



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS ASOCIADAS A LOS
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN MUJERES EN
UNIÓN ESTABLE DEL PERÚ EN EL AÑO 2017**

PRESENTADA POR
MARIA ISABEL BARBOZA LLANOS

ASESORA
MIRTHA E. MUÑOZ HIDROGO

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2019



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRÉS

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS ASOCIADAS A LOS
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN MUJERES EN
UNIÓN ESTABLE DEL PERÚ EN EL AÑO 2017**

**PRESENTADA POR
María Isabel Barboza Llanos**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2019



PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS ASOCIADAS A LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD EN MUJERES EN UNIÓN ESTABLE DEL PERÚ EN
EL AÑO 2017

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a):

Dra. Mirtha E. Muñoz Hidrogo

Miembros del jurado

Presidente	:	Dr. Pedro Bustios Rivera
Vocal	:	Mg. Obst. Gladys Ebaristo Torres
Secretaria	:	Mg. Obst. Victoria Aliaga Bravo

DEDICATORIA

A mi tía Rosario, por ser mi soporte y apoyo durante toda mi vida y más, y por confiar siempre en mí, a pesar de todo. A mi mamá, porque a pesar de las dificultades, siempre estuvo a mi lado. A mi hijo, por su paciencia en momentos difíciles, y por su infinito y sincero amor.



AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su Gracia constante e infinita, y por su maravilloso amor. A mi familia, por ser mi soporte, mi fortaleza y mi refugio. A la profesora Marlene Magallanes y a todo el instituto de investigación de la FOE, por su paciencia, perseverancia y apoyo durante estos casi dos años, por ser mi guía durante este proceso y por darme la oportunidad de desarrollar una de mis pasiones, la investigación. A mis mejores amigas, Alba, Ingrid, Jennifer Janeth y Joselyn, por su constante apoyo, su empuje y sus palabras de aliento, y por su inmenso cariño. A mi asesora, la Dra. Mirtha Muñoz, por su paciencia y tiempo brindados para la elaboración de esta investigación.



ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO.....	iv
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	10
III. RESULTADOS	14
IV. DISCUSIÓN.....	24
V. CONCLUSIONES	32
VI. RECOMENDACIONES.....	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
VII. ANEXOS	41

ÍNDICE DE TABLAS

N° de la tabla	Nombre de la tabla	N° de pagina
01	Características de los determinantes sociales en las mujeres en edad fértil en unión estable.	14
02	Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil en unión estable.	17
03	Tipo de método anticonceptivo que usan las mujeres en edad fértil en unión estable.	18
04	Razones de no uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil en unión estable.	19
05	Relación entre algunos determinantes sociales de la salud y el uso de métodos anticonceptivos.	20

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre las prácticas anticonceptivas y los determinantes sociales de la salud en mujeres del Perú en unión estable en el año 2017. **Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal y analítico, de diseño no experimental y correlacional, retrospectivo. Se realizó un análisis de datos secundarios de la ENDES 2017. Se incluyó a 18773 mujeres peruanas en unión estable que respondieron a la encuesta de mujeres en edad fértil. Se realizó un análisis bietápico, con un análisis descriptivo y análisis de muestras complejas mediante Chi cuadrado. Se consideró estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$ e intervalos de confianza calculados al 95%. **Resultados:** El 47.1% de mujeres se encontraban en edad reproductiva ideal (20 a 34 años). La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos fue 75.4%, donde el 54.5% utilizaban algún método moderno; y el 34.3% de mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos no tiene “razones” aparentemente válidas para no usarlos. Los determinantes sociales que resultaron significativos fueron edad, limitaciones permanentes, número de hijos, ocupación, ingresos, nivel educativo, literacidad, estrato socioeconómico y quintil de bienestar. **Conclusiones:** Diversos determinantes de la salud están relacionados positivamente con el uso de métodos anticonceptivos. La cuarta parte de mujeres en unión estable no utiliza algún método anticonceptivo, y esto podría terminar en embarazos no deseados. **Palabras Claves:** Anticoncepción, determinantes sociales de la salud, embarazo no deseado.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship between the contraceptive practices and with social determinants of health in Peruvian women in stable union in 2017.

MATERIAL AND METHODS: Quantitative, transversal and analytical study, with a non-experimental design and correlational, retrospective. A secondary analysis was performed using the Demographic and Family Health National Survey (ENDES) 2017. 18773 Peruvian women in stable union who answered the questionnaire of women of childbearing age were included. Bivariate analysis with a descriptive and complex samples analysis using Chi squared were done. Values of $p < 0.05$ and confidence intervals calculated at 95% were considered statistically significant. **RESULTS:** 47.1% of women were in ideal reproductive age (20 to 34 years). The prevalence of contraceptive use was 75.4%, where 54.5% used some modern method; and 34.3% of women who do not use contraceptives do not have apparently valid "reasons" for not using them. The social determinants that were significant were age, permanent limitations, number of children, occupation, income, educational level, literacy, socioeconomic stratum, and welfare quintile. **CONCLUSIONS:** Various social determinants of health are positively related with contraceptive use. A quarter of women in stable union don't use any contraceptive method, and this could end in not planned pregnancies.

Keywords: Contraception, social determinants of health, unwanted pregnancy.

I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años se ha buscado no solo mejorar la salud de las personas, sino también reducir y tratar de eliminar las diferencias en salud en base a factores tales como género, etnia, posición socioeconómica, etc. Gracias a esto, el balance de la salud ha ido mejorando en las distintas regiones del mundo; sin embargo, aún existen desigualdades e inequidades en el acceso a los servicios de salud, que se observan en las diferencias entre distintos países de una misma región, e incluso entre distintas regiones de un mismo país. Éste sigue siendo el principal obstáculo para la mejora de salud y el desarrollo humano¹.

Con el fin de estudiar, prevenir y eliminar estas brechas en el acceso a todos los servicios de salud, se organizó la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en el año 2005, cuyo propósito fue utilizar éstos determinantes como un instrumento para explicar las inequidades sociales y de salud en la población, y también para elaborar y orientar las mejoras en este ámbito, así como la creación de políticas públicas. Es así que, los determinantes sociales de la salud son todos aquellos factores que condicionan y determinan la salud de las personas, así como todas las condiciones en donde viven, trabajan y se desarrollan éstas. Con la finalidad de poder ubicarse dentro de este entorno se dividieron a los determinantes sociales en estructurales e intermedios².

Marmot³, uno de los principales estudiosos de los determinantes sociales de la salud, planteaba principalmente que se deberían tomar medidas para aliviar los efectos de la pobreza en la salud, esto implica una mejor comprensión de los efectos sobre la salud de las políticas sociales y económicas. En otras palabras, la acción sobre los determinantes sociales de la salud es necesaria no solo para

mejorar la salud, sino también porque tal mejora indicará que la sociedad se ha movido en una dirección para satisfacer las necesidades humanas.

A su vez, planteó 10 principales determinantes de la salud: Gradiente social, estrés, vida temprana, exclusión social, trabajo, desempleo, redes de apoyo social, adicción, comida y transporte³.

Uno de los principales problemas en el ámbito de la salud en el Perú es la prevención de un embarazo no deseado y las consecuencias que este trae, siendo la forma más eficaz el uso de un método anticonceptivo. La elección de un método anticonceptivo es una decisión autónoma, que permite a las personas decidir libremente cuándo y cuántos hijos tener. Además, la planificación familiar permite la disminución de la mortalidad materna, embarazos de alto riesgo, así como la reducción de la incidencia de abortos complicados a causa de un embarazo no planificado, a su vez disminuye la tasa de embarazos en adolescentes, que se sabe va en aumento⁴.

Las políticas de planificación familiar tienen como principal objetivo el de garantizar el acceso total de la población a estos y su uso adecuado; el estudio del uso de la anticoncepción es uno de los pilares fundamentales de la salud, pues es el determinante más próximo de la fecundidad, y es también la principal herramienta de los proveedores de dichos servicios de salud y de los responsables de formular políticas en planificación familiar⁴.

Según la OMS, hasta el 2017 se calculaba que, en los países en desarrollo, incluido el Perú, existían alrededor de 214 millones de mujeres en edad fértil que deseaban utilizar un método anticonceptivo, pero no utilizaban ninguno⁵.

Según la ENDES 2016, el 9% de las mujeres en edad fértil en el Perú tenían una necesidad insatisfecha de planificación familiar, es decir, no utilizaban ningún método anticonceptivo ni tenían acceso a éstos; siendo mayor en la población de la selva. Así mismo, reveló que la mayor tasa de fecundidad es justo en esta población, siendo de hasta 4 hijos por mujer⁶.

En diversos estudios se evidencian factores que intervienen en el uso de un método anticonceptivo, siendo principalmente aquellos que intervienen directamente en la salud de la población, así como factores personales tales como creencias, autonomía, etnia, etc. Sin embargo, en países en vías de desarrollo tales como el Perú, donde la salud aún se encuentra lamentablemente muy centralizada, existen factores tales como vías de acceso, distancia, posición socioeconómica, etc., que dificultan el acceso de la población a los métodos de planificación familiar⁷.

