

Provisión de métodos anticonceptivos en el posparto inmediato en México, 2018-19

Elvia de la Vara-Salazar, M en Est Pobl,⁽¹⁾ Celia Hubert, PhD,⁽¹⁾ Biani Saavedra-Avendaño, M en C,⁽²⁾ Leticia Suárez-López, D en C Pol y Soc,⁽¹⁾ Aremis Villalobos, D en C,⁽¹⁾ Leticia Ávila-Burgos, D en C,⁽³⁾ María I Hernández-Serrato, M en C,⁽⁴⁾ Raffaella Schiavon, MD,⁽⁵⁾ Blair G Darney, PhD, MPH.^(1,6)

de la Vara-Salazar E, Hubert C, Saavedra-Avendaño B, Suárez-López L, Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hernández-Serrato MI, Schiavon R, Darney BG. Provisión de métodos anticonceptivos en el posparto inmediato en México, 2018-19. *Salud Publica Mex.* 2020;62:637-647.

<https://doi.org/10.21149/11850>

de la Vara-Salazar E, Hubert C, Saavedra-Avendaño B, Suárez-López L, Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hernández-Serrato MI, Schiavon R, Darney BG. Provision of immediate postpartum contraceptive methods in Mexico, 2018-19. *Salud Publica Mex.* 2020;62:637-647.

<https://doi.org/10.21149/11850>

Resumen

Objetivo. Analizar la anticoncepción posparto (APP) y tipo de método anticonceptivo recibido según características sociodemográficas y de atención del parto de las mujeres. **Material y métodos.** Se analizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018-19 en 4 548 mujeres de 12-49 años que tuvieron un parto. Se ajustaron modelos de regresión logística (n=4 544) y multinomial (n=2 903) con variables dependientes APP y tipo de anticonceptivo recibido. **Resultados.** Se encontró que 65% de las mujeres recibieron APP, y 56.8% de las adolescentes un método reversible de larga duración (43.7% DIU y 13.1% implantes). Ser indígena, tener un hijo, o recibir atención en los servicios estatales de salud/IMSS-Prospera o privadas, se asocia con menores posibilidades de APP. **Conclusiones.** Se identificaron progresos en la cobertura de APP en las adolescentes. Persisten brechas de acuerdo con el aseguramiento en salud tanto en la recepción de APP como en el tipo de método recibido.

Palabras clave: anticonceptivos; posparto; adolescentes; adultos; servicios de salud; México

Abstract

Objective. To identify sociodemographic and health services factors associated with receipt of immediate postpartum (IPP) contraception and the type of contraceptive method received. **Materials and methods.** We used the National Health and Nutrition Survey (Ensanut), 2018-19, which contains information on 4 548 women aged 12-49 years who gave birth. We described receipt of IPP contraception and method type and used multivariable logistic (n=4 544) and multinomial regression (n=2 903) to examine receipt of any modern method and type of method. **Results.** 65% of women received IPP contraception. 56.8% of adolescents received long-acting reversible contraception (43.7% IUD & 13.1% implant). Being indigenous, having only one child, or receiving care in State Health Services/IMSS-Prospera or private sector facilities were associated with lower odds of receiving IPP contraception. **Conclusions.** We identify progress in the IPP contraception coverage among adolescents. Disparities persist in receipt of IPP contraception by type of health insurance.

Keywords: contraceptives; postpartum; adolescents; adults; health services; Mexico

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Centro de Investigación y Docencia Económicas. Ciudad de México, México.

(3) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(4) Centro de Información para Decisiones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(5) Consultora independiente. Ciudad de México, México.

(6) Department of Obstetrics and Gynecology, Oregon Health and Science University Health Systems and Policy, OHSU/PSU School of Public Health. Portland, Oregon, Estados Unidos.

Fecha de recibido: 13 de julio de 2020 • **Fecha de aceptado:** 25 de septiembre de 2020 • **Publicado en línea:** 24 de noviembre de 2020

Autor de correspondencia: Biani Saavedra-Avendaño. Centro de Investigación y Docencia Económicas. Carretera México-Toluca 3655,

Santa Fe, Altavista, Álvaro Obregón. 01210 Ciudad de México, México.

Correo electrónico: biani.saavedra@gmail.com

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

El otorgamiento de anticoncepción en el posparto (APP) es una de las estrategias más efectivas para prevenir embarazos subsecuentes no deseados o no planeados, intervalos intergenésicos cortos¹ y riesgos de morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil,² además constituye una valiosa oportunidad para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar (PF).

A pesar de las recomendaciones internacionales y nacionales sobre la importancia de ofrecer a todas las mujeres un método anticonceptivo (MAC) inmediatamente después de un evento obstétrico, antes del alta hospitalaria,³ estudios en México han identificado espacios de mejora en los servicios de salud al mostrar que casi la mitad de las mujeres salen del lugar de atención del parto sin un MAC.⁴

El acceso a APP en México se asocia con un conjunto de características tanto de las mujeres como de la atención del parto. Estudios previos han mostrado, por ejemplo, que las adultas en comparación con las adolescentes tienen acceso a MAC más efectivos. Asimismo, aquellas con seguro de salud vinculado al empleo formal (Seguridad Social) tienen mayor uso de APP, comparadas con las que cuentan con aseguramiento público (Seguro Popular).⁴ Estas diferencias ponen de manifiesto retos importantes para reducir las inequidades sociales y de salud entre las mujeres mexicanas.

