



Prevalencia del uso de la anticoncepción postparto y factores asociados en mujeres colombianas: un análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015

Ana María Londoño Ruíz

Andrea Sánchez López

Trabajo de grado presentado para optar al título de Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud

Asesora

Isabel Cristina Garcés Palacio, Título académico más alto en Ejemplo Ciencia de la Información

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez
Gerencia de Sistemas de Información en Salud
Medellín, Antioquia, Colombia
2022

Cita	Sánchez López y Londoño Ruíz (1)
Referencia	(1) Sánchez López A, Londoño Ruíz AM. Prevalencia del uso de la anticoncepción postparto y factores asociados en mujeres colombianas: un análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2022.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: José Pablo Escobar Vasco.

Jefe departamento: Nelson Armando Agudelo Vanegas.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestros padres, nuestras parejas y familia, por creer en nuestras capacidades, por motivarnos, y brindarnos su apoyo incondicional. A la Universidad, a sus docentes, administrativos y a todas las personas que contribuyeron en nuestra formación como profesionales.

Tabla de contenido

Resumen.....	9
Introducción	11
1 Planteamiento del problema	12
2 Justificación.....	16
2.1 Pregunta de investigación.....	16
3 Objetivos	17
3.1 Objetivo general.....	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 Marcos	18
4.1 Marco conceptual	18
4.2 Marco referencial	20
4.3 Marco territorial.....	21
4.4 Marco normativo	23
5 Metodología	25
5.1 Tipo de estudio	25
5.2 Población de referencia	25
5.3 Población de estudio.....	25
5.4 Criterio de inclusión	25
5.5 Variables.....	26
5.6 Variable de desenlace	26
5.7 Variables independientes.....	27
5.8 Aspectos éticos.....	30
5.9 Análisis	30
6 Resultados	33

6.1 Prevalencia de anticoncepción	33
6.2 Factores sociodemográficos asociados con el uso de anticonceptivos	34
6.3 Factores de atención en salud asociados con el uso de anticonceptivos	36
6.4 Factores culturales asociados con el uso de anticonceptivos	37
6.5 Regresión logística	38
7 Discusión	42
8 Conclusiones.....	45
9 Recomendaciones.....	46
Referencias	47

Lista de tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables	27
Tabla 2. Plan de análisis	32
Tabla 3. Factores sociodemográficos relacionados con la anticoncepción en el periodo postparto de las mujeres colombianas	35
Tabla 4. Factores de atención en salud relacionados con la anticoncepción en el periodo postparto de las mujeres colombianas	37
Tabla 5. Factores culturales relacionados con la anticoncepción en el periodo postparto de las mujeres colombianas	38
Tabla 6. Regresión logística bivariado y multivariable que indica la relación de factores sociodemográficos, de atención en salud y culturales con las mujeres que planificaron después del parto.....	40

Lista de ilustraciones

Ilustración 1. Porcentaje de mujeres que usaron anticonceptivos en los primeros doce meses después del parto según la región de residencia34

Siglas, acrónimos y abreviaturas

ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
PIC	Plan de Atención Básica, hoy Plan de Intervenciones Colectivas
POS	Plan Obligatorio de Salud
CMC	Codificación Centenaria de Meses
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
PFPP	Planificación Familiar en el Periodo Postparto

Resumen

La anticoncepción posparto es fundamental después del embarazo ya que busca mejorar la calidad de vida de mujeres y niños. Evitar embarazos muy seguidos podría reducir el riesgo de abortos, hemorragias, anemia, partos prematuros, desnutrición e incluso la muerte. Varios factores sociales, culturales y de atención de la salud están involucrados en la falta de uso de métodos anticonceptivos posparto. **Objetivo:** Analizar la prevalencia y los factores asociados a la anticoncepción posparto en mujeres de Colombia. **Métodos:** Realizamos un análisis de datos secundarios de la Encuesta Colombiana de Demografía y Salud de 2015, la cual consiste en una muestra representativa de mujeres entre 13 y 49 años. **Resultados:** La prevalencia de anticoncepción durante el primer año después de finalizado el embarazo en mujeres colombianas fue de 58,4%. Las mujeres menos dadas a usar anticonceptivos en el primer año posparto fueron indígenas, afrodescendientes y residentes de la región atlántica. Las más dadas vivían en zonas urbanas, estaban en unión marital, su pareja aprobaba el uso de anticonceptivos y residían en las regiones Centro y Pacífico y Bogotá. La anticoncepción después de un año fue menor entre las adolescentes, las mujeres indígenas y las que vivían en la región atlántica. **Conclusión:** La anticoncepción posparto debe ser priorizada entre las adolescentes, mujeres indígenas y afrodescendientes, y residentes de la región Atlántica.

Palabras clave: anticoncepción posparto, mujeres, ENDS, factores sociodemográficos, culturales, atención en salud.

Abstract

Postpartum contraception is essential after pregnancy since it seeks to improve the quality of life of women and children. Avoiding pregnancies closely spaced, the risk of abortions, hemorrhages, anemia, premature babies, malnutrition and even death could be reduced. Various social, cultural and health care factors are involved in the lack of postpartum contraception use. **Objective:** Analyze the prevalence and factors associated with postpartum contraception among women in Colombia. **Methods:** We carry out a secondary data analysis of the Colombian Demography and Health Survey of 2015, which consists of a representative sample of women between 13 and 49 years of age. **Results:** The prevalence of contraception during the first year after the end of the pregnancy in Colombian women was 58.4%. Women less likely to use contraception in the first postpartum year were indigenous, Afro-descendants, and residents of the Atlantic region. Those most likely to use lived in urban areas, were in a marital union, their partner approved the use of contraceptives, and lived in the Central and Pacific regions and Bogotá. Contraception after one year was lower among adolescents, indigenous women and those living in the Atlantic region. **Conclusion:** Postpartum contraception should be prioritized among adolescents, indigenous and Afro-descendant women, and residents of the Atlantic region.

Keywords: postpartum contraception, women, ENDS, sociodemographic, cultural and health care factors

Introducción

La salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental, dentro de estos el acceso a métodos anticonceptivos (1) es esencial en la autonomía reproductiva y en el cuidado tanto de las mujeres como de los hombres. Adicionalmente, las prácticas y el conocimiento de los métodos anticonceptivos son una estrategia para el cuidado de la etapa postparto (2), por lo que es indispensable en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto (3). El espaciamiento de los embarazos es fundamental, para la disminución de la morbilidad materno-infantil (3), disminuyendo el riesgo de abortos, hemorragias, anemia, bebés prematuros, y desnutrición, que pueden aumentar el riesgo de muerte (4).

En Colombia, las investigaciones y la información sobre el uso de métodos anticonceptivos en el periodo postparto son limitadas. Se han encontrado estudios enfocados en la planificación familiar y de métodos anticonceptivos de manera general, pero no específicamente en mujeres después de un evento obstétrico. Algunos factores pueden influir en la planificación familiar postparto, es por esto, que a través de esta investigación se busca analizar los factores sociodemográficos, culturales y de atención en salud que se encuentran relacionados con el uso de los métodos anticonceptivos después del parto.

En este sentido, se realizó un análisis a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para el año 2015, donde se incluyeron las mujeres colombianas que tuvieron al menos un embarazo en los 5 años previos a la encuesta. Con los datos obtenidos se estudió el comportamiento de la prevalencia y los factores asociados al uso de anticonceptivos en el periodo postparto.

1 Planteamiento del problema

El postparto o puerperio es el tiempo que ocurre después de un evento obstétrico hasta la recuperación del organismo, se plantea tradicionalmente una duración de 6 a 8 semanas, debido a que es el tiempo donde se retorna a sus funciones fisiológicas y recupera sus niveles pregestacionales, sin embargo, no todos los sistemas son iguales, por lo que se considera extender la recuperación hasta 12 meses tras un embarazo (5).

Cabe resaltar que en este periodo es fundamental el uso de métodos anticonceptivos, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la planificación familiar postparto como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto (6). Existen diferentes teorías que tratan de explicar el porqué de la relación entre periodo intergenésico corto y la aparición de efectos adversos. Una de las más extendidas es la hipótesis de la depleción materna. Según esta teoría, las madres con un espaciamiento corto tienen un lapso insuficiente para recuperar las reservas nutricionales necesarias para formar a un nuevo feto. La teoría se centra en la deficiencia de folato, sin embargo, el Periodo Intergenésico Corto no es el único factor de riesgo de eventos obstétricos adversos, pues se han descrito otros factores como el nivel socioeconómico, la etnia, los estilos de vida, la edad materna, la multiparidad o el tabaquismo (5).

