



Maestría en

SALUD PÚBLICA

Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Salud Pública

AUTOR: Dra. Nina Micaela Calderón Huachi

TUTOR: Mgt. Carlos Fernando Terán Puente

Factores sociodemográficos y su relación con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil según la encuesta ENSANUT 2018 en Ecuador

Certificación de autoría del trabajo de titulación

Yo, Nina Micaela Calderón Huachi, declaro bajo juramento que el trabajo de titulación denominado **Factores sociodemográficos y su relación con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil según la encuesta ENSANUT 2018 en Ecuador** es de mi autoría y de mi exclusiva responsabilidad académica y legal; y que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional. En su elaboración, se han citado las fuentes y se han respetado las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Firma

Nina Micaela Calderón Huachi
C. I.: 1720629219
Correo electrónico: nmcalderonh@gmail.com

Yo, Carlos Fernando Terán Puente, declaro que he tutorizado el trabajo de titulación denominado **Factores sociodemográficos y su relación con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil según la encuesta ENSANUT 2018 en Ecuador** de la maestrante, quien es autora exclusiva de la presente investigación, que es original y auténtica.

Firma

Tutor del trabajo de titulación
Mgr. Carlos Fernando Terán Puente

Autorización de derechos de propiedad intelectual

Yo, Nina Micaela Calderón Huachi, en calidad de autor/a del trabajo de titulación denominado **Factores sociodemográficos y su relación con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil según la encuesta ENSANUT 2018 en Ecuador**, autorizo a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que abarca esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación. Los derechos que como autor me corresponden, según lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento en Ecuador.

D. M. de Quito, 20 de junio de 2022

Nina Micaela Calderón Huachi
C. I.: 1720629219
Correo electrónico: nmcalderonh@gmail.com

Acta de defensa de grado

En la ciudad de Quito, a los 12 días del mes de mayo de 2022, se suscribe la siguiente acta de Defensa de Grado de la maestrante Nina Micaela Calderón Huachi, de la Maestría en Salud Pública, siendo las principales autoridades: Rector de la UIDE, Ph. D. Gustavo Vega y el Vicerrector académico, Ph. D. Ramiro Canelos.

Miembros del tribunal:

Mgt. Nombres completos, Presidente del Tribunal

Mgt. Nombres completos, Miembro del Tribunal

Mgt. Nombres completos, Miembro del Tribunal

Aceptado y firmado:

Mgt. Nombres completos

Mgt. Nombres completos

Mgt. Nombres completos

Dedicatoria

A las mujeres y disidencias que con sus luchas cotidianas buscan un mundo más libre y amoroso para todas y todes.

Agradecimiento

A mi madre, Anita, por su apoyo incondicional en este proceso académico y durante toda mi vida; gracias por tu esfuerzo y ejemplo.

A mi compañero, Esteban, por contenerme siempre con infinito cariño, por ser compañero amoroso en este proceso, por hacerme reír, por acompañarme en las largas correcciones de esta tesis, por impulsarme a volar alto y sobre todo por enseñarme que el amor es un acto de revolución cotidiana.

A mi hermana, Yohama, a quien admiro profundamente, por sostenerme y ser compañera y amiga durante toda mi vida, así como un ejemplo constante de la militancia por un mundo más justo y equitativo.

A mis hermanas, hermano, y padre, por sus enseñanzas y su ejemplo de trabajo para un mundo mejor.

A la Moni y la Antonieta, por acompañarme con su profunda ternura, cariño y sabiduría.

A Juan Tacuri y al Juanma, por su inmensa generosidad.

A mis amigas y amigos, por ser sostén y alegría siempre.

A Karla Flores, Felipe Moreno-Piedrahita y Patricia Ortiz, por su amistad y por brindarme generosamente su tiempo y conocimientos.

A la Universidad Internacional del Ecuador, al Director de la Maestría y a todas y todos mis docentes por abrir este espacio de conocimiento, el cual me ha permitido ser una mejor profesional, pero sobre todo un mejor ser humano. Por los cuestionamientos que han generado y por su calidez y compromiso con una educación que trabaje para mejorar las condiciones de vida de miles de personas en el Ecuador.

Al Dr. Carlos Terán por su amistad y acompañamiento, por su disposición constante para el diálogo y por su compromiso con la defensa de los derechos de las mujeres.

A Paulina y Xavier por su paciencia y ser un apoyo para todas y todos los estudiantes de la maestría.

Agradezco a mi familia ampliada, a los Huachi y a los Páez, por sus esfuerzos y ánimos.

Finalmente agradezco a las organizaciones feministas de este país y a las mujeres que atraviesan día a día realidades complejas. Por ser una fuente de inspiración para este trabajo y esta maestría, por enseñarme la importancia de sus luchas. Un especial agradecimiento a Las Comadres y a Virginia Gómez de la Torre por estar abiertas siempre al diálogo y a generar insumos que aporten para la lucha de los derechos de todas y todes.

Índice

Resumen	11
Abstract	13
1. Introducción	15
2. Justificación	17
3. Problema	
a. Planteamiento	18
b. Formulación	20
c. Sistematización	20
4. Objetivos	
a. General	21
b. Específicos	21
5. Marco teórico y conceptual	22
6. Metodología y diseño de la investigación	
a. Tipo de estudio	46
b. Área de estudio	57
c. Universo y muestra	57
d. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	57
e. Plan de tabulación y análisis	57
f. Procedimientos	57
7. Resultados	59
8. Discusión	67
9. Conclusiones	76
10. Recomendaciones	79
11. Bibliografía	81
12. Anexos	94

Índice de anexos

Anexo 1. Caracterización demográfica de Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	94
Anexo 2. Conocimiento sobre anticonceptivos en Mujeres de Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	95
Anexo 3. Uso de anticonceptivos de Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	96
Anexo 4. Relación entre Estado Civil y el Conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	96
Anexo 5. Relación entre área de vivienda y el conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	97
Anexo 6. Relación entre pareja legal y el Conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	97
Anexo 7. Relación entre regiones del Ecuador y el conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	97
Anexo 8. Relación entre grupos de edad y conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	98
Anexo 9. Relación entre etnia y el conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	98
Anexo 10. Relación entre nivel de instrucción y el conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	99

Anexo 11. Relación entre la paridad y el conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	99
Anexo 12. Relación entre etnia y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	100
Anexo 13. Relación entre nivel de instrucción y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	100
Anexo 14. Relación entre el área de vivienda y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	101
Anexo 15. Relación entre el estado civil y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	101
Anexo 16. Relación entre los grupos de edad por decenios y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	102
Anexo 17. Relación entre la ubicación en las regiones del Ecuador y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	102
Anexo 18. Relación entre el tipo de pareja y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	103
Anexo 19. Relación entre la paridad y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018	103
Anexo 20. Otros datos relacionados al conocimiento de anticonceptivos en las MEF, encuesta ENSANUT 2018	104
Anexo 21. Otros datos relacionados al uso de MAC en las MEF, encuesta ENSANUT 2018	105

Resumen

Los derechos sexuales y reproductivos establecen que el uso y conocimiento de anticoncepción es una herramienta clave para la autonomía de las mujeres. Sin embargo, en el Ecuador todavía existen grandes desigualdades sociales que se traducen en un escaso uso y conocimiento de métodos anticonceptivos para las mujeres, limitando sus derechos y el ejercicio de su autonomía. En este sentido, la presente investigación tuvo como **objetivo general:** Determinar la relación entre los factores sociodemográficos (edad, nivel de instrucción, área de vivienda, región de vivienda, estado civil y paridad) con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil, según la encuesta ENSANUT 2018 en Ecuador. **Metodología:** estudio transversal, observacional y analítico, donde se trabajó con información secundaria recabada de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2018 a 48 700 mujeres en edad fértil. **Resultados:** El 81,2% de las mujeres han tenido alguna vez en su vida información sobre anticonceptivos, mientras que el 18,3% nunca ha recibido esta información; las mujeres de etnia mestiza, sin pareja, menores de edad, con educación básica, que viven en sectores rurales y en la Sierra ecuatoriana son quienes cuentan con un mayor riesgo de no conocer sobre anticoncepción. Respecto al uso de anticonceptivos, el 50,1% de las mujeres no se encontraban usando un método al momento de la entrevista y un 49,9% si lo usaba. Se encontró un mayor riesgo de no uso en las mujeres indígenas, con instrucción básica, que se ubican en las áreas rurales, solteras, menores de edad, pertenecientes a la Sierra ecuatoriana y que no tuvieron hijos mujeres. **Conclusión:** los factores sociodemográficos se relacionan directamente con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, los cuales pueden generar condiciones de extrema desigualdad y opresión, sobre todo en las mujeres más jóvenes, indígenas que residen en localidades rurales y que no tienen pareja, limitando su desarrollo integral, el acceso a una salud integral y la posibilidad de una vida

digna.

Palabras clave: métodos, anticonceptivos, conocimiento, uso, factores sociodemográficos.

Abstract

Sexual and reproductive rights mandate that contraceptive use and knowledge is essential for women's autonomy. However, there are still great social inequalities in Ecuador, which in turn result in poor birth control use and lack of information for women, limiting their rights and their autonomy. Thus, this investigation's **general objective** seeks: To determine the relationship between sociodemographic factors (age, level of education, housing area, housing region, marital status and parity) and contraceptive use and knowledge in women of reproductive age, according to Ecuador's National Survey of Health and Nutrition ENSANUT 2018 survey. **Methodology:** a cross-sectional, observational and analytic study, which applied secondary information from 48,700 women of childbearing age collected from ENSANUT 2018. **Results:** 81.2% of women have had information about contraceptives at some time in their lives, while 18.3% have never received this information; Women of mestizo ethnicity, without a partner, minors, with elementary education, who live in rural areas and in the Ecuadorian highlands are on a greater risk of not having any knowledge about contraception. 50.1% of the women were not using any contraceptive method at the time of the interview and 49.9% were using it. Indigenous women, with basic education, from rural areas, single, minors, belonging to the Ecuadorian Sierra, and had children were at a higher risk of not using contraceptive methods. **Conclusion:** sociodemographic factors are directly related to the sexual and reproductive health of women, which can generate extreme inequality and oppression, especially in younger, indigenous women who live in rural areas and do not have a partner, limiting their integral development, their access to comprehensive health and a dignified livelihood.

Keywords: methods, contraceptives, knowledge, use, factors, sociodemographic, contraception.

“La política feminista pretende acabar con la dominación para que podamos ser libres, para ser quienes somos, para vivir vidas en las que abracemos la justicia, en las que podamos vivir en paz”

Bell Hooks

1. Introducción

La presente investigación pretende generar un análisis contemporáneo de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2018, observando si existen diferencias sustanciales en materia de uso y conocimiento de anticoncepción, en relación con los factores sociodemográficos de edad, etnia, nivel educativo, estado civil, lugar de vivienda y paridad en las mujeres de edad fértil del país. Con esto, se busca ofrecer un insumo para la creación de políticas públicas que promuevan una salud sexual y reproductiva (SSR) de calidad para todas y todos los ecuatorianos.

Para cumplir con este objetivo, la ENSANUT 2018 es un insumo de gran importancia, ya que recoge información científica y actualizada sobre la situación del país en materia de salud. Por lo tanto, ofrece un panorama de los problemas más prevalentes en la población ecuatoriana, así como los determinantes que influyen en dichas situaciones. En el caso puntual de la presente investigación, permite generar un análisis sobre las políticas de SSR que existen en el país y su impacto a través de los años.

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un derecho que engloba el bienestar psíquico, físico y social de todos los seres humanos, por lo tanto, está intrínsecamente relacionado al disfrute de otros derechos. Dentro de estos, el derecho a una SSR universal y de calidad se considera un pilar fundamental para el desarrollo de una vida plena.

En Ecuador, la Constitución del 2008, manifiesta que la SSR debe tener un enfoque intercultural e intergeneracional, y que el Estado tiene la obligación de velar por la salud integral de todas las mujeres, y asegurar, entre otras cosas, una vida libre de violencia y discriminación, el acceso adecuado y oportuno a información sobre SSR desde la niñez y adolescencia, sin importar razones de edad, etnia, situación geográfica, etc., así como el acceso a anticoncepción de forma rápida, segura y eficaz.

Pese a esto, el Ecuador es uno de los países con las tasas más altas de embarazo adolescente, femicidios, mortalidad materna e infantil y violencia de género que, entre otras problemáticas, afecta sobre todo a las mujeres indígenas, adolescentes, con bajo nivel educativo y que viven en áreas rurales del país. En este sentido, cabe cuestionarse si la SSR es realmente universal.

Ante esta situación, es imprescindible reorientar las políticas públicas hacia la transformación de los factores sociales que afectan a las mujeres, para poder romper los círculos de pobreza y violencia que viven en la cotidianidad, que no les permiten gozar de una vida saludable.

2. Justificación

La prioridad de la región y del país en temas de SSR, es cumplir con las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), propuestos en el año 2015 por las Naciones Unidas, para alcanzar un acceso universal a planificación familiar y reducir índices de mortalidad materna e infantil. Respecto a esto, el presente estudio tiene como fin analizar la situación del conocimiento y uso de anticoncepción en mujeres en edad fértil en Ecuador, en el año 2018, y su relación con los factores sociodemográficos de etnia, edad, nivel de instrucción, ubicación geográfica, localidad y paridad, ya que la contracepción se concibe como una herramienta esencial para cumplir dichos objetivos.

Los determinantes sociales influyen de forma directa en el bienestar integral y en el desarrollo de las personas y, por consiguiente, en su salud. Bajo esta premisa, la SSR de las mujeres se ve afectada de manera negativa ante menores niveles de educación, su ubicación geográfica o su etnia, condiciones que se reflejan en un menor acceso a información y uso de anticoncepción. Por lo tanto, esto genera consecuencias serias en sus proyectos de vida, y afecta también a sus familias y a la sociedad en general.

En este sentido, la importancia del presente estudio radica en demostrar que, dentro de una sociedad desigual, si no se logra identificar y tener claro quiénes son las mujeres¹ que tienen un mayor riesgo de desconocer o usar anticonceptivos, resulta imposible generar políticas que permitan acortar las brechas de desigualdad, perpetuando círculos de violencia y precarización para su vida.

¹ En esta investigación me refiero a mujeres, en su concepto más extenso: mujeres cis, mujeres trans, mujeres negras, mujeres indígenas, mujeres migrantes, mujeres adolescentes y niñas.

3. Problema

a. Planteamiento del problema

Históricamente, las mujeres han sido víctimas de múltiples discriminaciones y opresiones, donde sus decisiones han permanecido en manos del Estado, la Iglesia, los hombres y la sociedad, despojándolas como sujetas de derechos y limitándolas a cumplir un rol netamente reproductivo y de cuidado, dejando de lado sus deseos y sentires sobre sus vidas, así como un acceso de calidad a derechos esenciales como trabajo digno, educación, salud y dentro de este último, a SSR de calidad.

En este sentido, el análisis histórico de la categoría sexo-genero “mujer” permite colocar en un contexto social y político los procesos de dominación, diferenciación y subordinación que existen en los cuerpos y vidas de las mujeres y cuestiona el papel “natural” que les ha sido asignado (1,2). Asimismo, proporciona una herramienta para el entendimiento sobre la manera en la que las mujeres han accedido a derechos gracias a la lucha de diversos movimientos y organizaciones que demandan una vida digna y libre de agresiones para todas las mujeres, niñas y adolescentes; lo que ha dado paso a la consolidación de acuerdos mundiales como: la Conferencia de El Cairo, Conferencia de Belem do Pará, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre otras (3–6).

Es necesario mencionar que estos tratados concuerdan en que, para vivir una vida plena, la salud, en su concepto más integral, es un derecho que debe ser respetado en todas sus esferas: físicas, mentales, familiares, relacionales, y que, además, se vincula directamente al acceso de los derechos sexuales y reproductivos (3).

Es decir que, la SSR, se reconoce como un eje fundamental para el desarrollo de la vida de las mujeres y dentro de este, el acceso adecuado y oportuno a anticoncepción es el pilar que garantiza autonomía y, por lo tanto, mejores oportunidades de progreso individual y colectivo, a través de su impacto directo en problemáticas como la mortalidad materna, la violencia de género, los embarazos adolescentes, entre otros (7).

En América Latina y el Caribe, los derechos de las mujeres, pese a ser reconocidos en las cartas constitucionales, todavía están vinculados cotidianamente a las decisiones de sus familias, del Estado y del contexto religioso y cultural del país en el que viven. La autonomía y decisión propia de cada mujer sobre su vida y su cuerpo, sobre su SSR, se encuentra limitada y ligada, de formas diversas, a la situación socioeconómica de cada una. A esto se suman otros factores propios de los países en vías de desarrollo tales como: altas tasas de pobreza, educación precaria y desempleo, los cuales son factores que profundizan la inequidad en acceso a SSR y anticoncepción para miles de mujeres así como marcan desigualdades de acceso entre ellas (8,9).

En Ecuador, las problemáticas relacionadas a la falta de SSR y necesidad insatisfecha de anticoncepción, como el embarazo adolescente, la alta mortalidad materna e infantil y la violencia de género, se ha demostrado que son mayores en las mujeres pobres, jóvenes, que tienen un bajo nivel de escolaridad y que viven dentro de áreas rurales (10,11). Esto denota un retroceso permanente en el país con respecto a la meta de acceso universal a SSR para todos, según los ODS (12).

