



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Obstetricia**

**Preferencias anticonceptivas en mujeres sexualmente  
activas que no utilizan métodos anticonceptivos según  
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Perú,  
2021**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

**AUTOR**

Melissa GUTIERREZ CHUCHÓN

**ASESOR**

Dr. Oscar Fausto MUNARES GARCÍA

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Gutierrez M. Preferencias anticonceptivas en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Perú, 2021 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2023.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Melissa Gutierrez Chuchón
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76448148
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0009-9634-5401">https://orcid.org/0009-0009-9634-5401</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Oscar Fausto Munares García
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07493051
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-7705-0530">https://orcid.org/0000-0001-7705-0530</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Elba Guillermina Belapatiño Pacheco
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25606315
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Emilio Oswaldo Vega Gonzales
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	80651413
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	Sara Carolina Zamora Chavez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08442585
<b>Datos de investigación</b>	

Línea de investigación	A.1.3.1. Salud Pública A.1.3.4. Reproducción
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Latitud: -12.058031 Longitud: -77.019254
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2022 - 2023
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</a>



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA**

**1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 24/07 / 2023**

HORA INICIO : 10:00 hrs

HORA TÉRMINO : 11:00 hrs

**2. MIEMBROS DEL JURADO**

PRESIDENTE : Mg. Elba Guillermina Belapatiño Pacheco

MIEMBRO : Dr. Emilio Oswaldo Vega Gonzales

MIEMBRO : Mg. Sara Carolina Zamora Chavez

ASESORA : Dr. Oscar Fausto Munares Garcia

**3. DATOS DEL TESISTA**

NOMBRES Y APELLIDOS: Melissa Gutierrez Chuchón

CODIGO : 16010323

**TÍTULO DE LA TESIS: Preferencias anticonceptivas en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Perú, 2021.**

**4. RECOMENDACIONES**

**5. NOTA OBTENIDA: ( 16 )**



**6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)**

N°	Apellidos y Nombres	DNI
1	Marita Chuchon Dipaz	10181667
2	Lesli Margot Gutierrez Chuchon	75428607
3	Nestor Gutierrez Mendoza	09599614
4	Renzo Guillermo Gutierrez Chuchon	75587026
5	Geanlu Walter Reyes Vera	76542115
6	Anthuane Geraldine Chicana Herrera	70838883

**7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO**

MG. ELBA GUILLERMINA BELAPATIÑO PACHECO D.N.I. 25626315	DR. EMILIO OSWALDO VEGA GONZALES D.N.I.80651413
<b>PRESIDENTE</b>	<b>MIEMBRO</b>

MG. SARA CAROLINA ZAMORA CHAVEZ D.N.I.08442585	DR. OSCAR FAUSTO MUNARES GARCIA D.N.I.07493051
<b>MIEMBRO</b>	<b>ASESOR (A)</b>

 Firmado digitalmente por SALAZAR SALVATIERRA Emma Felicia FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 30.07.2023 08:37:03 -05:00	 Firmado digitalmente por FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 31.07.2023 12:17:09 -05:00
Dra. Emma Felicia Salazar Salvatierra Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti Vicedecana Académica-Facultad de Medicina
<b>DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA</b>	<b>VICEDECANA ACADÉMICA DE PREGRADO FACULTAD DE MEDICINA</b>



## INFORME DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD

**LA DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA, DRA. EMMA SALAZAR SALVATIERRA; QUE SUSCRIBE, HACE CONSTAR QUE:**

La tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia, titulada: **Preferencias anticonceptivas en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Perú, 2021.**

**Autor:** Melissa Gutierrez Chuchón

Presento solicitud de evaluación de originalidad 30 de mayo del 2023 en la que se aplicó el programa informativo de similitudes en el software TURNITIN.

El resultado final de las similitudes fue del 6 % con N° de trabajo 2105174345

Se incluye reporte automatizado de similitudes encontradas

EL DOCUMENTO ARRIBA SEÑALADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE ORIGINALIDAD

Operador de software al profesor: Dr. Oscar Fausto Munares García

**DRA. EMMA SALAZAR SALVATIERRA  
DIRECTORA  
E. P. DE OBSTETRICIA-UNMSM**

*ESS/sab*



## **Agradecimiento**

A mi querida universidad, por haberme brindado la formación profesional que me permitió desarrollar esta investigación y me permitirá seguir con mi compromiso social.

A mi asesor Dr. Munares por proporcionarme las técnicas y herramientas que me permitieron elaborar esta tesis, así como por su labor docente.

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis a mis padres por su apoyo constante, a mis hermanos por brindarme ese impulso para poder terminar y a mi pareja por sostenerme durante todo el proceso.

# Índice

Agradecimiento.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Introducción.....	1
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.3. Objetivos.....	4
1.4. Importancia y alcance de la investigación.....	5
1.5. Limitaciones de la investigación.....	6
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Bases teóricas.....	9
2.3. Definición de términos.....	20
<b>III. VARIABLES.....</b>	<b>21</b>
3.1. Variables.....	21
3.2. Operacionalización de variables.....	24
<b>IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>26</b>
4.1. Área de estudio.....	26
4.2. Diseño de investigación.....	26
4.3. Población y muestra.....	26
4.4. Procedimientos y técnica.....	27
4.5. Análisis estadístico.....	27
4.6. Aspectos éticos.....	28
<b>V. RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
5.1. Presentación y análisis de los resultados.....	29
<b>VI. DISCUSIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>59</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1:</b> Estimación porcentual del método anticonceptivo preferido en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos. Perú 2021.....	30
<b>Tabla 2.</b> Distribución porcentual de la preferencia anticonceptiva en relación a su afiliación a un seguro de salud. Perú 2021.....	31
<b>Tabla 3.</b> Distribución porcentual de la preferencia anticonceptiva según las características demográficas, Perú 2021.....	32
<b>Tabla 4.</b> Distribución porcentual de la preferencia anticonceptiva según las características sociales, Perú 2021.....	34
<b>Tabla 5.</b> Distribución porcentual de la preferencia anticonceptiva según las características reproductivas, Perú 2021.....	35

## Índice de figuras

<b>Figura 1:</b> Estimación porcentual de la preferencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos. Perú 2021.....	29
--	----

## Resumen

**Objetivo:** Determinar las preferencias anticonceptivas de las mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos en el Perú, 2021.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, de análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar del año 2021. Analizamos 884 mujeres entre los 12 a 49 años, que declararon actividad sexual en las últimas 4 semanas y que no usan métodos anticonceptivos, excluyendo las actualmente embarazadas. Consideramos preferencia a métodos modernos (inyectable, implante subdérmico, píldora, preservativo, otros), preferencia inapropiada (retiro, espermicidas, otros) y preferencia sin definir (no sabe).

**Resultados:** La preferencia por métodos modernos fue 87,8%, seguido de inapropiados 7,1% y sin definir 5,1%. Entre la preferencia a métodos modernos destaca el inyectable con el 33,3% y entre los inapropiados, el retiro con el 5,7%. El 52,5% que prefirió moderno y el 62,2% indefinido tenían entre 20 a 34 años, mientras el 50,8% que eligió método inapropiado, entre 35 a 48 años. El 42,4% que prefirió moderno y el 52% indefinido tienen nivel educativo superior, el 48% de inapropiado, nivel secundario. El 23,4% que prefirió moderno tiene índice medio de riqueza, diferente al 43,7% de inapropiado y 32,8% indefinido que tienen índice pobre. El 54,9% que prefirió moderno y el 58% indefinido desean tener más hijos; el 45,7% de inapropiado no desea tener más hijos.

**Conclusión:** La mayor preferencia fue por los métodos modernos, siendo el principal el inyectable; seguido de inapropiados, destacando el método de retiro y, por último, la preferencia no definida.

**Palabras clave:** Anticonceptivos, Planificación Familiar, Salud Reproductiva, Perú. (Fuente: DeCS/MeSH)

## Abstract

**Objective.** Determine the contraceptive preferences of sexually active women who do not use contraceptives in Peru, 2021.

**Material and methods.** Retrospective, cross-sectional study, of secondary analysis of the National Survey of Demography and Family Health of the year 2021. We analyzed 884 women between the ages of 12 and 49, who declared sexual activity in the last 4 weeks and who do not use contraceptive methods, excluding those currently pregnant. We considered preference for modern methods (injection, subdermal implant, pill, condom, others), inappropriate preference (withdrawal, spermicides, others), and undefined preference (does not know).

**Results.** The preference for modern methods was 87.8%, followed by inappropriate 7.1% and undefined 5.1%. Among the preference for modern methods, the injectable method stands out with 33.3% and among the inappropriate methods, withdrawal with 5.7%. The 52.5% who preferred modern and the 62.2% undefined were between 20 and 34 years old, while the 50.8% who chose the inappropriate method were between 35 and 48 years old. 42.4% who preferred modern and 52% undefined have a higher educational level, 48% inappropriate, secondary level. The 23.4% who preferred modern have a medium wealth index, different from the 43.7% inappropriate and 32.8% undefined who have a poor index. 54.9% who preferred modern and 58% undefined wish to have more children; 45.7% inappropriate do not want to have more children.

**Conclusions.** The greatest preference was for modern methods, the main one being injectable; followed by inappropriate, highlighting the withdrawal method and, lastly, the undefined preference.

**Keywords.** Contraceptive Agents, Family Development Planning, Reproductive Health, Peru. (Source: DeCS/MeSH)

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Introducción

La salud sexual y reproductiva de toda persona, debe partir garantizando la capacidad de disfrutar su vida sexual y reproductiva sin riesgos y sin procrear si es que así lo desea, debe tener la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia. <sup>(1)</sup>

A nivel nacional, la Ley General de Salud N° 26842 contempla en el Título I de los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, en su Artículo 6, que toda persona tiene el derecho a elegir libremente un método anticonceptivo y a recibir, previamente a su prescripción o aplicación, información adecuada sobre los métodos disponibles. <sup>(2)</sup>

La Dirección General de Estrategias en Salud Pública, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, es la responsable de dirigir y coordinar las estrategias de salud sexual y reproductiva. La Norma técnica de salud de planificación familiar estandariza los procedimientos de las actividades que desarrolla el servicio. En sus disposiciones específicas señala que la atención integral en salud sexual y reproductiva, y planificación familiar, comprende la oferta de servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, orientación/consejería, provisión de métodos anticonceptivos, diagnóstico y manejo o referencia en caso se requiera. En este sentido, indica que la promoción de la salud sexual y reproductiva debe promover el desarrollo de habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten un mayor control sobre su salud sexual y reproductiva. Se debe realizar básicamente en el primer nivel de atención, a través de la difusión y comunicación. El servicio de planificación familiar dispone su atención de manera gratuita e Incluye la historia clínica, orientación/consejería de planificación familiar y provisión de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia. <sup>(3)</sup>

En el Perú, el uso de método anticonceptivos según ENDES 2021, muestra que el 78,1% de las mujeres casadas o convivientes de 15 a 49 años usan

métodos anticonceptivos, de ellas el 57% indica usar un método moderno, seguido por el 21,2% que refiere el uso de métodos tradicionales. En cuanto a la Tasa de Fecundidad, podemos mencionar a la Tasa de Fecundidad Deseada y la Tasa Global de Fecundidad Observada. La primera está basada en el número ideal de hijos si todos los nacimientos no deseados se hubieran prevenido y es de 1,3 hijos en promedio por mujer. La Tasa Global de Fecundidad Observada, sin embargo, es 53% más alta que la anterior con el número de 2 hijos por mujer en promedio. En este mismo escenario, se reveló que el 63,8% de las mujeres casadas o convivientes no desean tener más hijos, de ellas el 52,5% precisa que no desea tener más hijos en el futuro y solo el 11,3% están esterilizadas. Surge entonces el concepto de necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar, sea para limitar o para espaciar el nacimiento de otro hijo. <sup>(4)</sup>

Esta población con demanda insatisfecha tiene una respuesta a la consulta sobre su preferencia anticonceptiva que no ha sido evaluada. Se podría obtener una preferencia hacia los métodos modernos de alta eficacia, una preferencia inapropiada por métodos de baja eficacia o una preferencia indefinida. <sup>(5)</sup>

## **1.2. Planteamiento del problema**

### **Determinación del problema**

La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental para el bienestar general de las personas, parejas y familias, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que, para velar por el respeto de los derechos humanos, las niñas, mujeres y parejas deben tener a su alcance el acceso a la información y los servicios necesarios para evitar un embarazo no deseado. <sup>(6)</sup>

En América Latina y el Caribe, 24 millones de mujeres tienen una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos, y de este



grupo proviene el 66% de los embarazos no deseados, mientras que 18 millones no son usuarias de ningún método. <sup>(7)</sup>

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI), a través del informe obtenido por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2021, el porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan algún método anticonceptivo es de 78,1% y aquellas que usan algún método anticonceptivo moderno es de solo 57%. El porcentaje se reduce cuando nos enfocamos en poblaciones con menores ingresos, menor nivel educativo y las que se autoidentifican como indígenas. <sup>(4)</sup>

Actualmente una estrategia importante es la oferta de manera gratuita y universal de los métodos de planificación familiar para toda la población peruana en edad fértil <sup>(4)</sup>. Esto puede resolver parte del problema, pero prevalece el tema de la continuidad para aquellas que lograron acceder y plantea el problema del acceso para aquellas que no. Se debe desarrollar una estrategia que garantice en mejor medida la satisfacción anticonceptiva, se debe reconocer a potenciales usuarias y las características de sus preferencias.

Los embarazos no planificados son la primera consecuencia de una demanda anticonceptiva insatisfecha. Así en una situación alarmante el Fondo de Población de las Naciones Unidas sostuvo que casi la mitad de los embarazos en el mundo no fueron intencionales <sup>(8)</sup>. La evidencia señala que la elección anticonceptiva debe realizarse con una toma de decisiones compartida en un marco de asesoramiento que prioriza los valores y preferencias individuales, y que reconozca dicha elección como una decisión sensible a preferencias. Respecto a la variedad de contextos o características, es importante tomar consideraciones especiales para no caer en sesgos sociales o del proveedor, generado al desestimar información relevante para el usuario. <sup>(9)</sup>

El conocimiento del método anticonceptivo preferido permite un mejor abordaje de la consejería/orientación de planificación familiar, que luego repercute en la elección y continuidad anticonceptiva de la usuaria. Por esta razón, resulta fundamental para brindar una adecuada atención el

conocimiento de dicha preferencia. Ahora bien, si las usuarias en cuestión no han de obtener la atención que finalmente concluye con la oferta y elección anticonceptiva. Surge una brecha sobre cuál es la naturaleza de la preferencia de esta población, que hoy se desconoce y que hasta el momento no ha sido tomado en consideración en análisis anteriores. Es así, que a partir de este estudio se ampliaría el panorama actual y sobre ello se formularía un abordaje estratégico nuevo y orientado al paciente.

### **Formulación del problema**

¿Cuáles son las preferencias anticonceptivas en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos en Perú, entrevistadas en la Encuesta Nacional de Salud Familiar durante el año 2021?

## **1.3. Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar las preferencias anticonceptivas de las mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos en el Perú, entrevistadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el año 2021.

### **Objetivos específicos**

- Determinar las preferencias anticonceptivas según las características demográficas de las mujeres sexualmente activas que no usan métodos anticonceptivos.
- Determinar las preferencias anticonceptivas según las características sociales de las mujeres sexualmente activas que no usan métodos anticonceptivos.
- Determinar las preferencias anticonceptivas según las características reproductivas de las mujeres sexualmente activas que no usan métodos anticonceptivos.

#### **1.4. Importancia y alcance de la investigación**

La toma de decisión sobre qué método anticonceptivo utilizar guarda relación con múltiples factores. Una vez que la usuaria ingresa a su establecimiento de salud y recibe la orientación anticonceptiva, toma una decisión sobre qué método usar, que puede o no tener continuidad en el tiempo.

En el asesoramiento anticonceptivo, es importante conocer y comprender las preferencias que manifiestan, para de esa forma abordar mejor la comunicación con el paciente, tomando en cuenta las particularidades de dicha población.

Con el desarrollo de este trabajo de investigación se busca cubrir la brecha de información que existe sobre las preferencias anticonceptivas de las mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos de planificación familiar. Ello cobra utilidad puesto que se presentará información de mujeres que no acuden a los servicios de salud por planificación familiar y que la normativa actual desconoce.

