



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA PARA LA SALUD PÚBLICA**

**TEMA: “DETERMINANTES DE LA SALUD Y ACCESO A PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA PARA LA SALUD PÚBLICA**

**Autores:**

Frías Zambrano Patricia Azucena

Carrera Ramos Leandro Ricardo

**Directora:**

Daniela Nataly Cadena Mosquera, Econ, Mph

**QUITO, 2023**

## TEMA.

### “DETERMINANTES DE LA SALUD Y ACCESO A PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS”

- **Nombres y filiaciones del autor y autora.**

<sup>a</sup>Frías Zambrano Patricia Azucena - <sup>b</sup>Carrera Ramos Leandro Ricardo

<sup>a</sup>Facultad De Medicina, Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Avenida. 12 de octubre 1076 y Roca. Quito-Ecuador – correo institucional

<sup>b</sup>Facultad De Medicina, Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Avenida. 12 de octubre 1076 y Roca. Quito-Ecuador - correo institucional

**Autora De Correspondencia:** Daniela Nataly Cadena Mosquera, Docente, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, [dncadena@puce.edu.ec](mailto:dncadena@puce.edu.ec)

## Recuento de palabras

327 resumen

304 abstract

7112 texto principal

## Contribuciones de Autoría.

Con relación a la creación y aportación a temas importantes para el desarrollo del presente escrito, tanto Frías Zambrano Patricia Azucena, como Carrera Ramos Leandro Ricardo desempeñaron roles equilibrados en la recopilación precisa de información y datos, mismos que se integraron en el trabajo, ambos autores participaron en el proyecto, en relación al diseño, redacción de la literatura, revisión y análisis crítico del documento, así como también en análisis de la información que se obtuvo como resultado de la investigación y la interpretación de datos.

Mentor y diseño metodológico: Daniela Nataly Cadena Mosquera, Econ, Mph

Análisis estadístico: Frías Zambrano Patricia Azucena y Carrera Ramos Leandro Ricardo

**Financiación:** Sin financiación

## Conflictos de intereses.

Los autores del presente estudio declaran no contar con ningún conflicto de interés.

## Agradecimientos:

Deseamos expresa nuestro más sincero agradecimiento a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, nuestra *alma mater* por brindarnos no solo conocimiento académico, sino también experiencias transformadoras, las cuales permitieron ampliar y evolucionar aquellas habilidades y aptitudes que se encontraban escondidas, y florecieron en los ahora dignos profesionales de tan noble institución, agradecemos a nuestros nobles educadores que, en su rol como guía, compartieron todos sus conocimientos esenciales, los cuales posibilitaron la creación de este documento, y finalmente a Dios, nuestras familias y amigos por su apoyo incondicional a lo largo de este proceso.

## Resumen

Acorde con la Organización Mundial de la Salud, la salud reproductiva alude a un estado general de bienestar físico, mental y social al igual que al derecho de decidir cuándo, cuantos y con qué frecuencia desea tener hijos. El acceso a servicios de salud para métodos de planificación familiar es esencial en este contexto, puesto que estos establecimientos ofrecen información y servicios que permiten la toma de decisiones informadas sobre su salud reproductiva. Al ser un tema desatendido decenas de mujeres experimentan embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, entre otros, para lo cual, garantizar acceso de calidad a servicios de planificación familiar debe ser un tema de interés, garantizando así su mejora continua, especialmente en sectores marginados. **Objetivo:** Analizar la asociación que existe entre los diferentes determinantes de la salud y el acceso a métodos de planificación familiar en madres de niños menores de 5 años. **Metodología:** Estudio, analítico transversal, se estimó razón de prevalencia (RP) de los determinantes de la salud y su relación con el acceso a métodos de planificación familiar, mediante la regresión generalizada de Poisson. **Resultados:** Acorde con datos de la ENSANUT de madres de menores de 5 años, se evidencia que, mujeres ecuatorianas inician una vida sexual activa en el rango de edad de 13 a 20 años, el 78% de mujeres del área urbana desconocen de Métodos De Planificación Familiar (MPF), 70% de mujeres de áreas rurales no tienen acceso a establecimientos de salud para Métodos De Planificación Familiar (MPF), mujeres de la región Amazónica consiguen un MPF a través de establecimientos públicos siendo el 82%, con relación al acceso el 34% de mujeres afroecuatorianas si tienen acceso a estos servicios, 59% de mujeres casadas no tienen conocimiento en Métodos De Planificación Familiar (MPF), el 14% de mujeres que no utilizan Métodos De Planificación Familiar (MPF) manifestó como barreras de acceso factores como pena o vergüenza y largas distancias geográficas. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre acceso y edad: (RP: 0,99, IC: 0.99-0.99), etnia blanca (RP: 1,05, IC: 1.01-1.08), área urbana (RP: 1,01, IC: 1.00-1.01), mujeres solteras (RP: 1,01, IC: 1.00-1.01), distancia entre 1 a 2 horas y de 3 a más horas del establecimiento de salud (RP: 0,98, IC: 0.98-0.99) y (RP: 0,21, IC: 0.19-0.23) respectivamente. Autonomía en la decisión del uso de anticonceptivos: ¿Sólo usted? (RP: 1,007, IC: 1.00-1.01), ¿Sólo su pareja? (RP: 0,96, IC: 0.93-0.99). **Conclusiones:** La importancia de garantizar acceso indiscriminado, asequible y de calidad a servicios de planificación y consejería familiar incrementa el acceso a métodos anticonceptivos, reduciendo los embarazos no deseados y el cuidado de familias numerosas, lo cual es un asunto relevante que se debate en el ámbito político-social, los determinantes analizados se ven asociados al acceso a establecimientos de salud públicos y privados.

**Palabras clave:** Determinantes de Salud, Anticonceptivos, ENSANUT, Planificación Familiar, ECUADOR

## Abstract

According to the World Health Organization, reproductive health refers to a general state of physical, mental and social well-being as well as the right to decide when, how many and how often you want to have children. Access to health services for family planning methods is essential in this context, as these facilities provide information and services that enable informed decision-making about their reproductive health. As it is an unattended issue, dozens of women experience unwanted pregnancies, sexually transmitted diseases, among others, for which ensuring quality access to family planning services must be an issue of interest, thus guaranteeing their best continuity, especially in marginalized sectors. **Objective:** To analyze the association between the different determinants of health and access to family planning methods in mothers of children under 5 years of age. **Methodology:** A cross-sectional analytical study estimated the prevalence ratio (PR) of the determinants of health and its relationship with access to family planning methods, using generalized Poisson regression. **Results:** According to data from the ENSANUT of mothers of children under 5 years of age, it is evident that Ecuadorian women begin an active sexual life in the age range of 13 to 20 years, 78% of women in urban areas are unaware of Family Planning Methods (FPM), 70% of women in rural areas do not have access to health facilities for Family Planning Methods (FPM). 82% of women in the Amazon region obtain an Family Planning Methods (FPM) through public establishments, 34% of Afro-Ecuadorian women have access to these services, 59% of married women do not have knowledge of Family Planning Methods (FPM), 14% of women do not use Family Planning Methods (FPM) He expressed factors such as embarrassment and long geographical distances as barriers to access. A statistically significant association was found between access and age: (PR: 0.99, CI: 0.99-0.99), white ethnicity (PR: 1.05, CI: 1.01-1.08), urban area (PR: 1.01, CI: 1.00-1.01), single women (PR: 1.01, CI: 1.00-1.01), distance between 1 to 2 hours and 3 or more hours from the health facility (PR: 0.98, CI: 0.98-0.99) and (PR: 0.21, CI: 0.19-0.23) respectively. Autonomy in the decision to use contraceptives: Just you? (PR: 1.007, CI: 1.00-1.01), just your partner? (PR: 0.96, CI: 0.93-0.99). **Conclusions:** The importance of guaranteeing indiscriminate, affordable and quality access to family planning and counseling services increases access to contraceptive methods, reducing unwanted pregnancies and the care of large families, which is a relevant issue that is debated in the political-social sphere, the determinants analyzed are associated with access to public and private health facilities.

**Keywords:** Health Determinants, Contraceptive Agents, ENSANUT, Family Planning, Ecuador

## Introducción

La salud reproductiva, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un estado de comodidad o bienestar mental, físico e inclusive social, y que se encuentra en relación con el sistema reproductor, sus funciones, actividades y procesos, y no se limita únicamente a la presencia o ausencia de algún padecimiento, dolor o enfermedad (1). En la misma línea Imdad et al, sostienen que, la salud sexual y salud reproductiva abarcan el bienestar o comodidad mental y física en cuanto al sistema reproductivo y salud sexual se refiere (2).

La salud reproductiva no solo se refiere a la capacidad de las mujeres de concebir y llevar a cabo un embarazo seguro, sino también al derecho de decidir cuándo, cuantos y con qué frecuencia desea tener hijos. En este contexto, el acceso a establecimientos de salud para adquirir métodos anticonceptivos desempeña un papel crucial, puesto que, dichos establecimientos, ya sea públicos o privados, proporcionan información, consejería, y servicios relacionados con la anticoncepción y planificación familiar, permitiendo la toma de decisiones informadas sobre salud reproductiva.

En este punto, la OMS promueve el acceso a los servicios de salud reproductiva, garantizando un acceso equitativo y sin barreras, lo cual promueve la salud y bienestar reproductivo de las comunidades.

Con lo cual, la OMS menciona que se debe garantizar el acceso generalizado a servicios de salud sexual y reproductiva además de su efectiva implementación la cual será fundamental para el cumplimiento del compromiso de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible “*que nadie se quede atrás*”, esto será crucial para aumentar el respaldo a los servicios de planificación familiar (1).

Dado que el tema de la planificación familiar, lastimosamente se encuentra desatendido, decenas de mujeres experimentan embarazos no deseados lo que conlleva a la práctica de abortos inseguros, presentándose complicaciones, además de un sin fin de dificultades en el período de gestación inclusive en el parto, por ende, garantizar y asegurar el bienestar sexual y reproductivo, es esencial para mejorar los resultados no solo a nivel individual sino también colectivo, y alcanzar el cumplimiento de los objetivo de impulso sostenible.

Asimismo, el bienestar reproductivo y la salud de la madre es un problema de salud mundial de gran impacto además de ser un tema relevante e importante, puesto que puede ejercer cierto nivel significativo de impacto en la sociedad, incluyendo gestaciones prematuras, el fallecimiento de madres e hijos, enfermedades o infecciones de transmisión sexual, entre otros. Para lo cual, a nivel mundial, autoridades y demás entidades se plantean objetivos para mejorar vida sexual y reproductiva.