En el Perú, la realización de investigaciones que usen bases de datos nacionales es aún incipiente, ya sea por la escasa difusión de la publicación de dichas bases o por el hecho de que algunas no sean del dominio público. Experiencias de otros países demuestran la efectividad de dicho tipo de estudio, tal es el caso de la Encuesta Nacional de Salud y Evaluación Nutricional de los Estados Unidos (NHANES), la cual “ha generado más de 16 000 publicaciones en revistas indizadas en MEDLINE en sus diez años de implementación anual”⁸.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) se realiza desde 1986, y desde el 2000 es de acceso libre, siendo una alternativa económica para estimular la producción de artículos de investigación con información nacional. Una investigación local concluyó que el uso de los datos de encuestas

nacionales peruanas posibilitó la generación de investigaciones originales de calidad y publicadas en revistas indizadas⁹.

A su vez, en el 7mo Foro sobre el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud se mencionaron las ventajas del uso de encuestas nacionales como bases para investigaciones científicas, tales como brindar información individual y familiar esencial y no disponible de otras fuentes para conocer los indicadores de salud poblacional, tener la posibilidad de analizar datos de salud y sociodemográficos, mostrar estimadores poblacionales estatales y por regiones, y ofrecer información útil para establecer comparaciones y para la toma de decisiones en política sanitaria¹⁰.

Tanto a nivel nacional como internacional se han desarrollado investigaciones relacionadas al tema, algunas de las cuales se mencionan a continuación.

Ewerling et al¹¹, en una investigación titulada “Demanda satisfecha de servicios de planificación familiar con métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres sexualmente activa en los países de bajos y medianos ingresos: ¿Quién se está quedando atrás?”, en el año 2018, analizaron bases de datos de la Encuesta Demográfica de Salud y datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados, utilizando datos desde el año 2000 de 77 países; encontraron que, alrededor del mundo, sólo el 52.9% de las mujeres con demanda de planificación familiar usan un método anticonceptivo. África tuvo el menor porcentaje de cobertura (32.9%), Asia y Latinoamérica y El Caribe tuvieron mayor acogida (aproximadamente 70%). Los países de menor cobertura pertenecían a África y al sudeste de Europa (<20%). A menor cobertura se asocian pobreza, grupos etarios menores, educación limitada y vivienda en

zonas rurales. En Asia y Latinoamérica y El Caribe se asoció mayor cobertura a mujeres casadas, caso contrario a África.

Johnson¹², en un estudio llamado “Determinantes del consumo de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres nigerianas: Evidencia de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud” en el año 2017, donde se obtuvo que la prevalencia de dichos métodos era de 10.3%. La mayor proporción de uso fue en el sudeste (26.7%), mientras que el noreste fue menor (2.7%). Factores como mayor grado de instrucción, elevado quintil de riqueza, edad de 25-49 años y vivir en zona residencial fueron los mayores predictores del uso de métodos anticonceptivos modernos.

Mandiwa, Namondwe, Makwinja y Zamawe¹³, en un estudio llamado “Factores asociados con el uso de anticonceptivos entre mujeres jóvenes en Malawi: análisis de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Malawi del 2015-2016”, en el 2018; donde se obtuvo que la prevalencia de uso de anticonceptivos fue 30.9%; además, las mujeres entre 20-24 años, actualmente casadas, con conocimientos sobre su ciclo ovulatorio, y aquellas con estudios básicos completos tuvieron tendencia mayor al uso de métodos anticonceptivos que sus contrapartes.

Dimassi et al¹⁴, en un estudio realizado en el 2016 llamado “Determinantes sociales del uso de anticonceptivos en Túnez”. Se analizaron los determinantes sociales que intervienen en la anticoncepción; y los resultados muestran una prevalencia de anticoncepción del 66,4%. 82% de las mujeres usaron un método anticonceptivo moderno. El uso de los métodos anticonceptivos fue significativamente dependiente de la edad, área de residencia, y educación.

Concluyendo que los determinantes sociales, como la edad, las condiciones de vida, el área de residencia y el nivel de educación son indicadores que se deben considerar cuando se dirigen intervenciones en planificación familiar.

Hall, Garrett y Barrington¹⁵, en una investigación cualitativa titulada “La situación económica: determinantes sociales del uso de anticoncepción en zonas rurales de Honduras” realizada en el año 2014, donde se determinó que los determinantes sociales tales como pobreza, dinámica de género y accesibilidad a los métodos de planificación familiar influenciaron el uso de métodos anticonceptivos en mayor grado que los determinantes individuales tales como nivel de conocimiento y actitudes. A su vez, el factor economía, que llevó a las mujeres a buscar anticoncepción, actuó como una barrera que limitaba el uso del método anticonceptivo de su elección.

Campos¹⁶, en un estudio de tipo prospectivo denominado “Factores biosocioculturales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al Hospital Elpidio Berovidez Pérez, Otuzco”, realizado en el año 2015; encontró que el 36.5% de mujeres que acudían al consultorio usan un método anticonceptivo; en cuanto a factores predominantes en mujeres que usan un método anticonceptivo obtuvo que el grupo etario de mayor predominancia fue de 35 a 49 años (46%), la religión católica (53.7%), estado civil conviviente (46.7%) y grado de instrucción superior en un 76.9%.

Enríquez-Canto, Ortiz Romaní y Ortiz Montalvo¹⁷, realizaron un análisis secundario de la ENDES en el 2014 titulado “Análisis de los determinantes próximos e impacto de la ocupación en la fertilidad de mujeres peruanas” en el año 2017; encontraron que de una muestra de 20 396 mujeres en edad fértil

entre 15 y 49 años con actividad sexual en las últimas 4 semanas, la fertilidad deseada (2.5 hijos por mujer) fue mayor que la real (2.1); siendo los principales factores asociados a la reducción de la fertilidad el nivel educativo superior, número ideal de hijos entre 0 y 2, y el trabajo dependiente.

Medrano¹⁸, en una investigación cuantitativa “Factores socioculturales y el no uso de métodos anticonceptivos, Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca” en 2014; encontrando que el 33% no utilizaba ningún método anticonceptivo, cuyas causas principales fueron violencia contra la mujer, conocimientos inadecuados sobre métodos anticonceptivos, percepciones culturales negativas sobre anticonceptivos, tener 2 hijos a más, edad ≤ 19 años y ≥ 35 años, no tener instrucción o nivel primario, ser ama de casa, presentar jerarquía de los padres y presentar actitud negativa familiar hacia los anticonceptivos.

Veliz¹⁹, realizó una investigación denominada “Factores asociados en la discontinuación de los métodos anticonceptivos en las adolescentes sexualmente activas, atendidas en el Centro de salud Los Olivos” en el año 2017, encontrando como principales causas de discontinuidad a la falta de tiempo (46.8%), subestimación de la posibilidad de un embarazo (36.2%), temor a los efectos secundarios (80.9%), interferencia de la pareja (12.8%), dificultad en el acceso al centro de salud (31.9%) y horarios insuficientes del servicio de planificación familiar (51.1%).

Gama²⁰, en una investigación de casos y controles titulada “Factores que influyeron en el abandono de métodos anticonceptivos en puérperas, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, noviembre – diciembre del 2015”, en el año 2016, encontrando que los factores de mayor influencia fueron la actitud por

parte del personal de obstetricia durante la atención (63.9%), conocimiento insuficiente sobre métodos anticonceptivos (59.5%) y la responsabilidad del embarazo no planificado por parte de la pareja (72.6%).

En el Perú los estudios realizados con análisis de datos secundarios de bases de datos pre existentes aún son incipientes, evidenciándose en un estudio realizado en el 2018, que en los últimos 30 años sólo se realizaron 73 investigaciones basadas en encuestas nacionales⁹. A pesar de esto, las fortalezas de este tipo de investigaciones es que permiten contar con una muestra grande y de representación nacional, además de reducir los costos y tiempo invertidos en la realización de la investigación.

La presente investigación es relevante a nivel nacional porque los resultados serán evidencia del grado de desigualdades sociales en torno al uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil, permitirá medir las consecuencias de las limitaciones a éstos y evaluar posibles mejoras; además permitirá identificar los determinantes relacionados a las prácticas anticonceptivas. Sabemos que el aumento de las tasas de fertilidad en el Perú se asocia a menor nivel educativo, inicio precoz de relaciones sexuales, menor grado de autonomía, pertenencia al quintil inferior de riqueza, ocupación dependiente, entre otras¹⁷; generando así consecuencias en el país como aumento de tasas de embarazo no deseado y en adolescente, aumento del gasto público, aumento de la tasa de abortos clandestinos y niños en orfandad.