En las últimas décadas, el gobierno mexicano ha impulsado políticas públicas encaminadas a reducir las brechas en salud.⁵ Dichas políticas se centraron en ampliar la cobertura del aseguramiento en salud para la población sin empleo o con empleo informal, mediante la creación del Seguro Popular. Sin embargo, la persistente fragmentación del sistema de salud por condición de empleo, dividido en Seguridad Social (empleados formales y sus familias), Seguro Popular (trabajadores informales, autoempleados o desempleados) y Seguro privado (personas con capacidad de pago), continúa siendo un condicionante de la calidad de la atención en salud.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018-19 constituye una oportunidad para monitorear los cambios en la provisión y acceso a APP. El objetivo de este estudio es analizar la APP en general, y el tipo de MAC recibido de acuerdo con características sociodemográficas y de atención del parto de las mujeres. Específicamente, explorar diferencias por edad de la mujer y por lugar de atención del parto. Las hipótesis son que una menor proporción de adolescentes recibe APP en comparación con las adultas, y una mayor proporción de mujeres atendidas en la Seguridad Social reciben APP y MAC de alta efectividad.

Material y métodos

Se utilizaron datos de la Ensanut 2018-19, encuesta con diseño probabilístico y representatividad nacional y estatal. El levantamiento de información se realizó de julio de 2018 a febrero de 2019. Las comisiones de ética, investigación y bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) aprobaron la realización de esta encuesta. Los detalles metodológicos y procedimientos operativos se presentan en otro documento.⁶ Se utilizó información de las secciones de salud reproductiva de los cuestionarios de adolescentes y adultos. Las características sociodemográficas provienen del cuestionario de hogar.

Se identificaron 4 744 mujeres de 12 a 49 años que reportaron un hijo nacido vivo cinco años previos a la encuesta; de las cuales se excluyeron cuatro casos de mujeres que no recordaron haber recibido APP, y 185 que recibieron atención del parto en su casa/casa de la partera/otro lugar, o que no respondieron la pregunta del lugar de atención. Asimismo, dado que el análisis se centra en los MAC recibidos después del parto y antes del alta hospitalaria, se eliminaron siete casos de mujeres que reportaron que sus parejas habían recibido vasectomía. De esta manera, quedó para el análisis una muestra total de 4 548 mujeres.

Variables de interés

Para identificar a las mujeres que recibieron APP antes del egreso hospitalario y tipo de MAC, se construyeron las variables *anticoncepción posparto (APP)* mediante la pregunta *Después del nacimiento de su hijo(a), ¿le proporcionaron un método anticonceptivo antes de salir del hospital o del lugar donde la atendieron?* y *tipo de MAC otorgado* mediante la pregunta *¿Qué método anticonceptivo le proporcionaron?* Los MAC se clasificaron en tres categorías de acuerdo con su grado de efectividad: 1) alta efectividad: oclusión tubaria bilateral (OTB), dispositivo intrauterino (DIU) e implantes, estos dos últimos también conocidos como Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP); 2) mediana efectividad: hormonales (pastillas o píldoras, inyecciones, parches) y; 3) baja efectividad: condones masculinos y femeninos, óvulos, jaleas, espuma o diafragma y pastillas anticonceptivas de emergencia.⁷

Se incluyeron variables que previamente han demostrado estar asociadas estadísticamente con la APP o con el tipo de MAC utilizado, tales como: edad de la mujer, escolaridad, estado conyugal, ocupación, lengua indígena, nivel socioeconómico, paridad, región de residencia, lugar de atención del parto, presentación de

Cuadro I
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ATENCIÓN DEL
PARTO DE MUJERES DE 12-49 AÑOS. MÉXICO, ENSANUT 2018-19

<i>Variables</i>	<i>Operacionalización</i>
Características sociodemográficas	
Edad de la madre al nacimiento del último hijo nacido vivo	0=12 a 19 1=20 a 29 2=30 a 39 3=40 a 49*
Escolaridad	1=Primaria o menos 2=Secundaria 3=Media superior 4=Superior
Estado conyugal	0=No unida (soltera, separada, divorciada, viuda) 1=Unida (casada, en unión libre)
Ocupación	1=Estudiante (incluye a las que sólo estudian y las que estudian y trabajan) 2=Sólo trabaja (aquellas que la semana anterior a la entrevista trabajaron al menos una hora; si tenían trabajo, pero no trabajaron; ayudaron en un negocio familiar; vendieron un producto; elaboraron un producto para vender; ayudaron en labores del campo o cría de animales o realizaron otra actividad a cambio de un pago) 3=No estudia ni trabaja
Habla lengua indígena	0=No 1=Sí
Nivel socioeconómico	0=Bajo 1=Medio 2=Alto
Región	0=CDMX 1=Norte 2=Centro 3=Sur
Área de residencia	0=Rural 1=Urbana
Paridad	0=Un hijo 1=Dos hijos 2=Tres o más hijos
Características de la atención	
Lugar de atención del parto	0=Seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSSTE Estatal, Pemex, Sedena, Semar) 1=Servicios estatales de salud/IMSS-Prospera [‡] 2=Privados
Alguna complicación en el parto	0=No 1=Sí
Tipo de parto	0=Vaginal 1=Cesárea
Tipo de MAC por grado de efectividad	0=Baja efectividad (anticoncepción de emergencia, óvulos, jaleas, espuma o diafragma) 1=Mediana efectividad (pastillas o píldoras, inyecciones, parche) 2=Alta efectividad (oclusión tubaria bilateral, dispositivo intrauterino e implante)
Mac de alta efectividad	0=Otro (mediana y baja efectividad) 1=Implantes 2=Dispositivo intrauterino 3=Oclusión tubaria bilateral

* La categoría 3 se unió a la categoría 2 para los modelos de regresión logística

[‡] Los servicios estatales de salud atienden a la población afiliada al Seguro Popular; el IMSS-Prospera brinda atención a población sin acceso a servicios de la seguridad social que vive en localidades de alta marginación

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; CDMX: Ciudad de México; MAC: Métodos anticonceptivos; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; Pemex: Petróleos Mexicanos; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Sedena: Secretaría de la Defensa Nacional; Semar: Secretaría de Marina

alguna complicación en el parto y tipo de parto. La operacionalización de las variables se detalla en el cuadro I.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis bivariado de las características sociodemográficas y reproductivas de las mujeres por condición de recepción de APP mediante pruebas ji-cuadrada. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo del tipo de MAC posparto, estratificado por grupos de edad al momento del nacimiento del último hijo nacido vivo: adolescentes (12-19), jóvenes (20-29) y adultas (30 o más).

