



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

**Relación entre autonomía de la mujer y uso de métodos anticonceptivos,
Colombia 2015.**

Autores:

Yency Carolina Cruz Mojica

Dayna Zirley Angarita Mejía

Diego Armando Alvarado Otálora

Directora de Tesis:

Ángela María Pinzón Rondón

Universidad del Rosario

Escuela de medicina

Maestría en salud pública

2019

Relación entre autonomía de la mujer y uso de métodos anticonceptivos, Colombia 2015.

Resumen

Objetivos: Determinar si la autonomía personal y la autonomía en asuntos del hogar tienen relación con el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres colombianas.

Métodos: Mediante un estudio de corte transversal, basado en los datos de la encuesta nacional de demografía y salud para Colombia 2015, se analizó una muestra, $n= 21\ 402$ mujeres y se ajustaron modelos de regresión logística binaria.

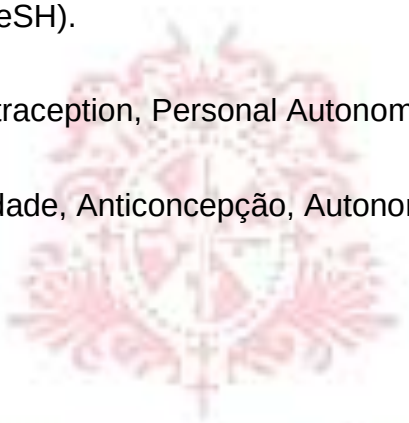
Resultados: Las mujeres con nivel de autonomía intermedia o no autónomas presentaron menor probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos de cualquier tipo: Autonomía de decisiones personales -Odds Ratio Ajustado- (aOR: 0,891; IC95%: 0,810-0,980) para autonomía media y (aOR: 0,719; IC95%: 0,595-0,868) para no autónomas. Autonomía en asuntos del hogar (aOR: 0,883; IC95%: 0,816-0,955) autonomía media y (aOR: 0,739; IC95%: 0,650-0,840) en no autónomas. De igual manera, los métodos anticonceptivos modernos tienen menor probabilidad de uso en mujeres sin autonomía o medianamente autónomas: Autonomía de decisiones personales (aOR: 0,885; IC95%: 0,795-0,984) autonomía media y (aOR: 0,655; IC95%: 0,536-0,802) no autónomas. Autonomía en asuntos del hogar (aOR: 0,816; IC95%: 0,747-0,892) autonomía media y (aOR: 0,658; IC95%: 0,573-0,756) no autónomas.

Conclusiones: Los resultados de este estudio aportan evidencia sobre la influencia que puede tener la autonomía de la mujer en el uso de métodos anticonceptivos. Se encontró que a menor nivel de autonomía de decisiones personales y de asuntos del hogar, menor es la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos en una mujer que los requiera.

Palabras clave: Sexualidad, Anticoncepción, Autonomía personal, Planificación Familiar (Fuente: DeCS, MeSH).

Keywords: Sexuality, Contraception, Personal Autonomy, Family Planning.

Palavras chaves: Sexualidade, Anticoncepção, Autonomia Pessoal, Planejamento Familiar.



INTRODUCCIÓN

Los métodos anticonceptivos han contribuido a disminuir los embarazos no deseados a nivel mundial (1). Sin embargo, el uso de los mismos todavía es deficiente, en particular en países en vías de desarrollo, afectando la población más pobre, con menor nivel educativo y de zona rural, lo que conlleva problemas de salud y más pobreza (1,2).

El embarazo no deseado a cualquier edad se ha asociado a diferentes problemas en la salud y en la situación social y económica de la mujer y de su familia (3,4). El aborto –seguro, poco seguro o nada seguro- y el embarazo adolescente son dos de las consecuencias más importantes del mismo (2,5). De acuerdo a Langer, en los

peores casos los abortos inducidos terminan provocando muertes maternas, y los embarazos no deseados, suicidios y homicidios (3). Se calcula que para el año 2008, el 41% de embarazos en todo el mundo eran embarazos no deseados (1) y particularmente en Colombia el 52% de los embarazos fueron declarados no deseados según la encuesta nacional de demografía y salud 2015 (ENDS) (5).

El conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la accesibilidad a los mismos se han estudiado como las principales causas de baja adherencia a su uso (6–8). En Colombia la ENDS de 2015 pone en evidencia que el conocimiento de por lo menos un método anticonceptivo moderno en hombres y mujeres sobrepasa el 90% y la necesidad insatisfecha de la demanda de anticonceptivos en mujeres sexualmente activas unidas es del 6% y en mujeres no unidas es del 11,7% (5).