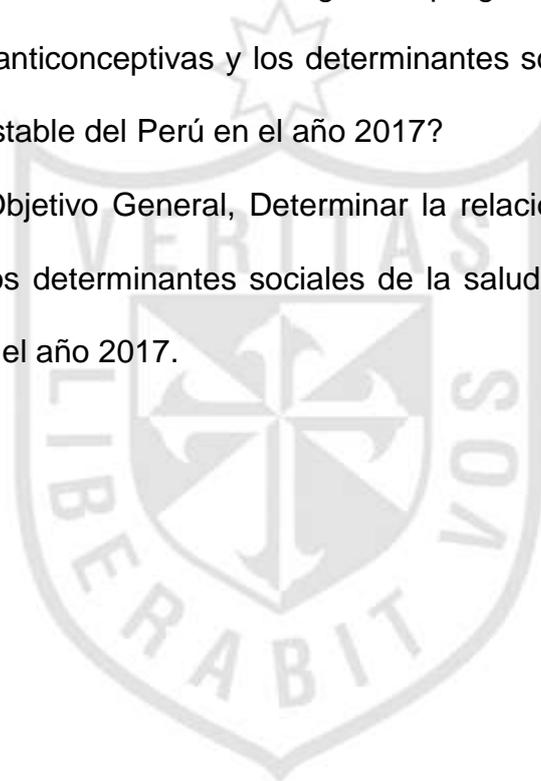
Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas en el Perú, el uso de métodos anticonceptivos modernos en América Latina es del 70%; sin embargo, en Perú alcanza sólo el 54%. A su vez, según la ENDES 2016, la tasa de

embarazo no deseado es 52%, y el uso de métodos tradicionales aún es elevado²¹.

A pesar de una notable reducción de la necesidad insatisfecha en el Perú, los índices más altos se dan en los quintiles de mayor pobreza (9.9%), en regiones de la selva (9.7%), y en zonas rurales (7.5%), justamente donde la tasa de mortalidad materna es más elevada²².

Frente a esta problemática se formula la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre las prácticas anticonceptivas y los determinantes sociales de la salud en mujeres en unión estable del Perú en el año 2017?

Se formuló como Objetivo General, Determinar la relación entre las prácticas anticonceptivas y los determinantes sociales de la salud en mujeres en unión estable del Perú en el año 2017.



II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño metodológico

El diseño del estudio es no experimental, de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo de alcance correlacional, analítico y retrospectivo. Medirá la relación que existe entre las variables “Prácticas Anticonceptivas” y “Determinantes Sociales de la Salud”.

2.2. Población y muestra.

2.2.1. Población

Dado que es un estudio de datos secundarios con una base preexistente, la población de estudio fueron las mujeres en edad fértil (MEF) a nivel nacional, quienes participaron y fueron encuestadas en la ENDES 2017 por el INEI. La población total fueron 33168 mujeres en edad fértil entrevistadas completamente. La población de estudio fueron las mujeres en edad fértil (MEF) a nivel nacional, quienes participaron y fueron encuestadas en la ENDES 2017, encuesta que fue realizada por el INEI.

2.2.2. Muestra

La muestra de la presente investigación está basada en la muestra de la ENDES 2017 elaborada por el INEI. La muestra total utilizada para esta investigación fue de 18773 mujeres en edad fértil casadas y/o en unión estable participantes de la ENDES 2017, así mismo, dado que este estudio está basado en un análisis secundario de la base

de datos de la ENDES 2017, nuestra muestra corresponde a una sub muestra propia de la ENDES 2017, donde la muestra total fue de 33168 mujeres en edad fértil.

La muestra de la ENDES 2017 es probabilística de tipo equilibrado, estratificada, de áreas, bietápica, autoponderada sin reemplazo²³. El tipo de muestreo es complejo, por lo que la variable de ponderación es considerada para los análisis estadísticos. Para los archivos que corresponden al cuestionario de las MEF, la variable es la V005 “Sample Weight” (en el archivo RECO111).

2.3. Criterios de selección

- Criterios de Inclusión: Mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años que aceptaron participar en la ENDES 2017, casadas y/o unidas actualmente.
- Criterios de exclusión:
 - Mujeres en edad fértil que no desearon participar en la ENDES 2017, que no se encontraron en su domicilio al momento de la encuesta o que se hayan encontrado de visita en dicho lugar.
 - Mujeres solteras que no hayan iniciado relaciones sexuales o no tengan una pareja actualmente.

2.4. Técnicas de recolección de datos

Los datos del presente estudio están basados en la base de datos obtenida por el INEI para la ENDES 2017. En esta encuesta se aplicaron

tres cuestionarios, uno al Hogar y sus miembros, el segundo, a todas las Mujeres en edad fértil, es decir, de 15 a 49 años de edad y el Cuestionario de Salud que es aplicado a una persona de 15 años a más. Para la presente investigación sólo se tomaron los datos obtenidos de la encuesta de las MEF, que consta de un total de 1043 registros.

Para la presente investigación se han seleccionado 2 variables principales, con 10 dimensiones tomadas de la encuesta a las MEF; algunas variables han sido construidas por la propia investigadora en base a la ENDES 2017²³.

2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

El procesamiento de la información de la presente investigación se hizo a través de un análisis de datos secundarios de la ENDES 2017 realizada en el Perú. La información brindada por el INEI consta de 32 bases de datos en formato SPSS, 18 de ellas corresponden a información de cuestionarios individuales.

El análisis estadístico tuvo dos momentos: un análisis descriptivo de la prevalencia de características positivas de algunos determinantes sociales de la salud, la prevalencia y los tipos de métodos anticonceptivos más usados. Estos fueron presentados en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

En un segundo momento, se realizó un análisis mediante Chi cuadrado con el fin de describir la asociación entre los determinantes sociales de la salud y el uso de métodos anticonceptivos.

Todos los análisis se hicieron con métodos para muestras complejas. Los datos se analizaron utilizando el programa SPSS 25. Se consideró estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$ e intervalos de confianza calculados al 95%.

2.6. Aspectos éticos

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Obstetricia y Enfermería, está basada en un análisis de datos secundarios, con una base de datos creada, propiedad del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la misma que es de dominio público y de libre acceso (ENDES 2017), en la cual no existe información que permita conocer la identidad de los encuestados, así como la ubicación de sus domicilios; pues dichas encuestas fueron realizadas de forma anónima y con un consentimiento informado verbal.

III. RESULTADOS

Tabla 01. Características de los determinantes sociales en las MEF en unión estable.

DETERMINANTE SOCIAL	VARIABLE Y VALORES	N	%
	Edad		
Factores Sociodemográficos	15-19	606	3.2
	20-24	2118	11.3
	25-29	3128	16.7
	30-34	3588	19.1
	35-39	3535	18.8
	40-44	3095	16.5
	45-49	2703	14.4
	Procedencia		
	Campo	5875	31.3
	Pueblo	3683	19.6
	Ciudad/Capital/Extranjero	9215	49.1
	Limitaciones Permanentes		
	Sí	99	0.5
	No	18674	99.5
	Número de Hijos		
Salud y Nutrición	6 a más hijos	894	4.8
	4 a 5 hijos	2559	13.6
	2 a 3 hijos	9521	50.7
	1 hijo	4538	24.2
	Ninguno	1261	6.7
	Ocupación Actual		
Empleo y Condiciones de trabajo	No trabaja/No sabe	5106	27.2
	Agricultora	2724	14.5
	Manual/Servicio doméstico	2366	12.6
	Profesional/Oficinista/Ventas	8577	45.7
		Ingresos	
	No trabaja/No le pagan/Le pagan en especies	6597	35.1
	Le pagan en dinero o en dinero y especies	12176	64.9
	Violencia doméstica		
Entorno Psicosocial	Sí	1555	8.3
	No	17218	91.7
	Nivel Educativo		
	Primaria o menos	4594	24.5
	Secundaria o más	14179	75.5
	Frecuencia de lectura de periódicos y revistas		
Educación	De vez en cuando/Nunca	13093	69.7
	Una vez por semana o más	5680	30.3
	Literacidad		
	No puede leer la frase/Lee una parte/No hay tarjeta ^a	1381	7.4
	Puede leer la frase	17390	92.6
	Seguro de Salud		
Servicios de Salud	No	3840	20.5
	Sí	14933	79.5
Gradiente Social	Estrato Socioeconómico		

Nivel bajo y rural	7955	42.4
Nivel medio bajo	3679	19.6
Nivel medio	3452	18.4
Nivel medio alto	2236	11.9
Nivel alto	1451	7.7
Quintil de Bienestar		
Muy pobre	3830	20.4
Pobre	4251	22.6
Medio	3844	20.5
Rico	3642	19.4
Muy rico	3205	17.1

Fuente: Elaboración Propia

a: Número de casos válidos: 18770 (Valores Perdidos: 3)

Factores Sociodemográficos: Se aprecia que el 47.1% de mujeres se encontraba en etapa reproductiva ideal, es decir de 20 a 34 años. Respecto al lugar de procedencia, casi la mitad de ellas procedían de la ciudad o capital de provincia (49.1%); siendo también un porcentaje importante las que procedían del campo (31.3%).