Si la preferencia fuera por métodos anticonceptivos modernos señalaría una demanda anticonceptiva insatisfecha; en tanto, la preferencia por métodos inapropiados nos indicaría que dispone de información errada, y una preferencia indefinida nos evidenciaría una mayor desinformación o nulo conocimiento sobre el tema. Mediante el reconocimiento de las características demográficas, sociales y reproductivas, se ampliaría el panorama actual sobre esta población, cubriendo lo que hasta el momento fue una brecha de información sobre las preferencias de esta población y se podría tomar en consideración para nuevas estrategias con intervenciones más eficaces.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

- Tamaño de muestra limitado, debido a que la encuesta ENDES 2021, no puede ser replanteada, ni el tamaño de muestra. Es decir, solo se usará la información expuesta.
- Errores de registro, producto de las omisiones que cometieron los encuestadores al registrar la información.
- Análisis estadístico, requiere conocimiento de las técnicas de obtención de datos.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

**Walker A, et al.** realizaron una investigación titulada “Do Adolescent Women’s Contraceptive Preferences Predict Method Use and Satisfaction? A Survey of Northern California Family Planning Clients”, EEUU, en el año 2019, mediante un análisis secundario de una encuesta transversal en cinco clínicas de planificación familiar del norte de California, donde se incluyeron 814 mujeres de 13 a 24 años de edad. Su objetivo fue determinar si las preferencias anticonceptivas de las mujeres adolescentes guardaban relación con el uso y satisfacción del método. Se obtuvo que las preferencias de las participantes variaron según la raza/etnia, grupo de edad, historia de IPV (violencia de pareja íntima) e historia de infecciones de transmisión sexual. Como resultado las encuestadas, cuyas razones de preferencia fueron la eficacia, independencia de pareja o privacidad, al usar métodos congruentes con sus preferencias, tenían más probabilidades de expresar satisfacción. <sup>(10)</sup>

**Ti A, et al.** realizaron una investigación titulada “Contraceptive values and preferences of adolescents and young adults: A systematic review”, EEUU, en el año 2021, mediante una revisión sistemática de artículos en diez bases de datos electrónicas desde 1 de enero del 2005 al 27 de julio del 2020, donde 55 estudios cumplieron con los criterios de inclusión. Se incluyeron participantes de 10 a 25 años y se realizaron en 16 países. Tuvo como objetivo conocer sobre los valores y preferencias de anticoncepción entre adolescentes y adultos jóvenes a nivel mundial. Se obtuvo que varios factores sociales, culturales y específicos del método influyen en los valores y preferencias de una persona joven en torno a los métodos anticonceptivos. Comprender sus valores y preferencias pueden ayudar a los proveedores y programas a mejorar la atención anticonceptiva para los jóvenes. <sup>(9)</sup>

**Ferreira H, et al.** realizaron una investigación documental y retrospectiva titulada “Social Determinants of Health and their influence on the choice of birth control methods”, Brasil, en el 2019. Donde se evaluaron historias clínicas de los pacientes atendidos entre 2003 y 2011, con el objetivo de

verificar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y el método anticonceptivo utilizado por mujeres en edad fértil. Se observaron asociaciones estadísticas sobre actividad sexual temprana, edad, embarazo, menarquía, tabaquismo, hipertensión, estado civil, aborto y cuidados ginecológicos con la elección anticonceptiva; de esta forma se confirma la relevancia de estudios que involucren los determinantes sociales, dado que interfieren en la forma como las mujeres eligen su método anticonceptivo y los riesgos de la elección para su salud. Para mejorar las condiciones de salud de una población, son necesarios profundos cambios en los patrones económicos y la intensificación de las políticas sociales. <sup>(11)</sup>

**Rominski S, et al.** realizaron una investigación titulada “Comparing Women’s Contraceptive Preferences With Their Choice in 5 Urban Family Planning Clinics in Ghana”, Ghana, en el 2017. Estudio transversal llevado a cabo entre el 1 de junio del 2015 y el 31 de agosto del 2015, donde se encuestaron a 414 mujeres que asistían a clínicas y hospitales urbanos. Se buscaron identificar las características de las preferencias del método relacionado a los efectos, y examinar si el método adoptado era consistente con las preferencias declaradas. Se obtuvo que la elección de métodos anticonceptivos coincidió con sus preferencias declaradas si la razón para dicha preferencia fue la duración de la eficacia; mientras que sucedió lo contrario con el conocimiento sobre los posibles efectos secundarios (amenorrea, aumento de sangrado), además la mayoría de las mujeres indicaron que no se les orientó sobre posibles efectos secundarios. Se debe dejar en claro cuáles son los efectos secundarios más comunes y que generalmente no son dañinos. <sup>(12)</sup>

**He K, et al.** realizaron una investigación titulada “Women’s Contraceptive Preference-Use Mismatch”, Estados Unidos, en el 2016. Se realizó una encuesta a 1078 mujeres de 18 a 55 años seleccionadas al azar de un panel de probabilidad nacional. Buscaron corroborar si las preferencias coincidían con el uso del anticonceptivo. Se obtuvo que, si bien hubo coincidencia en la mayoría de los casos, también se identificó un desajuste en mujeres de nivel socioeconómico más bajo y usuarias de métodos menos eficaces. La preferencia anticonceptiva varía según edad, nivel educativo, servicio de

salud, frecuencia de uso, estado civil, historial de embarazo y antecedentes de parto. En general, mujeres solteras y aquellas con mayor nivel educativo mostraron preferencia por métodos más efectivos. Mientras, las mujeres mayores que no acudieron a los servicios de salud en los últimos 5 años, y aquellas con antecedentes de embarazo y parto tenían mayor preferencia por métodos menos efectivos. La discrepancia entre el uso y la preferencia fue mayor entre las usuarias de métodos “menos eficaces”.<sup>(13)</sup>

## **2.2. Bases teóricas**

### **Mujer en edad fértil**

La población de mujeres en edad fértil comprende las etapas de adolescencia, juventud y adultez. En cada una de estas se debe garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. La mujer debe poder desarrollar una adecuada salud sexual y reproductiva. Ello resulta en un esfuerzo por asegurar que los métodos anticonceptivos deban cumplir con requisitos y características que permitan alcanzar las metas reproductivas de las usuarias, en forma efectiva y segura para su salud, tomando en cuenta su situación de vida.<sup>(4)</sup>

### **Fecundidad en Perú**

La tasa de fecundidad de la mujer peruana es de 2,2 hijos por mujer a nivel nacional. Sin embargo, el 36.8% de mujeres a nivel nacional tiene una alta fecundidad con un número de 3 o más hijos, siendo los factores asociados a una mayor probabilidad el nulo o menor nivel educativo, más de una unión de pareja (distinto al número de parejas sexuales), que la mujer sea mayor a su pareja, que haya fallecido al menos uno de los hijos, uso de anticonceptivos y ser víctima de violencia de pareja.<sup>(14)</sup>

### **Planificación Familiar en América Latina y el Caribe**

Los países de América Latina y el Caribe han venido mejorando el acceso a la planificación familiar en los últimos 50 años, adoptando recientemente

declaraciones de derechos universales a la salud y cobertura universal de la salud (UCH), comenzando a implementar esquemas de financiamiento de salud orientados a UCH. Al análisis del estado sobre los métodos anticonceptivos en los principales esquemas de entrega de salud y financiamiento en 9 países de América Latina y el Caribe, se obtuvo que, en promedio, la tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos es 20% más baja entre las mujeres indígenas que en la población general, 5% menos entre las mujeres sin seguro que en las aseguradas y 7% más bajo entre las mujeres más pobres que en las más ricas. Los métodos suelen estar disponibles a través de los planes de seguro social de salud que cubren a la mayoría de la población. Sin embargo, en los países de ingresos bajos y medios bajos, a pesar de la provisión gratuita de la mayoría de los servicios de planificación familiar; las instalaciones de salud, el desabastecimiento y el racionamiento implícito presentan barreras sustanciales que impiden el acceso de las potenciales usuarias a su preferencia anticonceptiva o las obligan a pagar de su bolsillo. Esto sugiere una necesidad por examinar los beneficios del seguro en el contexto de planificación familiar para entender si los servicios incluidos coinciden con los métodos exigidos. <sup>(15)</sup>

Perú es el país latinoamericano con mayor proporción de métodos tradicionales y baja demanda de métodos anticonceptivos de alta eficacia. La calidad y el acceso a la salud reproductiva sigue siendo un desafío. Los programas de planificación familiar deberían difundirse e integrarse mejor. De igual modo, se necesita la promoción de la educación por campañas y un fácil acceso a los métodos de alta eficacia. <sup>(16)</sup>

### **Problemática del embarazo no planificado**

Diversas encuestas realizadas en distintos países señalaron como las razones que están detrás de esta situación a la ignorancia sobre los anticonceptivos, menos frecuente en los últimos años, el deficiente conocimiento de cómo utilizar un método anticonceptivo, el temor a los efectos secundarios de los métodos, la oposición de la pareja, algunas posturas religiosas y las barreras para conseguir los métodos (ausencia de servicios, costo, diferencia cultural o lingüística). La calidad deficiente de



atención se suma a las barreras ya expuestas, constituyendo un gran problema con mayor impacto en grupos de mujeres indígenas, mujeres rurales, hombres y adolescentes. Las relaciones sexuales que no son voluntarias ni deseadas, cuyas expresiones extremas son la violación y la violencia sexual, son también otra causa de embarazo no deseado. Mientras existan relaciones no planeadas o sin el consentimiento de la mujer, existirán los embarazos no deseados. Aunque hay países de la región en donde se permite la interrupción del embarazo en caso de violación, muchas mujeres se ven forzadas a seguir con este embarazo por desconocimiento de la ley o porque la institución de salud no facilita el acceso a este procedimiento, lo que agrava la situación en que se encuentran. La eficacia de los métodos anticonceptivos no es de un 100%, de modo que representa otra causa de embarazo no deseado. La tasa de falla ocasiona que cada año ocurren en el mundo embarazos por el fracaso de los métodos anticonceptivos o también por el uso inadecuado. Frente a esta situación, las mujeres y las parejas optan por una de dos opciones: intentar interrumpir el embarazo mediante un aborto inducido, con los riesgos que involucra realizarlo en sociedades donde es considerado ilegal o seguir con el embarazo. Ambas opciones generan consecuencias sobre la salud, la situación social y económica de la mujer, su pareja y familia; además, influyen en las condiciones de salud y desarrollo de las sociedades. Finalmente, se observa entre otras consecuencias el embarazo en adolescentes, embarazo en mujeres mayores, suicidios y homicidios. <sup>(17)</sup>

### **Abandono de métodos anticonceptivos y embarazo no planificado**

No es raro que, durante las atenciones en los consultorios, algunas gestantes manifiestan que su gestación no fue deseada y que previo a eso ellas fueron usuarias de métodos anticonceptivos.

Fernandez L. en su estudio sobre características de mujeres con embarazo no deseado por abandono de métodos anticonceptivos en Perú del 2005, reveló que el método de mayor uso y a su vez el más abandonado, fue el inyectable trimestral; además, mencionó como causa los efectos colaterales por la variación del peso en las usuarias. Como segundo método se identificó

a las píldoras anticonceptivas, cuya causa de abandono se relaciona con el olvido de las instrucciones en la toma correcta. Se deduce una relación entre la elección inadecuada de anticonceptivos y el abandono. <sup>(18)</sup>

### **Métodos Anticonceptivos disponibles**

Los métodos anticonceptivos que brinda el sistema de salud por su duración pueden ser temporales o definitivos. Los métodos temporales comprenden a los métodos tradicionales (Abstinencia periódica y MELA), de barrera, hormonales y el dispositivo intrauterino (DIU). El método de abstinencia periódica, como del ritmo o del calendario, Billings o del moco cervical, están basados en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual a través del reconocimiento de signos y síntomas asociados a los periodos de fertilidad. El método de la lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA) se fundamenta en la infertilidad de la mujer durante el periodo de la lactancia dentro de los primeros seis meses post parto. Los métodos de barrera, como el condón masculino o femenino, son fundas descartables que actúan como barrera física para impedir la fecundación. Los métodos hormonales pueden ser combinados o de solo progestágeno, en presentación de píldoras o inyectables. El implante subdérmico es otro método hormonal de solo progestágeno, consta de un cilindro delgado no biodegradable que es colocado debajo de la piel del brazo y brinda protección de 3 a 5 años. El DIU T de cobre (Cu) 380 A, se trata de un dispositivo que se inserta en la cavidad uterina y libera cobre, afecta la motilidad de los espermatozoides e interfiere en el proceso reproductor por 12 años. El método definitivo es el procedimiento que se realiza mediante una intervención quirúrgica, puede ser anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina cuando el mecanismo es la oclusión y sección de las trompas de Falopio, o anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina, cuando el mecanismo empleado es la oclusión de los conductos deferentes que impiden la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo. Finalmente, el anticonceptivo oral de emergencia (AOE), comprende a todos los métodos hormonales que se usan en caso de que se haya tenido una relación sexual sin protección, cuyo mecanismo actúa inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical. Su uso es excepcional por lo que no se considera como método anticonceptivo propiamente dicho.

Existe una gama de métodos que no forman parte de la oferta anticonceptiva brindada por los establecimientos de salud públicos, pero que se pueden encontrar en el sector privado, algunos como los espermicidas, productos químicos que contienen Nonoxinol-9 y actúan inactivando o destruyendo los espermatozoides en la vagina. Los métodos hormonales como el parche hormonal combinado, el anillo vaginal combinado, el dispositivo intrauterino liberador de progestágeno, entre otros. De igual forma, se conoce prácticas que no forman parte de los métodos anticonceptivos, pero que se siguen llevando a cabo como el retiro o coito interrumpido, que por su alta tasa de falla no se recomienda. <sup>(19)</sup>

### **Elección anticonceptiva**

Sobre la elección de un método anticonceptivo adecuado para cada mujer resulta imperativo que deba corresponder a las cualidades identificadas por las mujeres como importantes para aumentar la satisfacción de la usuaria. Los métodos elegidos varían de acuerdo a la edad, etnia, estado civil y nivel socioeconómico, lo que refleja las prioridades y la conciencia personal.

En una investigación de Rosales C. et al. sobre la correspondencia entre la elección anticonceptiva actual y la satisfacción del usuario en Reino Unido en el año 2012, se mostró que como principal fuente de información se reconoció al profesional de la salud y a un familiar o amigo; sin embargo, al elegir un método anticonceptivo se consideró como factores importantes la experiencia personal pasada, seguido de un método que no interrumpa el sexo y la experiencia de otras personas; además, control del método y la reversibilidad del método, efectos sobre los periodos y la protección contra las infecciones de transmisión sexual (en el caso del condón). En cuanto a factores que disuaden el uso, se encontró razones como la preocupación por extraviar las píldoras, preocupación por el aumento de peso, preocupación por tener un objeto extraño en el cuerpo y temor sobre la inserción de un dispositivo. El método de mayor elección comúnmente fue el condón y los anticonceptivos orales; no obstante, su satisfacción fue significativamente menor en comparación con usuarias de métodos de larga duración LARC (DIU e implante). Debido a que la insatisfacción guarda relación con el uso

inconsistente del método, el departamento de salud del reino unido busca que los métodos LARC sean más accesibles en entornos de atención médica primaria y comunitaria. <sup>(20)</sup>

### **Valoración de la comunicación centrada en el paciente en la elección anticonceptiva**

En el estudio “Latina contraceptive decision-making and use: The importance of provider communication and shared decision-making for patient-centered care” desarrollado en EE UU en el año 2021, Carvajal D, et al. demostraron que la comunicación centrada en el paciente es muy valorada por las participantes latinas y es una consideración importante en su consejería anticonceptiva, se alinea bien con un enfoque de toma de decisiones compartida (SDM) para el asesoramiento anticonceptivo en el que el proveedor primero obtiene las preferencias personales del paciente, suministra información clara y completa sobre medicamento/procedimiento/intervención de salud que se está discutiendo y evita juicios preconcebidos sobre los pacientes. SDM en la consejería anticonceptiva tiene una asociación positiva con la satisfacción durante dicha consejería y con los métodos anticonceptivos elegidos. <sup>(21)</sup>

De igual manera, Dehlendorf C, et al. en el estudio “Women's preferences for contraceptive counseling and decision making” desarrollado en EEUU en el año 2013, buscaron conocer más acerca de lo que valoran las mujeres en su interacción con el proveedor del servicio de planificación familiar y en la toma de decisiones sobre anticoncepción. Se obtuvo que a pesar de que querían controlar la elección final del método, la mayoría también quería que su proveedor participara de la decisión donde sus preferencias fueran explícitamente discutidas y atendidas. <sup>(22)</sup>

### **Mitos en la elección anticonceptiva**

A pesar del cambio en la anticoncepción hormonal en los últimos 50 años, se mantienen muchos mitos que finalmente condicionan negativamente la información proporcionada a posibles usuarias. Parte importante de iniciar la anticoncepción es tener en cuenta que no todas las usuarias presentan los mismos efectos, de modo que para elegir con mayor certeza cuál método

anticonceptivo es su mejor opción se debe evaluar de manera individual. La anticoncepción puede verse afectada por mitos como “la anticoncepción hormonal combinada aumenta el riesgo de padecer Cáncer”, la anticoncepción hormonal parece estar asociada a un ligero aumento de riesgo tanto de padecer cáncer de mama, más dudosamente de cáncer de cuello uterino. Sin embargo, debe ser interpretado con cuidado en virtud de la cantidad de factores de confusión asociados y teniendo en cuenta, su asociación con una disminución de riesgo de cánceres de ovario, endometrio y colon. “La disminución hormonal combinada disminuye la fertilidad posterior”, la evidencia científica no ha mostrado la asociación entre la toma de anticoncepción orales combinados y la disminución de la fertilidad a largo plazo. “Los anticonceptivos hormonales combinados favorecen el aumento de peso”, la asociación causal entre la toma de estos y su efecto positivo en el peso corporal no se ha podido demostrar, incluso con distintas concentraciones de dosis de estrógeno. “La anticoncepción hormonal combinada necesita descansos periódicos”, la evidencia científica no justifica hacer descansos con las dosis actualmente administradas, incluso está totalmente desaconsejado. “Con la anticoncepción hormonal combinada se hace necesario mantener la menstruación todos los meses”, no se obtiene ningún beneficio de esta práctica, el sangrado mensual de las pausas cíclicas no es una menstruación normal sino un sangrado por privación y que puede programarse a voluntad. Está demostrado que no obtiene ningún beneficio y las pausas que provocan ciclos largos tienen más ventajas. <sup>(23)</sup>

### **El papel del hombre en la elección anticonceptiva**

Múltiples factores influyen en la aceptación, elección y utilización de anticonceptivos. Un factor identificado obedece al papel que juega el hombre en la decisión de aceptar, elegir y utilizar un anticonceptivo. Llega a decidir por ella que método usar, sin tomar en cuenta la necesidad de individualizar el método elegido según sus peculiaridades. De modo que se obtienen elecciones incorrectas, lo que produce cumplimiento deficiente con altas tasas de abandono y fracaso. Para tener éxito es necesario involucrar a los hombres en cuestiones de salud reproductiva. En el 2013, un estudio sobre la actitud de género hacia el empoderamiento de la mujer en Nigeria, obtuvo

que los factores atenuantes contra el uso de anticonceptivos modernos fueron la actitud negativa de los hombres y el miedo a los efectos secundarios de las mujeres. Incluso entre los que no están casados, la decisión de uso de anticonceptivos se toma junto a su pareja habitual o aún con parejas casuales. Y aunque la consecuencia sea de un embarazo no deseado, interrumpido o mantenido, es soportado únicamente por la mujer ya que los hombres a menudo vetan sus deseos anticonceptivos. Tanto las mujeres cristianas como las musulmanas quieren más independencia en la toma de decisiones anticonceptivas. En sociedades conservadoras existe una mayor necesidad de traer al hombre a bordo para lograr un aumento en uso de anticonceptivos. <sup>(24)</sup>

### **Influencia del origen étnico de la usuaria en la atención de planificación familiar**

Otro factor que influencia en la adquisición de métodos anticonceptivos guarda relación con la desigualdad en la atención por origen étnico. Es importante considerar que, para hablar de desigualdades en la atención de salud por el origen étnico, será de mucho impacto la elección del indicador étnico. Dada la complejidad y diversidad observada, no es posible indicar uno como concluyente para definir a las poblaciones indígenas. De modo que una mejor comprensión de la clasificación de las etnias indígenas al evaluar desigualdades, puede ayudar a realizar intervenciones que respondan a las necesidades de estos grupos. <sup>(25)</sup> La disparidad étnica en la calidad de atención médica recibida ha sido objeto de múltiples estudios, siendo la mayor parte de ellos realizados mediante el método de observación; por ello se realizó un estudio experimental en Perú, con la finalidad de evaluar si los proveedores de salud brindan una calidad de atención diferencial para los servicios de planificación familiar, basados en el perfil indígena o mestizo del paciente. No se encontró una diferencia significativa entre perfiles étnicos en el porcentaje de tareas técnicas realizadas por los proveedores. Sin embargo, se evidenció gran deficiencia en el cumplimiento de los estándares de calidad de la atención. <sup>(26)</sup>

## **Demanda anticonceptiva de la población adolescente**

La población adolescente es otro grupo de gran preocupación en cuanto a la satisfacción de sus derechos sexuales y reproductivos. Por ello, es necesario proporcionar métodos anticonceptivos adecuados a los adolescentes; satisfacer la demanda y eliminar las barreras del lado de la oferta para la utilización del servicio.

