

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

EFFECTOS DE LA PANDEMIA SOBRE EL ACCESO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA PARROQUIA DE COTOCOLLAO, CIUDAD DE QUITO-ECUADOR, EN LOS AÑOS 2020-2021.

Portafolio Académico Educativo

Proyecto de investigación

Alejandra Carolina Cascante Castañeda

Ramiro Echeverría Tapia, MD., DPH

Director de Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito para la obtención del título de Magíster en Salud Pública

Quito, 15 de febrero de 2022

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

EFFECTOS DE LA PANDEMIA SOBRE EL ACCESO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA PARROQUIA DE COTOCOLLAO, CIUDAD DE QUITO-ECUADOR, EN LOS AÑOS 2020-2021.

Alejandra Carolina Cascante Castañeda

Nombre del Director del Programa: Jaime Eduardo Ocampo Trujillo
Título académico: PHD
Director del programa de: Maestría de Salud Pública

Nombre del Decano del colegio Académico: Jaime Eduardo Ocampo Trujillo
Título académico: PHD
Decano del Colegio/Escuela: Decano Escuela de Salud Pública

Tutor del Trabajo de Titulación:
Ramiro Echeverría Tapia, MD., DPH.
Profesor de la Escuela de Salud Pública

Quito, 15 de febrero de 2022

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Educación Superior del Ecuador.

Nombre del estudiante: Alejandra Carolina Cascante Castañeda

Código de estudiante: 00208184

Cédula de Identidad: 1716961824

Lugar y fecha: Quito, 15 de febrero del 2022

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following capstone project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

RESUMEN

Este estudio buscaba conocer las consecuencias que tuvo la pandemia, respecto al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y principalmente a métodos anticonceptivos, en las mujeres de la parroquia de Cotocollao en la ciudad de Quito-Ecuador. Para lo cual se analizó tanto la oferta como la demanda de estos servicios en establecimientos pertenecientes a las diferentes entidades del Sector salud presentes en dicha parroquia.

El diseño metodológico fue de tipo descriptivo e incluyó el análisis comparativo de producción de los servicios de salud sexual y reproductiva del año 2019 (antes de pandemia) versus el año 2020 (en pandemia) en un establecimiento perteneciente al Ministerio de Salud Pública, uno perteneciente a la Seguridad Social, uno del Municipio de Quito y uno privado como es CEMOPLAF. Por otro lado, se analizó la percepción respecto al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como a métodos anticonceptivos a través de una encuesta aplicada a 237 mujeres de entre 18 a 49 años, que acuden a los servicios de salud de la parroquia.

Entre los resultados que se obtuvieron llamó la atención la caída en las atenciones de salud sexual y reproductiva que experimentaron los servicios de salud durante la pandemia, principalmente aquellos del IESS y Municipio de Quito, llegando en algunos casos a ser casi nula. Por otro lado, las mujeres independientemente de sus determinantes sociodemográficas, refirieron dificultad de acceso incluso antes de pandemia lo que se ve reflejado en que la mayoría acceden a métodos a través de Farmacias es decir a través de gasto de bolsillo. Esto nos orienta a la necesidad de fortalecer dichos servicios y diseñar nuevas estrategias que permitan que los métodos anticonceptivos estén al alcance de la mujer.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, pandemia, dificultad de acceso, edad fértil, percepción.

ABSTRACT

This study sought to know the consequences that the pandemic had, regarding access to sexual and reproductive health services and mainly to contraceptive methods, in the women of the Cotacollao parish. For which both the supply and the demand for these services were analyzed in establishments belonging to the different entities of the health sector present in said parish.

The methodological design was descriptive and included a comparative analysis of the production of sexual and reproductive health services in 2019 (before the pandemic) versus 2020 (in the pandemic) in an establishment belonging to the Ministry of Public Health, one belonging to Social Security, one from the Municipality of Quito and a private one such as CEMOPLAF. On the other hand, the perception regarding access to sexual and reproductive health services, as well as contraceptive methods, was analyzed through a survey applied to 237 women between the ages of 18 and 49, who attend the health services of the parish. .