Esta situación hace considerar que, a diferencia de otros lugares del mundo (como África subsahariana donde el conocimiento es bajo y las necesidades insatisfechas alcanzan el 24,2% según la OMS) (9), el problema más relevante en Colombia no es el conocimiento de los métodos, ni la accesibilidad a estos. Por lo cual es necesario encontrar los factores asociados a su uso. Existe un factor que no ha sido suficientemente estudiado en el país y éste es la intervención de otros individuos, como pareja, padres, amigos, etc, quienes pueden coaccionar la mujer evitando o modificando la decisión de uso de estos por parte de ella (3). Es insuficiente la información de este factor y su influencia sobre el uso de métodos anticonceptivos, por lo que se considera importante tener en cuenta el estudio de la autonomía de la mujer.

La autonomía, hace referencia a la capacidad de las personas para llevar a cabo la “autogestión personal” en toma de decisiones, normas sociales y autoeficacia emocional (10). De esta manera, se pueden desprender de allí distintos subtipos de autonomía, pero en particular se han considerado de especial importancia para la toma de decisiones en anticoncepción: La autonomía de decisiones personales y la autonomía en asuntos del hogar (11,12).

Generación tras generación ha sido vulnerada la autonomía de la mujer a nivel mundial y ha tenido transformaciones importantes en los últimos 60 años (13–18), por lo que se considera, que constituye un factor importante a evaluar ya que otros estudios a nivel internacional, mediante el análisis de preguntas específicas de las encuestas nacionales de demografía y salud, han reportado cómo influyen la autonomía personal y del hogar en la toma de decisiones para el uso de métodos anticonceptivos (11,12,19) pero para Colombia, es escasa la literatura científica que se encuentra al respecto.

Este estudio toma como fuente de información los datos de la ENDS 2015, (representatividad nacional, regional y sub regional del 99%) con el objetivo de establecer si la autonomía de la mujer puede estar asociada con el uso de métodos anticonceptivos en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal utilizando los datos del cuestionario individual de la mujer, de la ENDS para Colombia 2015, el cual se realizó a 38 718 mujeres. Para este estudio, se aplicaron como criterios de inclusión: Edad entre 13-

49 años, vida sexual activa y requerimiento de uso de un método anticonceptivo. Como criterios de exclusión: Mujeres que nunca han estado en unión, quienes no respondieron módulo de anticoncepción y/o autonomía, Menopausia, Infertilidad/Histerectomía y estado de embarazo al momento de la entrevista.

Se consideraron como variables de anticoncepción: Planificación actual con cualquier método, Planificación con método moderno y Método usado actualmente.

Con relación a la autonomía se realizaron 2 agrupaciones. 1) Autonomía en asuntos del hogar: Se tomaron las preguntas del cuestionario; ¿Persona que usualmente decide sobre la atención médica de la encuestada? ¿Persona que usualmente decide las compras del hogar para las necesidades diarias? ¿Persona que usualmente decide lo que se cocina diariamente? y ¿Persona que usualmente toma las decisiones en las compras grandes del hogar? 2) Autonomía en decisiones personales: ¿Persona que toma la decisión final de estudiar de la encuestada? y ¿Persona que usualmente toma la decisión final de que la encuestada tenga relaciones sexuales? Con cada grupo se diseñaron escalas que puntuaran 3 niveles de autonomía; No autónoma, Medianamente autónoma y Autónoma.

Se consideraron como variables de Ajuste: Grupo de Edad en 4 categorías –13-19años, 20-29años, 30-39años y Mayor 40años –. Nivel educativo –No educación y primaria, secundaria y superior–. Estado de unión –Actualmente en unión, anteriormente en unión–. Etnia –Indígena, afrocolombiano, mayoría y otras–. Índice de riqueza –Muy pobre, pobre, medio rico, rico, muy rico–. Jefe de hogar –Femenino o masculino–. Trabaja actualmente –Si o No– y Número de hijos –0-4 hijos, 5-10 hijos, >10 hijos–.

Se realizó un análisis estadístico mediante el software IBM SPSS Statistics v25,0 calculando frecuencias absolutas para la caracterización sociodemográfica y de la autonomía de la muestra. Posteriormente, un análisis de relación estadística mediante el ajuste de modelos de regresión logística binaria IC 95% para las variables de anticoncepción: Planificación con cualquier método y Planificación con método moderno como variables dependientes, y las variables de autonomía: decisiones personales y de asuntos del hogar como variables independientes, dejando como categoría de comparación el nivel más alto de autonomía.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 21 402 mujeres, luego de aplicar criterios de exclusión, Ver tabla 1. La mayor proporción de ellas se encontraba entre 30-39 años de edad (35,3%), residía en área urbana (73,2%), había alcanzado secundaria como su mayor nivel educativo (46%), su nivel de riqueza se encontraba en pobre o muy pobre (56,9%) y se encontraban activas laboralmente (60,9%). Ver Tabla 2.

