrollados (30%).(17) Se resalta que Latinoamérica es la segunda región con la tasa de embarazos no planeados más alta, solo superada por África.(18) Es importante mencionar que dentro de la región de Latinoamérica y el Caribe, existen desigualdades en el acceso y en la disponibilidad de los MACs. Ponce de Leon et al. demostraron que en esta región se prefiere el uso de MACs de acción corta respecto a los de acción prolongada (altamente efectivos).(19) Esto debido a la presencia de barreras que limitan el acceso como la escasa información, la poca disponibilidad, el costo, etc.(19)

En el caso de Perú, el uso se ha incrementado considerablemente en los últimos años. A pesar de ello, su uso sigue estando por debajo del promedio sudamericano (20) y las mujeres peruanas reportan tener más hijos de los deseados (21). Además, se ha reportado que el aumento ha sido principalmente de los MACs de acción corta.(20) Aun cuando en el Perú existen programas de PF que buscan disminuir las brechas de desigualdad y desinformación, la tasa peruana de embarazos no deseados permanece en niveles altos (52%) y el uso de MACs modernos es bajo respecto a otros países de latinoamérica como Colombia, Costa Rica, Cuba y Paraguay.(22) A su vez, se puede observar una clara diferencia en el acceso y disponibilidad de los mismos MACs directamente relacionado a la geografía, destacando entre los

departamentos con menor uso: Puno, Huancavelica y Cajamarca.(20) Estos se encuentran dentro de los departamentos más pobres del país, siendo Huancavelica el más pobre; y Puno y Cajamarca los menos urbanizados.(20) Las mujeres que viven en áreas rurales son las que menor uso presentan y la mayoría de los centros de salud en estas zonas son de acceso lejano y pobremente equipados.(20)

En un informe realizado por la Defensoría del Pueblo en los 10 departamentos con mayor tasa de embarazo adolescente del Perú, se resalta que el 23% de los centros de salud no fueron capacitados (pertenecientes a Loreto, Ucayali, Madre de Dios, Ayacucho y Amazonas) y solo el 10% recibieron todas las capacitaciones brindadas.(23) Por otro lado, el 47% de los centros afirmó no haber recibido orientaciones para mejorar la atención en salud sexual y reproductiva en un periodo de 18 meses.(23) En cuanto a la disponibilidad de insumos registrada en este informe, la mayoría de los establecimientos contaban con MACs de acción corta: 95-96% de disponibilidad de preservativos masculinos, anticonceptivo oral combinado e inyectables.(23) En el caso de los de acción larga, resultaron ser los de menor acceso, destacando un 79% de disponibilidad del implante y un 72% en el caso de dispositivos intrauterinos.(23)

La demanda insatisfecha de MACs en Perú persiste a pesar del incremento de su uso. Esto, asociado a las altas tasas de embarazo no deseado, es razón para implementar mejores políticas para cubrir la demanda de anticonceptivos modernos.(24) La prevención del embarazo no deseado mediante los MACs modernos es la acción más costo efectiva para un país.(6) Para llegar a la cobertura

deseada se debe reconocer los factores por los cuales las mujeres aún no lograron acceder a estos teniendo en cuenta los datos más recientes y comparando con estudios previos. Debido a esto, el estudio tiene como objetivo evaluar los factores asociados con el uso de MACs en mujeres peruanas en edad reproductiva analizando los datos de una encuesta nacional realizada en el año 2021.

## **OBJETIVOS**

### **A. Objetivo general**

- Determinar los factores asociados al uso de anticonceptivos modernos en mujeres peruanas de 12 a 49 años de edad basado en la encuesta nacional “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” (ENDES) 2021.

### **B. Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos en mujeres peruanas de 12 a 49 años de edad según la ENDES 2021.
- Determinar la asociación de las características del ambiente externo y el uso de anticonceptivos modernos en mujeres peruanas de 12 a 49 años según la ENDES 2021.
- Determinar la asociación de factores sociodemográficos y el uso de anticonceptivos modernos en mujeres peruanas de 12 a 49 años según la ENDES 2021.
- Determinar la asociación de contar con seguro de salud y el uso de anticonceptivos modernos en mujeres peruanas de 12 a 49 años según la ENDES 2021.
- Determinar la asociación de conocimientos sobre planificación familiar y el uso de anticonceptivos modernos en mujeres peruanas de 12 a 49 años según la ENDES 2021.
- Describir las características del uso de anticonceptivos modernos en mujeres peruanas de 12 a 49 años de edad según la ENDES 2021.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Diseño:**

Se realizó un estudio transversal analítico de base de datos secundaria a partir de la ENDES realizada en el 2021 en el Perú por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La ENDES 2021 se compone de tres cuestionarios: cuestionario individual de la mujer, cuestionario del hogar y cuestionario de salud. En el presente estudio se utilizaron los datos recogidos del cuestionario individual de la mujer.

### **Población:**

Se incluyeron datos de viviendas provenientes de los 24 departamentos del Perú, tanto del área urbana y área rural, en los meses de enero a diciembre de 2021, periodo en el que se realizó la encuesta. En el cuestionario individual de la mujer se incluyeron a mujeres de 12 a 49 años de edad provenientes de estas viviendas.

### **Muestra:**

El marco muestral original fueron los datos estadísticos y cartográficos extraídos de los Censos Nacionales XII de Población y VII de Vivienda del año 2017, con el material cartográfico actualizado realizado para la ejecución de la ENDES. La unidad de muestreo en el área urbana fue el conglomerado y la vivienda particular; y en el área rural, el área de empadronamiento rural y la vivienda particular. El tipo de muestreo fue bietápico, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, a nivel departamental, por área urbana y rural. Se incluyeron datos de 36 760 viviendas, el tamaño final de la muestra fue de 36 714 mujeres. Contando que el tamaño muestral era fijo, se calculó la potencia para tres factores de



exposición que mostraron asociación de acuerdo a Soriano-Moreno et al.: Edad  $\geq 35$  años, Vivir en la sierra y Actualmente no estar casada ni conviviendo.(22) En este estudio, la prevalencia de tener  $\geq 35$  años fue de 29,3%, en este grupo el 60,2% no usaban MACs modernos, mientras que en edades menores eran un 63,5%.(22) En el caso de vivir en la sierra, se halló una prevalencia del 31,7%, de estos el 68,9% no los utilizaban, a comparación de un 59,6% cuando vivían en otras regiones.(22) Por último, en el caso de actualmente no estar casada ni conviviendo, este tuvo una prevalencia del 35,2%, no usándolos el 87,2% de este grupo, valor que disminuye a 49,1% cuando se encuentran casadas o conviviendo.(22) Considerando un nivel de confianza del 95%, se calculó la potencia mediante el programa Epidat 4.2 para comparar las proporciones usando la prueba  $\chi^2$  sin corrección por continuidad. Las potencias halladas fueron de 100% para las tres variables respectivamente.