Se ajustó un modelo de regresión logística ($n=4\,544$) para conocer la asociación entre APP y características sociodemográficas y de atención del parto. Adicionalmente, se realizó un modelo de regresión logística multinomial ($n=2\,903$) para observar diferencias entre las características de las mujeres y el tipo de MAC recibido, considerando sólo los de alta efectividad. Para este modelo, la variable dependiente incluyó cuatro categorías, de acuerdo con el tipo de MAC recibido en el posparto: OTB, DIU, implante y otro (que incluye los MAC de mediana y baja efectividad), siendo "otro" la categoría de referencia. Para ambos modelos se controló por las covariables que en el análisis bivariado tuvieron un valor $p \leq 0.25$,⁸ y se incluyó la variable tipo de parto, dado que se ha documentado su asociación con la APP y con el tipo de MAC recibido.⁴ Los análisis estadísticos se efectuaron considerando el diseño de muestras complejas (*svy*) utilizando Stata 14.2.

Resultados

El cuadro II evidencia que 65% de las mujeres recibieron APP. Sin embargo, se observaron diferencias en las características sociodemográficas (escolaridad, condición de habla indígena y nivel socioeconómico) entre aquellas con o sin APP. Entre las que recibieron APP, 15.6% reportaron escolaridad superior (vs. 25.3% que no recibieron APP); 4.9% hablaban lengua indígena (vs. 8% que no recibieron APP) y 27.8% de nivel socioeconómico alto (vs. 36.3% sin APP).

Además, se observó una mayor paridad entre las mujeres que recibieron APP comparadas con las dadas de alta sin MAC: 33.8% tienen tres o más hijos vs. 25.2%, respectivamente. Asimismo, 42.8% sin APP eran primíparas (vs. 31.6% de las que recibieron APP). La proporción de las que recibieron APP fue mayor entre aquellas atendidas en servicios estatales de salud/IMSS-Prospera (56.1 vs. 46.1%) así como en instituciones de Seguridad Social (30.7 vs. 17.9% que no recibieron APP). De las que recibieron APP, sólo 13% fueron atendidas en

instituciones privadas; porcentaje que se triplica (36.1%) entre aquellas que no recibieron APP.

La figura 1 muestra que más de la mitad de las adolescentes (56.8%) recibió ARAP, principalmente DIU (43.7%) e implantes (13.1%). Entre las jóvenes, la mayoría recibió DIU (30%), seguido por OTB (17%) e implante (8%). La distribución por tipo de MAC cambia entre las adultas: alrededor de 40% recibieron OTB, 14% DIU y sólo 2% implantes. El 9% de las mujeres recibió MAC de mediana y baja efectividad en cada grupo de edad, y poco más de una tercera parte de cada grupo no recibió APP.

Las características asociadas con la recepción de APP se presentan en el cuadro III. La posibilidad de recibir APP es significativamente menor para los grupos de mayor edad en comparación con las adolescentes, así como para las que hablan lengua indígena respecto de las que no hablan ($RM=0.5$; $IC95\%: 0.36-0.71$). Por el contrario, se observa que la posibilidad de recibir APP se incrementa significativamente con la paridad: las mujeres con dos hijos tienen 75% más posibilidades de recibir APP ($RM=1.75$; $IC95\%: 1.37-2.23$), mientras que tener tres o más hijos incrementa esta posibilidad más del doble ($RM=2.23$; $IC95\%: 1.72-2.90$), comparadas con las que tienen sólo un hijo. Las mujeres atendidas en servicios estatales de salud/IMSS-Prospera ($RM=0.74$; $IC95\%: 0.57-0.95$) o en instituciones privadas ($RM=0.20$; $IC95\%: 0.15-0.27$) tienen menores posibilidades de recibir APP, comparadas con las atendidas en Seguridad Social. Finalmente, comparado con haber tenido un parto vaginal, tener una cesárea se asocia con una posibilidad 40% mayor de recibir APP ($RM=1.40$; $IC95\%: 1.14-1.72$).

En el modelo de regresión logística multinomial (cuadro IV) se presentan las características sociodemográficas de las mujeres, y de la atención del parto, asociadas al tipo de MAC posparto: implante, DIU y OTB en comparación con los MAC de mediana y baja efectividad. La posibilidad de recibir implante en el posparto, en lugar de "otro" MAC, es menor en las adultas, comparadas con las adolescentes ($RM=0.22$; $IC95\%: 0.10-0.50$). Residir en la región Norte también disminuye las posibilidades de recibir implante, respecto a vivir en la Ciudad de México ($RM=0.23$; $IC95\%: 0.07-0.77$). Por otro lado, la posibilidad de recibir implante en lugar de un MAC de mediana o baja efectividad es mayor entre aquellas que fueron atendidas en servicios estatales de salud/IMSS-Prospera, comparadas con las que atendieron su parto en la Seguridad Social ($RM=2.22$; $IC95\%: 1.18-4.18$).