En cuanto autonomía se encontró que el 82,3% ($n= 17\ 607$) de las mujeres son autónomas en la toma de decisiones personales y el 68,8% ($n= 14\ 731$) lo son en las decisiones de los asuntos del hogar. De acuerdo al lugar de residencia se evidenció que las mujeres de la ciudad son menos autónomas en los asuntos del hogar y las mujeres del área rural son menos autónomas en la toma de decisiones personales. Las mujeres no autónomas se encontraban con mayor frecuencia en la categoría muy pobre del índice de riqueza, 52,2% para autonomía de decisiones

personales y 37,7% para autonomía en asuntos del hogar. Para los dos tipos de autonomía las mujeres autónomas fueron quienes se encontraban trabajando con mayor frecuencia. Ver Tabla 2.

A la pregunta de uso actual de métodos anticonceptivos de cualquier tipo, el 77% ($n= 16\ 487$) de las mujeres respondió afirmativamente. Mientras que, a la pregunta de uso de un método de planificación moderno, el 83% ($n= 17\ 772$) respondió estar usándolo. Los principales métodos usados fueron la esterilización femenina, anticonceptivos hormonales y condón. Ver Tabla 3.

Según tipo de método anticonceptivo, se encontró que la prevalencia de uso de métodos tanto tradicionales como modernos, siempre es menor en la población no autónoma, ejemplo de ello, es el uso de dispositivo intrauterino un método moderno del cual $n= 661$ mujeres refieren su uso, sin embargo, de ellas, solo $n=48$ (5%) corresponde a mujeres no autónomas en asuntos del hogar y $n= 22$ (2,3%) para no autónomas en decisiones personales. Esto aplica de igual manera para los métodos tradicionales; el método del ritmo o calendario, refiere ser usado por $n= 407$ mujeres, no obstante, solo $n= 8$ (2%) son no autónomas de decisiones personales y $n=12$ (2,9%) son no autónomas en asuntos del hogar.

La tabla 4 presenta los modelos de regresión logística binaria crudos y ajustados modelando las variables de anticoncepción. En las de autonomía, se utilizó como categoría de comparación el nivel más alto de autonomía encontrando menor OR conforme menor es el tipo de autonomía de decisiones personales y del hogar tanto para el uso de cualquier método como para uso de métodos modernos. En todos los casos el OR y aOR fueron <1 .

Las variables sociodemográficas utilizadas como variables de ajuste mostraron relación estadística en los modelos de regresión, tanto con el uso de métodos anticonceptivos de cualquier tipo como uso de métodos modernos. Sin embargo, no se consideraron mediadores de la relación ya que los Odds Ratio cambiaron menos de 10%. Entre las principales variables se encuentra la edad; a menor edad hay menor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos, 13-19años (aOR: 0,662; IC95%: 0,553-0,793) comparado con (aOR: 1,124; IC95%: 1,022-1,258) para 20-29años y (aOR: 1,281; IC95%: 1,166-1,408) 30-39años, en el caso de la autonomía en asuntos del hogar. El nivel educativo también presentó relación estadística evidenciando que a mayor nivel alcanzado hay más probabilidad de uso de anticonceptivos (aOR: 1,175; IC95%: 1,055-1,308) para el grupo sin educación o primaria y (aOR: 1,235; IC95%: 1,134-1,346) en la autonomía de decisiones personales. Ver tabla 4.

DISCUSIÓN

Anticoncepción

En Colombia, el uso de métodos anticonceptivos se ha venido vigilando mediante la Encuesta Nacional de demografía y salud desde el año 1990, donde se ha evidenciado el aumento en las tasas de uso de métodos anticonceptivos de cualquier tipo. Según la ENDS 2010 el uso de cualquier método anticonceptivo era del 79,1% en mujeres unidas en el rango de edad 15-49 años y 72,9% en el uso de métodos modernos (20). En la ENDS 2015, utilizada para este estudio, se encontró

que el 77% de las mujeres usan algún tipo de método y el 83% refirieron uso de métodos modernos.

En cuanto a los métodos de planificación tradicionales se evidencia disminución en su uso del año 2010 (6%) comparado con los datos de 2015 (4,8%). Esto refleja la evolución y situación actual del uso de métodos anticonceptivos a nivel nacional (5).

En América latina, al igual que lo encontrado en Colombia, se ha documentado un aumento en la prevalencia de planificación familiar mediante métodos modernos principalmente los últimos 30 años, teniendo impacto directamente sobre las tasas de fecundidad y demografía específicas en cada país (21).

El último informe del programa sectorial de salud México 2009-2018 evidenció cifras de uso de anticonceptivos con tasas de 72,3% para uso de cualquier método y 67,2% en el uso de métodos modernos en mujeres entre 15-49 años (22), menores a las encontradas en Colombia. Por su parte, en Argentina el último informe para 2014, presenta un nivel del 83%, comparable con este estudio (82,7%), en uso de métodos modernos en mujeres entre 14-49 años (23).

Autonomía

Este estudio presenta una población mayoritariamente autónoma: el 82,3% en las decisiones personales y el 68,8% en las decisiones en asuntos del hogar. Sin embargo, no deja ser preocupante que todavía hay un gran número de mujeres no autónomas en el país, ya que se ha encontrado que la falta autonomía de la mujer puede constituir un obstáculo para la decisión de búsqueda de atención en servicios de salud (24).