Es por esta razón que resulta necesario realizar un análisis actualizado sobre los factores sociodemográficos que influyen en el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos

en las mujeres en edad fértil (MEF). Para lo cual, en esta investigación se analizan los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, ENSANUT 2018, con el objetivo de brindar información contemporánea sobre la situación de conocimiento y uso de anticoncepción para MEF en el Ecuador y así, poder construir un insumo para la mejora de políticas públicas que se orienten a mejorar el acceso a SSR de calidad para todas ellas.

b. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil según la encuesta ENSANUT 2018 en Ecuador?

c. Sistematización del problema

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas (etnia, edad, nivel de instrucción, estado civil, área de vivienda, lugar de procedencia y paridad) de las mujeres en edad fértil de la encuesta ENSANUT 2018?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil relacionadas al uso de anticonceptivos?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil relacionadas al conocimiento de anticonceptivos?

4. Objetivos

a. General

Determinar la relación entre factores sociodemográficos con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil, según la encuesta ENSANUT 2018, en Ecuador.

b. Específicos

- Identificar las características sociodemográficas (etnia, edad, nivel de instrucción, estado civil, área de vivienda, lugar de procedencia y paridad) de las mujeres en edad fértil de la encuesta ENSANUT 2018
- Describir las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil relacionadas con el uso de anticonceptivos.
- Describir las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil relacionadas con el conocimiento de anticonceptivos.

5. Marco Teórico y conceptual

Patriarcado, mujeres y conquista de derechos

La categoría sexo-genérica mujer puede ser entendida desde varios puntos de vista; desde la visión biológica, las mujeres están representadas por sus caracteres sexuales femeninos primarios y secundarios: útero, ovarios, vagina, mamas. Sin embargo, desde el enfoque de género la construcción de la mujer es un concepto que se enraíza en los roles dados desde la cultura y la sociedad sobre el cuidado, la reproducción y la subordinación (1).

Es gracias a estos conceptos que, a través de la historia, es posible explicar el papel de las mujeres en la sociedad, por ejemplo, para Segato. R, las mujeres han sido víctimas de estructuras de poder que subordinan y violentan sus vidas de forma permanente desde el inicio de las sociedades: “Permanece aquí, también y a pesar de todo el debate reciente sobre este tema, la convicción de que el patriarcado, o relación de género basada en la desigualdad, es la estructura política más arcaica y permanente de la humanidad” (13).

Segato concibe que la estructura patriarcal, nace en la sociedad como una pérdida en las mujeres de sus libertades y espacios de poder antes de la colonialidad, en una lucha donde las mujeres perdieron frente a los hombres. Sin embargo, señala que, con la llegada de la colonia, el patriarcado se asienta como un apropiador del cuerpo de las mujeres.

Para Federici. S, es en el desarrollo del capitalismo donde la mujer queda relegada al plano reproductivo y de cuidado, siendo apartada de las decisiones de la comunidad y de ella misma. Además, junto con este proceso, nace la politización de la sexualidad, donde el Estado y la Iglesia eran los tomadores de decisiones de la sociedad y los cuerpos, lo

que dio paso a un nuevo aparato de control sobre la natalidad, la anticoncepción y la reproducción (2).

Esta estructura de poder y control social sobre las mujeres, llamada patriarcado, ha sido cuestionada durante décadas evocando el surgimiento de revoluciones históricas que abrieron paso a la adquisición de derechos para las mujeres. Entre estos hitos destacan la Declaración de Derechos de la Mujer y la Ciudadana y la Vindicación de los derechos de la mujer en los años 1791-1792, que surgen a través de la necesidad de nombrar a las mujeres como humanas y sujetas de derechos, en igualdad con los hombres, después de la Revolución Francesa (14).

En años posteriores, durante el siglo XIX, los movimientos sufragistas, abolicionistas y reformistas, exigían el acceso a derechos sobre el trabajo, el voto, la educación y la igualdad social y del sexo para hombres y mujeres por igual, y para las mujeres negras y blancas por igual. Cabe destacar que durante estos años surge la Convención sobre los Derechos de la Mujer, en la que se cuestiona el derecho a la propiedad y el liderazgo organizacional dentro de las sociedades de la época.

Para Millett. K, en este momento nace la Revolución Sexual que se caracterizó por la conquista de privilegios, así como la liberación sexual, la apropiación del cuerpo y los cuestionamientos sobre el rol de las mujeres dentro de la familia. Sin embargo, para Millet, más allá de ser un cambio social sólido, este proceso aportó las bases para la construcción de los Derechos Sexuales y Reproductivos actuales y futuros (15).

A la par de estos cambios, surgen corrientes que cuestionan los privilegios e inequidades

atravesados no solo por el género, sino también por la raza y la clase², lo que dio paso a la conquista del sufragio de las mujeres negras y chinas en los primeros años y a la consolidación de movimientos que proclaman la importancia de la interseccionalidad como política para el acceso a derechos en la actualidad (16).

Estos hitos demuestran cómo la organización histórica de las mujeres ha sido el motor que ha labrado el camino para su acceso a derechos, logrando colocar dentro de las agendas mundiales la importancia de la transversalización del género como un pilar para el aporte del trabajo en materia derechos humanos (17).

La salud como una construcción social y cultural

El binomio salud-enfermedad estuvo ligado históricamente al pensamiento mágico-religioso, donde dioses y curanderos podían sanar al enfermo mediante ritos, considerando a la enfermedad un castigo divino: “En las culturas primitivas, el brujo era curandero por dos virtudes: por su conocimiento de plantas y preparación de brebajes y por su cercanía con los dioses” (18).

Asimismo, pese a que existieron esfuerzos en otras épocas para encontrar una causa de la enfermedad que difiera con la concepción de la intervención divina, durante la Edad Media, la presión de la Iglesia y de grupos de poder introdujeron nuevamente los elementos sobrenaturales como sus causantes: “El concepto religioso de enfermedad donde la causa está representada por el castigo ante la violación de un tabú o una regla divina” (19).

² El termino raza permite visibilizar las inequidades que existen todavía en función de la racialidad. Este concepto fue acuñado por Kimberle Crenshaw.

Sin embargo, hacia inicios del Renacimiento y la llegada de la Revolución Industrial, el concepto de salud-enfermedad evoluciona hacia el paradigma de la unicausalidad, donde la enfermedad se considera un desequilibrio causado únicamente por agentes biológicos externos: la Teoría biologicista-microbiana. Este modelo, se ve moldeado en los siguientes años por las teorías de Virchow, quien plantea que la enfermedad debe ser concebida desde la tríada: huésped, ambiente y hospedero, promulgando el pensamiento sobre la historia natural de la enfermedad.

A finales del siglo XX, se plantean nuevos enfoques que proclaman a la biología tan solo como una parte de las condiciones que rodean a las personas y, por lo tanto, era necesario considerar otras circunstancias, políticas y sociales para la salud-enfermedad; lo que da paso a la Teoría de la multicausalidad.

Es en esta evolución que, hacia los años 1946, la OMS declara que (20): “La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Con el advenimiento de este concepto, la salud sale de los paradigmas netamente biologicistas y abre camino a los determinantes sociales como clave para entenderla como un hecho que dista del funcionamiento biológico normado, hacia la influencia que tienen factores como la cultura, los modelos de desarrollo económico, la violencia, entre otros, para generar un estado de completo equilibrio y bienestar en el ser humano.

Finalmente, es gracias a estos nuevos paradigmas, que Laframboise durante los años 1970 construye el termino de “campos de la salud”, el cual se refiere a la relación de salud con una variedad de factores que los agrupa en: estilo de vida, medio ambiente, organización

de la atención de salud y biología humana, los cuales interactúan entre sí para poder generar salud (19).

Sin embargo, pese a aparentar un cambio histórico en la visión de la de salud y enfermedad, como un concepto que se caracteriza por ser subjetivo y con una fuerte base cultural, social, política y ambiental, la realidad es que sigue predominando un enfoque generalmente curativo y biológico de la salud.

Salud sexual y reproductiva: un logro de las últimas décadas

Bajo la propuesta de los nuevos conceptos sobre la salud, resultó imprescindible hablar también sobre las aristas que lo componen. Es aquí que, gracias a los movimientos históricos de mujeres, se discute la importancia de los derechos sexuales y reproductivos para una vida digna, libre y segura.

Como se mencionó en párrafos previos, para Millett. K (15), fue en los años 1900 donde se consolidó la Revolución Sexual en algunas partes del mundo, proceso que cuestionó los roles reproductivos en las mujeres y labró el camino para las discusiones sobre los derechos sexuales y reproductivos de la actualidad.

En el año 1948, la Declaración de Derechos Humanos proclama el respeto de todos los derechos y libertades sin distinción de sexo, raza, edad, religión, color, idioma, opinión política, origen nacional o social, posición económica o nacimiento; lo que implica, entre otros derechos, el acceso a una salud integral y una vida digna y libre de violencia, así como también reconoce la importancia del cuidado materno-infantil como parte de estos (4). No será sino hasta la Conferencia de Alma-Ata, en 1978, donde se registra por

primera vez a la planificación familiar como herramienta para alcanzar una salud óptima (21).

Durante el año 1979, surge la Convención sobre la Eliminación de toda Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que tiene como objetivo garantizar el goce de los derechos en igualdad para hombres y mujeres, y reconoce el acceso a atención sanitaria que incluya a la planificación familiar y el derecho a elegir el número de hijos que se desea tener, el intervalo entre embarazos y a la información necesaria para hacer valer estos derechos (22).

Para el año 1993, durante Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, se reconoce la necesidad de enunciar explícitamente las violencias contra las mujeres como un hecho histórico que tiene como antecedente las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres; y establece la necesidad de un marco de igualdad en materia de desarrollo y salud para una vida digna y libre de violencia (23).

Pese a estos avances en el entendimiento de que la salud debe contemplar ejes sobre la prevención de la violencia hacia la mujer y la SSR como piezas fundamentales para el desarrollo de cualquier ser humano, es apenas en 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), que se realizó en El Cairo (3), donde nacen por primera vez los conceptos sobre derechos reproductivos y salud sexual, así como se remarca, con base en la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz (24), la importancia de la igualdad y equidad de los sexos y la salud de la mujer, como nociones que son parte del bienestar individual y social.

Conferencia de El Cairo (3): “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.

Más tarde, durante la Declaración de Beijing, en el año 1995, se destaca que el desarrollo de la mujer y el reconocimiento de sus derechos, son piezas clave para lograr la paz, el desarrollo y la igualdad a nivel local y mundial y dentro de esto, se enuncia que el derecho de las mujeres a controlar su salud y fecundidad es esencial para fortalecer este papel, así como también expone los principales riesgos de pasar por alto este derecho, como son: el embarazo adolescente, la perpetuación de los círculos de pobreza y violencia, la reducción de oportunidades de educación y empleo y la alta mortalidad materna (25).

Es aquí, donde la anticoncepción se convierte en una herramienta necesaria que protege la salud de las mujeres, así como también ratifica la igualdad de género, autoestima y autonomía, permitiendo que sean ellas las únicas decisoras de sus vidas y su sexualidad. Asimismo, cuando se habla de derechos sexuales y reproductivos, resulta imprescindible señalar que esto es posible únicamente con información adecuada sobre planificación familiar y educación sexual de calidad, que contemple no solo a la arista biológica, sino a los sentires, características culturales, relaciones personales, autoestima y la capacidad de decidir de forma libre, como parte de la construcción de una vida sexual y reproductiva digna y responsable.

Los acuerdos citados dieron paso a las revisiones de la convención del Cairo +5 y +10, en el año 1999, así como al nacimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en el año 2000, y a la revisión de la Declaración de Beijing +10, en el año 2005, que concluyeron que la falta de acceso a derechos para la vida de las mujeres es todavía una realidad y subrayan la necesidad de poner énfasis en la erradicación de las brechas de género y acceso a SSR (26).

La salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos

El abordaje de los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva histórica se puede resumir en un proceso que parte desde las luchas silenciosas, o no, de mujeres alrededor del mundo, que mostraron la importancia de reconocer a las mujeres como sujetas de derechos. Estas luchas dieron paso a la Declaración Universal de Derechos Humanos y a las políticas y consensos globales como el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo-CIPD (El Cairo 1994), Conferencia de Alma-Ata, Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995, Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2015, Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2016, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979, entre otras (3,4,6,22,25,27,28).

Se destaca la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, de la Asociación Mundial para la Salud Sexual, realizada en Hong Kong (29), en el año 1999, donde se contemplaron los siguientes criterios : “a) la sexualidad es parte integral del ser humano y para el pleno desarrollo de la persona es necesario la satisfacción de necesidades básicas, como el contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor; b) la sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las

estructuras sociales; y c) los derechos sexuales residen básicamente en los derechos humanos a la libertad, dignidad, salud e igualdad”.

Estos consensos globales demuestran que la SSR es un requisito básico que garantiza la salud integral de las mujeres. De igual manera, el acceso al conocimiento y uso de anticoncepción, son reconocidos como pilares fundamentales para ejercer la autonomía del cuerpo y alcanzar un estado completo de bienestar individual y social.

Asimismo, los informes de la OMS, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), recalcan que los derechos sexuales y reproductivos se encuentran fuertemente ligados a la garantía de otros derechos como el derecho a la autonomía, a la libertad, a la seguridad, a la privacidad, a la información, a la educación, a la libre expresión, a la libre opinión, etc. En este sentido, el acceso a anticoncepción se vincula al derecho a la libre decisión sobre el número de hijos que se desea tener, al intervalo de tiempo entre los nacimientos, a la prevención de embarazos no deseados y a la prevención de infecciones de transmisión sexual (7,8,30).

En el contexto latinoamericano, Cordova-Pozo. K et al, plantean que la legislación de países como Bolivia, Uruguay y Colombia, cumplen de forma limitada las recomendaciones de la OMS, sobre todo en materia de accesibilidad para personas desplazadas y en situaciones de crisis, calidad de los servicios y la rendición de cuentas para derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, manifiestan que es fundamental reconocer que cada país tiene diversas características socioculturales y de atender estas particularidades dependerá el poder tener una buena implementación de las normas y protocolos internacionales (31).

En Ecuador, la Constitución del 2008 protege y promueve la SSR desde la igualdad y el respeto, con un enfoque pluricultural y multiétnico, que se alinea a varios protocolos a nivel internacional como el CIPD – El Cairo 1994, y los ODM 3 y 5, entre otros. Esto permitió la elaboración del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021, que tiene como fin contribuir al ejercicio de la SSR, promoviendo políticas públicas que garanticen la inclusión, la igualdad y el respeto, con un enfoque de género, donde el Estado garantiza: “el derecho a la información veraz, oportuna y a los servicios de calidad en anticoncepción y planificación familiar a la población en general” (32,33).

De igual forma, se han desarrollado acuerdos, códigos y leyes que protegen el derecho a la SSR como la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1994), codificada en el año 2006, la Ley Orgánica de Salud (2006) y su Reglamento (2012), la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2007), el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (2008), la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en niñas y adolescentes (2008), el Boletín Anual de VIH/Sida (2020), entre otros. Todos estos establecen un marco normativo y jurídico que deben seguir las instituciones del Estado y toda la sociedad (34–39).

Finalmente, es importante recalcar que son los movimientos de mujeres y disidencias sexuales en el país quienes, a través de sus luchas gremiales, han dado paso a la conquista de algunos de estos derechos, y continúan exigiendo el acceso universal a educación sexual y reproductiva, planificación familiar, aborto seguro y anticoncepción como un mínimo para poder disminuir la brecha de género que ha existido históricamente.

MARCO REFERENCIAL

Estudios sobre la situación de conocimiento y uso de anticonceptivos en Ecuador

A lo largo de los años, la situación de la SSR en Ecuador se ha podido evidenciar a través estudios como la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENF 1987), la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDESA 1989, 1994, 1999, 2004), la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), donde se identifican los cambios a nivel de fecundidad, conocimiento, uso y acceso a anticoncepción y su relación con factores como edad, lugares de vivienda, nivel de instrucción, ocupación, edad de la primera relación sexual, estado civil, entre otros (40–42).

De estas encuestas, este estudio tomará a la encuesta ENSANUT 2012, como referencia para comparación de los datos que se encuentren en esta investigación. Respecto a esto, se concluye lo siguiente en cuanto a características de las mujeres en edad fértil (MEF), uso y conocimiento de anticoncepción hasta el año 2012 (42):

Las características más prevalentes de las mujeres en edad fértil fueron mujeres de 15 a 19 años, de autodeterminación mestiza e indígena. La mayor proporción de ellas se encontraba viviendo en la Amazonía y Sierra rural. Dentro de la tasa específica de fecundidad se observó que era más preponderante en las mujeres de 20 a 24 años y que esta había disminuido a tres hijos por mujer, en comparación a la ENDEMAIN de años pasados, donde se ubicaba en 4,6 nacidos vivos. Sin embargo, lo más interesante de este análisis fue que la tasa de fecundidad dentro de las adolescentes aumentó a 111 nacimientos por cada 1000 mujeres, entre los 15 a 19 años. Además, las mayores tasas de

fecundidad se encontraron dentro de los quintiles más pobres, en las mujeres con menos nivel de instrucción, que vivían en la Amazonía, Costa y Sierra rural.

En cuanto a la planificación familiar y conocimiento de métodos anticonceptivos, la ENSANUT 2012 señaló que el 98% de las MEF conocían algún método anticonceptivo, siendo mucho menor en las mujeres de 12 a 14 años. Dentro de los métodos anticonceptivos más conocidos a nivel nacional se encontraban las pastillas, la inyección anticonceptiva, el condón masculino y la esterilización femenina con 92,7%, 91,1%, 90,2%, 89,6%, respectivamente. Este conocimiento se concentró mucho más en el área urbana y en menor medida en áreas rurales, en las mujeres indígenas y en las mujeres sin estudios.

Sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos, se encontró que eran las mujeres solteras sexualmente activas quienes usaban en menor proporción algún método anticonceptivo, así como también las mujeres que pertenecían al área rural y a la etnia indígena y montubia. Las principales fuentes de obtención de anticonceptivos fueron el Ministerio de Salud Pública (MSP), farmacias, clínicas y clínicas privadas. Se destacó que las mujeres más empobrecidas, indígenas y de áreas rurales son quienes más acuden al sector público para obtener sus anticonceptivos.

Sobre SSR se evidenció que el 83,7% de las mujeres recibió información sobre anticoncepción alguna vez en su vida, el 86,3% sobre VIH y otras ITS, y el 53% sobre la pastilla de emergencia. Estas cifras aumentaron, en comparación con años previos. Sin embargo, los menores porcentajes se encontraron en mujeres que viven en áreas rurales, pertenecientes a la etnia indígena, que tenían un menor nivel educativo y del quintil más

bajo. La principal fuente de esta información fueron las instituciones educativas.

Este estudio también reveló que el no uso de anticoncepción era mayor en mujeres sin instrucción, indígenas, afroecuatorianas y montubias, en las edades de 15 a 19 años, y de 45 a 49 años. De ellas 37,9% no usaba métodos por motivos que se relacionan al embarazo, fertilidad y la inactividad sexual, y un 62,1% por edad avanzada, efectos adversos, religión, y oposición de la pareja. Dentro de las consecuencias de esta situación, la deserción escolar y laboral aumentó con respecto al año 2004.

Sobre esto, la ENDEMAIN 2004 ya manifestaba que (40): “El 67.7% de adolescentes no utilizó anticoncepción en su primera relación sexual pues no esperaba tener relaciones sexuales, no conocía los métodos o no pudo conseguirlos; el 7.5% de los embarazos termina en aborto; el 44.3% interrumpió sus estudios y no los retomó; dos de cada tres adolescentes sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez; existe un mayor riesgo en mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y sin protección.”

Por otra parte, las investigaciones y datos de Fundación Desafío, el INEC y de autores como Bucheli. R y Noboa. E, demuestran que solo en el año 2016, 2.960 niñas de entre 10 a 14 años, tuvieron un embarazo infantil y que las tasas específicas de fecundidad en adolescentes, desde el año 1979 se han elevado, datos que demuestran una carencia en la educación sobre SSR en las niñas y mujeres adolescentes ecuatorianas (43–45).

Por otra parte, los autores Gallo. E y Ruiz. I, ofrecen un análisis sobre las políticas públicas con respecto a SSR en Ecuador y su impacto en el embarazo adolescente, así como una comparación de las políticas vigentes en otros países de América, como Chile,

Perú, Canadá y Estados Unidos, ratificando que las políticas conservadoras tienen menos impacto en SSR, aumentando problemáticas como el embarazo adolescente, en comparación con aquellos países que adoptaron políticas con enfoques de SSR, que fortalecen el acceso a información y métodos anticonceptivos (46,47).

Estos estudios permiten abordar una perspectiva crítica del panorama de la SSR en el Ecuador, así como también, exponen información relevante para entender las repercusiones y transformaciones locales sobre el acceso a anticoncepción y derechos sexuales y reproductivos para las MEF, previo a la encuesta ENSANUT 2018 y a la pandemia COVID – 19.

Anticonceptivos: tipos y características

Este apartado explicará brevemente la clasificación de los anticonceptivos y cuáles han sido escogidos desde la ENSANUT 2018 (48–52):

Los métodos anticonceptivos se conciben como aquellas herramientas que impiden o reducen las posibilidades de experimentar un embarazo o de contraer una ITS, esta última solo si se usa preservativo. Se pueden clasificar según su mecanismo de acción en: métodos hormonales, los cuales inhiben la ovulación, actuando en el eje hipotálamo-hipófisis y pueden encontrarse en píldoras, inyecciones, parches, anillos e implantes, de forma combinada de estrógeno y progesterona o solo progesterona. Dispositivos intrauterinos (DIU), que actúan provocando una reacción inflamatoria (DIU Cobre) o una reacción hormonal localizada (DIU Hormonal). Métodos de barrera, que actúan creando una barrera física que impide la entrada de espermatozoides a la cavidad vaginal, como pueden ser el preservativo masculino o femenino (estos son los únicos métodos que

ofrecen protección contra el VIH/SIDA e ITS). Métodos naturales, los cuales se basan en el conocimiento sobre la fertilidad y son el ritmo o calendario, temperatura basal, Billings y sintotérmico. Coito interrumpido, donde el hombre eyacula fuera de la cavidad vaginal de la mujer. Método de la amenorrea de la lactancia (MELA), que funciona solo en mujeres que se encuentran en periodo de lactancia. Métodos quirúrgicos o definitivos, que se basan en la esterilización masculina o vasectomía y esterilización femenina o ligadura de trompas. Métodos químicos, que tienen como principio el uso de sustancias surfactantes que actúan directamente en la destrucción del espermatozoide. Pastilla de emergencia, método hormonal hecho a base de levonorgestrel que se usa siempre después de una relación sexual que ocurrió sin protección de ningún tipo o debido al mal uso de algunos de los otros métodos, e impide la ovulación. Este método también se conoce como la pastilla del día después.

En esta investigación, se analizan en conjunto los métodos descritos dentro de la encuesta ENSANUT 2018.

Conocimiento en salud sexual y reproductiva y anticoncepción

Desde la visión Kantiana, el conocimiento necesita de dos partes: el sujeto, quien es el dueño de los “a-priori” imprescindibles para la percepción y el conocimiento, y el objeto, como poseedor de aquellas características materiales que dan sentido a la percepción del sujeto y que permiten crear conceptos (53).

Para Flores. I y Maturana, también el conocimiento resulta de la interacción dinámica entre los sujetos y los objetos, es decir que, los conceptos pueden ser versátiles, según quien los lee y los interpreta, e implicaría siempre una lectura subjetiva. Por lo tanto, el

conocimiento y los conceptos siempre estarán mediados por los contextos sociales, demográficos y culturales de cada individuo (54,55).

El UNFPA menciona que el conocimiento relacionado a anticoncepción está ligado a la comprensión sobre el cuerpo, los órganos sexuales y sobre el tipo de consejería que se brinda en torno a planificación familiar, tomando en cuenta el contexto de cada usuaria, cobrando relevancia la importancia de la educación sobre el cuerpo, su fisiología y anatomía, como punto de partida para abordar el conocimiento sobre anticoncepción, así como también el contexto social y cultural en el que se desenvuelven las mujeres (48).

Mateus. M y Peñaranda. M, exponen que el conocimiento en anticoncepción se relaciona con el acceso a información científica y de calidad sobre los tipos y usos de métodos anticonceptivos, mencionando que en su mayoría suele ser recabada a través de amigos o el internet, la cual es poco confiable. Esto señala la importancia de la comunicación efectiva entre padres e hijos como un factor protector para comportamientos más seguros respecto a salud sexual, como el uso de preservativo en la primera relación o un inicio tardío de las relaciones sexuales (56). Además, Sánchez-Meneses. M et al, coinciden en que es necesario mejorar la calidad de información sobre el uso adecuado de anticonceptivos que se les brinda a los adolescentes, y colocan en discusión la importancia de conocer las fuentes de este conocimiento y su relación con el uso o no de anticonceptivos (57). Rodríguez. S, define que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos se compone de tres dimensiones: tipos, uso correcto y lugar de adquisición de métodos anticonceptivos (58)

Asimismo, el UNFPA y legislaciones latinoamericanas, como la de la República Oriental

del Uruguay, mencionan que antes de sugerir un método anticonceptivo es necesario realizar una correcta valoración biológica de los usuarios (48,52). Sin embargo, no se menciona que también se deben considerar otros aspectos de carácter social y demográfico para lograr una mejor adherencia.

Dentro del contexto latinoamericano, Rodríguez. F señala que el conocimiento sobre anticoncepción en mujeres de Chimbote, en Perú, se encuentra en niveles altos (60.6%) lo que se vinculó a un mejor nivel educativo (59). Asimismo, para Chiliquinga. J et al, el conocimiento de anticoncepción proviene generalmente de los padres y las instituciones educativas, relacionándose estrechamente a temas de educación, ingresos, edad y estado civil (60).

En Ecuador y la región, existen pocos estudios en materia de conocimiento y uso de anticoncepción. Sin embargo, existen trabajos de investigación de autoras como Ruiz. M y Saula. C, en Tambo-Cañar, que determinaron que, para el año 2016, 91,3% de las mujeres conocían sobre métodos anticonceptivos solo en lo referente a prevención de embarazos, pero muy pocas conocían sobre la importancia y utilidad de estas herramientas para la prevención de ITS y VIH/SIDA (61).

Casique. I, ofrece un análisis sobre el rol que juega el género masculino sobre una mayor autonomía de la sexualidad y el cuerpo, así como encuentra que un mayor uso de anticonceptivos se relaciona, tanto en hombres como en mujeres, a un mayor nivel de estudios y conocimiento sobre contracepción (62). Por otro lado, Chiliquinga et al, señalan que el conocimiento sobre anticoncepción no siempre se vincula al uso de esta herramienta, y plantean que los factores sociodemográficos influyen en su conocimiento

y uso (60).

Con lo antes señalado queda claro que, para la libre elección de anticoncepción, resulta esencial que exista un conocimiento contundente en cuanto a SSR, beneficios, importancia para la salud, uso correcto, tipos y características. En este sentido, las políticas públicas y los servicios de salud son quienes deben garantizar que dicha información este presente de forma oportuna y pertinente.

Factores sociodemográficos y su relación con el conocimiento y el uso de anticonceptivos

El UNFPA y la OMS mencionan que para el asesoramiento y consejería sobre anticoncepción es fundamental conocer el entorno de cada usuaria, enfatizando que esta decisión esta mediada tanto por factores culturales y familiares, como sociales y demográficos (7,48). Frente a esto, autores como Quispe. S y Chilibingua. J et al, proponen que los factores sociodemográficos que tienen más relevancia son el sexo, la procedencia, la convivencia, la relación con la familia y el número de parejas de las usuaria (60,63).

En Ecuador, dentro del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, se menciona que el acceso a SSR está estrechamente relacionado a factores sociales, económicos, políticos y culturales (33). Por su parte, López. M, manifiesta que la elección del método anticonceptivo en poblaciones rurales del Ecuador está fuertemente influenciada por creencias religiosas y culturales, así como por factores educativos, económicos y de presión social y familiar. Para esta autora, dichos factores se pueden clasificar de 4 modos: individual, interpersonal, relacionados con la familia, aceptabilidad

social y relacionado con la prestación de servicios (64). Asimismo, Ewrling. F et al, manifiestan que una de las causas principales para que las mujeres en edad fértil (MEF) tengan un escaso acceso a SSR tiene que ver con un déficit en el acceso a información, que se relaciona con factores sociodemográficos, siendo las mujeres de áreas rurales, adolescentes, de bajo nivel educativo y pobres las más afectadas (65). En esta misma línea, Córdova-Pozo. KL et al. exponen que la accesibilidad a anticoncepción es más difícil en poblaciones alejadas y pobres (31).

Karadon. D et al. muestran que los factores que influyen en el uso de MAC también se relacionan al número de hijos, nivel de educación de la pareja de la MEF y de la religión y cultura, así como, una carencia en políticas públicas que orienten la anticoncepción y planificación familiar hacia los hombres. Este autor problematiza la mirada con la que se aborda el uso de anticoncepción en ciertas poblaciones y, por ende, invita a una reflexión acerca de la pertinencia de las políticas sobre SSR y su direccionamiento (66).

Avilés. Y et al, caracterizan en la población nicaragüense otros factores relacionados al bajo uso de contracepción como edades más jóvenes, lugar de residencia y la etnia (67). Asimismo, Rodríguez. F et al, Morante. G et al y Cáceres. A et al, manifiestan la relevancia de factores como edad, etnia, nivel socioeconómico, nivel educativo y ocupación, al momento de uso de contracepción (59,68,69).

Finalmente, Arce. V, expone que existe una fuerte asociación entre los factores sociodemográficos de edad, estado civil, escolaridad, religión y factores institucionales con la aparición de embarazos adolescentes y el uso de anticoncepción, revelando el impacto de la inequidad en acceso a servicios de salud con respecto a SSR en ciertos

grupos de mujeres (70).

MARCO LEGAL

Legislación internacional

Los acuerdos sobre la defensa de los derechos de las mujeres son parte de una lucha histórica que apenas se empezó a reconocer dentro del marco legal internacional con la Declaración Universal de Derechos Humanos, donde se proclama por primera vez a la salud materna e infantil como parte fundamental de los derechos de todos los seres humanos. Más adelante, en la CEDAW 1979, la CIPD El Cairo 1994 y la Conferencia de Belem do Para 1994, se reconoce además la necesidad de nombrar abiertamente a la mujer como sujeta de derechos y a la SSR como parte fundamental de estos, recalcando la importancia del empoderamiento de las mujeres en esferas públicas, decisiones políticas y salud como parte esencial del desarrollo de las naciones, así como la urgencia de generar un compromiso por parte de todos los países para la eliminación de la violencia contra la mujer (3–5,22).

Es así que en los años siguientes, durante la Declaración de la Conferencia de Beijing 1995 y los ODS, se aprueba la Declaración y Plataforma de acción para los estados nación, en pro de impulsar a la SSR como parte de la autonomía de las mujeres, así como su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre sus cuerpos, promoviendo a la transversalización del género como herramienta que permite visibilizar las problemáticas relacionadas a la SSR desde un enfoque histórico sobre las violencias que sufren todas las mujeres (6,26)

Estos acuerdos dieron paso a que hoy se reconozcan a los derechos sexuales y reproductivos, tales como la libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos, la elección sobre tener o no relaciones sexuales, recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad y a espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad, entre otros, como parte del disfrute de otros derechos para las mujeres. A partir de esto, todos los países deben desarrollar leyes, decretos y políticas con el fin de proteger la vida de las mujeres.

Legislación nacional

En Ecuador, la Constitución 2008, se considera un marco legal garantista de derechos, que promueve el respeto a la vida y la dignidad humana, a través de reconocer los derechos del Buen Vivir, derechos de la naturaleza, los derechos de grupos de atención prioritaria y los derechos sexuales y reproductivos, con un enfoque intercultural e intergeneracional entre otros. Dentro de los artículos relacionados directamente a salud y SSR, 32, 66, 347 y 363, la Constitución explicita que la salud es un derecho que se articula a otros derechos, como el trabajo, la vivienda, la educación, etc., así como la importancia de la garantía de la promoción y atención integral de la SSR y la responsabilidad del Estado para fomentar el derecho a la libre decisión sobre el número y esparcimiento de los hijos, así como la importancia de una educación con enfoque de derechos sobre SSR en instituciones educativas (32).

Es decir, que el Estado tiene la responsabilidad de brindar SSR de calidad, accesible y eficaz para toda la población (mujeres, niñas, adolescentes); y dentro de esto tiene el deber de brindar anticonceptivos de forma gratuita y universal para cubrir su demanda para

todas las mujeres del territorio ecuatoriano.

No obstante, varios estudios señalan que la omisión en gastos de SSR, que incluye costos médicos atribuibles a planificación familiar, atención de embarazos no intencionados, atención de complicaciones obstétricas, más el costo indirecto de no prevenir embarazos adolescentes y muertes maternas, osciló, en el año 2017, en 472 millones de dólares³. Asimismo, en el año 2019, el país contó con 51.711 mil embarazos en adolescentes, de 10 a 19 años, y un 68% de disminución del acceso a anticoncepción debido a la pandemia del COVID-19 (12,71)

Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud, dentro de su Capítulo III, en los artículos 20 al 30, plantea que todas las políticas deben garantizar el acceso a SSR de igual forma para mujeres y hombres, y reconoce problemáticas como el aborto inseguro, el embarazo adolescente y la mortalidad materna como situaciones que atañen a la salud pública. Además, plantea que toda política debe tener pertinencia cultural y un enfoque de género que evite situaciones de discriminación y violencia, y que la planificación familiar debe ser garantizada a través de existencia de medicación, acceso a contraceptivos y respeto a las decisiones de la mujer y su pareja con respecto a su sexualidad y número de hijos (35).

Asimismo, dentro del artículo 6 otorga al Ministerio de Salud Pública la responsabilidad de formular e implementar “políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de la salud sexual y reproductiva...”, como ente que garantiza derechos a través de una plena participación de otras organizaciones como el Ministerio de

³ Solo la necesidad insatisfecha de planificación familiar tiene un costo de 19,70 millones de dólares anuales.

Educación y Cultura, sociedad civil y organizaciones privadas para la prevención del embarazo adolescente y la educación comunitaria.

Planificación nacional sobre SSR

En Ecuador se encuentran vigentes el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021 y la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes Ecuador 2018-2025.

Dentro de esta última se identifica al embarazo adolescente como un problema de salud pública, que se vincula estrechamente a factores socioeconómicos y que profundiza la pobreza y la violencia basada en género, por lo cual promueve que varias entidades del país desarrollen políticas que aporten con la disminución de esta problemática y resguarden los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes (38).

En cuanto al Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, promueve la igualdad para la hombres y mujeres del territorio ecuatoriano. Su objetivo general se focaliza en alcanzar en los siguientes cinco años: “una atención integral y de calidad, a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador a través del fortalecimiento de derechos sexuales y reproductivos, garantizando una rectoría adecuada por la Autoridad Sanitaria Nacional, atención integral para prevenir víctimas de violencia de género y personas con ITS/VIH, información precoz y oportuna en cuanto a anticoncepción y planificación familiar, servicios amigables para adolescentes y maternidades e infancias seguras” (33).