Cuando nos centramos en las mujeres que recibieron DIU comparado con un MAC menos efectivo, encontramos que las adultas tienen menos posibilidades

Cuadro II
CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES POR CONDICIÓN DE RECEPCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN EL POSPARTO INMEDIATO. MÉXICO, ENSANUT 2018-19

Características	Recibió método			No recibió método			Valor p
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	χ^2
Total	2 977	65.0	(62.88-67.12)	1 571	35.0	(32.88-37.12)	
Sociodemográficas							
Edad al nacimiento del último hijo nacido vivo							
12-19	549	16.73	(14.77-18.89)	283	14.75	(12.44-17.41)	0.251
20-29	1 479	53.49	(50.92-56.05)	802	54.46	(50.97-57.91)	
30 o más	946	29.78	(27.56-32.1)	485	30.79	(27.63-34.14)	
Escolaridad							
Primaria o menos	433	13.49	(11.71-15.49)	238	13.63	(11.60-15.94)	0.000
Secundaria	1 260	39.74	(37.15-42.38)	562	32.96	(29.73-36.36)	
Media superior	850	31.17	(28.72-33.74)	407	28.12	(24.88-31.61)	
Superior	434	15.60	(13.59-17.85)	364	25.29	(22.31-28.52)	
Estado conyugal							
No unidas	608	19.54	(17.51-21.74)	318	20.96	(17.93-24.35)	0.459
Unidas	2 369	80.46	(78.26-82.49)	1 253	79.04	(75.65-82.07)	
Ocupación							
Estudiante	107	3.81	(2.96-4.88)	74	4.00	(2.92-5.44)	0.667
Sólo trabaja	1 264	42.73	(40.24-45.26)	632	40.82	(37.30-44.45)	
No estudia ni trabaja	1 606	53.46	(50.94-55.96)	865	55.18	(51.56-58.75)	
Habla lengua indígena							
No	2 820	95.10	(93.97-96.03)	1 440	91.97	(89.78-93.72)	0.001
Sí	157	4.90	(3.97-6.03)	131	8.03	(6.28-10.22)	
Nivel socioeconómico							
Bajo	1 205	35.85	(33.51-38.25)	595	32.36	(29.34-35.54)	0.000
Medio	1 084	36.38	(33.67-39.19)	503	31.31	(28.08-34.75)	
Alto	688	27.77	(25.13-30.57)	473	36.32	(32.97-39.81)	
Región							
CDMX	86	9.40	(7.69-11.44)	53	11.04	(8.60-14.06)	0.069
Norte	656	19.73	(18.32-21.21)	308	16.24	(14.29-18.40)	
Centro	1 224	39.07	(36.49-41.71)	602	36.07	(32.67-39.61)	
Sur	1 011	31.80	(29.82-33.85)	608	36.65	(33.70-39.71)	
Área de residencia							
Rural	913	25.24	(23.37-27.22)	519	24.48	(22.02-27.12)	0.676
Urbana	2 064	74.76	(72.78-76.63)	1 052	75.52	(72.88-77.98)	
Paridad							
Un hijo	903	31.56	(29.20-34.01)	619	42.76	(39.24-46.35)	0.000
Dos hijos	968	34.61	(32.17-37.13)	512	32.01	(28.62-35.61)	
Tres o más hijos	1 106	33.83	(31.51-36.24)	440	25.23	(22.57-28.10)	

(continúa...)

(continuación)

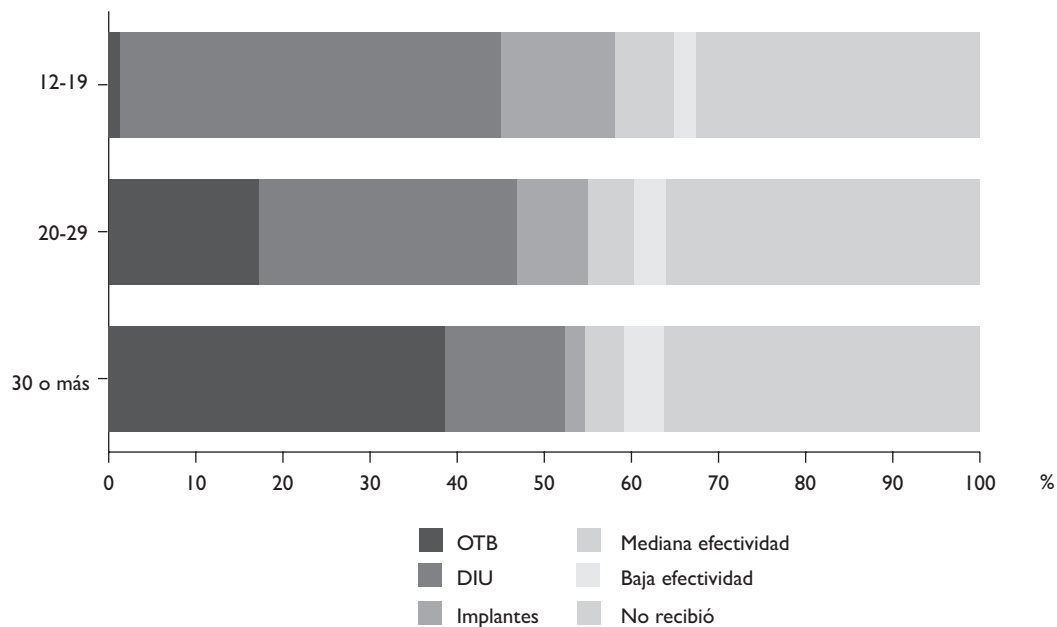
De la atención

Lugar de atención del parto

Seguridad social	915	30.68	(28.34-33.11)	308	17.86	(15.34-20.69)	0.000
Servicios estatales de salud/IMSS-Prospera*	1 723	56.12	(53.45-58.75)	777	46.09	(42.47-49.75)	
Privados	339	13.20	(11.34-15.32)	486	36.05	(32.60-39.66)	
Alguna complicación en el parto							
No	2 423	80.73	(78.46-82.82)	1 306	83.27	(80.31-85.86)	0.164
Sí	554	19.27	(17.18-21.54)	265	16.73	(14.14-19.69)	
Tipo de parto							
Vaginal	1 584	51.02	(48.40-53.64)	833	49.67	(46.00-53.34)	0.548
Cesárea	1 393	48.98	(46.36-51.60)	738	50.33	(46.66-54.00)	