En Colombia existen factores que obstaculizan la priorización de este espaciamiento genésico; por ejemplo, la falta de un registro epidemiológico de la prevalencia de periodo intergenésico (corto y largo), la correcta definición de los términos del intervalo genésico y su aplicación posterior a un parto, aborto y cesárea (7).

En nuestro país la salud sexual y reproductiva es un derecho. En la actualidad, estos derechos, son vistos en todo el mundo como una identificación en el que cada individuo puede tomar decisiones sobre su vida, revalidando la propiedad que poseemos sobre nuestro cuerpo, sin que exista algún tipo de presión. Sin embargo, en Colombia, muchas mujeres, jóvenes y adolescentes no cuentan con todas las facilidades para acceder a la información y servicios que les permitan hacer uso este derecho (7).

El Ministerio de Salud y Protección Social en sus planes, programas y proyectos promueve los derechos sexuales y los derechos reproductivos de manera independiente, donde implica que todas las personas tienen el derecho a vivir su sexualidad sin vincularla a la reproducción, lo cual busca que la libre expresión de la sexualidad no sea vulnerada, fomentando el respeto, la dignidad, la protección, la seguridad y exigibilidad de esta (8).

En cuanto a los derechos reproductivos, los individuos pueden “decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia” (8).

Teniendo presentes estos derechos, uno de los elementos de la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva, es garantizar que la mujer antes, durante y después de culminar un embarazo, goce de seguridad o salud materna, es por esto que, la seguridad materna implica el completo bienestar durante la etapa gestacional, parto y el postparto, donde la calidad de vida constituya su bienestar físico, mental, social para llevar a cabo su etapa de maternidad de manera digna, segura y sin riesgos (9), por lo cual se considera la anticoncepción como un método para prevenir la mortalidad materno-infantil, embarazos de alto riesgo, y embarazos no planeados. Además “el uso de métodos anticonceptivos modernos permite el ejercicio satisfactorio y seguro de la sexualidad tanto de mujeres como de hombres. Las mujeres pueden postergar o evitar un embarazo cuando así lo deseen, ejerciendo su derecho fundamental a la autonomía reproductiva” (10).

La ausencia de métodos anticonceptivos después de la etapa gestacional pueden generar riesgos debido a los embarazos poco espaciados por lo que las consecuencias pueden ser abortos, hemorragias, anemia, bebés prematuros, pequeños para la edad gestacional, desnutrición e incluso la muerte (4). La mortalidad materna se considera un problema de salud pública, y uno de sus detonantes es la ausencia del uso de anticonceptivos postparto. Los países de bajos ingresos representaron el 99% de estas muertes, de las cuales dos terceras partes ocurren en África (9).

Siguen existiendo necesidades no cubiertas en materia de planificación familiar posparto: muchas mujeres que no desean concebir tras su último parto no emplean ningún tipo de método anticonceptivo y se encuentran en riesgo de tener un embarazo no deseado, siendo este porcentaje mayor en países en desarrollo, que en los países desarrollados (5), tal como se muestra en una publicación realizada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, donde se resalta la alta necesidad insatisfecha de espaciamiento de embarazos entre las mujeres en el posparto, donde solo el 40% usan métodos anticonceptivos y el 60% desean espaciar su embarazo pero no hacen uso de la planificación familiar en el periodo posparto (11).

Diversos factores sociales, culturales y de atención en salud están implicados en el no uso de los métodos de planificación posparto. La edad, la religión, la educación de la mujer y su pareja, la situación laboral, la paridad (12), el lugar de residencia (9), el uso de sustancias o problemas de salud mental (13), han sido mencionadas como factores asociados al no uso en diversos estudios. Por ejemplo, un estudio en Pakistán hace referencia a la mala calidad de los servicios limitando el acceso a la planificación, además expresan la falta de información y variedad de estos métodos (14). Similarmente, en Estados Unidos, un estudio reportó deficiencias en el acceso a la atención posparto, así como ausencia de dispositivos intrauterinos e implantes, falta de conocimiento, capacitación de los médicos y asesoramiento sobre anticonceptivos (15). Otro de los factores reportados en algunos países africanos es la cultura y las creencias, en vista que para algunas personas es inaceptable el uso de métodos de planificación, en consecuencia, prevalecen “sus creencias y determinan que las decisiones deben ser tomadas por el esposo y que la fertilidad está determinada por la voluntad de Dios” (14).

En Colombia, de otra parte, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015 los porcentajes más altos de demanda total de anticoncepción se encuentran en mujeres no unidas sexualmente activas, de 13 a 19 años (igual o mayor al 97.5%), sin educación formal (97.4%), y las del quintil de riqueza más alto (97.3%). En el periodo posparto, de las mujeres que tuvieron un nacimiento durante los cinco años previos a la encuesta, solamente la mitad (52.6%) recibió información sobre métodos

anticonceptivos, con un mayor porcentaje de información posterior al nacimiento (59.2%) que durante el período gestacional (31.1%) y al momento del parto (9.7%) (16).

2 Justificación

La investigación sobre la anticoncepción postparto en mujeres colombianas resulta de gran beneficio debido a que en Colombia la planificación familiar es un componente esencial de los servicios de atención de la salud.

Desde el punto de vista de la salud pública se busca identificar, controlar y mejorar las condiciones para la población (17), es por esto que la salud materno infantil es prioridad, y uno de sus elementos esenciales es el uso de anticonceptivos el periodo postparto, puesto que esta práctica promueve factores protectores y prevención del riesgo. Además la salud pública está encaminada a fomentar la salud, vigilar y controlar factores de riesgo (17), determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población (18) y fortalecer acciones en la población para buscar su bienestar.

Incrementar la información de la utilización de los anticonceptivos en esta etapa es fundamental para lograr experiencias positivas en el marco de la atención prenatal, parto y postparto, las cuales son bases para una maternidad saludable.

Este estudio busca analizar los factores sociodemográficos, culturales, de atención en salud, características de anticoncepción y periodo postparto, que se encuentran relacionados con el uso de los métodos anticonceptivos después del parto, utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2015. Este estudio puede contribuir con información que pueda guiar la creación de políticas y programas que conduzcan a la atención en los servicios de salud.

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados al uso de la anticoncepción postparto en mujeres colombianas?

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia y los factores asociados a la anticoncepción postparto de mujeres en Colombia.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia del uso de la anticoncepción postparto en mujeres de Colombia.
- Identificar factores sociodemográficos como edad, etnia, región, estado civil, nivel escolar, lugar de residencia, e índice de riqueza asociados a la anticoncepción posparto en mujeres de Colombia.
- Identificar factores de atención en salud como visita a un centro de salud, e información acerca de anticoncepción por parte de los proveedores asociados a la anticoncepción posparto en mujeres de Colombia.
- Identificar factores culturales como responsable de la toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos, y conocimiento y aprobación de la pareja acerca de su uso asociados a la anticoncepción posparto en mujeres de Colombia.

4 Marcos

4.1 Marco conceptual

En la investigación planteada sobre la anticoncepción postparto, es necesario tener en cuenta sus terminologías, definiciones y conceptos, ya que, teniendo presente esta información, facilita el desarrollo de esta, y así poder conocer la postura y los factores relacionados que presenta el uso de anticonceptivos en el periodo postparto de mujeres en Colombia.

La salud sexual y reproductiva presenta condiciones que dirigen a la aplicación como derechos humanos, por lo que todo ser humano es libre de disfrutar su sexualidad y reproducción (7). Los derechos sexuales y reproductivos son un “conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades.” (19). La educación sexual comprende aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, morales y religiosos, debido a esto, es importante mejorar las condiciones de salud de la población mediante actividades educativas que contribuyan a promover la salud, la seguridad sexual y reproductiva (20).

En Colombia las instituciones prestadoras de servicios de salud deben garantizar a las personas las asesorías e información adecuada por parte de un profesional de la salud acerca de los métodos anticonceptivos modernos. En el país existe un programa que se denomina planificación familiar, en el cual las personas tienen derecho a elegir libremente un método de calidad y gratuito que se facilita por parte de las instituciones administradoras y prestadoras de servicios de salud, la decisión se apoya en la información recibida y de acuerdo con sus propias necesidades (21). Algunos de los anticonceptivos modernos que existen son: Implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos, inyectables, píldoras, métodos de barrera: condón masculino y condón

femenino, anillo vaginal, parche transdérmico y esterilización masculina y femenina (19).