Mejorar los servicios de salud reproductiva, facilitando el acceso a establecimientos de salud, podría ayudar a las parejas a prevenir y disminuir la cantidad de embarazos no deseados entre un 25 a 40% y con esto la mejora de la calidad de vida de los hijos planificados. No obstante, el financiamiento destinado para la planificación familiar, en

varios países, se ha reducido, por otro lado, la falta de suministros anticonceptivos adecuados para satisfacer la demanda de métodos de planificación familiar, en países con ingresos reducidos o bajos, es alarmante (3).

Para lo cual, una de las estrategias que se ha creado a nivel mundial, mejorar la aceptación de la planificación familiar la cual ha sido el financiamiento para la adquisición de métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva, admitiendo la existencia de diversos tipos de métodos anticonceptivos para planificación familiar, los mismos que se dividen en: naturales, de barrera, hormonales y quirúrgicos que abarcan desde el uso de pastillas y preservativos, hasta métodos de planificación definitivos donde se encuentra la oclusión tubárica bilateral (OTB) y la vasectomía.

En este punto es importante mencionar que la efectividad de los diversos métodos de planificación familiar (MPF) mantienen una estrecha relación con el conocimiento sobre el uso adecuado, comprender cómo utilizarlos correctamente además de contar con información sobre sus posibles efectos secundarios, beneficios y limitaciones.

Cabe mencionar que, en América Latina y el Caribe, una gran parte de adolescentes, el 90% o más, están al tanto de al menos un (1) método anticonceptivo, una cifra que contrasta con Bolivia el cual es el 74%, mientras que, en Guatemala es el 68% y Paraguay el 89%. No obstante, los porcentajes de uso son bajos, situándose en el 18%, lo cual quiere decir que, el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes es bajo, con apenas el 18% de ellos utilizándolos.

El conocimiento a cerca de MPF es el primer paso hacia una toma de decisiones informadas y autónomas en materia de salud reproductiva. Aun así, puede verse afectado por una serie de barreras, dentro de las que se encuentran la falta de educación sexual, tabúes culturales o desigualdades sociodemográficas, económicas, entre otras. Un claro ejemplo son las comunidades marginadas mismas que muchas de las veces cuentan con un acceso limitado a servicios de salud.

La falta de acceso a establecimientos de salud, la escasez de personal capacitado y la ausencia de opciones asequibles de MPF son algunas de las barreras que perpetúan las desigualdades en el acceso a estos servicios.

Por lo cual, el seguimiento de las desigualdades es crucial, puesto que esto facilita la identificación de grupos vulnerables y los limitantes que dificultan el acceso a los MPF. Además de las ya mencionadas, se encuentran barreras: geográficas (ubicación de los establecimientos de atención de planificación familiar), económicas (falta de recursos económicos para obtener MPF), psicológicas (falta de toma de decisiones, miedo hacia el personal de salud) y educativas (falta de conocimiento con relación a los MPF, desconocimiento de la gratuidad de estos). Por lo cual, se requiere priorizar y promover intervenciones en quienes más lo necesitan, a través de la equidad en toda Latinoamérica, destacando la importancia de que los servicios de salud y bienestar reproductivo llegue a toda la población, incluyendo a las comunidades marginadas, mismas que carecen del acceso no solo a información sino a establecimientos de salud, y son precisamente quienes requieren de mayor orientación.

En este contexto, el Ecuador está comprometido con la consecución de los objetivos o metas de desarrollo sostenible a nivel mundial, en particular con el cumplimiento del tercer objetivo el cual habla sobre garantizar y asegurar el acceso universal a los servicios de salud y bienestar sexual y reproductivo, dentro de los que se incluye la planificación familiar, la educación, el acceso a información, la incorporación de la salud y bienestar reproductivo en las estrategias y programas a nivel nacional (3).

Adicionalmente, lo que concierne al Plan Nacional de Salud, Bienestar Sexual y Reproductivo del año 2017-2021 del Ecuador, en concordancia con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), 2017, se basa en los marcos legales y normativos, los cuales aseguran acceso y atención de calidad dentro del contexto de los derechos humanos. Estos marcos coordinan aspectos de la gestión, procesos metódicos y estructurados para la creación y actualización de conocimientos, distribución de recursos, y el planeamiento de estrategias para el mejoramiento de los indicadores o parámetros esenciales de salud y bienestar sexual y reproductivo en el país (4).

Asimismo, dentro del mismo Plan Nacional de Salud, Bienestar Sexual y Reproductivo, se puede encontrar información relevante sobre ciertos determinantes que influyen en el acceso a MPF, dentro de los que se encuentran:

- Factores personales o individuales: creencias, conocimiento previo sobre métodos anticonceptivos, educación o cultura.
- Factores socioculturales: normas sociales, tradiciones, percepciones de ciertas comunidades sobre los métodos anticonceptivos, lo cual influye significativamente en el aceptar estos servicios a la vez que la disponibilidad.
- Unidades de salud: distancia, personal capacitado, disponibilidad y accesibilidad a servicios de planificación familiar.
- Políticas: marcos gubernamentales, programas de salud reproductiva y sexual, disponibilidad y accesibilidad garantizada a métodos anticonceptivos sin discriminación alguna independiente del establecimiento sea público o privado.  
Educación y nivel socioeconómico: garantizar una educación sexual integral, generando conciencia sobre los métodos anticonceptivos.
- Equidad de género: la educación de las mujeres, índice de riqueza y número de hijos influyen considerablemente (4).

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador desde el 2017, se mantiene el objetivo de garantizar los derechos sexuales de la población y difundir programas de prevención en diversos ámbitos, donde se promueve la inclusión, igualdad, y respeto a los derechos humanos en el contexto del bienestar reproductivo y sexual.

Independiente del establecimiento de salud público o privado, el MSP busca asegurar que todas las personas tengan acceso sin discriminación a MPF al igual que anticonceptivos, esto incluye aspectos como la proximidad geográfica a establecimientos de salud, disponibilidad de estos y asequibilidad. Lo cual implica la exclusión de cualquier tipo de barrera y prejuicio con el fin de que el individuo acceda sin obstáculo alguno a servicios de salud reproductiva (4).

Es decir que tanto servicios de salud públicos como privados deben garantizar un acceso igualitario y sin ningún tipo de discriminación. Esto sin contar con aquellas variables sociodemográficas que pueden o no ejercer cierta influencia al momento de buscar atención en estos centros.

De acuerdo con el MSP, el acceso a establecimientos de salud en el contexto de adquirir MPF, se encuentra influenciado por una serie de determinantes interrelacionados, mismos que abarcan aspectos que van más allá de la mera disponibilidad física de los servicios médicos, incluyendo factores socioeconómicos, culturales y geográficos. Desde el nivel educativo, ingresos hasta la ubicación geográfica, además de la pertenencia étnica, una amplia gama de variables puede impactar la capacidad de acceder a servicios de planificación familiar. Por lo cual, la comprensión de dichos determinantes es crucial para el diseño de políticas y normas efectivas que aborden las desigualdades en el acceso a la atención médica y promuevan el acceso equitativo a métodos anticonceptivos.

La falta de acceso a servicios de planificación familiar adecuados además de la falta de conocimiento sobre dichos servicios contribuye al aumento de embarazos no deseados, puesto que estos representan una de las consecuencias directas de las barreras de acceso, afectando no solo la salud reproductiva, sino que también tiene implicaciones socioeconómicas significativas.

Alrededor de 80 millones de embarazos no deseados ocurren en todo el mundo debido al bajo o nulo uso de MPF durante el posparto. Dado que las dos terceras partes de muertes maternas y neonatales ocurren durante el período posparto, la utilización adecuada de la planificación familiar posparto en los 12 meses posteriores al parto puede reducir considerablemente esos resultados adversos. La OMS recomienda que el acceso y atención de la salud materna y los servicios de inmunización de rutina sean puntos clave de prestación de servicios para la anticoncepción (5)

Pese al conocimiento generalizado sobre MPF, aún persiste un desconocimiento a cerca de planificación familiar, a causa de diversos determinantes, los cuales ejercen una influencia significativa sobre el conocimiento y acceso a servicios de salud para obtener MPF. Situación que es digna de análisis dentro de las agendas políticas.

Dicho fenómeno constituye un punto clave para la presente investigación, por tanto, el objetivo de la presente investigación es:

Analizar la asociación que existe entre los diferentes determinantes de la salud y el acceso a métodos de planificación familiar en madres de niños menores de 5 años.

## **Métodos**

El diseño se realizó mediante un estudio, analítico transversal, utilizando una base de datos secundaria de salud y nutrición extraídas de la ENSANUT 2018 para la población analizada se seleccionó a todas las madres que tienen hijos menores de 5 años.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT, fue creada con la finalidad de generar información actualizada sobre salud y nutrición en la comunidad, esto con el objetivo de eventualmente erradicar problemas de salud pública. Esta encuesta se basa en investigaciones y búsquedas sobre la situación nutricional, las prácticas de lactancia materna, las condiciones de salud sexual y salud reproductiva de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva o fértil, de las ecuatorianas. Es importante seguir evaluando la evolución de los principales problemas de salud que aborda la presente investigación con el principal objetivo de alcanzar mejoras en el futuro (6).

Los análisis se realizaron en el paquete estadístico STATA 15, se obtuvieron frecuencias para las variables cualitativas y se utilizaron medidas de dispersión para las variables cuantitativas. Para determinar la asociación de los determinantes de la salud y el acceso a servicios de planificación familiar, se estimó la razón de prevalencia (RP) mediante un análisis multivariado que incluyó variables categóricas como predictores, haciendo uso de la regresión generalizada de Poisson. La regresión proviene de la familia de los modelos GLM con una distribución de Poisson y un enlace log, permitiendo de este modo modelar adecuadamente la variable dependiente dicotómica de conteo. La regresión garantiza la precisión y confiabilidad de los resultados, siendo el modelo más apropiado para cuantificar la relación entre las variables independientes (determinantes de la salud) y la variable dependiente, a fin de comparar prevalencias, y conocer si la razón de prevalencia u ocurrencia de la variable dependiente es alta, incluyendo distintas categorías que son de impacto, con lo que se obtiene relaciones estadísticas entre variables.

**Variables de estudio:** dentro del estudio se tomaron en cuenta y se analizaron diversos determinantes sociales, económicos, demográficos y de accesibilidad, tales como: la edad de uso del primer método de planificación familiar, área de residencia, primer método de planificación familiar que usó, estado civil, etnia, consejería sobre métodos de planificación familiar postparto, razón del no uso de métodos de planificación familiar, siendo estas las variables independientes. Se analizaron y demostraron que son estadísticamente significativas. Sumado a estas se consideraron variables de interés tales como, el ingreso per cápita, distancia y decisión.