La OMS determina como necesario para cambiar el comportamiento anticonceptivo, e incluso puede aumentar la demanda de anticonceptivos; incrementar la disponibilidad de servicios adaptados a los adolescentes (accesible, aceptable, equitativo, apropiado y eficaz). Sin embargo, indica que no será suficiente si persisten las barreras del lado de la demanda. En una revisión sistemática desarrollada con países de bajos y medianos ingresos sobre la demanda adolescente de anticoncepción y planificación familiar, se halló que en Perú existe mayor demanda entre las adolescentes solteras que las adolescentes casadas. En general, los países coinciden en que existe una demanda insatisfecha de anticoncepción. Indican que las relaciones sexuales son poco frecuentes, siendo esta una razón para no usar anticonceptivos. Se sugiere emplear medidas alternativas para adolescentes que no están clasificados como sexualmente activos, que por definición son los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 30 días. En países de ingresos bajos y medianos, los adolescentes tienen más probabilidad de experimentar fallas con los métodos modernos más utilizados, en comparación con anticonceptivos reversibles de acción prolongada que son menos utilizados. Además, se evidencia una poca presencia de los hombres en los estudios, por lo que incluirlos proporcionaría una comprensión más completa de la demanda y también puede ayudar a crear conciencia sobre la importancia de utilizar anticonceptivos. Las revisiones existentes de la literatura cualitativa evidencia que los adolescentes enfrentan muchas barreras complejas para el uso de anticonceptivos a nivel individual, microsistema y macrosistema. <sup>(27)</sup>

## **Barreras individuales en adolescentes con conocimientos sobre anticoncepción e ITS**

Podemos observar las barreras individuales cuando entre los adolescentes encontramos a un grupo que, estando informados sobre anticoncepción e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y con una vida sexual activa, deciden no utilizar métodos anticonceptivos. Se identificaron como tal la limitada capacidad de negociación, cuando las mujeres manifiestan tener dificultad para comunicar sus deseos e inquietudes con sus parejas sexuales varones; la estabilidad de la pareja, debido a que la demanda de uso de anticonceptivos indicaría desconfianza hacia su salud y fidelidad; la responsabilidad de uso del anticonceptivo atribuida a la mujer y su temor por ser abandonada por el varón a causa de la anticoncepción. Estas barreras sugieren extender las intervenciones más allá de ofrecer información acerca de riesgos de las relaciones sexuales sin protección, sino habilidades interpersonales con enfoque de género, reforzar los aspectos relacionados con la toma de decisiones como la capacidad de negociación o la tolerancia a la frustración, que también resulta útil en distintos escenarios de su vida. <sup>(28)</sup>

## **Políticas de salud sexual y reproductiva**

El éxito de las políticas de salud se mide por su capacidad para enfrentar las dificultades que se pueden presentar a la hora de su implementación, pero también existen otros factores que no se relacionan a los obstáculos surgidos producto de su puesta en acción; sino que tienen una naturaleza social, siendo una de sus características resaltantes el hermetismo y obcecado modo de comprender y juzgar.

Un hecho representativo se pudo observar cuando se estableció el acceso universal a la anticoncepción de emergencia. La política que permitía su provisión gratuita fue duramente enfrentada por los grupos de oposición a los derechos sexuales y reproductivos. Quienes con una falta de sentido de políticas de salud pública como un medio para construir sociedades más saludables y más equitativas; buscaron y por varios años frenaron el acceso inmediato a la anticoncepción de emergencia sin barreras financieras, con el



absurdo de no intervenir cuando se trataba de la compra o venta de las píldoras anticonceptivas de emergencia en el sector privado. De este modo, plantearon permitir que las desigualdades se hicieran más profundas, donde quien contase con los medios económicos podría adquirir Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) directamente de farmacias privadas, mientras que las poblaciones de bajos ingresos serían privadas del derecho a acceder a los anticonceptivos poscoitales. Finalmente, el marco legal actual se permite la información sobre la anticoncepción oral de emergencia, solicitar y ser proporcionada. La historia de las PAE en Perú muestra hasta qué punto las políticas públicas, lejos de estar basadas en evidencia científica, pueden politizar y criminalizarse, con absoluto desprecio de las necesidades de los más vulnerables. <sup>(29)</sup>

### **Importancia del empoderamiento de la mujer para prevenir un embarazo no deseado**

En la conferencia internacional de la ONU de 1994 sobre población y Desarrollo en El Cairo y la Cuarta Conferencia Mundial de la ONU sobre la mujer en Beijing, se reconoce que la salud reproductiva y el empoderamiento de la mujer están entrelazadas, y que cada uno es necesario para el avance de la sociedad.

Para prevenir un embarazo no deseado, se ha identificado la necesidad de establecer programas de comunicación social en los que se resalten el derecho de las mujeres a un desarrollo personal pleno y los beneficios de su mejor educación e inserción en el trabajo. El sector educativo, de salud y laboral debe introducir una perspectiva de género que asegure que las mujeres sean tratadas con justicia. Para concretar las expectativas reproductivas es necesario acercar los programas y servicios de educación sexual y reproductiva, mejorar el acceso a programas y servicios de anticoncepción de buena calidad y asegurar una amplia gama de anticonceptivos disponibles. <sup>(17)</sup>

De ese modo, se ha podido observar que el uso de métodos anticonceptivos modernos está asociado a una menor probabilidad de sufrir violencia

doméstica. Esto considerando los factores demográficos, donde las mujeres de etnia nativa, residentes de zona rural, mujeres jóvenes y mujeres con nivel educativo primario tenían mayor frecuencia de casos de violencia doméstica.

(30)

En un análisis retrospectivo sobre la tendencia en la actividad sexual, la demanda y uso de anticonceptivos realizado en 74 países, indica que el progreso hacia la satisfacción de la demanda de anticonceptivos debe tener en cuenta el contexto cambiante en el que se practica. Para eliminar las barreras restantes, las respuestas políticas y, por lo tanto, las prioridades de investigación requieren un mayor enfoque en los determinantes socioculturales y aspectos más amplios de la salud sexual. (31) Aspectos que no son abordados con frecuencia como la importancia del empoderamiento sobre la salud reproductiva de la mujer.

### 2.3. Definición de términos

**Método anticonceptivo:** procedimiento que evita o disminuye la posibilidad de fecundar en una mujer fértil, ya sea ella o su pareja quien lo use. Debe ser efectivo y seguro para su salud. (4)

**Orientación/ consejería:** proceso de comunicación en el que se brinda información para que individuos o parejas tomen decisiones voluntarias, informadas y satisfactorias. (3)

**Demanda insatisfecha:** número de hombres y mujeres, que tienen una vida sexual activa, no desean tener hijos en ese momento, no usan un método anticonceptivo y no tienen acceso al servicio de salud. (3)

**Preferencia anticonceptiva:** selección de un método anticonceptivo, declarado previo al asesoramiento, que puede guardar relación con determinadas características. (12)

**Plan estratégico:** plantea estrategias o iniciativas generales que usará un programa para alcanzar sus objetivos. El planteamiento de sus proyectos y actividades específicas que se aplicarán comprenden el plan operativo. (3)

### III. VARIABLES

#### 3.1. Variables

**Preferencias anticonceptivas.** Hace referencia a la elección de un método anticonceptivo sobre los demás para su posterior uso. Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en base de datos Módulo 1632 historia del nacimiento - Tabla del conocimiento del método, RE223132 variable V363 “Método futuro preferido”.

Para facilidad de análisis se propone agrupar las preferencias en:

- Preferencia por un anticonceptivo moderno, cuya principal característica es su alta efectividad. <sup>(5)</sup>
- Preferencia inapropiada, estará conformado por métodos de baja efectividad y aquellos que no se reconocen como métodos anticonceptivos en la Norma técnica de Salud Familiar de Planificación Familiar. <sup>(5)</sup>
- Sin definir, estará conformado por quienes no definen una preferencia, esta responderá la consulta sobre método futuro preferido con NO SABE.

#### **Características demográficas**

**Edad.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1631 datos básicos del MEF, REC0111 variable V012 “Edad actual – Entrevistada”.

**Estado civil.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1635 Nupcialidad – Fecundidad – cónyuge y mujer, RE516171 variable V501 “Estado conyugal actual”.

**Grado de instrucción.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1631 datos básicos del MEF, REC0111 variable V149 “Logro educativo”.

**Área de residencia.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1631 datos básicos del MEF, REC0111 variable V025 “Tipo de lugar de residencia”.

**Región.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1631 datos básicos del MEF, REC0111 variable V024 “Región”.

**Idioma.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1631 datos básicos del MEF, REC91 variable S119 “Idioma o lengua materna que aprendió hablar en su niñez”.

### **Características sociales**

**Situación laboral.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1635 Nupcialidad – Fecundidad – cónyuge y mujer, RE516171 variable V731 “trabajó en los últimos 12 meses”.

**Índice de riqueza.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1631 datos básicos del MEF, REC0111 variable V190 “índice de riqueza”.

### **Características reproductivas**

**Inicio de relaciones sexuales.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1635 Nupcialidad – Fecundidad – cónyuge y mujer, RE516171 variable V525 “Edad en la primera relación sexual”.

**Número de parejas sexuales.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1636 Conocimiento de Sida y uso del condón, RE758081 variable V766B “Número parejas sexuales incluyendo esposo/compañero en los últimos 12 meses”.

**Hijos vivos.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1632 historia del nacimiento - Tabla del conocimiento del método, RE223132 variable V219 “Número total de hijos vivos incluido el embarazo actual”.

**Abortos.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Modulo 1632 historia del nacimiento - Tabla del conocimiento del método, RE223132 variable V228 “Ha tenido un embarazo que terminó en aborto involuntario o nacido muerto”.

**Preferencia de fertilidad.** Corresponderá a los datos cumplidos y que en la encuesta se refleja en la base de datos Módulo 1635 Nupcialidad –

Fecundidad – cónyuge y mujer, RE516171 variable V605 “Preferencia de fertilidad”.

### 3.2. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo	Escala	Indicadores
Preferencias anticonceptivas	Se refiere a la predilección por un método anticonceptivo sobre las demás opciones.	Corresponderá a la identificación del método anticonceptivo preferido.	-	Cualitativa Politómica	Nominal	Inyectable, implante subdérmico, píldora, preservativo, dispositivo intrauterino, esterilización femenina o masculina.
Características demográficas	Se refiere a un grupo de características que permite comprender el nivel (impacto), la estructura y la tendencia de la población.	Corresponderá a la identificación en la Encuesta de las respuestas a la Edad, Estado civil, Grado de instrucción, Área de residencia, Región e Idioma.	Edad	Numérica	Razón	En años
			Estado civil	Cualitativa Politómica	Nominal	Soltera, casada, conviviente, no conviviente
			Grado de instrucción	Cualitativa Politómica	Ordinal	Sin educación, primaria, secundaria, superior
			Área de residencia	Cualitativa Politómica	Nominal	Urbano Rural
			Región	Cualitativa Politómica	Nominal	Las 25 regiones del Perú
			Idioma	Cualitativa Politómica	Nominal	Castellano, quechua, aimara, Ashaninka, Awajún/Aguaruna, Shipibo/Konibo, Sawi/Chayahuita y otra lengua nativa u originaria
Características sociales	Se refiere a un grupo de características que permite comprender la situación de los individuos en su entorno social.	Corresponderá a la identificación en la Encuesta de las respuestas de la situación laboral y el índice de riqueza.	Situación laboral en los últimos 12 meses	Cualitativa Politómica	Nominal	No trabajó, el año pasado, actualmente trabajando, con licencia los últimos 7 días.
			Índice de riqueza	Cualitativa Politómica	Ordinal	Muy pobre, pobre, medio, rico, muy rico
Características reproductivas	Se refiere a un grupo de características que permite comprender el comportamiento y la	Corresponderá a la identificación en la Encuesta de las respuestas al inicio de relaciones sexuales, número	Inicio de relaciones sexuales	Numérica	Razón	En años

	tendencia de la población relacionado a la salud reproductiva.	de parejas sexuales, hijos vivos, abortos y deseo de tener más hijos.	Número de parejas sexuales	Numérica	Razón	Valor numérico
			Hijos vivos	Numérica	Razón	Valor numérico
			Abortos	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí, No
			Preferencia de fertilidad	Cualitativa Politómica	Nominal	En dos años, después de dos años, tiempo impreciso, no quiere más.

## IV. MATERIALES Y MÉTODOS

### 4.1. Área de estudio

La ENDES tiene inferencia nacional y departamental para el Perú.

### 4.2. Diseño de investigación

No experimental, de tipo observacional, retrospectivo y transversal.

### 4.3. Población y muestra

#### **Población**

La población correspondió a mujeres en edad fértil con actividad sexual reciente y que no usan métodos anticonceptivos modernos, residentes en el Perú durante el año 2021.

#### **Unidad de análisis**

Mujer en edad fértil con actividad sexual reciente.

#### **Muestra**

Correspondió a 884 entrevistados provenientes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2021) realizada en el Perú que cumplieron con los siguientes criterios.

#### **Criterios de inclusión**

- Mujer en edad de 12 a 49 años.
- Con actividad sexual reciente (últimas 4 semanas).
- No usa método anticonceptivo.

#### **Criterios de exclusión**

- Gestante.
- Registros incompletos.

#### **Tipo de muestreo**

La ENDES es una encuesta probabilística bietápica por conglomerados de inferencia nacional y departamental.



#### **4.4. Procedimientos y técnica**

##### **Procedimientos**

Se descargó las bases de datos de la página web del INEI, buscando en la sección Microdatos INEI (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>), la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), luego se seleccionó el año: 2021 y el periodo: único. Posteriormente se descargaron los módulos 1631: datos básicos de MEF, 1632: Historia de nacimiento – tabla de conocimiento de método, 1635: nupcialidad – fecundidad – cónyuge y mujer y 1636: conocimiento de sida y uso del condón. Se procedió a fusionar las bases de datos con la finalidad de obtener todos en una sola base de datos. Posteriormente se identificaron las variables que sirvieron para confeccionar a las mujeres en edad fértil que no emplean métodos anticonceptivos, que están sexualmente activas y que no estén embarazadas, para luego desarrollar los cuadros estadísticos de acuerdo a la preferencia anticonceptiva y las variables empleadas. Se confeccionaron 5 tablas con la información establecida.