Guías y Normativas

Dentro de las guías y normativas sobre SSR y el uso de anticonceptivos, Ecuador cuenta con el Instructivo de Implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490; Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos y la Guía para Salud de adolescentes 2014 (49,72–74)

Dentro de estos se señala la importancia de la accesibilidad a la anticoncepción como instrumento para alcanzar una SSR placentera y responsable, así como también el énfasis que se da a los enfoques de género, interculturalidad, intergeneracionalidad y al trabajo intersectorial con diversas entidades.

Finalmente, vale destacar que no existen actualizaciones en años recientes para su mejora y evaluación, aunque si existen planes para la disminución del embarazo adolescente y fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Lo que puede ser un indicador de la dificultad que existe al trasladar las leyes, acuerdos y planes en normas y guías prácticas sobre anticoncepción, salud de los adolescentes, prevención de ITS/VIH y SSR.

6. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

a. Tipo de estudio

El presente trabajo realizará un estudio de corte transversal, observacional y analítico, sin intervención por parte del investigador y enfocándose en un determinado periodo de tiempo.

Indicadores propuestos en el estudio (operacionalización de las variables)

Variable	Definición	Tipo de variable	Dimensión	Unidad de análisis	Indicador
Etnia	Lugar de pertenencia de una persona de acuerdo a sus costumbres, cultura, religión, idioma, entre otras.	Cualitativa nominal	Mestiza Blanca Afroecuatoriana Indígena Montubio u otro	Afroecuatoriana=1 Blanca=2 Indígena=3 Mestiza=4 Montubio u otro=5	Frecuencias y porcentajes
Edad	Periodo de tiempo definido entre el nacimiento y el momento de la entrevista.	Cuantitativa	Años cumplidos	Numérica Recategorización: Menores de edad= 1 Mayores de edad=2 Grupos de edad: 10 a 19 años= 1 20 a 29 años=2 30 a 39 años = 3 40 a 49 años = 4	Media, moda, desviación estándar, mínimo y máximo. Frecuencias y porcentajes.
Nivel de Instrucción	Acceso a educación formal de una persona en un momento de su vida hasta la fecha de la entrevista.	Cualitativa nominal	Ninguno o Centro de alfabetización Educación básica Educación media/bachillerato	Educación básica=1 Educación media/bachillerato=2 Ninguno o Centro de alfabetización=3	Frecuencias y porcentajes

			Superior	Superior=4	
Estado civil / estado conyugal	Condición de una persona relacionada al matrimonio reconocida jurídicamente en el momento de la entrevista.	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda Separado Unión de hecho	Casada=1 Divorciada=2 Separada=3 Soltera=4 Unión de hecho=5 Unión libre=6 Viuda=7	Frecuencias y porcentajes
Ubicación geográfica	Área geográfica de vivienda según provincia de la MEF	Cualitativa nominal	Azuay Bolívar Cañar Carchi Cotopaxi Chimborazo El Oro Esmeraldas Guayas Imbabura Loja Los Ríos Manabí Morona Santiago Napo Pastaza Pichincha Tungurahua Zamora Chinchipe Galápagos	Azuay=1 Bolívar=2 Cañar=3 Carchi=4 Cotopaxi=5 Chimborazo=6 El Oro=7 Esmeraldas=8 Guayas=9 Imbabura=10 Loja=11 Los Ríos=12 Manabí=13 Morona Santiago=14 Napo=15 Pastaza=16 Pichincha=17 Tungurahua=18 Zamora Chinchipe=19 Galápagos=20	Frecuencias y porcentajes

			Sucumbíos Orellana Santa Elena Santo Domingo de los Tsachilas ¿Las Golondrinas?	Sucumbíos=21 Orellana=22 Santa Elena=23 Santo Domingo de los Tsachilas=24 Las Golondrinas=90 Recategorización: Costa Sierra Oriente Insular	
Localidad	División territorial por zonas urbanas y rurales para la población ecuatoriana.	Cualitativa nominal	Urbano Rural	Urbano=1 Rural=2	Frecuencias y porcentajes
Paridad	Número de hijos nacidos que tienen las MEF.	Cuantitativa	Número de hijos	Numérica	Media, mediana, moda, desviación estándar
Conocimiento sobre tipos de anticonceptivos (cantidad). Numero de anticonceptivos	Son aquellos conocimientos que una MEF tiene sobre los tipos de métodos contraceptivos existentes (si conoce o ha oído hablar sobre):	Cualitativa ordinal	Conocen de 1 a 6 métodos Conocen de 7 a 12 métodos No conoce métodos	Conoce de 1 a 6 métodos= 1 Conoce de 7 a 12 métodos = 2 No conoce métodos = 3	Frecuencias y porcentajes

que conoce la MEF	Esterilización masculina Esterilización femenina Implante Inyección DIU Píldora o pastilla anticonceptiva Condón o preservativo femenino Condón o preservativo masculino PAE Métodos naturales Coito interrumpido MELA				
Uso actual de método anticonceptivo	Son todas las MEF que usan por lo menos un método anticonceptivo al momento de la entrevista: Coito interrumpido Preservativo femenino Preservativo masculino DIU Esterilización femenina Esterilización masculina Implante Inyección anticonceptiva	Cualitativa dicotómica	Si= por lo menos usa 1 método No= no usa ningún método	Si = 1 No= 2	Frecuencias y porcentajes

	MELA PAE Píldora anticonceptiva Métodos naturales Otro				
Uso del método más efectivo	De las MEF que usan más de un MAC, se escoge el método más efectivo	Cualitativa nominal	Coito interrumpido Preservativo femenino Preservativo masculino DIU Esterilización femenina Esterilización masculina Implante Inyección anticonceptiva MELA PAE Píldora anticonceptiva Métodos naturales Otro	Preservativo masculino=1 DIU=2 Esterilización femenina=3 Implante=4 Inyección anticonceptiva=5 PAE=6 Píldora anticonceptiva=7 Ritmo, calendario=8 Otro=9 Coito interrumpido=10 Preservativo femenino=11 Esterilización masculina=12 MELA=13	Frecuencias y porcentajes
Razón para uso de anticoncepción	Son los motivos por los cuales las MEF deciden usar anticoncepción.	Cualitativa nominal	No desea más hijos Para protegerse VIH/Sida Para espaciar embarazos Porque no desea tener hijos Por salud Otro	No desea más hijos=1 Para espaciar embarazos=2 Para protegerse VIH/Sida=3 Por salud=4 Porque no desea tener hijos=4	Frecuencias y porcentajes

				Otro=6	
Decisión para el uso de anticonceptivo	Describe a la persona que estuvo encargada de la decisión para el uso del método anticonceptivo	Cualitativa nominal	Ambos (MEF y su pareja) Solo la MEF Solo su pareja Otra persona	Ambos (MEF y su pareja)=1 Solo su pareja=3 Otra persona=2 Solo la MEF=4	Frecuencias y porcentajes
Lugar de adquisición para métodos anticonceptivos.	Lugares donde la MEF que usa actualmente anticoncepción adquiere los métodos anticonceptivos.	Cualitativa nominal	Lugar donde la MEF que usa anticoncepción adquiere sus métodos anticonceptivos. Centro clínico quirúrgico del IESS=1 Consejo provincial/unidad municipal=2 Consultorio particular=3 Dispensario seguro campesino=4 Establecimiento del MSP=5 Farmacia=6 Fundación/ONG=7 Hospital/clínica IESS=8 Hospital/clínica privada=9 Hospital de las FFAA/Policía=10 Junta de beneficencia=11 No sabe/no responde=88 Otro=12. Recategorización:	Centro clínico quirúrgico del IESS=1 Consejo provincial/unidad municipal=2 Consultorio particular=3 Dispensario seguro campesino=4 Establecimiento del MSP=5 Farmacia=6 Fundación/ONG=7 Hospital/clínica IESS=8 Hospital/clínica privada=9 Hospital de las FFAA/Policía=10 Junta de beneficencia=11 No sabe/no responde=88 Otro=12. Recategorización:	Frecuencias y porcentajes

			FFAA/Policía=10 Junta de beneficencia=11 No sabe/no responde=88 Otro=12.	Instituciones públicas = 1 Instituciones privadas = 2 No sabe/ no responde = 3	
Conocimiento sobre anticonceptivos	Se considera a los saberes que ha recibido la MEF sobre anticonceptivos alguna vez en su vida:	Cualitativa ordinal	Si No No sabe/No responde	Si = 1 No = 2 No sabe/No responde =88	Frecuencias y porcentajes
Lugar donde obtuvo información sobre métodos anticonceptivos	Lugar donde la mujer en edad fértil obtuvo la información sobre anticoncepción.	Cualitativa nominal	Escuela/colegio Familiar Internet Otras instituciones Otras personas	Escuela/colegio=1 Familiar=2 Internet=3 Otras instituciones=4 Otras personas=5	Frecuencias y porcentajes
Conocimiento sobre píldora anticonceptiva de emergencia	Conocimiento que ha recibido la MEF sobre la píldora de emergencia alguna vez en su vida.	Cualitativa ordinal	Si No No sabe/no responde	Si = 1 No = 2 No sabe/No responde =88	Frecuencias y porcentajes
Lugar donde obtuvo información la píldora de emergencia	Lugar donde la MEF obtienen con mayor frecuencia la información sobre la píldora anticonceptiva	Cualitativa ordinal	Escuela/colegio Familiar Internet Otras instituciones Otras personas	Escuela/colegio=1 Familiar=2 Internet=3 Otras instituciones=4 Otras personas=5	Frecuencias y porcentajes

Edad de la primera relación sexual (10 a 24 años)	Edad en años cumplidos de la primera relación sexual en las mujeres de 10 a 24 años.	Cuantitativa	Años cumplidos	Años cumplidos	Media, moda, desviación estándar
Razón de la primera relación sexual (10 a 24 años)	Motivo por el cual la MEF de 10 a 24 años decidió tener su primera relación sexual	Cualitativa nominal	Fue sin consentimiento Le convenció su pareja Lo decidieron juntos No sabe/no responde Simplemente paso Usted le convenció Otro	Fue sin consentimiento=1 Le convenció su pareja=2 Lo decidieron juntos=3 Simplemente paso=4 Usted le convenció=5 Otro=6. No entra No sabe/no responde=88 Recategorización: Responsabilidad del otro=1 Responsabilidad de la mujer=2	Frecuencias y porcentajes
Uso MAC en esa primera relación la MEF de 10 a 24 años	Uso o no de MAC en la primera relación sexual de la MEF de 10 a 24 años.	Cualitativa ordinal	Si No	Si=1 No=2	Frecuencias y porcentajes

Tipo de MAC que uso la MEF de 10 a 24 años en su primera relación	Tipo de MAC que uso la MEF de 10 a 24 años en su primera relación sexual	Cualitativa nominal	Billings Coito interrumpido Condón Implante Inyección Métodos vaginales No sabe/no responde PAE Pastillas anticonceptivas Ritmo, calendario Otro	Billings=1 Coito interrumpido=2 Condón=3 Implante=4 Inyección=5 Métodos vaginales=6 PAE=7 Pastillas anticonceptivas=8 Ritmo, calendario=9 Otro=10 No sabe/no responde=88 Recategorizar: Métodos más eficaces=1 Métodos menos eficaces=2	Frecuencias y porcentajes
Edad de la primera relación sexual (mujeres de 25 a 49 años)	Edad en años cumplidos de la primera relación sexual en las mujeres de 25 a 49 años	Cuantitativa	Años cumplidos	Años cumplidos	Media, moda, desviación estándar
Iniciativa de uso de MAC	Opinión de las MEF sobre quién debería tener la iniciativa de uso de los MAC	Cualitativa nominal	Cualquiera de los dos El hombre La mujer Los dos juntos No sabe	Cualquiera de los dos=1 El hombre=2 La mujer=3 Los dos juntos=4 No sabe=5	Frecuencias y porcentajes

				<p>Recategorización:</p> <p>Depende de la mujer=1 Depende de otros=2</p>	
Razón de no uso de anticonceptivo	Son los motivos por los cuales las MEF no usan un método anticonceptivo.	Cualitativa nominal	<p>Desea embarazo La Pareja se opone Miedo a efectos colaterales No conoce/no tiene información sobre MAC No le gusta No sabe/no responde Por la edad Por motivos económicos Por pena o vergüenza Posparto/amamantamiento Razones religiosas Sin vida sexual Tuvo efectos colaterales Otro</p>	<p>Desea embarazo=1 La Pareja se opone=2 Miedo a efectos colaterales=3 No conoce/no tiene información sobre MAC=4 No le gusta=5 Por la edad=6 Por motivos económicos=7 Por pena o vergüenza=8 Posparto/amamantamiento=9 Razones religiosas=10 Sin vida sexual=11 Tuvo efectos colaterales=12 Otro=13 No sabe/no responde=88</p>	Frecuencias y porcentajes

b. Área de estudio

El estudio analiza información secundaria recolectada de la encuesta ENSANUT 2018, sobre las mujeres ecuatorianas en edad fértil, de 10 a 49 años, del Ecuador en el año 2018 al 2019.

c. Universo y muestra

El universo y la muestra de este estudio serán las mujeres en edad fértil del Ecuador acorde con la encuesta ENSANUT 2018.

d. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los métodos se basan en el análisis de la base de datos del ENSANUT 2018 en Excel, información abierta y pública dentro del Instituto de Estadísticas y Censos del Ecuador, limpieza de la base de datos y nueva codificación, de acuerdo con los objetivos de esta investigación.

e. Plan de tabulación y análisis

Las variables se analizarán mediante métodos numéricos dentro de Excel, para luego ser procesadas dentro del paquete estadístico SPSS 28. El análisis univariado se realizará mediante estadísticos de tendencia central y dispersión, donde las variables cuantitativas se medirán a través de medias, modas y desviación estándar, mientras que las variables cualitativas se expondrán en frecuencias y porcentajes. Para el cruce de variables, se utilizará una tabla de contingencia donde se analizará la dependencia o relación de las variables mediante Chi2 y su nivel de asociación se medirá mediante Odds Ratio (OR).

f. Procedimientos

Revisión de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2018,

donde las unidades de observación fueron viviendas, hogares, y poblaciones desglosadas en: niños y niñas de 0 a 4 años, niños y niñas de 5 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años, adultos de 20 y más años y utilizadores de servicios de salud.

En cuanto a los procedimientos para garantizar aspectos éticos, se toma en cuenta protocolos y normas de apego a los principios de Bioética, garantizando el anonimato de los participantes dentro de la encuesta ENSANUT 2018, fuente secundaria que asignó un código alfanumérico a cada participante.

7. RESULTADOS

La muestra estuvo caracterizada en su gran mayoría por mujeres en edad fértil, de 10 a 19 años (31,0 %), aunque, si se considera a las mujeres adultas de la muestra, sobre los 19 años, la muestra corresponde a cerca del 70%. De áreas urbanas (61,7%), solteras (40,9%), con educación básica (45,5%), de etnia mestiza (76,9%), que se ubican preferentemente en la región de la Costa (41,9%). La media de hijos de las MEF se ubicó en 2,49 hijos (n:31 136), con un nivel de confianza de 95% (LS 2,48 - LI 2,51) y una desviación estándar de 1,58.

En relación al conocimiento de los métodos anticonceptivos, la mayor parte de mujeres en edad fértil (60,2%) refiere conocer de 1 a 6 métodos, el 81,2% ha tenido alguna información sobre MAC en su vida, y el 63,9% sobre la anticoncepción de emergencia. En referencia al lugar de información de los MAC y PAE, la mayoría lo recibió de la Escuela/Colegio, con el 60,6% y 58,3% respectivamente; el lugar en donde consiguieron los MAC fue en las instituciones públicas (62,2%).

En relación al uso actual de MAC en las MEF, el 50,1% no uso anticoncepción mientras que un 49,9% los usaba. El método anticonceptivo más utilizado fue la esterilización femenina (31%) y el menos usado fue el preservativo femenino (0,2%). El lugar donde obtuvieron estos MAC fue en las instituciones públicas (62,2%) y la decisión para su uso la tomaron la mujer y su pareja (58,4%).

La media de edad de la primera relación sexual en MEF de 10 a 24 años fue de 16,2 años DE $\pm 2,001$. El motivo de la primera relación sexual en el 67% de los casos fue porque lo decidieron juntos, 1,5% declaró no haber tenido consentimiento y el 5,3% mencionó que le convenció su

pareja. Además, 60,7% de las MEF no usaron MAC en su primera relación sexual, y cuando lo usaron, el MAC más usado fue el preservativo en 77,6%. Se recoge que el motivo más frecuente de uso de métodos anticonceptivos en las MEF es porque no desean tener más hijos (20,3%), y solo el 1% lo usa para protegerse del VIH/SIDA.

Finalmente, 69% de las MEF opinaron que ambos deben tener la iniciativa para el uso de MAC, y solo 14,2% pensó que es una decisión que le corresponde a la mujer. Las razones de no uso de MAC, estuvieron relacionadas a no tener una vida sexual activa en 43,1%; porque la pareja se opone en un 1%, por problemas económicos 1,6%, porque no tienen información sobre MAC en 2,4% y por razones religiosas en 0,5%.

Factores sociodemográficos y su relación con el conocimiento y el uso de anticonceptivos

Estado civil

El mayor porcentaje de mujeres que dicen no tener conocimiento sobre MAC pertenecía a las mujeres solteras (54,5%). Respecto al uso de anticonceptivos, la mayor proporción de uso se encontró en las mujeres en unión libre (41%) y dentro de las que no usaron las solteras tuvieron el mayor porcentaje (69,7%).