La mayoría de las muertes maternas son evitables, por lo que es importante brindar la atención adecuada durante el embarazo, asistencia en el parto, y apoyo en el periodo postparto (22). Uno de los elementos importantes en la planificación de embarazos es el periodo intergenésico, el cual define la OMS como “el intervalo entre la fecha del último evento obstétrico (aborto, parto vaginal o cesárea), y el inicio del siguiente embarazo. La duración del periodo intergenésico está relacionada con la salud materno-infantil y la incidencia de eventos adversos” (5).

El periodo intergenésico es importante para la salud de las madres, debido a que esta etapa, está orientada a la recuperación de su organismo y restaurar los micronutrientes de su cuerpo. Además, es fundamental brindar la atención adecuada a los neonatos por lo que uno de los componentes primordiales es la lactancia, la suspensión de esta conlleva a complicaciones para el desarrollo del recién nacido (23). Estos son determinantes vitales para preservar la calidad de vida de ambos, por lo que durante el periodo intergenésico es elemental promover la anticoncepción postparto siendo este un componente de prevención de embarazos no deseados y poco espaciados durante los primeros 12 meses después del parto (24).

La OMS establece que el intervalo mínimo entre un nacimiento vivo (ya sea parto vaginal o cesárea), y el siguiente embarazo debe ser de 24 meses para disminuir el riesgo de complicaciones. Aunque existe falta de consenso, la mayor parte de los expertos coincide en que el periodo intergenésico tras un nacimiento vivo no debe ser menor de 18 meses. En el caso de los abortos (espontáneos o inducidos) la recomendación es de esperar al menos seis meses hasta el próximo embarazo (5).

La hipótesis de “depleción materna” es el principal mecanismo que provoca los efectos obstétricos adversos en periodos intergenésicos cortos y se considera que la hipótesis de “regresión fisiológica” es el mecanismo propuesto para la presencia de efectos obstétricos adversos en periodo intergenésico largo (23).

4.2 Marco referencial

En la etapa postparto es fundamental el cuidado de la gestante y el recién nacido, buscando mejorar su calidad de vida. Con el fin de preservar la salud materno infantil, lo recomendable para dar paso a un nuevo embarazo es tener un lapso de espera de dos años después de un nacimiento, y de esta manera cuidar la salud tanto de la madre como la del niño nacido (4).

En diversos estudios existen factores que influyen en la anticoncepción postparto, uno de estos, es el acceso a los servicios de salud, por lo que este factor dificulta el uso de la planificación postparto, debido a que la información no es suficiente acerca de los beneficios que conlleva implementar los métodos anticonceptivos modernos (14). Existen lugares en los que se dificulta acceder a los servicios de salud dado que se encuentran en sectores distanciados, siendo esto una barrera en la población para el acceso a la anticoncepción postparto que es vital en la prevención de riesgos.

La prevalencia del uso de anticonceptivos en Colombia muestra que sólo el 26,4% de las adolescentes colombianas inician el uso de métodos anticonceptivos después de que han tenido un hijo (25). “Referente al nivel educativo y la riqueza, las mujeres sin educación formal y en quintil inferior de riqueza reportaron mayores porcentajes de necesidades insatisfechas de anticoncepción, además se observan gradientes que evidencian que mientras aumenta el nivel educativo y el quintil de riqueza, disminuye el porcentaje de necesidad de métodos anticonceptivos insatisfechos. Los departamentos que presentan mayores niveles de necesidades insatisfechas de anticoncepción son Vaupés (38.4%), Chocó (17.6%), Guainía (17.2%) y Amazonas (15.8%). De manera contraria, los departamentos con menores porcentajes son Caldas, Bogotá y Nariño con 4 por ciento” (16).

En países como Pakistán, Etiopía, y algunos otros países africanos se presenta un fenómeno en cuanto a los factores culturales y de atención en salud, demostrando la influencia que tiene la comunidad, el dominio del hombre y la subordinación de la mujer, así mismo como las creencias, la fe religiosa y las dificultades en cuanto al acceso a los servicios de salud (9).

4.3 Marco territorial

Según el CENSO nacional de población y vivienda 2018, se estima que el total de la población colombiana es de 48.258.494, donde el 51,2% son mujeres y 48,8% son hombres. Por grupos de edad, el 22,6% está en el rango de 0-14 años; el 68,3% en el de 15-64 años, y el 9,1% de 65 y más años (26). En Colombia, el 77,1% del total de la población está ubicada en las cabeceras municipales, el 7,1% en centros poblados, y el 15,8% en la zona rural dispersa (26).

El Programa de Encuestas de Demografía y Salud es el responsable de recopilar y difundir datos precisos y representativos a nivel nacional sobre salud y población en los países en desarrollo. Este programa ha recopilado, analizado y difundido datos precisos y representativos sobre población, salud, VIH y nutrición a través de más de 400 encuestas en más de 90 países (27).

Los tipos de datos recopilados varían según el tipo de encuesta, aunque se utilizan indicadores y metodologías estandarizadas en todo lo posible. Las encuestas representativas a nivel nacional están diseñadas para recopilar datos sobre indicadores de seguimiento y evaluación de impacto importante para los países y para realizar comparaciones entre ellos (27). El propósito del programa es apoyar a los gobiernos y entidades privadas en el desarrollo y diseño de la encuesta, que tiene como fin identificar los cambios que ocurren en el país a nivel sociodemográfico y de salud en los últimos cinco años. La encuesta “se aplican en muestras representativas de mujeres de 15 a 49 años y, en algunos países, en hombres de 15 a 59 años. Suministran información sobre los niveles y tendencias de la fecundidad, la mortalidad infantil y en la niñez, la anticoncepción, la salud materno infantil y el estado nutricional de los menores de 5 años, así como importantes aspectos del cuidado de la salud de las mujeres, las niñas, los niños y los hombres” (16).

Las encuestas nacionales en los países en desarrollo son propensas a reportar respuestas parciales, debido a que los registros de los cuestionarios reportan información inconsistente para las diferentes preguntas, lo cual genera datos incompletos o inconsistentes y dificulta el análisis, es por esto que el programa DHS ha planteado una política de edición e imputación con el objetivo de producir datos de alta

calidad, tener precisión de la población estudiada y de lograr análisis coherentes y consistentes (28).

La política de calidad de datos primarios incluye: valores perdidos y otras excepciones, pesos de muestreo, cálculos de la mediana, otras herramientas de la demografía, todos los factores de las mujeres y el índice de riqueza (28).

El Programa de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) ha recopilado, analizado y difundido datos precisos y representativos sobre población, salud, VIH y nutrición a través de más de 400 encuestas en más de 90 países. Durante más de 30 años, el programa DHS ha sido una fuente principal de datos sobre el uso de la planificación familiar. Los datos de planificación familiar están disponibles en más de 80 países.

En Colombia la organización ejecutora de la encuesta es PROFAMILIA, una organización privada sin ánimo de lucro que promueve el respeto y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de toda la población colombiana. En el país la encuesta es conocida como encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) y se ha realizado cada cinco años durante las últimas tres décadas. La ENDS 2015 hace referencia a:

- El monitoreo de las metas propuestas en la Dimensión de Sexualidad y Derechos del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.
- El seguimiento del cumplimiento de los objetivos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014.
- Los compromisos adquiridos en el marco del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo para América Latina y el Caribe 2013.
- Los Objetivos de Desarrollo Sostenible se implementan a través de una agenda que se desarrollará durante los próximos 15 años (29).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 se desarrolló en una submuestra de la Muestra de Hogares para Estudios en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, con desagregación geográfica: a nivel departamental, regional, subregional, urbano/rural y, demográfica: por grupos de edad y sexo, quintiles de

riqueza y nivel educativo. El universo de estudio para la ENDS 2015 está constituido por la población civil, no institucionalizada, de 13 a 69 años, de las zonas urbanas y rurales de 1.122 municipios de 32 departamentos de Colombia y Bogotá D.C. (16).

4.4 Marco normativo

Los deberes de los usuarios de servicios de salud están resumidos en el último inciso del artículo 49 de la constitución política: “Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”. No puede hablarse sobre salud sexual y reproductiva sin hacer referencia a los derechos humanos, sexuales y reproductivos (30).

