

Determinantes sociales e inequidades en el acceso a la salud reproductiva en mujeres de EsSalud, Perú

Social determinants and inequities in access to reproductive health among women in EsSalud, Peru

Nancy Soledad García R. 

Hospital Virgen de la Puerta, EsSalud, Trujillo, Perú.

* Autor correspondiente: solcy.gar@gmail.com

Fecha de recepción: 30 03 2026. Fecha de aceptación: 14 04 2026

RESUMEN

Se analizó la relación entre los determinantes sociales y las inequidades en el acceso a los servicios de salud reproductiva en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, EsSalud durante el año 2025. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño transversal y alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 384 mujeres seleccionadas mediante muestreo probabilístico sistemático. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado que evaluó determinantes sociales como nivel educativo, ingresos, situación laboral, condición económica, zona de residencia, creencias culturales y gestión institucional, además del acceso a los servicios mediante escala tipo Likert. Para el análisis se empleó estadística descriptiva y correlación de Spearman ($p < 0,05$). Los resultados evidenciaron correlaciones positivas significativas entre el acceso y la gestión institucional ($p = 0,374$), ingresos ($p = 0,355$), nivel educativo ($p = 0,312$), situación laboral ($p = 0,301$), situación económica ($p = 0,284$) y zona de residencia ($p = 0,267$) ($p < 0,001$), mientras que las creencias culturales mostraron correlación negativa ($p = -0,341$; $p < 0,001$). Se concluye que los determinantes sociales se asocian con inequidades en el acceso, evidenciando la necesidad de fortalecer políticas orientadas a la equidad en salud.

Palabras clave: determinantes sociales; salud reproductiva; acceso a servicios de salud; inequidades en salud; mujeres en edad fértil.

ABSTRACT

The relationship between social determinants and inequities in access to reproductive health services among women of reproductive age attended at the Hospital Víctor Lazarte Echegaray, EsSalud, during 2025 was analyzed. The study adopted a quantitative approach, with a cross-sectional design and correlational scope. The sample consisted of 384 women selected through systematic probability sampling. Data collection was carried out using a structured questionnaire that assessed social determinants such as educational level, income, employment status, economic condition, place of residence, cultural beliefs, and institutional management, as well as access to services using a Likert scale. Data analysis was performed using descriptive statistics and Spearman's correlation ($p < 0.05$). The results showed significant positive correlations between access and institutional management ($p = 0.374$), income ($p = 0.355$), educational level ($p = 0.312$), employment status ($p = 0.301$), economic condition ($p = 0.284$), and place of residence ($p = 0.267$) ($p < 0.001$), while cultural beliefs showed a negative correlation ($p = -0.341$; $p < 0.001$). It is concluded that social determinants are associated with inequities in access, highlighting the need to strengthen policies aimed at health equity.

Keywords: social determinants; reproductive health; access to health services; health inequities; women of reproductive age.

INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva constituye un componente central del bienestar de las mujeres y un indicador trascendental del grado de equidad alcanzado por los sistemas de salud. Según el enfoque de desarrollo humano del (United Nations Development Programme, 2016), el acceso a servicios de salud reproductiva es un factor clave para la reducción de la pobreza, la promoción de la igualdad de género y el fortalecimiento del desarrollo social. Garantizar condiciones equitativas de acceso a dichos servicios contribuye no solo a mejorar los indicadores de salud materna y reproductiva, sino también a potenciar la autonomía, el bienestar y la participación social de las mujeres.

No obstante, a pesar de los avances en cobertura sanitaria durante las últimas décadas, persisten inequidades significativas en el acceso a estos servicios, particularmente en contextos caracterizados por vulnerabilidad socioeconómica y disparidades territoriales (Boerma et al., 2018; World Health Organization [WHO], 2023; Naciones Unidas, 2024).