Among the results obtained, the drop in sexual and reproductive health care experienced by health services during the pandemic, mainly those of the IESS and the Municipality of Quito, stood out, reaching almost zero in some cases. On the other hand, women, regardless of their sociodemographic determinants, reported access difficulties even before the pandemic, which is reflected in the fact that most access methods through pharmacies, that is, through out-of-pocket expenses. This guides us to the need to strengthen these services and design new strategies that allow contraceptive methods to be available to women.

Keywords: Sexual and reproductive health, contraceptive methods, pandemic, difficulty of access, childbearing age, perception.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	10
1.Perspectiva histórica de los anticonceptivos en el mundo, latinoamérica y Ecuador.....	10
2.Definiciones.....	11
3.Estadísticas de uso de anticonceptivos en Latinoamérica	12
4.Marco Legal.....	14
5.La Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres Ecuatorianas	15
6.Indicadores de Salud Sexual.....	16
7.Pandemia de COVID-19 y la dificultad de acceso a los servicios de salud.....	19
8.Aproximación del área de Estudio.....	20
Metodología y Diseño de la Investigación.....	21
9. Pregunta de Investigación.....	21
10. Hipótesis.....	24
11. Objetivos.....	25
12. Justificación.....	26
13. Ubicación del área de Estudio.....	27
14. Diseño del Estudio.....	27
15. Población de Estudio.....	28
16. Muestreo.....	28
17. Variables	29
Análisis de Datos.....	32
18. Información de Producción de los Establecimientos de Salud.....	32
19. Resultados generales de la Encuesta	33
18.1.1. Variables Sociodemográficas.....	33
18.1.2. Variables relacionadas con Antecedentes de Salud Sexual y Reproductiva.....	35
18.1.3. Variables relacionadas con la percepción de acceso y costos de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de los métodos anticonceptivos.....	47
Conclusiones y Recomendaciones.....	53

Referencias bibliográficas (estilo APA).....	55
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cálculo Muestral por cuotas	28
Tabla 2. Operacionalización de variables	29
Tabla 3. Atenciones por primera vez en establecimientos de salud.....	30
Tabla 4. Estadísticas comparativas de variables demográficas y socioeconómicas por establecimiento de salud.....	36
Tabla 5. Estadísticas comparativas de Antecedentes de Salud Sexual y Reproductiva por establecimiento de salud	38
Tabla 6. Estadísticas comparativas del uso de anticonceptivos entre establecimientos.....	42
Tabla 7. Estadísticas comparativas respecto al lugar donde obtenían las mujeres los métodos anticonceptivos.....	45
Tabla 8. Estadísticas comparativas respecto costo de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de los métodos anticonceptivos.....	45
Tabla 9. Estadísticas comparativas respecto al acceso a servicios de salud y reproductiva, así como al acceso a métodos anticonceptivos.....	46
Tabla 10. Estadística sobre comentarios sobre dificultades de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.....	47
Tabla 11. Estadística de razones mencionadas por las mujeres para acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva	48
Tabla 12. Estadística de razones mencionadas por las mujeres para NO acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva	48
Tabla 13. Estadística de acciones que realizaron las mujeres para obtener métodos anticonceptivos durante la Pandemia.....	48
Tabla 14. Estadística de embarazos durante Pandemia.....	49
Tabla 15. Estadística de consecuencias referida por las mujeres durante Pandemia	50
Tabla 16. Estadística de repregunta sobre consecuencias de la Pandemia.....	55
Tabla 17. Interpretación de Correlaciones.....	56
Tabla 18. Posibles correlaciones entre variables demográficas y socioeconómicas.....	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Cantidad de atenciones por primera vez en Establecimientos de Salud.....	31
Gráfico 2. Distribución porcentual de atenciones en Servicios de Salud Sexual y reproductiva.....	32
Gráfico 3. Distribución porcentual por grupos de Edad.....	33
Gráfico 4. Distribución por auto identificación étnica.....	33
Gráfico 5. Distribución porcentual por estado civil.....	34
Gráfico 6. Distribución porcentual por nivel de Instrucción.....	35
Gráfico 7. Distribución porcentual por ocupación.....	35
Gráfico 8. Distribución porcentual por nivel de ingresos.....	36
Gráfico 9. Distribución porcentual de mujeres que poseen seguros de salud.....	36
Gráfico 10. Distribución porcentual por tipo de seguro de salud.....	37
Gráfico 11. Historial de embarazos.....	37
Gráfico 12. Productos de los embarazos reportados.....	37
Gráfico 13. Distribución respecto al Conocimiento de Anticonceptivos.....	38
Gráfico 14. Distribución porcentual respecto a la edad de inicio de la Anticoncepción.....	39
Gráfico 15. Distribución del número de hijos al iniciar la anticoncepción.....	40
Gráfico 16. Estadística sobre los lugares donde las mujeres recibieron la información.....	41
Gráfico 17. Estadística sobre anticonceptivos usados.....	41
Gráfico 18. Estadística sobre lugar de obtención de métodos anticonceptivos.....	42
Gráfico 19. Estadística sobre percepción de costo de Planificación Familiar.....	42
Gráfico 20. Estadística sobre percepción de costo de los métodos anticonceptivos.....	43
Gráfico 21. Estadística de percepción sobre facilidad/dificultad de acceso a anticonceptivos.....	45
Gráfico 22. Estadística de mujeres que acudieron a servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante Pandemia.....	47
Gráfico 23. Lugar de obtención de métodos anticonceptivos durante la Pandemia.....	48
Gráfico 24. Limitantes de Acceso percibidas durante la Pandemia.....	51