Salud y nutrición: La mayoría de mujeres casadas y/o en unión encuestadas no sufre ninguna discapacidad permanente. Siendo el promedio de hijos por mujer de 2.5 en nuestro país, se observa que el 74.9% de mujeres tienen el promedio o menos de hijos. Además, más del 24% de la población estudiada tenía 1 hijo; y el 18% de mujeres tenían de 4 hijos a más.

Empleo y condiciones de trabajo: Poco más de la mitad (54.3%) de mujeres casadas y/o en unión encuestadas no trabaja o lo hace en empleos menores (agricultura, manual, servicio doméstico). Y, a un poco más del tercio de ellas (35.1%) no le pagan o le pagan en especies, es decir no reciben remuneración por un trabajo efectivo.

Entorno Psicosocial: Un porcentaje pequeño de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia doméstica (8.3%).

Educación: Casi la cuarta parte de las mujeres casadas y/o convivientes (24.5%) encuestadas tienen un nivel educativo inadecuado, es decir, primaria o menos. Sin embargo, más de las dos terceras partes de éstas (69.7%) refiere no tener frecuencia de lectura habitual, de vez en cuando o nunca. Así mismo, sólo casi la décima parte (7.4%) no pudo leer con claridad la frase que se encontraba en la tarjeta mostrada.

Servicios de Salud: Poco más de la cuarta parte de mujeres casadas y/o convivientes participantes (20.5%) no cuentan con algún tipo de seguro de salud.

Gradiente Social: La mayoría de mujeres casadas y/o convivientes que fueron encuestadas pertenecen a un estrato socioeconómico de nivel bajo y/o rural (42.4%); a su vez se observan cantidades similares de mujeres casadas y/o convivientes encuestadas según quintil de bienestar, siendo levemente mayor (22.6%) las que se encuentran en el quintil de bienestar Pobre.

Tabla 02. Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de las MEF en unión estable.

VARIABLE Y VALORES	N	%
Uso de métodos Anticonceptivos		
No	4617	24.6
Sí	14156	75.4
Total	18773	100.0

Fuente: Elaboración Propia

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas y/o con pareja estable es del 75.4%, es decir 3 de cada 4 mujeres casadas o en unión usaban métodos de planificación familiar en el Perú.



Tabla 03. Tipo de MAC que usan las MEF en unión estable.

VARIABLE Y VALORES	N	%
Tipo de Método		
No está usando ninguno	4617	24.6
Método Folklórico	141	0.8
Método Tradicional	3779	20.1
Método Moderno	10236	54.5
Métodos Usados		
No está usando	4617	24.6
Retiro/MELA/Abstinencia	3790	20.2
Periódica	2737	14.6
Condomes	1465	7.8
Píldora	3472	18.5
Inyectables	336	1.8
Implante	459	2.4
DIU	1724	9.2
Esterilización	8	0.001
AOE	166	0.9
Otros	18773	100.00
Total		

Fuente: Elaboración Propia

Entre las mujeres casadas y/o en unión, el 54.5 % de ellas usan un método anticonceptivo moderno. Es decir, sólo 1 de cada 2 mujeres casadas y/o en unión usan un método anticonceptivo seguro en nuestro país. De ellas, el 28.1% prefieren los métodos hormonales (píldora, inyectables e implantes sub-dérmicos).

Tabla 04. Razones de no uso de métodos anticonceptivos de las MEF* en unión estable.

VARIABLE Y VALORES	N	%
Razones de no uso		
Quiere quedar embarazada/Actualmente embarazada	1747	37.8
Actualmente menopáusica/histerectomía/infertilidad	1289	27.9
Ella/pareja/familia se opone al uso	41	0.9
No conoce métodos	4	0.1
No conoce fuentes	6	0.1
Miedo efectos adversos	238	5.2
Razones de acceso/costo	18	0.4
No tiene relaciones/poco frecuente	895	19.4
Otro	377	8.2
Total	4615	100.00

Fuente: Elaboración Propia

*Pregunta dirigida a las mujeres que contestaron "No usa ningún método"

En la Tabla 4 se observa que poco más de un tercio de mujeres unidas (34.3%) no usa métodos anticonceptivos y no tiene "razones" aparentemente válidas para no usarlas. Si consideramos que algunas de las mujeres que contestaron que están menopáusicas o son infértiles podrían no tener un diagnóstico médico al respecto, este porcentaje podría incrementarse y constituir en el futuro mujeres con embarazos no deseados o no planificados.

Tabla 05. Relación entre algunos determinantes sociales de la salud y el uso de métodos anticonceptivos.

DETERMINANTES SOCIALES Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				P VALOR
	NO USUARIAS		USUARIAS		
	N	%	N	%	
Edad (Años)					< 0.001*
15-19	229	5	377	2.7	
20-24	489	10.6	1629	11.5	
25-29	609	13.2	2519	17.8	
30-34	660	14.3	2928	20.7	
35-39	718	15.6	2817	19.9	
40-44	721	15.6	2374	16.8	
45-49	1191	25.3	1513	10.7	
Procedencia					0.317**
Campo	1404	30.4	4471	31.6	
Pueblo	912	19.8	2771	19.6	
Ciudad/Capital/Extranjero	2301	49.8	6914	48.8	
Limitaciones Permanentes					< 0.05*
Sí	35	0.8	64	0.5	
No	4582	99.2	14092	99.5	
Número de Hijos					< 0.001*
6 a más hijos	278	6	615	4.3	
4 a 5 hijos	501	10.9	2058	14.5	
2 a 3 hijos	1913	41.4	7608	53.7	
1 hijo	1137	24.6	3401	24	
Ninguno	787	17	474	3.3	
Ocupación					< 0.001*
No trabaja, no sabe	1125	24.4	3981	28.1	
Agricultora	669	14.5	2055	14.5	
Manual, servicio doméstico	579	12.5	1787	12.6	
Profesional, oficinista y ventas	2243	48.6	6334	44.7	
Ingresos					< 0.001*
No trabaja/No le pagan/Le pagan en especies	1482	32.1	5115	36.1	
Le pagan en dinero o en especies y dinero	3135	67.9	9041	63.9	
Violencia Doméstica					0.178**
Sí	404	8.8	1150	8.1	
No	4212	91.2	13006	91.9	
Nivel Educativo					< 0.05*
Primaria o menos	1182	25.6	3412	24.1	
Secundaria o más	3435	74.4	10744	75.9	
Frecuencia de Lectura					0.578**
De vez en cuando/Nunca	3205	69.4	9888	69.9	
Una vez/semana o más	1412	30.6	4268	30.1	
Literacidad					< 0.001*
No puede leer la frase/Lee una parte/No hay tarjeta	420	9.1	960	6.8	
Puede leer la frase	4195	90.9	13194	93.2	
Seguro de salud					0.512**

No	960	20.8	2880	20.3	
Sí	3657	79.2	11276	79.7	
Estrato Socioeconómico					< 0.001*
Nivel bajo y rural	1966	42.6	5990	42.3	
Nivel medio bajo	852	18.5	2826	20	
Nivel medio	882	19.1	2570	18.2	
Nivel medio alto	504	10.9	1732	12.2	
Nivel alto	413	8.9	1037	7.3	
Quintil de Bienestar					< 0.001*
Muy pobre	952	20.6	2878	20.3	
Pobre	1000	21.7	3252	23	
Medio	896	19.4	2948	20.8	
Rico	842	18.2	2800	19.8	
Muy rico	926	20.1	2279	16.1	

Fuente: Elaboración Propia

* Significativo ($P < 0.05$)

** No significativo ($P > 0.05$)

La Tabla 5 muestra el resumen de las tablas para la variable “Uso de métodos anticonceptivos” y las variables relacionadas a los determinantes sociales de la salud. Se utilizó el estadístico χ^2 de Pearson, donde se observan las frecuencias y porcentajes de filas.

Se elaboraron tablas de contingencia de 2x2, donde se consideraba significativo un $p < 0.05$. En esta tabla se puede observar que las variables que tuvieron relación estadísticamente significativa fueron: Edad, Limitaciones permanentes, Número de hijos, Ocupación, Ingresos, Nivel Educativo, Literacidad, Estrato Socioeconómico, Quintil de Bienestar.

Para las mujeres que usan métodos anticonceptivos, se observa una diferencia del 48% entre aquellas que se encuentran en edad reproductiva ideal (20-34 años) y las adolescentes de 15 a 19 años.

En cuanto a la procedencia, dentro de las mujeres casadas y/o convivientes que usan métodos anticonceptivos, existía una diferencia de 29% para las

que procedían del pueblo, y 17% para las que procedían del campo. También se observó que, tanto en las usuarias como no usuarias, son casi todas quienes no tienen una discapacidad permanente (> 99%).