* Los servicios estatales de salud atienden a la población afiliada al Seguro Popular; el IMSS-Prospera brinda atención a población sin acceso a servicios de la seguridad social que vive en localidades de alta marginación

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; IC95%: intervalo de confianza al 95%; CDMX: Ciudad de México; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
Los porcentajes e intervalos de confianza que se presentan están ponderados



OTB: oclusión tubaria bilateral

DIU: dispositivo intrauterino

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

Fuente: Cálculos propios con la Ensanut 2018-19

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL POSPARTO INMEDIATO EN MUJERES POR GRUPOS DE EDAD. MÉXICO, ENSANUT 2018-19

de recibir DIU respecto a las adolescentes (RM=0.30; IC95%: 0.18-0.52). Estar casada/unida disminuye las posibilidades de recibir DIU comparado con estar soltera (RM=0.65; IC95%: 0.44-0.96). Recibir atención del parto en los servicios estatales de salud/IMSS-Prospera o privados disminuye las posibilidades de recibir DIU, respecto a las atendidas en la Seguridad Social (RM=0.51; IC95%: 0.3-0.75 y RM=0.33; IC95%: 0.19-0.57, respectivamente).

Finalmente, la posibilidad de recibir OTB en el posparto, comparado con recibir un MAC de mediana

y baja efectividad, es mayor en jóvenes y adultas, respecto a las adolescentes. Existe una asociación positiva y fuerte entre OTB y paridad; tener dos (RM=25.20; IC95%: 11.61-54.73) y tres o más hijos (RM=81.6; IC95%: 36.36-183.11), aumenta los momios de OTB respecto a tener un solo nacimiento. Asimismo, se identificó que las casadas/unidas tienen menor posibilidad de recibir OTB (RM=0.61; IC95%: 0.39-0.96) comparadas con las solteras. Residir en la región Norte disminuye la posibilidad de recibir OTB (RM=0.20; IC95%: 0.06-0.72) respecto a vivir en la Ciudad de México. La posibilidad de recibir

Cuadro III

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ATENCIÓN DEL PARTO ASOCIADAS CON LA PROVISIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES, EN EL POSPARTO INMEDIATO. MÉXICO, ENSANUT 2018-19

	RM	IC95%
Edad al nacimiento del último hijo nacido vivo (Ref. 12-19)		
20-29	0.66*	(0.50-0.88)
30 o más	0.62*	(0.44-0.88)
Escolaridad (Ref. Primaria o menos)		
Secundaria	1.19	(0.90-1.58)
Media superior	1.34	(0.97-1.86)
Superior	1.02	(0.69-1.49)
En unión conyugal	1.10	(0.86-1.41)
Habla lengua indígena	0.50‡	(0.36-0.71)
Nivel socioeconómico (Ref. Bajo)		
Medio	0.97	(0.77-1.22)
Alto	0.83	(0.62-1.10)
Región (Ref. CDMX)		
Norte	1.31	(0.83-2.06)
Centro	1.17	(0.74-1.85)
Sur	0.91	(0.59-1.42)
Paridad (Ref. Un hijo)		
Dos hijos	1.75‡	(1.37-2.23)
Tres o más hijos	2.23‡	(1.72-2.90)
Lugar de atención del parto (Ref. Seguridad social)		
Servicios estatales de salud/IMSS-Prospera [#]	0.74§	(0.57-0.95)
Privados	0.20‡	(0.15-0.27)
Con alguna complicación en el parto	1.08	(0.84-1.39)
Tipo de parto (Ref. Parto vaginal)		
Cesárea	1.40*	(1.14-1.72)

* $p < 0.01$

‡ $p < 0.001$

§ $p < 0.05$

[#] Los servicios estatales de salud atienden a la población afiliada al Seguro Popular; el IMSS-Prospera brinda atención a población sin acceso a servicios de la seguridad social que vive en localidades de alta marginación

n: 4 544

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; RM: razón de momios; IC95%: intervalo de confianza al 95%; CDMX: Ciudad de México; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

Cuadro IV
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ATENCIÓN DEL PARTO ASOCIADAS CON EL TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO RECIBIDO EN MUJERES, EN EL POSPARTO INMEDIATO. MÉXICO, ENSANUT 2018-19