INTRODUCCIÓN

1. Perspectiva Histórica De Los Anticonceptivos En El Mundo, Latinoamérica Y Ecuador

La reproducción es el proceso natural que permite perpetuar la especie, es así que en la prehistoria los clanes o familias procuraban tener muchos hijos, especialmente varones, para mantener al clan fuerte.

Alrededor de los 2.000 años A.C, el hombre comenzó a relacionar al acto sexual con la fecundación y desde ese momento se empiezan a derivar conceptos de sexualidad, concepción y anticoncepción. **(Antonio et al., 2018).**

Existen escritos muy antiguos, que datan del año 1850 A.C. como el Papiro de Petri, donde se aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo (método rústico de barrera). La Biblia, en Génesis 38.9 menciona que Onán, cuando tenía relaciones “derramaba en tierra el semen”, (coitus interruptus). Hipócrates en el tratado de “Enfermedades de la mujer”, menciona que la mujer es fértil luego de la menstruación, (método del ritmo) y que, al introducir un cuerpo extraño en el útero de camellas, se volvían estériles (El dispositivo intrauterino). **(Antonio et al., 2018).** La esterilización definitiva masculina fue utilizada en la antigüedad, donde se realizaba castración completa a los eunucos, encargados de servir a mujeres de la nobleza. **(Sanger et al., 2012).**

Por largo tiempo, la iglesia católica proclama a la descendencia una consecuencia del amor propio del matrimonio, creándose incluso leyes civiles que prohibían el uso de anticonceptivos. **(Antonio et al., 2018)**; sin embargo, por la presencia de enfermedades como la sífilis, alrededor de 1640 se crean los primeros métodos de barrera con fines médicos, fabricados de tripas de animales, como mecanismo para reducir las enfermedades de transmisión sexual.

En 1789, Thomas Malthus publica el “Ensayo sobre la ley de la población”, donde menciona que, la población aumenta en una progresión geométrica, mientras que la producción de los alimentos lo hace en progresión aritmética, determinando que, a futuro se generaría escasez de

recursos, por lo que sugiere regular el tamaño de la familia, pero, a la vez, censura el uso de anticonceptivos. (**Alfredo & Marcos, 1822**) proponiendo reducir el crecimiento poblacional con “restricciones morales” (retraso del matrimonio, continencia conyugal y celibato) (**Sibe-cofaa & Nacional, n.d.**)

Con el cambio de siglo, la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual se vuelve una necesidad de Salud Pública, por lo que con el advenimiento de la vulcanización del caucho realizada por Charles Goodyear en 1843 empieza la fabricación y comercialización masiva de condones. La enfermera Margaret Sanger, en Estados Unidos se enfrenta a la legislación de la época, fundando en 1916 la primera clínica para el control de la natalidad (**Antonio et al., 2018**). Luchando además por el derecho de las mujeres a usar preservativos sin necesidad de prescripción médica. (**Sanger et al., 2012**).