En Nepal Acharya Et al (25), analizaron como los factores sociodemográficos y la posición de la mujer en la toma de decisiones en los asuntos del hogar, influyen en la toma de decisiones del cuidado de la salud, tomando preguntas de decisión como indicadores individuales. Sin embargo, mostró resultados similares a este estudio, encontrando mayor prevalencia de autonomía a mayor edad y empleo actual, y menor prevalencia de autonomía en las mujeres del área rural. En México, Casique (26) describe igualmente la relación positiva que existe entre el área de residencia rural y el empleo tanto en el poder de decisión como en la autonomía de la mujer. Con diferente enfoque, “autonomía económica” en Chile también se compararon los factores sociodemográficos y de pobreza con la autonomía de la mujer, encontrando igualmente influencia positiva del empleo, pero también describiendo la pobreza como determinante en baja probabilidad de autonomía (27) concordando con el presente estudio, cuyos resultados evidenciaron que a mayor índice de riqueza hay mayor nivel de autonomía.

Autonomía y Métodos Anticonceptivos

En el mundo, la autonomía de la mujer se viene estudiando mediante el uso de los datos de la encuesta nacional de demografía y salud, mediante las preguntas del apartado de trabajo de la mujer y decisiones del hogar. Al Sumri en Egipto (12), encontró que la autonomía en la toma de decisiones de los hogares se asocia al uso de anticonceptivos modernos: las mujeres con autonomía intermedia (aOR: 1.19 ;IC95%: 1.04-1.35) y autonomía alta (aOR: 1.32; IC95%: 1.18-1.49) fueron más propensas a usar métodos anticonceptivos modernos en comparación con las mujeres de baja autonomía. En este estudio el índice de autonomía en asuntos del

hogar relacionado con el uso de métodos anticonceptivos modernos (aOR: 0,816; IC95%: 0,747-0,892) para medianamente autónoma y (aOR: 0,658; IC95%: 0,573-0,756) para las no autónomas, encuentra similitud en tanto que, a menor nivel de autonomía, se considera menor probabilidad de uso de anticonceptivos modernos.

De igual manera, otros autores han agrupado dichas preguntas para asociar diferentes tipos de autonomía con uso de anticonceptivos modernos: En la república del Congo, Sano Et (28) al encontraron asociación entre “autonomía de la mujer” y uso de métodos modernos (aOR: 1.16; IC95%: 1.05-1.29). Viswan Et al en Nigeria, analizó la “autonomía sexual” de la mujer con el uso de anticonceptivos modernos encontrando que las mujeres con autonomía sexual alta tienen prevalencia 2.8 y 2.6 veces mayor de uso, de acuerdo a los años 2008 y 2013 (aOR: 1.776; IC95%: 1.562–2.020) y (aOR: 1.855; IC95%: 1.663–2.068) respectivamente (29).

La autonomía de decisiones personales, también se viene estudiando a nivel mundial mediante el apartado ya mencionado de las ENDS. En este estudio, las mujeres medianamente autónomas (aOR: 0,891; IC95%: 0,810-0,980) y las no autónomas (aOR: 0,719 IC95%: 0,595-0,868), en relación con el uso de cualquier método, no evidenciaron una relación estadísticamente significativa para uso, en comparación con las mujeres autónomas como categoría de referencia; Saleem y Bobak en Pakistán (11) categorizaron la autonomía de decisión evaluando preguntas específicas del apartado, en quintiles para su relación con el uso actual de anticonceptivos y ajustándolo por variables sociodemográficas y educación, en cuyo caso la autonomía de mayor quintil -5- (aOR: 2,01; IC95%: 1,44–2,81), evidenciando menor probabilidad de uso conforme menor fue el quintil de

autonomía. En Bangladesh, Rahman Et al (30) evaluaron la autonomía en la toma de decisiones del hogar por medio de 5 preguntas hallando mayor probabilidad de uso de cualquier método a mayor número de decisiones participes de la mujer (aOR: 1,90; IC95%: 1,43–1,89) para las mujeres que participan en todas las decisiones y menor aOR conforme menor es la participación.

No obstante estos hallazgos encuentran contraposición con otros autores, Atiglo et al(19), relacionaron en Ghana la autonomía de decisión con el uso de cualquier método anticonceptivo e intención de uso y la necesidad satisfecha de los mismos, encontrando una asociación entre la las variables de control y la demanda de anticonceptivos, así como relación con la intención de uso, pero no encontró asociación significativa entre la autonomía de decisión y la demanda de métodos anticonceptivos, autonomía intermedia (aOR: 0,613; IC95%: 0,424-0,884) y autonomía alta (aOR: 0,559; IC95%: 0,352-0,889).