### **Definición operacional de variables:**

#### Variables Independientes:

##### → Características del ambiente externo:

- Región de procedencia: Zona o grupo de zonas con condiciones ecológicas uniformes en donde la persona entrevistada vive. En este estudio se usa como variable Cualitativa Nominal Policotómica.
  - Lima metropolitana
  - Resto de la costa
  - Sierra
  - Selva

##### → Factores sociodemográficos:

- Lengua materna: En este estudio se usa como variable Cualitativa Nominal Policotómica. Se agruparon las respuestas “Quechua/ Aimara/ Ashaninka/ Awajún/ Aguaruna/ Shipibo/ Konibo/ Shawi/ Chayahuita/ Matsigenka/ Machiguenga/ Achuar/ Otra lengua nativa u originaria” como “Otras lenguas nativas u originarias” y “Portugués/ Otra lengua extranjera” como “Otras lenguas Extranjeras”
  - Otras lenguas nativas u originaria
  - Español
  - Otra lengua extranjera
- Nivel educativo: Nivel de educación más alto que la encuestada ha culminado. En este estudio se usa como variable Cualitativa Ordinal Policotómica, se agruparon las respuestas: “Nivel superior no universitario, Nivel superior universitario y Posgrado” como “Superior”.
  - Inicial/ Pre escolar
  - Primario
  - Secundario
  - Superior
- Índice de riqueza: Clasificación de la población en base a los quintiles de riqueza establecidos para el año 2021. En este estudio se usa como variable Cualitativa Ordinal Policotómica
  - Más pobre
  - Pobre
  - Medio
  - Rico

- Más rico
- Edad: Años de vida cumplidos por la persona al momento de la encuesta.  
En este estudio se usa como variable Cuantitativa Continua, la cual para su análisis se estratificará de la siguiente manera:
  - 12-19 años
  - 20-34 años
  - 35-49 años
- Nivel educativo de la pareja: Nivel de educación más alto que logró completar la pareja/compañero de la encuestada. En este estudio se usa como variable Cualitativa Ordinal Policotómica, se agruparon las respuestas: “Nivel superior no universitario, Nivel superior universitario y Posgrado” como “Superior”.
  - Inicial/ Pre escolar
  - Primario
  - Secundario
  - Superior
  - No sabe
- Estado conyugal: condición de una persona en relación al estado matrimonial con la pareja. En este estudio se usa como variable Cualitativa Nominal Dicotómica, se agruparon las respuestas “Casada y Viviendo juntos” como “Actualmente casada o conviviendo”; y se agruparon las respuestas “Nunca casada, Viuda, Divorciada y No viviendo juntos” como “Actualmente no casada ni conviviendo”.
  - Actualmente casada o conviviendo

- Actualmente no casada ni conviviendo

→ Seguro de salud: condición de la persona si cuenta con algún seguro de salud.

En este estudio se usa como variable Cualitativa Nominal Dicotómica.

- Sí
- No

→ Conocimientos sobre planificación familiar:

- Opinión de la pareja/compañero sobre la planificación familiar:

Conocimiento de la encuestada sobre la opinión personal de la pareja sobre el uso de anticonceptivos. En este estudio se usa como variable Cualitativa

Nominal Policotómica

- Aprueba
- Desaprueba
- No sabe

- Uso previo de métodos anticonceptivos modernos: Antecedente de la encuestada sobre uso de anticonceptivos modernos. En este estudio se usa como variable Cualitativa Nominal Dicotómica, para este fin se agruparon las respuestas “Método tradicional, Otros métodos y Nunca ha usado” como “No”.

- Sí
- No

Variables Dependientes:

- Uso de anticonceptivos modernos: Uso de algún MAC moderno al momento de la entrevista. En este estudio se utilizará como variable cualitativa nominal dicotómica para fines de análisis.
  - Sí
  - No

Para la posterior descripción sobre las características de uso de MACs se especificó el tipo de método (incluyendo a los tradicionales), si el método es el que quería, qué método quería, quién le proporcionó el método, quién decidió sobre el método actual y qué problemas presentó para la obtención del método que quería.

#### **Procedimientos y Técnicas:**

Para acceder a la base de datos se ingresó al portal web INEI (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>) donde se escoge la opción de Consulta por Encuesta, opción “Encuesta demográfica y de Salud Familiar- ENDES”, seleccionando en el año “2021” y periodo “Único”; donde se muestra la encuesta dividida en 13 módulos con sus títulos respectivos. Se descargaron los datos de los módulos “Datos básicos de MEF”, “Historia de Nacimiento - Tabla de Conocimiento de Método” y “Nupcialidad- Fecundidad, Cónyuge y mujer”.

#### **Aspectos éticos del estudio:**

El presente estudio es un análisis secundario de una base de datos pública del INEI (ENDES 2021) por lo que no se requirió el consentimiento informado de los participantes. Sin embargo, en la encuesta sí hubo consentimiento informado en el

que se les explicó a los participantes que era una encuesta voluntaria y podían retirarse en cualquier momento. Esta base de datos es anónima y no permite la identificación de los encuestados por lo que no hay riesgo para los participantes. No hubo beneficio directo para los participantes. El beneficio es indirecto para la población peruana, debido a que posterior a este estudio se pueden proponer acciones para mejorar el acceso a los anticonceptivos, promover la PF y disminuir la tasa de embarazos no planeados. El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

**Plan de análisis:**

Los datos especificados en el apartado de “Procedimientos y Técnicas” se descargaron en formato excel. Los datos de las variables seleccionadas se reunieron en un solo excel y fueron revisados comparándolos con los originales para detectar errores.

El análisis se realizó mediante el programa STATA versión 17. Los intervalos de confianza se calcularon al 95% considerando estadísticamente significativos valores  $p \leq 0,05$ . Se realizó la comparación de las variables independientes con la variable dependiente “Uso de anticonceptivos modernos” mediante la prueba de Chi cuadrado.