##### **Técnica**

Análisis secundario de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

#### **4.5. Análisis estadístico**

La información fue procesada en SPSS v 26.0, se confeccionaron cuatro tablas de doble entrada donde las columnas reflejan las preferencias anticonceptivas y en las filas las características de las mujeres en edad fértil que no emplean métodos anticonceptivos. El análisis para la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2021 fue a través del análisis complejo, se estimaron los parámetros proporcionales: los intervalos de confianza al 95%, el coeficiente de variación (considerado mayor a 15, siendo menor será referencial) y el recuento no ponderado de los casos. (Anexos 1 al 16)

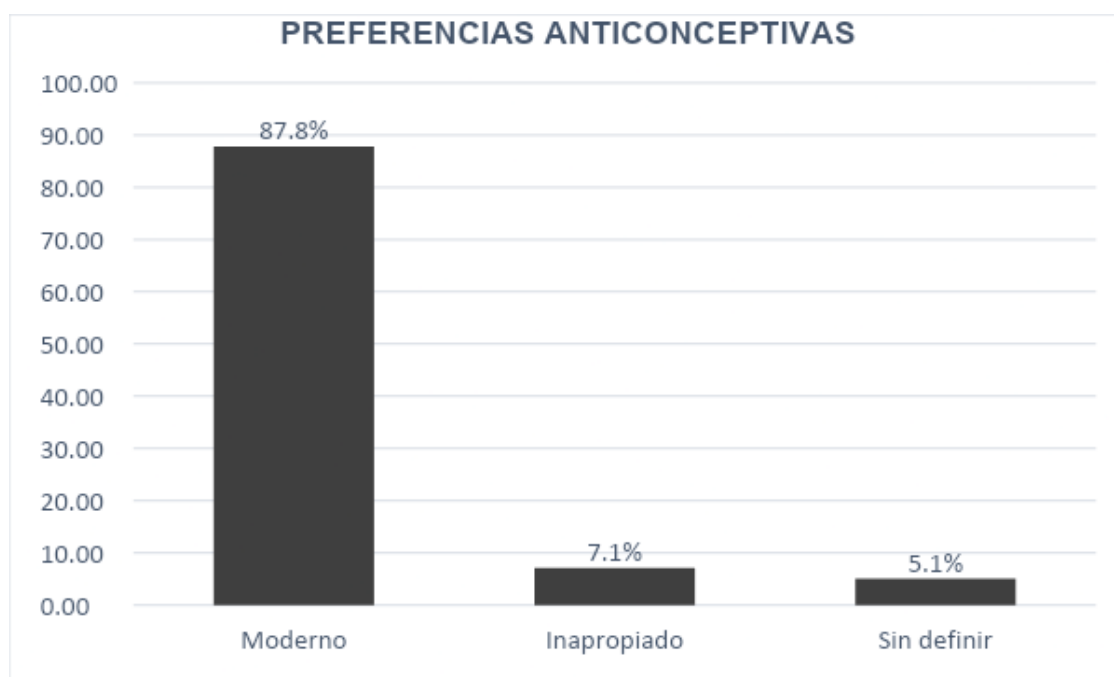
#### **4.6. Aspectos éticos**

Por ser una base de datos pública, no se presentarán elementos de identificación de las personas, debido a que la encuesta se trabajó de forma anónima. Se obtuvo aprobación del Comité de ética (Código 0035-2023) en investigación de la facultad de Medicina de San Fernando. (Anexo 19)

## V. RESULTADOS

### 5.1. Presentación y análisis de los resultados

**Figura 1:** Estimación porcentual de la preferencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos. Perú 2021.



Los resultados corresponden a 884 mujeres entrevistadas entre 12 a 49 años de la ENDES 2021 quienes encajan en los criterios de inclusión y exclusión. Distinguimos su preferencia anticonceptiva en tres grupos de acuerdo a la efectividad del método preferido, así obtuvimos que aquellas mujeres que prefieren métodos de alta efectividad, muestran una preferencia por los métodos anticonceptivos modernos (87,7%); en tanto aquellas que prefieren un método anticonceptivo cuya efectividad es baja o nula (7,1%), manifiestan una preferencia inapropiada y aquellas que respondieron no saber qué método preferir (5,1%) indican que no cuentan con una preferencia definida (figura 1).

**Tabla 1:** Estimación porcentual del método anticonceptivo preferido en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos. Perú 2021.

<b>PREFERENCIA ANTICONCEPTIVA</b>	<b>Estimación</b>
	<b>%</b>
<b>MODERNO</b>	
Inyección	33,3
Implantes subdérmicos*	19,5
Píldora	13,8
Esterilización femenina	7,3
Condón	8,0
DIU	4,6
Esterilización masculina	1,4
<b>INAPROPIADO</b>	
Retiro	5,7
Otro	0,6
Espermicidas**	0,7
AOE***	0,1
<b>SIN DEFINIR</b>	
No sabe	5,1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>
*Norplant/Implantes subdérmicos.	
**Espermicidas como Espuma, jalea, óvulos (vaginales).	
***AOE: Anticonceptivo Oral de Emergencia.	
ENDES 2021.	

Dentro de los métodos preferidos observamos una mayor preferencia por los métodos modernos, los inyectables con el 33,3% y el Implante Subdérmico con el 19,5%. En segundo lugar, observamos a quienes tienen una preferencia por métodos inapropiados, donde destaca el Retiro o Coito Interrumpido con el 5,7% y los espermicidas con el 0,7%. Por último, obtuvimos que la preferencia anticonceptiva sin definir es de 5,1% (Tabla 1).

**Tabla 2.** Distribución porcentual de la preferencia anticonceptiva en relación a su afiliación a un seguro de salud. Perú 2021.

<b>AFILIACIÓN A SEGURO</b>	<b>MODERNO</b>	<b>INAPROPIADO</b>	<b>SIN DEFINIR</b>	<b>TOTAL</b>
	%	%	%	%
<b>SIS</b>	43,3	57,2	46,9	44,5
<b>ESSALUD</b>	21,4	5,1	9,9	19,6
<b>FFAA*</b>	1,3	0	0	1,2
<b>ENTIDADES**</b>	0	1,3	0	0,1
<b>PRIVADO</b>	0,1	0	0	0,1
<b>No Sabe</b>	33,9	36,5	43,2	34,6

\*O policiales \*\*Prestadoras de Salud.

ENDES 2021.

Sobre la afiliación a un seguro de salud identificamos que, en general el 44,5% cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS), el 19,6% con Seguro Social de Salud (ESSALUD) y el 34,6% no sabe. Al analizar por preferencias se obtuvo que quienes prefieren métodos modernos, en mayor porcentaje se encuentran aseguradas en el SIS con un 43,3%, de manera similar para las que eligieron métodos inapropiados con un 57,2% y sin definir con un 46,9% (Tabla 2).

**Tabla 3.** Distribución porcentual de la preferencia anticonceptiva según las características demográficas, Perú 2021.

	MODERNO	INAPROPIADO	SIN DEFINIR	TOTAL
	%	%	%	%
<b>Rango de edad (años)</b>				
12 a 19	7,2	2,4	10,8	7,1
20 a 34	52,5	46,8	62,2	52,6
35 a 49	40,3	50,8	27,0	40,3
<b>Estado conyugal</b>				
Soltera	15,8	11,5	11,5	15,3
Casada	21,3	27,9	23,2	21,9
Conviviente	53,7	37,1	62,6	53,0
No convive	9,1	23,4	2,7	9,8
<b>Logro educativo</b>				
Sin educación	0,9	1,5	1,3	1,0
Primaria	14,9	16,2	22,8	15,4
Secundaria	41,8	48,0	23,9	41,4
Superior	42,4	34,2	52,0	42,3
<b>Ámbito</b>				
Urbano	84,4	75,8	77,7	83,4
Rural	15,6	24,2	22,3	16,6
<b>Región</b>				
Amazonas	1,2	0,2	0	1,1
Ancash	2,3	2,8	1,5	2,3
Apurímac	0,7	1,5	1,9	0,8
Arequipa	5,0	5,7	6,1	5,1
Ayacucho	0,9	0	0,8	0,9
Cajamarca	4,5	0,8	2,6	4,1
Callao	4,3	3,0	0	4,0
Cusco	2,3	0	2,9	2,2
Huancavelica	0,8	0,8	0	0,8
Huánuco	2,8	1,6	2,2	2,7
Ica	2,1	2,0	5,0	2,3
Junín	4,8	0	0	4,2
La Libertad	5,3	7,7	11,9	5,8
Lambayeque	5,6	0	6,9	5,3
Lima	29,1	36,2	11,1	28,7
Loreto	6,3	2,2	1,1	5,8
Madre de Dios	1,0	0,3	0,8	0,9
Moquegua	0,5	0,1	0,9	0,5
Pasco	0,7	0	0,2	0,6
Piura	9,6	12,2	24,7	10,5
Puno	2,4	18,4	16,4	4,3
San Martín	2,8	2,6	0,7	2,7
Tacna	1,2	0	1,8	1,2
Tumbes	1,5	0	0,3	1,4
Ucayali	2,3	1,9	0,2	2,2
<b>Idioma*</b>				
Quechua	7,3	22,5	19,3	9,0
Aimara	1,1	0,1	0	0,9
Ashaninka	0	0	0	0,0
Awajún/Aguaruna	0,2	0	0	0,2
Shipibo/Konibo	0	1,3	0	0,1
Shawi/Chayahuita	0,1	0	1,1	0,2
Otra lengua nativa u originaria	0,1	0,2	0,2	0,2
Castellano	91,1	75,9	79,5	89,5

\*Idioma o lengua materna. ENDES 2021.

### **Características demográficas**

La mayor población se encuentra entre los 20 a 34 años, con 52,5% y 62,2% para quienes tienen una preferencia por los métodos modernos e indefinidos respectivamente, no siendo el caso para quienes tienen una preferencia inapropiada, donde el 50,8% se encuentra entre los 35 a 48 años. Aunque con el menor porcentaje, las adolescentes de 12 a 19 años también son susceptibles de manifestar preferencias con 7,1% del total y con un valor porcentual más significativo para quienes tienen una preferencia indefinida, del 10,8%. El estado civil conviviente coincide en ser el destacado, donde sobresale el 62,6% de quienes tienen una preferencia sin definir. También llama la atención que respecto al valor porcentual de quienes no conviven y como sabemos, tienen una vida sexual activa, es significativamente superior en quienes tienen una preferencia inapropiada con el 23,4%. El nivel educativo que predomina es el superior, no siendo el caso de quienes tienen una preferencia inapropiada en donde el nivel educativo secundario es el que destaca con un 48%. En el ámbito de residencia, en general el predominio poblacional se halló en el área urbana, sin embargo, cabe destacar que quienes tienen una preferencia inapropiada y sin definir, con ámbito de residencia rural tienen un valor porcentual significativamente mayor, de 24,2% y 22,3% respectivamente, que quienes tienen preferencia por los métodos modernos con el 15,6%. Las regiones con mayor preferencia por métodos modernos son Lima (29,1%) y Piura (9,6%), en tanto para quienes tienen una preferencia inapropiada son Lima (36,2%) y Puno (18,4%), y quienes tienen una preferencia sin definir destacan las regiones de Piura (24,7%) y Puno (16,4%). El idioma o lengua materna que predomina entre las participantes es el castellano; sin embargo, se observa que quienes tienen preferencias inapropiadas y sin definir con el idioma o lengua materna quechua son significativamente mayores, de 22,5% y 19,3% respectivamente, que quienes prefieren métodos modernos con el 7,3%. (Tabla 3)

**Tabla 4.** Distribución porcentual de la preferencia anticonceptiva según las características sociales, Perú 2021.

	MODERNO	INAPROPIADO	SIN DEFINIR	TOTAL
<b>Trabajo*</b>	%	%	%	%
Sí	60,6	67,1	55,1	60,8
Licencia**	0,3	0	0	0,3
El año pasado	9,9	20,4	10,6	10,7
No	29,1	12,5	34,3	28,2
<b>Índice de riqueza</b>	%	%	%	%
Muy pobre	14,9	18,1	13,7	15,1
Pobre	22,8	43,7	32,8	24,8
Medio	23,4	19,1	18,4	22,9
Rico	18,7	15,0	18,7	18,5
Muy rico	20,1	4,0	16,4	18,8

\*En los últimos 12 meses.

\*\*Con licencia desde hace 7 días.

ENDES 2021.

### Características sociales

El estado laboral de las entrevistadas indica que principalmente se encuentran laborando, sin embargo, también observamos que quienes tienen una preferencia inapropiada tienen un porcentaje significativamente mayor (20,4%) cuando se trata de quienes tuvieron trabajo solo el año anterior, en comparación al registrado en quienes prefieren un método moderno (9,9%), lo que nos podría implicar cierta inestabilidad laboral. También se identificó un porcentaje superior de desempleo en quienes tienen una preferencia indefinida (34,3%). El índice de riqueza medio caracteriza a quienes prefieren métodos modernos (23,4%), lo que se diferencia en quienes tienen una preferencia inapropiada (43,7%) e indefinida (32,8%) cuyo predominio es de índice de riqueza pobre. (Tabla 4)



**Tabla 5.** Distribución porcentual de la preferencia anticonceptiva según las características reproductivas, Perú 2021.

	<b>MODERNO</b>	<b>INAPROPIADO</b>	<b>SIN DEFINIR</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Inicio sexual*</b>				
<b>(años)</b>				
11 a 14	12,6	4,4	11,9	12,0
15 a 19	63,2	30,6	54,8	60,5
20 a 34	24,0	64,9	33,4	27,4
35 a 42	0,2	0	0	0,2
<b>Parejas sexuales**</b>				
1	98,3	98,7	100	98,4
2	1,1	0,5	0	1,0
3	0,6	0	0	0,5
5	0	0,8	0	0,1
<b>Hijos vivos***</b>				
0	28,6	43,7	62,7	31,4
1	31,0	13,2	12,5	28,8
2	18,5	26,0	19,4	19,1
3 a más	21,8	17,1	5,4	20,7
<b>Aborto****</b>				
Sí	29,5	16,5	15,7	27,9
No	70,5	83,5	84,3	72,1
<b>Preferencia de fertilidad</b>				
En 2 años	54,9	41,9	58,0	54,1
Después de 2 años	17,6	12,3	28,9	17,8
Tiempo impreciso	1,5	0	0	1,3
No quiere más	26,0	45,7	13,0	26,8

\*Rango de edad en la primera relación sexual

\*\* Número parejas sexuales incluyendo esposo/compañero en los últimos 12 meses

\*\*\* Número total de hijos vivos incluido el embarazo actual

\*\*\*\* Ha tenido un embarazo que terminó en aborto involuntario o nacido muerto.

ENDES 2021.

### **Características reproductivas**

El rango de edad en que inició su vida sexual para quienes tienen una preferencia por métodos moderno (63,2%) y quienes no definen su preferencia (54,8%) coinciden con el periodo de adolescencia tardía, de 15 a 19 años, que contrasta con quienes tienen una preferencia inapropiada y cuyo rango etario en que inició su vida sexual es de 20 a 34 años (64,9%). El número de parejas sexuales en los últimos doce meses que se indicó fue de una pareja, principalmente. El número total de hijos vivos de nuestras entrevistadas en general es menor al valor actual promedio de hijos vivos por mujer a nivel nacional, con cero para quienes tienen una preferencia inapropiada y quienes no definen su preferencia (43,7% y 62,7% respectivamente), y un hijo vivo para quienes tienen

preferencia por métodos modernos (31%). En los tres escenarios se descarta que hayan sufrido algún aborto involuntario o nacido muerto. Sobre la preferencia de fertilidad se observó que un mayor porcentaje de los participantes refiere que desean tener más hijos, así las que prefieren métodos modernos indican que desean tener otro hijo en dos años (54,9%), de igual forma las que tienen una preferencia sin definir (58%), mientras que quienes manifiestan una preferencia inapropiada no desean tener más hijos (45,7%). (Tabla 5)

## VI. DISCUSIÓN

La preferencia inapropiada en el grupo etario de 35 a 49 años, nos indica que existe un acceso limitado a información fiable sobre anticoncepción, que puede estar relacionada a que esta población tiene información desfasada, por ejemplo, cuando opta por un método anticonceptivo recomendado en su momento, pero que actualmente contrasta con la gran variedad de métodos disponibles que tienen mayor eficacia, hablamos de los espermicidas. O también, la poca apertura sobre el tema, que podría estar relacionada a concepciones culturales, sociales o religiosas. En consecuencia, ello se podría traducir en un desinterés por los métodos anticonceptivos modernos. De manera Similar, en EEUU, **He K, et al.** <sup>(13)</sup> obtuvieron que las mujeres de 35 a 44 años indicaron preferencia por métodos menos efectivos, y mencionaron como una de las razones más frecuente para el desajuste entre el uso y la preferencia anticonceptiva a la falta de necesidad real percibida. En Ecuador un estudio realizado por **Huilcapi A. y Analuisa E.** <sup>(32)</sup> mostraron que mujeres de 36 a 45 años identificaron como uno de los principales factores para la no utilización de métodos anticonceptivos al desinterés, seguido de la preferencia por centros de salud privados y poca disponibilidad de tiempo debido al trabajo. De igual forma en México, **Dansereau E. et al.** <sup>(33)</sup>, identificaron que entre la población con menor apertura hacia los métodos anticonceptivos se encontraron a las mujeres de mayor edad. Donde las barreras identificadas fueron influencia de las parejas, barreras culturales y religiosas de la comunidad, preocupaciones por los efectos secundarios, conceptos erróneos sobre efectos en la fertilidad e inaccesibilidad de charlas a los hombres.

Quienes no conviven y tienen vida sexual activa, en mayor proporción corresponden a quienes tienen una preferencia inapropiada. Se podría entender que quienes no conviven con su pareja no sienten la urgente necesidad de informarse sobre la anticoncepción, pero a su vez se debe tener en cuenta que la actitud que presenta este grupo puede discrepar de otras respuestas obtenidas en escenarios similares, debido a que la influencia social particular de cada escenario cumple un papel fundamental al momento de comprender la importancia de la anticoncepción. Sobre ello, el estudio de **Hellwing et al.** <sup>(34)</sup>,

indicaron que el estado civil, así como otros factores, la jefatura del hogar y la actividad sexual, guardan relación con la satisfacción de la demanda anticonceptiva. Se pudo observar que las mujeres que vivían en hogares con jefatura masculina y con poca actividad sexual señalaron aquello como una razón para no usar métodos modernos a diferencia de las mujeres que vivían en hogares con jefatura femenina. Por otro lado, **Folch C. et al.** <sup>(35)</sup> en un estudio realizado en España, obtuvieron que las mujeres que tienen vida sexual con parejas estables se protegen menos porque buscan profundizar el vínculo afectivo en un contexto de percepción de menor riesgo de infección de VIH/ITS. De igual forma, **Ferreira H, et al.** <sup>(11)</sup> en su estudio realizado en Brasil, obtuvieron que la relación estable es un factor para la no utilización de preservativo, lo que podría tener relación con la confianza, incapacidad de negociar, miedo a la actitud de la pareja o sumisión a su voluntad. De esta manera, se reconoce a la condición de la relación de pareja como factor influyente en la preferencia anticonceptiva. En razón de la discrepancia observada en los resultados, se puede deducir que dicha respuesta estaría relacionada con un mayor número de factores, de modo que requiere mayor análisis.