Limitaciones

Posibilidades de sesgo de información: las participantes pueden no dar respuestas verídicas por pudor, timidez, olvido o presencia de otras personas en el momento de la entrevista, en razón de que los temas de autonomía y sexualidad son álgidos para la mayoría de individuos. Por ser un estudio de corte transversal no podemos determinar una inferencia causal. Las mujeres no unidas sexualmente activas no fueron incluidas en el estudio, ya que ellas no responden los módulos de autonomía,

sin embargo, se considera que también deben ser incluidas en tales apartados del cuestionario ya que también debe ser estudiada su autonomía como derecho humano declarado en la 4ta conferencia mundial sobre la mujer (31). Dada la variabilidad en los métodos para el estudio de los diferentes tipos de autonomía, futuros estudios podrían encaminarse a validar una herramienta unificada de evaluación de autonomía. No obstante, cabe resaltar que la evaluación de la autonomía en la mujer para este estudio, consideró únicamente dos dimensiones de autonomía medidas de manera particular y la autonomía puede ser evaluada de diferentes maneras. Otros autores han evaluado la autonomía de decisiones personales con índices de poder de decisión y la autonomía del hogar con índices de autonomía personal (26), también han combinado las variables de decisiones personales con las del hogar para conformar un único índice de autonomía. Sin embargo, la importancia no radica en cómo se agrupen los distintos componentes de la autonomía de la mujer; ya que tanto en estudios de América Latina como de África se presentan similitudes en cuanto a factores como la edad, el índice de riqueza, el nivel educativo y la situación laboral que determinan el nivel de autonomía de la mujer.

Conclusiones

La prevalencia para el uso de métodos anticonceptivos de cualquier tipo y métodos modernos en la mujer, podría verse influida por diversos tipos de autonomía personal; en decisiones personales, en asuntos del hogar, sexual y económica. Por lo que se sugiere, que el embarazo no deseado y sus posibles consecuencias, no

se deben intervenir únicamente con programas que aumenten el conocimiento de los métodos, sino que también enseñando a la mujer a ejercer su autonomía personal en todos los ámbitos en que pueda desenvolverse, protegiendo así su cuerpo y su futuro.

Implicaciones

Los hallazgos de este estudio aportan bases para la investigación de la autonomía de la mujer con relación al uso de métodos anticonceptivos, la cual se encuentra muy limitada en latino América. Así mismo, se considera puede aportar a la construcción de los programas educativos de promoción en el uso de anticonceptivos teniendo en cuenta otra visión de la mujer como ser autónomo, independiente de los roles de género que la sociedad imparte.

Declaraciones

Para la realización del estudio se tomaron en cuenta consideraciones éticas bajo el amparo de la ley estatutaria 1581 de 2012, Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 de 2008 del Ministerio de salud y Protección social. Pese a considerarse un estudio sin riesgo (dado que se usan datos secundarios), el uso de la base de datos contó con la aprobación del comité de Ética de la Universidad del Rosario. Los autores no declararon presentar conflictos de interés, ni tener apoyo económico de entidades privadas o comerciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Susheela Singh, Gilda Sedgh, Rubina Hussain. Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes. *Stud Fam Plann.* 2010;(4):241.
2. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año [Internet]. World Health Organization. [citado 7 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortion-occur-each-year>
3. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública.* marzo de 2002;11(3):192-205.
4. Espinoza H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. *Rev Panam Salud Pública.* marzo de 2002;11:148-9.
5. Ministerio de salud y protección social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. 2015. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
6. Cuervo-Vergara SA, Garrido-Gutiérrez JD, Vélez-Álvarez GA, Zuleta-Tobón JJ. Asociación entre conocimientos de anticoncepción y embarazo no planeado. Estudio de corte transversal. *Assoc Knowl Contracept Unplanned Pregnancy Cross-Sect Study.* julio de 2015;66(3):160-70.
7. Edward M-G, Roberth Alirio O-M. Nivel de conocimiento respecto a la planificación familiar en gestantes que acudieron al Hospital Universitario San José, Popayán, Colombia, 2014-2015 / Knowledge about contraception among pregnant women coming to San José University Hospital in Popayán, Colombia, 2014-2015. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2016;(3):207.
8. Sofía G-I, Luis D-A. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México / Teenagers' access to contraception in Mexico City. *Salud Pública México.* 2017;(3):236.
9. Planificación familiar [Internet]. World Health Organization. [citado 8 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
10. Alzina RB, Escoda NP. Las Competencias Emocionales (Emotional Competences). *Educ XX.* 2007;22.
11. Bobak Martin, Saleem Shabana. Women's autonomy, education and contraception use in Pakistan: a national study. *Reprod Health Vol 2 Iss 1 P 8* 2005. 2005;(1):8.