Para la variable ingreso per cápita, se dividió el ingreso familiar entre el número de miembros que viven en el hogar. Para la variable, distancia, en el contexto del presente documento, representa el tiempo en que una mujer se tarda en acceder a un establecimiento o centro de salud público o privado con el fin de acceder o adquirir un método de planificación familiar. La variable de decisión se refiere a la elección entre el uso de métodos de planificación familiar ya sea de manera individual (por parte de la mujer o el hombre) o de ambos.

La ENSANUT incluyó preguntas específicas que indagaron de forma directa sobre el “acceso a establecimientos para métodos anticonceptivos” con opciones de respuestas si/no, además de preguntas como “lugar donde se consigue un método de planificación familiar” con opciones de respuesta público, privado, ONG/Municipales.

Con base en las repuestas, se creó la variable dependiente de “acceso a establecimientos de salud para métodos de planificación familiar”. En donde 1 representa a las madres que acceden a un establecimiento de salud sea público o privado y 0 representa a las madres que no tienen acceso a un establecimiento de salud sea público o privado, para conseguir métodos de planificación familiar como los anticonceptivos.

Ahora bien, para el segundo modelo, la variable dependiente se construyó con la variable “acceso a establecimientos de salud para métodos de planificación familiar”. En donde 1 representa a las madres que acceden a un establecimiento de salud público y 0 representa a las madres que acceden a un establecimiento de salud privado, para conseguir métodos de planificación familiar como los anticonceptivos.

En ese sentido, la regresión de Poisson corregido para modelar la variable dependiente dicotómica para estimar razón de prevalencia (RP) utiliza:

$$\log(\text{Acceso a establecimientos de salud para métodos de planificación familiar}) = \beta_0 + \beta_1 (\text{Años de escolaridad}) + \beta_2 (\text{Edad}) + \beta_3 (\text{Etnia}) + \beta_4 (\text{Región}) + \beta_5 (\text{Área}) + \beta_6 (\text{Estado Civil}) + \beta_7 (\text{Ingreso Per Cápita}) + \beta_8 (\text{Jefatura De Hogar}) + \beta_9 (\text{BDH}) + \beta_{10} (\text{Distancia}) + \beta_{11} (\text{Decisión})$$

Dónde:

- Nivel de instrucción (categorías: educación básica, bachillerato, superior, ninguno/centro de alfabetización como referencia o categoría base)
- Etnia (categorías: afroecuatoriana, mestiza, blanca, montubia, indígena como referencia o categoría base)
- Región (categorías: costa, amazonia, insular, sierra como referencia o categoría base)
- Área (urbana, rural como referencia o categoría base)
- Estado civil (categorías: separada, soltera, unida/casada como referencia o categoría base)
- Distancia (categorías: 1 a 2 horas, más de 3 horas, menor de 1 hora como referencia o categoría base)
- Decisión (categorías: solo usted, solo su pareja, decisión conjunta como referencia o categoría base)

Cabe mencionar que, dentro de análisis de las variables categóricas se procedió a la comparación de variables como nivel de instrucción, edad, etnia, región, área, estado civil, ingreso per cápita, jefatura del hogar BDH, distancia y decisión. La asociación se expresa a través de la razón de prevalencia (RP) con intervalo de confianza (IC) al 95%. Se consideró significativo cuando el valor de  $p$  fue menor que 0.05.

La selección de la variable dependiente representa en acceso real a servicios de planificación familiar, el cual es un indicador clave de la capacidad de las madres para ejercer sus derechos reproductivos y controlar su fertilidad, manteniendo así una estrecha relación con el objetivo de estudio.

## Resultados

Una vez aplicado el paquete estadístico Stata 15, se presenta un análisis descriptivo comparativo sobre las variables independientes respecto a la planificación familiar y el acceso a establecimientos de salud para estos servicios, en las tablas 1 hasta la tabla 11, para finalmente explicar aquellos determinantes con mayor influencia en el acceso a establecimientos de salud para métodos de planificación familiar, en las tablas 12 y 13 con la regresión generalizada de Poisson.

Cabe destacar que la relevancia de estas variables radica en la capacidad de proporcionar información detallada que permite comprender mejor las disparidades en el acceso a establecimientos de salud y orientar políticas de salud más efectivas. A continuación:

**Tabla 1.** Comparativo según la edad de uso del primer método de planificación familiar y el primer método de planificación familiar que usó, en madres de menores de 5 años

Edad cuando usó el primer método de planificación familiar	Esterilización/ ligadura	Inyectables/ hormonales	Naturales
	(%)	(%)	(%)
Menor de 12 años	0,00	0,35	0,66
De 13 a 20 años	80,00	58,91	58,55
De 21 a 30 años	20,00	36,17	38,16
De 31 en adelante	0,00	4,58	2,63

La información que se muestra en la tabla 1 señala que, las mujeres que ya han sido madres de menores de 5 años, mayoritariamente, se encuentran en el rango de 13 a 20 años. Se observan tres tipos de métodos anticonceptivos utilizados por primera vez en el grupo previamente mencionado. La esterilización o ligadura representa el 80% para mujeres de entre 13 a 20 años y el 20% para mujeres de entre 21 a 30 años. Los métodos inyectables u hormonales representan el 58.91% para mujeres de entre 13 a 20 años, el 36.17% para mujeres de 21 a 30 años, el 4,58% para mujeres de 31 años en adelante y el 0,35% para menores de 12 años. Los métodos naturales, representan el 58.55% para mujeres de entre 13 a 20 años, el 38.16% para mujeres de 21 a 30 años, el 2,63% para mujeres de 31 años en adelante y el 0,66% para menores de 12 años. Estos resultados contrastan el hecho de que la edad fértil de las mujeres se ubica entre los 15 a 49 años.

La Fundación Mexicana Para La Planeación Familiar (Mexfam) llevó a cabo una encuesta en el año de 1999, la cual reveló que, la edad promedio para la primera relación sexual, en hombres, fue de 15.2 años, mientras que para mujeres fue de 15.3 años. Estos valores podrían indicar que las mujeres entre el rango de edad de 13 a 20 años han optado por el uso de MPF. No obstante, el uso de estos métodos no depende únicamente del sexo, sino también de varios factores, como lo es el área de vivienda o residencia.

El estudio realizado en México sobre un grupo focal de mujeres y sus preferencias en cuanto asesoría sobre métodos anticonceptivos en el 2018, menciona que mujeres que tenían mayor edad y un nivel educativo bajo, consideran que el acceso a establecimientos de salud para recibir asesoría del personal de salud a cerca del método anticonceptivos es

relevante, puesto que consideran fundamental el asesoramiento en planificación familiar y la realización de exámenes para determinar cuál método es mejor para cada mujer (6)

Antes de abordar la tabla 2 se establece una relación entre el conocimiento en planificación familiar y el acceso a establecimientos de salud para métodos de planificación familiar, puesto que, el conocimiento puede influir en la búsqueda y acceso a los servicios de salud relacionados con la planificación familiar. Con lo cual se puede inferir que mujeres con mayor conocimiento sobre MPF pueden buscar servicios de salud reproductiva y tener acceso a ellos, mientras que, al tener acceso a establecimientos de salud se proporciona más oportunidades de mejora de conocimiento y orientación sobre planificación familiar. Con esto se produce una orientación bidireccional entre conocimiento y acceso.

**Tabla 2.** Comparativo del área de residencia respecto al conocimiento en planificación familiar, en madres de menores de 5 años

Área	No %	Sí %
Rural	21,81	39,19
Urbana	78,19	60,81

Los datos obtenidos de la tabla 2 señalan que, el 60,81% de las mujeres que residen en el área urbana tienen conocimiento en planificación familiar a diferencia de las mujeres que residen en el área rural donde tan solo el 39% tienen conocimientos en planificación familiar. No obstante, es importante mencionar que, en zonas urbanas del país, existe un mayor porcentaje de mujeres que no tienen conocimientos en cuanto a planificación familiar, esto en comparación con zonas rurales del país, con un 78% y 22% respectivamente. Información que concuerda con el estudio cuantitativo realizado a 450 personas en México, específicamente Tabasco, donde el 61,4% de los encuestados que vivían en zonas rurales conocían y usaban al menos un método anticonceptivo (7).

Por otro lado, autores como Alenezzy & Haridi dentro del estudio transversal realizado en un hospital de maternidad y otros centros de salud en una comunidad urbana evaluaron el conocimiento de MPF, donde revelaron que una gran parte de mujeres señalan que no podrían acceder a servicios de atención primaria puesto que no había clínicas de planificación familiar disponibles en su área de residencia, lo que conllevó al uso de métodos naturales considerados seguros, además de destacar la importancia de priorizar la creación de clínicas que ofrezcan este tipo de servicios (8).

Aun así, un estudio transversal, analítico sobre los factores asociados a las prácticas y conocimiento de métodos anticonceptivos en MEF que si usan MPF en Lima, Perú, señala que, del análisis multivariado se obtuvo una significancia estadística, la cual alude que, vivir en zonas urbanas es un factor que puede ayudar a garantizar un acceso a servicios de salud, y que esta conexión entre residencia urbana y acceso a establecimientos de salud es relevante (9).

**Tabla 3.** Primer método de planificación familiar que usó, en madres de menores de 5 años

<b>Primer método de planificación familiar que usó</b>	<b>(%)</b>
<b>Esterilización</b>	0,07
<b>Inyectables y hormonales</b>	93,68
<b>Natural</b>	6,25

De acuerdo con los resultados de la tabla 3, en Ecuador, el método de planificación familiar que por primera vez fue usado por las mujeres fue de tipo hormonal e inyectable correspondiente al 94% (6.898 mujeres), seguido de los MPF naturales (6,25%) y en menor participación los MPF de esterilización (0,07%). Con esto se evidencia que el incentivo en el uso de MPF todavía es un reto ya que se pretende disminuir la tasa de embarazos en adolescentes. Según un estudio realizado por el MSP a adolescentes de entre 10 a 19 años, se encontró que, hasta enero del 2022, el método anticonceptivo más utilizado fue el preservativo masculino, con una tasa del 96%, mientras que para mujeres fue el 62%. En segundo lugar, se encontraba el implante subdérmico, utilizado por el 31% de los encuestados (10).

En contraste un estudio realizado sobre las barreras que impiden el acceso a servicios de planificación familiar realizado en Perú menciona que una gran parte de mujeres y hombres al tener su primera relación sexual optaron por el uso de preservativos o prefiere no usar ningún método, por el desconocimiento, por vergüenza o porque les cuesta hablar con un médico es que no acceden a establecimientos de salud para adquirir su primer método anticonceptivo (11).