En la Carta de derechos sexuales y reproductivos de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) escrita en Londres en 1996, propone diferentes derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos, uno de ellos es el Derecho a la atención y protección de la salud. Implica la promoción, prevención, atención y rehabilitación dirigida a satisfacer las necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva y para la regulación de la fecundidad (31).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) contenido en la Ley 100 de 1993 aprobada con base en el artículo 49 de la Constitución, da lugar a una amplia reglamentación en todos los aspectos. Es así como el Plan de Atención Básica, hoy Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS), contemplan acciones y servicios destinados a atender las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de la población, sin ningún tipo de discriminación. Los servicios en el campo de la salud sexual y de la salud reproductiva, que están cubiertos en la actualidad por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS), son: consejería y suministro de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres, adultos y jóvenes temporales de barrera (condón y espermicidas), hormonales (orales, inyectables e implante subdérmico), dispositivo intrauterino, esterilización definitiva para hombres y mujeres mayores de edad e interrupción voluntaria del embarazo, en los casos despenalizados por la Corte Constitucional (sentencia C-355 de 2006) (20).

En la resolución 3280 de 2018, en la sesión 4.4 del curso de vida, la maternidad y la paternidad se enfoca en la educación en conjunto con profesionales de la salud y su entorno familiar, con el propósito de desarrollar capacidades para el cuidado de la salud y disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad durante la gestación, el parto el puerperio (32).

En Colombia, basados en la Resolución 769 de 2008 y 1973 de 2008, norma vigente sobre anticoncepción para hombres y mujeres que indica la obligatoriedad de los servicios de salud de ofrecer información en anticoncepción, suministrar el método anticonceptivo que más se ajuste a las necesidades y brindar el seguimiento de su uso, para que las personas o parejas puedan ejercer el derecho a decidir libre y responsablemente si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos (33).

Resolución 202 de 2021 donde por la cual se modifica el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012 y se sustituye su anexo técnico con el propósito de ajustarlo a la captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (34).

En 2003 el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 – 2007 mediante la cual se fijaron las prioridades para guiar la intervención del Estado en seis áreas de intervención: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, y violencia doméstica y sexual (20).

5 Metodología

5.1 Tipo de estudio

El presente trabajo tuvo un abordaje empírico analítico, mediante un análisis secundario de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2015 de Colombia.

5.2 Población de referencia

La población de referencia es aquella que fue incluida en la ENDS, la cual estuvo constituida por una muestra estadísticamente representativa de las mujeres colombianas entre los 13 y 49 años.

5.3 Población de estudio

Mujeres Colombianas entre los 13 y 49 años que reportaron en la ENDS del 2015, haber tenido al menos un embarazo entre 2010 y 2015. La encuesta contaba con 38.718 registros, solamente 8.348 mujeres respondieron haber tenido un embarazo en los cinco años previos a la encuesta, lo cual se constituyó en nuestra población de estudio.

5.4 Criterio de inclusión

En nuestro estudio se incluyeron todas las mujeres que contestaron en la encuesta que habían tenido al menos un embarazo (indistintamente si este terminó con un nacido vivo o no) en los cinco años previos a la encuesta.

5.5 Variables

La encuesta tenía 5.770 variables, para facilitar el análisis y teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se excluyeron las variables que no eran de interés para nuestro estudio, quedando solamente con 13 variables.

5.6 Variable de desenlace

La variable desenlace dentro de esta investigación fue la anticoncepción postparto del último hijo registrado en los cinco años previos a la encuesta.

Se calculó con las variables: fecha de inicio del uso del método y fecha de nacimiento del último hijo, las cuales estaba expresadas en la encuesta a través de la Codificación Centenaria de Meses (CMC) (35), que es el número del mes desde el inicio del siglo (año 1900) (36).

$$\begin{aligned} & \text{Número de meses entre el nacimiento del último hijo y el inicio de anticoncepción} \\ & = \text{Fecha de inicio del uso del método} - \text{fecha de nacimiento del último hijo} \end{aligned}$$

Esta variable continua se categorizó inicialmente de la siguiente manera:

- Mujeres que no usaron anticonceptivos después del último parto
- Mujeres que usaron anticonceptivos entre los 0 y 6 meses después del último parto
- Mujeres que usaron anticonceptivos entre los 7 y 12 meses después del último parto
- Mujeres que usaron anticonceptivos 13 meses o más después del último parto

Luego esta variable se recategorizó de la siguiente manera:

- Mujeres que no usaron anticonceptivos después del último parto
- Mujeres que usaron anticonceptivos entre los 0 y 12 meses después del último parto
- Mujeres que usaron anticonceptivos 13 meses o más después del último parto

Por último, la variable se agrupó en dos categorías

- Mujeres que no usaron anticonceptivos después del último parto
- Mujeres que usaron anticonceptivos después del último parto

5.7 Variables independientes

En la tabla 1, se presenta la operacionalización de las variables. Algunas variables se recategorizaron luego de una exploración descriptiva inicial, se fusionaron categorías semejantes y con bajo número de respuestas, facilitando así su descripción y análisis. Todas las variables fueron nominales.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Factor	Variable	Definición	Categorías	Recategorización
Socio-demográfico	Edad	La edad de los encuestados se encuentra dividida por grupos de edad de cada 5 años (13-49 años)	1. 13-14 2. 15-19 3. 20-24 4. 25-29 5. 30-34 6. 35-39 7. 40-44 8. 45-49	1. 13-19 años 2. 20-29 años 3. 30-39 años 4. 40-49 años
	Etnia	Describe la etnia a la que pertenece el encuestado.	1. Indigenous 2. Gypsy (ROM) 3. Raizal from San Andres 4. Palanquero from San Basilio 5. Black/Mulatto/ Afro-Colombian/ Afro-descendant 6. None of the above	1. Indígenas 2. Afrodescendiente , Raizal y Palenquero 3. Ninguna de las anteriores
	Región	La región de residencia De-facto.	1. Atlántica 2. Oriental 3. Central 4. Pacífica 5. Bogotá 6. Orinoquía/ Amazonía	

Factor	Variable	Definición	Categorías	Recategorización
	Estado civil	Estado civil actual del encuestado	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado 6. Ya no vive juntos/ Separados	1. En unión 2. Sin unión
	Nivel escolar	Mayor nivel educativo al que asistieron.	1. No educación 2. Preescolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Academia media o Clásica 6. Media técnica 7. Técnica profesional 8. Tecnológico 9. Profesional 10. Formación de postgrado 11. Estudios de maestría 12. PHD 13. No sabe	1. No educación 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica o tecnólogo 5. Profesional y Posgrado 6. No sabe
	Lugar de residencia	El tipo de lugar de residencia De-facto.	1. Urbana 2. Rural	
	Índice de riqueza	Asigna una ponderación acorde al índice de riqueza en un hogar, variable calculada por los realizadores de la encuesta.	1. Lo más pobres 2. Pobres 3. Media 4. Ricos 5. Los más ricos	
Atención en salud	Centro de salud visitado los últimos 12 meses	Si el respondiente visitó un centro de salud por cualquier motivo en los doce meses anterior a la entrevista.	1. No 2. Si	

Factor	Variable	Definición	Categorías	Recategorización
	¿En el centro de salud se le habló de planificación familiar?	Si alguno de los funcionarios de la institución de salud habló con el respondiente sobre la planificación familiar. BASE: Las mujeres que visitó un centro de salud en los últimos 12 meses.	1. No 2. Si	
	¿Sabe que el seguro médico debe proporcionar un método sin copago?	Cuestiona si la encuestada sabe que el seguro médico debe proporcionar un método sin copago	1. No 2. Si	
Culturales	Responsable de la toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos	Detalla quién es el responsable de la toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos	1. Encuestado 2. Esposo- pareja 3. Decisión conjunta 4. Otro	
	El esposo sabe que el encuestado está usando anticonceptivos	Cuestiona si el esposo o pareja sabe que el encuestado está usando anticonceptivos	1. No 2. Si 3. No aprueba	
	La pareja aprueba el uso de anticonceptivos	Especifica si la pareja aprueba el uso de anticonceptivos	1. Aprueba 2. No aprueba 3. Sin opinión	

5.8 Aspectos éticos

Según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación se considera una Investigación sin riesgo, dado que “son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.” (37).

5.9 Análisis

El primer paso fue realizar análisis descriptivo a través de medidas de frecuencia de todas las variables con el fin de conocer la distribución de cada una de las categorías y la magnitud de los datos faltantes. Posteriormente se efectuó análisis bivariado con la variable de desenlace que contiene tres categorías: *mujeres que no usaron anticonceptivos después del último parto*, *mujeres que usaron anticonceptivos entre los 0 y 12 meses después del último parto* y *mujeres que usaron anticonceptivos 13 meses o más después del último parto*, y cada una de las variables independientes, utilizando la prueba de Chi cuadrado para identificar diferencias estadísticamente significativas entre lo esperado y lo observado, considerando un valor de $p < 0,05$.