A nivel global, diversos estudios han demostrado que las desigualdades sociales influyen de manera significativa en la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva, generando brechas en la cobertura, la calidad de la atención y los resultados en salud (Sen & Govender, 2015; Barros et al., 2022; Sen et al., 2022; Naciones Unidas, 2024). Estas brechas se relacionan con las condiciones sociales, económicas y culturales en las que viven las personas, las cuales determinan oportunidades diferenciadas para mantener y mejorar su salud. Asimismo, la calidad de la atención constituye un componente esencial de la equidad en salud, las experiencias negativas o el maltrato durante la atención obstétrica pueden afectar la utilización de los servicios de salud (Freedman & Kruk, 2018; Vedam et al., 2019).

La literatura científica evidencia que estas desigualdades se vinculan estrechamente con los determinantes sociales de la salud, entendidos como las condiciones estructurales, políticas y culturales que configuran la vida de las personas desde su nacimiento hasta la vejez (Marmot &

Wilkinson, 2005; Solar & Irwin, 2010). Factores como el nivel educativo, los ingresos económicos, la situación laboral, las condiciones de vivienda, el entorno sociocultural y la ubicación geográfica influyen en la capacidad de las mujeres para acceder, utilizar y mantener la continuidad en los servicios de salud reproductiva (Braveman & Gottlieb, 2014).

Estudios recientes evidencian que el nivel educativo, la condición socioeconómica, la ubicación geográfica y la pertenencia a grupos sociales vulnerables afectan significativamente el acceso a servicios de planificación familiar, controles prenatales y atención institucional del parto (Calderón, 2020; Acevedo & Tumas, 2023; Callata-Cárdenas et al., 2023). Incluso dentro de sistemas de aseguramiento, como la seguridad social, las inequidades no se originan únicamente en el sistema sanitario, sino también en estructuras sociales más amplias relacionadas con desigualdades económicas, educativas y de género (Gilson, 2007; Sen & Govender, 2015; Sen et al., 2022).

Desde la perspectiva de la justicia social, el acceso a los servicios de salud constituye un derecho fundamental cuya distribución debe orientarse a reducir las desigualdades y proteger a los grupos más vulnerables (Rawls, 2001; Sen & Govender, 2015).

En este marco, los enfoques contemporáneos de los sistemas de salud con perspectiva de género destacan la necesidad de diseñar políticas e intervenciones que reconozcan y aborden las desigualdades estructurales que afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres (George et al., 2020). Estas inequidades no solo limitan el acceso a los servicios de salud reproductiva, sino que también se reflejan en la calidad de la atención recibida. Por ejemplo, Vedam et al. (2019) reportaron que aproximadamente una de cada seis mujeres experimentó maltrato durante la atención del parto en Estados Unidos, lo que afectó mayormente a mujeres de bajos ingresos y pertenecientes a minorías étnicas, evidenciando la persistencia de inequidades estructurales en la atención materna.

En este contexto, comprender cómo los determinantes sociales influyen en el acceso a los servicios de salud reproductiva

resulta fundamental para orientar políticas públicas y estrategias sanitarias que contribuyan a reducir las desigualdades en salud. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre los determinantes sociales y el acceso a los servicios de salud reproductiva en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray - Red Asistencial La Libertad. EsSalud

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo de diseño transversal y alcance correlacional en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray - Red Asistencial La Libertad. EsSalud, durante el año 2025. Este hospital funciona como centro de referencia para los establecimientos de menor complejidad de la red asistencial, por lo que atiende pacientes derivadas de toda la región.

La población estuvo constituida por todas las mujeres en edad fértil que acudieron a los servicios de salud reproductivo del establecimiento durante el periodo de estudio. Debido a que no se contó con un registro exacto o finito del total de usuarias, para obtener la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones infinitas, lo que permitió estimar un tamaño muestral representativo, resultando en 384 participantes, seleccionadas mediante muestreo sistemático

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado, el cual incluyó tres secciones: características sociodemográficas, determinantes sociales como nivel educativo, nivel de ingresos, situación laboral, situación económica, zona de residencia, creencias culturales y gestión institucional y acceso a los servicios de salud reproductiva mediante escala tipo Likert.

Los determinantes sociales y el acceso a los servicios fueron evaluados mediante escala tipo Likert de cinco puntos.