	Implante		DIU		OTB	
	RM	IC95%	RM	IC95%	RM	IC95%
Edad al nacimiento del último hijo nacido vivo (Ref. 12-19)						
20-29	0.78	(0.45-1.34)	0.68	(0.43-1.09)	3.42*	(1.45-8.07)
30 o más	0.22‡	(0.10-0.50)	0.30‡	(0.18-0.52)	4.36*	(1.79-10.6)
Escolaridad (Ref. Primaria o menos)						
Secundaria	0.69	(0.38-1.24)	0.61	(0.37-1.01)	0.74	(0.44-1.25)
Media superior	0.84	(0.43-1.65)	0.78	(0.45-1.37)	0.99	(0.55-1.79)
Superior	0.70	(0.29-1.67)	0.88	(0.45-1.74)	0.79	(0.37-1.69)
En unión conyugal	1.12	(0.66-1.91)	0.65§	(0.44-0.96)	0.61§	(0.39-0.96)
Habla lengua Indígena	1.37	(0.63-2.98)	0.82	(0.41-1.64)	0.68	(0.32-1.44)
Nivel socioeconómico (Ref. Bajo)						
Medio	1.07	(0.67-1.72)	1.27	(0.89-1.82)	1.23	(0.81-1.86)
Alto	0.75	(0.38-1.50)	1.22	(0.76-1.93)	1.36	(0.80-2.31)
Región (Ref. CDMX)						
Norte	0.23§	(0.07-0.77)	0.67	(0.24-1.89)	0.20§	(0.06-0.72)
Centro	0.42	(0.13-1.39)	0.56	(0.20-1.56)	0.30	(0.09-1.07)
Sur	0.51	(0.15-1.69)	1.37	(0.49-3.82)	1.02	(0.30-3.49)
Paridad (Ref. Un hijo)						
Dos hijos	0.95	(0.57-1.58)	1.37	(0.90-2.07)	25.20‡	(11.61-54.73)
Tres o más hijos	0.85	(0.43-1.69)	0.84	(0.54-1.33)	81.60‡	(36.36-183.11)
Lugar de atención del parto (Ref. Seguridad social)						
Servicios estatales de salud/IMSS-Prospera [#]	2.22§	(1.18-4.18)	0.51*	(0.35-0.75)	0.48*	(0.31-0.74)
Privados	1.14	(0.48-2.74)	0.33‡	(0.19-0.57)	0.35*	(0.17-0.71)
Con alguna complicación en el parto	1.04	(0.60-1.79)	1.13	(0.75-1.70)	1.13	(0.68-1.86)
Tipo de parto (Ref. Parto vaginal)						
Cesárea	1.19	(0.75-1.89)	1.08	(0.76-1.53)	5.89‡	(3.98-8.73)

* $p < 0.01$ ‡ $p < 0.001$ § $p < 0.05$

[#] Los servicios estatales de salud atienden a la población afiliada al Seguro Popular; el IMSS-Prospera brinda atención a población sin acceso a servicios de la seguridad social que vive en localidades de alta marginación
 n: 2 903

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; DIU: dispositivo intrauterino; OTB: oclusión tubaria bilateral; RM: razón de momios; IC95%: intervalo de confianza al 95%; CDMX: Ciudad de México; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OTB en lugar de un MAC menos efectivo es menor entre las que atendieron su parto en los servicios estatales de salud/IMSS-Prospera o en privados, comparadas con las que se atendieron en la Seguridad Social (RM=0.48; IC95%: 0.31-0.74 y RM=0.35; IC95%: 0.17-0.71, respectivamente). Finalmente, encontramos que tener una cesárea se asocia con una mayor posibilidad de recibir OTB en el posparto comparado con un parto vaginal (RM=5.89; IC95%: 3.98-8.73).

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que el porcentaje de mujeres con APP, alcanzado en el periodo 2014-2019, fue de 65%, cercano a la meta planteada para 2018 en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, que propone lograr una cobertura de 70%;⁹ sin embargo, cerca de 10% del total recibió un MAC de mediana o baja efectividad. Se encontró, contrario a la hipótesis

establecida, que las adolescentes tuvieron mayores posibilidades de recibir APP comparadas con las adultas. Mientras que las que recibieron atención en la Seguridad Social tuvieron más posibilidades de recibir APP y de utilizar DIU y OTB comparadas con las que recibieron atención en servicios estatales de salud /IMSS-Prospera o privadas. Adicionalmente se identificó una menor posibilidad de APP entre mujeres indígenas y primíparas.

Además, se encontró que alrededor de 35% de las mujeres egresaron de los servicios de salud sin APP, situación que les puede impedir evitar embarazos no deseados /planeados, subsecuentes, o prolongar adecuadamente los periodos intergenésicos.¹⁰ Dicho porcentaje fue similar en los tres grupos de edad analizados, resultado que contrasta con estudios previos en mujeres mexicanas para el periodo 2006-2012, que encontraron un mayor porcentaje de adolescentes que no recibieron APP en comparación con las jóvenes y adultas.⁴

Entre los MAC posparto más efectivos, se identificó el DIU como el más utilizado, resultado consistente con la historia de APP en México, donde se constituye como el pilar de la APP desde finales de los ochenta,¹¹ destacando altos niveles de uso comparado con otros países.¹¹ Llama la atención el menor porcentaje de jóvenes y adultas que utilizan DIU comparado con adolescentes, aun cuando las adolescentes consideradas en este estudio, por definición, ya eran madres.¹²

El aumento encontrado en el uso de ARAP en adolescentes (de 38% en 2012 a 57% en 2018-19) y jóvenes (de 29% en 2012 a 38% en 2018-19), además del persistente uso de MAC definitivos en adultas, puede ser reflejo de una ampliación en la oferta de MAC efectivos en el posparto inmediato. Es relevante destacar el aumento en el uso de implantes en el posparto, ya que para el periodo 2006-2012 era apenas de 1%.^{4,13} Estudios previos muestran que el implante es uno de los MAC altamente aceptado por las adolescentes, aceptación que se expresa particularmente después de un evento obstétrico.¹⁴ El implante amplía para ellas la oferta de ARAP más allá del DIU, donde la OTB no es una opción viable porque todavía pueden tener aspiraciones reproductivas.