12. Hana H ALSumri. A National Study: the Effect of Egyptian Married Women's Decision-Making Autonomy on the use of Modern Family Planning Methods. *Afr J Reprod Health Rev Afr Santé Reprod*. 1 de diciembre de 2015;19(4):68.
13. Ortiz-Rodríguez J, Pillai VK, Ribeiro-Ferreira M, Ortiz-Rodríguez J, Pillai VK, Ribeiro-Ferreira M. The Impact of Autonomy on Women's Agency. *Convergencia*. abril de 2017;24(73):205-21.
14. Danelia C-L. Mujeres y anticonceptivos, ¿liberación femenina?: women's liberation? / women and contraceptives: liberação feminina? / mulheres e anticoncepcionais. *Pers Bioét*. 2014;(1):12.
15. Giraldo O. El machismo como fenómeno psicocultural. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 1972 [citado 28 de octubre de 2018];4(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80540302>
16. Oblitas, Beatriz. Machismo y violencia contra la mujer. *Investigaciones sociales*;
17. Becerra A, Santellan P. Mujeres: Entre La Autonomía Y La Vida Familiar. 2016;27(53):121-39.
18. Morales B. MarC. Entre el control y la autonomía: políticas de salud sexual de jóvenes y mujeres en Colombia, 1964-1991. *Control Auton Sex Health Policies Youngsters Women Colomb 1964-1991*. enero de 2011;29(1):130-42.
19. Atiglo Y, Codjoe S. Meeting women's demand for ontraceptives in Ghana: does utoonomy matter? *Publ En Línea 24 Septiembre 2018* [Internet]. 2018; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03630242.2018.1500413>
20. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Colom: Profamilia, Ministerio de la Protección Social, USAIS, ICBF.; 2011 p. 122. Report No.: 5.
21. Torres M, González P. Antecedentes teóricos y empíricos del uso de métodos de planificación familiar. *Rev.fac.cienc.econ*. diciembre de 2009;17:171-82.
22. Secretaría de Salud. Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. México: Sistema de salud; 2018 p. 221.
23. Ministerio de salud. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Buenos Aires, Argentina: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2014 p. 34.
24. Viens LJ, Clouston S, Messina CR. Women's autonomy and cervical cancer screening in the Lesotho Demographic and Health Survey 2009. *Soc Sci Med*. febrero de 2016;150:23-30.

25. Acharya DR, Bell JS, Simkhada P, van Teijlingen ER, Regmi PR. Women's autonomy in household decision-making: a demographic study in Nepal. *Reprod Health*. 15 de julio de 2010;7:15.
26. Casique I. Poder de decisión y autonomía de la mujer mexicana: análisis de algunos condicionantes. Cuernavaca, Mor., México: Univ. Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2004. 80 p. (Serie Cuadernos del CRIM).
27. Ministerio de desarrollo social. Informe de análisis de estadísticas para el monitoreo de equidad de género, en base a la serie de datos de Encuesta Casen. Período 2006-2015. Santiago de Chile; 2017 dic.
28. Sano Y, Antabe R, Atuoye KN, Braimah JA, Galaa SZ, Luginaah I. Married women's autonomy and post-delivery modern contraceptive use in the Democratic Republic of Congo. *BMC Womens Health*. 12 de marzo de 2018;18(1):49-49.
29. Viswan SP, Ravindran TKS, Kandala N-B, Petzold MG, Fonn S. Sexual autonomy and contraceptive use among women in Nigeria: findings from the Demographic and Health Survey data [Internet]. *International Journal of Women's Health*. 2017 [citado 31 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.dovepress.com/ez.urosario.edu.co/sexual-autonomy-and-contraceptive-use-among-women-in-nigeria-findings--peer-reviewed-fulltext-article-IJWH>
30. Rahman MM, Mostofa MG, Hoque MA. Women's household decision-making autonomy and contraceptive behavior among Bangladeshi women. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives*. marzo de 2014;5(1):9-15.
31. ONU. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. New York: Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; 1996.

ANEXOS

TABLA 1. Criterios de exclusión, ($n = 38\,718$) mujeres que respondieron ENDS (2015), Bogotá, Colombia, 2019

Criterio	($n=$)
Nunca en unión	9 594
No respuesta de módulos de anticoncepción y autonomía	631
Vida sexual inactiva, Menopausia, infertilidad o Histerectomía	6 578
Estado de embarazo	513
Total muestra	20 402
Fuente: Elaborado por los autores con base a los datos del estudio.	



Universidad del
Rosario

TABLA 2. Descripción características sociodemográficas y de autonomía de la población (n =21 402) mujeres que respondieron ENDS (2015), Bogotá, Colombia, 2019