También, se realizó una regresión logística bivariada y una regresión multivariada multinomial, con el fin de identificar los factores asociados con el uso de anticonceptivos en el periodo postparto. La regresión bivariada se realizó con cada una de las variables independientes y la variable de desenlace que corresponde a las siguientes categorías: *mujeres que no usaron anticonceptivos después del último parto*, *mujeres que usaron anticonceptivos entre los 0 y 12 meses después del último parto* y *mujeres que usaron anticonceptivos 13 meses o más después del último parto*. Posteriormente, utilizando el criterio de Hosmer Lemeshow ($p < 0,25$) se ingresaron

variables al modelo multinomial utilizando el método hacia atrás condicional, para este modelo multinomial, se realizaron dos tipos de análisis. El primero se realizó con la variable dicotómica con las mujeres que planificaron en el periodo postparto y las mujeres que no planificaron. Luego se realizó otro modelo con la variable de desenlace con tres categorías. El modelo con las tres categorías de desenlace es el modelo que decide conservarse pues explica de mejor forma el fenómeno.

Todos los análisis se realizaron utilizando IBM SPSS Statistics versión 22.

Tabla 2. Plan de análisis

Objetivo específico	Variables relacionadas	Análisis univariado	Análisis bivariado	Análisis multivariado
Determinar la prevalencia del uso de la anticoncepción postparto en mujeres de Colombia	Anticoncepción último hijo Subregión	Porcentajes		
Identificar factores sociodemográficos como edad, etnia, región, estado civil, nivel escolar, lugar de residencia, e índice de riqueza asociados a la anticoncepción posparto en mujeres de Colombia.	Edad Etnia Región Estado civil Nivel escolar Lugar de residencia Índice de riqueza	Porcentajes	Chi cuadrado y regresión logística bivariada entre cada una de las variables independientes y la variable de desenlace.	Regresión logística multinomial
Identificar factores de atención en salud como visita a un centro de salud, e información acerca de anticoncepción por parte de los proveedores asociados a la anticoncepción posparto en mujeres de Colombia	Centro de salud visitado los últimos 12 meses ¿En el centro de salud se le habló de planificación familiar? ¿Sabe que el seguro médico debe proporcionar un método sin copago?	Porcentajes	Chi cuadrado y regresión logística bivariada entre cada una de las variables independientes y la variable de desenlace.	Regresión logística multinomial
Identificar factores culturales como responsable de la toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos, y conocimiento y aprobación de la pareja acerca de su uso asociados a la anticoncepción posparto en mujeres de Colombia	Responsable de la toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos El esposo sabe que el encuestado está usando anticonceptivos La pareja aprueba el uso de anticonceptivos	Porcentajes	Chi cuadrado y regresión logística bivariada entre cada una de las variables independientes y la variable de desenlace.	Regresión logística multinomial

6 Resultados

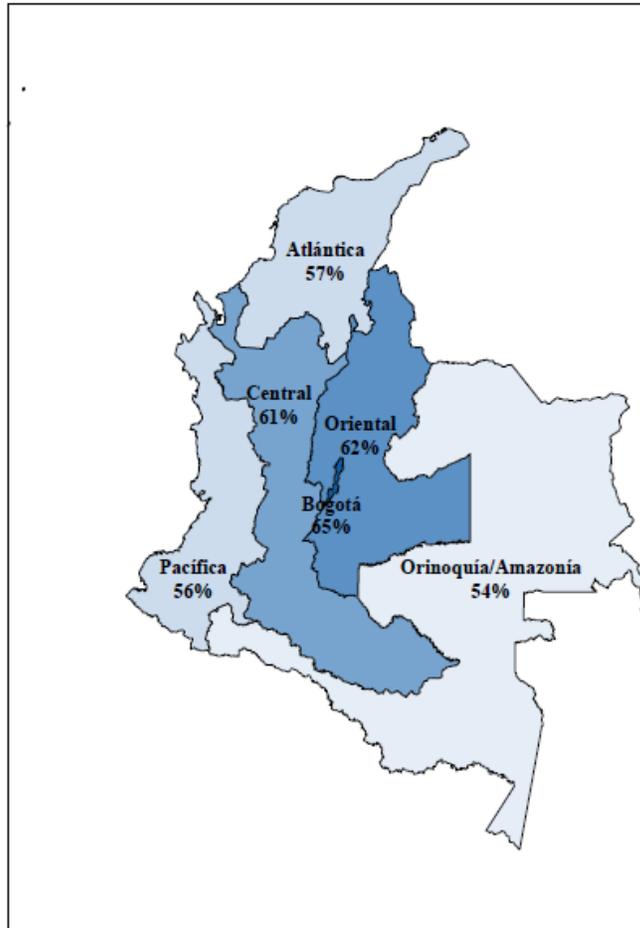
Se incluyeron 8348 mujeres, donde el 51,1% se encontraban entre los 20 a 29 años, seguido por las de 30 a 39 años (31%). La mayoría de las participantes (76,5%) no declararon ninguna etnia, el 26,4% residían en la región Atlántica, el 72,7% de las participantes se encontraban en unión y el 50,5% había completado la secundaria, el 72,4% y el 27,6% de las mujeres, habitaban en las zonas urbanas y rurales respectivamente, y el 38,7% reportaban un índice de riqueza de la categoría los más pobres.

6.1 Prevalencia de anticoncepción

Para definir la prevalencia de anticoncepción postparto se utilizó la variable desenlace que contiene cuatro categorías. El 21,7% de las mujeres que no usaron anticonceptivos después del último parto, el 49,1% usaron anticonceptivos entre los 0 y 6 meses postparto, el 9,3% usaron anticonceptivos entre los 7 y 12 meses postparto, y el 20% usaron anticonceptivos 13 meses postparto. En conclusión, el 58,4% de las mujeres usaron anticonceptivos durante el primer año postparto.

Las regiones Bogotá, Oriental y Central presentaron mayor planificación en los primeros doce meses después del parto. En las regiones Atlántica y Pacífica tuvieron un porcentaje de significancia similar y en la Orinoquía/Amazonía fue la región donde fue menor el uso de la planificación (Ilustración 1).

Ilustración 1. Porcentaje de mujeres que usaron anticonceptivos en los primeros doce meses después del parto según la región de residencia



6.2 Factores sociodemográficos asociados con el uso de anticonceptivos

El 52,7% de las participantes que no usaron anticonceptivos estaban entre los 20 y 29 años y tan solo el 6,2% de las mujeres entre 40 y 49 años no usaban (Tabla 3). Aunque en el análisis solamente había un 12,4% de mujeres indígenas, del total de mujeres que no planificaron estas representaban el 17,2%. Además, de la variable región se destaca que el 32,7% de las mujeres pertenecientes a la región atlántica no usaban métodos anticonceptivos comparado con Bogotá donde se presentó el 4%. De otra parte, entre los 0 y 6 meses después del parto de las mujeres que planificaban el 81,1%. se encontraban en unión y el 50,1% eran mujeres que alcanzaron el grado de

escolaridad secundaria. Por otro lado, casi la mitad (45,8%) de las mujeres que no planificaron se encontraban en el quintil de mayor pobreza. En conclusión, todas las variables relacionadas a este factor muestran significancia con el uso de anticoncepción en el periodo postparto.