Entre las variables Número de Hijos y Uso de Métodos Anticonceptivos, se encontró una diferencia del 59% entre las mujeres casadas y/o convivientes que tenían de 1 a 3 hijos, sobre las que tenían de 4 a más hijos.

En relación a la Ocupación, las mujeres que con trabajos formales y estables tienen mayor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos que las que no trabajan o tienen trabajos informales. Dentro de la Variable *Ingresos*, las mujeres que recibían pago en dinero o en especies y dinero tienen casi el doble de frecuencia de uso de métodos anticonceptivos sobre las que no trabajaban, no recibían pago por su trabajo o recibían pago en especies.

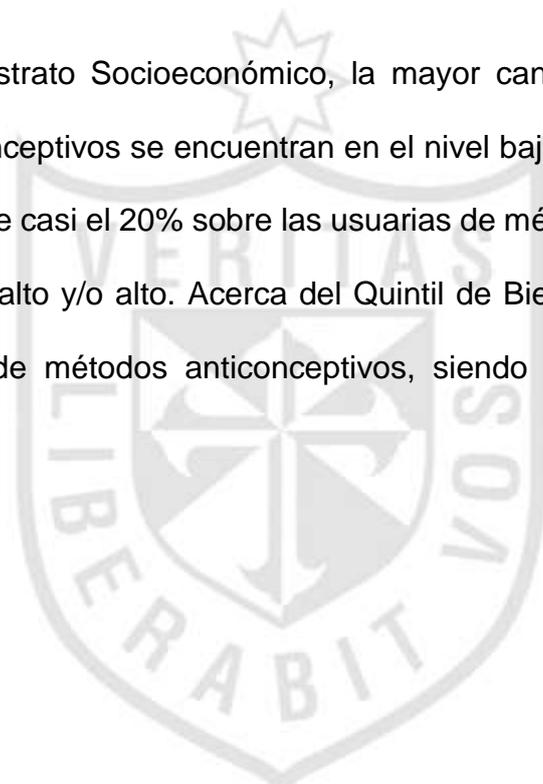
En cuanto a Violencia Doméstica, la mayoría de mujeres que no sufrían de ésta (91%) son más frecuentes al usar métodos anticonceptivos sobre las que sufrían de violencia doméstica.

En cuanto al factor Educación, se observa una relación de 3 a 1 entre las usuarias de métodos anticonceptivos que tienen un alcanzaron el nivel secundario o más sobre las que cuentan con el nivel primario o menos. Así mismo, aquellas mujeres que tienen un nivel de Literacidad adecuado tienen más del 90% de frecuencia de uso de métodos anticonceptivos que las que no lo tienen. Por el contrario, se observa mayor uso de métodos

anticonceptivos en aquellas mujeres que no tienen una frecuencia de lectura constante sobre las que sí.

En relación a los servicios de salud, la diferencia entre el uso de métodos anticonceptivos de las mujeres que cuentan con un seguro de salud con las que no cuentan con uno es de casi el 60%; es decir, 1 de cada 4 mujeres que tienen un seguro de salud no usan métodos anticonceptivos.

En cuanto al Estrato Socioeconómico, la mayor cantidad de usuarias de métodos anticonceptivos se encuentran en el nivel bajo y/o rural, mostrando una diferencia de casi el 20% sobre las usuarias de métodos anticonceptivos del nivel medio alto y/o alto. Acerca del Quintil de Bienestar se observa un uso equitativo de métodos anticonceptivos, siendo el promedio 20% de usuarias.



IV. DISCUSIÓN

La importancia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil radica, principalmente, en la reducción de los embarazos no deseados o no planificados, y las consecuencias que éstos puedan conllevar. El Perú es uno de los países en Latinoamérica con la tasa de embarazos no deseados más elevada, estimándose que el 52% de embarazos de mujeres peruanas no fueron planificados²³. Así mismo, se considera que la población más perjudicada es la adolescente, donde el 15% de estos embarazos son en ellas. A nivel mundial, se considera que la tasa de embarazos no planificados es de 44%, que se podría incrementar a 64% si sólo se considerarían países en vías de desarrollo²⁴. Además, Latinoamérica ubica el segundo lugar en embarazos adolescentes no planificados²¹.

Tabla 1: Características de los determinantes sociales de la salud en las MEF en unión estable.

En la presente investigación, el 47.1% de mujeres se encontraba en etapa reproductiva ideal (20 a 34 años). Recordemos que los datos procedían del cuestionario de Mujeres en Edad Fértil (MEF), siendo el promedio de edad de $34,3 \pm 8.37$, dato coincidente con lo reportado en otro estudio peruano hecho por Enríquez-Canto y colaboradores¹⁷ ($33,2 \pm 9.1$). Y por un estudio en Nigeria, realizado por Johnson¹², usando también una base de datos nacional ($35,9 \pm 8.1$ años).

Respecto al lugar de procedencia, en nuestro estudio la mayoría de mujeres eran de la ciudad o capital (49.1%), porcentaje algo menor que lo reportado en el estudio nacional de Enríquez-Canto y colaboradores¹⁷, donde el 67.8%

procedían de la zona urbana. En este sentido, estudios sobre migración publicados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática y otros señalan que, desde la segunda mitad del siglo XX, nuestro país ha afrontado una concentración urbana, pues las ciudades son vistas como espacios de mayor desarrollo y aunado a los problemas sociales de los ochentas aceleraron el proceso de migración interna en nuestro país²⁵. Sin embargo, estudios similares hechos en el continente africano como el de Johnson¹² en Nigeria y el de Mandiwa¹³ en Malawi reportan porcentajes muy altos de mujeres viviendo en zonas rurales (sobre el 80%) lo cual evidencia una realidad social muy distinta a la nuestra, pudiéndose sustentar por el grado de extrema pobreza existente, y siendo la mayor cantidad de población de la zona rural, siendo la agricultura su principal fuente de ingresos.

En relación al número de hijos, el 74.9% de mujeres de nuestro estudio tenían como máximo 3 hijos, coincidiendo con otras investigaciones peruanas hechas por Celestino²⁶, donde el 87% tenían menos de 3 hijos, y Enríquez-Canto¹⁷ y colaboradores, donde el 63.5% de mujeres tenían de 1 a 3 hijos.

Con respecto a la ocupación, resultados similares se observaron en el estudio de Enríquez-Canto¹⁷ y colaboradores (22% no tenían alguna ocupación y el 10.3% no recibía ningún pago o sólo se le pagaba en especies). Sin embargo, en otra investigación también realizada en Perú por Gama²⁰, el 71.3% se encontraban desempleadas, esto podría deberse a que trabajaron con una población menor y de una zona urbana específica.

En la presente investigación, el 8.3% de mujeres refirieron haber sufrido algún tipo de violencia doméstica, resultados algo inferiores de los obtenidos por

Blitchtein-Winicki y colaboradores²⁷ en el 2012 en Perú, usando la ENDES continua 2004-2007, donde el 14.5% de mujeres habían sufrido algún tipo de violencia doméstica.

Respecto a la educación, el 75.5% de mujeres cursaron el nivel secundario como mínimo, así también Colombia (65.7%)²⁸ y Brasil (78.8%)²⁹ muestran resultados similares, en mujeres en edad fértil en general; así mismo se observan resultados inferiores, tales como en Bolivia (59%)³⁰. Esto se basa principalmente en las realidades en cuanto a salud de cada país mencionado, donde se observa que la educación está directamente relacionada con mejoras en la salud y el acceso a ésta. Otra variable dentro de la educación fue la frecuencia de lectura; este es un determinante del Alfabetismo funcional, que fue planteado por la UNESCO³¹. A pesar de evidenciarse un adecuado nivel educativo en las mujeres en edad fértil unidas, sólo la tercera parte mantiene una frecuencia de lectura adecuada, resultados que se diferencian abismalmente de Brasil, que tiene poco más del 73% de mujeres funcionalmente alfabetizadas³¹. Incluso países como Honduras (43.3%) y Bolivia (41%) tienen hábitos de lectura superiores a los nuestros³². En cuanto a los servicios de salud, el contar con un seguro de salud está relacionado directamente con la utilización de los servicios de salud, ya sea en un establecimiento público o privado. En el ámbito del uso de servicios de salud, autores como Ypanaqué-Luyo y colaboradores³³ resaltaron que son las mujeres quienes utilizaban continuamente y en mayor cantidad los servicios de salud cuando estaban afiliadas a algún seguro médico. En nuestro estudio, el 79.5% de mujeres contaban con algún seguro de salud, resultados algo inferiores de lo reportado en un estudio en Colombia, donde el 95.4% de mujeres estaban

afiliadas a algún seguro de salud²⁸; y bastante similares al caso de Brasil, donde el 73% de mujeres estaban afiliadas a algún seguro de salud²⁹.