Durante la Segunda Guerra Mundial en 1924, las autoridades militares promueven el uso de preservativo activamente, por la experiencia de lo acontecido en la Primera Guerra Mundial, donde las tropas adquirieron enfermedades de transmisión sexual y contagiaron a sus esposas. (**Sanger et al., 2012**)

Min Chue Chang, investigador especializado en la ovulación, asociado con Gregory Goodwin Pincus, Jhon Rock y con la ayuda económica de Margaret Sanger desarrollaron la primera píldora anovulatoria en 1955, pero debido al reporte de muchos efectos adversos. (**Antonio et al., 2018**), sumado a las creencias políticas y religiosas, se detuvieron las pruebas clínicas en Estados Unidos, encontrando los investigadores una opción de realizarlo en países de América Latina como Puerto Rico, Haití y México, a través de programas con clínicas privadas. (**Arenas, 2002**)

En 1960 aparece el movimiento de liberación sexual que promueve que la anticoncepción se considere un derecho humano. Durante la Conferencia Internacional de Derechos Humanos promovida por la ONU en 1968, se defiende esta postura, permitiendo la discusión en las naciones del mundo (**Echeverri, 2017**), logrando la legalización de la anticoncepción en gran

parte de países del mundo en los años 70s, tras lo cual se construyen programas de planificación familiar y salud reproductiva pública (**Antonio et al., 2018**).

En los países de Latinoamérica y el Caribe, la planificación familiar fue iniciada por instituciones privadas y posteriormente por instituciones gubernamentales. (**Arenas, 2002**), durante los años 70, se establecieron políticas de planificación familiar, enfocadas en el derecho de decidir cuándo y cuántos hijos tener, lo que llevó a mejoramiento de la calidad de vida de madres e hijos, con una notoria disminución de las tasas de natalidad a finales de los años 70 e inicios de los años 80. (**Arenas, 2002**).

La planificación familiar en Ecuador inicio con la fundación de APROFE (Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana), el 31 de agosto de 1965 en Guayaquil, como respuesta a un estudio realizado en la zona periférica de esta ciudad, donde los hallazgos fueron el exceso de hijos no deseados que llevaban a prácticas de aborto inseguras.

En 1968 durante el gobierno de José María Velasco Ibarra, Francisco Parra Gil, fundador de APROFE, es nombrado Ministro de Salud, esto permitió que los programas de planificación familiar, formen parte de los programas públicos de salud. Para en 1979, quedar incluido en la Constitución del Ecuador, el derecho de la pareja de elegir el número de hijos. (**Echeverri, 2017**).

2. Definiciones:

Salud sexual.

Según la OMS “la salud sexual es el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (**OMS, 2021c**)

Salud reproductiva.

La OMS define a la salud reproductiva como “los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee”. (OMS, 2021b)

Métodos Anticonceptivos.

Un anticonceptivo (anticoncepción) es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo (OPS,2019).

3. Estadísticas Del Uso De Anticonceptivos En Latinoamérica.

En Perú, de acuerdo a datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES 2018), el 76.3% de las mujeres que están casadas o tienen un conviviente usan métodos anticonceptivos. Los métodos utilizados son la inyección con 18.4%, el preservativo masculino 13.9%, esterilización femenina 9.6%, y abstinencia 11.9%. (San Ignacio de Loyola, 2018)

En Ecuador el Instituto de Censos, registró 3'347 862 mujeres en edad fértil (15-49 años) por grupos de edad 15-24 años, 25-39 años y de 40-49 años, de las cuales se seleccionaron 1 528 788 que eran usuarias de métodos anticonceptivos, encontrando que el 15.6% utilizaban el método del ritmo, 18.5% utilizan píldoras, 13.9% DIU, 4.3% condón, 9.9% inyección, 35.7% ligadura, 1.4% retiro y 0.7% otros. (INEC, 2013).