Tabla 3. Factores sociodemográficos relacionados con la anticoncepción en el periodo postparto de las mujeres colombianas

Variables sociodemográficas	Anticonceptivos										Valor-P*
	Mujeres que no usaron anticonceptivos postparto n=1810		Mujeres que usaron anticonceptivos entre los 0 y 6 meses postparto n=4096		Mujeres que usaron anticonceptivos entre los 7 y 12 meses postparto n=773		Mujeres que usaron anticonceptivos 13 meses postparto n=1669		Total n=8348		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad											
13-19	294	16,2	414	10,1	116	15,0	110	6,6	934	11,2	<.0001
20-29	953	52,7	1850	45,2	446	57,7	1019	61,1	4268	51,1	
30-39	450	24,9	1507	36,8	168	21,7	462	27,7	2587	31,0	
40-49	113	6,2	325	7,9	43	5,6	78	4,7	559	6,7	
Etnia											
Indígenas	311	17,2	445	10,9	90	11,6	193	11,6	1039	12,4	<.0001
Afrodescendiente, Raizal, Palenquero	225	12,4	415	10,1	76	9,8	208	12,5	924	11,1	
Ninguna de las anteriores	1274	70,4	3236	79,0	607	78,5	1268	76,0	6385	76,5	
Región											
Atlántica	592	32,7	1085	26,5	160	20,7	365	21,9	2202	26,4	<.0001
Oriental	192	10,6	577	14,1	114	14,7	224	13,4	1107	13,3	
Central	317	17,5	884	21,6	178	23,0	354	21,2	1733	20,8	
Pacífica	268	14,8	602	14,7	111	14,4	284	17,0	1265	15,2	
Bogotá	72	4,0	266	6,5	51	6,6	96	5,8	485	5,8	
Orinoquía/Amazonía	369	20,4	682	16,7	159	20,6	346	20,7	1556	18,6	

Estado civil											
En unión	948	52,4	3321	81,1	578	74,8	1219	73,0	6066	72,7	<.0001
Sin unión	862	47,6	775	18,9	195	25,2	450	27,0	2282	27,3	
Nivel escolar completado											
No educación	49	2,7	65	1,6	7	0,9	23	1,4	144	1,7	0,009
Primaria	342	18,9	711	17,4	120	15,5	283	17,0	1456	17,4	
Secundaria	907	50,1	2061	50,3	405	52,4	842	50,4	4215	50,5	
Técnica o tecnólogo	321	17,7	751	18,3	148	19,1	335	20,1	1555	18,6	
Profesional y	191	10,6	508	12,4	93	12,0	186	11,1	978	11,7	
Posgrado											
Lugar de residencia											
Urbana	1249	69,0	3037	74,1	569	73,6	1189	71,2	6044	72,4	<.0001
Rural	561	31,0	1059	25,9	204	26,4	480	28,8	2304	27,6	
Índice de riqueza											
Lo más pobres	829	45,8	1477	36,1	297	38,4	627	37,6	3230	38,7	<.0001
Pobres	403	22,3	965	23,6	170	22,0	402	24,1	1940	23,2	
Media	274	15,1	693	16,9	153	19,8	268	16,1	1388	16,6	
Ricos	181	10,0	544	13,3	90	11,6	218	13,1	1033	12,4	
Los más ricos	123	6,8	417	10,2	63	8,2	154	9,2	757	9,1	

6.3 Factores de atención en salud asociados con el uso de anticonceptivos

Las variables relacionadas con los factores de atención en salud son significativas. Alrededor del 70% de las mujeres había visitado un centro de salud en los últimos 12 meses y el 72% de ellas sabía que el seguro médico debía proporcionar un método sin copago; sin embargo, solamente al 49% le hablaron de planificación familiar. La tabla 4 muestra la distribución del uso de anticoncepción posparto de acuerdo con los factores de salud analizados.

Tabla 4. Factores de atención en salud relacionados con la anticoncepción en el periodo postparto de las mujeres colombianas

Variables atención en salud	Anticonceptivos										Valor- P*
	Mujeres que no usaron anticonceptivos postparto n=1810		Mujeres que usaron anticonceptivos entre los 0 y 6 meses postparto n=4096		Mujeres que usaron anticonceptivos entre los 7 y 12 meses postparto n=773		Mujeres que usaron anticonceptivos 13 meses postparto n=1669		Total n=8348		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
¿Visitó en los últimos 12 meses un centro de salud?											
No	605	33,4	1190	29,1	255	33,0	505	30,3	2555	30,6	0.004
Si	1205	66,6	2906	70,9	518	67,0	1164	69,7	5793	69,4	
¿En el centro de salud se le habló de la planificación familiar? †											
No	578	48,0	1579	54,3	242	46,7	566	48,6	2965	51,2	<.0001
Si	627	52,0	1327	45,7	276	53,3	598	51,4	2828	48,8	
¿Sabe que el seguro médico debe proporcionar un método sin copago?											
No	568	31,4	1189	29,0	192	24,8	408	24,4	2357	28,2	<.0001
Si	1242	68,6	2907	71,0	581	75,2	1261	75,6	5991	71,8	

6.4 Factores culturales asociados con el uso de anticonceptivos

Las variables El esposo sabe que el encuestado está usando anticonceptivos y Responsable de la toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos, no muestran diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de la variable de desenlace. De otra parte, el 97.2% de las participantes respondió que la pareja aprobaba el uso de anticonceptivos y aproximadamente el 2% no aprobaba, el 4% de estas últimas no uso anticonceptivos, y el 2,1% de las mujeres que reportaron que no había una opinión de la pareja tampoco usaron anticonceptivos.

Tabla 5. Factores culturales relacionados con la anticoncepción en el periodo postparto de las mujeres colombianas

Variables culturales	Anticonceptivos										Valor-P*
	Mujeres que no usaron anticonceptivos postparto n=1810		Mujeres que usaron anticonceptivos entre los 0 y 6 meses postparto n=4096		Mujeres que usaron anticonceptivos entre los 7 y 12 meses postparto n=773		Mujeres que usaron anticonceptivos 13 meses postparto n=1669		Total n=8348		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Responsable de la toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos											
Encuestado	0	0,0	746	23,0	112	19,7	270	22,8	1128	22,6	0.241
Esposo - pareja	1	12,5	96	3,0	18	3,2	44	3,7	159	3,2	
Decisión conjunta	7	87,5	2379	73,4	436	76,8	867	73,2	3689	73,8	
Otro	0	0,0	20	0,6	2	0,4	3	0,3	25	0,5	
La pareja sabe que el encuestado está usando anticonceptivos											
No	0	0,0	80	2,8	10	2,1	35	3,5	125	2,9	0.269
Si	0	0,0	2749	97,2	475	97,9	959	96,5	4183	97,1	
La pareja aprueba el uso de anticonceptivos											
Aprueba	1700	93,9	4014	98,0	760	98,3	1643	98,4	8117	97,2	<.0001
No aprueba	72	4,0	61	1,5	10	1,3	17	1,0	160	1,9	
Sin opinión	38	2,1	21	0,5	3	0,4	9	0,5	71	0,9	

6.5 Regresión logística

Primero se realizaron regresiones logísticas bivariadas entre cada una de las variables independientes y la variable de desenlace con el propósito de identificar la existencia de algún patrón particular entre las características de uso y los factores sociodemográficos, de atención en salud y culturales. También, detectar la fuerza de asociación y significancia.

Además, se realizó un análisis multivariado a través de una regresión logística multinomial, donde se planteó un modelo inicial con la variable dicotómica, que explicaba el 10% de la varianza a través de siete variables a saber, etnia, región, estado civil, lugar de residencia, índice de riqueza, en el centro de salud se le habló de la planificación familiar, pareja aprueba uso de métodos anticonceptivos.

Las mujeres con menor probabilidad de usar anticonceptivos entre los 0 y 12 meses después del parto fueron mujeres indígenas, afrodescendientes, y residentes de la región Atlántica, comparadas con aquellas residentes de la Amazonia/Orinoquia. De otra parte, las que tuvieron más chance de usar anticonceptivos fueron aquellas que comparadas con las residentes de la Amazonia/Orinoquia vivían en la región Central, Bogotá, y Pacífico, de igual manera aquellas mujeres en unión marital, residentes de zonas urbanas, y aquellas cuyas parejas aprobaban el uso de anticonceptivos comparadas con aquellas que habían respondido que la pareja no tenía ninguna opinión.

Los factores relacionados con un menor uso de anticonceptivos después del año de la finalización del embarazo fueron tener entre 13 y 19 años en comparación con aquellas mayores de 40 años, las mujeres indígenas y las residentes de la zona Atlántica comparadas con las de la Amazonia/Orinoquia. Aquellas con mayor probabilidad de uso estaban en unión y respondieron que su pareja aprobó el uso de anticonceptivos (Tabla 6).