En el análisis estratificado por estado civil y conocimiento, las mujeres casadas que si conocen sobre anticonceptivos son 83,6%, las divorciadas son 89%, las separadas 87,4%, las solteras 73,8%, las que tienen unión de hecho 91,8%, las que viven en unión libre 87% y las viudas el 73,8%.

En el análisis estratificado por estado civil y uso de MAC, se encontró que las MEF que si usaron anticonceptivos fueron el 76,8% de las casadas, 48,5% de las divorciadas, 57,7% de las

separadas, 14,7% de las solteras, 77,6% en las que tenían unión de hecho, 78,5% en las que tenían unión libre y 40,7% en las viudas.

Tras realizar el cruce de variables (soltera – conocimiento), se estimó que el estado civil soltera demuestra tener 1,97 veces más probabilidad de no conocer sobre anticonceptivos respecto al resto de estados civiles (valor p: 0,0001 OR: 1,97 IC 95% 1,8 – 2,06). Mientras que en el cruce de variables soltera – uso se pudo determinar que, las mujeres que pertenecen al estado civil soltera tienen 16,68 veces más probabilidad de no uso de MAC (valor p: 0,0001 OR: 16,68 IC 95% 15,91 - 17,49).

Área de residencia

Del total de la muestra, el 66% de las mujeres que residen en el área urbana manifestaron tener conocimiento sobre anticoncepción y usaron en mayor proporción un método anticonceptivo (64,8%). El análisis estratificado por área de vivienda y conocimiento refleja que el 86,8% de las mujeres de áreas urbanas conocen sobre MAC, mientras que en el área rural el 72,2% los conocen. Para el área de vivienda y uso de anticonceptivos se obtuvo que del total de mujeres del área urbana el 52,4% usaban un método; mientras que de las mujeres rurales un 45,8% usaron algún método en ese momento.

El análisis inferencial del conocimiento sobre MAC y área de residencia establece que las mujeres que residen en áreas rurales tienen 2,5 veces más probabilidad de no conocer anticonceptivos frente a las mujeres del área urbana (valor p: 0,0001 OR: 2,5 (IC 95% 2,4 - 2,6). Mientras que en el análisis inferencial del uso y área de vivienda se pudo establecer que, las mujeres que viven en el área urbana tuvieron un factor protector para el no uso de MAC (valor p: 0,0001 OR: 0,39 IC 95% 0,37 - 0,41), mientras que las mujeres que viven en áreas

rurales tienen 1,30 veces más probabilidad de no uso de MAC (valor p: 0,0001 OR: 1,30 IC 95% 1,25 - 1,35).

Tipo de pareja

La proporción de mujeres en edad fértil que tenían pareja y conocían sobre anticoncepción fue el 53% en relación con todas las mujeres encuestadas. Respecto al uso, se encontró que las mujeres que sí usaban anticonceptivos se ubicaban en mayor proporción en aquellas que tenían pareja con 78,3%, respecto a las que no tenían pareja.

En el análisis estratificado entre el tipo de pareja y conocimiento, se obtuvo que las mujeres que sí conocían sobre MAC y no tenían pareja son el 76,9%, mientras que en las mujeres con pareja fueron el 85,5%. En el análisis del tipo de pareja y uso de MAC, se obtuvo que el 77,7% de las mujeres con pareja usaron MAC, mientras que las que no tenían pareja el uso fue en el 21,7% de las mujeres.

Luego de efectuar la relación entre las categorías tipo de pareja y el conocimiento se pudo determinar que, no tener pareja demuestra 1,74 veces más probabilidad de no conocimiento de métodos anticonceptivos frente a las mujeres que tienen pareja (valor p: 0,0001 OR: 1,74 IC 95% 1,66 – 1,82). Además, en la relación tipo de pareja y uso de anticonceptivos, se pudo observar que las mujeres sin pareja tuvieron 12,53 veces más probabilidad para el no uso de MAC (valor p: 0,0001 OR: 12,53 IC 95% 12,01 - 13,08).

Región

Las mujeres en edad fértil residentes en la Costa manifestaron tener conocimiento (44%) y uso (45,2%) sobre anticoncepción en un mayor porcentaje respecto a las mujeres de las otras regiones.

En el análisis estratificado según región y conocimiento de MAC, las mujeres de la Costa conocían en 85,3%, las de la Sierra 78,7%, las del Oriente 76,1% y las de la región Insular 90,3% respecto a las que no conocían. En el análisis según región y uso se encontró que las mujeres que usaron anticonceptivos se ubicaron en la Costa en 53,8%, Sierra 47,5%, Oriente 45,2% e Insular 55,7%.

Referente al cruce de variables entre las regiones y el conocimiento; se pudo establecer que, aquellas mujeres que residen en la región Sierra tienen una 1,28 veces más probabilidad para el no conocimiento de los métodos anticonceptivos frente a las mujeres que residen en otras regiones del país (Valor p: 0,0001 OR: 1,28 IC 95% 1,22 - 1,35) y que vivir en la Costa representa un factor protector para el no conocimiento (Valor p: 0,0001 OR: 0,62 IC 95% 0,59 – 0,65). Mientras que, en el cruce de regiones y uso, se pudo determinar que las mujeres que residen en la región Costa tienen un factor protector para el no uso de MAC (valor p: 0,0001 OR: 0,76 IC 95% 0,73 - 0,79) y que las mujeres que viven en la región Sierra tuvieron 1,15 veces más probabilidad para el no uso de MAC (valor p: 0,0001 OR: 1,15 IC 95% 1,10 - 1,19).

Grupos de edad

Respecto a los grupos de edad, las mujeres de 20 a 29 años son las que más conocen sobre anticoncepción con 31,9%; dentro del grupo que no conoce, el porcentaje más alto se encuentra en las mujeres de 10 a 19 años. El grupo de edad que usaba en mayor proporción

anticonceptivos fueron las mujeres de 20 a 29 años con 36,4%, mientras que en el grupo de mujeres que no usaron anticonceptivos el mayor porcentaje se ubicó dentro de las mujeres de 10 a 19 años con 55,2%.

En el análisis estratificado entre conocimiento y grupos de edad, las mujeres de 10 a 19 años que conocen sobre MAC son 70,1%, de 20 a 29 años 91,5%, de 30 a 39 años 85,6% y de 40 a 49 años 78%. En el análisis de uso y grupos de edad respecto al uso de MAC se encontró que en el grupo de 10 a 19 era el 10,6%, en las mujeres entre 20 a 29 fue el 64,2%, en las de 30 a 39 años fue el 73,6% y en las de 40 a 49 fue el 64,2%.

Tras analizar la relación entre los grupos de edad y el conocimiento, y grupos de edad y uso de MAC, se pudo establecer que las mujeres menores de 10 a 19 años tienen 3,63 veces más probabilidad de no conocimiento de métodos anticonceptivos frente al resto de edades (valor p: 0,0001 OR: 3,63 IC 95% 3,49 – 3,78) así como también tienen 17,57 veces más probabilidad de no usar un MAC (valor p: 0,0001 OR: 17,57 IC 95% 16,60 – 18,59).

Etnia

Las mujeres que demuestran tener un mayor conocimiento y uso de anticonceptivos fueron las mujeres mestizas, con un 80,1% y un 79,2%, en cada variable.

En el análisis estratificado por etnia y conocimiento de MAC, se encontró que las mujeres mestizas, afroecuatorianas, blancas y montubias conocían métodos anticonceptivos en 84,6%, 84,2%, 81% y 80,1% respectivamente. Sin embargo, las mujeres indígenas presentaron el menor porcentaje respecto al resto de etnias sobre el conocimiento en anticonceptivos con un 62,2%. Dentro del análisis estratificado por etnia y uso de anticonceptivos se observa que el

uso de MAC se ubicó en 53,2% dentro de las afroecuatorianas, 56,5% en las blancas, 51,6% en las mestizas y 57,3% en las montubias; las mujeres indígenas tuvieron el porcentaje más bajo (37,2%).

Al estudiar la asociación entre las etnias y el no conocimiento, se obtuvo que las mujeres que pertenecían a la etnia indígena tienen 2,52 veces más probabilidad de no conocimiento de métodos anticonceptivos (valor p: 0,0001 OR: 2,52 IC 95% 2,38 – 2,66). La pertenencia a la etnia mestiza es un factor protector para las mujeres frente al no conocimiento de métodos anticonceptivos (valor p: 0,0001 OR: 0,54 IC 95% 0,51 - 0,56).

En el análisis de la asociación entre la etnia y el uso de MAC, se determina que las mujeres que pertenecen a la etnia mestiza tienen un factor protector de no uso de MAC (valor p: 0,0001 OR: 0,74 IC 95% 0,71 - 0,78), y que las mujeres que pertenecen a la etnia indígena tienen 1,82 veces más probabilidad para el no uso de MAC (valor p: 0,0001 OR: 1,82 IC 95% 1,73 - 1,92), es decir, casi el doble de riesgo de no uso de anticonceptivos que las demás etnias.

Nivel de instrucción

Las mujeres en edad fértil con educación media/bachillerato son las que reportan mayor conocimiento sobre anticoncepción (41%). Mientras que, del grupo de mujeres que manifiesta no tener conocimiento de MAC, el porcentaje más alto se encuentra en las mujeres que tenían educación básica (78,8%). Respecto al uso se obtuvo que las mujeres que usaban un método en ese momento en su mayoría fueron las de educación media/bachillerato y las que no usaban, el mayor porcentaje se ubicó en las de educación básica con 54,2%.

Dentro del análisis estratificado por nivel de instrucción y conocimiento, las mujeres de

educación básica conocían sobre MAC en 67,4%; las de educación media/bachillerato en 92,3%, las que no tienen ninguna educación un 52,7% y las mujeres con educación superior un 96,5%. Mientras que, en el análisis estratificado por nivel de instrucción y uso actual de MAC, las mujeres de educación básica usaban un anticonceptivo en un 40,3%, las de educación media/bachillerato en un 55,4%, las que no tenían educación en un 58,8% y las de nivel superior en un 63,1%.

En el análisis de la asociación entre las categorías educación básica y conocimiento de anticonceptivos, se pudo establecer que las mujeres con educación básica tienen 6,14 veces más probabilidad de desconocer los MAC que los demás grupos de mujeres en edad fértil (valor p: 0,0001 OR: 6,14 IC 95% 5,81 – 6,48). En el análisis inferencial de nivel de educación y uso de MAC, se pudo establecer que, las mujeres con un nivel de instrucción básica tuvieron 2,03 veces más probabilidad para el no uso de MAC (valor p: 0,0001 OR: 2,03 IC 95% 1,96 - 2,11).

Paridad

El mayor porcentaje de no conocimiento y conocimiento se ubicó en las mujeres con hijos con 99,4% y 99,2%, respectivamente. Mientras que los mayores porcentajes de no uso y uso se concentraron en las mujeres que tenían hijos con 98,5% y 99,5%, respectivamente.

En el análisis de la relación entre las variables de conocimiento y paridad se encontró que no existe una asociación estadísticamente significativa entre un menor conocimiento y tener hijos de MAC (valor p: 0,253 OR: 1,26 IC 95% 0,84 – 1,88). Sin embargo, dentro del análisis de la relación uso y paridad se determinó tener hijos es un factor protector para el uso de MAC (valor p: 0,0001 OR: 0,31 IC 95% 0,24 – 0,40).

8. DISCUSIÓN

En la presente investigación se planteó determinar la relación entre los factores sociodemográficos con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil (10 a 49 años) según la encuesta ENSANUT 2018 en el Ecuador.

En esta, en comparación con la encuesta realizada en el año 2012, los rangos de edad para las mujeres en edad fértil fueron más amplios y cambiaron, de 12 a 49 años, a 10 a 49 años, debido a los altos índices de embarazo infantil y adolescente que existen en el país (71).

La ENSANUT 2018, estuvo compuesta en su mayoría por mujeres urbanas (61,7%), de 10 a 19 años (31%), con educación básica (45,5%), que pertenecen a la etnia mestiza (76,9%) e indígena (14%), que viven en la Costa ecuatoriana y son solteras (40,9%). Estos datos se condicen con lo encontrado en la ENSANUT 2012, en la cual las mujeres en edad fértil fueron mestizas, menores de edad, solteras con un nivel educativo bajo (42).

Respecto a la paridad, en el año 2018, la media de hijos fue de 2,49 nacidos vivos, la media de hijos para las mujeres entre 10 a 19 años fue de un hijo. Mientras que, durante la ENSANUT 2012, se obtuvo que en las regiones Amazonia, Costa y Sierra rural la media de hijos fue de 3 a 6 nacidos vivos, el mayor número de hijos se encontraba sobre todo en las MEF de menor nivel de instrucción y de áreas rurales (42). Estos datos tienen relación con lo señalado por Villacis. B y Carrillo. D, quienes mencionan que para el último censo realizado en el año 2010, existía un descenso paulatino en las curvas demográficas del país, las cuales se relacionaron a un mejor nivel de estudio, acceso a servicios básicos y la decisión de las mujeres de retrasar sus embarazos (75). Sin embargo, llama la atención que durante el 2018, las tasas específicas

de nacidos vivos en las niñas de 10 a 14 años se mantuvo en 2,6, y en las adolescentes de 15 a 19 años en 69,3 (76). Estos datos dejan entrever la grave problemática de acceso a anticoncepción en mujeres jóvenes y sus consecuencias.

Factores sociodemográficos y conocimiento de métodos anticonceptivos

Sobre el conocimiento de MAC, se encontró que el lugar más frecuente de obtención de información fueron las escuelas y colegios (60,6%). Estos datos sugieren que un gran porcentaje de las mujeres acceden a información sobre SSR fuera de sus hogares, lo cual evidencia la dificultad para poder informarse de forma confiable con sus familias y en los servicios de salud. Parra et al, indican que en Ecuador solo 45.3% de los jóvenes tienen relaciones satisfactorias con sus padres y 54.7% poca o nada satisfactoria (77). Asimismo, los estudios de Mateus. M y Peñaranda. M, Gómez-Inclán. S y Durán-Arenas. L, Widman. L y Tutin. M, manifiestan que una peor relación con la familia es un factor predisponente para un menor conocimiento sobre anticoncepción y comportamientos sexuales más riesgosos (56,78–80).

Las mujeres que tienen menos conocimiento en anticoncepción son aquellas con educación básica (probabilidad 4,49 veces mayor respecto al resto de niveles de instrucción), pertenecientes a la etnia indígena (2,40 veces más probabilidad que otras etnias), de 10 a 19 años (2,60 veces más probabilidad con respecto a otras edades), que viven en la región de la Sierra (1,22 veces más probabilidad que en otras regiones), y área rural (2,22 veces más probabilidad que las del área urbana) y que no tienen pareja (5,20 veces más probabilidad que las mujeres con pareja). Los datos de la ENSANUT 2012 y el estudio de Ewerling. F et al, coinciden con esta investigación al exponer que el mayor riesgo para un menor conocimiento de MAC, se ubicó en las mujeres indígenas, de áreas rurales, sin pareja, menores de edad, con

un bajo nivel educativo y mayores índices de pobreza (42,65). Estos datos expresan una estructura patriarcal y racista histórica en Ecuador, que vulnera y violenta los derechos de las mujeres desde el Estado, las instituciones públicas, las familias y los hombres, dejando de lado sus necesidades básicas de estudio y salud digna, así como la vigencia de prejuicios para abordar la SSR dentro de los hogares y los servicios de salud.

Asimismo, los datos de Mateus. M y Peñaranda. M, Oliveira. G, Sarmiento. A, Pinheiro. A y Chilibingua et al, coinciden con esta investigación en que son las mujeres menores de edad quienes tienen más dificultad para acceder a información sobre anticoncepción y, por lo tanto, tienen más riesgo de vivir situaciones que atentan contra su salud física y mental, como los embarazos no deseados y las ITS. Estos autores también expresan que el uso y conocimiento de MAC se relaciona a factores de buena comunicación con la familia, más años de escolarización, clase social alta y género femenino (56,60,81). Además, Chilibingua et al, propone que la falta de conocimiento en las adolescentes se relaciona a (60): “un sistema de salud que castiga simbólicamente el interés o la necesidad de las mujeres más jóvenes de conocer y usar los métodos”, lo cual obliga a que las MEF consigan información de fuentes externas.

Respecto a la relación del conocimiento y nivel de escolaridad Iseyemi. A, Qihong. Z, McNicholas. C y Peipert. J, en su estudio sobre nivel socioeconómico como un factor de riesgo para embarazos no deseados, en el proyecto CHOICE Contraceptive, encuentran que existe un riesgo 1,8 veces mayor de un embarazo no deseado en mujeres con bajo nivel socioeconómico, lo cual coincide con los datos antes mencionados (82).

Dentro del estudio de López-Pinta. M, sobre la elección del método anticonceptivo en una

población rural del Ecuador, se señala que la selección de métodos anticonceptivos se encuentra estrechamente vinculada a su estado civil y al número de hijos que planifica tener, siendo mayor en personas casadas, encontrando también que el 62,9% de los encuestados piensan que la decisión del uso de anticonceptivos debe ser de ambos (la mujer y su pareja) (64). Además, hasta el 2018 existía un 18% de mujeres que nunca habían tenido acceso a información sobre anticoncepción. Estos hallazgos son relevantes para la presente investigación, al explicar como el poco conocimiento de anticoncepción en las mujeres sin pareja se relaciona probablemente a que consideran que los MAC solo son útiles para la planificación del número de hijos, pero no para la prevención de ITS/VIH y el disfrute de una vida sexual activa, sin el riesgo a embarazos no deseados. Esto es el reflejo de una sociedad patriarcal, donde el disfrute de la sexualidad para las mujeres representa un tabú y es un privilegio solo para los hombres.