El 92.5% de la población en edad fértil tenía conocimientos sobre planificación familiar, con mayor predominio en el área urbana comparado con el área rural y las mujeres sin ningún nivel de instrucción tuvieron mayor desconocimiento sobre métodos anticonceptivos. (INEC, 2013)

En Colombia, según la Encuesta de Demografía y Salud del año 2015, 100% de la población tenía conocimientos sobre métodos anticonceptivos, además el 80.9% de las mujeres unidas y el 82.5% de las mujeres no unidas, sexualmente activas usaban algún método anticonceptivo. Los métodos anticonceptivos más utilizados en este país fueron: la esterilización femenina, la

inyección y la píldora. Las mujeres que tuvieron bajo nivel de educación formal mostraron menos uso de métodos anticonceptivos. **(Ministerio de Salud & Profamilia., 2015)**

En Ecuador el 92.5% de las mujeres casadas o unidas tienen acceso a métodos anticonceptivos. **(INEC, 2018)**. En Colombia el acceso a métodos anticonceptivos es del 69% habiendo una diferencia entre las mujeres de la zona rural y urbana. **(Ministerio de Salud & Profamilia., 2015)**.

4. Marco Legal.

Marco Legal Internacional

4.1. Conferencia de Población Bucarest, 1974.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó temáticas importantes como son: salud y planificación de la familia, perspectivas demográficas, derechos humanos, población y deterioro del medio ambiente e investigación de los problemas biomédicos relacionados con la regulación de la natalidad y sobre problemas de los programas de planificación familiar. De donde nació el Plan de Acción Mundial sobre Población que destaca:

- La reducción de la mortalidad infantil y materna como objetivos urgentes, especialmente en los países en desarrollo.
- La familia es la unidad básica de la sociedad y debe ser protegida por medio de leyes y políticas apropiadas. Además, el derecho de las parejas de decidir el número de hijos, el espaciamiento entre ellos e información, educación y medios necesarios.
- Fomentar el desarrollo de servicios adecuados de higiene familiar.
- Integrar los servicios de planificación familiar a los servicios de salud.
- La salud y educación son ejes importantes para la productividad por lo que, los planes de desarrollo económico y social deben tomarlos como prioridad.
- Fomentar la investigación con respecto a la mortalidad materna e infantil, mejoramiento de los métodos de regulación de la fecundidad, evaluación de los efectos de los métodos de

planificación familiar en la salud y las causas y tratamiento de la esterilidad. (**Mundial & Salud, 1975**).

4.2. Declaración de Alma-Ata URSS 1978

Se ratifica que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, siendo un derecho humano fundamental exige el trabajo conjunto de varios sectores sociales, económicos y de salud.

Define a la atención primaria de salud como la asistencia esencial donde se incluyen las actividades de educación de los principales problemas de salud y su prevención, donde se incluye la planificación familiar. (**The Pan American Health Organization, 2012**)

4.3. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) 1979

Con referencia a la planificación familiar destacan:

En el artículo 10 numeral h se menciona que los estados miembros deben asegurar el acceso al material informativo sobre asesoramiento sobre planificación familiar.

Artículo 16 numeral E que manifiesta que todos los estados miembros deben promover los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, el intervalo entre nacimientos y tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos. (**ONU: Asamblea General, 1979**)

4.4. Declaración del Milenio. 2000. Definición de objetivos del milenio.

Dentro de los objetivos del desarrollo del milenio, se encuentra el objetivo 5 que es mejorar la salud materna, mediante atención de salud sexual y reproductiva de calidad, promoviendo la planificación familiar de mujeres incrementando la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años. (**OMS, 2015**).

Marco Legal del Ecuador

4.5. Constitución de la República del Ecuador 2008

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos” (...).

“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficacia, precaución y bioética, con un enfoque de género y generacional”.

Art.363.- El Estado será responsable de:

“6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto”. (**Asamblea Constituyente, 2008**).

4.6. Ley Orgánica de Salud 2006

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud:

4.7. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de la vida que permitan la vigencia, respeto y goce de derechos, tanto sexuales como reproductivos y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera.

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación sexual.

Art. 23.- Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia, ni discriminación sobre el número de hijos que pueden procrear, mantener y educar,

en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como acceder a la información necesaria para ello.