En este estudio, la menor posibilidad de que las mujeres indígenas reciban APP es consistente con la disminución de las prevalencias de APP observadas en el periodo 2009-2014 (de 56.7 a 53.5%).¹⁵ Esta es una situación derivada de desigualdades persistentes en la oferta, disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, así como de problemas en la demanda de APP por barreras culturales y de vulnerabilidad social en indígenas.¹⁶

Se encontró una importante asociación entre APP y alta paridad, que puede ser reflejo de que las mujeres han cubierto sus expectativas reproductivas y están

altamente motivadas para salir protegidas después de su último parto. Este hallazgo concuerda con otros estudios que señalan que tanto la edad de la madre como la paridad, son factores determinantes en la APP.¹⁷ Particularmente, una alta paridad y expectativas reproductivas satisfechas se asocian con la utilización de OTB.¹⁸ Adicionalmente, la mayor posibilidad de APP en mujeres con cesárea, y en particular la alta demanda y aceptación de OTB después de ésta, coincide con otras investigaciones que señalan el periodo posparto, en especial poscesárea, como el momento ideal para adoptar un MAC quirúrgico.¹⁹

Se observaron diferencias en la proporción de mujeres que reciben APP por institución de salud. En las instituciones de Seguridad Social más mujeres reciben APP que las atendidas en servicios estatales de salud /IMSS-Prospera y en privadas. Por tipo de MAC, en los servicios estatales de salud /IMSS-Prospera más mujeres reciben implantes, y en los servicios de Seguridad Social se les aplican más DIU y se les realizan más esterilizaciones. Estas diferencias son resultado del tipo de aseguramiento en salud que, condicionado por el estatus laboral de las personas, tiene implicaciones directas en la atención en salud que reciben. Cabe señalar que dichas diferencias se acentúan en poblaciones indígenas o que viven en situación de vulnerabilidad socioeconómica.⁵ Un sistema de salud fragmentado por condición laboral puede resultar en paquetes de beneficios diferentes, en abasto desigual de insumos por tipo de institución, en políticas públicas y normatividades técnicas, no siempre alineadas entre sí, y en una calidad heterogénea de servicios de SSR.⁵

A la par, diversos estudios señalan que en la prestación de servicios de APP ha faltado consejería oportuna y adecuada, lo que podría explicar que 35% de las mujeres salgan del lugar de atención sin MAC, a pesar de estar documentado que las mujeres en el posparto inmediato están altamente motivadas para usar MAC.²⁰ En particular en este periodo, el reto persiste en primíparas; ampliar la oferta anticonceptiva y garantizar el uso de ARAP podría mejorar la cobertura de APP.²¹ Las razones por las que las mujeres no acceden a APP pueden deberse a problemas en la demanda, relacionados con diversas circunstancias personales (socioeconómicas, geográficas y culturales) o por retos en la oferta, disponibilidad, accesibilidad y calidad del servicio.²²

Este estudio tiene limitaciones que deben señalarse. Por tratarse de un estudio transversal, no se puede inferir causalidad entre variables. Los instrumentos de información no permiten analizar el deseo y planeación de embarazos subsecuentes, ni fueron diseñados específicamente para el estudio de APP, por lo que el análisis

realizado sólo da información del posparto inmediato. Asimismo, la variable de interés se construyó a partir del autorreporte de las mujeres; sobre este punto estudios anteriores han mostrado que el autorreporte es confiable cuando se restringe a nacimientos recientes.²³ Una limitación adicional es que este estudio sólo permite analizar la adopción de APP, pero no posibilita estudiar la continuidad en el uso (con excepción de la OTB); en general, la literatura señala que ésta suele ser menor en adolescentes.²⁴ Tampoco se tuvo información sobre la consejería, por tanto, no se puede saber si una consejería inadecuada esté afectando las decisiones de las mujeres, ni descartar mecanismos potenciales de presión para aceptar la APP en general, o un MAC en particular. Adicionalmente, a pesar de que estos hallazgos documentan una ampliación de la oferta de APP, no se puede diferenciar si ésta es un reflejo del abasto, de las preferencias o del nivel de capacitación del personal de salud, y no necesariamente de las preferencias subjetivas de las mujeres atendidas.

A pesar de estas limitaciones, se considera que este estudio contribuye de manera significativa a documentar los avances de la anticoncepción en el posparto inmediato. Se identifican algunos avances importantes, en particular entre adolescentes, pero también retos y mejoras pendientes, específicamente entre mujeres con baja paridad y en indígenas, así como la persistencia de desigualdades en la atención derivadas de la fragmentación del sistema de salud.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio evidencian la necesidad de fortalecer la provisión de anticoncepción en el posparto inmediato particularmente en indígenas, y en primíparas, como también en mujeres adultas o en las que reciben atención en servicios estatales de salud/IMSS-*Prospera* o en privados. La mejor oportunidad para la provisión de APP es en el momento y lugar del parto,^{10,22} ya que después del alta hospitalaria es poco probable que las mujeres vuelvan a seguimiento posparto por un MAC efectivo.²⁵ La anticoncepción en el posparto inmediato evitaría riesgos de pérdida de seguimiento, especialmente en las mujeres que viven con carencias socioeconómicas, geográficas o culturales, y que sólo vuelven al servicio de salud por motivo de otro embarazo y/o parto.²⁶⁻²⁸

La APP es una oportunidad para realizar intervenciones que busquen, por un lado, aumentar la demanda de MAC a través de una adecuada consejería y servicios de calidad, enfocados en necesidades, deseos reproductivos y barreras socioculturales,²⁹ con una atención proactiva y coordinada; y por otro lado, mejorar la oferta

de MAC altamente efectivos que responda a los requerimientos personales y específicos de cada mujer.^{26,30}