La validez del instrumento fue establecida mediante juicio de expertos, mientras que la confiabilidad se determinó a través del coeficiente alfa de Cronbach, el cual evalúa la consistencia interna del instrumento de recolección de datos. Para su aplicación, se realizó una prueba piloto en un grupo de 40 mujeres con características similares a la población de estudio. Posteriormente, los datos obtenidos fueron codificados e ingresados en un software estadístico, donde se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para cada

dimensión del instrumento y para el total de ítems. Este coeficiente permite determinar el grado de relación entre los ítems, obteniéndose valores superiores a 0,90, lo que indica un alto nivel de consistencia interna del instrumento.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 27. Previamente, la información recolectada fue codificada, depurada y organizada en una base de datos en Microsoft Excel, lo que permitió garantizar la consistencia y calidad de los datos antes de su análisis.

Se aplicó estadística descriptiva con el propósito de caracterizar a la población de estudio y las variables investigadas, utilizando frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, así como medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para variables cuantitativas.

Para el análisis inferencial, se evaluó la relación entre los determinantes sociales y el acceso a los servicios de salud reproductiva mediante la prueba de correlación de Spearman (ρ), debido a la naturaleza ordinal de las variables y a la ausencia de supuestos de normalidad. Se adoptó un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Asimismo, la magnitud de las correlaciones se interpretó considerando criterios convencionales: valores cercanos a 0,10 como correlación débil, alrededor de 0,30 como moderada y superiores a 0,50 como fuerte.

Finalmente, los resultados fueron presentados en tablas y figuras, facilitando su interpretación y análisis en función de los objetivos e hipótesis planteados.

El estudio se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación, garantizando la confidencialidad de la información y el anonimato de las participantes, las cuales firmaron el consentimiento informado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1.

Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray III-1, Red Asistencial La Libertad – EsSalud, 2025 (n = 384).

Variable	Categoría	n	%
Grupo de edad	15–24	64	16,7
	25–34	148	38,5
	35–44	132	34,4
	45–49	40	10,4
Zona de residencia	Urbana	248	64,6
	Periurbana	96	25,0
	Rural	40	10,4
Nivel educativo	Primaria	26	6,8
	Secundaria	158	41,1
	Superior técnica	94	24,5
	Superior Univ.	106	27,6
Situación laboral	Empleo Formal	128	33,3
	Empleo Informal	84	21,9
	Independiente	62	16,1
	Ama de casa	78	20,3
	Estudiante	32	8,4
Ingreso familiar Mensual	< 1000	81	27
	1000 – 1999	96	32
	2000 – 2999	72	24
	≥ 3000	51	17

La Tabla 1 muestra que la mayor proporción de mujeres se concentra en el grupo etario de 25 a 44 años, etapa correspondiente a la vida reproductiva activa. Asimismo, la mayoría de las participantes reside en zonas urbanas (64,6 %), mientras que una proporción menor proviene de áreas periurbanas y rurales. Este patrón coincide con diversos estudios realizados en América Latina, los cuales señalan que las mujeres en edad reproductiva constituyen el principal grupo demandante de servicios de salud sexual y reproductiva, debido a la mayor frecuencia de controles, planificación familiar y atención preventiva durante este periodo de la vida (Callata- Cárdenas et al., 2023; Acevedo & Tumas, 2023).

En relación con el nivel educativo, se observa un predominio de educación secundaria (41,1 %), seguido por educación superior universitaria (27,6 %) y educación superior técnica (24,5 %). Esta distribución evidencia la heterogeneidad social presente en la población usuaria de los servicios de salud, lo cual puede influir en la capacidad de las mujeres para acceder a información, comprender las recomendaciones médicas y tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva.