**Tabla 4.** Comparativo según el estado civil respecto al conocimiento en planificación familiar de madres de menores de 5 años

<b>Estado civil</b>	<b>No %</b>	<b>Sí %</b>
<b>Casado</b>	58,73	53,31
<b>Separado</b>	9,84	9,30
<b>Soltero</b>	31,43	37,39

Los resultados de la tabla 4 determinan que 53,31% de las mujeres que se encuentran casadas tienen mayor conocimiento en planificación familiar, esto corresponde a 23.041 mujeres, a diferencia de aquellas que se encuentran separadas (9,30%). Adicionalmente, se observa que el 37,39% de las mujeres solteras, conocen sobre planificación familiar. Esto contrasta con el hecho de que las mujeres casadas tienen mayor necesidad de salud sexual y salud reproductiva, por lo que un gran porcentaje de estas mujeres desean recibir información sobre planificación familiar. No obstante, el país presenta limitaciones en el acceso a información de alta calidad sobre salud reproductiva, lo que resulta en un bajo nivel de conocimiento en este tema, el cual representa en 59% de mujeres casadas (12).

Sin embargo, acceder a un establecimiento de salud para obtener métodos de planificación familiar de acción corta o larga puede verse influenciado por el estado civil,

así lo plantea un estudio transversal sobre los comportamientos anticonceptivos en mujeres polacas de entre 18-35 años, dónde se menciona que, contar con una pareja estable o estar soltera o separada son que son factores que se pueden considerar importantes al momento de acceder a un método de planificación familiar y por ende a servicios de salud reproductiva (13).

**Tabla 5.** Comparativo sobre recibió consejería sobre métodos de planificación familiar postparto respecto al área de residencia de madres de menores de 5 años

<b>Consejería sobre métodos de planificación familiar postparto</b>	<b>Rural %</b>	<b>Urbana %</b>
Sí	71,61	72,61
No	28,39	27,39

Los datos que se muestran en la tabla 5 señalan que, una proporción considerable de mujeres, tanto en las zonas rurales (71,61%) como urbanas (72,63%), han recibido consejería sobre MPF. En total, 12.059 mujeres lograron acceder a este servicio esencial de salud reproductiva. Además, se observa una relación positiva entre el acceso a consejería y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, ya que, a mayor exposición a charlas o asesoramientos, mayor es el fortalecimiento de los conocimientos en planificación familiar. Un estudio realizado en el 2019 en Perú, específicamente en Ayacucho, se examinó el asesoramiento en planificación familiar y elección de métodos anticonceptivos en mujeres que han dado a luz y se encuentran hospitalizadas, dónde se determinó que, el 50,25% de las mujeres que dieron a luz, decidieron no usar métodos anticonceptivos antes de recibir la asesoría u orientación sobre planificación familiar, mientras que el 67,51% decidieron usar métodos anticonceptivos después de recibir la orientación o asesoría en planificación familiar. Dicho en otras palabras, la asesoría en planificación familiar y el uso o no de métodos anticonceptivos están asociados (14).

**Tabla 6.** Comparativo de la razón del no uso de métodos de planificación familiar respecto al Conocimiento en planificación familiar de madres de menores de 5 años

<b>Razón del no uso de métodos de planificación familiar</b>	<b>Conocimiento de Planificación familiar</b>	
	<b>No %</b>	<b>Sí %</b>
Desea embarazo	17,20	10,24
Sin vida sexual	46,82	48,45
Por la Edad	8,60	14,98
Pena/ Vergüenza	14,33	13,59
Efectos colaterales	10,83	9,82
La pareja se opone	1,27	1,09
Factor Económico	0,96	1,83

De acuerdo con los resultados de la tabla 6, se puede evidenciar que para las mujeres que no tienen conocimiento de planificación familiar: el 46,82% no tiene una vida sexual

activa, el 17,20% desea quedar embarazada, el 14,33% tiene pena o vergüenza, el 10,83% tiene temor a efectos colaterales. Para las mujeres que sí tienen conocimiento de planificación familiar, el 48,45% no tiene una vida sexual activa, el 14,98% piensan que su edad no es adecuada para usar un método de planificación, el 13,59% por miedo o vergüenza. Por lo que la salud sexual y reproductiva se ve afectada por el no uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres en edad reproductiva o edad fértil ya sea que tengan o no conocimientos de un método anticonceptivo. En naciones africanas, la razón más frecuente por lo cual no se utilizan MPF, recae en las creencias religiosas o la oposición de algún familiar. El factor “fatalista”, la “falta de acceso” y “falta de conocimiento” fueron principalmente reportados por mujeres de bajos recursos, con niveles educativos relativamente más bajos y que residían o habitaban zonas rurales (15).

Del mismo modo, el estudio transversal correlacional simple realizado sobre los factores relacionados al abandono del uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil muestra que el 60% de estas mujeres no utilizan MPF o dejaron de usarlo por factores como la calidad de atención al usuario en establecimientos de salud, la distancia a estos centros, el autocuidado, el temor y el tiempo están vinculados al abandono de anticonceptivos. Mientras que factores como el conocimiento sobre planificación familiar, educación, influencia familiar o timidez no ejercen ninguna influencia significativa en el no uso de MPF (16).

Vale mencionar que, la revisión sistemática realizada en Australia a cerca de los factores que influyen en el uso o no uso de anticonceptivos entre personas aborígenes e isleñas del Estrecho de Torres, menciona que, dentro de las razones del no uso de MPF existen factores exclusivos de las comunidades como el acceso a servicios de salud que respeten y se adapten a las necesidades culturales y valores de la población (17).

**Tabla 7.** Comparativo del lugar donde se consigue un método de planificación familiar respecto a la región de residencia de madres de menores de 5 años

Lugar donde se consigue un método de planificación familiar	Sierra %	Costa %	Amazonía %	Insular %
<b>Públicos</b>	69,14	63,87	81,71	67,01
<b>Privados</b>	28,99	35,00	17,67	32,30
<b>ONG/municipal</b>	1,87	1,13	0,63	0,69

Los resultados de la tabla 7 demuestran que, las mujeres de las Sierra, el 69,14% de consiguen un MPF en establecimientos públicos, el 28,99% en privados y el 1,87% indica que consigue un MPF en ONG o establecimientos municipales. Las mujeres de la Costa el 63,87% de consiguen un MPF en establecimientos públicos, el 35% en privados y el 1,13% indica que consigue un MPF en ONG o establecimientos municipales. Las mujeres de la Amazonía el 81,71% de consiguen un MPF en establecimientos públicos, el 17,67% en privados y el 0,63% indica que consigue un MPF en ONG o establecimientos

municipales. Las mujeres de la región Insular el 67,01% consiguen un MPF en establecimientos públicos, el 32,30% en privados y el 0,69% indica que consigue un MPF en ONG o establecimientos municipales. Cabe mencionar también que en Ecuador el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos aún se encuentra limitado. Del mismo modo, en un estudio realizado en Perú habla sobre las acciones destinadas al mejoramiento en cuanto a la disponibilidad de MPF en la región tropical de Perú, específicamente Loreto, donde se pudo observar que el pertinente abastecimiento anticonceptivos en los centros de salud se encuentra relacionado a los diferentes procesos de obtención o reparto de dichos métodos (18). El mismo modo que a causa de factores tales como la accesibilidad geográfica y el combustible para los traslados. Sin embargo, al ser una población ubicada lejos de la zona comercial, se produce un desabastecimiento de MPF (19).

Cabe mencionar que, esta variable mantiene una estrecha relación con el objetivo de estudio, puesto que muestra en porcentajes el acceso de madres de menores de 5 años, a establecimientos de salud para métodos de planificación familiar, dividido en 3 principales grupos, públicos privados y ONG/municipal, con las respectivas regiones del país (costa, sierra, amazonia, insular).

**Tabla 8.** Comparativo de la Edad del primer uso de método de planificación familiar según la etnia de madres de menores de 5 años

<b>Edad primer uso de métodos de planificación familiar</b>	<b>Indígena %</b>	<b>Afroecuatoriana %</b>	<b>Mestiza %</b>	<b>Blanca %</b>	<b>Montubiana %</b>
Menor de 12 años	0,12	0,30	0,41	0,00	0,43
De 13 a 20 años	46,30	68,09	59,56	61,29	64,94
De 21 a 30 años	43,08	29,48	36,26	34,41	31,17
De 31 años en adelante	10,50	2,13	3,77	4,30	3,46

Los datos de la tabla 8 señalan que, de las mujeres indígenas, el 0,12 % usaron por primera vez un método de planificación familiar a la edad de 12 años o menos, el 46,30% a la edad de 13 a 20 años, el 43,08% a los 21 a 30 años y el 10,50% a partir de los 31 años en adelante. De las mujeres afroecuatorianas, el 0,30% usaron por primera vez un método de planificación familiar a la edad de 12 años o menos, el 68,09% a la edad de 13 a 20 años, el 29,48% de los 21 a 30 años y el 2,13% a partir de los 31 años. De las mujeres mestizas, el 59,56% utilizó métodos de planificación familiar por primera vez entre las edades de 13 a 20 años, seguido por el 36,26% en el grupo de 21 a 30 años, el 3,77% representa a el grupo de 31 años en adelante y el 0,41% se encuentra en el rango de edad menor de 12 años. De las mujeres blancas, el 61,29% utilizó por primera vez un método de planificación familiar a la edad de 13 a 20 años, el 34,41% a la edad de 21 a 30 años, el 4,30% de los 31 años en adelante y ninguna mujer empleo por primera vez algún

método de planificación familiar a la edad de 12 años o menos. Finalmente, del grupo de mujeres montubias el 64,94% empleó por primera vez métodos de planificación familiar en el rango de edad de entre los 13 a 20 años, el 31,17% entre los 21 a 30 años, el 3,46% a partir de los 31 años y sólo el 0,43% lo utilizó a los 12 años o antes.

Bajo este contexto se manifiesta que el conocimiento acerca de la planificación familiar simboliza una mejora en el desarrollo y crecimiento de una comunidad ya que el adoptar métodos anticonceptivos permite que las mujeres planifiquen su edad de gestación y su periodo intergenésico, mejorando así su calidad de vida y optimizando sus recursos económicos. En un estudio que trata sobre la salud de la madre y su hijo, originarios de pueblos afrodescendientes e indígenas, presenta datos que hablan sobre el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres de estos países donde se determinó que, existe una alta heterogeneidad con independencia de la condición étnica; en Guatemala se encontró que el 43,4% usa anticonceptivos, mientras que, en Ecuador el 73% de las mujeres usan métodos anticonceptivos. Además, las mujeres indígenas declararon que son las que en menor proporción utilizan métodos anticonceptivos ya que en Nicaragua y Guatemala siete de cada diez mujeres de esta etnia, no utilizan MPF. Por otro lado, se señaló que en países como, Ecuador, Bolivia, México y Perú cinco de cada diez mujeres indígenas no utilizan métodos anticonceptivos (20).