Art. 27.- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual y asignará los recursos suficientes para ello. **(Asamblea Nacional del Ecuador, 2015).**

4.7. Ley Orgánica de Educación Intercultural

Art. 3. – Fines de la educación

e. La garantía del acceso plural y libre a la información sobre la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos para el conocimiento y ejercicio de dichos derechos bajo un enfoque de igualdad de género, y para la toma libre, consciente, responsable e informada de las decisiones sobre la sexualidad. **(Ministerio de Educación, 2017).**

5. La Salud Sexual Y Reproductiva En Mujeres Ecuatorianas

- **Determinantes que influyen en la falta de acceso de métodos anticonceptivos.**

Existen varios determinantes que influyen en la falta de uso de métodos anticonceptivos como son la edad, ciclo vital, nivel educativo, condiciones socioeconómicas, región de origen, calidad de los servicios de planificación familiar, la cultura y los estados de vulnerabilidad. La sociedad Latinoamericana es muy diversa por la mezcla cultural, étnica, valores éticos, morales y religiosos. **(Laza Vásquez, 2008).** Ecuador al ser un país de América Latina, se ve inmerso en todos estos determinantes, que crean una brecha de acceso a métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil. **(La et al., 2016)**

Si bien en Ecuador el 92.5% de las mujeres en edad fértil tienen conocimiento sobre métodos de planificación familiar, pero, el conocimiento no implica el uso. En la encuesta ENSANUT del

2018, se menciona que solo el 81.7% usan métodos anticonceptivos. Además, destaca que el uso de métodos anticonceptivos es menor en la zona rural que representa 77.4% con respecto a la zona urbana que es del 83.5%. Con respecto al uso de anticonceptivos modernos se puede observar que los hombres tienen mayor uso en un 94.8% con respecto a las mujeres con 92.8%. De acuerdo al grupo étnico el 4,7% de las mujeres indígenas tienen acceso a métodos anticonceptivos, 81.92% de mujeres mestizas y el 5.2% en mujeres afroamericanas. **(INEC, 2018).**

En las mujeres ecuatorianas, culturalmente su sexualidad aún se relaciona con la maternidad, y de esta manera se demuestra socialmente su femineidad, el uso de anticonceptivos es responsabilidad de la mujer y no del hombre. En las comunidades de las zonas rurales del país, aparte de la falta de conocimiento sobre anticonceptivos, existen mitos sobre los efectos secundarios que pueden causar los mismos, creando opiniones negativas que influyen en la decisión de las mujeres. **(La et al., 2016).**

6. Indicadores De Salud Sexual Y Reproductiva

Tasa Global de fecundidad

La tasa global de fecundidad del Ecuador en el periodo comprendido 2007-2012 se encontraba en 3, en el año 2018, se ha observado una reducción con una tasa de 2.2, la provincia con mayor tasa de fecundidad es Morona Santiago con 3.7 y las de menor tasa con 1.9 son Bolívar, Pichincha y Galápagos. **(INEC, 2018)**

Embarazo en adolescentes

En el Ecuador, el embarazo en la adolescencia tiene alta prevalencia, según estadísticas del INEC durante el 2019, existieron 17.5% embarazos de adolescentes de 15 a 19 años y el 0.6% de 10 a 14 años de edad, esto es considerado un problema de salud pública ligado a otros problemas como la violencia sexual, de género, mortalidad materna, muertes neonatales, pobreza, abandono de los estudios, entre otros. **(Veletanga, 2020)**

Consecuencias de embarazos no deseados.