Para estimar la magnitud de la asociación entre las variables independientes y la variable dependiente, se calcularon las razones de prevalencia (RP) con sus IC 95%

en forma cruda (RPC) y ajustada (RPa) usando modelos de regresión de la familia Poisson. Las variables cuyo valor de p fueron  $\leq 0,05$  en el análisis bivariado, fueron incluidas en el análisis multivariado.

## **RESULTADOS**

Se obtuvieron los datos de 36 714 encuestas. Las características de la muestra se encuentran reunidas en la Tabla 1. La edad promedio de la población fue de 28,78 años, siendo el grupo etario mayoritario el de 20-34 años con un 46,43%. La mayoría de las encuestadas pertenecían a la Sierra (32,67%) y la lengua materna más hablada fue el castellano (80,82%). La mayor parte contaba con un nivel educativo secundario (49,36%) y un índice de riqueza del más pobre (29,21%). En cuanto al estado conyugal, la proporción que se encontraba actualmente casada o conviviendo resultó ligeramente superior con un 58,58%. El nivel educativo de la pareja fue predominantemente secundario (51,37%) y casi la totalidad de estos aprobaban la PF (94,94%). Gran parte de la muestra contaba con seguro de salud (84,22%), y también la mayoría reportó uso previo de MAC modernos (74,39%).

En cuanto al uso de MACs en general (Tabla 2), el grupo etario que presentó menor uso fue el de 12-19 años representando el 87,74% de esta población. Los tres métodos más empleados entre todas las edades fueron la inyección (16,13%), el condón (8,94%) y la abstinencia periódica (7,30%).

Respecto a la prevalencia de uso de MACs modernos, estos datos se encuentran recogidos en la Tabla 3. Cabe destacar que solo el 43,0% de la población encuestada reportó usarlos, siendo los que provenían de la sierra quienes menos usaban (38,06%).



Adicionalmente, se recopilaron datos acerca de las preferencias sobre el uso de MACs (Tabla 4); sin embargo, estos presentaron la limitación de no contar con la información de todos los encuestados. Se resalta que 2,84% reportaron que el MAC con el que contaban no era el que querían, siendo el implante (40,4%) el más deseado. Cuando se les preguntó por la dificultad para obtenerlo, fue la disponibilidad de este en el centro de salud la más reportada (35,69%). Cuando se les preguntó por quién tomó la decisión sobre el método actual, el 50,89% respondió ser su propia decisión, seguido por el 40,51% en quienes fue un personal de salud quien lo decidió. Por último, es importante señalar que la principal fuente para obtener el MAC fue un establecimiento de salud del Estado (62,92%).

Con respecto al análisis bivariado, inicialmente comparamos la asociación de variables mediante la prueba de Chi<sup>2</sup>, resultando estadísticamente significativa para todas las variables (Tabla 5). Luego se procedió a estimar la magnitud de asociación calculando las razones de prevalencia (RP) con IC 95% tanto en forma cruda (RPc) como ajustada (RPa) mediante los modelos de regresión de Poisson. (Tabla 6)

Los factores que mostraron mayor asociación al uso de MACs modernos fueron edad entre 20-34 años (RPa:2,91; IC95%:2,70-3,13), estado conyugal casada o conviviente (RPa:2,64; IC95%:2,53-2,75), nivel educativo superior de la pareja (RPc:1,91; IC95%:1,51-2,42) y nivel educativo superior de la usuaria (RPa:1,33; IC95%:1,18-1,5).

Se evidenció asociación a un menor uso de MACs modernos para las variables provenir de la región Sierra (RPa:0,86; IC95%:0,83-0,89) y desaprobación de la PF por parte de la pareja (RPc:0,68; IC95%:0.62-0.73).

En la tabla 7 se realiza una comparación de la prevalencia de uso de MACs modernos entre el total de mujeres y las mujeres unidas (casadas o conviviendo), similar a los indicadores empleados por el INEI.(25) La prevalencia en el grupo de mujeres unidas fue de 61.40%. La mayor diferencia se encontró en el grupo etario de 12-19 años que alcanzó valores de 60.39%.

## **DISCUSIÓN**

La prevalencia de uso de MACs modernos en este estudio (43,0%) fue mayor que la reportada en los estudios de Soriano-Moreno et al.(22) y Diaz-Alvites et al.(20), tanto de manera general como en cada región geográfica. De igual manera, se observa esta tendencia cuando se compara al uso por estratos económicos.(20,22) Esto demuestra que hay disposición a disminuir la demanda insatisfecha de anticonceptivos y la brecha de desigualdad en el país. Sin embargo, cuando se observa el uso por grupos etarios, si bien hay un aumento en la mayoría de estos, se evidencia una disminución en el caso de las menores de 20 años.(20,22) Reportes anteriores excluyen a la población menor de 15 años, considerando la etapa reproductiva aquella comprendida entre los 15-49 años. No obstante, el inicio de las relaciones sexuales tiene lugar incluso antes.(26) Es por ello que consideramos importante incluir a esta población, ya que no dejan de formar parte de la problemática del embarazo adolescente.

Consistente con lo presentado por Soriano-Moreno et al. y Diaz-Alvites et al., el grupo con mayor uso de MACs modernos fueron las mujeres que se encuentran actualmente casadas o conviviendo, con un leve incremento en este mismo (58,58%).(20,22) Además, los inyectables y el condón se mantienen como los métodos más usados. Cabe resaltar que en los casos en los que las encuestadas reportaron no tener el MAC que deseaban, el preferido fue el implante. Esto es importante ya que corresponde a los MACs de larga duración y más efectivos, los cuales deben seguirse promoviendo para aumentar su uso.(27) Asimismo, se señala que la principal dificultad para obtener el método deseado fue la disponibilidad de

este. Esto, añadido a que la mayoría de las encuestadas los obtienen de establecimientos de salud públicos, resulta preocupante debido a que significa que hay un abastecimiento insuficiente por parte del gobierno.

Se propuso evaluar si haber usado previamente un MAC moderno condiciona a usarlo nuevamente. La mayor parte de las encuestadas (42%) usaron previamente y usan actualmente un MAC moderno. Esta relación es significativa ( $p < 0,05$ ); sin embargo, no se logró obtener la magnitud de asociación debido a la presencia de valor 0 en uno de los componentes necesarios para el cálculo. A pesar de ello, se puede concluir que el conocimiento adquirido sobre un determinado método disminuye el miedo relacionado, esto condicionaría a continuar su uso y aumentar la probabilidad de usar MACs modernos.