**Tabla 9.** Media de tiempo en la que se demora en llegar a centros de salud y media de ingresos en madres de menores de 5 años

	Mean	Std.Dev
<b>Cuanto tiempo tarde en llegar en minutos para adquirir un MPF</b>	1,4098	± .6847478
<b>Ingreso per cápita</b>	226,95	± 875.4614

Los datos que se muestran en la tabla 9 indican que, tiempo promedio en que una mujer se tarda en llegar para adquirir un MPF es de 1,41 horas lo que es un tiempo mínimo considerando que el tiempo máximo de demora es de 5 horas. Adicional a esto se obtuvo que el ingreso promedio per cápita de las mujeres en edad reproductiva o edad fértil durante el 2018 fue \$226,95.

Un estudio observacional llevado a cabo en Lima, Perú, entre octubre del 2021 a enero del año 2022, con 315 madres jóvenes en el postparto, reveló que el 11% de ellas tuvo o presentó dificultades para acceder a servicios de planificación familiar debido a limitaciones geográficas o de distancia hasta el centro de atención (11). Por ende, la falta de acceso a la planificación familiar se puede considerar como una violación del derecho a la salud de las mujeres, sobre todo en adolescentes ya que aumenta las posibilidades de morir por un parto o tener bebés prematuros con bajo peso al nacer generando consecuencias como el abandono a la escuela lo que disminuye sus oportunidades de desarrollarse, además de establecer una carrera y mejorar su calidad o nivel de vida. No obstante, tal como se pudo observar el ingreso económico es uno de los principales determinantes o factores que se pueden encontrar en el momento de definir el número de

hijos que una mujer desea tener, de acuerdo con los resultados obtenidos se manifiesta que, la media del ingreso per cápita no equivale ni la mitad de la canasta básica vital. Según los datos de “Ecuador en cifras III: mujeres y hombres”, el ingreso mensual de las mujeres que tienen un trabajo y que habitan áreas urbanas es de alrededor de \$421 y de aquellas que habitan en áreas rurales es de \$219 con un promedio de \$374. Así también, el ingreso de una mujer jefe de hogar que vive en el área urbana es de \$693 y de aquellas que habitan áreas rurales es de \$302 con un promedio de \$591 (21).

**Tabla 10** Comparativo del acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos según la etnia de madres de menores de 5 años.

<b>Acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos</b>	<b>Indígena %</b>	<b>Afroecuatoriana %</b>	<b>Mestiza %</b>	<b>Blanca %</b>	<b>Montubia %</b>
No	73,58	66,03	68,65	68,12	66,85
Sí	26,42	33,97	31,35	31,88	33,15

La información que se muestra en la tabla 10 señala que, el 73,58% de las mujeres indígenas no tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos y el 26,42% sí tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos. De las mujeres afroecuatorianas el 66,03% no tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos y el 33,97% sí tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos. En cuestión de las mujeres mestizas se determina que el 68,65% no tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos y el 31,35% sí tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos. En cuanto a las mujeres blancas se obtuvo que el 68,12% no tienen acceso a establecimientos de salud para métodos de planificación familiar (MPF) y el 31,88% sí tienen acceso a establecimientos de salud para MPF. Por último, de las mujeres montubias el 66,85% no tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos y el 33,15% sí tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos, lo cual comparando con estudios similares se ve que, en un estudio a Mujeres indígenas entre 2009 y 2014 en México relata el caso de las mujeres indígenas en edad fértil, el método anticonceptivo lo obtienen principalmente a través de la Secretaría de Salud, el cual aumenta al doble el porcentaje de quienes lo adquirieron en dicha institución, pasando de 27.0% a 52.8% ;pero existiendo una disminución en las otras instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (imss), en el cual bajo del 31.7% a 22.2% y el sector privado, en el que hay un descenso de 19.3% a 12.3%, respectivamente. En tanto que las personas no indígenas, en su mayoría, acuden a la secretaria de Salud, en la que existe un incremento de 16.8% a 29.9%, mientras que, en el IMSS, existe un descenso en el porcentaje de 36.5% a 32.9%; y servicios médicos privados se apreció una disminución del 30.0 a 26.2%, respectivamente, en el mismo periodo de tiempo (22)

**Tabla 11** Comparativo del acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos según el área de residencia de madres de menores de 5 años.

<b>Acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos</b>	urbano (%)	Rural (%)
No	68,94	69,51
Sí	31,06	30,49

En la tabla 11 se puede observar que de las mujeres que residen en el área urbana el 68,94% no tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos y el 31,06% sí tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos. En cambio, de las mujeres que residen en el área rural el 69,51% no tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos y el 30,49% sí tienen acceso a establecimientos de salud para métodos de anticonceptivos, en los cuales estos valores se relacionan con estudios descriptivos sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. La comparación entre una zona rural en la cual se encontró un 42% de uso de la anticoncepción de emergencia en la provincia de Lleida el cual es mayor que en el área metropolitana de Barcelona, teniendo en cuenta que en las zonas rurales el inicio de la vida sexual se da a edades más tempranas, entre los 16 y 25 años lo cual conlleva a embarazo a edades tempranas y la fertilidad es más elevada. (23)

**Tabla 12.** Primer Modelo RP. Estimación de razón de prevalencia del acceso a establecimientos de salud para métodos de planificación familiar y determinantes sociodemográficos

<b>Acceso a establecimientos de salud para métodos de planificación familiar</b>	<b>RP</b>	<b>z</b>	<b>P&gt;z</b>	<b>[95% Conf. Interval]</b>
<b>Años de escolaridad</b>	0,9985978	-5,20	0,000	.9980697 .9991261
<b>Edad</b>	0,9975592	-11,33	0,000	.9971376 .997981
<b>Etnia</b>				
<b>Afroecuatoriana</b>	1,005499	0,77	0,442	.9915262 1.019668
<b>Mestiza</b>	1,007182	1,47	0,142	.9976094 1.016847
<b>Blanca</b>	1,0052847	2,98	0,003	1.017766 1.089137
<b>Montubia</b>	1,021114	2,29	0,022	1.003041 1.039512
<b>Región</b>				

<b>Costa</b>	1,000285	0,09	0,930	.9939754 1.006635
<b>Amazonía</b>	0,9986765	-0,37	0,710	.9917184 1.005683
<b>Insular</b>	0,9837917	-2,26	0,024	.9699486 .9978323
<b>Área</b>	1,013228	4,27	0,000	1.007134 1.01936
<b>Estado civil</b>				
<b>Separada</b>	1,011447	2,03	0,042	1.000401 1.022615
<b>Soltera</b>	1,011223	2,59	0,009	1.00273 1.019787
<b>Ingreso per cápita</b>	0,9999997	-0,64	0,522	.9999986 1.000001
<b>Jefatura del hogar</b>	1,01139	2,17	0,030	1.001118 1.021767
<b>BDH</b>	1,013184	2,12	0,034	1.001003 1.025513
<b>Distancia</b>				
<b>1 a 2 horas</b>	0,9896177	-6,23	0,000	.9863763 .9928699
<b>Más de 3 horas</b>	0,2161363	-37,82	0,000	.1996417 .2339937
<b>Decisión</b>				
<b>¿Sólo usted?</b>	1,007543	2,65	0,008	1.001963 1.013155
<b>¿Sólo su pareja?</b>	0,9644455	-2,64	0,008	.9389061 .9906796
<b>_cons</b>	1,053193	5,35	0,000	1.033386 1.07338

Del análisis de los determinantes sociodemográficos en la tabla 12, los resultados demuestran que, al estimar la razón de prevalencia (RP) se obtuvo que el tener menos años de escolaridad disminuye la probabilidad al acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos. (RP 0,99, IC 95%, 0.9980697 0.9991261). Al igual que la edad, a medida que las mujeres son menores de edad disminuye la probabilidad al acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos (RP 0,99, IC 95%, 0.9971376 0.997981).

En cuestión de la etnia, se obtuvo que las mujeres montubias y blancas tienen mayor probabilidad al acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos en relación con las mujeres indígenas, (RP 1,02, IC 95%, 1.003041 1.039512) y (RP 1,05, IC 95%, 1.017766 1.089137), respectivamente.

Con relación a la Región de residencia, las mujeres que residen en la región Insular tienen menor probabilidad al acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos en relación con las mujeres que residen en la región Sierra (RP 0,98, IC 95%, 0,9699486

0,9978323). Consecuentemente, las mujeres que residen en el área urbana tienen mayor probabilidad al acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos en relación con las mujeres que residen en el área rural (RP 1,01, IC 95%, 1.007134 1.01936).

Respecto al estado civil se obtuvo que, tanto las mujeres separadas y solteras tienen mayor probabilidad al acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos en relación con las mujeres casadas, (RP 1,012, IC 95%, 1.000401 1.022615) y (RP 1,011, IC 95%, 1.00273 1.019787), respectivamente. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa en mujeres solteras.

Seguidamente, las mujeres que son jefes de hogar tienen mayor probabilidad al acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos en relación con las mujeres que no son jefes de hogar, (RP 1,01, IC 95%, 1.001118 1.021767).