Tabla 6. Regresión logística bivariado y multivariable que indica la relación de factores sociodemográficos, de atención en salud y culturales con las mujeres que planificaron después del parto

Variables	Bivariado*					Multivariado*				
	Mujeres que planificaron entre los 0 y 12 meses después del parto			Mujeres que planificaron 13 meses después del parto		Mujeres que planificaron entre los 0 y 12 meses después del parto			Mujeres que planificaron 13 meses después del parto	
	OR (95% CI)	Valor-P		OR (95% CI)	Valor-P	OR (95% CI)	Valor-P	OR (95% CI)	Valor-P	
Edad										
13-19	0.55 (0.43, 0.71)	<.0001		0.54 (0.38, 0.78)	<.0001	0.86 (0.61, 1.21)	0.38	0.57 (0.36, 0.90)	0.02	
20-29	0.74 (0.59, 0.93)	0.01		1.55 (1.15, 2.09)	<.0001	0.82 (0.61, 1.10)	0.19	1.40 (0.96, 2.03)	0.08	
30-39	1.14 (0.90, 1.45)	0.27		1.49 (1.08, 2.04)	0.01	1.01 (0.74, 1.37)	0.96	1.12 (0.76, 1.65)	0.58	
40-49	Referencia					Referencia				
Etnia										
Indígenas	0.57 (0.49, 0.66)	<.0001		0.62 (0.51, 0.76)	<.0001	0.67 (0.54, 0.84)	<.0001	0.66 (0.50, 0.87)	<.0001	
Afrodescendiente, raizal, palenquero	0.72 (0.61, 0.86)	<.0001		0.93 (0.76, 1.14)	0.48	0.73 (0.58, 0.92)	0.01	0.87 (0.66, 1.15)	0.33	
Ninguna de las anteriores	Referencia					Referencia				
Región										
Atlántica	0.92 (0.79, 1.08)	0.31		0.66 (0.54, 0.80)	<.0001	0.79 (0.64, 0.97)	0.03	0.57 (0.44, 0.73)	<.0001	
Oriental	1.58 (1.29, 1.93)	<.0001		1.24 (0.98, 1.59)	0.08	1.22 (0.94, 1.59)	0.14	0.90 (0.66, 1.22)	0.49	
Central	1.47 (1.23, 1.75)	<.0001		1.19 (0.96, 1.47)	0.10	1.42 (1.12, 1.79)	<.0001	1.03 (0.78, 1.36)	0.84	
Pacífica	1.17 (0.97, 1.41)	0.10		1.13 (0.90, 1.41)	0.28	1.32 (1.02, 1.70)	0.04	1.04 (0.77, 1.40)	0.82	
Bogotá	1.93 (1.45, 2.57)	<.0001		1.42 (1.01, 2.00)	0.04	1.57 (1.11, 2.22)	0.01	0.96 (0.63, 1.47)	0.86	
Orinoquia/Amazonia	Referencia					Referencia				
Estado civil										
Con unión	3.65 (3.25, 4.10)	<.0001		2.46 (2.14, 2.84)	<.0001	3.56 (3.08, 4.13)	<.0001	2.47 (2.07, 2.96)	<.0001	
Sin unión	Referencia					Referencia				
Nivel escolar										
No educación	0.47 (0.31, 0.70)	<.0001		0.48 (0.28, 0.82)	0.01					

Primaria	0.77 (0.63, 0.95)	0.01	0.85 (0.66, 1.10)	0.21						
Secundaria	0.86 (0.72, 1.03)	0.11	0.95 (0.76, 1.19)	0.67						
Técnica o tecnólogo	0.89 (0.72, 1.09)	0.27	1.07 (0.83, 1.38)	0.59						
Profesional y Posgrado	Referencia									
Lugar de residencia										
Urbana	1.28 (1.14, 1.44)	<.0001	1.11 (0.96, 1.29)	0.15	1.23 (1.05, 1.45)	0.01	1.05 (0.86, 1.27)	0.63		
Rural	Referencia				Referencia					
Índice de riqueza										
Lo más pobres	0.55 (0.44, 0.68)	<.0001	0.60 (0.47, 0.78)	<.0001						
Pobres	0.72 (0.57, 0.91)	0.01	0.80 (0.61, 1.05)	0.10						
Media	0.79 (0.62, 1.01)	0.06	0.78 (0.58, 1.04)	0.10						
Ricos	0.90 (0.69, 1.16)	0.41	0.96 (0.71, 1.31)	0.81						
Los más ricos	Referencia									
En el centro de salud se le habló de la planificación familiar										
No	1.23 (1.08, 1.41)	<.0001	1.03 (0.87, 1.21)	0.75	1.20 (1.05, 1.38)	0.01	1.01 (0.86, 1.19)	0.90		
Si	Referencia				Referencia					
¿Sabe que el seguro médico debe proporcionar un método sin copago?										
No	0.87 (0.77, 0.97)	0.02	0.71 (0.61, 0.82)	<.0001						
Si	Referencia									
Pareja aprueba uso de métodos anticonceptivos										
Aprueba	4.45 (2.66, 7.43)	<.0001	4.08 (1.97, 8.47)	<.0001	5.12 (2.41, 10.87)	<.0001	4.19 (1.53, 11.47)	0.01		
No aprueba	1.56 (0.85, 2.87)	0.15	1.00 (0.41, 2.45)	0.99	2.57 (1.04, 6.33)	0.04	1.12 (0.30, 4.14)	0.87		
Sin opinión	Referencia				Referencia					

7 Discusión

La prevalencia de la anticoncepción durante el primer año postparto en las mujeres de Colombia fue de 58,4%. Las mujeres menos dadas a planificar durante el primer año postparto fueron mujeres indígenas, afrodescendientes y residentes de la región Atlántica, y las que más probabilidades de planificar tuvieron fueron las residentes en zonas urbanas, y de la zona central, Bogotá y Pacífica, también aquellas que estaban en unión marital y que su pareja aprobaba el uso de anticonceptivo. Por otro lado, después del año postparto, los factores asociados positivamente con la anticoncepción fueron estar en unión marital y la aprobación del uso de anticonceptivos por parte de la pareja. Los factores asociados negativamente después del año fueron tener entre 13 a 19 años, ser indígenas, o residentes en la región Atlántica.

Nuestra investigación en relación a la prevalencia de un estudio realizado en Florida, donde el objetivo era describir la prevalencia del uso de anticonceptivos postparto entre las mujeres después de haber tenido un nacimiento vivo entre 2004–2005, donde se encontró que 78% de las mujeres encuestadas informaron que usaban un anticonceptivo postparto eficaz (38), comparados con nuestra investigación que reportó el 58,4% del uso de métodos anticonceptivos en la etapa postparto.

Las mujeres han nombrado algunos motivos por los cuales no acuden a la planificación familiar en el postparto, en esto se pueden incluir algunas variables de barreras de acceso, falta de voluntad de sus parejas, creencias religiosas (38), socioeconómicas y demográficas (39), coincidiendo con nuestra investigación.

Similar a nuestros hallazgos con relación a los factores sociodemográficos en un estudio realizado en la Universidad Francisco de Paula Santander en Cúcuta en Colombia, se reportó que en el programa adolescente gestante, el 63.8% de las usuarias no iniciaron la planificación en la etapa postparto, coincidiendo que sólo el 26.4% de las adolescentes inician anticonceptivos después de culminar su embarazo, resultado de los datos nacionales según PROFAMILIA (25).

En una revisión narrativa realizada en la Universidad Autónoma de Madrid, se identificó que el estado civil se asocia al uso de la anticoncepción postparto; en Florida y Ghana se encontró que existía un mayor porcentaje de uso de anticonceptivos en el

posparto entre las mujeres que estaban casadas (5), de manera que estas afirmaciones coinciden con nuestra investigación. Sin embargo, en Italia, obtuvieron resultados contrarios: la adopción de contracepción era superior en las mujeres que no estaban en unión (5).

Basados en un reporte realizado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), se resalta que, en los factores socioeconómicos, el índice de riqueza y el estar en un área urbana se relaciona positivamente con el uso de la planificación familiar posparto (40).

Teniendo en cuenta que el sistema de salud tiene la obligación de informar a la mujer sobre la planificación familiar, se analizó si en el centro de salud se le habló de planificación, en el estudio anteriormente mencionado de Florida se encontró que al 80% de las mujeres se le brindó información prenatal sobre anticoncepción (38). Sin embargo, en nuestro estudio se encontró un hallazgo inesperado de esta variable.

Una de las variables que hace parte de los factores culturales, muestra cómo la pareja puede contribuir al uso de anticonceptivos. En una revisión narrativa, se encontró que el 16% de las mujeres de Tanzania no usaron anticonceptivos en el periodo postparto, debido a la negación o desaprobación de la pareja. Por otro lado, las mujeres de Estados Unidos tuvieron resultados similares, con el 17% de que no implementaron ningún método anticonceptivo, en consecuencia, a que su marido o pareja no quería utilizar ninguno (5). “El apoyo del hombre en las decisiones sobre planificación familiar puede incrementar el uso y la continuación de métodos anticonceptivos, mejorando la comunicación entre la pareja y la reducción de la oposición masculina” (41). Referente a nuestro estudio se encuentran semejanzas con este factor, donde la pareja tiene una fuerte influencia en la decisión de emplear anticonceptivos; cuando no se aprueba el uso de anticonceptivos por parte de la pareja, se presenta una disminución en el uso de estos, por lo tanto, aquellas mujeres con mayor probabilidad de uso de anticoncepción estaban en unión y su pareja aprobó el uso de anticonceptivos.