Factores sociodemográficos y uso de métodos anticonceptivos

Respecto al uso de anticoncepción, en esta investigación se demostró que quienes menos usan anticonceptivos son las mujeres menores de edad, indígenas, sin pareja o solteras, que viven en la región de la sierra y áreas rurales, por lo cual se evidencia que los factores sociodemográficos son determinantes esenciales en la salud de las mujeres. Coinciden con estos datos, Dulanto-Ramos. Y, Luna-Muñoz. C y Roldán-Arbierto. L, quienes demostraron en su investigación que cerca de un tercio de las adolescentes no usan un método anticonceptivo, y una relación significativa de esta variable es el no tener pareja y no tener hijos (83). Esto deja claro cómo, en las sociedades patriarcales, las mujeres parecen tener solo un rol reproductivo.

Dunn. S, Xiong. A, Nuernberger. K, Norman. W en su estudio sobre el no uso de anticonceptivos en jóvenes de 15 a 24 años canadienses, encuentran que existe un mayor riesgo

de no uso de anticoncepción en las mujeres de 15 a 19 años, en comparación con las de 20 a 24 años (84). Estos datos, refuerzan el estudio actual, donde son las mujeres adolescentes de 10 a 19 años, las que tienen una mayor probabilidad de no uso de anticoncepción. Asimismo, estos autores, encuentran que es menor el uso de contracepción en aquellas mujeres aborígenes de Canadá, probablemente por cuestiones discriminatorias en el acceso a servicios de salud (84). Resulta relevante identificar que este es un factor de riesgo, no solo local, sino continental.

Habyarimana. F y Ramroop. S, además de coincidir en el análisis sobre la edad de riesgo y uso de anticoncepción, manifiestan que el acceso a información sobre contracepción en servicios de salud, el empoderamiento de las mujeres y la religión, juegan también un papel importante en el uso de anticonceptivos (85). De igual forma, Chilibinga. J et al mencionan que los factores relacionados a un mayor uso de MAC tienen que ver con mayor escolaridad y edad, estratos económicos más altos y relaciones de pareja estables, así como también enuncia la relación inversa que existe con las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas y que tienen poca información sobre anticoncepción (60).

Respecto a la información levantada en esta investigación sobre el menor uso de MAC en las mujeres que viven dentro de áreas rurales, autores como Folch. C et al, coinciden en que las mujeres sin instrucción, indígenas, menores de edad y de la ruralidad cuentan con un menor uso (86). Además, López. M, demuestra que la elección del método anticonceptivo en poblaciones rurales del Ecuador está fuertemente influenciada por creencias religiosas y culturales, así como por factores educativos, económicos y de presión social y familiar (64). Esto marca un hecho relevante en los factores que influyen en las decisiones sobre la salud y la vida de las mujeres, y demuestra la dificultad que vive un gran porcentaje de ellas para tener autonomía sobre su vida sexual.

Asimismo, Arce. V y Tutin. M, exponen que existe una fuerte asociación entre los nivel de instrucción básica, pertenecer a la etnia indígena, ser menor de edad y pertenecer al quintil 1 (más pobre), y el no uso de métodos anticonceptivos modernos (70,80). Al respecto, Viteri. M, manifiesta que en Ecuador, son las mujeres indígenas las que usan menos anticonceptivos y tienen menos libertad al momento de escoger un método anticonceptivo (87). Estos estudios revelan el impacto de la inequidad en acceso a servicios de salud en ciertos grupos de mujeres, lo que se condice con la presente investigación. Esto evidencia que, pese a existir avances normativos en materia de derechos sexuales y reproductivos, se mantienen fuertes desigualdades sociales que se traducen en una pobre salud y calidad de vida para las mujeres.

Finalmente, se encontró que las mujeres con hijos tenían un mayor uso de anticoncepción. Esto se ratifica con los estudios de Vázquez. A y Suárez. N, quienes encuentran que la paridad tiene una relación directa con el uso y no uso de anticoncepción, y señalan que, a mayor cantidad de hijos, mayor es la probabilidad de uso de anticonceptivos. Para Mejía et al y Tutin. M, las usuarias permanentes de anticonceptivos son aquellas que han tenido al menos 3 hijos (80,88,89).

En la presente investigación, además se encontró que las decisiones acerca del método que usaron las mujeres fueron tomadas por ella y su pareja en el 58,4%, así como también, al preguntar a las MEF acerca de su opinión sobre quién debe tener la iniciativa de uso de MAC el 69% de ellas señala que también debe ser una decisión consensuada. Esto se contradice con el estudio de Tutin. M, donde las mujeres casadas, toman las decisiones de uso en anticoncepción en su mayoría solas (80). Sin embargo, este dato es pertinente y relevante como contexto acerca del pensamiento de las mujeres sobre sus decisiones y sus vidas, las cuales siempre deben estar en tela de discusión por sus parejas, por las instituciones, la Iglesia o el

Estado.

Por otra parte, según la ENSANUT 2018, el 60,7% de las MEF no usaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Esto se condice con la encuesta realizada durante el año 2012, donde el 67,7% de adolescentes no utilizó anticoncepción en su primer encuentro sexual (42) y con autores como Avilés. Y et al, quienes encuentran que apenas el 8,3% de las mujeres en edad fértil usaron anticoncepción durante su primer encuentro sexual, aseverando que la falta de acceso a educación sexual es un factor que influye directamente en este comportamiento (67). Además, Folch. C et al, añaden que el uso de preservativos durante la primera relación sexual es un factor predictor para el uso continuo de protección durante la vida sexual activa de los jóvenes (86).

Otro dato relevante dentro de esta investigación fue que un 37,6% de las MEF obtienen sus métodos en instituciones privadas y que la razón principal para usarlos es el no deseo de hijos con 40,6%, la razón de protección frente al VIH/SIDA es apenas en el 1%. Frente a esto Salazar. F, encuentra que el deseo de no tener más hijos tuvo una razón de prevalencia de 16,4 frente al resto de motivos (90).

Limitaciones de este estudio y nuevas líneas de investigación

Es imprescindible recalcar que el presente estudio tuvo ciertas limitaciones. Una de las más importantes fue que la base de datos recopilada provenía de una fuente secundaria y tenía una cantidad considerable de datos perdidos.

Adicional a esto, esta investigación retrata de forma cuantitativa la situación de uso y conocimiento en mujeres hasta el año 2018, años previos a la pandemia de Covid-19, dejando

de lado los comportamientos masculinos y la situación actual de conocimiento y uso de anticoncepción. Respecto a esto Karadon, D et al. contemplan que, existe una carencia en el abordaje sobre anticoncepción y planificación familiar orientada a los hombres (66).

Asimismo, en cuanto a anticoncepción y conocimientos, la ENSANUT 2012 expone que (42): “El conocimiento de un método no implica que la entrevistada tenga una profunda comprensión sobre el método y en qué forma utilizarlo”. Sin embargo, dentro de la encuesta del ENSANUT 2018, no se levantan datos respecto a la forma de uso de los métodos anticonceptivos, ni la correcta comprensión de su uso, lo cual es un indicio claro de las falencias respecto al levantamiento de información, ya que este dato, como menciona Rodríguez. F, es uno de los pilares fundamentales para poder medir con exactitud el uso y conocimiento de anticoncepción en las mujeres (59).

A pesar de dichas limitaciones, los resultados de este trabajo proveen información de gran relevancia, que arroja luz sobre la situación de la SSR que viven las mujeres en Ecuador. Además, permitió explorar el grado de conocimiento de las MEF en cuanto a anticoncepción, lo que ofrece un panorama sobre la SSR de las mujeres relacionada con sus factores sociodemográficos. Asimismo, promueve la generación de nuevos interrogantes acerca del rol que juegan las mujeres en su propia salud y si bajo estas condiciones de opresión estructural, pueden ser realmente decisoras sobre su sexualidad de forma libre y sin violencias.

El artículo de González. A, sobre el informe sobre el Estado de la Población Mundial 2021, de las Naciones Unidas, relata como un mejor nivel educativo es fundamental para la toma de decisiones sobre SSR en las mujeres, derecho que se ve vulnerado en más de 57 países en vías de desarrollo, manifestando que apenas un 55% de las mujeres están empoderadas sobre temas

de SSR y anticoncepción (91).

Por su parte, UNFPA, en el año 2022, destaca que alrededor de 257 millones de mujeres que no desean tener hijos tienen un acceso nulo a anticonceptivos, las principales razones son: falta de información y de servicios de SSR, opciones anticonceptivas inadecuadas, estigmas alrededor de la autonomía de las mujeres para decidir su vida sexual y reproductiva, violencia sexual, pobreza, actitudes prejuiciosas en servicios de salud y la desigualdad de género (92). Esto se condice con lo encontrado en esta investigación, revelando que Ecuador es un país retrasado en materia de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres.

El presente estudio insta a que se realicen investigaciones actualizadas sobre el efecto de la pandemia en el acceso a SSR y su situación actual en Ecuador, así como indagar en el conocimiento sobre la forma correcta de uso, nivel de conocimiento de anticoncepción en las mujeres en edad fértil y la falta de planificación familiar orientada a los hombres. Se requieren, además, estudios cualitativos que profundicen sobre las razones por las cuales las MEF piensan que las decisiones sobre su vida sexual y reproductiva debería ser consensuada con sus parejas, acceso a anticonceptivos en instituciones privadas y, sobre la carencia de educación sexual y reproductiva dentro de sus hogares, establecimientos educativos e instituciones de salud.

9. CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta tesis estuvo encaminado a demostrar como los factores sociodemográficos de edad, etnia, nivel de instrucción, estado civil, región y paridad se relacionan con un menor o mayor conocimiento y uso de anticoncepción. En este sentido, a continuación, se exponen las principales conclusiones de este análisis:

- Se identifica que la mayoría de las mujeres en edad fértil de la encuesta ENSANUT 2018 son mujeres mestizas, solteras, en las edades de 10 a 19 años, que viven dentro del área urbana, que pertenecen a la región de la Costa ecuatoriana, con un nivel de educación básico, y que tienen una media de 2,49 hijos.
- Se evidenció, respecto al uso de anticonceptivos, que más del 50% de mujeres no los usaban. Sin embargo, las mujeres que usan y han recibido información sobre anticoncepción son aquellas que se ubican dentro de áreas urbanas, con pareja, mayores de edad, de la etnia mestiza, con hijos y con educación superior. Mientras que el menor acceso a información y uso están intrínsecamente relacionados a la ruralidad, mujeres jóvenes, indígenas, sin pareja y con bajo nivel educativo. Por lo tanto, esta investigación concluye que los factores que generan desigualdades y opresiones en un grupo de mujeres limitan su desarrollo integral, negándoles el acceso al derecho a una SSR plena y satisfactoria sin coerciones y opiniones de terceros (pareja, familia, Iglesia, Estado, etc.), así como al derecho a decidir si desean o no tener hijos, la cantidad de hijos que desean tener y el tipo de métodos que desean usar. Demostrando que el rol social que sigue ocupando la mujer se liga fuertemente a la reproducción y al cuidado, y no al ejercicio de la autonomía del cuerpo y al desarrollo personal y colectivo.
- En esta investigación se encontró que el menor conocimiento se da en mujeres de áreas rurales, indígenas, menores de edad, sin pareja, de la Sierra, al igual que en el año 2012.

En este sentido, se puede concluir que los cambios en materia de SSR han sido pocos, ya que los menores índices de conocimiento y uso se dan en las mismas mujeres en ambos periodos. Por lo antes mencionado, se infiere también que, siendo la SSR una parte importante de la promoción y prevención de la salud, existen fallas en el primer nivel de atención del sistema público de salud, dando como resultado una precarización de la vida de las mujeres que más requieren de ella, ya que mantiene un enfoque netamente biológico, curativo y no preventivo. Generando, a partir de esto, mayores condiciones de desigualdad.

- En cuanto a las características de edad, etnia, no uso y menor conocimiento, se concluye que en el país existe una alta tasa de discriminación por parte de los servicios de salud y la sociedad civil, al limitar la información y el acceso a SSR para las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad. Como se expuso, el Estado ecuatoriano tiene la responsabilidad de garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como brindar anticonceptivos de forma gratuita y universal. Sin embargo, hasta el 2018, un gran porcentaje de mujeres no pudieron ejercer su autonomía y libertad de decisión sobre sus cuerpos y sus vidas. Por lo cual, también se deduce que existe un serio problema a la hora de implementar y crear políticas públicas que respondan a los principios de equidad y universalidad, con un enfoque de género, interculturalidad e intergeneracionalidad, que protejan las decisiones de las mujeres, sus sentires, sus vidas y su derecho a una salud digna, así como también que el retroceso en materia de derechos y acceso universal a SSR, presupone un mayor riesgo de embarazo adolescente, mortalidad materna e infantil, feminización de la pobreza, perpetuación de círculos de violencia y reducción de oportunidades de desarrollo para las mujeres ecuatorianas.
- Asimismo, se concluye que las políticas no solo deben estar orientadas a las mujeres,

sino a la toda la sociedad civil, con especial énfasis en las familias, ya que se ha demostrado que la información que proviene de ellas se relaciona con un mayor uso de anticoncepción y prácticas más seguras durante las relaciones sexuales, y en los hombres ya que es esencial generar en ellos el cuestionamiento sobre las prácticas violentas que pueden existir hacia las mujeres.

10. RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones de este estudio, a continuación, se presentan una serie de recomendaciones que, si bien pudieran ser muchas y muy extensas, son las que se consideran prioritarias para abordar y promover un cambio sustancial en el acceso al derecho a una SSR en las mujeres, sobre todo en quienes viven en situaciones de mayor vulnerabilidad:

- Se recomienda reorientar las políticas públicas hacia el trabajo con las mujeres que menos usan y conocen sobre anticoncepción, indígenas, adolescentes, mujeres del área rural, etc., desde una perspectiva horizontal que tome en cuenta sus sentires, vivencias individuales y colectivas y características personales y culturales, así como sus necesidades en materia, no solo de SSR, sino en otros aspectos de su vida como trabajo y educación, siendo ellas las promotoras de las soluciones a sus problemáticas, así como otorgándoles espacios de poder y decisión dentro de las comunidades, con el fin de promover políticas culturalmente pertinentes y una mayor autonomía y autoestima en las mujeres.
- Se sugiere fomentar programas de SSR orientadas específicamente a los hombres y las familias, donde se trabajen aspectos de las nuevas masculinidades y prevención de la violencia de género, con el fin de sensibilizar a esta población acerca de su participación en la violencia estructural de la que son víctimas miles de mujeres en el Ecuador.
- Asimismo, se recomienda realizar políticas específicas para el personal de salud, donde se trabaje, desde un enfoque de derechos, en la sensibilización sobre temáticas de violencia de género y el impacto de una mejor SSR para las mujeres como camino para el desarrollo comunitario y de los países, protegiendo de esta forma su derecho al acceso libre a información y uso de anticoncepción donde sea que se encuentren.
- Se recomienda trabajar en las determinantes sociales de educación y salud como un

factor determinante para la mejora de la salud de las mujeres a través de mejorar su calidad de vida y oportunidades, ya que esto permitirá una mayor autonomía sobre sus tiempos, cuerpos y vidas. Así como también, fortalecer la atención primaria, como herramienta para emancipación de las comunidades y las mujeres en materia de derechos sobre su SSR.