El menor nivel educativo en quienes poseen una preferencia inapropiada evidencia una barrera en la comunicación y también podría estar relacionado con ideas erradas o mitos en torno a los mismos. La comunicación debe ser adecuada al nivel educativo del interlocutor, con estrategias de abordaje que permitan resolver sus dudas y consultas. En el Perú, **Meléndez-Asipali J. et al.** <sup>(36)</sup> realizaron un estudio que evidenció una relación positiva entre el mayor nivel educativo y el uso de anticonceptivos. En Uganda, **Makumbi F. et al.** <sup>(37)</sup>, revelaron que el mayor nivel educativo de residentes del ámbito rural tuvo una relación significativa mayor con el uso de métodos anticonceptivos a diferencia de aquellas mujeres que también tenían un nivel educativo superior, pero con el ámbito de residencia urbano. Por tal razón se deduce que el nivel educativo podría ser un factor incluso más influyente que el ámbito de residencia. Así, por ejemplo, en otro estudio realizado en la India, por **Tobey E. et al.** <sup>(38)</sup> se pudo observar cómo a pesar de recibir una atención de mala calidad, la férrea voluntad y alta motivación de las usuarias fueron determinantes para continuar con la anticoncepción, puesto que comprendían su importancia.

Una mayor proporción de residentes del ámbito rural mostraron una preferencia inapropiada, ello indicaría la existencia de una barrera física y de carácter social para la obtención del servicio de planificación familiar, orientación y métodos anticonceptivos. Se identificaron las dos regiones más representativas de cada preferencia, así se pudo reconocer que para la preferencia de métodos modernos las dos regiones destacadas tienen una mayor densidad urbana. En el caso de quienes tienen una preferencia inapropiada, las regiones características pertenecen al ámbito urbano y rural, aunque esta última actualmente tiene una tendencia urbana; el mismo escenario se muestra en quienes tienen una preferencia sin definir. En ese sentido, **Wright K. et al.** <sup>(39)</sup>, en un estudio desarrollado en Nigeria pudieron evidenciar una relación entre el conocimiento inadecuado sobre los anticonceptivos y la población con residencia de ámbito rural. Sobre los factores sociodemográficos y estilos de vida asociados al uso de anticonceptivos, **Wang Y. et al.** <sup>(40)</sup> mencionan que los estudiantes de ámbito de residencia rural tenían un conocimiento deficiente sobre las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo, pero además mostraban actitudes conservadoras hacia los comportamientos sexuales. Paralelamente, **Walker A, et al.** <sup>(10)</sup> en EEUU, evidenciaron como los adolescentes y jóvenes dieron mayor valor a la privacidad e independencia de pareja, al momento de elegir el método anticonceptivo que usarían, se observó que dicha elección estuvo asociado a mayor probabilidad de satisfacción. En Nigeria, **Akamike I. et al.** <sup>(41)</sup> reconocieron cómo la influencia cultural resulta determinante en la anticoncepción, en un estudio sobre culturas como la africana y nigeriana la mujer es considerada responsable de aumentar el tamaño familiar y de no hacerlo recae un juicio social negativo. En ese sentido se sugirió considerar a los líderes tradicionales y religiosos en un enfoque multisectorial de trabajo. El Perú es un país pluricultural, por lo que resulta relevante mencionar como factor lo referente a las normas sociales y culturales, así también es importante considerar a la religión para la formulación de estrategias. En cuanto a la barrera física, **Abrejo F. et al.** <sup>(42)</sup>, plantearon una estrategia de acercamiento a la población en dónde a través del uso de herramientas tecnológicas, como aplicativos móviles, se brinde un primer encuentro con una amplia y verás información sobre cada método anticonceptivo disponible, de manera didáctica se permitiría que la potencial usuaria pueda interactuar y formular sus

inquietudes para una próxima cita de atención física. Se espera que dicha estrategia incremente el acceso al servicio de planificación familiar y prepare el escenario para una consejería más amplia.

En cuanto al idioma, se obtuvo que el idioma materno quechua se encuentra en mayor proporción en quienes tienen una preferencia inapropiada, por consiguiente, se podría señalar que existe una barrera en la comunicación, ya que no se estaría logrando una comunicación y orientación adecuada. En el estudio **de Schlemmer A. y Mash B.** <sup>(43)</sup>, desarrollado en Sudáfrica se visualiza cómo el idioma puede representar una barrera muy importante al momento de brindar la atención, nos muestra las consecuencias más significativas tanto para el personal como para el paciente. En los hospitales con personal que no hablan el mismo idioma de los pacientes hubo que recurrir a un intérprete para desarrollar la atención, se evidenció incertidumbre sobre la precisión de la interpretación, así como un desgaste del derecho a la confidencialidad del paciente, el consentimiento informado y la calidad de la atención, además de generar malentendidos interculturales y dilemas éticos significativos. Sobre la importancia de un adecuado manejo de información, **Rominski S, et al.** <sup>(12)</sup> evidenciaron como el desconocimiento de los efectos secundarios fue una razón clave para no usar o interrumpir la anticoncepción. De modo que se reconoció la necesidad de una orientación clara que exponga sobre posibles efectos secundarios, así como su manejo y el efecto en nuestro organismo.

La ausente estabilidad laboral se dio en mayor proporción en quienes mostraron una preferencia inapropiada. En tanto la población con preferencia indefinida muestra un porcentaje superior de desempleo. En ambos casos se puede identificar que la población en cuestión cuenta con cierto nivel de dependencia económica. Así también dicha dependencia económica podría estar relacionada a la reincidencia de embarazo no planificado. **Capia Flores R.** <sup>(44)</sup> en el estudio sobre los factores reproductivos y obstétricos que influyen en el embarazo recurrente en las adolescentes, reconoció dentro de los factores demográficos que influyen en la reincidencia a la alta dependencia económica. De manera similar, **Palma J. y Palominos J.** <sup>(45)</sup> identificaron que la maternidad temprana intensifica las desigualdades de género debido a las dificultades educativas y laborales que enfrentan las madres jóvenes, lo que genera dependencia

económica en especial en los primeros años de vida de sus hijos. Además, la dependencia tiene consecuencias en relación a la capacidad de decisión dentro del hogar.

La preferencia por métodos inapropiados e indefinidos muestran mayor relación con un índice de riqueza pobre, lo que podría indicar un menor interés por cubrir sus necesidades reproductivas, ya que anteponen otras necesidades básicas. En el estudio de **Arousell J. et al.** <sup>(46)</sup> se reconoció al bajo nivel económico como una barrera primordial en el uso de anticonceptivos, problema que se debe priorizar y formular soluciones dirigidas a este grupo. Sobre las desigualdades vinculados a los objetivos de desarrollo sostenible, **Sanhueza A. et al.** <sup>(47)</sup> identificaron que, en escala subnacional latinoamericana la cobertura de las intervenciones en salud reproductiva es mayor en zonas urbanas y de quintil superior de riqueza, que en las zonas rurales y de quintiles más pobres. De esta forma, se evidencia que la necesidad de atención en planificación familiar es mayor en quienes pertenecen a los de menor índice de riqueza.

El inicio de la vida sexual de quienes tienen una preferencia por métodos modernos y preferencia sin definir se dio entre los 15 a 19 años. Quienes tuvieron una preferencia inadecuada empezaron su vida sexual, en mayor proporción, entre los 20 a 34 años. Se podría entender que las preferencias manifestadas en relación a la edad de inicio de su vida sexual estarían relacionada a más factores. En un estudio sobre la asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios, **Hurtado de Mendoza M. et al.** <sup>(48)</sup> indican que los estudiantes que iniciaron su vida sexual a edad temprana tienen un mayor número de parejas sexuales y conductas de riesgo, cuyas diferencias con el primer grupo, es decir con quienes tienen un inicio tardío de la vida sexual, se relacionaría a la diferencia de tiempo de exposición. En cuanto a la motivación para el uso de anticonceptivos **Severino-Vergara A. et al.** <sup>(49)</sup>, señalan como la principal razón para el uso del método anticonceptivo en las adolescentes que iniciaron su vida sexual fue no querer quedar embarazada en esa etapa de sus vidas, mientras que las adolescentes que no habían iniciado su vida sexual, las principales razones fueron sus proyectos a futuro y su motivación estaba dominada por motivos socioeconómicos y familiares. En otro estudio desarrollado en Chile, **González**

**A. et al.** <sup>(50)</sup>, indicaron que disponer de información sobre métodos anticonceptivos en el colegio estuvo asociado a un inicio más tardío de la vida sexual y uso de métodos anticonceptivos con el inicio de la vida sexual. La educación sexual escolar con servicios de salud amigables y accesibles son estrategias muy importantes en la prevención del embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual. Mientras, en Ecuador, **Solórzano F. et al.** <sup>(51)</sup>, encontraron que en un grupo de adolescentes que refieren haber tenido relaciones sexuales, el 72,81% indicó haber recibido algún tipo de educación sexual y de ellos el 53,16% indicó no haber utilizado ningún método anticonceptivo. En consecuencia, se concluyó que solo brindar información no es suficiente para incidir en una conducta más responsable, sino que deben ser considerados más factores como el tipo de comunicación que se emplea, además se debe trabajar la autoestima, la habilidad de negociar y la toma de decisiones. Se evidencia que la transmisión del conocimiento sin una estrategia multidisciplinaria no ejercerá ningún cambio significativo en los programas de educación sexual.

El número de parejas sexuales en los últimos doce meses fue de uno, frecuente en los tres grupos de preferencias. Lo que nos permite descartar el mayor riesgo consecuente a una exposición con un mayor número de parejas sexuales. Al respecto, **Gonzalez A. et al.** <sup>(52)</sup>, concluyeron que la actividad sexual en un contexto casual está relacionada con un mayor riesgo en torno a su comportamiento en salud sexual y reproductiva; en comparación a quienes iniciaron su vida sexual en un tipo de relación romántica. Además, observaron que las principales actitudes de riesgo en ambos sexos fueron un inicio sexual más temprano, no uso de métodos anticonceptivos y mayor número de parejas sexuales. **Mendez-Ruiz M. et al.** <sup>(53)</sup>, consideran al mayor número de parejas sexuales como una conducta sexual de riesgo, en ese sentido realizaron un estudio en un grupo de mujeres jóvenes de entre 18 y 25 años, donde se reconoció la asociación entre las conductas sexuales de riesgo, como el inicio temprano de la actividad sexual y el número de parejas sexuales, con el consumo elevado de alcohol, sin embargo, dicha relación no se mantuvo para el grupo de mayor edad. De esta manera, se enfatiza la importancia de un abordaje en conjunto para el diseño de programas públicos.



El número de hijos vivos, nos permite comprender que aún no se ha satisfecho el ideal reproductivo y la voluntad de anticoncepción sugiere que, si bien descartan tener un hijo a corto plazo, no descartan que se pueda dar en un período próximo. En este sentido, podríamos hablar de que existe una demanda insatisfecha. Según la norma técnica de salud de la planificación familiar, la demanda insatisfecha se refiere al número de mujeres y hombres que tienen una vida sexual activa, que no desean tener hijos, o como en este caso, desean postergar el nacimiento de otro hijo y que no están usando anticonceptivos y además no tienen acceso al servicio de salud <sup>(4)</sup>. También se debe considerar que dicha población, como lo indican **Hernández M. et al.** <sup>(54)</sup> sobre las mujeres en edad reproductiva que no están embarazadas, poseen un riesgo reproductivo preconcepcional que no ha sido evaluado y considerado, por lo que una intervención oportuna permitiría su adecuado control y manejo. Además, **Ti A, et al.** <sup>(9)</sup> en EEUU, muestran como factores sociales, culturales y específicos del método determinan los valores y preferencias, por esta razón deben ser considerados al momento de elaborar programas que busquen mejorar la atención anticonceptiva.

La negativa que se obtuvo cuando se indagó sobre un antecedente de aborto natural o nacido muerto, estarían demostrando que las gestaciones hasta el momento no tuvieron mayores complicaciones, sin embargo, también se pudo observar una brecha de información, sobre la práctica de un aborto voluntario o inducido, y aunque se tendría mayores dificultades para garantizar la veracidad de las respuestas, nos brindaría un panorama más completo, ya que forma parte del escenario real. Como nos indican **Popinchalk A. et al.** <sup>(55)</sup>, en su estudio sobre el estado mundial de datos sobre el aborto, el desconocimiento de datos sobre el aborto inducido se traduce en inequidades en la comprensión de las necesidades y experiencias de ciudadanos en temas de la Salud Sexual y Reproductiva, y limita la evidencia disponible para poder apoyar decisiones políticas y programas. Reconocen una necesidad de mejora en el sistema de recopilación de datos e investigación, lo que proporcionará evidencia sobre la incidencia del aborto que satisfaga las necesidades de quienes buscan elaborar políticas y brindar ayuda para servir mejor a la población.

Sobre la voluntad de tener otro hijo, se precisa que quienes prefieren métodos modernos y quienes tienen una preferencia sin definir manifiestan su voluntad de tener otro hijo en un período mayor o igual a dos años. Los derechos sexuales y reproductivos están incluidos en los derechos humanos, quiere decir como parte indivisible, integral e inalienable de los derechos humanos universales. Sin embargo, en el Perú aún existen los bajos niveles de reconocimiento, profundización y ejercicio, principalmente entre la población más vulnerable. Esta situación da lugar al incumplimiento de derechos reproductivos como el poder decidir tener hijos o no, el número de los mismos y el tiempo a transcurrir entre cada uno. <sup>(56)</sup> Así, se identificó que quienes tienen una preferencia inapropiada manifestaron que ya cumplieron su ideal reproductivo, es decir que no desean tener más hijos. Por lo tanto, se evidencia una necesidad de anticoncepción definitiva y orientación oportuna. **Mantilla Falcón J.** <sup>(57)</sup> nos narra el antecedente histórico de la anticoncepción definitiva en nuestro país, muestra el oscuro matiz del mismo, debido a su relación con el atropello de los derechos humanos registrados durante la ejecución del programa Nacional de salud reproductiva y planificación familiar en los años de 1996 al 2000, donde tiempo después surgieron denuncias relacionadas a la violación de los derechos reproductivos. Actualmente en el Perú del 2023, según **Muñoz-Estrada G. et al.** <sup>(58)</sup> el escenario se muestra más alentador, puesto que su estudio arrojó que la mayoría de las usuarias del método tenían conocimiento sobre la incapacidad de tener más hijos después del procedimiento, por lo que se entiende tuvieron la facultad de optar por dicho método. Sobre las barreras en cuanto al uso de la anticoncepción permanente el estudio de **Olakunde B. et al.** <sup>(59)</sup>, identificaron en el nivel individual el desconocimiento del método, mitos, miedo a los efectos, entre los más importantes; así como en el nivel interpersonal se observó el miedo a la desaprobación de la pareja y el conocimiento de experiencias fallidas en otras mujeres. Por último, en el nivel organizativo se identificó a las reservas personales de los trabajadores de salud, tiempo prolongado de espera, falta de experiencia o equipo, conocimiento limitado y no haber sido ofrecido por el proveedor de salud.

Si bien no somos la única nación que busca mejorar la situación de acceso a métodos anticonceptivos, podemos reconocer el éxito de otras naciones y

aprender de ellas. En Ruanda **Schwandt H. et al.**<sup>(60)</sup> identificaron algunos factores que permitieron el incremento en la anticoncepción, tales como el interés político con voluntad y seguimiento de los resultados obtenidos en la implementación de programas, la integración de planificación familiar en otros servicios distintos a los tradicionales, la descentralización del programa con el modelo de trabajadores comunitarios de la salud, implementación de espacios no tradicionales para la atención de adolescentes, además de estrategias específicas para la barrera religiosa. La planificación en Ruanda no es el fin sino el medio para conseguir el empoderamiento de la población.

## VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 7.1. Conclusiones

Las preferencias anticonceptivas de las mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos fueron en primer lugar por los métodos modernos con el 87,8%, seguido de quienes manifestaron una preferencia por los métodos anticonceptivos inapropiados con el 7,1% y quienes refieren no tener una preferencia definida con el 5,1%. Así también se determinó que el 44,5% de las participantes contaba con afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS).

Las características demográficas tuvieron un hallazgo significativo al identificar a quienes manifestaron una preferencia inapropiada en el grupo etario de 35 a 49 años, no convivientes, con el menor nivel educativo, con un ámbito de residencia rural y un porcentaje mayor de participantes con idioma materna quechua, con respecto a los valores porcentuales de participantes con idioma materno quechua hallado en los otros dos grupos de preferencias.

Las características sociales tuvieron un hallazgo significativo en quienes manifestaron una preferencia inapropiada al reconocer la inestabilidad laboral y la pobreza predominante en dicho grupo. En tanto, se pudo identificar en quienes manifestaron una preferencia no definida, el desempleo y la pobreza como característicos.

Las características reproductivas tuvieron un hallazgo significativo para quienes manifestaron una preferencia por métodos modernos al identificarse un inicio de vida sexual entre los 15 a 19 años, tuvieron una sola pareja sexual en los últimos doce meses, su negación sobre un antecedente de aborto natural y la voluntad de tener otro hijo posteriormente. Mientras, quienes manifestaron una preferencia inapropiada tuvieron un porcentaje significativo en indicar el inicio de su vida sexual entre los 20 a 34 años, tuvieron una sola pareja sexual en los últimos doce meses, la negación del antecedente de aborto natural y la negativa sobre la voluntad de tener más hijos. Así también, se obtuvo que

quienes manifestaron una preferencia no definida tuvieron un inicio de vida sexual entre los 15 a 19 años, una sola pareja sexual en los últimos doce meses, la negación del antecedente de aborto natural y el deseo de tener otro hijo posteriormente.