Vivir en la región Sierra se relaciona con una menor probabilidad de usar MACs modernos, este patrón se mantuvo previamente en Soriano-Moreno et al.(22) y Diaz-Alvites et al.(20) Esto se debería a que el difícil acceso condiciona la escasez de recursos y de proveedores de servicios de salud que tienen lugar en esta región, dificultando la adquisición de MACs modernos.

Contar con mayor nivel educativo se asocia a mayor probabilidad de usar MACs modernos. Esto es congruente con Soriano-Moreno et al.(22), Diaz-Alvites et al.(20) y Paul et al.(27) En el estudio realizado por Woldeamanuel et al. se encontró que tener un mayor nivel educativo se relaciona con menores conductas de riesgo, menor deseo de tener hijos y mejor control de maternidad.(28) Esta asociación

puede ser explicada ya que, en la última década, el número de mujeres profesionales en Perú ha incrementado y con ello el deseo de posponer el embarazo, conllevando al mayor uso de MACs modernos.

Los hablantes de lenguas nativas presentaron menor probabilidad de usar MACs modernos comparado con los de lengua español o extranjera, como lo observado por Soriano-Moreno et al.(22) y Diaz-Alvites et al.(20) Se ha descrito y es evidente que existe un trato inadecuado por parte del personal de salud basado en la etnia y el lenguaje en el Perú.(29) Además, el escaso material en lenguas nativas dificulta brindar información sobre temas de salud. Esto constituye una barrera para el acceso a MACs modernos. Por lo que se resalta la importancia de implementar estrategias donde el idioma no represente un obstáculo.

Con respecto al índice de riqueza, se encontró leve mayor probabilidad de usar MACs modernos en la población pobre, lo cual difiere de lo presentado por Diaz-Alvites et al.(20) donde contar con mayor riqueza garantiza el acceso a MACs modernos. Sin embargo, en otros países de medianos y bajos ingresos, se encontró que existen distintos patrones dependiendo de las características de los servicios públicos y privados.(3) En nuestro estudio, la magnitud de la asociación de los 5 niveles de riqueza no solo es pequeña sino también cercana al 1. Cabe resaltar que la brecha de acceso a los MACs modernos en nuestro país se ha reducido en los últimos años.(30) Esto significa que, en la actualidad, las mujeres independientemente del estrato económico pueden obtener con mayor facilidad MACs modernos, pudiendo explicar estos resultados.

La edad mayor a 19 años mostró mayor asociación al uso de MACs modernos. Esta relación también es reportada por Soriano-Moreno et al.(22) (RPa:1,04; IC95%:0,90-1,20). Soto-Méndez et al. señalan como los principales obstáculos en esta población al difícil acceso a programas de PF, la poca información y la reducida adherencia a MACs.(31) No obstante, Diaz-Alvites et al.(20) muestran que las mujeres menores tienen una relación positiva con el uso de MACs (RPa:1,39; IC95%:1,20-1,59). Por lo tanto, la relación con la edad y el uso de MACs modernos es debatido. Asimismo, en nuestro estudio se presenta que el rango de edad 35-49 años está menos asociado al uso de MACs modernos respecto al rango de edad de 20-34 años, como muestran Soriano-Moreno et al.(22) y Diaz-Alvites et al.(20) Esto se debería a que posterior a los 40 años la fecundidad disminuye progresivamente hasta llegar a la menopausia por lo que las mujeres suspenden su uso.

Se observó que tener seguro médico mostró mayor asociación al uso de MACs modernos. Estos hallazgos se correlacionan con lo expuesto por Soriano-Moreno et al.(22) y Culwell et al.(32) En nuestro país, si no se cuenta con seguro médico se puede acceder gratuitamente al Seguro Integral de Salud (SIS) y por ende acceder a MACs modernos. A pesar de ello, un porcentaje de las encuestadas (15,78%) no cuenta con este. Por otro lado, es importante resaltar que la magnitud de la asociación es pequeña (RPa 1.09 IC 95% 1.06-1.12), esto podría deberse a que las usuarias adquieren sus MACs sin necesidad de seguro médico en farmacias, boticas o centros privados.

Las variables nivel educativo de la pareja y opinión de la pareja sobre PF fueron analizadas con las RPC, estas no se pudieron ajustar debido a que el n muestral era diferente respecto a las demás variables estudiadas.

Se observó que mientras mayor era el grado de estudio de la pareja, mayor es la asociación al uso de MACs modernos. Alpu et al. demostraron que si la pareja no recibe educación el uso de MACs modernos era 51,8%, 71,7% con secundaria completa y 89,7% con educación superior.(33) Por lo tanto, a mayor nivel educativo de la pareja mayor conocimiento sobre PF, mayor probabilidad de uso de MACs modernos y un mejor control de la natalidad.

Respecto a la opinión de la pareja sobre PF, se encontró que existe menos asociación al uso de MACs modernos si esta lo desaprueba. Además es resaltante que si se desconoce la opinión de la pareja, el uso es incluso menor. Se ha documentado que la pareja ejerce influencia tanto en la decisión de usar MACs, qué tipo y por cuánto tiempo, así como en la decisión de cuántos hijos tener.(34) Cruz Peñarán et al. demostraron que si la pareja no tenía conocimientos sobre PF fueron más proclives a no usarlos (RP:1,57; IC95%:1,07-2,30).(34) Además si la pareja tenía un nivel de aceptación medio sobre PF tuvieron una probabilidad menor comparadas con aquellas en la que la pareja tenía un nivel de aceptación alto (RP:1,90; IC95%:1,03-3,48).(34) Por lo tanto, la opinión de la pareja resulta determinante al decidir sobre MACs modernos.