Dado que la mortalidad materna es un problema de salud pública, se destaca la necesidad de este estudio, el cual busca la oportunidad de reorganizar el sistema de salud, alcanzar indicadores de la política pública, tener registros de la planificación

familiar en el periodo postparto, llevar controles y acciones concretas de educación que apoyen la salud sexual y reproductiva.

Una de las limitaciones de este estudio tiene que ver con las limitaciones del análisis secundario de datos y de estudios transversales, en este caso no era posible agregar variables de interés y algunas variables recolectadas correspondía a información del último año lo cual no coincidía necesariamente con el momento del posparto. También puede existir sesgo de memoria al tratar de recordar la fecha del inicio de la planificación posparto, pues se indaga por los partos en los últimos cinco años, para tratar de disminuir un poco este efecto, se tomó la información correspondiente al último parto durante esos cinco años.

Sin embargo, resaltamos como fortaleza que la literatura en este tema para Colombia es escasa y que por lo tanto este trabajo aporta información novedosa en el campo que puede contribuir a generar nuevas investigaciones o a guiar la toma de decisiones.

8 Conclusiones

Los resultados del estudio demuestran la estrecha relación que existe entre los factores y el uso o no de anticonceptivos en el periodo postparto, donde el contexto de la mujer influye en los riesgos que se puedan presentar, por lo que es fundamental en el cuidado de la salud materna, garantizar que a toda mujer durante el embarazo y en la etapa postparto se le brinde la información adecuada y oportuna.

En el caso de priorizar programas en el marco de escasos recursos financieros, los esfuerzos deberían enfocarse en las mujeres adolescentes, indígenas, afrodescendientes y residentes en la región Atlántica.

9 Recomendaciones

Se recomienda realizar acciones colectivas en las instituciones de salud, que tiendan a mostrar la importancia del uso de anticonceptivos en el periodo postparto, impulsar programas de salud materna y bienestar de la mujer. Implementar un registro epidemiológico de la prevalencia de periodo intergenésico y del uso de anticonceptivos postparto mediante un programa o plan de seguimiento basados en los factores asociados a la implementación de la anticoncepción. Además, se debe resaltar la necesidad de reflexionar sobre la responsabilidad de los profesionales de la salud en cuanto a la educación de la mujer y su entorno y en cuanto a los cuidados después del parto.

Referencias

1. UNFPA. Salud sexual y reproductiva [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
2. Calle Guaña A. Conocimientos Y Prácticas De La Anticoncepción En Mujeres Postparto En El Área De Hospitalización De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. octubre de 2018;88.
3. Moras Rosado MM. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes púerperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - enero 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [citado 3 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4067>
4. Ashebir W, Tadesse T. Associated Factors of Postpartum Modern Contraceptive Use in Burie District, Amhara Region, Ethiopia. J Pregnancy. 21 de marzo de 2020;2020:6174504.
5. Valenzuela SB, Tarrés BC. El consejo anticonceptivo y el uso de contracepción en el posparto. Revisión narrativa. Univ Autónoma Madr. 2019 de 2018;67.
6. Organización Mundial de la Salud, United States. Agency for International Development. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto [Internet]. Programming strategies for postpartum family planning. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 9 de octubre de 2022]. 46 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112766>
7. MinSalud. Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/sexualidad-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos.aspx>
8. MinSalud. Derechos reproductivos [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Derechos-reproductivos.aspx>
9. Emiru AA, Alene GD, Debelew GT. The role of maternal health care services as predictors of time to modern contraceptive use after childbirth in Northwest Ethiopia:

- Application of the shared frailty survival analysis. PLOS ONE. 4 de febrero de 2020;15(2):e0228678.
10. MinSalud. Salud sexual y reproductiva - Anticoncepción [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/anticoncepcion.aspx>
 11. USAID, MayPost. Todo lo que usted desea saber acerca del momento oportuno y espaciamiento saludables del embarazo [Internet]. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://1library.co/document/qo5ndk17-htsp-usted-acerca-momento-oportuno-espaciamiento-saludables-embarazo.html>
 12. Tessema GA, Mekonnen TT, Mengesha ZB, Tumlinson K. Association between skilled maternal healthcare and postpartum contraceptive use in Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth. 16 de mayo de 2018;18(1):172.
 13. Masho SW, Cha S, Charles R, McGee E, Karjane N, Hines L, et al. Postpartum Visit Attendance Increases the Use of Modern Contraceptives. J Pregnancy. 2016;2016:2058127.
 14. Tappis H, Kazi A, Hameed W, Dahar Z, Ali A, Agha S. The Role of Quality Health Services and Discussion about Birth Spacing in Postpartum Contraceptive Use in Sindh, Pakistan: A Multilevel Analysis. PLoS ONE. 20 de octubre de 2015;10(10):e0139628.
 15. Coleman-Minahan K, Aiken ARA, Potter JE. Prevalence and predictors of prenatal and postpartum contraceptive counseling in two Texas cities. Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health. 2017;27(6):707-14.
 16. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, Tomo II [Internet]. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>
 17. Ministerio de Protección Social, Dirección General de Salud Pública. Política nacional de salud sexual y reproductiva. febrero de 2003;68.
 18. Funciones esenciales de salud pública [Internet]. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. [citado 13 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>

19. MinSalud. Portal web de Gestión PDSP [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/cargue-planos-territoriales-de-salud.aspx>
20. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos [Internet]. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
21. Abecé sobre anticoncepción [Internet]. [citado 11 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-anticoncepcion.pdf>
22. OPS, OMS. Salud materna [Internet]. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
23. Zavala-Garcia A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Ruiz R. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Rev Chil Obstet Ginecol. 1 de febrero de 2018;83:52-61.
24. Abraha TH, Teferra AS, Gelagay AA. Postpartum modern contraceptive use in northern Ethiopia: prevalence and associated factors. Epidemiol Health. 20 de marzo de 2017;39:e2017012.
25. Rico DAP. Prácticas anticonceptivas postparto de las usuarias egresadas del programa “atención a la adolescente gestante” en los municipios de Cúcuta y Los Patios. Respuestas. 15 de enero de 2011;16(1):18-29.
26. DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. DANE, información para todos. 2018 [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/donde-estamos>
27. The DHS Program - Quality information to plan, monitor and improve population, health, and nutrition programs [Internet]. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/>

28. DHS. The DHS Program. Data Quality and Use [Internet]. DHS program. [citado 5 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/data/Data-Quality-and-Use.cfm>
29. Resultados ENDS 2015 [Internet]. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. 2016 [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/actualidad/resultados-ends-2015>
30. Guía técnica de regulación de la fecundidad [Internet]. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%2012.%20%20REGULACION%20DE%20FECUNDIDAD.pdf>
31. Derechos Sexuales: una declaración de IPPF [Internet]. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf
32. MinJusticia. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. Sistema Unico de Información Normativa. 2018 [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039995>
33. Resolución 769 de 2008 Ministerio de la Protección Social [Internet]. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29225>
34. MinJusticia. Resolución 202 de 2021 [Internet]. Sistema Unico de Información Normativa. 2021 [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30041619>
35. Alzua ML, Crosta FL, Gasparini L, Lopez Pablos R. Reporte sobre las encuestas en demografía y salud - DHS: Descripción, estructura y código de variables. Cent Estud Distrib Laborales Soc Univ Nac Plata. mayo de 2010;199.
36. Corsi DJ, Neuman M, Finlay JE, Subramanian S. Demographic and health surveys: a profile. Int J Epidemiol. 1 de diciembre de 2012;41(6):1602-13.
37. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

38. Hernandez LE, Sappenfield WM, Goodman D, Pooler J. Is effective contraceptive use conceived prenatally in Florida? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Matern Child Health J.* febrero de 2012;16(2):423-9.
39. Batyra. Contraceptive Use Behavior Change After an Unintended Birth in Colombia and Peru. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2020;46:9.
40. Use of family planning in the postpartum period [Internet]. [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/CR36/CR36.pdf>
41. Ponce Chacón RMY. Barreras percibidas por las púerperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado 9 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6783>