## **7.2. Recomendaciones**

Es fundamental reconocer y abordar las preferencias, puesto que son estas las que influyen en el uso, continuidad y cambio de método. Se sugiere un reconocimiento y consideración de quienes manifiestan una preferencia por un método moderno para una posible oferta anticonceptiva, esto debido a que dicha preferencia guarda relación con una mayor satisfacción y continuidad anticonceptiva, que a su vez debe ser acompañada de una orientación adecuada. Respecto a quienes manifiestan una preferencia inapropiada, se debe incidir en una orientación dirigida a resolver ideas erradas sobre los métodos anticonceptivos, además de diferenciar los métodos de alta efectividad de los que no, así como el riesgo de uso de los métodos inapropiados; para que finalmente puedan realizar una elección anticonceptiva adecuada a sus necesidades. Sobre quienes no definen una preferencia y manifiestan una intención de uso de métodos anticonceptivos, son señalados como el grupo de mayor riesgo, debido a que presentan las condiciones oportunas para que se produzca un embarazo no deseado. Se sugiere una estrategia de acercamiento en donde en primera instancia se brinde una orientación en planificación familiar sobre los beneficios y posibles efectos secundarios de cada método ofertado, que además permita entablar una comunicación cordial y abierta con la usuaria, en donde la elección anticonceptiva se realice como una toma de decisiones compartidas en un marco de asesoramiento que priorice los valores y preferencias individuales, y reconozca dicha elección como una decisión sensible a preferencias, de esta manera evitar que el proveedor desestime información relevante para el usuario. Con relación a los hallazgos sobre afiliación, se reconoce que la medida de acción debe ser desarrollada tomando en consideración que gran parte de las participantes cuentan con

Seguro Integral de Salud, por lo que la expectativa se verá principalmente orientada hacia el Ministerio de Salud del Perú (MINSA).

Las características demográficas distinguidas en las preferencias inapropiadas nos permiten identificar las barreras que principalmente intervienen en la satisfacción anticonceptiva de dicho grupo, por lo tanto, se sugiere elaborar estrategias de abordaje que contemplen su análisis, que posteriormente se adecúen y aborden la resolución de los conflictos y superación de barreras que interfieran en la satisfacción de la demanda anticonceptiva.

Las características sociales distinguidas en quienes mencionaron una preferencia inapropiada e indefinida se manifiesta en la esfera económica; la inestabilidad laboral, el desempleo y la pobreza presente en dichos escenarios, nos permite sugerir que las medidas de acción deban ser con dirección a la promoción de oportunidades laborales; con la generación de talleres o centros de capacitación que permitan desarrollar y aprovechar sus diversas habilidades, de financiamiento estatal, privado o con un costo mínimo, que posteriormente puedan poner en práctica laboralmente y ser remuneradas. También es importante la sensibilización de dicha población sobre la importancia de la independencia económica y la relación con el fortalecimiento de la autonomía.

Las características reproductivas destacadas en los distintos grupos de preferencias nos indican una necesidad insatisfecha de anticoncepción, en virtud de ello se sugiere mejorar la oferta anticonceptiva, que contemple y se oriente en consideración a las características de dichas preferencias, así quienes tuvieron preferencia por los métodos modernos e indefinidos podrán obtener métodos anticonceptivos que le permitan espaciar el nacimiento de un próximo hijo, mientras quienes tuvieron una elección inapropiada y manifestaron que alcanzaron su ideal reproductivo puedan obtener el método anticonceptivo que limite su capacidad reproductiva definitivamente. Todo esto aunado a la imperante necesidad de implementar un programa o alguna medida de acción más temprana, que permita incidir en toda la población con temas de Educación Sexual

Integral y el desarrollo de habilidades interpersonales con enfoque de género, para de esta forma hacer promoción de la salud sexual y reproductiva y el desarrollo de aptitudes que le permitan la toma de decisiones en diversos contextos. En atención de los resultados negativos obtenidos sobre la consulta del antecedente de algún aborto natural y la ausencia de información sobre la cuestión del aborto inducido, se sugiere un mayor énfasis en estudios sobre el aborto inducido con mejoras en el sistema de recopilación de datos para un análisis realista de dicho escenario y su consideración en la elaboración de políticas de salud.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) América Latina y el Caribe. Salud sexual y reproductiva; 2022. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
2. Sánchez E. Ley general de salud. El Peruano, 1997: 151245-151252. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/full/5aoyngNEa3GBQrV18XhK8q>
3. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud de Planificación Familiar. Ministerio de salud del Perú. Dirección General de Salud Sexual y Reproductiva. 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Fecundidad: Fecundidad de Adolescentes. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1838/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/)
5. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011; 83(5):397–404. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.021>
6. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa La OMS publica una nueva orientación sobre cómo proporcionar información y servicios de anticoncepción 2014. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/es/>
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) América Latina y el Caribe. Noticia Planificación Familiar: clave para el desarrollo sostenible 2017. Perú: UNFPA América Latina y el Caribe; 2017. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/planificaci%C3%B3n-familiar-clave-para-el-desarrollo-sostenible-1>



8. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Visibilizar lo Invisible: La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales. New York: Rebecca Zerzan. 2022; pp. 1–160. Disponible en: [https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es\\_swp22\\_report-web\\_-\\_29\\_march\\_0.pdf](https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_swp22_report-web_-_29_march_0.pdf)
9. Ti A, Soin K, Rahman T, Dam A, Yeh PT. Contraceptive values and preferences of adolescents and young adults: A systematic review. *Contraception*. 2022; 111(2022): 22-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.05.018>
10. Walker A, Stern L, Cipres D, Rodríguez A, Alvarez J, ¿Seindman D. Do Adolescent Women's Contraceptive Preferences Predict Method Use and Satisfaction? A Survey of Northern California Family Planning Clients. *Journal of Adolescent Health*. 2019; 64:640-647. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.291>
11. Ferreira H, Barbosa D, Aragão V, Oliveira T, Castro R, Aquino P, Pinheiro A. Social Determinants of Health and their influence on the choice of birth control methods. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(4):1044-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0574>
12. Rominski S, Morhe E, Maya E, Manu A, Dalton V. Comparing Women's Contraceptive Preferences With Their Choice in 5 Urban Family Planning Clinics in Ghana. *Glob Health Sci Pract*. 2017; 5(1):65-74. Disponible en: <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00281>
13. He K, Dalton V, Zochowski M, Stidham H. Women's Contraceptive Preference-Use Mismatch. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016; 0:1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5807>
14. Seperak R, Rivera R. Determinantes sociodemográficos de la alta fecundidad en mujeres peruanas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018; 83(5):452 – 463. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000500452>

15. Dutta A, Fagan T, Klein K, Olivetti A, Rosen J. Family Planning in the Context of Latin America's Universal Health Coverage Agenda. *Glob Health Sci Pract.* 2017; 5(3):382–398. Disponible en: <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00057>
16. Soriano-Moreno D, Soriano-Moreno A, Mejia-Bustamante A, Guerrero-Ramirez C, Toro-Huamanchumo C. Factors associated with highly effective contraceptive use among reproductive-age women in Peru: evidence from a nationwide survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.12.017>
17. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 2002;11(3):192 – 205. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
18. Fernandez L. Características de mujeres con embarazo no deseado por abandono de métodos anticonceptivos - instituto especializado materno perinatal - 2005. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/2983>
19. Díaz Soledad. Normas Nacionales Sobre Regulación de la Fertilidad. Ministerio de Salud de Chile, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Asociación Chilena de Protección de la Familia. 2018. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30\\_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf)
20. Rosales C, Mansour D, Cox M. Does current contraceptive choice correspond with user satisfaction? *J Obstet Gynaecol.* 2012; 32:166-172. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/01443615.2011.638998>
21. Carvajal D, Klyushnenkovab E, Barnet B. Latina contraceptive decision-making and use: The importance of provider communication and shared decision-making for patient-centered care. *Patient Education and Counseling.* 2021; 104(9):2159-2164. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.03.006i>

22. Dehlendorf C, Levy k, Kelley A, Grumbach k, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*. 2013; 88(2):250-256. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.012>
23. Cristóbal-García I, Neyro-Bilbao J, Carrascoso M. Mitos y realidades de la anticoncepción hormonal combinada. *Ginecol Obstet Mex*. 2020; 88(Supl 1): S96-S108. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3854>
24. Bukar M, Audu B, Usman H, El-Nafaty A, Massa A, Melah G. Gender attitude to the empowerment of women: An independent right to contraceptive acceptance, choice and practice. *J Obstet Gynaecol*. 2013; 33:180–183. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/01443615.2012.737052>
25. Armenta-Paulino N, Bolúmar F, Castelló A, Sandín M. How the choice of ethnic indicator influences ethnicity-based inequities in maternal health care in four Latin American countries: who is indigenous? *Int J Equity Health*. 2020; 19:31. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1136-6>
26. Planas M, García P, Bustelo M, Carcamo C, Martinez S, Nopo H, et al. Effects of ethnic Attributes on the Quality of Family Planning Services in Lima, Peru: A Randomized Crossover Trial. *Plos one*. 2015; 10(2): e0115274. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115274>
27. Deitch J, Stark L. Adolescent demand for contraception and family planning services in low-and middle-income countries: A systematic review. *Global Public Health*. 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1583264>
28. Carmona G, Beltran J, Calderón M, Piazza M, Chávez S. Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017; 34(4):601-10. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.2971>
29. Puig C, Álvarez B. The history of universal access to emergency contraception in Peru: a case of politics deepening inequalities.

- Reproductive Health Matters. 2018; 26(54):47-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1542913>
30. Quispe-Apolinario R, Limo-Alvarez M, Runzer-Colmenares FM, Quispe-Apolinario R, Limo-Alvarez M, Runzer-Colmenares FM. Asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y violencia doméstica contra la mujer en edad fértil en Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2020; 81(1):40–6. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832020000100040](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000100040) <https://doi.org/10.15381/anales.v81i1.16667>
  31. Slaymaker E, Scott R, Palmer M, Palla L, Marston M, Gonsalves L, Say L, Wellings K. Trends in sexual activity and demand for and use of modern contraceptive methods in 74 countries: a retrospective analysis of nationally representative surveys. *Lancet Glob Health*. 2020; 8: e567–79. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30060-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30060-7)
  32. Huilcapi A, Analuisa E. Uso de anticoncepción en mujeres de la zona rural indígena. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*. 2022; 3(5): 239-252. Disponible en: <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i5.483>
  33. Dansereau E, Schaefer A, Hernández B. et al. Perceptions of and barriers to family planning services in the poorest regions of Chiapas, Mexico: a qualitative study of men, women, and adolescents. *Reproductive Health*. 2017; 14(1):129. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0392-4>
  34. Hellwig F, Saad GE, Wendt A, Barros AJ. Women’s marital status and use of family planning services across male- and female-headed households in low- and middle-income countries. *Journal of Global Health*. 2023;13. Disponible en: <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04015>
  35. Folch Cinta, Álvarez José Luis, Casabona Jordi, Brotons Maria, Castellsagué Xavier. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2015; 89(5): 471-485. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000500005>

36. Meléndez-Asipali J.A, Espinoza Rubén, Rivadeneyra-Romero Rosa, Vela-Ruiz José M., De La Cruz-Vargas J.A. 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; 15(2):180–184. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.152.1174>
37. Makumbi F.E, Nabukeera S, Tumwesigye N.M. et al. Socio-economic and education related inequities in use of modern contraceptive in seven sub-regions in Uganda. *BMC Health Serv Res* 23. 2023; 23(201). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09150-y>
38. Tobey E, Jain A, Arupendra Mozumdar. Differences in Quality of Care of Family Planning Services Received by Age and Contraceptive Continuation Among Young Mothers in India. *Journal of Adolescent Health*. 2022;72(1):88–95. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.08.024>
39. Wright K, ModupeRebekah Akinyinka, Temiloluwa Fagbemi, Adedayo Aderibigbe, Aduragbemi Banke-Thomas, Onipede Wusu. Contraceptive use and fertility control in rural and urban communities of Lagos Nigeria. *The Nigerian postgraduate medical journal*. 2023; 30(1):31–1. Disponible en: [https://doi.org/10.4103/npmj.npmj\\_268\\_22](https://doi.org/10.4103/npmj.npmj_268_22)
40. Wang Y, Chen M, Tan S, Qu X, Wang H, Liang X, et al. The socioeconomic and lifestyle determinants of contraceptive use among Chinese college students: a cross-sectional study. *Reproductive Health*. 2020; 17;17(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00978-9>
41. Akamike IC, Okedo-Alex IN, Eze II, Ezeanosike OB, Uneke CJ. Why does uptake of family planning services remain sub-optimal among Nigerian women? A systematic review of challenges and implications for policy. *Contraception and Reproductive Medicine*. 2020; 5(1):30. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40834-020-00133-6>

42. Abrejo F, Iqbal R, Saleem S. Women's perceptions about mobile health solutions for selection and use of family planning methods in Karachi: a feasibility study. *BMC Women's Health*. 2022; 22(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02086-1>
43. Schlemmer A, Mash B. The effects of a language barrier in a South African district hospital. *South African Medical Journal*. 2006; 96(10):1084-1087.
44. Capia Flores RV. Factores reproductivos y obstétricos que influyen en el embarazo recurrente en las adolescentes entre 15 a 19 años. Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016. UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN. 2018; p. 1–125. Disponible en: [http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3149/1215\\_2017\\_capia\\_flores\\_r\\_facst\\_obstetricia.pdf](http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3149/1215_2017_capia_flores_r_facst_obstetricia.pdf)
45. Palma J, Palominos J. Maternidad adolescente en Chile: aproximaciones a la experiencia de mujeres que fueron madres en la adolescencia respecto a sus implicancias en la dependencia económica. Universidad Alberto Hurtado. 2022; p. 1–46. Disponible en: <https://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/26032>
46. Arousell J, Carlbom A, Johnsdotter S, Essén B. Are “low socioeconomic status” and “religiousness” barriers to minority women's use of contraception? A qualitative exploration and critique of a common argument in reproductive health research. *Midwifery*. 2019; 75:59–65. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.017>
47. Sanhueza A, Carvajal L, Mujica OJ, Luis Paulo Vidaletti, Victoria CG, Barros AJD. Desigualdades relacionadas con el ODS 3 en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes: línea de base para el monitoreo de los ODS en América Latina y el Caribe por medio de encuestas transversales nacionales. *Rev Panam Salud Publica*. 2022; 46:1–1. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.100>
48. Hurtado de Mendoza M, Veytia M, Guadarrama R, González-Forteza C. Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio

temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios. *Rev Nova scientia*. 2017; 9(19): 615-634. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-07052017000200615&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052017000200615&lng=es).

<https://doi.org/10.21640/ns.v9i19.849>

49. Severino-Vergara A, Velásquez-Muñoz A, Rivera-Marin J, Gonzalez-Araya E. Anticoncepción en la adolescencia: motivaciones, elecciones y educación sanitaria en un centro de medicina reproductiva de Chile. 2017; 18(4):144–51. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-anticoncepcion-adolescentes.pdf>
50. González A Electra, Molina G Temístocles, Luttges D Carolina. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2015; 80(1): 24-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000100004>
51. Solórzano-Torres F, Guerrero-Solórzano J, Silva-Calle X, et al. Impacto de la educación sexual sobre el inicio temprano de relaciones sexuales en Guayaquil, Ecuador. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2019; 5(3):112-118. Disponible en: <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/403>
52. Gonzalez A. Electra, Molina G Temistocles. Inicio sexual en contexto de sexo casual y su asociación a comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva en adolescents. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2019; 84(1): 7-17. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000100007>
53. Mendez-Ruiz MD, Villegas-Pantoja MA, Guzmán-Ramírez V, Santos-Ramírez CJ. Alcohol, edad de la primera relación sexual y número de parejas sexuales en jóvenes mexicanas. *Rev Enferm Clín.* 2020; 32 (1): s38 – s45. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.01.010>

54. Hernández M, Luis L, Madrigal L. Caracterización del riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil. *Acta méd centro*. 2022; 16(2): 301-310. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2709-79272022000200301&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272022000200301&lng=es). Epub 30-Jun-2022.
55. Popinchalk A, Beavin C, Bearak J. The state of global abortion data: an overview and call to action. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(1):3-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2021-201109>.
56. Távara L. Derechos sexuales y reproductivos en Perú, más allá del Bicentenario. *Rev peru ginecol obstet* 2021; 67(3): 00003. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2335>.
57. Mantilla Falcón J. El caso de las esterilizaciones forzadas en el Perú como una violación de los derechos humanos. *IUSETVERITAS*. 2001;12(23):10-. Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/iusetveritas/article/view/16014>
58. Muñoz-Estrada G, Núñez-Lizárraga E, Chafloque-Chavesta J, Valverde-Espinoza N, Barja-Ore J. Características de las mujeres usuarias del método anticonceptivo de esterilización femenina. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2023; 52 (1). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2313>
59. Olakunde BO, Sam-Agudu NA, Patel TY, Hunt AT, Buffington AM, Phebus TD, et al. Uptake of permanent contraception among women in sub-Saharan Africa: a literature review of barriers and facilitators. *Contraception*. 2019; 99(4):205–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.12.007>
60. Schwandt HM, Feinberg S, Akotiah A, Douville TY, Gardner EV, Imbabazi C, et al. “Family planning in Rwanda is not seen as population control, but rather as a way to empower the people”: examining Rwanda’s success in family planning from the perspective of public and private stakeholders. *Contraception and Reproductive Medicine*. 2018; 3(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40834-018-0072-y>



## ANEXOS

### ANEXO 01: Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
¿Cuáles son las preferencias anticonceptivas de las mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos en el Perú, entrevistadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el año 2021?	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar las preferencias anticonceptivas de las mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos en el Perú, entrevistadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el año 2021.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar las preferencias anticonceptivas según las características demográficas de las mujeres en edad fértil que no usan métodos anticonceptivos.</li> <li>- Determinar las preferencias anticonceptivas según las características sociales de las mujeres en edad fértil que no usan métodos anticonceptivos.</li> </ul>	<p><b>Variable 1:</b> Preferencias Anticonceptivas</p> <p><b>Variable 2:</b> Características demográficas</p> <p><b>Dimensiones de V2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad</li> <li>-Estado civil</li> <li>-Grado de instrucción</li> <li>-Área de residencia</li> <li>-Región</li> <li>-Idioma</li> </ul> <p><b>Variable 3:</b> Características Sociales</p>	<p><b>Diseño de estudio:</b> No experimental.</p> <p><b>Tipo de investigación:</b> Estudio observacional, retrospectivo y transversal.</p> <p><b>Técnica de investigación:</b> Análisis secundario de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).</p>	<p><b>Población:</b> Mujeres en edad fértil con actividad sexual reciente y que no usan métodos anticonceptivos modernos, residentes en el Perú durante el año 2021.</p> <p><b>Muestra:</b> 884 entrevistados provenientes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2021) realizada en el Perú que cumplieron con los siguientes criterios.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujer en edad de 12 a 49 años.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar las preferencias anticonceptivas según las características reproductivas de las mujeres en edad fértil que no usan métodos anticonceptivos.</li> </ul>	<p><b>Dimensiones de V3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situación laboral en los últimos 12 meses.</li> <li>- Índice de riqueza.</li> </ul> <p><b>Variable 4:</b> Características Reproductivas</p> <p><b>Dimensiones de V4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio de relaciones sexuales</li> <li>- Número de parejas sexuales</li> <li>- Hijos vivos</li> <li>- Abortos</li> <li>- Deseo de tener más hijos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con actividad sexual reciente (últimas 4 semanas).</li> <li>- No usa método anticonceptivo.</li> </ul> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestante.</li> <li>- Registros incompletos.</li> </ul>
--	--	--	--	--

**ANEXO 02:** Muestra compleja de método anticonceptivo preferido en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos. Perú 2021.