Finalmente, el estado conyugal casada o conviviente mostró mayor asociación al uso de MACs modernos. Estos resultados son congruentes con los estudios de Soriano-Moreno et al.(22) y Vela-Ruiz et al.(35) Sin embargo, esto podría deberse a un sesgo ya que no se ha considerado si la encuestada es sexualmente activa. De acuerdo a los indicadores empleados por el INEI, se debería tomar en cuenta a las mujeres unidas para la estimación de la prevalencia de uso actual de MACs, ya que consideran menos fiables los datos provenientes de mujeres cuyas relaciones sexuales son esporádicas.(25) No obstante, esto resulta debatible, debido a que cuando las relaciones sexuales fuera del matrimonio son frecuentes, se estaría excluyendo una parte importante de la población.(36) Queda claro que existe una diferencia cuando los datos son expresados de esta manera como se ve en la Tabla 7. Es aún más evidente cuando nos fijamos en las mujeres menores de 20 años. En los estudios previamente mencionados, no se toman en cuenta estas diferencias ni se hace mención al respecto, a pesar del evidente impacto que tienen sobre las conclusiones generadas.(20,35) Es por ello que en la ENDES se debería establecer una mejor manera de determinar la existencia de actividad sexual para realizar mejores análisis que generen un mayor impacto en medidas de salud pública y una mejor distribución de los presupuestos.



## CONCLUSIONES

- Se halló una prevalencia de uso de MACs modernos del 43%.
- En el caso de las características del ambiente externo, se determinó que las mujeres que viven en la región sierra cuentan con menor probabilidad de usar MACs modernos.
- En el caso de los factores sociodemográficos, el nivel educativo superior tanto de la usuaria como de la pareja, la edad mayor a 19 años y el estado conyugal casada o conviviendo mostraron mayor asociación al uso de MACs modernos.
- Las mujeres que contaban con seguro de salud se asociaron a una leve mayor probabilidad de uso de MACs modernos.
- Respecto a los conocimientos sobre PF, la opinión de la pareja a favor y el uso previo de MACs se asociaron a mayor probabilidad de usarlos.
- Los MACs modernos más utilizados son los inyectables y preservativos masculinos obteniéndose en su mayoría de establecimientos de salud del Estado.

## RECOMENDACIONES:

- Debe promoverse la educación sexual enfocada en la población más joven, principalmente en los adolescentes.
- Se debe garantizar el abastecimiento de los centros de salud.
- Promover campañas que brinden información en lenguas nativas especialmente en la región Sierra.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Teal S, Edelman A. Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review. *JAMA*. 2021 Dec 28;326(24):2507–18.
2. Colquitt CW, Martin TS. Contraceptive Methods: A Review of Nonbarrier and Barrier Products. *Journal of Pharmacy Practice*. 2017 Feb;30(1):130–5.
3. Hellwig F, Ewerling F, Coll CVN, Barros AJD. The role of female permanent contraception in meeting the demand for family planning in low- and middle-income countries,. *Contraception*. 2022 Oct;114:41–8.
4. Woodhams EJ, Gilliam M. Contraception. *Ann Intern Med*. 2019 Feb 5;170(3):ITC18.
5. Ewerling F, Victora CG, Raj A, Coll CVN, Hellwig F, Barros AJD. Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: who is lagging behind? *Reprod Health*. 2018 Dec;15(1):42.
6. WHO. Contraception: evidence brief. World Health Organization; 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329884>.
7. Haakenstad A, Angelino O, Irvine CMS, Bhutta ZA, Bienhoff K, Bintz C, et al. Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2022 Jul;400(10348):295–327.
8. Merki-Feld GS, Caetano C, Porz TC, Bitzer J. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO

- Study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2018 May 4;23(3):183–93.
9. Kahramanoglu I, Baktiroglu M, Turan H, Kahramanoglu O, Verit FF, Yucel O. What influences women's contraceptive choice? A cross-sectional study from Turkey. *Ginekol Pol*. 2017 Dec 29;88(12):639–46.
  10. Gungor Ugurlucan F, Demir O, Tas S, Dural O, Yasa C, Yalcin O. Contraception counselling during gynecology visit — does a questionnaire help? *Ginekol Pol*. 2020 Oct 30;91(10):582–8.
  11. Rivlin K, Isley MM. Patient-centered Contraceptive Counseling and Prescribing. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2018 Mar;61(1):27–39.
  12. Bishwajit G, Tang S, Yaya S, Feng Z. Unmet need for contraception and its association with unintended pregnancy in Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Dec;17(1):186.
  13. Cleland J. The complex relationship between contraception and abortion. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2020 Jan;62:90–100.
  14. Claringbold L, Sanci L, Temple-Smith M. Factors influencing young women's contraceptive choices. *Aust J Gen Pract*. 2019 Jun 1;48(6):389–94.
  15. Nelson AL, Cohen S, Galitsky A, Hathaway M, Kappus D, Kerolous M, et al. Women's perceptions and treatment patterns related to contraception: results of a survey of US women. *Contraception*. 2018 Mar;97(3):256–73.
  16. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible

- contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010 Aug;203(2):115.e1-115.e7.
17. Fagan T, Dutta A, Rosen J, Olivetti A, Klein K. Family Planning in the Context of Latin America's Universal Health Coverage Agenda. *Glob Health Sci Pract*. 2017 Sep 27;5(3):382–98.
18. Ticona DM, Huanco D, Ticona-Rendón MB. Impact of unplanned pregnancy on neonatal outcomes: findings of new high-risk newborns in Peru. *International Health*. 2023 Mar 21;ihad018.
19. Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *The Lancet Global Health*. 2019 Feb;7(2):e227–35.
20. Díaz-Alvites AL, Yrala-Castillo G, Al-kassab-Córdova A, Munayco CV. Associated factors, inequalities, and spatial distribution of the use of modern contraceptive methods among women of reproductive age in Peru: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2022 Dec 5;22(1):2267.
21. Mendez-Guerra C, Al-Kassab-Córdova A, Cornejo-Venegas G, Quevedo-Ramirez A, Alva K, Napanga-Saldaña E. Factors associated with unwanted additional fertility: secondary analysis of a national survey in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37:645–53.
22. Soriano-Moreno DR, Soriano-Moreno AN, Mejia-Bustamante A, Guerrero-Ramirez CA, Toro-Huamanchumo CJ. Factors associated with highly