- Para el desarrollo de estas y otras políticas, se recomienda elaborarlas desde un enfoque propuesto por el feminismo que es la interseccionalidad, ya que esta teoría enmarca y visibiliza las diversas opresiones que viven las diversas mujeres y, por lo tanto, insta a focalizar las políticas públicas. En este sentido, se considera fundamental que dichas políticas se trabajen con movimientos sociales y organizaciones de mujeres que apoyen a visibilizar las problemáticas que atañen a sus vidas, así como las posibles soluciones que se pueden dar desde estos espacios con el fin de generar un trabajo comunitario y de base social y colectiva que permita sostener nuevas perspectivas de salud.
- Finalmente, se sugiere realizar un estudio actualizado sobre la situación de uso y conocimiento de anticoncepción, después de la pandemia del COVID-19, donde se mencione el impacto de este suceso en todas las mujeres del territorio ecuatoriano, prestando mayor atención a la situación de mujeres en estado de mayor vulnerabilidad, como mujeres transexuales, trabajadoras sexuales, migrantes, afroecuatorianas, indígenas y adolescentes. Este estudio debería retratar de forma cualitativa los sentires de estas mujeres sobre la educación sexual y reproductiva que han recibido y los factores que impiden su acceso, para generar un instrumento que apoye mejoras en las perspectivas de salud pública que se brinda a estas poblaciones.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Lamas M. El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG Grup Editor Miguel Ángel Porrúa. 2000;6.
2. Federici S. Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Sepulveda Sánchez M, editor. Traficantes de Sueños; 2004.
3. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. 1994.
4. Organización de las Naciones Unidas. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS [Internet]. 1948. Disponible en:
file:///C:/Users/Micaela/Downloads/UDHR_booklet_SP_web.pdf
5. ONU. “ Convención de Belém do Pará”. Vigésimo cuarto periodo Ordin Ses. 1994;7.
6. Organización de las Naciones Unidas. OBJETIVOS DEL DESARROLLO SOSTENIBLE [Internet]. 2022 [citado el 11 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
7. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar [Internet]. Planificación Familiar. 2020 [citado el 11 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
8. Fondo de Población de las Naciones Unidas. EL IMPACTO DE COVID-19 EN EL ACCESO A ANTICONCEPTIVOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [Internet]. 2020. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_tecnico._impacto_del_covid_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_en_alc_1.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Hum Reprod Program [Internet]. 2018;1–12. Disponible en:

- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
10. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, et al. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. Guttmacher Inst [Internet]. 2020;1–56. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>
 11. Sully EA, Biddlecom A, Darroch, Jacqueline E. Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, Firestein L, et al. Guttmacher Institute [Internet]. Data center of Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health. 2019 [citado el 11 de enero de 2022]. Disponible en: <https://data.guttmacher.org/countries/table?country=EC&dataset=data&topics=302+305>
 12. Ministerio de Salud Pública, Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, UNFPA, SENDAS. Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador. 2017.
 13. Segato RL. La guerra contra las mujeres. Traficantes de Sueños, editor. Traficantes de Sueños. Madrid; 2016.
 14. De Gouges O. DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA MUJER Y DE LA CIUDADANA.
 15. Millett K. Política sexual. UNIVERSITAT DE VALENCIA INSTITUTO DE LA MUJER. Madrid; 1996. 90–103 p.
 16. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. Living With Contradict Controv Fem Soc Ethics. 2018;1989(1):39–52.
 17. Crespo M. Finlandia, el país donde gobiernan las mujeres. El Mundo [Internet]. 2019; Disponible en:

- <https://www.elmundo.es/internacional/2019/12/11/5df0ccf3fdddf50ab8b4575.html>
18. Vergara MDC. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Rev Hacia la promoción la salud [Internet]. 2007;12:41–50. Disponible en:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Tres+concepciones+hist?ricas+del+proceso+salud-enfermedad#0>
 19. Viniegra-Velázquez L. La historia cultural de la enfermedad. Rev Invest Clin [Internet]. 2008;60(6):527–44. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19378839>
 20. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
 21. Pan American Health Organization. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel [Internet]. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. 2019. Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
 22. ONU. Convención sobre todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Asam Gen [Internet]. 1979;1–12. Disponible en:
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
 23. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.
 24. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Mundial Igualdad, Desarrollo y Paz para el examen y la evaluación de los logros del decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz. 1985.
 25. Organización de las Naciones Unidas [Internet]. Cuarta Conferencia Mundial sobre la

- Mujer, 4 a 15 de septiembre de 1995, Beijing, China. 1995 [citado el 11 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/women/beijing1995>
26. ONU. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing Declaración política y documentos resultados de Beijing +5 [Internet]. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995. 143 p. Disponible en:
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA>
[S.pdf%0Ahttps://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf?la=es&vs=755](https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf?la=es&vs=755)
 27. The Pan American Health Organization. Declaracion De Alma-Ata. Conf Int sobre Atención Primaria Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978 [Internet]. 2012;8-10. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
 28. Convención Iberoamericana de derechos de los Jóvenes. Tratado Internacional de Derechos de la Juventud [Internet]. Badajoz; 2005. p. 1-72. Disponible en:
<file:///C:/Users/Micaela/Documents/Tesis/Anticonceptivos/CIDJ-A6-ESP-VERTICAL.pdf>
 29. Asociación Mundial de Sexología. Declaración de los derechos sexuales. Ministerio de Salud. Declar del 13vo Congr Mund Sexol [Internet]. 1997;2. Disponible en:
https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos-humanos/sexualidad/decladerecsexu.pdf
 30. Organización de las Naciones Unidas. ONU MUJERES [Internet]. ONU Mujeres reafirma su compromiso con la salud sexual y reproductiva, pilar del empoderamiento de las mujeres. 2021 [citado el 12 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://lac.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2021/12/onu-mujeres-reafirma-su-compromiso-salud-sexual-y-reproductiva-empoderamiento>

31. Cordova-Pozo KL, Cordova-Pozo G, Monza A, Píriz G, Moreno-Lopez D, Cardenas I. Sexual and reproductive rights for contraception in Bolivia, Colombia and Uruguay in the framework of human rights. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal* [Internet]. 2017;41:1–8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e140/es>
32. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución. [Internet]. Constitución del Ecuador 2008 Ecuador; 2008 p. 1–216. Disponible en: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_d_e_bolsillo.pdf
33. Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Ministerio de Salud Pública, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021. 2017;Marzo:1–278. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/04/PLAN-NACIONAL-DE-SS-Y-SR-2017-2021.pdf>
34. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia. 2014;1–4. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf
35. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley organica de salud. Plataforma Prof Investig Jurídica [Internet]. 2015;13. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/04/PLAN-NACIONAL-DE-SS-Y-SR-2017-2021.pdf>
36. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. 2007;1–41. Disponible en: https://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Ecuador_2007.pdf
37. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, CONASA. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. 2008; Disponible en: [85](https://cssr-</div><div data-bbox=)

- ecuador.org/downloads/2016/07/1.-
PlanNacionaldeReduccionAceleradadelaMortalidadMaternayNeonatal.pdf
38. Bucheli A, Illapa M, Msabanda M, Sobrino S, Guijarro S, Barragán C, et al.
POLÍTICA INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES Ecuador 2018-2025. Minist Salud Pública [Internet]. 2018;1:1–35. Disponible en: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/10/politica_intersectorial_de_preencion_del_embarazo_en_ninas_y_adolescentes.pdf
 39. Ministerio de Salud Pública. Boletín Anual de VIH/sida Ecuador - 2020. 2021;1–20. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>
 40. CEPAR. Endemain 2004. 2005;21. Disponible en: <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/32.-Encuesta-Demografica-y-de-salud-materna-e-infantil-ENDEMAIN.pdf>
 41. Freire WB, Ramírez-Luzuriaga MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva-Jaramillo K, Klever NR, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2012 [Internet]. 1era ed. 2012. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
 42. ENCUESTA ENSANUT TOMO II.
 43. Gómez de la Torre V, López M. Vidas Robadas II. 2018; Disponible en: https://www.fundaciondesafio-ec.org/_files/ugd/8313b8_0f31d4610b1a44d8b1596f6eeec97106.pdf
 44. Bucheli Terán R, Noboa Flores E. Panorama de la salud sexual y reproductiva y anticoncepción en el Ecuador. En: Bucheli Terán R, Noboa Flores E, editores.

- Anticoncepción Hormonal [Internet]. 2da ed. Quito; 2021. p. 9–40. Disponible en:
<http://codeser.org/wp-content/uploads/2021/05/2021-Anticoncepción-Hormonal-Segunda-Edición-Bucheli-Noboa.pdf#page=49>
45. Gómez de la Tore V. AGENDA POR LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES ECUATORIANAS. 2021; Disponible en:
https://www.fundaciondesafio-ec.org/_files/ugd/8313b8_a01797ea85654466a6ad2a97a1814d9a.pdf
46. Gallo Viracucha EV. Análisis de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva y su incidencia en el embarazo adolescente en Ecuador para el periodo 2011-2018 [Internet]. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR; 2020. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21217/3/T-UCE-0013-CSH-217.pdf>
47. Ruiz Tutivén IA. Políticas Públicas en el área de salud sexual y reproductiva, conforme dispone la Constitución de la República del Ecuador [Internet]. UNIVERSIDAD LAICA VICENTE ROCAFUERTE DE GUAYAQUIL; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ulvr.edu.ec/bitstream/44000/2377/1/T-ULVR-2175.pdf>
48. UNFPA, PROMSEX. Mitos y métodos anticonceptivos [Internet]. Vol. 1, Promoción de defensa de derechos sexuales. Lima; 2011. 57 p. Disponible en:
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/PROMSEX-Mitos-Metodos-Anticonceptivos.pdf>
49. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Instructivo de Implementación del métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490 [Internet]. Dirección Nacional de Normatización. 2014. Disponible en:
https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/instructivo_de_implementation_del_acuerdo_ministerial_2490_aprobado.pdf

50. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Contraception.
51. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Guía práctica para profesionales de la salud.
52. Ministerio de Salud Pública República Oriental del Uruguay. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. 2014;1–176. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atención-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
53. Osorio F. Posibilidad de una Teoría del Conocimiento Anoumenal en Kant.
54. Ivette Flores Jiménez, Ruth Flores Jiménez JJALM. La teoría del conocimiento y la epistemología de la administración. Xikua [Internet]. 2013;1(2). Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n1/e4.html>
55. Mingers J. The cognitive theories of Maturana and Varela. Syst Pract [Internet]. 1991;4(4):319–38. Disponible en: <https://cepa.info/fulltexts/2253.pdf>
56. Mateus M, Peñaranda M. Uso y conocimiento de los métodos anticonceptivos en adolescentes [Internet]. Universidad Cooperativa de Colombia; 2018. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7543/1/2018_Uso_métodos_anticonceptivos.pdf
57. Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Artículo original. Elsevier [Internet]. 2015;22(2):1–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-pdf-S140588711630044X>
58. Rodriguez Macias SA. Factores sociosanitarios y conocimiento de Métodos anticonceptivos en adolescente atendidos del Centro de Salud La Carmela, Ecuador, 2020 [Internet]. UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO; 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/74098/Rodriguez_MSA-SD.pdf?sequence=1
59. RODRIGUEZ MILLAN FF. CONOCIMIENTO Y USO SOBRE METODOS

ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE EDAD FERTIL DEL DISTRITO DE SANTA ROSA DE OCOPA CONCEPCION-JUNIN, 2019 [Internet]. 2020.

Disponible en:

[https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/29156%0Afile:///C:/Users/MARIA NA/Documents/1ACTITUDES_ADOLESCENTES_JIMENEZ_PENA_YESSENIA_MARIBEL.pdf](https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/29156%0Afile:///C:/Users/MARIA%20NA/Documents/1ACTITUDES_ADOLESCENTES_JIMENEZ_PENA_YESSENIA_MARIBEL.pdf)

60. Chilibinga Amaya JA, Salazar Montero PB, Riofrio García SY, Loaiza Maldonado DJ. Uso de métodos anticonceptivos en jóvenes de América Latina, un aporte desde Ecuador. Rev San Gregor [Internet]. 2021;1(45):158–74. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2528-79072021000100158
61. Ruiz Lema MF, Saula Pesantez CV. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “EL TAMBO”, CAÑAR 2015 [Internet]. UNIVERSIDAD DE CUENCA; 2016. Disponible en: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23523/1/Tesis Pregrado .pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23523/1/Tesis%20Pregrado.pdf)
62. Casique I. Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género. Estud Demogr Urbanos Col Mex [Internet]. 2011;26(3 (78):601–37. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v26n3/2448-6515-educm-26-03-601.pdf>
63. Quispe Rivas S. Parámetros sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en universitarios ingresantes de la Universidad Ricardo Palma durante el 2018 [Internet]. Universidad Ricardo Palma. 2019. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1813/SQUISPE.pdf?sequence=3&isAllowed=y&fbclid=IwAR0aItX_eEjGpahx-Pmk3ROdSrzXTathQGFR_1WPk-

d2nLZKtFTsFOXHnD4

64. López-Pinta MJ. Elección del Método Anticonceptivo en una Población Rural. Polo del Conoc [Internet]. 2022;7(1):1–20. Disponible en:
file:///C:/Users/Micaela/Downloads/3475-18480-1-PB (1).pdf
65. Ewerling F, Victora CG, Raj A, Coll CVN, Hellwig F, Barros AJD. Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: Who is lagging behind? *Reprod Health*. 2018;15(1):1–10.
66. Karadon D, Esmer Y, Okcuoglu BA, Kurutas S, Baykal SS, Huber-Krum S, et al. Understanding family planning decision-making: perspectives of providers and community stakeholders from Istanbul, Turkey. *BMC Womens Health* [Internet]. 2021;21(1):1–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01490-3>
67. Avilés Peralta Y, Sanchez Quintero M, Valiente Gutierrez O. Resumen. *Econ y Soc* [Internet]. 2020;1:1–12. Disponible en:
file:///C:/Users/Micaela/Documents/Tesis/Anticonceptivos/Factores socioeconomicos y uso de metodos en nicaragua 2020.pdf
68. Morante Veliz GV, Camila Vásquez ÁA. Factores que influyen en la elección de un método anticonceptivo en mujeres en edad fértil de 14 a 30 años de edad que acuden a la consulta externa del centro de salud Antonio Sotomayor del cantón Vinces, los ríos, enero - junio 2019. [Internet]. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO; 2019. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8086/P-UTB-FCS-OSBT-000164.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
69. Cáceres Cabrera A, García Núñez R, San Juan Bosch M. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. *Medisur* [Internet]. 2017;15(6):807–18. Disponible en:

- <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n6/ms09615.pdf>
70. Arce Vera VH. Factores sociodemográficos e institucionales, asociados a embarazos en adolescentes del Centro de Salud Fortuna Baja, Ecuador, 2020 [Internet]. UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO; 2020. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/63772/Arce_VVH-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 71. Veletanga J. Ecuador registra más de 51.000 embarazos adolescentes en 2019; la pandemia agudizará esta realidad. octubre de 2020; Disponible en:
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-registra-mas-de-51-000-embarazos-adolescentes-en-2019-la-pandemia-agudizara-esta-realidad--96524>
 72. Terán R, Araujo V, Celi A, Gómez A, Cevallos N, Suaste K, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos. [Internet]. Guía práctica Clínica Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. 2019. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf
 73. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado : en relación con las investigaciones de Lewis H. Morgan. Arch Marx la Sección en Español del Marx Internet Arch. 1986;1:1–107.
 74. Guijarro S, Henríquez R, Martínez AL. Salud de Adolescentes. Guía de Supervisión [Internet]. 2014. 1–98 p. Disponible en:
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GPC_guias_practica_clinica_msp/gpc_supervision_Salud_de_Adolescentes_2014.pdf
 75. Villacís B, Carrillo D. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador [Internet]. Analitika. 2012. Disponible en:
http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

76. INEC. Estadísticas Vitales. Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2018 [Internet]. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2018. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2018/Principales_resultados_nac_y_def_2018.pdf
77. Parra Cruz, A., Galarza Santana, L. E., y San Andrés N. Sexualidad responsable vs tabúes sociales. Revisat San Gregorio. 2018;
78. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. Access to contraceptive methods In adolescents from Mexico City. *Salud Publica Mex.* 2017;59(3):236–47.
79. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior: A Meta-Analysis. *JAMA Pediatr.* 2016;170(1):52–61.
80. Tutin Reinoso MF. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres casadas en Ecuador en el 2018-2019. 2022.
81. Oliveira G; Sarmiento A; Pinheiro A. Conocimientos, actitudes y prácticas de anticonceptivos para adolescentes. 1. 2016;8.
82. Iseyemi A, Zhao Q, McNicholas C, Peipert JF. Socioeconomic Status As a Risk Factor for Unintended Pregnancy in the Contraceptive CHOICE Project. *Obstet Gynecol.* 2017;130(3):609–15.
83. Dulanto-Ramos YB, Luna-Muñoz C, Roldan-Arbieto L. Factors Associated with the lack of use of Contraceptive Methods in Female Adolescent in Peru Endes 2018-2020. *Rev la Fac Med Humana.* 2022;22(2):345–52.
84. Dunn S, Xiong AQ, Nuernberger K, Norman W V. Non-use of Contraception by Canadian Youth Aged 15 to 24: Findings From the 2009–2010 Canadian Community Health Survey. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2019;41(1):29–37. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.05.021>

85. Habyarimana F, Ramroop S. Spatial analysis of socio-economic and demographic factors associated with contraceptive use among women of childbearing age in Rwanda. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11).
86. Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Cateellsagué X, Grupo Jóvenes e Internet. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Publica [Internet]*. 2015;89(5):471–85. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17042253005>
87. Viteri Pozo MN. “AUTONOMÍA DE LAS MUJERES EN LA ELECCIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DESDE UNA VISIÓN ÉTNICA CULTURAL, IMBABURA 2021. Universidad Técnica del Norte; 2021.
88. Vázquez Jiménez AL, Suárez Lugo N. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco 2005. *Horiz Sanit*. 2014;5(2):8.
89. Mejía J, Matute A, Argudo F. Original article ANTICONCEPCION Y EXTERNA DEL HOSPITAL “ SAN SEBASTIAN ”. 2013;31(3):50–5.
90. Salazar Landauro FA. Anticonceptivos En Mujeres En Edad Fértil De 15 a 49 Años. *Endes 2017 [Internet]*. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2020. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3006/FSALAZAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
91. Farran AGU. A casi la mitad de las mujeres se les niega el derecho a decidir sobre su cuerpo y sus relaciones sexuales [Internet]. 2021. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/04/1490812>
92. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Visibilizar lo Invisible*. 2022.