		Estimación	95% de intervalo de confianza		Coeficiente de variación	Recuento no ponderado
			Inferior	Superior		
% del total	Píldora	13,8%	10,3%	18,3%	0,146	104
	DIU	4,6%	2,6%	7,8%	0,276	31
	Inyección	33,3%	28,0%	39,1%	0,085	336
	Condón	8,0%	6,2%	10,3%	0,131	74
	Esterilización femenina	7,3%	4,9%	10,7%	0,202	62
	Esterilización masculina	1,4%	0,3%	6,0%	0,766	7
	Retiro	5,7%	2,7%	11,8%	0,381	24
	Otro	0,6%	0,2%	1,7%	0,526	8
	Norplant/Implantes	19,5%	14,7%	25,3%	0,138	189
	Espuma, jalea, óvulos (vaginales)	0,7%	0,2%	3,3%	0,765	3
	Anticoncepción oral de emergencia	0,1%	0,0%	0,3%	0,787	3
	No sabe	5,1%	3,1%	8,1%	0,244	43
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	0,000	884

**ANEXO 03:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos. Perú 2021.

PREFERENCIA		Estimación	95% de intervalo de confianza		Coeficiente de variación	Recuento no ponderado
			Inferior	Superior		
% del total	MODERNO	87,8%	82,3%	91,8%	0,027	803
	INAPROPIADO	7,1%	3,8%	13,0%	0,316	38
	SIN DEFINIR	5,1%	3,1%	8,1%	0,244	43
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	0,000	884

**ANEXO 04:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación a su afiliación a un seguro de salud, Perú 2021.

AFILIACIÓN A SEGURO DE SALUD			PREFERENCIA				
			MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR	Total	
NO SABE	% dentro de PREFERENCIA	Estimación	33,9%	36,5%	43,2%	34,6%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	28,1%	15,9%	21,8%	29,0%
			Superior	40,3%	63,6%	67,5%	40,7%
		Coeficiente de variación	,092	,359	,290	,086	
		Recuento no ponderado	218	14	13	245	
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	% dentro de PREFERENCIA	Estimación	43,3%	57,2%	46,9%	44,5%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	37,3%	30,7%	25,6%	38,5%
			Superior	49,5%	80,1%	69,4%	50,6%
		Coeficiente de variación	,072	,241	,255	,069	
		Recuento no ponderado	425	21	24	470	
ESSALUD	% dentro de PREFERENCIA	Estimación	21,4%	5,1%	9,9%	19,6%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	16,1%	1,1%	3,5%	14,8%
			Superior	27,7%	20,4%	25,0%	25,5%
		Coeficiente de variación	,139	,761	,510	,139	
		Recuento no ponderado	149	2	6	157	
FUERZAS ARMADAS O POLICIALES	% dentro de PREFERENCIA	Estimación	1,3%	0	0	1,2%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,6%	0	0	0,5%
			Superior	3,1%	0	0	2,7%
		Coeficiente de variación	,434	0	0	,435	
		Recuento no ponderado	10	0	0	10	
ENTIDADES PRESTADO RAS DE SALUD	% dentro de PREFERENCIA	Estimación	0	1,3%	0	0,1%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0	0,2%	0	0,0%
			Superior	0	9,2%	0	0,6%
		Coeficiente de variación	0	1,042	0	1,005	
		Recuento no ponderado	0	1	0	1	
SEGURO PRIVADO	% dentro de PREFERENCIA	Estimación	0,1%	0	0	0,1%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,0%	0	0	0,0%
			Superior	0,5%	0	0	0,4%
		Coeficiente de variación	1,002	0	0	1,002	
		Recuento no ponderado	1	0	0	1	
Total	% dentro de PREFERENCIA	Estimación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %
			Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %
		Coeficiente de variación	,000	,000	,000	,000	
		Recuento no ponderado	803	38	43	884	

**ANEXO 05:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación a su edad, Perú 2021.

RANGO EDAD				PREFERENCIA			Total
				MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR	
12 A	% dentro de	Estimación		7,2%	2,4%	10,8%	7,1%
19	PREFERENCI	95% de intervalo de confianza	Inferior	5,2%	0,7%	3,9%	5,2%
	A		Superior	10,1%	7,9%	26,8%	9,5%
		Coeficiente de variación		0,169	0,625	0,502	0,152
		Recuento no ponderado		61	5	5	71
20 A	% dentro de	Estimación		52,5%	46,8%	62,2%	52,6%
34	PREFERENCI	95% de intervalo de confianza	Inferior	46,0%	22,1%	39,6%	46,4%
	A		Superior	58,9%	73,1%	80,5%	58,7%
		Coeficiente de variación		0,062	0,306	0,177	0,060
		Recuento no ponderado		480	21	26	527
35 A	% dentro de	Estimación		40,3%	50,8%	27,0%	40,3%
49	PREFERENCI	95% de intervalo de confianza	Inferior	33,9%	24,7%	12,1%	34,2%
	A		Superior	46,9%	76,5%	49,9%	46,8%
		Coeficiente de variación		0,083	0,287	0,368	0,080
		Recuento no ponderado		262	12	12	286
Total	% dentro de	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	PREFERENCI	95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	A		Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación		0,000	0,000	0,000	0,000
		Recuento no ponderado		803	38	43	884

**ANEXO 06:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación a su estado conyugal, Perú 2021.

Estado conyugal actual			PREFERENCIA			Total	
			MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR		
Nunca se caso	% dentro de PREFERENCI A	Estimación	15,8%	11,5%	11,5%	15,3%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	11,4%	3,1%	4,6%	11,1%
			Superior	21,6%	34,5%	25,8%	20,7%
		Coeficiente de variación	0,164	0,630	0,445	0,158	
		Recuento no ponderado	83	6	5	94	
Casada	% dentro de PREFERENCI A	Estimación	21,3%	27,9%	23,2%	21,9%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	16,6%	10,5%	8,1%	17,3%
			Superior	27,0%	56,2%	51,1%	27,2%
		Coeficiente de variación	0,124	0,439	0,483	0,115	
		Recuento no ponderado	162	12	7	181	
Convivient e	% dentro de PREFERENCI A	Estimación	53,7%	37,1%	62,6%	53,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	47,2%	16,5%	38,7%	46,7%
			Superior	60,1%	63,9%	81,6%	59,2%
		Coeficiente de variación	0,061	0,351	0,185	0,061	
		Recuento no ponderado	495	18	29	542	
No viviendo juntos	% dentro de PREFERENCI A	Estimación	9,1%	23,4%	2,7%	9,8%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	5,8%	3,9%	0,6%	6,0%
			Superior	14,0%	69,9%	12,1%	15,5%
		Coeficiente de variación	0,224	0,790	0,794	0,241	
		Recuento no ponderado	63	2	2	67	
Total	% dentro de PREFERENCI A	Estimación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación	0,000	0,000	0,000	0,000	
		Recuento no ponderado	803	38	43	884	

**ANEXO 07:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación a su logro educativo, Perú 2021.

NIVEL EDUCATIVO			PREFERENCIA			Total	
			MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR		
Sin educación	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0,9%	1,5%	1,3%	1,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,4%	0,3%	0,2%	0,5%
			Superior	2,0%	8,3%	9,0%	1,9%
		Coeficiente de variación	0,404	0,879	1,016	0,341	
		Recuento no ponderado	9	2	1	12	
Primaria	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	14,9%	16,2%	22,8%	15,4%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	11,7%	5,7%	7,8%	12,3%
			Superior	18,7%	38,2%	50,8%	19,1%
		Coeficiente de variación	0,119	0,494	0,491	0,113	
		Recuento no ponderado	149	7	8	164	
Secundaria	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	41,8%	48,0%	23,9%	41,4%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	35,7%	19,8%	11,6%	35,3%
			Superior	48,2%	77,6%	42,8%	47,7%
		Coeficiente de variación	0,077	0,349	0,336	0,076	
		Recuento no ponderado	376	22	16	414	
Superior	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	42,4%	34,2%	52,0%	42,3%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	36,1%	14,1%	29,7%	36,3%
			Superior	48,9%	62,1%	73,5%	48,5%
		Coeficiente de variación	0,077	0,385	0,230	0,073	
		Recuento no ponderado	269	7	18	294	
Total	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación	0,000	0,000	0,000	0,000	
		Recuento no ponderado	803	38	43	884	

**ANEXO 08:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación a su ámbito de residencia, Perú 2021.

Tipo de lugar de residencia			PREFERENCIA			Total	
			MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR		
Urbano	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	84,4%	75,8%	77,7%	83,4%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	82,1%	52,3%	59,4%	81,2%
			Superior	86,4%	89,9%	89,3%	85,4%
		Coeficiente de variación	0,013	0,129	0,098	0,013	
		Recuento no ponderado	550	19	27	596	
Rural	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	15,6%	24,2%	22,3%	16,6%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	13,6%	10,1%	10,7%	14,6%
			Superior	17,9%	47,7%	40,6%	18,8%
		Coeficiente de variación	0,070	0,404	0,344	0,064	
		Recuento no ponderado	253	19	16	288	
Total	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación	0,000	0,000	0,000	0,000	
		Recuento no ponderado	803	38	43	884	



**ANEXO 09:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación a la región de residencia, Perú 2021.

Región			PREFERENCIA			Total	
			MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR		
Amazonas	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	1,2%	0,2%	0	1,1%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,9%	0,0%	0	0,8%
			Superior	1,7%	1,7%	0	1,5%
		Coeficiente de variación	0,172	1,052	0	0,167	
		Recuento no ponderado	31	1	0	32	
Ancash	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	2,3%	2,8%	1,5%	2,3%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	1,5%	0,7%	0,3%	1,5%
			Superior	3,5%	9,9%	6,6%	3,4%
		Coeficiente de variación	0,222	0,663	0,764	0,198	
		Recuento no ponderado	15	3	2	20	
Apurímac	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0,7%	1,5%	1,9%	0,8%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,5%	0,2%	0,4%	0,6%
			Superior	1,0%	10,7%	8,8%	1,1%
		Coeficiente de variación	0,201	1,040	0,808	0,170	
		Recuento no ponderado	18	1	2	21	
Arequipa	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	5,0%	5,7%	6,1%	5,1%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	3,1%	0,9%	1,2%	3,5%
			Superior	7,9%	27,8%	25,4%	7,3%
		Coeficiente de variación	0,243	0,894	0,796	0,188	
		Recuento no ponderado	28	2	2	32	
Ayacucho	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0,9%	0	0,8%	0,9%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,6%	0	0,2%	0,6%
			Superior	1,5%	0	3,4%	1,3%
		Coeficiente de variación	0,227	0	0,748	0,204	
		Recuento no ponderado	24	0	2	26	
Cajamarca	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	4,5%	0,8%	2,6%	4,1%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	3,6%	0,1%	0,6%	3,4%
			Superior	5,5%	5,9%	10,6%	5,0%
		Coeficiente de variación	0,112	1,047	0,729	0,103	
		Recuento no ponderado	29	1	2	32	
Callao	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	4,3%	3,0%	0	4,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	2,9%	0,4%	0	2,7%
			Superior	6,3%	20,0%	0	6,0%
		Coeficiente de variación	0,195	1,025	0	0,202	
		Recuento no ponderado	36	1	0	37	
Cusco	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	2,3%	0	2,9%	2,2%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	1,5%	0	0,6%	1,5%
			Superior	3,5%	0	12,6%	3,2%
		Coeficiente de variación	0,210	0	0,777	0,196	
		Recuento no ponderado	23	0	2	25	
Huancavelica	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0,8%	0,8%	0	0,8%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,7%	0,2%	0	0,6%
			Superior	1,1%	2,9%	0	1,0%
		Coeficiente de variación	0,117	0,647	0	0,105	
		Recuento no ponderado	26	3	0	29	
Huánuco		Estimación	2,8%	1,6%	2,2%	2,7%	
		Inferior	1,7%	0,3%	0,3%	1,7%	

	% dentro de PREFERENCIA	95% de intervalo de confianza	Superior	4,4%	8,1%	14,4%	4,1%
		Coeficiente de variación		0,242	0,831	1,007	0,220
		Recuento no ponderado		35	2	1	38
Ica	% dentro de PREFERENCIA	Estimación		2,1%	2,0%	5,0%	2,3%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	1,5%	0,3%	0,8%	1,8%
			Superior	3,0%	14,0%	26,4%	2,8%
		Coeficiente de variación		0,177	1,035	0,929	0,113
		Recuento no ponderado		26	1	2	29
Junín	% dentro de PREFERENCIA	Estimación		4,8%	0	0	4,2%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	3,6%	0	0	3,2%
			Superior	6,3%	0	0	5,5%
		Coeficiente de variación		0,142	0	0	0,142
		Recuento no ponderado		23	0	0	23
La Libertad	% dentro de PREFERENCIA	Estimación		5,3%	7,7%	11,9%	5,8%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	3,6%	1,0%	1,8%	4,2%
			Superior	7,7%	40,2%	50,4%	8,0%
		Coeficiente de variación		0,192	0,978	0,905	0,165
		Recuento no ponderado		22	1	1	24
Lambayeque	% dentro de PREFERENCIA	Estimación		5,6%	0	6,9%	5,3%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	4,2%	0	1,2%	4,1%
			Superior	7,4%	0	30,6%	6,7%
		Coeficiente de variación		0,142	0	0,844	0,122
		Recuento no ponderado		27	0	2	29
Lima	% dentro de PREFERENCIA	Estimación		29,1%	36,2%	11,1%	28,7%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	23,8%	10,8%	4,4%	23,7%
			Superior	35,0%	72,8%	25,1%	34,2%
		Coeficiente de variación		0,099	0,503	0,448	0,094
		Recuento no ponderado		84	3	5	92
Loreto	% dentro de PREFERENCIA	Estimación		6,3%	2,2%	1,1%	5,8%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	4,9%	0,6%	0,1%	4,6%
			Superior	8,1%	7,8%	7,6%	7,2%
		Coeficiente de variación		0,124	0,661	1,018	0,116
		Recuento no ponderado		54	3	1	58
Madre de Dios	% dentro de PREFERENCIA	Estimación		1,0%	0,3%	0,8%	0,9%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,8%	0,1%	0,2%	0,7%
			Superior	1,3%	1,0%	3,7%	1,2%
		Coeficiente de variación		0,135	0,666	0,797	0,122
		Recuento no ponderado		66	3	3	72
Moquegua	% dentro de PREFERENCIA	Estimación		0,5%	0,1%	0,9%	0,5%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,3%	0,0%	0,2%	0,3%
			Superior	0,7%	0,9%	4,4%	0,7%
		Coeficiente de variación		0,240	1,053	0,821	0,213
		Recuento no ponderado		24	1	2	27
Pasco	% dentro de PREFERENCIA	Estimación		0,7%	0	0,2%	0,6%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,5%	0	0,0%	0,5%
			Superior	1,0%	0	1,3%	0,8%
		Coeficiente de variación		0,146	0	1,027	0,143
		Recuento no ponderado		24	0	1	25
Piura	% dentro de PREFERENCIA	Estimación		9,6%	12,2%	24,7%	10,5%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	7,2%	2,9%	8,4%	8,2%
			Superior	12,5%	38,8%	53,9%	13,4%
		Coeficiente de variación		0,141	0,679	0,487	0,125
		Recuento no ponderado		42	3	4	49
Puno		Estimación		2,4%	18,4%	16,4%	4,3%