- effective contraceptive use among reproductive-age women in Peru: Evidence from a nationwide survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020 Feb;245:114–20.
23. Defensoría del Pueblo. Informe sobre la supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes: educación sexual integral y acceso a anticoncepción moderna para quienes lo requieren. Primera Edición. Lima: 2021
24. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. Primera Edición. Lima: 2017.
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental. Lima: 2022.  
Disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1838/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/)
26. Sierra JC, Álvarez-Muelas A, Arcos-Romero AI, Cervilla O, Mangas P, Muñoz-García LE, et al. Sexual Activity in Peruvian Adolescents: Relevance of Socio-Demographic Variables and Sexual Attitudes. *Children*. 2022 Mar 10;9(3):386.
27. Paul R, Huysman BC, Maddipati R, Madden T. Familiarity and acceptability of long-acting reversible contraception and contraceptive choice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020 Apr;222(4):S884.e1-S884.e9.
28. Woldeamanuel BT, Gessese GT, Demie TG, Handebo S, Biratu TD. Women's education, contraception use, and high-risk fertility behavior: A

- cross-sectional analysis of the demographic and health survey in Ethiopia. *Front Glob Womens Health*. 2023 Mar 1;4:1071461.
29. Herrera-Añazco P, Benites-Zapata VA, Hernández AV. Association between the Non-use of Health Services and Maltreatment Based on Ethnicity in Peru. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2022;33(1):234–52.
30. Ross J. Improved Reproductive Health Equity Between the Poor and the Rich: An Analysis of Trends in 46 Low- and Middle-Income Countries. *Glob Health Sci Pract*. 2015 Sep 10;3(3):419–45.
31. Soto-Méndez C, Carrillo-Cruz YA. Anticoncepción en menores de edad: retos para el derecho desde la bioética. *Rev Lasallista Investig*. 2020 Aug 21;17(1):28–43.
32. Culwell KR, Feinglass J. The Association of Health Insurance with Use of Prescription Contraceptives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2007 Dec;39(4):226–30.
33. Alpu Ö, Fidan H. On the use of contraceptive methods among married women in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2006 Jan;11(3):228–36.
34. Cruz-Peñarán DDL, Langer-Glas A, Hernández-Prado B, González-Rengijo GF. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. *Salud pública Méx* [Internet]. 2003 Dec [cited 2023 Sep 30];45(6). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

35. Vela-Ruiz JM, Rivadeneyra-Romero R, De La Cruz-Vargas JA, Meléndez-Asipali JA, Espinoza R. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según encuesta demográfica en Perú. Rev Cuerpo Med HNAAA. 2022 Jun 30;15(2):180–4.
36. Ministerio de Salud. Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal. Lima: 2021. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2\\_2.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_2.pdf)

## TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1  
Características de la muestra. ENDES 2021

Variablen	n=36714	%
Edad (Media en años)	28.78	
12-19 años	8211	22.36
20-34 años	17047	46.43
35-49 años	11456	31.20
Región de procedencia		
Lima Metropolitana	4725	12.87
Resto de la costa	10897	29.68
Sierra	11995	32.67
Selva	9097	24.78
Lengua materna		
Otras lenguas nativas	6998	19.06
Castellano	29673	80.82
Otra lengua extranjera	43	0.12
Nivel educativo usuaria		
Inicial/Pre escolar	465	1.27
Primario	7436	20.25
Secundario	18121	49.36
Superior	10692	29.12
Índice de riqueza		
Más pobre	10724	29.21
Pobre	9343	25.45
Medio	7089	19.31
Rico	5668	15.44
Más rico	3890	10.60
Nivel educativo de la pareja*		
Inicial/Pre escolar	155	0.64
Primario	3802	15.81
Secundario	12350	51.37
Superior	7625	31.72
No sabe	109	0.45
Estado conyugal		
Actualmente casada o conviviendo	21508	58.58
Actualmente no casada ni conviviendo	15206	41.42
Seguro de Salud		
Si	30920	84.22
No	5794	15.78
Opini3n de la pareja/compañero sobre la planificación		



familiar**		
Aprueba	18988	94.94
Desaprueba	787	3.94
No sabe	224	1.12
Uso previo de MAC modernos		
Sí	27311	74.39
No	9403	25.61

---

\*El n de los porcentajes obtenidos corresponde a 24041

\*\*El n de los porcentajes obtenidos corresponde a 19999

Tabla 2

Uso de métodos anticonceptivos de acuerdo a edades. ENDES 2021

Método anticonceptivo	Grupo etáreo							
	12-19		20-34		35-49		Total	%
	años	%	años	%	años	%		
Ninguno	7204	87.74	5215	30.59	3799	33.16	16218	44.17
Píldora	54	0.66	1122	6.58	596	5.20	1772	4.83
DIU	6	0.07	180	1.06	112	0.98	298	0.81
Inyección	438	5.33	3974	23.31	1509	13.17	5921	16.13
Diafragma	0	0	0	0	0	0	0	0
Condón	204	2.48	1951	11.44	1126	9.83	3281	8.94
Esterilización femenina	0	0	754	4.42	1702	14.86	2456	6.69
Esterilización masculina	0	0	10	0.06	18	0.16	28	0.08
Abstinencia periódica	85	1.04	1234	7.24	1360	11.87	2679	7.30
Retiro	96	1.17	1087	6.38	707	6.17	1890	5.15
Otros métodos	6	0.07	79	0.46	72	0.63	157	0.43
Norplant/implantes	111	1.35	1407	8.25	438	3.82	1956	5.33
MELA	1	0.01	10	0.06	3	0.03	14	0.04
Condón femenino	0	0	0	0	0	0	0	0
Espuma, jalea, óvulos	0	0	1	0.01	4	0.03	5	0.01
Anticoncepción oral de emergencia	6	0.07	23	0.13	10	0.09	39	0.11