Desde una perspectiva sociológica, Bourdieu (1986) sostiene que el acceso a los recursos institucionales se encuentra mediado por la posición social de los individuos y por la disponibilidad de distintos tipos de capital, especialmente el capital cultural y el capital social. En este sentido, las mujeres con mayor nivel educativo y redes de apoyo más amplias tienden a acceder con mayor facilidad a los servicios de salud, mientras que aquellas con menor capital social pueden enfrentar barreras simbólicas y estructurales que limitan su participación efectiva en el sistema sanitario. Este hallazgo coincide con estudios que evidencian desigualdades persistentes en el acceso a los servicios de salud reproductiva asociadas a factores de género, socioeconómicos y educativos (Sen & Govender, 2015; Barros et al., 2022; Sen et al., 2022; Naciones Unidas, 2024)

Respecto a la situación laboral, se identificó una diversidad de condiciones ocupacionales, destacándose el empleo formal (33,3 %), seguido del trabajo informal (21,9 %) y la condición de ama de casa (20,3 %). Esta diversidad refleja la pluralidad de contextos socioeconómicos en los que se desenvuelven las mujeres participantes.

En cuanto al ingreso familiar mensual, una proporción importante de las participantes se ubica en rangos económicos intermedios, lo que pone de manifiesto la existencia de diferencias socioeconómicas que pueden influir en el acceso oportuno a los servicios de salud.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, factores como la educación, el empleo y el nivel de ingresos configuran oportunidades diferenciadas para acceder a los recursos sanitarios (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En este sentido, las condiciones socioeconómicas observadas en la población estudiada permiten comprender mejor las posibles desigualdades en el acceso y uso de los servicios de salud reproductiva, evidenciando la necesidad de considerar estos determinantes al diseñar políticas y estrategias de atención en salud. (George et al, 2020; Sen et al., 2022)

Tabla 2.

Determinantes sociales relacionados con el acceso a los servicios de salud reproductiva, en mujeres atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray III-1, Red Asistencial La Libertad – EsSalud, 2025 (n = 384).

Situación económica y laboral		
Dimensión / Ítem	Media	DE
La situación económica		
Permite cubrir traslados y gastos relacionados con la atención	3,41	0,89
Dispone de permisos laborales para asistir a controles de salud	3,05	1,04
La estabilidad laboral influye en la posibilidad de acceder a establecimientos de salud	3,58	0,92
Promedio de la dimensión	3,34	0,71
Accesibilidad geográfica		
La distancia al establecimiento de salud es razonable	3,64	0,95
El tiempo de traslado dificulta el acceso a los servicios de salud	2,84	1,07
Promedio de la dimensión	3,24	0,69
Creencias y prácticas culturales		
Confía en los servicios de salud de EsSalud	3,78	0,82
Las creencias familiares influyen en la decisión de acudir a servicios de salud	3,01	1,01
El personal de salud respeta las creencias culturales de las usuarias	3,92	0,79
Se siente cómoda hablando de temas de salud reproductiva con el personal	3,74	0,88
Prefiere prácticas tradicionales para el cuidado de su salud	2,41	1,06
Promedio de la dimensión	3,37	0,65

NOTA: DE = desviación estándar

En la Tabla 2 se presentan los resultados correspondientes a los determinantes sociales evaluados en el estudio. En la dimensión de situación económica y laboral, los valores promedio indican que las condiciones económicas influyen en la posibilidad de cubrir gastos asociados a la atención sanitaria, así como en la disponibilidad de permisos laborales para acudir a los controles de salud.

La estabilidad laboral también aparece como un factor relevante que facilita el acceso a los servicios de salud reproductiva. En relación con la accesibilidad geográfica, los resultados muestran que la distancia al establecimiento de salud y el tiempo de traslado pueden constituir factores condicionantes para la utilización de los servicios. Estos hallazgos coinciden con

estudios que señalan que las barreras geográficas continúan representando un obstáculo importante para el acceso equitativo a los servicios de salud, especialmente en contextos caracterizados por desigualdades territoriales (Boerma et al., 2018; Organización Mundial de la Salud, 2023).

Por otra parte, la dimensión de creencias y prácticas culturales presenta niveles relativamente altos de confianza en los servicios de salud institucionales, lo que sugiere una percepción favorable hacia el sistema sanitario. Sin embargo, algunos patrones culturales y familiares aún pueden influir en la decisión de acudir a los servicios de salud, lo que evidencia la necesidad de incorporar enfoques interculturales y de género en la planificación de los programas de salud reproductiva.