	% dentro de PREFERENCIA	95% de intervalo de confianza	Inferior	1,3%	3,4%	5,2%	2,1%
			Superior	4,4%	59,0%	41,3%	8,6%
		Coeficiente de variación		0,310	0,772	0,542	0,362
		Recuento no ponderado		20	3	3	26
San Martin	% dentro de PREFERENCIA	95% de intervalo de confianza	Inferior	2,8%	2,6%	0,7%	2,7%
			Superior	2,1%	0,5%	0,1%	2,1%
		Coeficiente de variación		3,8%	12,8%	5,2%	3,5%
		Recuento no ponderado		0,145	0,857	1,022	0,126
Tacna	% dentro de PREFERENCIA	95% de intervalo de confianza	Inferior	29	2	1	32
			Superior	2,8%	2,6%	0,7%	2,7%
		Coeficiente de variación		0,164	0	0,930	0,188
		Recuento no ponderado		23	0	2	25
Tumbes	% dentro de PREFERENCIA	95% de intervalo de confianza	Inferior	1,2%	0	1,8%	1,2%
			Superior	0,9%	0	0,3%	0,8%
		Coeficiente de variación		1,7%	0	10,7%	1,7%
		Recuento no ponderado		0,139	0	0,757	0,138
Ucayali	% dentro de PREFERENCIA	95% de intervalo de confianza	Inferior	37	0	2	39
			Superior	1,5%	0	0,3%	1,4%
		Coeficiente de variación		3,1%	6,6%	1,5%	2,8%
		Recuento no ponderado		0,149	0,639	1,027	0,137
Total	% dentro de PREFERENCIA	95% de intervalo de confianza	Inferior	37	4	1	42
			Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación		0,000	0,000	0,000	0,000
		Recuento no ponderado		803	38	43	884

**ANEXO 10:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación al idioma o lengua materna, Perú 2021.

Idioma o lengua materna que aprendió hablar en su niñez			PREFERENCIA			Total	
			MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR		
Quechua	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	7,3%	22,5%	19,3%	9,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	5,9%	9,4%	8,4%	7,2%
			Superior	9,1%	44,8%	38,4%	11,3%
		Coeficiente de variación	0,109	0,406	0,395	0,115	
		Recuento no ponderado	128	12	11	151	
Aimara	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	1,1%	0,1%	0	0,9%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,5%	0,0%	0	0,4%
			Superior	2,2%	0,9%	0	2,0%
		Coeficiente de variación	0,377	1,053	0	0,376	
		Recuento no ponderado	9	1	0	10	
Ashaninka	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0,0%	0	0	0,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,0%	0	0	0,0%
			Superior	0,1%	0	0	0,1%
		Coeficiente de variación	0,690	0	0	0,690	
		Recuento no ponderado	2	0	0	2	
Awajún/ Aguaruna	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0,2%	0	0	0,2%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,1%	0	0	0,1%
			Superior	0,5%	0	0	0,5%
		Coeficiente de variación	0,556	0	0	0,555	
		Recuento no ponderado	5	0	0	5	
Shipibo/ Konibo	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0	1,3%	0	0,1%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0	0,3%	0	0,0%
			Superior	0	6,7%	0	0,4%
		Coeficiente de variación	0	0,843	0	0,785	
		Recuento no ponderado	0	2	0	2	
Shawi/ Chayahu ita	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0,1%	0	1,1%	0,2%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,0%	0	0,1%	0,1%
			Superior	0,5%	0	7,6%	0,5%
		Coeficiente de variación	0,688	0	1,018	0,545	
		Recuento no ponderado	2	0	1	3	
Otra lengua nativa u originaria	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
			Superior	0,4%	1,3%	1,5%	0,4%
		Coeficiente de variación	0,538	1,054	1,027	0,471	
		Recuento no ponderado	5	1	1	7	
Castellano	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	91,1%	75,9%	79,5%	89,5%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	89,2%	53,6%	60,3%	87,2%
			Superior	92,7%	89,5%	90,8%	91,4%
		Coeficiente de variación	0,010	0,123	0,098	0,012	
		Recuento no ponderado	652	22	30	704	
Total	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación	0,000	0,000	0,000	0,000	
		Recuento no ponderado	803	38	43	884	

**ANEXO 11:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación a su condición de trabajo en los últimos 12 meses, Perú 2021.

Trabajo en los últimos 12 meses			PREFERENCIA			Total	
			MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR		
No	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	29,1%	12,5%	34,3%	28,2%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	24,4%	4,6%	16,2%	24,0%
			Superior	34,3%	29,5%	58,5%	32,8%
		Coeficiente de variación	0,086	0,479	0,332	0,080	
		Recuento no ponderado	273	11	14	298	
En el año pasado	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	9,9%	20,4%	10,6%	10,7%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	6,8%	5,2%	1,5%	7,4%
			Superior	14,2%	54,5%	47,3%	15,2%
		Coeficiente de variación	0,188	0,625	0,920	0,182	
		Recuento no ponderado	87	5	1	93	
Actualmen te trabaja	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	60,6%	67,1%	55,1%	60,8%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	54,7%	37,0%	31,7%	55,3%
			Superior	66,2%	87,6%	76,4%	66,1%
		Coeficiente de variación	0,048	0,209	0,222	0,045	
		Recuento no ponderado	439	22	28	489	
Tiene un trabajo, pero con licencia hace 7 días	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0,3%	0	0	0,3%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,1%	0		0,1%
			Superior	1,1%	0	0	0,9%
		Coeficiente de variación	0,572	0	0	0,572	
		Recuento no ponderado	4	0	0	4	
Total	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación	0,000	0,000	0,000	0,000	
		Recuento no ponderado	803	38	43	884	

**ANEXO 12:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación al índice de riqueza, Perú 2021.

Índice de riqueza			PREFERENCIA			Total	
			MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR		
El más pobre	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	14,9%	18,1%	13,7%	15,1%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	12,3%	7,6%	6,3%	12,7%
			Superior	18,0%	37,2%	27,2%	17,9%
		Coeficiente de variación	0,097	0,410	0,375	0,089	
		Recuento no ponderado	220	21	13	254	
Pobre	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	22,8%	43,7%	32,8%	24,8%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	18,8%	16,3%	14,7%	20,1%
			Superior	27,4%	75,6%	57,9%	30,1%
		Coeficiente de variación	0,096	0,397	0,355	0,102	
		Recuento no ponderado	227	8	15	250	
Medio	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	23,4%	19,1%	18,4%	22,9%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	18,5%	3,7%	5,9%	17,8%
			Superior	29,2%	59,0%	44,8%	28,9%
		Coeficiente de variación	0,117	0,743	0,532	0,123	
		Recuento no ponderado	163	4	6	173	
Rico	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	18,7%	15,0%	18,7%	18,5%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	13,5%	3,5%	5,3%	13,6%
			Superior	25,3%	45,9%	48,8%	24,6%
		Coeficiente de variación	0,160	0,679	0,588	0,152	
		Recuento no ponderado	105	2	4	111	
Más rico	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	20,1%	4,0%	16,4%	18,8%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	15,0%	1,0%	5,9%	14,1%
			Superior	26,4%	14,4%	37,9%	24,5%
		Coeficiente de variación	0,143	0,682	0,483	0,141	
		Recuento no ponderado	88	3	5	96	
Total	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación	0,000	0,000	0,000	0,000	
		Recuento no ponderado	803	38	43	884	

**ANEXO 13:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación al rango de edad en que inició su vida sexual, Perú 2021.

EDAD INICIO DE RELACIONES SEXUALES			PREFERENCIA			Total
			MODERNO	INAPROPIADO	SIN DEFINIR	
11 a	% dentro de	Estimación	12,6%	4,4%	11,9%	12,0%
14	PREFERENCIA	95% de intervalo de Inferior	9,0%	1,6%	5,0%	8,7%
		confianza Superior	17,4%	11,6%	25,4%	16,3%
		Coeficiente de variación	0,168	0,510	0,418	0,158
		Recuento no ponderado	105	7	8	120
15 a	% dentro de	Estimación	63,2%	30,6%	54,8%	60,5%
19	PREFERENCIA	95% de intervalo de Inferior	56,7%	14,2%	31,5%	54,3%
		confianza Superior	69,2%	54,2%	76,2%	66,3%
		Coeficiente de variación	0,051	0,347	0,223	0,051
		Recuento no ponderado	543	21	23	587
20 a	% dentro de	Estimación	24,0%	64,9%	33,4%	27,4%
34	PREFERENCIA	95% de intervalo de Inferior	18,8%	40,9%	14,7%	21,9%
		confianza Superior	30,2%	83,2%	59,3%	33,7%
		Coeficiente de variación	0,122	0,176	0,363	0,109
		Recuento no ponderado	149	10	11	170
35 a	% dentro de	Estimación	0,2%	0%	0%	0,2%
42	PREFERENCIA	95% de intervalo de Inferior	0,0%	0%	0%	0,0%
		confianza Superior	0,7%	0%	0%	0,6%
		Coeficiente de variación	0,712	0%	0%	0,713
		Recuento no ponderado	2	0	0	2
Total	% dentro de PREFERENCIA	Estimación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		95% de intervalo de Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		confianza Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación	0,000	0,000	0,000	,000
		Recuento no ponderado	799	38	42	879

**ANEXO 14:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación en relación al número de parejas sexuales incluyendo esposo/compañero en los últimos 12 meses, Perú 2021.

Número parejas sexuales incluyendo esposo/compañero en los últimos 12 meses			PREFERENCIA			Total	
			MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR		
1	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	98,3%	98,7%	100,0%	98,4%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	96,4%	94,4%	100,0%	96,8%
			Superior	99,2%	99,7%	100,0%	99,2%
		Coeficiente de variación	0,007	0,010	0,000	0,006	
		Recuento no ponderado	788	35	43	866	
2	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	1,1%	0,5%	0	1,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,5%	0,1%	0	0,4%
			Superior	2,7%	2,9%	0	2,4%
		Coeficiente de variación	0,453	0,897	0	0,439	
		Recuento no ponderado	13	2	0	15	
3	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0,6%	0	0	0,5%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,1%	0	0	0,1%
			Superior	2,4%	0	0	2,1%
		Coeficiente de variación	0,740	0	0	0,740	
		Recuento no ponderado	2	0	0	2	
5	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	0	0,8%	0	0,1%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0	0,1%	0	0,0%
			Superior	0	5,9%	0	0,4%
		Coeficiente de variación	0	1,047	0	1,002	
		Recuento no ponderado	0	1	0	1	
Total	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación	0,000	0,000	0,000	0,000	
		Recuento no ponderado	803	38	43	884	



**ANEXO 15:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación en relación al número total de hijos vivos incluido el embarazo actual, Perú 2021.

NUMERO DE HIJOS VIVOS			PREFERENCIA			Total	
			MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR		
0	% dentro de PREFERENCI A	Estimación	28,6%	43,7%	62,7%	31,4%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	22,9%	20,2%	40,9%	25,8%
			Superi or	35,1%	70,4%	80,3%	37,6%
		Coeficiente de variación	0,108	0,321	0,168	0,096	
		Recuento no ponderado	144	13	13	170	
1	% dentro de PREFERENCI A	Estimación	31,0%	13,2%	12,5%	28,8%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	25,2%	3,7%	5,5%	23,5%
			Superi or	37,4%	37,6%	25,9%	34,7%
		Coeficiente de variación	0,100	0,609	0,398	0,099	
		Recuento no ponderado	235	6	13	254	
2	% dentro de PREFERENCI A	Estimación	18,5%	26,0%	19,4%	19,1%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	14,4%	5,2%	7,4%	14,6%
			Superi or	23,6%	69,2%	42,1%	24,6%
		Coeficiente de variación	0,126	0,699	0,453	0,133	
		Recuento no ponderado	201	7	11	219	
3 a má s	% dentro de PREFERENCI A	Estimación	21,8%	17,1%	5,4%	20,7%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	17,0%	6,3%	1,8%	16,3%
			Superi or	27,6%	38,6%	14,8%	25,9%
		Coeficiente de variación	0,122	0,471	0,541	0,118	
		Recuento no ponderado	223	12	6	241	
To tal	% dentro de PREFERENCI A	Estimación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Superi or	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación	0,000	0,000	0,000	0,000	
		Recuento no ponderado	803	38	43	884	

**ANEXO 16:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación en relación a si tuvo un embarazo que terminó en aborto involuntario o nacido muerto, Perú 2021.

Ha tenido un embarazo que terminó en aborto involuntario o nacido muerto			PREFERENCIA			Total	
			MODERN O	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR		
No	% dentro de PREFERENCIA	Estimación	70,5%	83,5%	84,3%	72,1%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	64,0%	58,5%	55,6%	66,1%
			Superior	76,3%	94,8%	95,8%	77,4%
		Coeficiente de variación	0,044	0,108	0,116	0,040	
		Recuento no ponderado	585	30	35	650	
Si	% dentro de PREFERENCIA	Estimación	29,5%	16,5%	15,7%	27,9%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	23,7%	5,2%	4,2%	22,6%
			Superior	36,0%	41,5%	44,4%	33,9%
		Coeficiente de variación	0,106	0,544	0,624	0,103	
		Recuento no ponderado	218	8	8	234	
Total	% dentro de PREFERENCIA	Estimación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación	0,000	0,000	0,000	0,000	
		Recuento no ponderado	803	38	43	884	

**ANEXO 17:** Muestra compleja de la preferencia anticonceptiva en relación en relación a la preferencia de fertilidad, Perú 2021.

Deseo de más hijos				PREFERENCIA			Total
				MODERNO	INAPROPIAD O	SIN DEFINIR	
Quiere en 2 años	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación		54,9%	41,9%	58,0%	54,1%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	48,6%	17,0%	34,9%	47,7%
			Superior	61,0%	71,8%	78,1%	60,4%
		Coeficiente de variación		0,058	0,372	0,202	0,060
		Recuento no ponderado		298	11	18	327
Quiere después 2+ años	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación		17,6%	12,3%	28,9%	17,8%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	14,1%	3,6%	12,3%	14,2%
			Superior	21,8%	34,6%	54,3%	22,0%
		Coeficiente de variación		0,111	0,591	0,387	0,111
		Recuento no ponderado		204	7	13	224
Quiere, tiempo impreciso	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación		1,5%	0	0	1,3%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	0,2%	0	0	0,2%
			Superior	9,5%	0	0	8,4%
		Coeficiente de variación		0,977	0	0	0,979
		Recuento no ponderado		4	0	0	4
No quiere más	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación		26,0%	45,7%	13,0%	26,8%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	21,1%	20,3%	5,2%	21,7%
			Superior	31,7%	73,6%	28,8%	32,6%
		Coeficiente de variación		0,103	0,330	0,440	0,104
		Recuento no ponderado		297	20	12	329
Total	% dentro de PREFERENCIA A	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		95% de intervalo de confianza	Inferior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Superior	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Coeficiente de variación		0,000	0,000	0,000	0,000
		Recuento no ponderado		803	38	43	884

## ANEXO 18: Resolución de Decanato.



Firmado digitalmente por PODESTA  
GAVILANO Luis Enrique FAU  
20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 13.01.2023 17:03:20 -05:00

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú. Decana de América  
FACULTAD DE MEDICINA  
DECANATO

Lima, 13 de Enero del 2023

### RESOLUCIÓN DECANAL N° 000136-2023-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital N° F01B2-20230000007, de fecha 12 de enero de 2022 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de Tesis.

#### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato N° 1569-D-FM-2013 ratificada con Resolución Rectoral N° 01717-R-2016 de fecha 19 de abril de 2016, se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su **Capítulo I. Introducción, Art. 2:** establece que: *“La tesis debe ser un trabajo inédito de aporte original, por la cual se espera que los estudiantes adquieran destrezas y conocimientos que los habiliten para utilizar la investigación como un instrumento de cambio, cualquiera sea el campo del desempeño”* así mismo, en su **Capítulo VI: Del Asesoramiento de la tesis:** Art. 28 establece que: *“La Dirección de la EAP con la opinión favorable del Comité de Investigación, solicitará a la Dirección Académica la Resolución Decanal respectiva para proceder a su ejecución”;*

Que, mediante Oficio N°000007-2023-EPO-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, informa que el Proyecto de Tesis que figuran en la propuesta cuenta con opinión favorable del Comité de Investigación de la citada Escuela para su ejecución; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220;

#### SE RESUELVE:

1° Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:

<b>Estudiante:</b> Gutierrez Chuchón Melissa Código de matrícula N°16010323 E.P. Obstetricia	<b>Título del Proyecto de Tesis:</b>  Preferencias anticonceptivas en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- Perú, 2021
<b>Asesora:</b> Dr. Oscar Fausto Munares Garcia Código: 0A2441	

2° Encargar a la Escuela Profesional de Obstetricia el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA  
VICEDECANA ACADÉMICA

DR. LUIS ENRIQUE PODESTA GAVILANO  
DECANO



Firmado digitalmente por  
FERNANDEZ GIUSTI VDA DE  
PELLA Alicia Jesus FAU  
20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 13.01.2023 16:59:10 -05:00

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: **OVIGBIJ**



**ANEXO 19:** Acta de aprobación del Comité de ética de Investigación (CEI) de la facultad de San Fernando.



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)  
FACULTAD DE MEDICINA  
**COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN**  
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo "



**ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN**

**CÓDIGO DE ESTUDIO N°: 0035-2023**

En Lima, a los dos días del mes de mayo, en Sesión del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN, previa evaluación del Proyecto de Tesis titulado: "**Preferencias anticonceptivas en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – Perú, 2021**" presentada por **Melissa Gutierrez Chuchón** código 16010323 de la escuela profesional de Obstetricia, para Optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

**ACUERDA:**

Dar por **APROBADO** dicho Proyecto, considerando que se ha cumplido satisfactoriamente con las recomendaciones en aspectos Científicos Técnicos y Éticos para la investigación en seres humanos.

"El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el 01 de mayo de 2024"

Lima, 02 de mayo de 2023

  
.....  
JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRA  
PROFESOR DE LA FACULTAD DE  
MEDICINA DE SAN FERNANDO  
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
CÓDIGO DOCENTE: 003079  
C/INT. 40140 HNE. 28580

Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra  
Presidente del CEI/FM/UNMSM