	N° Mujeres (%)	Autonomía de decisiones personales			Autonomía en asuntos del hogar		
		Autónoma (n =17 607)	Medianamente autónoma (n =3 176)	No autónoma (n =619)	Autónoma (n =14 731)	Medianamente autónoma (n =5 237)	No autónoma (n =1 434)
	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)
Edad							
13a19años	956 (4.5)	773 (4,4)	154 (4,8)	29 (4,7)	406 (2,8)	304 (5,8)	246 (17,2)
20a29años	6251 (29.2)	5373 (30,5)	752 (23,7)	126 (20,4)	3997 (27,1)	1652 (31,5)	602 (42)
30a39años	7554 (35.3)	6356 (36,1)	1012 (31,9)	186 (30)	5447 (37)	1789 (34,3)	318 (22,2)
Mayor40años	6641 (31)	5105 (29)	1258 (39,6)	278 (44,9)	4881 (33,1)	1492 (28,5)	268 (18,7)
Lugar de residencia							
Rural	5726 (26,8)	4275 (24,3)	1158 (36,5)	293 (47,3)	3584 (24,3)	1654 (31,6)	488 (34)
Urbana	15676 (73,2)	13332 (75,7)	2018 (63,5)	326 (52,7)	11147 (75,7)	3583 (68,4)	946 (66)
Etnia							
Indígena	2257 (10.5)	1649 (9,4)	451 (14,2)	157 (25,4)	1356 (9,2)	653 (12,5)	248 (17,3)
Afrodescendiente	2062 (9.6)	1636 (9,3)	362 (11,4)	64 (10,3)	1502 (10,2)	450 (8,6)	110 (7,7)
Mayoría	16812 (78.6)	14136 (80,3)	2290 (72,1)	386 (62,4)	11699 (79,4)	4055 (77,4)	1058 (73,8)
Otras	271 (1.3)	186 (1,1)	73 (2,3)	12 (1,9)	174 (1,2)	79 (1,5)	18 (1,3)
Nivel educativo							
No educación o primaria	5881 (27.5)	4219 (24)	1298 (40,9)	364 (58,8)	3781 (25,7)	1609 (30,7)	491 (34,2)
Secundaria	9850 (46)	8258 (46,9)	1392 (43,8)	200(32,3)	6877 (46,7)	2343 (44,7)	630 (43,9)
Superior	5671 (26.5)	5130 (29,1)	486 (15,3)	55 (8,9)	4073 (27,6)	1285 (24,5)	313 (21,8)
Índice de riqueza							
Muy Pobre	5676 (26.5)	4153 (23,6)	1200 (37,8)	323 (52,2)	3508 (23,8)	1628 (31,1)	540 (37,7)
Pobre	6497 (30.4)	5346 (30,4)	987 (31,1)	164 (26,5)	4649 (31,6)	1478 (28,2)	370 (25,8)
Medio Riq	4475 (20.9)	3900 (22,2)	505 (15,9)	70 (11,3)	3232 (21,9)	994 (19)	249 (17,4)
Rico	2947 (13.8)	2608 (14,8)	302 (9,5)	37 (6)	2095 (14,2)	692 (13,2)	160 (11,2)
Muy Rico	1807 (8.4)	1600 (9,1)	182 (5,7)	25 (4)	1247 (8,5)	445 (8,5)	115 (8)
Trabaja Actualmente							
No	8373 (39.1)	6690 (38)	1390 (43,8)	293 (47,3)	5367 (36,4)	2208 (42,2,)	798 (55,6)
Si	13029 (60.9)	10917 (62)	56,2)	326 (52,7)	9364 (63,6)	3029 (57,8)	636 (44,4)
Estado de unión							
Actualmente en unión	16434 (76.8)	13138 (74,6)	2742 (86,3)	554 (89,5)	11327 (76,9)	4284 (81,8)	823 (57,4)
Anteriormente en unión	4968 (23.2)	4469 (25,4)	434 (13,79)	65 (10,5)	3404 (23,1)	953 (18,2)	611 (42,6)
Cabeza De Hogar							
Masculino	14085 (65.8)	11213 (63,7)	2394 (75,4)	478 (77,2)	9208 (62,5)	3883 (71,1)	994 (69,3)
Femenino	7317 (34.2)	6394 (36,3)	782 (24,6)	141 (22,8)	5523 (37,5)	1354 (25,9)	440 (30,7)

Fuente: Elaborado por los autores con base a los datos del estudio.

TABLA 3. Principales métodos anticonceptivos distribuidos por tipo de autonomía. (n =21 402) mujeres que respondieron ENDS (2015), Bogotá, Colombia, 2019