Para la variable distancia de los establecimientos de salud, las mujeres que tardan entre 1 a 2 horas y más de 3 horas en llegar al lugar donde obtienen métodos anticonceptivos, tienen menor probabilidad al acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos, en relación con las mujeres que emplean minutos en llegar a dicho establecimiento (RP 0,98%, IC 95%, 0.9863763 0.9928699) y (RP 0,21, IC 95%, 0.1996417 0.2339937) respectivamente. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Finalmente, en cuanto a la autonomía en la decisión del uso de anticonceptivos, las mujeres que manifestaron que es su decisión tienen mayor probabilidad al acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos, en relación con las mujeres donde tanto ellas como su pareja decidieron utilizar métodos de planificación familiar (RP 1,007, IC 95%, 1.001963 1.013155), mientras que, las mujeres que manifestaron que solo su pareja decidió utilizar MPF tienen menor probabilidad de tener acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos (RP 0,96, IC 95%, 0.9389061 0.9906796). Siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

**Tabla 13.** Segundo Modelo RP. Estimación de razón de prevalencia del acceso a establecimientos de salud para métodos de planificación familiar y determinantes sociodemográficos

<b>Acceso a establecimientos de salud públicos para métodos de planificación familiar</b>	<b>RP</b>	<b>z</b>	<b>P&gt;z</b>	<b>[95% Conf. Interval]</b>
<b>Años de escolaridad</b>	0,9985978	-5,20	0,000	.9980697 .9991261
<b>Edad</b>	0,9975565	-11,13	0,000	.9971268 .9979864
<b>Etnia</b>				

<b>Afroecuatoriana</b>	1,005418	0,76	0,449	.9914425 1.019591
<b>Mestiza</b>	1,007123	1,45	0,146	.9975368 1.016801
<b>Blanca</b>	1,052758	2,97	0,003	1.017658 1.089068
<b>Montubia</b>	1,021112	2,29	0,022	1.003015 1.039535
<b>Región</b>				
<b>Costa</b>	1,000273	0,08	0,933	.9939532 1.006634
<b>Amazonía</b>	0,9986408	-0,38	0,703	.9916777 1.005653
<b>Insular</b>	0,9837639	-2,26	0,024	.9699152 .9978104
<b>Área</b>	1,013239	4,27	0,000	1.007134 1.019381
<b>Estado civil</b>				
<b>Separada</b>	1,011455	0,042	0,042	1.000406 1.022 625
<b>Soltera</b>	1,011211	2,59	0,010	1.002711 1.019783
<b>Ingreso per cápita</b>	0,9999996	-0,65	0,516	.9999986 1.000001
<b>Jefatura del hogar</b>	1,011397	2,17	0,030	1.001118 1.021783
<b>BDH</b>	1,013322	2,15	0,032	1.001147 1.025645
<b>Distancia</b>				
<b>1 a 2 horas</b>	0,9896347	-6,19	0,000	.9863747 .9929055
<b>Más de 3 horas</b>	0,2161312	-37,82	0,000	.1996372 .2339878
<b>Decisión</b>				
<b>¿Sólo usted?</b>	1,007582	2,67	0,008	1.002005 1.013191
<b>¿Sólo su pareja?</b>	0,9644563	-2,64	0,008	.938911 .9906965
<b>_cons</b>	1,044629	2,79	0,005	1.013034 1.07721

Los resultados de la tabla 13 demuestran que, al estimar la razón de prevalencia (RP) se obtuvo que el tener menos años de escolaridad disminuye la probabilidad al acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos. (RP 0,99, IC 95%, 0.9980697 0.9991261); a medida que la edad de las mujeres aumenta en una unidad adicional la probabilidad del acceso a establecimientos de salud públicos para métodos

anticonceptivos disminuye (RP 0,99, IC 95%, 0.9971268 0.9979864). Este efecto es estadísticamente significativo.

En cuestión de la etnia, los resultados muestran que, las mujeres montubias y blancas tienen mayor probabilidad al acceso a establecimientos de salud públicos para métodos anticonceptivos en relación con las mujeres indígenas, (RP 1,02, IC 95%, 1.003015 1.039535) y (RP 1,05, IC 95%, 1.017658 1.089068) respectivamente.

Con relación con la Región de residencia, las mujeres que residen en la región Insular tienen menor probabilidad al acceso a establecimientos de salud públicos para métodos anticonceptivos en relación con las mujeres que residen en la región Sierra (RP 0,98, IC 95%, 0.9699152 0.9978104).

Consecuentemente, las mujeres que residen en el área urbana tienen mayor probabilidad al acceso a establecimientos de salud públicos para métodos anticonceptivos en relación con las mujeres que residen en el área rural (RP 1,01, IC 95%, 1.007134 1.019381). Dicha diferencia es estadísticamente significativa.

Respecto al estado civil se obtuvo que tanto las mujeres separadas y solteras tienen mayor probabilidad al acceso a establecimientos de salud públicos para métodos anticonceptivos en relación con las mujeres casadas, (RP 1,02, IC 95%, 1.000406 1.022625) y (RP 1,01, IC 95%, 1.002711 1.019783), respectivamente. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa en mujeres solteras.

Seguidamente, las mujeres que son jefes de hogar tienen mayor probabilidad al acceso a establecimientos de salud públicos para métodos anticonceptivos en relación con las mujeres que no son jefes de hogar, (RP 1,01, IC 95%, 1.001118 1.021783).

Por otro lado, las mujeres que reciben el Bono de Desarrollo Humano (BDH) tienen una probabilidad mayor al acceso a establecimientos de salud públicos para métodos anticonceptivos en relación con las mujeres que no reciben BDH (RP 1,013, IC 95%, 1.001147 1.025645).

En cuanto a la distancia de los establecimientos de salud, las mujeres que tardan entre 1 a 2 horas y de 3 a más horas en llegar al lugar donde obtienen métodos anticonceptivos, tienen menor probabilidad al acceso a establecimientos de salud públicos para métodos anticonceptivos, en relación con las mujeres que emplean minutos para llegar (RP 0,98%, IC 95%, 0.9863747 0.9929055) y (RP 0,21, IC 95%, 0.1996372 0.2339878) respectivamente. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Finalmente, en cuanto a la autonomía en la decisión del uso de anticonceptivos, las mujeres que manifestaron que es su decisión tienen mayor probabilidad al acceso a establecimientos de salud públicos para métodos anticonceptivos, en relación con las mujeres donde tanto ellas como su pareja decidieron utilizar métodos de planificación familiar (RP 1,007, IC 95%, 1.002005 1.013191), mientras que, las mujeres que manifestaron que solo su pareja decidió utilizar métodos de planificación familiar tienen menor probabilidad al tener acceso a establecimientos de salud públicos para métodos

anticonceptivos (RP 0,96, IC 95%, 0.938911 0.9906965). Siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

## Discusión

La investigación ha revelado asociaciones significativas entre los diferentes determinantes de la salud y el acceso a los establecimientos de salud para métodos de planificación familiar en madres de niños menores de 5 años. La planificación familiar debe ser considerada un tema de interés, principalmente el acceso a estos servicios. La Organización Mundial de la Salud menciona que la salud reproductiva es un estado de comodidad o bienestar físico y mental, y mantiene relación con el sistema reproductor funciones, actividad y proceso, donde no solo se centra en la presencia o ausencia de cualquier tipo de padecimiento (1). En este contexto, la planificación familiar desempeña un papel fundamental al permitir la toma de decisiones informadas sobre el deseo de concebir, el número y frecuencia con el que se desea tener hijos. Con esto, el acceso a establecimientos de salud para obtener MPF ya sean modernos o tradicionales, juega un papel importante, puesto que facilita el ejercicio de estos derechos reproductivos.

Contar con servicios de planificación familiar accesibles, asequibles y de calidad contribuye a prevenir embarazos no deseados, reduce la necesidad insatisfecha de anticoncepción y promueve el bienestar materno infantil.

Pese a los objetivos y compromisos por parte de la OMS, además de los avances en cobertura de servicios de planificación familiar, aún persiste un bajo uso de métodos anticonceptivos entre la población, especialmente en las mujeres en edad fértil. Dicha situación se ve exacerbada por diferentes barreras que enfrentan este grupo poblacional para acceder a establecimientos de salud que brinden servicios integrales de planificación familiar adaptados a sus necesidades y realidades. Factores sociodemográficos como la exagerada distancia a estos centros, el factor monetario, estigma social, falta de privacidad, entre otros, pueden limitar significativamente la capacidad de acudir libremente a obtener asesoría en MPF.

De acuerdo con la información extraída y analizada de la UNFPA, en el contexto de países de América Latina y el Caribe, el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes representa únicamente el 18%, lo cual es bajo, y en esta misma línea se encuentra Ecuador, en el cual la edad de inicio de vida sexual empieza en etapas tempranas menores a 16 años, esto genera preocupación en las autoridades por su implicancia social. Los resultados del presente escrito evidencian que, las mujeres ecuatorianas inician una vida sexual activa en el rango de edad de 13 a 20 años, esto obedece al hecho que de muchas mujeres en edad fértil del área urbana desconocen de MPF alcanzando hasta un 78% de la población estudiada, además de que el 70% de mujeres que residen en áreas rurales no tienen acceso a establecimientos de salud para métodos anticonceptivos, sumado a esto se evidenció que, las mujeres ecuatorianas sexualmente activas tienen predilección por el uso de métodos anticonceptivos hormonales o inyectable, el cual alcanzó un porcentaje del 94%, donde mujeres que residen en la región Amazónica consiguen un MPF a través de establecimientos públicos siendo el 82%, contemplando al estado civil el mayor

porcentaje de mujeres que no tienen conocimiento en MPF se encuentra dentro de las mujeres casadas, lo cual representa el 59%, afirmación que diverge con el hecho de que este grupo de mujeres demanda mayor necesidad de salud reproductiva.

Uno de los hallazgos que se puede destacar es la relación entre el conocimiento sobre planificación familiar y el acceso a establecimientos de salud. De la literatura se puede inferir que, un mayor conocimiento sobre planificación familiar está asociado con una mayor probabilidad de utilizar servicios de salud reproductiva. Los datos del presente documento demuestran que, el grupo que sí recibió consejería o asesoría en MPF postparto, el mayor porcentaje, fueron las mujeres del área urbana con un total del 73%, por otro lado, en las razones aparentes del no uso de MPF es el grupo que cuenta con mayor porcentaje es de aquellas mujeres que no han experimentado ninguna relación sexual o que aún no inician una vida sexual activa, el cual representa el 47%, en contraste con aquellas que, si conocen sobre MPF y que tampoco inician su vida sexual, representando el 48%. Por otro lado, el 17% de las mujeres que no utilizan MPF a pesar de que, si los conocen, es debido a su deseo de tener un embarazo. Asimismo, el 14% representa a aquellas que no utilizan MPF por situaciones como pena o vergüenza, lo cual pone de manifiesto las barreras al acceso que aún persiste en los servicios de salud reproductiva. Lo cual se puede vincular a factores como una atención deficiente al usuario en los establecimientos de salud, largas distancias geográficas, creencias, estigmas socioculturales, limitaciones en la oferta de servicios amigables y con privacidad, los cuales generan sentimientos de incomodidad, temor y vergüenza que desincentiva a las mujeres a acudir a establecimientos de salud por MPF.