Tabla 3

## Características sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos. ENDES 2021

VARIABLES	No n=20944 (57.0%)	Sí n=15770 (43.0%)
<b>Región de procedencia</b>		
Lima Metropolitana	2483 (52.55%)	2242 (47.45%)
Resto de la costa	6013 (55.18%)	4884 (44.82%)
Sierra	7430 (61.94%)	4565 (38.06%)
Selva	5018 (55.16%)	4079 (44.84%)
<b>Lengua materna</b>		
Otras lenguas nativas	4183 (59.77%)	2815 (40.23%)
Castellano	16742 (56.42%)	12931 (43.58%)
Otra lengua extranjera	19 (44.19%)	24 (55.81%)
<b>Nivel educativo usuaria</b>		
Inicial/Pre escolar	297 (63.87%)	168 (36.13%)
Primario	4786 (64.36%)	2650 (35.64%)
Secundario	10678 (58.93%)	7443 (41.07%)
Superior	5183 (48.48%)	5509 (51.52%)
<b>Índice de riqueza</b>		
Más pobre	6652 (62.03%)	4072 (37.97%)
Pobre	5137 (54.98%)	4206 (45.02%)
Medio	3868 (54.56%)	3221 (45.44%)
Rico	3134 (55.29%)	2534 (44.71%)
Más rico	2153 (55.35%)	1737 (44.65%)
<b>Edad</b>		
12-19 años	7391 (90.01%)	820 (9.99%)
20-34 años	7615 (44.67%)	9432 (55.33%)
35-49 años	5938 (51.83%)	5518 (48.17%)
<b>Nivel educativo de la pareja*</b>		
Inicial/Pre escolar	107 (69.03%)	48 (30.97%)
Primario	1907 (50.16%)	1895 (49.84%)
Secundario	5286 (42.80%)	7064 (57.20%)
Superior	3105 (40.72%)	4520 (59.28%)
No sabe	68 (62.39%)	41 (37.61%)
<b>Estado conyugal</b>		
Actualmente casada o conviviendo	8303 (38.60%)	13205 (61.40%)
Actualmente no casada ni conviviendo	12641 (83.13%)	2565 (16.87%)
<b>Seguro de Salud</b>		
Si	17413 (56.32%)	13507 (43.68%)

No	3531 (60.94%)	2263 (39.06%)
Opinión de la pareja/compañero sobre la planificación familiar**		
Aprueba	7097 (37.38%)	11891 (62.62%)
Desaprueba	451 (57.31%)	336 (42.69%)
No sabe	153 (68.30%)	71 (31.70%)
Uso previo de MAC modernos		
Sí	11541 (42.26%)	15770 (57.74%)
No	9403 (100%)	0 (0.00%)

---

\*El n de la muestra corresponde a 24041

\*\*El n de la muestra corresponde a 19999

Tabla 4  
Preferencias sobre el uso de métodos anticonceptivos

Variables	
El método actual es el que quería	n=10458
No	297 (2.84%)
Sí	10063 (96.22%)
No tenía preferencia	68 (0.65%)
No quería usar método	30 (0.29%)
Qué método quería	n=297
Esterilización Femenina	32 (10.77%)
Esterilización Masculina	1 (0.34%)
Píldora	29 (9.76%)
DIU	28 (9.43%)
Inyección	69 (23.23%)
Implantes o Norplant	120 (40.40)%
Condón	3 (1.01%)
Condón Femenino	0 (0.00%)
Espuma, jalea, óvulos (vaginales)	0 (0.00%)
Lactancia exclusiva (mela)	0 (0.00%)
Abstinencia periódica	6 (2.02%)
Retiro	5 (1.68%)
Anticoncepción oral de emergencia	0 (0.00%)
Otro	4 (1.35%)
Dificultades para obtener el método	n=297
Centro de Salud no tenía el método	
Si	106 (35.69%)
No	191 (64.31%)
Método muy costoso	
Sí	11 (3.70%)
No	286 (96.30%)
Otro problema	
Si	183 (61.62%)
No	114 (38.38%)
Quién decidió sobre el método actual	n=395
Mi esposo/compañero	22 (5.57%)
Médico, obstetriz, enfermera	160 (40.51%)
Promotor de salud del ministerio	3 (0.76%)

Promotor de salud de ONG	0 (0.00%)
Ella misma	201 (50.89%)
Otro	9 (2.28%)

Fuente para obtener método actual	n=14643
Hospital, Centro de Salud, Puesto de Salud, Policlínico del Gobierno	9214 (62.92%)
Promotor de Salud	1 (0.01%)
Clínica/Posta/ Promotor ONG	8 (0.05%)
Clínica/Consultorio médico particular	555 (3.79%)
Farmacia/botica	4721 (32.24%)
Tienda, iglesia, amigo	46 (0.31%)
Automedicación/Otro	97 (0.66%)
No sabe	1 (0.01%)
Otro gobierno	0 (0.00%)

---

Tabla 5  
Análisis bivariado (Chi2)

VARIABLES	No n=20944 (57.0%)	Sí n=15770 (43.0%)	Chi2
Región de procedencia			< 0.05
Lima Metropolitana	2483 (52.55%)	2242 (47.45%)	
Resto de la costa	6013 (55.18%)	4884 (44.82%)	
Sierra	7430 (61.94%)	4565 (38.06%)	
Selva	5018 (55.16%)	4079 (44.84%)	
Lengua materna			< 0.05
Otras lenguas nativas	4183 (59.77%)	2815 (40.23%)	
Castellano	16742 (56.42%)	12931 (43.58%)	
Otra lengua extranjera	19 (44.19%)	24 (55.81%)	
Nivel educativo usuaria			< 0.05
Inicial/Pre escolar	297 (63.87%)	168 (36.13%)	
Primario	4786 (64.36%)	2650 (35.64%)	
Secundario	10678 (58.93%)	7443 (41.07%)	
Superior	5183 (48.48%)	5509 (51.52%)	
Índice de riqueza			< 0.05
Más pobre	6652 (62.03%)	4072 (37.97%)	
Pobre	5137 (54.98%)	4206 (45.02%)	
Medio	3868 (54.56%)	3221 (45.44%)	
Rico	3134 (55.29%)	2534 (44.71%)	
Más rico	2153 (55.35%)	1737 (44.65%)	
Edad			< 0.05
12-19 años	7391 (90.01%)	820 (9.99%)	
20-34 años	7615 (44.67%)	9432 (55.33%)	
35-49 años	5938 (51.83%)	5518 (48.17%)	
Nivel educativo de la pareja*			< 0.05
Inicial/Pre escolar	107 (69.03%)	48 (30.97%)	
Primario	1907 (50.16%)	1895 (49.84%)	
Secundario	5286 (42.80%)	7064 (57.20%)	
Superior	3105 (40.72%)	4520 (59.28%)	
No sabe	68 (62.39%)	41 (37.61%)	
Estado conyugal			< 0.05
Actualmente casada o conviviendo	8303 (38.60%)	13205 (61.40%)	
Actualmente no casada ni conviviendo	12641 (83.13%)	2565 (16.87%)	
Seguro de Salud			< 0.05