En conjunto, estos resultados confirman que el acceso a los servicios de salud no depende únicamente de la disponibilidad de infraestructura sanitaria, sino también de factores sociales, culturales y económicos que condicionan las decisiones y oportunidades de las mujeres para utilizar dichos servicios.

Tabla 3.
Dimensiones de Acceso y utilización de los servicios de salud reproductiva en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray III-1, Red Asistencial La Libertad – EsSalud, 2025 (n = 384)

Dimensiones del Acceso a los servicios	Media	DE
Disponibilidad	3,56	0,74
Accesibilidad	3,22	0,81
Aceptabilidad	3,87	0,68
Calidad percibida	3,91	0,66
Uso de Servicios de Salud Reproductiva	n	%
Control prenatal	261	68
Planificación familiar / anticoncepción	208	54
Citología / Papanicolaou	181	47
Tamizaje ITS / VIH	138	36
Atención de parto en EsSalud	96	25
Frecuencia de uso	n	%
Ninguna visita	69	18
1 vez	96	25
2-3 veces	123	32
≥4 veces	96	25
Oportunidad de atención	n	%
Atención oportuna		
Nunca / casi nunca	46	12
A veces	127	33
Casi siempre / siempre	211	55

NOTA: DE = desviación estándar

Los resultados presentados en la Tabla 3 muestran que las dimensiones de aceptabilidad y calidad percibida registran los valores promedio más altos dentro de los componentes del acceso a los servicios de salud reproductiva, lo que sugiere que las usuarias perciben de manera positiva la atención recibida en el establecimiento de salud, siendo un elemento fundamental para la continuidad en el uso de los servicios.

En cuanto a los servicios de salud reproductiva utilizados, el control prenatal presenta la mayor frecuencia de utilización (68 %), seguido de planificación familiar (54 %) y de la citología cervical o Papanicolaou (47 %), lo que refleja la relevancia de los servicios preventivos en la atención integral de la salud reproductiva de las mujeres y concuerda con las prioridades establecidas en las políticas de salud pública orientadas a la prevención de riesgos reproductivos y a la promoción de la salud materna; pero aún persisten barreras asociadas a factores sociales, culturales e institucionales que pueden limitar su utilización efectiva. En este sentido, el acceso no debe entenderse únicamente como la presencia física de servicios de salud, sino como la posibilidad de utilizarlos en condiciones de equidad, aceptabilidad y calidad.

Asimismo, se halló que una proporción de mujeres presenta baja frecuencia de utilización de los servicios, lo que puede estar asociado a barreras sociales, económicas o culturales que limitan el acceso oportuno a la atención, lo que coincide con estudios que evidencian desigualdades en la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva (Marmot & Wilkinson, 2005; Solar & Irwin, 2010; Barros et al., 2022; Sen et al., 2022; Houghton et al., 2022).

Tabla 4.

Correlación entre los determinantes Sociales y Acceso a los Servicios de Salud Reproductiva de las Mujeres en Edad Fértil atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray III-1, Red Asistencial La Libertad – EsSalud, 2025 (n = 384)

Determinantes sociales	p (Spearman)	p-valor
Nivel educativo	0,312	<0,001
Nivel de ingresos	0,355	<0,001
Situación laboral	0,301	<0,001
Situación económica	0,284	<0,001
Zona de residencia	0,267	<0,001
Creencias culturales	-0,341	<0,001
Gestión institucional	0,374	<0,001

Nota:

ρ = Coeficiente de correlación de Spearman.

Nivel de significancia estadística: $p < 0,05$.

El análisis de correlación de Spearman presentado en la Tabla 4 confirma la existencia de relaciones estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre diversos determinantes sociales y el acceso a los servicios de salud reproductiva en mujeres en edad fértil. Estos resultados evidencian que factores socioeconómicos, culturales e institucionales influyen de manera importante en la utilización de dichos servicios.