En Latinoamérica, durante el periodo del 2010 al 2014, ocurrieron 6.5 millones de abortos inducidos cada año. El 60% de los abortos son poco seguros, desembocando en muertes maternas. **(GUTTMACHER, 2018).**

En Ecuador, según un estudio multidisciplinario liderado por Esteban Ortiz, el 85% de los abortos son clasificados como “otros embarazos terminados en aborto”, el autor sostiene que, esta denominación, abre la posibilidad que una parte de este porcentaje pertenezcan a casos de abortos autoinducidos o incompletos causados por procedimientos clandestinos. Durante el periodo comprendido entre el 2004 al 2014 se reportaron 431 614 abortos en todo el territorio ecuatoriano. Las provincias con mayor prevalencia de abortos son Guayas con 29.2%, Pichincha con 21.5% y Manabí 7.3%. El grupo etario con mayor prevalencia de abortos son las mujeres entre 16 y 25 años. **(Mosquera, 2017).**

7. Pandemia de COVID-19 y la dificultad de acceso a los servicios de salud.

Según la OMS, la pandemia por COVID-19 ha generado un gran impacto en los servicios de salud con enfoque preventivo, especialmente en los países con bajos ingresos. Muchas de las personas con enfermedades crónicas no recibieron atención y tratamiento durante la pandemia; en una encuesta a 155 países, el 53% de ellos ha presentado una interrupción parcial o total de los servicios de salud en enfermedades cardiovasculares, 49% en diabetes y sus complicaciones, entre otras. El 94% de los países reasignaron al personal de salud para apoyar la respuesta a la pandemia, aplazando otros programas públicos principalmente de prevención. **(OMS, 2020)**

En los países de América Latina y el Caribe, durante la epidemia del virus del Zika, se designaron los recursos de primer nivel para responder a la crisis, lo que representó una reducción de recursos asignados para salud sexual y reproductiva, además de los programas y acciones preventivas.

Debido a la crisis económica que genera la pandemia, las mujeres representan el grupo más vulnerable, debido a la disminución de ingresos, salida del mercado laboral, aumento del desempleo, cuidado de los hijos por la suspensión de clases y el cuidado de personas mayores o

con enfermedades, que aumentan la brecha de género existente y dificulta el traslado a los centros de salud y la adquisición de insumos necesarios.

El embarazo durante la adolescencia también podría aumentar, debido a dificultades y barreras de acceso a métodos anticonceptivos, adicional las medidas de confinamiento aumentan la exposición de las niñas y adolescentes a situaciones de violencia sexual y abuso intrafamiliar, mujeres con discapacidad, afrodescendientes y migrantes debido a las inequidades históricas que experimentan se encuentran más limitadas al acceso a servicios de salud incluidos los de salud sexual y reproductiva. **(OEA,2020)**

Desde 1990 hasta el 2013 se ha observado una reducción de la demanda insatisfecha de planificación familiar, de 17.2% a 10.6%. Durante la pandemia, sobre todo en los primeros meses, la medida para contener los contagios ha limitado el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos modernos, en el sector público existen dificultades para el abastecimiento de dichos métodos, discontinuidad de los servicios y falta de asistencia a las consultas, debido al miedo de contagio. Por lo que, se estima que en Latinoamérica y el Caribe de 9 a 20 millones de mujeres descontinuaron el uso de métodos anticonceptivos. **(Organizaciones Naciones Unidas, 2020).**

En el Ecuador, durante los primeros meses de la pandemia y el confinamiento, la atención de salud se centró en contener la expansión del virus en la población, por lo que la atención por consulta externa y las cirugías no urgentes fueron suspendidas, afectando también a los servicios de salud sexual y reproductiva. Entre los meses de marzo a julio del 2020 según registros del Ministerio de Salud Pública, existió un aumento de tres mil embarazos y la atención de controles prenatales descendió en 45.47% con respecto al año anterior y la mortalidad materna aumentó en un 33.64%. **(Surkuna, 2020)**

Durante el 17 de julio del 2020 al 30 de agosto, varias organizaciones sociales del Ecuador, como la Fundación Mujer y Mujer, Lunita Lunera, el Movimiento de Mujeres del Oro y Surkuna,

realizaron una encuesta virtual sobre el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante el periodo de pandemia. (El Universo, 2020)

En la encuesta participaron 23 provincias, con 512 personas, el 47.66% de las personas mencionaron que tuvieron dificultad para acceder al servicio de salud sexual y reproductiva, de las cuales el 72.95% eran mujeres entre 18 y 30 años. El 19.75% pertenecen a la población LGBTIQ, 43.13% eran personas con discapacidad y 38% eran adolescentes. El 57.85% de las personas encuestadas tuvieron dificultad para acceder a atención ginecológica, el 45.64% tuvo dificultad para acceder a métodos anticonceptivos y planificación familiar posparto y el 20.25% presentaron dificultad para acceder a asesoría sobre métodos de planificación familiar.