ANEXOS

Anexo 1. Caracterización demográfica de Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

Variable		n=48 700	%
Pareja legal	Sin pareja	24 197	49,7
	Con pareja	24 503	50,3
Grupos de edad	Menor de edad	12 188	25
	Mayor de edad	36 512	75
Regiones	Costa	20 425	41,9
	Sierra	15 541	31,9
	Oriente	11 117	22,8
	Insular	1 617	3,3
Etnia	Afroecuatoriana	1 987	4,1
	Blanca	643	1,3
	Indígena	6 818	14,0
	Mestiza	37 454	76,9
	Montubia u otros	1 798	3,7
Nivel de instrucción	Educación básica	22 152	45,5
	Educación media / bachillerato	17 571	36,1
	Ninguno o Centro de Alfabetización	571	1,2
	Superior	8 406	17,3
Estado civil	Casada	11 427	23,5
	Divorciada	835	1,7
	Separada	3 077	6,3
	Soltera	19 934	40,9
	Unión de hecho	392	0,8
	Unión libre	12 684	26,0

	Viuda	351	0,7
Área	Urbano	30 050	61,7
	Rural	18 650	38,3
Grupos de edad por decenios	10 a 19 años	15 5076	31,0
	20 a 29 años	13 780	28,3
	30 a 39 años	11 902	24,4
	40 a 49 años	7 942	16,3
Media			
Paridad		2,49 DE +- 1,5	

Anexo 2. Conocimiento sobre anticonceptivos en Mujeres de Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

		n=48 700	%
Ha tenido alguna información sobre MAC en su vida	Si	39 562	81,2
	No	8 907	18,3
	No sabe / No responde	2351	0,55
		n=39 562	%
Lugar de información MAC	Escuela / Colegio	23 970	60,6
	Familiar	2 850	7,2
	Internet	595	1,5
	Otras instituciones	10 663	27,0
	Otras personas	1 484	3,8

Anexo 3. Uso de anticonceptivos de Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

		n=48 700	%
Uso actual de anticonceptivos	Si	24298	49,9
	No	24402	50,1

Anexo 4. Relación entre Estado Civil y el Conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Conocimiento sobre ACO							
	Si		No		No sabe / no responde		Total	
	n: 39562	%	n: 8907	%	n: 231	%	n: 48700	%
Casada (%)	9555 (83,6)	24,2	1845 (16,1)	20,7	27 (0,2)	11,7	11427 (100)	23,5
Divorciada (%)	743 (89)	1,9	91 (10,9)	1,0	1 (0,1)	0,4	835 (100)	1,7
Separada (%)	2688 (87,4)	6,8	382 (12,4)	4,3	7 (0,2)	3,0	3077 (100)	6,3
Soltera (%)	14918 (74,8)	37,7	4850 (24,3)	54,5	166 (0,8)	71,9	19934 (100)	40,9
Unión de hecho (%)	360 (91,8)	0,9	31 (7,9)	0,3	1 (0,3)	0,4	392 (100)	0,8
Unión libre (%)	11039 (87)	27,9	1617 (12,7)	18,2	28 (0,2)	12,1	12684 (100)	26,0
Viuda (%)	259 (73,8)	0,7	91 (25,9)	1,0	1 (0,3)	0,4	351 (100)	0,7
Valor p: 0,0001								

Anexo 5. Relación entre área de vivienda y el conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Conocimiento sobre ACO							
	Si		No		No sabe / no responde		Total	
	n: 39562	%	n: 8907	%	n: 231	%	n: 48700	%
Urbano (%)	26098 (86,8)	66,0	3857 (12,8)	43,3	95 (0,3)	41,1	30050 (100)	61,7
Rural (%)	13464 (72,2)	34,0	5050 (27,1)	56,7	136 (0,7)	58,9	18650 (100)	38,3
Valor p: 0,0001								

Anexo 6. Relación entre pareja legal y el Conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Conocimiento sobre ACO							
	Si		No		No sabe / no responde		Total	
	n: 39562	%	n: 8907	%	n: 231	%	n: 48700	%
Sin pareja (%)	18608 (76,9)	47	5414 (22,4)	60,8	175 (0,7)	75,8	24197 (100)	49,7
Con pareja (%)	20954 (85,5)	53	3493 (14,3)	39,2	56 (0,2)	24,2	24503 (100)	50,3
Valor p: 0,0001								

Anexo 7. Relación entre regiones del Ecuador y el conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Conocimiento sobre ACO							
	Si		No		No sabe / no responde		Total	
	n: 39562	%	n: 8907	%	n: 231	%	n: 48700	%
Costa (%)	17413 (85,3)	44	2932 (14,4)	32,9	80 (0,4)	34,6	20425 (100)	41,9
Sierra (%)	12227 (78,7)	30,9	3257 (21)	36,6	57 (0,4)	24,7	15541 (100)	31,9
Oriente (%)	8462 (76,1)	21,4	2564 (23,1)	28,8	91 (0,8)	39,4	11117 (100)	22,8
Insular (%)	1460 (90,3)	3,7	154 (9,5)	1,7	3 (0,2)	1,3	1617 (100)	3,3
Valor p: 0,0001								

Anexo 8. Relación entre grupos de edad y conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Conocimiento sobre ACO							
	Sí		No		No sabe / no responde		Total	
	n: 39562	%	n: 8907	%	n: 231	%	n: 48700	%
10 - 19 años (%)	10573 (70,1)	26,7	4347 (28,8)	48,8	156 (67,5)	1	15076 (100)	31
20 - 29 años (%)	12602 (91,5)	31,9	1161 (8,4)	13	17 (7,4)	0,1	13780 (100)	28,3
30 - 39 años (%)	10192 (85,6)	25,8	1683 (14,1)	18,9	27 (11,7)	0,2	11902 (100)	24,4
40 - 49 años (%)	6195 (78)	15,7	1716 (21,6)	19,3	31 (13,4)	0,4	7942 (100)	16,3
Valor p: 0,0001								

Anexo 9. Relación entre etnia y el conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Conocimiento sobre ACO							
	Sí		No		No sabe / no responde		Total	
	n: 39562	%	n: 8907	%	n: 231	%	n: 48700	%
Afroecuatoriano (%)	1674 (84,2)	4,2	304 (15,3)	3,4	9 (0,5)	3,9	1987 (100)	4,1
Blanca (%)	521 (81)	1,3	118 (18,4)	1,3	4 (0,6)	1,7	643 (100)	1,3
Indígena (%)	4243 (62,2)	10,7	2495 (36,6)	28	80 (1,2)	34,6	6818 (100)	14
Mestiza (%)	31683 (84,6)	80,1	5638 (15,1)	63,3	133 (0,4)	57,6	37454 (100)	76,9
Montubia u otros (%)	1441 (80,1)	3,6	352 (19,6)	4	5 (0,3)	2,2	1798 (100)	3,7
Valor p: 0,0001								

Anexo 10. Relación entre nivel de instrucción y el conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Conocimiento sobre ACO							
	Si		No		No sabe / no responde		Total	
	n: 39562	%	n: 8907	%	n: 231	%	n: 48700	%
Educación básica (%)	14933 (67,4)	37,7	7021 (31,7)	78,8	198 (0,9)	85,7	22152 (100)	45,5
Educación Media/Bachillerato (%)	16214 (92,3)	41	1337 (7,6)	15	20 (0,1)	8,7	17571 (100)	36,1
Ninguno o Centro de alfabetización (%)	301 (52,7)	0,8	261 (45,7)	2,9	9 (1,6)	3,9	571 (100)	1,2
Superior (%)	8114 (96,5)	20,5	288 (3,4)	3,2	4 (0)	1,7	8406 (100)	17,3
Valor p: 0,0001								

Anexo 11. Relación entre la paridad y el conocimiento sobre MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Conocimiento sobre ACO							
	Si		No		No sabe / no responde		Total	
	n: 26715	%	n: 4353	%	n: 68	%	n: 31136	%
Con hijos (%)	26506 (85,8)	99,2	4326 (14)	99,4	68 (0,2)	100	30900 (100)	99,2
Sin hijos (%)	209 (88,6)	0,8	27 (11,4)	0,6	0	0	236 (100)	0,8
Valor p: 0,253								

Anexo 12. Relación entre etnia y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Uso de ACO					
	Si		No		Total	
	n: 24298	%	n: 24402	%	n: 48700	%
Afroecuatoriano (%)	1057 (53,2)	4,4	930 (46,8)	3,8	1987 (100)	4,1
Blanca (%)	363 (56,5)	1,5	280 (43,5)	1,1	643 (100)	1,3
Indígena (%)	2538 (37,2)	10,4	4280 (62,8)	17,5	6818 (100)	14
Mestiza (%)	19309 (51,6)	79,5	18145 (48,8)	74,4	37454 (100)	76,9
Montubia u otros (%)	1031 (57,3)	4,2	767 (42,7)	3,1	1798 (100)	3,7
Valor p: 0,0001						

Anexo 13. Relación entre nivel de instrucción y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Uso de ACO					
	Si		No		Total	
	n: 24298	%	n: 24402	%	n: 48700	%
Educación básica (%)	8929 (40,3)	36,7	13223 (59,7)	54,2	22152 (100)	45,5
Educación media/bachillerato (%)	9727 (55,4)	40	7844 (44,6)	32,1	17571 (100)	36,1
Ninguno/Centro de alfabetización (%)	336 (58,8)	1,4	235 (41,2)	1	571 (100)	1,2
Superior (%)	5306 (63,1)	21,8	3100 (36,9)	12,7	8406 (100)	17,3
Valor p: 0,0001						

Anexo 14. Relación entre el área de vivienda y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Uso de ACO					
	Si		No		Total	
	n: 24298	%	n: 24402	%	n: 48700	%
Urbano (%)	15750 (52,4)	64,8	14300 (47,6)	58,6	30050 (100)	61,7
Rural (%)	8548 (45,8)	35,2	10102 (54,2)	41,4	18650 (100)	38,3
Valor p: 0,0001						

Anexo 15. Relación entre el estado civil y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Uso de ACO					
	Si		No		Total	
	n: 24298	%	n: 24402	%	n: 48700	%
Casada (%)	8780 (76,8)	36,2	2647 (23,2)	10,8	11427 (100)	23,5
Divorciada (%)	405 (48,5)	1,7	430 (51,5)	1,8	835 (100)	1,7
Separada (%)	1775 (57,7)	7,3	1302 (42,3)	5,3	3077 (100)	6,3
Soltera (%)	2938 (14,7)	12,1	16996 (85,3)	69,7	19934 (100)	40,9
Unión de hecho (%)	304 (77,6)	1,3	88 (22,4)	0,4	392 (100)	0,8
Unión libre (%)	9953 (78,59)	41	2731 (21,5)	11,2	12684 (100)	26
Viuda (%)	143 (40,79)	0,6	208 (59,3)	0,9	351 (100)	0,7
Valor p: 0,0001						

Anexo 16. Relación entre los grupos de edad por decenios y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Uso de ACO					
	Si		No		Total	
	n: 24298	%	n: 24402	%	n: 48700	%
10 – 19 años (%)	1595 (10,6)	6,6	13481 (89,4)	55,2	15076 (100)	31
20 – 29 años (%)	8850 (64,2)	36,4	4930 (35,8)	20,2	13780 (100)	28,3
30 – 39 años (%)	8755 (73,6)	36	3147 (26,4)	12,9	11902 (100)	24,4
40 – 49 años (%)	5098 (64,2)	21	2844 (35,8)	11,7	7942 (100)	16,3
Valor p: 0,0001						

Anexo 17. Relación entre la ubicación en las regiones del Ecuador y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Uso de ACO					
	Si		No		Total	
	n: 24298	%	n: 24402	%	n: 48700	%
Costa (%)	10987 (53,8)	45,2	9438 (46,2)	38,7	20425 (100)	41,9
Sierra (%)	7384 (47,5)	30,4	8157 (52,5)	33,4	15541 (100)	31,9
Oriente (%)	5026 (45,2)	20,7	6091 (58,4)	25	11117 (100)	22,8
Insular (%)	901 (55,7)	3,7	716 (44,3)	2,9	1617 (100)	3,3
Valor p: 0,0001						

Anexo 18. Relación entre el tipo de pareja y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Uso de ACO					
	Si		No		Total	
	n: 24298	%	n: 24402	%	n: 48700	%
Sin pareja (%)	5261 (21,7)	21,7	18936 (78,3)	77,6	24197 (100)	49,7
Con pareja (%)	19037 (77,7)	78,3	5466 (22,3)	22,4	24503 (100)	50,3
Valor p: 0,0001						

Anexo 19. Relación entre la paridad y el uso de MAC, Mujeres en Edad Fértil, encuesta ENSANUT 2018

	Uso de ACO					
	Si		No		Total	
	n: 22677	%	n: 8459	%	n: 31136	%
Con hijos (%)	22569 (73)	99,5	8331 (27,0)	98,5	30900 (100)	99,2
Sin hijos (%)	108 (45,8)	0,5	128 (54,2)	1,5	236 (100)	0,8
Valor p: 0,0001						

Anexo 20. Otros datos relacionados al conocimiento de anticonceptivos en las MEF, ENSANUT 2018

		n=48 700	%
Cantidad de MAC que conoce	No conoce métodos	7 059	14,5
	Conoce de 1 a 6 métodos	29 330	60,2
	Conoce de 7 a 12 métodos	12 351	25,3
Ha tenido alguna información sobre MAC en su vida	Si	39 562	81,2
	No	8 907	18,3
	No sabe / No responde	2351	0,55
Información PAE	Si	31 119	63,9
	No	17 225	35,4
	No sabe / no responde	356	0,7
		n=39 562	%
Lugar de información MAC	Escuela / Colegio	23 970	60,6
	Familiar	2 850	7,2
	Internet	595	1,5
	Otras instituciones	10 663	27,0
	Otras personas	1 484	3,8
		n=14 476	%
Lugar donde obtienen MAC	Instituciones públicas	9006	62,2
	Instituciones privadas	5 438	37,6
	No sabe / no responde	32	0,2
		n=31 119	%
Lugar información PAE	Escuela / colegio	18 519	58,3
	Familiar	1 637	5,3
	Internet	1 422	4,6
	Otras instituciones	7 417	23,8
	Otras personas	2 448	7,9

Anexo 21. Otros datos relacionados al uso de MAC en las MEF, ENSANUT 2018

		n=48 700	%
Cantidad de MAC que conoce	No conoce métodos	7 059	14,5
	Conoce de 1 a 6 métodos	29 330	60,2
	Conoce de 7 a 12 métodos	12 351	25,3
Información PAE	Si	31 119	63,9
	No	17 225	35,4
	No sabe / no responde	356	0,7
		n=39 562	%
Lugar de información MAC	Escuela / Colegio	23 970	60,6
	Familiar	2 850	7,2
	Internet	595	1,5
	Otras instituciones	10 663	27,0
	Otras personas	1 484	3,8
		n=14 476	%
Lugar donde obtienen MAC	Instituciones públicas	9006	62,2
	Instituciones privadas	5 438	37,6
	No sabe / no responde	32	0,2
		n=31 119	%
Lugar información PAE	Escuela / colegio	18 519	58,3
	Familiar	1 637	5,3
	Internet	1 422	4,6
	Otras instituciones	7 417	23,8
	Otras personas	2 448	7,9
		n=24 442	%
Método más efectivo que utiliza	Preservativo masculino	2069	8,5
	DIU	637	2,6
	Esterilización femenina	7573	31,0
	Implante	3880	15,9

	Inyección anticonceptiva	5275	21,6
	PAE	99	0,4
	Píldora anticonceptiva	3017	12,3
	Ritmo calendario	1112	4,5
	Otro	56	0,2
	Coito interrumpido	518	2,1
	Preservativo femenino	43	0,2
	Esterilización masculina	70	0,3
	MELA	93	0,4
Variable		n=14 476	%
Lugar donde obtienen MAC	Instituciones públicas	9006	62,2
	Instituciones privadas	5 438	37,6
	No sabe / no responde	32	0,2
Variable		n= 16 798	%
Motivo por el que usa los anticonceptivos	No desea más hijos	3416	20,3
	Para espaciar embarazos	5942	35,4
	Para protegerse del VIH/SIDA	175	1,0
	Por salud	384	2,3
	Porque no desea tener hijos	6814	40,6
	Otros	67	0,4
Variable		n= 16 799	%
Quién decidió el uso del anticonceptivo que usa actualmente la MEF	Ambos	9809	58,4
	Otra persona	144	0,9
	Solo su pareja	224	1,3
	Solo la MEF	6622	39,4
Media			
Edad de la primera relación sexual (10 a 24 años)		16,26 años DE ± 2,001 (n=8 640)	
Variable		n= 8 701	%
Razón de la	Sin consentimiento	127	1,5

primera relación sexual en mujeres (10 – 24 años)	Le convenció su pareja	457	5,3
	Lo decidieron juntos	5832	67,0
	Simplemente pasó	2140	24,6
	Usted le convenció	63	0,7
	Otro	21	0,2
	No sabe/ no responde	61	0,7
Variable		n= 8 574	%
Uso de MAC en la primera relación sexual	Si	3366	39,3
	No	5208	60,7
Variable		n= 3 366	%
Tipo de MAC que usó la MEF en su primera relación sexual	Billings	1	0,0
	Coito interrumpido	102	3,0
	Condón	2611	77,6
	Implante	34	1,0
	Inyección	154	4,6
	Métodos vaginales	11	0,3
	PAE	200	5,9
	Pastillas anticonceptivas	213	6,3
	Ritmo calendario	28	,8
	Otro	5	0,1
	No sabe / no responde	7	0,2
Variable		n= 48 700	%
Opinión sobre quién debe tener la iniciativa sobre uso de MAC	Cualquiera de los dos	2445	5,0
	El hombre	2054	4,2
	La mujer	6908	14,2
	Los dos juntos	33610	69,0
	No sabe	3683	7,6
Variable		n= 8 691	%
Razones de	Desea embarazo	643	7,4

no uso de MAC en MEF que no usan anticoncepti vos	La pareja se opone	85	1,0
	Miedo a efectos colaterales	470	5,4
	No conoces/ no tiene información sobre MAC	212	2,4
	No le gusta	722	8,3
	Por la edad	1139	13,1
	Por motivos económicos	139	1,6
	Por pena o vergüenza	79	0,9
	Posparto/amamantamiento	171	2,0
	Razones religiosas	41	0,5
	Sin vida sexual	3744	43,1
	Tuvo efectos colaterales	293	3,4
	Otro	495	5,7
	No sabe/no responde	458	5,3