En particular, el nivel educativo mostró una relación positiva ($Rho = 0,312$) con el acceso a los servicios de salud reproductiva, lo que indica que mayores niveles de educación favorecen la utilización de estos servicios, lo que coincide con investigaciones que identificaron brechas significativas en el conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, especialmente entre mujeres rurales, afrodescendientes y residentes de la región amazónica, que los bajos niveles de educación se asocian con barreras como la desinformación, la vergüenza y la distancia geográfica, lo que reduce el uso de métodos anticonceptivos modernos (George et al., 2020). En este sentido, mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de planificación familiar contribuye a reducir embarazos no deseados y a mejorar el bienestar de las mujeres, ya que aquellas con mayor nivel educativo presentan mayor probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos, asistir a controles prenatales y acceder oportunamente a los servicios de salud.

Asimismo, el nivel de ingresos ($Rho = 0,355$) y la situación económica ($Rho = 0,284$) mostraron correlaciones positivas con el acceso a los servicios de salud reproductiva, lo que sugiere que mejores condiciones económicas facilitan la utilización de dichos servicios. De manera similar, la situación laboral presentó una correlación positiva moderada ($Rho = 0,301$), evidenciando que la estabilidad en el empleo favorece la capacidad de las mujeres para acceder a recursos y servicios relacionados con su salud. Estos hallazgos coinciden con Bustamante (2021), quien identificó factores como el bajo nivel educativo, los ingresos limitados, la residencia rural y la falta de planificación del embarazo como predictores del retraso en el inicio del control prenatal.

En relación con el contexto territorial, la zona de residencia mostró una correlación positiva baja ($Rho = 0,267$), lo que refleja las barreras geográficas que enfrentan las mujeres que viven en zonas rurales o periurbanas para acceder a los servicios de salud. Estos resultados se alinean con investigaciones realizadas en América Latina que evidencian desigualdades territoriales en el acceso a servicios de salud, especialmente en poblaciones vulnerables (Organización Mundial de la Salud, 2023; Boerma et al., 2018).

Por otro lado, las creencias y prácticas culturales presentaron una correlación negativa moderada ($Rho = -0,341$) con el acceso a los servicios de salud reproductiva, lo que sugiere que determinados patrones culturales pueden actuar como barreras para la utilización de los servicios formales de salud. Este resultado se relaciona con los planteamientos de la teoría feminista, la cual señala que las normas de género y las estructuras patriarcales pueden limitar la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud reproductiva. La presión familiar y comunitaria, así como la falta de educación sexual integral, pueden restringir el ejercicio pleno de los derechos reproductivos. (Solar & Irwin, 2010; Freedman & Kruk, 2018; Vedam et al., 2019; George et al; 2020).

En esta misma línea, Medina (2022) señala que variables como la edad, el estado civil, la ocupación y el tipo de familia influyen en la asistencia al control prenatal durante el primer trimestre de gestación. Asimismo, Acevedo y Tumas (2023) hallaron que las mujeres migrantes enfrentan importantes inequidades en el acceso a controles prenatales debido a barreras administrativas, socioculturales y fallas institucionales, lo que genera menores niveles de atención en comparación con mujeres nativas. Las mujeres jóvenes pertenecientes a estratos socioeconómicos vulnerables presentan mayor probabilidad de no solicitar atención médica ni adherirse a tratamientos, confirmando la influencia del nivel socioeconómico y del contexto territorial en el uso de los servicios de salud (Gilson, 2007; Sen & Govender, 2015; Sen et al., 2022).

Desde una perspectiva teórica, estos resultados pueden interpretarse a partir del concepto de capital cultural y social propuesto por Bourdieu (1986), quien plantea que las personas con mayor nivel educativo y redes sociales poseen mayores

recursos simbólicos y sociales que facilitan su acceso a servicios e información. En contraste, aquellas con menor capital cultural enfrentan barreras que limitan su participación plena en los sistemas institucionales.

De igual forma, estos resultados pueden analizarse desde la perspectiva de Marx (2013), quien sostiene que las estructuras económicas generan desigualdades en la distribución de recursos, lo que repercute en las oportunidades de acceso a bienes fundamentales como la salud. En este contexto, las condiciones socioeconómicas determinan en gran medida las posibilidades de acceder a servicios de salud de calidad.