En relación a la gradiente social, resultados similares mostraron Enríquez-Canto y colaboradores¹⁷, donde el 16.2% de mujeres estaban en el quintil inferior, el 20.1% era pobre, y el 21.8% estaba en el quintil intermedio. A su vez, Mandiwa¹³ encontró resultados similares, donde el 44% de mujeres estaban en el estrato pobre.

Tabla 2: Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres peruanas en unión estable

Los resultados de nuestra investigación mostraron que el 75.4% de mujeres unidas usaban algún tipo de métodos anticonceptivos, mostrando una reducción de 3.7 puntos porcentuales en los últimos 3 años, en relación a los datos obtenidos en la ENDES 2014³⁴, donde el 79.1% de mujeres unidas utilizaba algún método anticonceptivo. Sin embargo, los resultados obtenidos por Enríquez-Canto y colaboradores¹⁷, usando también la ENDES 2014 mostraron que el 62% de mujeres unidas que laboraban actualmente usaban un método anticonceptivo. Así también, Dimassi y colaboradores¹⁴ obtuvieron en su estudio realizado en Túnez, que la prevalencia de anticoncepción fue de 66.4%. A su vez, Johnson¹² en Nigeria, y Mandiwa¹³ en Malawi, mostraron resultados que difieren con los nuestros, siendo 15% y 30.9% el uso de métodos anticonceptivos, respectivamente; y éstos a su vez concuerdan con lo mostrado por el Banco Mundial, donde la prevalencia anticonceptiva en dichos países no es la esperada³⁵, ya que se tratan de comunidades rurales con una población muy distinta a la nuestra en varios aspectos ya comentados.

Tabla 3: Tipos de método anticonceptivos usados por las mujeres peruanas en unión estable.

En nuestro estudio, 3 de 4 mujeres unidas usan algún método anticonceptivo (75.4%), porcentaje elevado en relación a otros países, sin embargo, a pesar de que el uso es elevado, el porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos es de 54.5%; siendo considerablemente menor al promedio en Latinoamérica, donde el uso de métodos anticonceptivos modernos es mucho más elevado, siendo el 70% de mujeres quienes los usan²¹. Resultados similares se evidenciaron en el estudio realizado por Enríquez-Canto y colaboradores¹⁷ en Perú, donde el 17.5% de mujeres en edad fértil con actividad sexual reciente utilizaban un método anticonceptivo tradicional, y el 44.5% utilizaba un método anticonceptivo moderno, y Dimassi y colaboradores¹⁴ en Túnez, donde el 82% de mujeres usaban algún método anticonceptivo moderno. Estos resultados difieren con el estudio realizado por Johnson¹², que obtuvo que el 10.3% de mujeres utilizaban un método anticonceptivo moderno, pudiéndose explicar por la existencia de una realidad social diferente a la nuestra.

Tabla 4: Razones del no uso de métodos anticonceptivos en mujeres peruanas en unión estable.

Los resultados de nuestro estudio mostraron que el 34.3% de mujeres no usan anticonceptivos y no tiene “razones” aparentemente válidas para no usarlos, siendo principalmente el no tener relaciones sexuales frecuentemente (19.4%) y el miedo a efectos adversos (5.2%) las principales razones. Resultados similares se observaron en el estudio realizado por Gama²⁰, donde se observó que las

principales razones para el no uso o abandono de métodos anticonceptivos fueron factores socioculturales tales como la vergüenza o el desinterés, la creencia de que la pareja es quien debe “cuidarlas”, el miedo a efectos adversos, y los mitos en torno al uso de métodos anticonceptivos. A su vez, en la investigación realizada por Gutiérrez²², menciona que las 3 principales razones para no usar métodos anticonceptivos son el miedo a efectos adversos, el desinterés por un próximo embarazo y la oposición de la pareja.

Tabla 5: Relación entre los determinantes sociales de la salud y el uso de métodos anticonceptivos.

Tal como en otros estudios, varios de los determinantes sociales planteados en nuestra investigación tuvieron relación estadísticamente significativa con el uso de métodos anticonceptivos. Como pudo observarse, los determinantes estadísticamente significativos fueron: Edad, Limitaciones permanentes, Número de hijos, Ocupación, Ingresos, Nivel Educativo, Literacidad, Estrato Socioeconómico, Quintil de Bienestar.

Para la edad, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de mujeres entre 20 a 34 años se podría sustentar debido a que la mayoría de estas mujeres querían espaciar sus embarazos, ya que tendrían 1 o más hijos. Resultados similares se obtuvieron con los estudios de Mandiwa¹³ y Johnson¹², donde obtuvieron mayor uso de métodos anticonceptivos con un 74.8% y 84.1% respectivamente.

En el caso de limitaciones permanentes, más del 99% que son usuarias de métodos anticonceptivos no tienen ningún tipo de discapacidad, basándose justamente en el tamaño de la población para la obtención de dicho resultado.

Con respecto al número de hijos, las mujeres que tienen de 2 a 3 hijos son las que más utilizan un método anticonceptivo, pudiéndose deber al hecho de que ellas quieran espaciar o planificar con más tiempo sus embarazos; resultados que concuerdan con los obtenidos por Enríquez-Canto y colaboradores¹⁷, donde el 48% de mujeres que tenían de 1 a 3 hijos usaban algún método anticonceptivo moderno.

En cuanto a Ocupación, las mujeres que cuentan con una profesión y se encuentran trabajando en ese momento son las que más utilizan algún método anticonceptivo (44%); similitud encontrada por Mandiwa¹³, en donde el 66.2% de mujeres con un empleo actual utilizaban un método anticonceptivo, y por Enríquez-Canto y colaboradores¹⁷, que a pesar de utilizar un diferente modelo de análisis, demostraron que las mujeres con un trabajo dependiente retrasaban la posibilidad de un embarazo; esto podría explicar el hecho de que aquellas mujeres profesionales o con un empleo fijo usen más anticonceptivos.

Así mismo, en cuanto a Ingresos, las mujeres que recibían pagos en dinero o en dinero y especies por su trabajo utilizaban un método anticonceptivo por casi el doble de veces; del mismo modo, los resultados concuerdan con los de Enríquez-Canto y colaboradores¹⁷, donde aquellas mujeres que recibían su pago en dinero y en dinero y especies tenían 37% y 58% más probabilidad de usar un método anticonceptivo.

Con respecto al Nivel Educativo, las mujeres con un nivel educativo de secundaria o más representaban más de la tercera parte de usuarias de métodos anticonceptivos, lo que concuerda con lo obtenido por Johnson¹², en donde las mujeres con un nivel educativo elevado tenían 4 veces más probabilidad de usar

un método anticonceptivo, y con lo de Enríquez-Canto y colaboradores¹⁷, donde se mostró una relación directa entre el uso de anticoncepción y el nivel educativo, a mayor nivel educativo, mayor uso de anticonceptivos. Sin embargo, para Mandiwa¹³, las mujeres que habían cursado estudios secundarios o superiores representaban sólo el 28% de usuarias de anticonceptivos, mostrando así las desigualdades sociales entre ambos países.

Para la variable Literacidad, aquellas mujeres que podían leer la frase colocada en la tarjeta representaban el 93% de usuarias de métodos anticonceptivos, relacionándose directamente con el nivel educativo, sin embargo, esta variable podría representar algún sesgo por ser subjetiva.

Finalmente, con respecto a la Gradiente Social, la mayor cantidad de usuarias de métodos anticonceptivos se encontraban en el estrato socioeconómico bajo y rural, y más del 50% de usuarias estaban dentro del Quintil Pobre a Medio; resultados similares se encontraron en el estudio de Mandiwa¹³ (47.9% de usuarias eran pobres); sin embargo, en los estudios de Enríquez-Canto¹⁷ y Johnson¹² se observaron resultados diferentes, donde el primero obtuvo que a mayor quintil de riqueza menor es la fecundidad, y el segundo encontró que mientras mayor es el nivel de riqueza mayor es la incidencia de uso de métodos anticonceptivos modernos. Esto podría explicarse por la diferencia de sociedades ya antes mencionadas, así como el que el primero haya utilizado como muestra a mujeres en edad fértil con una ocupación actual, sin considerar su estado civil.

V. CONCLUSIONES

- La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en unión estable es de 75.4%.
- El 54.5% de mujeres usan un tipo de método anticonceptivo moderno, siendo los inyectables hormonales los de mayor prevalencia.
- La principal razón de no uso de métodos anticonceptivos dentro de las razones “no válidas”, es el no mantener relaciones sexuales o que éstas son poco frecuentes, seguida del miedo a los efectos adversos de los mismos.
- Los determinantes sociales de la salud que se asociaron positivamente con el uso de métodos anticonceptivos fueron tener entre 20 a 34 años, no tener limitaciones físicas, tener de 1 a 3 hijos, tener una ocupación estable, obtener ingresos en forma de dinero y/o especies, tener un nivel educativo alto, tener un nivel de lectura adecuado, el estrato socioeconómico bajo y/ rural, quintil de bienestar medio a bajo y tener un nivel de autonomía en toma de decisiones adecuado.