Si	17413 (56.32%)	13507 (43.68%)	
No	3531 (60.94%)	2263 (39.06%)	
Opinión de la pareja/compañero sobre la planificación familiar**			< 0.05
Aprueba	7097 (37.38%)	11891 (62.62%)	
Desaprueba	451 (57.31%)	336 (42.69%)	
No sabe	153 (68.30%)	71 (31.70%)	
Uso previo de MAC modernos			< 0.05
Sí	11541 (42.26%)	15770 (57.74%)	
No	9403 (100%)	0 (0.00%)	

---

\*El n de la muestra corresponde a 24041

\*\*El n de la muestra corresponde a 19999



Tabla 6  
Análisis multivariado. Regresión de Poisson

Variables	No ajustado			Ajustado*		
	RPc	IC 95%	p	RPa	IC 95%	p
<b>Región de procedencia</b>						
Lima	Ref			Ref		
Resto de Costa	0.94	0.91-0.97	0.002	0.93	0.90-0.97	<0.001
Sierra	0.80	0.77-0.83	<0.001	0.85	0.82-0.88	<0.001
Selva	0.94	0.91-0.98	0.003	0.95	0.91-0.98	0.002
<b>Lengua materna</b>						
Otras lenguas nativas	Ref			Ref		
Castellano	1.08	1.04-1.11	<0.001	1.16	1.13-1.20	<0.001
Otra lengua extranjera	1.38	1.06-1.81	0.016	1.44	1.13-1.85	0.001
<b>Nivel educativo</b>						
Inicial	Ref			Ref		
Primario	0.98	0.87-1.11	0.829	1.11	0.98-1.25	0.174
Secundario	1.13	1.00-1.28	0.039	1.31	1.16-1.47	<0.001
Superior	1.42	1.26-1.61	<0.001	1.33	1.18-1.5	<0.001
<b>Índice de riqueza</b>						
Más pobre	Ref			Ref		
Pobre	1.18	1.14-1.22	<0.001	1.06	1.03-1.10	<0.001
Medio	1.19	1.15-1.23	<0.001	1.05	1.02-1.09	0.001
Rico	1.17	1.13-1.22	<0.001	1.04	1.00-1.08	0.009
Más rico	1.17	1.12-1.22	<0.001	1.01	0.96-1.06	0.170
<b>Edad</b>						
12-19 años	Ref			Ref		
20-34 años	5.54	5.18-5.92	<0.001	2.91	2.70-3.13	<0.001
35-49 años	4.82	4.5-5.16	<0.001	2.51	2.33-2.70	<0.001
<b>Nivel educativo de la pareja</b>						
Inicial	Ref			-	-	-
Primario	1.60	1.26-2.04	<0.001	-	-	-
Secundario	1.84	1.45-2.3	<0.001	-	-	-
Superior	1.91	1.51-2.42	<0.001	-	-	-
No sabe	0.56	0.44-0.71	<0.001	-	-	-
<b>Estado conyugal</b>						
Actualmente no casada ni conviviendo	Ref			Ref		
Actualmente casada o conviviendo	3.63	3.50-3.77	<0.001	2.64	2.53-2.75	<0.001

Seguro de Salud						
No	Ref			Ref		
Sí	1.11	1.08-1.15	<0.001	1.09	1.06-1.12	<0.001
Opinión de la pareja/compañero sobre la planificación familiar						
Aprueba	Ref			-	-	-
Desaprueba	0.68	0.62-0.73	<0.001	-	-	-
No sabe	0.33	0.32-0.34	<0.001	-	-	-

\*Se realizó el ajuste con las variables región de procedencia, lengua materna, nivel educativo, índice de riqueza, edad, estado conyugal y seguro de salud.

Tabla 7

Comparación de prevalencias de uso de MACs modernos en el total de mujeres vs mujeres unidas

Variables	Prevalencia de MAC modernos	
	Total de mujeres n=36714	Mujeres unidas n=21508
	15770 (43.0%)	13205 (61.40%)
<b>Región de procedencia</b>		
Lima Metropolitana	2242 (47.45%)	1759 (68.15%)
Resto de la costa	4884 (44.82%)	4052 (65.61%)
Sierra	4565 (38.06%)	4025 (56.22%)
Selva	4079 (44.84%)	3379 (60.43%)
<b>Lengua materna</b>		
Otras lenguas nativas	2815 (40.23%)	2574 (51.02%)
Castellano	12931 (43.58%)	10610 (64.56%)
Otra lengua extranjera	24 (55.81%)	21 (75.00%)
<b>Nivel educativo usuaria</b>		
Inicial/Pre escolar	168 (36.13%)	156 (42.05%)
Primario	2650 (35.64%)	2416(52.13%)
Secundario	7443 (41.07%)	6243 (63.37%)
Superior	5509 (51.52%)	4309 (64.80%)
<b>Índice de riqueza</b>		
Más pobre	4072 (37.97%)	3650 (54.58%)
Pobre	4206 (45.02%)	3527 (63.07%)
Medio	3221 (45.44%)	2648 (65.38%)
Rico	2534 (44.71%)	1997 (65.18%)
Más rico	1737 (44.65%)	1383 (65.39%)
<b>Edad</b>		
12-19 años	820 (9.99%)	439 (60.39%)
20-34 años	9432 (55.33%)	7864 (65.81%)
35-49 años	5518 (48.17%)	4902 (55.50%)
<b>Nivel educativo de la pareja</b>		
Inicial/Pre escolar	48 (30.97%)*	39 (34.21%)**
Primario	1895 (49.84%)*	1791 (53.64%)**
Secundario	7064 (57.20%)*	6328 (62.26%)**
Superior	4520 (59.28%)*	4111 (64.91%)**
No sabe	41 (37.61%)*	29 (59.18%)**
<b>Seguro de Salud</b>		
Si	13507 (43.68%)	11418 (61.62%)

No	2263 (39.06%)	1787 (60.03%)
Opinión de la pareja/compañero sobre la planificación familiar		
Aprueba	11891 (62.62%)**	11891 (62.62%)**
Desaprueba	336 (42.69%)**	336 (42.69%)**
No sabe	71 (31.70%)**	71 (31.70%)**
Uso previo de MAC modernos		
Sí	15770 (57.74%)	13205 (65.98%)
No	0 (0.00%)	0 (0.00%)

---

\*El n de la muestra corresponde a 24041

\*\*El n de la muestra corresponde a 19999