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(4):297-308. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.05.055>
2. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(2):342-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.10.593>
3. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar [internet]. México: SS, 2004. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa293.html>
4. Darney BG, Sosa-Rubi SG, Servan-Mori E, Rodríguez MI, Walker D, Lozano R. The relationship of age and place of delivery with postpartum contraception prior to discharge in Mexico: A retrospective cohort study. *Contraception.* 2016;93(6):478-84. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.01.015>
5. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016 [internet]. París: OCDE Publishing, 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9789264265523-es>
6. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):917-23. <https://doi.org/10.2114/1095>
7. Trussell J, Aiken ARA, Micks E, Guthrie KA. Efficacy, safety, and personal considerations [internet]. En: Hatcher RA, Nelson AL, Trussell J, Cwiak C, Cason P, Policar MS, et al., eds. *Contraceptive technology*. 21st ed. New York: Ayer Company Publishers Inc, 2018. Disponible en: <http://www.contraceptivetechnology.org/wp-content/uploads/2013/09/Contraception-Effectiveness.pdf>
8. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. *Applied logistic regression*. 3rd ed. New Jersey: Wiley, 2013.
9. Secretaría de Salud. Programa de acción específico. Planificación familiar y anticoncepción 2013-2018 [internet]. México: SS, 2014. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10047/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>
10. Baldwin MK, Edelman AB. The Effect of long-acting reversible contraception on rapid repeat pregnancy in adolescents: A review. *J Adolesc Health.* 2013;52(4):S47-53. <https://doi.org/10.1016/j.jado-health.2012.10.278>
11. Potter JE, Hubert C, White K. The Availability and use of postpartum LARC in Mexico and among hispanics in the United States. *Matern Child Health J.* 2017;21(9):1744-52. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2179-6>
12. Saavedra-Avendano B, Andrade-Romo Z, Rodríguez MI, Darney BG. Adolescents and long-acting reversible contraception: Lessons from Mexico. *Matern Child Health J.* 2017;21(9):1724-33. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2013-1>
13. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, de Castro F, Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55(supl 2):S235-40.
14. Correia L, Martins I, Oliveira N, Antunes I, Palma F, Alves MJ. Contraceptive choices pre and post pregnancy in adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015;28(1):24-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2014.02.004>

15. Consejo Nacional de Población. Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana [internet]. Mexico: Conapo, 2016. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
16. García B, Castro R, Martínez C. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. *Estud Demogr Urbanos Colmex* [internet]. 2011;26(1):195-213. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v26n1/2448-6515-educm-26e-01-195.pdf>
17. Khan M, Kotecha I. Is maternal health services utilization predict the contraceptives adoption in extended postpartum period: A community-based cross-sectional study done in urban slums of Western Gujarat. *J Fam Med Prim Care*. 2019;8(3):1164-9. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_122_19
18. Eeckhaut MCW. Marital status and female and male contraceptive sterilization in the United States. *Fertil Steril*. 2015;103(6):1509-15. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.02.036>
19. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 552: Benefits to women of medicaid expansion through the affordable care act. (Reaffirmed 2016). *Obstet Gynecol*. 2013;121(552):221-3. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2013/01/benefits-to-women-of-medicaid-expansion-through-the-affordable-care-act.pdf>
20. Moore Z, Pfitzer A, Gubin R, Charurat E, Elliott L, Croft T. Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low- and middle-income countries. *Contraception*. 2015;92(1):31-9. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.03.007>
21. Goldthwaite LM, Shaw KA. Immediate postpartum provision of long-acting reversible contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015;27(6):460-4.
22. Navarro-Núñez C, Álvarez-González G, Tene-Pérez CE, Millán-Guerrero RO, Trujillo-Hernández B. Causas de no uso de método anticonceptivo posparto entre madres adolescentes. *Ginecol Obstet Mex*. 2005;73(2):63-8. Disponible en: <https://www.medigraphics.com/pdfs/ginobsxmex/gom-2005/gom052b.pdf>
23. Brenes-Monge A, Saavedra-Avendaño B, Alcalde-Rabanal J, Darney BG. Are overweight and obesity associated with increased risk of cesarean delivery in Mexico? A cross-sectional study from the National Survey of Health and Nutrition. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):239. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2393-5>
24. Blanc AK, Tsui AO, Croft TN, Trevitt JL. Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2009;35(2):63-71. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/40233806>
25. Montague M, Ascha M, Wilkinson B, Verbus E, Morris J, Mercer BM, Arora KS. Role of bridge contraception in postpartum long-acting reversible contraception and sterilization fulfillment rates. *Obstet Gynecol*. 2018;132(3):583-90.
26. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud PA. WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adolesc Health*. 2013;52(5):517-22. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.002>
27. Thiel-de Bocanegra H, Chang R, Howell M, Darney P. Interpregnancy intervals: impact of postpartum contraceptive effectiveness and coverage. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(4):311.e1-311.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.12.020>
28. Morán C, Fuentes G, Amado F, Higuera H, Bailen R, Zárate A. La práctica de la anticoncepción posparto en hospitales del Distrito Federal. *Salud Publica Mex*. 1992;34(1):18-24.
29. de la Vara-Salazar E, Suárez-López L, Rivera L, Lazcano-Ponce E. Providers perspective and geographic and institutional factors associated with family planning counseling. *Sex Reprod Health Care*. 2018;16:33-8. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.01.005>
30. Hindin MJ, Kalamar AM, Thompson TA, Upadhyay UD. Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low- and middle-income countries: A systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health*. 2016;59(3):S8-15. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.021>