VI. RECOMENDACIONES

- Al ministerio de salud, potenciar las estrategias en el primer nivel de atención, a través de la atención primaria y promoción de la salud; así como también mejorar el trabajo interdisciplinario con profesionales de la salud y centros comunitarios, para la mayor promoción de métodos anticonceptivos y trabajar en aquellos factores directamente relacionados a su uso.
- Al INEI, mejorar las técnicas de recojo de información, de forma que sea más accesibles y mejor difundidas; así como implementar personal de salud para la capacitación en temas de salud al personal encargado de la recolección de datos.
- A las universidades, motivar a los alumnos a la innovación de estudios de investigación utilizando bases de datos nacionales, pues aún es incipiente la cantidad de investigaciones de este tipo en el Perú.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. Glob Health Action [Internet]. 2015 [citado 23 abril 2018];8:1-9. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf
2. Mejía LM. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 31 mayo 2018];31(1):28-36. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/13423/20779754>
3. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet [Internet]. 2005 [citado 13 junio 2018];365:1099-1104. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inqualities.pdf
4. MINSA. Norma técnica de salud de Planificación Familiar [Internet]. Lima (PE). DGIESP; 2017 [citado 30 mayo 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
5. Centro de Prensa OMS. Planificación Familiar [Internet]. OMS; 2018 [citado 13 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
6. Planificación Familiar [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2015 [citado 03 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/Especial/2015/planificacion/index.asp?pag=1>

7. Mafla D, Yamá A. Factores sociales, culturales y religiosos que impiden la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en el servicio de ginecología del hospital Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos en el periodo marzo - agosto 2014 [Internet]. Tulcán (ECU): UPEC; 2014 [citado 30 mayo 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upec.edu.ec:8080/bitstream/123456789/288/1/44%20FACTORES%20SOCIALES%2C%20CULTURALES%20Y%20RELIGIOSOS%20QUE%20IMPIDEN%20LA%20UTILIZACION%20DE%20M%20C3%89%20TODOS%20ANTICONCEPTIVOS%20EN%20MUJERES%20EN%20EDAD%20FER%20TIL%20EN%20EL%20SERVICIO%20DE%20GINECOLOG%20C3%8DA%20DEL%20HOSPITAL%20MARCO%20VINICIO%20IZA%20DE%20LA%20PROVINCIA%20DE.pdf>
8. Fiestas F, Catacora M. Uso público de bases de datos existentes como medida para potenciar la producción científica en salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2010 [citado 11 abril 2018];27(4):649-58. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n4/a27v27n4.pdf>
9. Ruiz-Maza J, Pezo-Pezo A, Soto-Azpilcueta R. Producción científica en base a cinco encuestas nacionales del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2018 [consultado 20 agosto 2018];35(1):164-6. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/3554/2938>
10. Rajmil L. La Encuesta Nacional de Salud y la investigación de la salud mental y la calidad de vida infantil. En: 7mo Foro sobre el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud. Madrid; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España: 2014.

11. Ewerling F, Victora CG, Raj A, Coll CVN, Hellwig F, et al. Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: who is lagging behind?. *Reprod Health* [Internet]. 2018 [citado 14 junio 2018];15(1):42-51 Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0483-x>
12. Johnson O. Determinants of Modern Contraceptive Uptake among Nigerian Women: Evidence from the National Demographic and Health Survey. *Afr J Reprod Health* [Internet]. 2017 [citado 13 junio 2018];21(3):89-95 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29624932>
13. Mandiwa C, Namondwe B, Makwinja A, Zamawe C. Factors associated with contraceptive use among young women in Malawi: analysis of the 2015–16 Malawi demographic and health survey data. *Contracept Reprod Med* [Internet]. 2018 [citado 28 setiembre 2018];3(12):1-8 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6146597/>
14. Dimassi K, Douik F, Douzi M, Saidi O, Romdhane B. Les déterminants sociaux de l'utilisation des méthodes contraceptives en Tunisie. *Rev Epidemiol Santé Publique* [Internet]. 2017 [citado 13 junio 2018];65(1):53-59 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28007333>
15. Hall M, Garrett J, Barrington C. La situación económica: Social determinants of contraceptive use in rural Honduras. *Global Public Health* [Internet]. 2014 [citado 28 setiembre 2018];9(4):455-68 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24593192>

16. Campos C. Factores biosocioculturales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al Hospital Elpidio Berovidez Pérez, Otuzco 2014 [Internet]. Trujillo (PE): ULADECH; 2015 [citado 25 junio 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/1784>
17. Enriquez-Canto Y, Ortíz-Romaní K, Ortiz-Montalvo Y. Análisis de los determinantes próximos e impacto de la ocupación en la fertilidad de mujeres peruanas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017 [citado 14 mayo 2018];41(18):1-9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e18/es>
18. Medrano V. Factores socioculturales y el no uso de métodos anticonceptivos, Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2010. RICPO [Internet]. 2014 [citado 25 abril 2018];1(2):71-73 Disponible en: <https://revistas.uancv.edu.pe/index.php/RICPO/article/view/426>
19. Veliz G. Factores asociados en la discontinuación de los métodos anticonceptivos en las adolescentes sexualmente activas, atendidas en el Centro de salud Los Olivos. 2015 [Internet]. Lima (PE): USMP; 2017 [citado 14 junio 2018]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2690/3/veliz_ggl.pdf
20. Gama N. Factores que influyeron en el abandono de métodos anticonceptivos en puérperas, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, noviembre – diciembre del 2015 [Internet]. Lima (PE): UNMSM; 2016 [citado 30 mayo 2018]. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4733/Gama_cn.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21. Sausa M. Perú a la cola de Latinoamérica en uso de anticonceptivos modernos [Internet]. Perú21. Sábado 28 de Abril del 2018. Perú. [citado 18 junio 2018]. Disponible en: <https://peru21.pe/peru/peru-cola-latinoamerica-anticonceptivos-modernos-informe-405105>
22. Gutierrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2013 [consultado 30 mayo 2018];30(3):465-470 Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n3/a16v30n3.pdf>
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI). Ficha Técnica: Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES 2017. Lima: INEI; 2018. [citado 07 julio 2018].
24. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet Glob Health [Internet]. 2018 [citado 18 enero 2019];6(4):380-389 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29519649>
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI). Perú: Migraciones Internas 1993-2007 [Internet]. Lima: INEI; 2009. [citado 10 marzo 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0801/libro.pdf

26. Celestino Lorenzo Y. Factores que influyen en el rechazo de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva que asisten al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016 [Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco – UDH; 2018 [citado 27 abril 2019]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/1386;jsessionid=05194D8071D132A4C89A8AA517A6D2DB>
27. Blitchtein-Winicki D, Reyes-Solari E. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2012 [citado 07 noviembre 2018];29(1):35-43 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000100006&script=sci_abstract
28. Instituto Nacional de Estadística. Nota de Prensa: Día Mundial de la Educación [Internet]. Bolivia: INE; 2016 [citado 20 abril 2019]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/notas-de-prensa-y-monitoreo/item/178-ine-87-de-cada-100-personas-asiste-a-un-centro-educativo-en-bolivia>
29. UNESCO. Alfabetización y sociedades sostenibles: convertir la visión de la alfabetización para 2030 en acción en América Latina y El Caribe [Internet]. En: Reunión de Expertos de América Latina y el Caribe sobre alfabetización y educación de adultos. Montevideo; OREALC/UNESCO Santiago: 2016 [citado 10 enero 2019]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245650>
30. USAID. Demographic and Health Surveys. [citado 10 mayo 2019]. Disponible en URL: <https://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Search.cfm>

31. Ypanaqué-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2015 [citado 25 abril 2019];32(3):464-470 Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1675/1762>
32. MINSALUD. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo I. Componente Demográfico – ENDS 2015 [Internet]. Colombia: MINSALUD; 2016 [citado 23 mayo 2019]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>
33. Ministério da Saúde. Encuesta Nacional de Demografía y Salud de la Mujer y la Infancia – PNDS 2006: Dimensiones de la reproducción y de la salud de los niños [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2009 [citado 23 mayo 2019]. Disponible en: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
34. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014 [en línea]. Lima: INEI; 2015. [consultado 10 marzo 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
35. Banco Mundial. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (% de mujeres entre 15 y 49 años) [base de datos en internet]. Washington D.C.: Banco Mundial; 2018 – [citado 10 marzo 2019]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CONU.ZS?locations=NG-MW&view=map&year=2017>

VII. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

Para el presente estudio se utilizaron los datos obtenidos de la encuesta individual realizada por el INEI para la ENDES 2017, dirigidas a las mujeres en edad fértil, que consta de un total de 1043 registros. A continuación, se presentan el listado de las preguntas seleccionadas del cuestionario individual de la ENDES 2017 para la elaboración de las variables:

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?
Edad: _____
2. Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años ¿Dónde vivió la mayor parte del tiempo: ¿En una ciudad, en un pueblo o en el campo?
 - a) Capital del departamento
 - b) Ciudad
 - c) Pueblo
 - d) Campo
 - e) Extranjero
3. Quintil de Bienestar
 - a) Muy Pobre
 - b) Pobre
 - c) Medio
 - d) Rico
 - e) Muy Rico

4. Estrato socioeconómico
- a) Alto
 - b) Medio alto
 - c) Medio
 - d) Medio bajo
 - e) Bajo
 - f) Rural
5. ¿Tiene limitaciones de forma permanente?
- a) Sí
 - b) No
6. Usted ha tenido en total ¿Cuántos hijos?
- Número de hijos: _____
7. ¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?
- a) Sí
 - b) No
8. ¿Cuál es su ocupación, es decir, qué clase de trabajo hace (hacía) Ud. principalmente?
- a) No trabaja
 - b) Profesional/Técnico/Gerente
 - c) Oficinista
 - d) Ventas y servicios
 - e) Manual calificado
 - f) Manual no calificado
 - g) Servicio doméstico

- h) Agricultura
- i) No sabe
9. ¿A Ud. le pagan (pagaban) o usted gana (ganaba) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?
- a) De vez en cuando/nunca
- b) Solo dinero/dinero y especie
10. ¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?
- a) Secundaria o más
- b) Primaria o menos
11. Ahora me gustaría que Ud. lea en voz alta alguna de estas frases:
MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA SI ENTREVISTADA
NO PUEDE LEER TODA LA FRASE PREGUNTE: ¿Puede Ud. leer
parte de alguna de estas frases?
- a) Puede leer la frase
- b) No puede leer/lee parte/No hay tarjeta
12. ¿Lee Ud. un periódico o revista casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?
- a) De vez en cuando/nunca
- b) Una vez/ semana o más
13. ¿Tiene Ud. seguro de salud?
- a) Sí
- b) No
14. ¿Ha experimentado violencia física y/o sexual?
- a) Sí

- b) No
15. ¿Actualmente están Ud. o su pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?
- a) Sí
- b) No
16. ¿Qué están haciendo o usando para evitar quedar embarazada?
- a) Ninguno
- b) Esterilización femenina
- c) Esterilización masculina (vasectomía)
- d) Píldora
- e) DIU
- f) Inyección
- g) Implantes
- h) Condón
- i) Condón femenino
- j) Espumas, jaleas, óvulos (vaginales)
- k) Lactancia exclusiva (MELA)
- l) Abstinencia periódica
- m) Retiro
- n) Anticoncepción oral de emergencia
17. ¿Cuál es la principal razón por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?
- a) No en unión
- b) Quiere quedar embarazada/está embarazada

- c) Actualmente menopáusica/histerectomía/infertilidad
- d) Ella/pareja/familia se opone al uso
- e) No conoce métodos
- f) No conoce fuente
- g) Miedo efectos adversos
- h) Razones acceso/costo
- i) No tiene relaciones/poco frecuente
- j) Otra



ANEXO 2: Operacionalización de variables

- Variable Independiente: Determinantes Sociales de la Salud
- Variable Dependiente: Prácticas Anticonceptivas

Las variables seleccionadas para la siguiente investigación están basadas en 18 Bases de Datos originarias pertenecientes a la ENDES 2017, brindadas por el INEI. A continuación, se presenta el cuadro de operacionalización de variables:



VARIABLES	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	ENDES	ESCALA	VALOR
DETERMINANTES SOCIALES	Salud y nutrición	Limitaciones permanentes	RECH1 : QH13A1	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
		IMC	REC44 : HW73	Cualitativa ordinal politómica	12.9-16.9 17-18.4 18.5-24.9 25-29.9 >30
		Número de hijos	REC22 : V201	Cuantitativa discreta	Abierta
	Empleo y condiciones de trabajo	Trabajo	REC71 : V731	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
		Ocupación	REC71 : V717	Cualitativa nominal politómica	No trabaja Profesional/Técnico/Gerente Oficinista Ventas y servicios Manual calificado Manual no calificado Servicio doméstico Agricultura No sabe
		Ingresos	REC71 : V741	Cualitativa nominal dicotómica	De vez en cuando/nunca Solo dinero/dinero y especie
	Entorno psicosocial	Violencia doméstica	RECDV : D115	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
	Educación	Nivel educativo	REC11 : V106	Cualitativa ordinal dicotómica	Secundaria o más Primaria o menos
		Alfabetización	REC11 : V155	Cualitativa nominal dicotómica	Puede leer la frase No puede leer/lee parte/No hay tarjeta
		Frecuencia de lectura	REC11 : V157	Cualitativa nominal dicotómica	De vez en cuando/nunca Una vez/ semana o más
	Servicios de salud	Seguro de salud	RECH4 : SH11	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No

	Gradiente Social	Estrato socioeconómico	Construida ¹	Cualitativa ordinal politómica	Alto Medio alto Medio Medio bajo Bajo Rural
		Quintil de bienestar	REC11 : V190	Cualitativa ordinal politómica	Muy Pobre Pobre Medio Rico Muy Rico
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Uso de métodos anticonceptivos	Utilización de algún método	REC32 : V312	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
		Tipo de método	REC32 : V313	Cualitativa nominal politómica	Ninguno Temporal seguro Temporal inseguro Definitivo
		Razones de no uso	REC32 : V375A	Cualitativa nominal politómica	No en unión Quiere quedar embarazada/está embarazada Actualmente menopáusica/histerectomía/infertilidad Ella/pareja/familia se opone al uso No conoce métodos No conoce fuente Miedo efectos adversos Razones acceso/costo No tiene relaciones/poco frecuente Otra
		Edad	REC01 : V012	Cuantitativa discreta	Abierta

¹ La ENDES clasifica el estrato socioeconómico de acuerdo con el índice de riqueza, una puntuación que, en última instancia, se basa en las características de la vivienda, el acceso de los hogares a los servicios, propiedad de electrodomésticos y vehículos, tipo de combustible utilizado para cocinar y el hacinamiento.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICO S	Factores Sociodemográficos	Procedencia	REC01 : V026	Cualitativa nominal politémica	Capital del departamento Ciudad Pueblo Campo Extranjero
--	-------------------------------	-------------	--------------	-----------------------------------	---



ANEXO 03: Muestreo de la ENDES 2017^{23,34}

El muestreo para la presente investigación está basado en el muestreo realizado por el INEI para la ENDES 2017.

La unidad de análisis son las mujeres en edad fértil; y se utiliza un marco muestral en las dos etapas de la selección de las unidades de muestreo.

- Primera etapa: Selección de la Unidad Primaria de Muestreo (UPM), a través de conglomerados, donde se utiliza la información del Censo de Población y Vivienda del 2007 y la Actualización del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH 2012-2013).
- Segunda etapa: Selección de la Unidad Secundaria de Muestreo, a través de viviendas, donde se utiliza información de la actualización cartográfica y registro de edificios y viviendas, obteniéndose un registro actualizado de viviendas y sus residentes habituales con datos de edad y sexo.

En el área Urbana, las unidades de muestreo son:

- La Unidad Primaria de Muestreo (UPM), representada por el conglomerado el cual es el área geográfica conformado por una o varias manzanas que en conjunto tienen 140 viviendas particulares, en promedio.
- La Unidad Secundaria de Muestreo (USM), es la vivienda particular que integra la UPM seleccionada.

En el área rural, las unidades de muestreo son:

- La Unidad Primaria de Muestreo (UPM), es de dos tipos:
 - El conglomerado el cual está conformado por una o varias manzanas que en conjunto tienen 140 viviendas particulares, en promedio.

- El AER (área de empadronamiento rural) el cual está conformado por uno o varios centros poblados rurales que en conjunto tienen 140 viviendas particulares (por lo general dispersas en la extensión territorial).
- La Unidad Secundaria de Muestreo (USM), es la vivienda particular que integra la UPM (AER seleccionado).

El tamaño de la muestra de la ENDES 2017 (anual) es de 35 mil 910 viviendas, correspondiendo:

- 14 160 viviendas al área sede (capitales de departamento y los 43 distritos que conforman la Provincia de Lima)
- 9 300 viviendas al resto Urbano
- 12 450 viviendas al área rural.

La muestra de la ENDES 2017 está constituida por 3 175 conglomerados, distribuidos aleatoriamente en cuatro submuestras de conglomerados para ejecutarse en tres años consecutivos. Para la ENDES 2017 el número de conglomerados por región fue alrededor de 116 a 120, con la excepción de Lima en donde se seleccionaron 397 conglomerados. El número de viviendas fue 35 910, de las cuales 34 194 fueron entrevistadas. En estas viviendas, se encontraron un total de 34 002 mujeres elegibles, de las cuales se obtuvo un total de 33 168 entrevistas completas. La muestra seleccionada representa la totalidad de la población del país.