Por otro lado, la normativa para controlar o regular la disponibilidad y acceso a centros de salud para métodos anticonceptivos, dentro del Art. 20 se afirma que, “el suministro de anticonceptivos y anticoncepción oral de emergencia por parte de los establecimientos de salud del Ministerio de salud pública no tendrá costo alguno para los usuarios”. Dicho servicio garantiza la accesibilidad a todos estos métodos y se encuentra disponible en todos los establecimientos de salud del MSP, Acuerdo Ministerial 2490, con lo cual, los resultados del estudio indican que, el lugar donde se consigue un MPF en las cuatro regiones del país se ubica en establecimientos públicos, lo cual representa en la región sierra un 63%, en la región costa el 64%, en la amazonia el 82% y en la región insular el 67%. Este análisis proporciona una visión sobre la efectividad y el impacto que generan la implementación de políticas sobre la responsabilidad sexual y acceso a establecimientos de salud que proporcionen anticonceptivos de manera gratuita. Es decir que, una gran parte de las mujeres sexualmente activas adquieren por lo menos un método de planificación familiar en establecimientos de salud públicos.

Asimismo, el Ecuador al contar con estas cuatro regiones, se considera un país con diversidad étnica y cultural, con lo que un gran porcentaje de mujeres encuestadas, según datos de la ENSANUT 2018, afirman ser afroecuatorianas, y haber utilizado por primera vez un método de planificación familiar en un rango de edad de 13 a 20 años, lo cual representa el 68%, en este mismo rango de edad se encuentran las mujeres que se identifican como montubias con el 65%, seguido de mujeres que se consideran blancas en el 61%, mestizas en 60% e indígenas en el 46%, lo cual confirma que el rango de edad se mantienen como prevalente en estos cinco grupos étnicos del país. Lo cual mantiene

relación con el acceso a establecimientos de salud para MPF dónde se muestra que apenas el 34% de mujeres afroecuatorianas si tienen acceso a estos servicios, seguido de mujeres montubias con el 33%, blancas con el 32%, mestizas con el 31% y al último mujeres indígenas con el 26%, cifra alarmante ya que este último grupo representa el mayor porcentaje de aquellas que no tienen acceso a establecimientos de salud para MPF con el 74 % respectivamente.

Tal y como lo propone la OMS, en Ecuador, se debe asegurar la disponibilidad universal de servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluyendo los MPF, con lo cual el incumplimiento de este objetivo se puede considerar con una vulneración de los derechos. Al analizar los determinantes de salud y su relación con el acceso a servicios de planificación familiar se encontró que, el tiempo que toma el llegar o acceder a los centros de salud es de cierto modo limitado, puesto que, en promedio se tarda aproximadamente 1,4 minutos con una desviación estándar que muestra la variabilidad en los tiempos de llegada a fin de adquirir un MPF, lo que implica que ciertas mujeres pueden tardar más o menos tiempo en llegar a un establecimientos para adquirir un MPF, esto se basa en gran medida de la proximidad de una mujer a un centro de salud, datos que van de la mano con la economía familiar, en este caso el ingreso per cápita en el año 2018, en el Ecuador en mujeres en edad reproductiva o edad fértil, fue de alrededor de 227 dólares, el cual es un valor menor a un sueldo básico, que no cubre la canasta básica.

Variables como nivel de instrucción, edad, etnia, región, área, estado civil, ingreso per cápita, jefatura del hogar, BDH, distancia y decisión del uso o no uso de MPF, influyen considerablemente en el acceso a establecimientos de salud para métodos de planificación familiar. Estos determinantes poseen un impacto variable, lo que sugiere que no todos los factores tienen el mismo nivel de influencia. Se ha realizado un análisis estadístico a fin de ajustar el modelo a estos factores, dado que la probabilidad resultante es de 0.000, lo que significa que es muy improbable que los resultados del modelo sean resultados del azar. Por lo tanto, se puede afirmar que el modelo es significativo y que los determinantes considerados tienen un impacto importante en el resultado. De acuerdo con el análisis de las variables independientes.

Con lo cual se puede mencionar que, los resultados de la tabla 12 y 13 proporciona información sobre determinantes socioeconómicos, demográficos y geográficos que influyen en el acceso a establecimientos de salud para obtener MPF a nivel general y en establecimientos públicos, que, de acuerdo con el análisis de los datos de la ENSANUT, los establecimientos públicos son el lugar en dónde una gran parte de mujeres de las 4 regiones del país accede para adquirir un MPF.

Dentro de las características individuales, se observa que, a menor edad de las mujeres, disminuye significativamente la probabilidad de que accedan a establecimientos públicos por métodos anticonceptivos, cada año menos de edad se asocia con una menor prevalencia de acceso a dichos servicios. Esto podría sugerir que las mujeres más jóvenes enfrentan mayores barreras o tienen una mayor necesidad de acceder a métodos anticonceptivos. Factores como obstáculos culturales, falta de información y una mayor demanda por prevenir embarazos no planeados en etapas iniciales de su vida reproductiva podrían explicar dicha situación.

Por otro lado, los años de escolaridad no mostraron una asociación significativa, lo que indica que el nivel educativo individual no se puede considerar como un factor determinante en este contexto.

Respecto a las características étnicas, se determinó que las mujeres de etnias blanca y montubia tienen una mayor prevalencia de acceso en comparación con las mujeres indígenas, lo cual podría reflejar disparidades étnicas en cuanto al acceso a establecimientos de salud en relación a la salud reproductiva, posiblemente debido a factores culturales, socioeconómicos o geográficos, y es en este punto donde la variable distancia juega un papel muy importante puesto que esta representa un barrera, dificultando el acceso, especialmente en mujeres que residen en áreas remotas o desatendidas de comunidades marginadas, dentro de esta variable se pueden considerar barreras como el transporte limitado, falta de infraestructuras, y terrenos intransitables, lo cual hace que sea complejo trasladarse hasta estos centros.

En cuanto a las variables geográficas, los resultados muestran que las mujeres que residen en áreas urbanas tienen mayor razón de prevalencia de acceso que aquellas que residen en sectores rurales. Dichos datos sugieren la existencia de barreras geográficas y accesibilidad que pueden dificultar el acceso a establecimientos de salud para adquirir MPF, especialmente en zonas rurales y regiones insulares.

Mientras que, dentro del estado civil se muestra una significancia estadística en las mujeres solteras y separadas, pues cuentan con mayor probabilidad de acceso a establecimientos de salud para MPF en comparación con las mujeres casadas, acceder a servicios de planificación familiar de corta o larga duración se ve influenciado por el estado civil, puesto que una mujer casada cuenta con una pareja estable además de contar con más apoyo en cuestión de recursos, tiempo y sustento, mientras que una mujer soltera o separada puede tener mayor acceso puesto que al no tener una pareja estable, se informa y busca métodos anticonceptivos, aun así una mujer debe tener libre acceso a servicios de salud, realizarse exámenes físicos y así determinar el método anticonceptivo de acuerdo a elementos como la edad, vida sexual, entre otros.

Por otro lado, aquellas mujeres jefas de hogar, en relación con aquellas que no lo son, tienen mayor probabilidad de acceder a servicios de planificación familiar, aquellas mujeres trabajadoras cuentan con acceso e intercambio de información en sus áreas de trabajo con relación a planificación familiar, mientras que aquellas mujeres que no trabajan deben realizar diversas tareas en sus domicilios, lo cual limita que se produzca dicho intercambio y acceso.

En cuanto a los beneficios sociales (Bono de Desarrollo Humano) se muestra que aquellas mujeres que reciben dicho beneficio tienen mayor probabilidad o prevalencia de acceso a servicios de planificación familiar en comparación con las no beneficiarias. Esto se podría explicar porque el BDH, al ser una transferencia monetaria condicionada, incentiva y facilita el uso de servicios de salud pública por parte de las beneficiarias y sus familiares, al mismo tiempo que permite superar aquellas barreras económicas, es decir que, recibir dicho beneficio representa un factor estadísticamente significativo para

incrementar ligeramente la prevalencia de acceso a servicios de planificación familiar en establecimientos públicos de salud entre mujeres beneficiarias.

Factores como el estado civil, jefatura de hogar, beneficios sociales (BDH) y la toma de decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos también muestran asociaciones significativas con el acceso a dichos servicios.

En cuanto al ingreso per cápita, se muestra que, por sí solo, no mantiene una relación estadísticamente significativa con una mayor o menor probabilidad de acceso a servicios de planificación familiar, los resultados del estudio indican que el ingreso per cápita no determina significativamente el acceso a dichos servicios en establecimientos públicos, posiblemente debido a la gratuidad relativa de estos, especialmente en servicios públicos. Por otro lado, en el sector privado los ingresos económicos más relevantes para acceder a dicho servicios, los resultados obtenidos sugieren que, a nivel global, el ingreso per cápita no es un determinante crítico, una posible razón es que aquellas mujeres que perciben mayores ingresos posiblemente prefieren acudir al sector privado ya sea por cuestiones de calidad, privacidad o comodidad.

La determinante distancia a los establecimientos de salud señala que, mujeres que se encuentran a una distancia de 1 a 2 horas tienen una prevalencia de acceso ligeramente menor, mientras que aquellas mujeres que se encuentran a más de 3 horas de distancia presentan una prevalencia significativamente menor, esto con relación a aquellas mujeres que pueden acceder a dichos establecimientos en cuestión de minutos, especialmente aquellas de áreas urbanas. Lo cual resalta la importancia de la accesibilidad geográfica y la necesidad de mejorar la cobertura y distribución de los servicios de salud reproductiva.

Dichos hallazgos señalan la importancia de abordar los determinantes multidimensionales del acceso a servicios de salud reproductiva, incluyendo factores socioeconómicos, demográficos, geográficos y culturales. Asimismo, el hacer énfasis en la necesidad de mejorar la accesibilidad geográfica y económica, principalmente en sectores rurales y regiones insulares, así como también abordar las disparidades étnicas e incentivar la toma de decisiones informadas sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Finalmente, el análisis reveló que la autonomía en la decisión del uso de anticonceptivos tiene un efecto significativo sobre la probabilidad de acceder a establecimientos para MPF, cuando las mujeres tienen mayor autonomía y poder de decisión sobre el uso de anticonceptivos, acceden con mayor frecuencia a estos servicios de salud, en contraste, cuando dicha decisión depende únicamente de su pareja se observan mayores barreras de acceso.

Cabe mencionar que, pese a que tanto en establecimientos públicos como privados se debe garantizar un acceso equitativo y sin discriminación a los servicios de salud reproductiva, aún se muestran ciertas características que pueden diferenciar a estos centros y presentar ventaja o desafíos. Dentro de los servicios públicos se encuentran características como la universalidad lo cual resulta beneficioso para toda la población, al igual que la gratuidad o los bajos costos de los servicios, mantiene un enfoque preventivo y de promoción de la salud, cuenta con mayor cobertura rural y en

comunidades alejadas, aunque el acceso puede presentar inconvenientes en cuanto a la variable distancia, al igual que presentar recursos limitados y de cuestionable calidad en cierto punto.