Finalmente, la gestión institucional presentó la correlación positiva más alta con el acceso a los servicios de salud reproductiva ($Rho = 0,374$), lo que evidencia el papel fundamental de la organización del sistema sanitario, la implementación de políticas públicas y la coordinación entre los diferentes niveles de atención para garantizar una atención oportuna y equitativa. Este resultado pone de manifiesto que el fortalecimiento de la capacidad institucional del sistema de salud constituye un elemento clave para reducir desigualdades en el acceso y mejorar la utilización de los servicios de salud reproductiva.

El presente estudio aporta evidencia sobre la relación entre los determinantes sociales y el acceso a los servicios de salud reproductiva en mujeres en edad fértil. No obstante, presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el uso de un diseño transversal impide establecer relaciones causales entre los determinantes sociales analizados y la utilización de los servicios de salud reproductiva. Asimismo, la investigación se desarrolló en un establecimiento perteneciente al sistema de seguridad social, lo que podría limitar la generalización de los resultados a otros contextos del sistema sanitario, particularmente a poblaciones sin cobertura o atendidas en el primer nivel de atención.

A pesar de estas limitaciones, el estudio presenta fortalezas relevantes. La investigación aborda el acceso a los servicios de salud reproductiva desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, ampliamente promovido por la Organización Mundial de la Salud (2023), para comprender las desigualdades en salud. Además, incorpora variables

sociodemográficas y socioeconómicas que permiten analizar de manera integral las condiciones que influyen en el acceso a dichos servicios, aportando evidencia empírica contextualizada sobre el sistema de salud en el Perú.

Los hallazgos sugieren la necesidad de fortalecer políticas públicas orientadas a reducir las desigualdades sociales que condicionan el acceso a los servicios de salud reproductiva. En este sentido, resulta fundamental promover intervenciones intersectoriales que fortalezcan el acceso a la educación, la equidad laboral y la reducción de las brechas socioeconómicas, así como incorporar enfoques de género e interculturalidad en los programas de salud reproductiva.

Asimismo, futuras investigaciones deberían considerar diseños longitudinales y ampliar el análisis a distintos contextos geográficos y niveles del sistema de salud, con el fin de comprender con mayor profundidad los mecanismos mediante los cuales los determinantes sociales influyen en la utilización de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

El estudio muestra que el acceso a los servicios de salud reproductiva en mujeres en edad fértil no depende exclusivamente de la disponibilidad de oferta sanitaria, sino que está determinado de manera significativa por múltiples factores sociales. Variables como el nivel educativo, la situación laboral, el nivel de ingresos y la zona de residencia evidencian asociaciones estadísticamente significativas con el acceso, lo que confirma la persistencia de desigualdades estructurales que condicionan el ejercicio efectivo del derecho a la salud reproductiva.

Los resultados indican que, a pesar de la existencia de cobertura institucional dentro del sistema de seguridad social, persisten barreras sociales, económicas y territoriales que afectan de manera diferenciada a determinados grupos de mujeres.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, estos hallazgos confirman que las condiciones sociales en las que viven y se desarrollan las mujeres influyen directamente en sus oportunidades de acceder y utilizar servicios esenciales de salud reproductiva.

Asimismo, la gestión institucional presenta la asociación positiva más elevada con el acceso a los servicios, lo que sugiere que las intervenciones organizacionales dentro del sistema sanitario pueden contribuir a mitigar parcialmente las desigualdades existentes. En este sentido, fortalecer la organización del sistema de salud, mejorar la calidad de los servicios y reducir barreras administrativas constituye un elemento clave para ampliar el acceso efectivo a la atención.

En relación con las hipótesis planteadas, los resultados permiten aceptar la hipótesis de investigación (H_1), ya que se evidencia una relación estadísticamente significativa entre los determinantes sociales y el acceso a los servicios de salud reproductiva en la población estudiada, incluyendo la relación negativa y significativa de las creencias culturales con dicho acceso. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H_0), al demostrarse la existencia de asociaciones significativas entre las variables analizadas.