		Autonomía de decisiones personales			Autonomía en asuntos del hogar		
		Autónoma	Medianamente autónoma	No autónoma	Autónoma	Medianamente autónoma	No autónoma
	(n=)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)
Método usado							
Esterilización Femenina ^a	8457	6782 (80,2)	1409 (16,7)	266 (3,1)	6190 (73,2)	1892 (22,4)	375 (4,4)
Injectable ^a	2199	1890 (85,9)	269 (12,2)	40 (1,8)	1505 (68,4)	547 (24,9)	147 (6,7)
Píldora ^a	1517	1252 (82,5)	226 (14,9)	39 (2,6)	995 (65,6)	432 (28,5)	90 (5,9)
Condón ^a	1504	1296 (86,2)	184 (12,2)	24 (1,6)	1027 (68,3)	389 (25,9)	88 (5,9)
Implantes subdérmicos ^a	1447	1260 (87,1)	156 (10,8)	31 (2,1)	937 (64,8)	368 (25,4)	142 (9,8)
Dispositivo intrauterino ^a	961	826 (86)	113 (11,8)	22 (2,3)	668 (69,5)	245 (25,5)	48 (5)
Coito interrumpido ^b	747	578 (77,4)	138 (18,5)	31 (4,1)	478 (64)	218 (29,2)	51 (6,8)
Esterilización Masculina ^a	534	482 (90,3)	47 (8,8)	5 (0,9)	403 (75,5)	120 (22,5)	11 (2,1)
Ritmo ^b	407	335 (82,3)	64 (15,7)	8 (2)	293 (72)	102 (25,1)	12 (2,9)
Otros ^{ab}	79	48 (60,8)	19 (24,1)	12 (15,1)	40 (50,6)	25 (31,6)	14 (17,7)
Tipo de método							
Moderno	17772	14694 (82,7)	2613 (14,7)	465 (2,6)	12464 (70,1)	4294 (24,2)	1014 (5,7)
Tradicional	1036	786 (75,9)	201 (19,4)	49 (4,7)	671 (64,8)	291 (28,1)	74 (7,1)
Fuente: Elaborado por los autores con base a los datos del estudio.							
^a Método moderno.							
^b Método tradicional.							

Universidad del
Rosario

TABLA 4. Modelos de regresión logística binaria (*n* =21 402) mujeres que respondieron ENDS (2015), Bogotá, Colombia, 2019

	Planifica con cualquier método				Planifica con método moderno			
	Modelo crudo		Modelo ajustado		Modelo crudo		Modelo ajustado	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Autonomía decisiones personales								
Autónoma	Categoría de referencia							
Medianamente autónoma	0,957 (0,875-1,047)	0,334	0,891 (0,810-0,980)	0,017	0,991 (0,896-1,097)	0,868	0,885 (0,795-0,984)	0,024
No autónoma	0,778 (0,651-0,930)	0,006	0,719 (0,595-0,868)	0,001	0,756 (0,623-0,916)	0,004	0,655 (0,536-0,802)	<0,001
Autonomía en asuntos del hogar								
Autónoma	Categoría de referencia							
Medianamente autónoma	0,829 (0,769-0,894)	<0,001	0,883 (0,816-0,955)	0,002	0,837 (0,769-0,910)	<0,001	0,816 (0,747-0,892)	<0,001
No autónoma	0,451 (0,401-0,506)	<0,001	0,739 (0,650-0,840)	<0,001	0,454 (0,401-0,515)	<0,001	0,658 (0,573-0,756)	<0,001
Variables de ajuste								
Edad								
13a19años			0,312 (0,266-0,365)	<0,001			0,662 (0,553-0,793)	<0,001
20a29años			0,642 (0,585-0,705)	<0,001			1,134 (1,022-1,258)	0,018
30a39años			1,016 (0,931-1,110)	0,717			1,281 (1,166-1,408)	<0,001
Mayor40años	Categoría de referencia							
Nivel educativo								
No educación/primaria			1,175 (1,055-1,308)	0,003			1,250 (1,111-1,408)	<0,001
Secundaria			1,235 (1,134-1,346)	<0,001			1,291 (1,173-1,419)	<0,001
Superior	Categoría de referencia							
Estado de unión								
Actualmente unida			2,280 (2,087-2,491)	<0,001			3,317 (3,013-3,652)	<0,001
Anteriormente unida	Categoría de referencia							
Etnia								
Indígena	Categoría de referencia							
Afrodescendiente			1,692 (1,477-1,939)	<0,001			1,612 (1,383-1,879)	<0,001
Mayoría			2,005 (1,811-2,220)	<0,001			1,778 (1,586-1,994)	<0,001
Otras			1,424 (1,064-1,906)	0,017			1,188 (0,870-1,622)	0,278
Índice de riqueza								
Muy pobre	Categoría de referencia							
Pobre			1,481 (1,351-1,624)	<0,001			1,276 (1,149-1,417)	<0,001
Medio Riq			1,446 (1,300-1,608)	<0,001			1,265 (1,121-1,426)	<0,001
Rico			1,637 (1,441-1,860)	<0,001			1,322 (1,148-1,524)	<0,001
Muy Rico			1,832 (1,566-2,144)	<0,001			1,563 (1,315-1,858)	<0,001
Cabeza De Hogar								
Femenino	Categoría de referencia							
Masculino			1,106 (1,019-1,200)	0,016			1,023 (0,933-1,122)	0,629
Número de hijos								
0-4Hijos	Categoría de referencia							
5-10Hijos			0,827 (0,734-0,932)	0,002			0,862 (0,756-0,982)	0,026
Mas de 10Hijos			0,239 (0,127-0,448)	<0,001			0,211 (0,113-0,395)	<0,001
Situación laboral				0,005				
Trabaja			1,109 (1,032-1,191)	0,005			1,018 (0,938-1,104)	0,668
No trabaja	Categoría de referencia							
Fuente: Elaborado por los autores con base a los datos del estudio.								