Dentro de las variables que pueden influir dentro del acceso a establecimientos públicos se pueden considerar las variables previamente analizadas, de las que destacan por la significancia de estas, etnia blanca y montubia, esto a causa de que diferentes grupos étnicos pueden tener diversas percepciones sobre planificación familiar, región pueden enfrentar desafíos como infraestructuras limitadas o instalaciones de salud, estado civil este pueden reflejar las intenciones reproductivas y los procesos de toma de decisiones sobre planificación familiar, jefatura de hogar puede indicar poder de decisión y autonomía en el acceso a servicios de salud, BDH estos beneficios pueden influir dado que varias familiar sobreviven a través de este, decisión y distancia.

Mientras que, dentro de los servicios privados, al ser proporcionados por instituciones privadas muchas de las veces se requieren de pagos para acceder a sus servicios, pese a tener mayor enfoque en la atención individual y personalizada, además de resultar cómoda y contar con modernas infraestructuras y especialistas, resulta inaccesible para una gran parte de la población.

Gracias a los resultados obtenidos dentro del presente escrito, se puede mencionar que, la falta de conocimiento y acceso a los MPF refleja una relación problemática entre a sociedad y las entidades gubernamentales, esto implica que existe una falta de comunicación, apoyo y recursos por parte del gobierno para abordar adecuadamente las necesidades de planificación familiar. Además de que, el impacto económico en los embarazos no planificados en familias numerosas sigue siendo un tema central en las discusiones políticas a nivel nacional. Es decir, el costo financiero que representan los embarazos no deseados y el cuidado de familias numerosas es un asunto relevante que se debate en el ámbito político-social.

## **Conclusiones**

El presente documento clasifica los determinantes o factores sociales y acceso a establecimientos para métodos de planificación familiar, con base en los datos extraídos de la ENSANUT 2018, se determinó que, estos pueden influir significativamente en el acceso a establecimientos para métodos de planificación familiar en madres de niños menores a 5 años, de entre estos destacan variables como nivel de instrucción, edad, etnia, región, área, estado civil, ingreso per cápita, jefatura del hogar, BDH, distancia y decisión del uso o no uso de MPF, analizados desde una perspectiva social, con lo que se concluye que, la relación entre estas variables y acceso a establecimientos de salud para obtener MPF es significativo.

De los resultados se muestra que, una proporción significativa de mujeres adquiere métodos de planificación familiar en establecimientos de salud públicos en todas las regiones del país, lo cual demuestra la efectividad de las políticas de salud pública, como el suministro gratuito de anticonceptivos, en garantizar la accesibilidad universal a dichos

servicios. Así también se muestran disparidades éticas en cuanto al acceso, dónde se observa que las mujeres de ciertos grupos étnicos, como las indígenas, enfrentan mayores barreras de acceso en comparación con las mujeres blancas y montubias, dicha disparidad étnica resalta la importancia de abordar las inequidades en el acceso a la salud reproductiva y la necesidad de políticas específicas para atender las necesidades de los grupos marginados.

Asimismo, la influencia de factores socioeconómicos como el estado civil, jefatura del hogar e ingreso per cápita muestran asociaciones significativas con el acceso a servicios de planificación familiar, puesto que, las mujeres solteras, separadas y jefa de hogar tienen mayor probabilidad de acceso, mientras que el ingreso per cápita por si solo no influye significativamente, lo cual resalta la importancia de considerar factores socioeconómicos en las estrategias de salud reproductiva.

En cuanto a la distancia, recae la importancia de la accesibilidad geográfica, puesto que la distancia a establecimientos de salud juega un papel crucial en el acceso a servicios de planificación familiar, ya que aquellas mujeres que se encuentran a distancias de más de 3 horas tienen una prevalencia de acceso significativamente menor. Lo cual resalta la necesidad de mejorar la cobertura y distribución de los servicios de salud reproductiva, especialmente en áreas rurales y regiones insulares, garantizando así un acceso equitativo a métodos de planificación familiar.

La colaboración entre el personal de salud y el gobierno es esencial para garantizar un acceso equitativo a los servicios de planificación familiar, dicha colaboración puede mejorar significativamente la implementación de políticas que promuevan el acceso a métodos anticonceptivos y fortalecer los servicios de salud reproductiva en general.

Realizar trabajos similares a este, contribuye a mejorar la salud reproductiva de las madres de menores de 5 años y a reducir las tasas de embarazos no deseado. Puesto que, al analizar datos ya existentes, permite conocer aquellos sesgos que aún no se han intervenido.

## **Apéndices**

### **Disponibilidad de bases de datos y material para réplica**

La presente investigación, empleó el paquete estadístico Stata ® 15, en el cual se analizaron datos como, edad de la mujer al momento de usar por primera vez algún método de planificación familiar, ubicación geográfica de la mujer, primer método de planificación familiar, estado civil, consejería sobre métodos de planificación familiar, razón de uso de métodos de planificación familiar, obtención de los métodos de planificación familiar, etnia, ambiente del hogar.

### **Referencias bibliográficas**

1. Bang KS, Chae SM, Lee I, Yu J, Kim J. Effects of a Community Outreach Program for Maternal Health and Family Planning in Tigray, Ethiopia. Asian Nurs Res

- (Korean Soc Nurs Sci) [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Jul 5];12(3):223–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30193883/>
2. Imdad A, Khushk M, Masood K. Sexual and reproductive health promotion: need of the hour. *Journal of the Liaquat University of Medical and Health Sciences (Liaquat University of Medical & Health Sciences)*. 2006; 6(1): p. 01-02.
  3. Çalikoğlu EO, Yerli EB, Kavuncuoğlu D, Yılmaz S, Koşan Z, Aras A. Use of Family Planning Methods and Influencing Factors Among Women in Erzurum. *Med Sci Monit* [Internet]. 2018 Jul 19 [cited 2023 Jul 5]; 24:5027. Available from: </pmc/articles/PMC6063134/>
  4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Quito; 2017 Mar.
  5. Tafa L, Worku Y. Family planning utilization and associated factors among postpartum women in Addis Ababa, Ethiopia, 2018. *PLoS One* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2023 Jul 5];16(1). Available from: </pmc/articles/PMC7822255/>
  6. Alenezi G, & HH. Awareness and use of family planning methods among women in Northern Saudi Arabia. *Middle East Fertility Society Journal*; 26(1): p. 8.
  7. INEC. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. 2018.
  8. K H, I Z, X Q, D M, MC M, C D, et al. Women's preferences for contraceptive counseling in Mexico: Results from a focus group study. *Reprod Health*. 2018; 15(1): p. 128.
  9. Torres S. Factores asociados a conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil que actualmente usan un método de planificación familiar: análisis del ENDES 2020. [Internet] [Tesis]. [Lima]: Universidad Rizardo Palma; 2023. [cited 2024 mar 20].
  10. México Arias-Arias T, Irene I, Ofelia M. *Salud en Tabasco*. 2014;20(2):37–43. Available from: <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>
  11. C. A, J. G. Barreras que impiden el acceso al servicio de planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos de púerperas adolescentes. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza-Hospita Goyeneche. [Internet] [Tesis]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2021. [cited 2024 mar 20].
  12. Hermida P. Estudio sobre preferencias y/o percepciones en el uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC) entre adolescentes, hombres y mujeres, de 10 a 19 años. *ENERO* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 12]; Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Estudio-preferencias-percepciones-MAC-adolescentes.pdf>
  13. Zgliczynska , Magdalena SI, A S, A B, M R, N SW, et al. Contraceptive Behaviors in Polish Women Aged 18-35-a Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16(15).
  14. Fernando J, Andrade O, Tenorio YV, Ferreira C, Dávila F, Equipo G, et al. LAS MUJERES ECUATORIANAS QUE CONOCEN Y USAN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DIRECTORA DE DESARROLLO TECNOLÓGICO ESTADÍSTICO PROCESOS A NIVEL REGIONAL [Internet]. 2010. Available from: [www.ecuadorencifras.com](http://www.ecuadorencifras.com)
  15. Mendoza Bellido Y, Morales Oré R. Orientación En Planificación Familiar Y Decisión De Uso De Métodos Anticonceptivos En Púerperas Hospitalizadas. Hospital Regional De Ayacucho. Setiembre – Octubre 2019. [Internet] [Tesis].

- [Ayacucho]: Universidad Nacional De San Cristóbal De Huamanga; 2020. [cited 2024 mar 20].
16. J C, AE A, N T, KM R, S G, L K, et al. Factors influencing contraceptive use or non-use among Aboriginal and Torres Strait Islander people: a systematic review and narrative synthesis. *Reprod Health*. 2020; 17(1): p. 155.
  17. Gutiérrez S. Factores relacionados al abandono del uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Establecimiento de salud I-4 Catacaos 2021. [Internet] [Tesis]. [Lima]: Univsersidad César Vallejo; 2022. [cited 2024 mar 20].
  18. Ministerio de Salud Argentina. Acceso a métodos anticonceptivos [Internet]. 2015 [cited 2023 Jun 12]. Available from: <https://msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/200-33-acceso-a-metodos-anticonceptivos>
  19. Carmona G, Aspilcueta J, Cárdenas U, Flores S, Álvarez E, Solary L. Interventions to optimize the modern family planning method supply in the Loreto tropical region, Peru. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2016 Jan 1;15(30):142–58.
  20. CEPAL. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Santiago de Chile; 2010.
  21. Becerra Y. Barreras de acceso al servicio de planificación familiar en puérperas adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal, octubre 2021 – enero 2022 [Internet] [Tesis]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022 [cited 2023 Jun 12]. Available from: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/18598/Becerra\\_gy.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/18598/Becerra_gy.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  22. Hernandez, M., Meneses, E., & Sanchez, M. (n.d.). Mujeres indígenas y su acceso a los derechos sexuales y reproductivos, 2009 y 2014. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232089/03\_Hernandez-Meneses-Sanchez.pdf.
  23. Ros, C., Miret, M., & Rué, M. (2009). Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una urbana. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 496–500. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.05.010>
  24. Ferreira C, García K, Macías L, Pérez A, Tomsich C. Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III. 2010 [cited 2023 Jun 12]; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres\_y\_Hombres\_del\_Ecuador\_en\_Cifras\_III.pdf

### Abreviaturas, decimales y divisas

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

OTB: Oclusión Tubárica Bilateral

STATA: Statistics (estadísticas) y data (datos)

MSP: Ministerio de Salud Pública

MPF: Método De Planificación Familiar  
LOGIT: Logistic Unit/ Unidad Logística