Finalmente, la reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud reproductiva requiere estrategias integrales que articulen intervenciones del sector salud con políticas sociales orientadas a mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de las mujeres. La incorporación de enfoques de equidad, justicia social y género en las políticas públicas resulta esencial para avanzar hacia sistemas de salud más inclusivos y garantizar un acceso equitativo y efectivo a los servicios de salud reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, G. E., & Tumas, N. (2023). Derecho a la salud y acceso a los cuidados prenatales de las mujeres migrantes internacionales: Análisis de situación en Córdoba, Argentina. *Revista Integración Regional & Derechos Humanos*, 11(1).
- Barros, A. J. D., Victora, C. G., Wehrmeister, F. C., Axelson, H., & Boerma, T. (2022). Socioeconomic inequalities in maternal and reproductive health coverage in low- and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 10(6), e807–e818.
- Boerma, T., Requejo, J., Victora, C. G., Amouzou, A., George, A., Agyepong, I., & Black, R. (2018). Countdown to 2030: Tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health. *The Lancet*,

391(10129),1538–1548.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30104-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30104-1)

Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. En J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–258). New York, NY: Greenwood.

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(Suppl 2), 19–31.
<https://doi.org/10.1177/00333549141291520>
 6

Bustamante, M. (2021). Factores asociados al inicio tardío del control prenatal en gestantes atendidas en establecimientos de salud del Perú (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Calderón, L., & Sánchez, M. (2020). Sociocultural factors associated with gynecological service use among university students. *Revista Latinoamericana de Salud Sexual y Reproductiva*, 12(1), 45–53.

Callata-Cardenas, S., Peña-Cerna, F. M. del R., Hernández-Vásquez, A., & Azañedo, D. (2023). Socioeconomic inequalities and factors associated with the use of modern contraceptive methods in women of childbearing age in Ecuador, 2018. *Healthcare (Basel)*, 11(16), 2293.
<https://doi.org/10.3390/healthcare11162293>

Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth. *The Lancet*, 384(9948), e42–e44.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)

Gilson, L. (2007). Acceptability, trust and equity. En D. McIntyre & G. Mooney (Eds.), *The economics of health equity* (pp. 124–148). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511544460.008>

George, A., Amin, A., Abreu Lopes, C., & Sundari Ravindran, T. K. (2020). Structural determinants of gender inequality: why they matter for adolescent girls' sexual and reproductive health. *BMJ*, 368, l6985.
<https://doi.org/10.1136/bmj.l6985>

Houghton, N., Báscolo, E., Jara, L., Cuéllar, C., Coitiño, A., & del Riego, A. (2022). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud*

Pública, 46, e94.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

Leventhal, D. G. P., Crochemore-Silva, I., Vidaletti, L. P., Armenta-Paulino, N., Barros, A. J. D., & Victora, C. G. (2021). Delivery channels and socioeconomic inequalities in coverage of reproductive, maternal, newborn, and child health interventions: Analysis of 36 cross-sectional surveys in low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 9(8), e1101–e1109.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00204-7)

Marmot, M., & Wilkinson, R. (2005). *Social determinants of health* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyl121>

Marx, K. (2013). *El capital: Crítica de la economía política* (Vol. 1). México, DF: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1867).

Medina, M. (2022). Determinantes sociales de la salud relacionados con la asistencia al control prenatal del primer trimestre de gestación. Hospital público Áncash, 2021–2022 (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo, Lima, Perú.

Naciones Unidas. (2024). *Objetivos de desarrollo sostenible: Informe de progreso global*. New York, NY: United Nations.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Global health observatory data repository*.
<https://www.who.int/data/gho>

Rawls, J. (2001). *Justice as fairness: A restatement*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
<https://doi.org/10.1017/S0953820800003587>

Sen, G., & Govender, V. (2015). Salud y derechos sexuales y reproductivos en sistemas de salud cambiantes. *Global Public Health*, 10(2), 228–242.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2014.986161>

Sen, G., Iyer, A., & George, A. (2022). Structural determinants of gender inequities in health. *Social Science & Medicine*, 292, 114607.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

United Nations Development Programme. (2016). Sustainable development goals. <https://www.undp.org>

Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., ... Declercq, E. (2019). The Giving Voice to Mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>