El 62.08% de los participantes mencionaron que el establecimiento donde presentaron las dificultades pertenecía al MSP, el 25.83% a servicios privados y 11.25% al IESS.

Estas dificultades de acceso tuvieron consecuencias en la vida de las mujeres de tal forma que el 36% de mujeres del estudio dejaron de usar anticonceptivos y 31,1 % tuvo que recurrir a gastos de bolsillo. (Surkuna, 2020).

8. Aproximación del área de Estudio.

El distrito metropolitano de Quito es una de las ciudades más importantes del Ecuador siendo la capital del país, está integrado por 65 parroquias 32 urbanas y 33 rurales, Cotocollao es una parroquia urbana, ubicada al norte de Quito, que de acuerdo a reportes del Municipio de Quito en el año 2010 tenía 31.623 habitantes, de ellos el 52,6% eran mujeres (16.633 mujeres), de las cuales, de acuerdo a datos del INEC existiría un promedio de 28% de mujeres en edad fértil.

Según información del Geo localizador del Ministerio de Salud Pública en Cotocollao existe un único servicio de salud de 1er nivel que brinda atención exclusiva para chicos de la calle además de 2 servicios de mayor complejidad como son el Hospital General Pablo Arturo Suarez y el Hospital especializado del Adulto Mayor que tiene un enfoque curativo antes que preventivo por lo que las mujeres solo acceden con referencia desde establecimientos de menor complejidad y en el caso del Hospital del adulto mayor atiende a mujeres que ya no se encuentran en edad fértil,

En cuanto a servicios básicos cuenta con un abastecimiento de agua potable y alcantarillado del 99%, servicio telefónico del 72% y la población económicamente activa es en un 52% trabajadores dependientes y en un 22% comerciantes al por mayor y menor y 5,2% están desocupados. (INEC,2018).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

9. Preguntas de investigación

¿Cuál fue el comportamiento de la provisión de servicios relacionados con salud sexual y reproductiva en los establecimientos del sector salud de la parroquia de Cotocollao antes y durante la pandemia?

¿Cuál es el perfil sociodemográfico de las mujeres en edad fértil que acuden a los diferentes establecimientos de salud de la parroquia de Cotocollao?

¿Cuál era el conocimiento y uso de anticonceptivos previo a la Pandemia, en mujeres en edad fértil que acuden a los diferentes establecimientos de salud de la parroquia de Cotocollao?

¿Dónde adquirirían las mujeres en edad fértil los métodos anticonceptivos antes y durante la pandemia en la parroquia de Cotocollao?

¿Cuál es la percepción de dificultad de acceso y costos de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil que acudieron a los servicios de salud de Cotocollao en el año 2020 y 1er semestre del 2021?

¿Cuáles fueron las determinantes sociales que intervinieron con más frecuencia en el acceso a métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil que acudieron a los servicios de salud de Cotocollao en el año 2020 y 1er semestre del 2021?

¿Cuál fue el porcentaje de deserción de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil que acudieron a los servicios de salud de Cotocollao en el año 2020 y 1er semestre del 2021?

¿Qué porcentaje de embarazos no deseados se produjeron en mujeres de edad fértil que acudieron a los servicios de salud de la parroquia de Cotocollao en el año 2020 y 1er semestre del 2021?

¿Cuáles son los efectos de la pandemia en los servicios de salud de la parroquia Cotocollao en relación con la continuidad de uso de los métodos anticonceptivos y su impacto en los procesos de fecundación, embarazo y natalidad?

10. Hipótesis

La pandemia de Covid 19 generó un incremento de las inequidades en salud, limitando el acceso a varios servicios principalmente preventivos, entre ellos a los de salud sexual y reproductiva, ya que la mayor parte de esfuerzos del sector salud, se concentraron en detener la expansión de la infección dejando de lado actividades principalmente preventivas. Las mujeres de parroquias como Cotocollao donde se tuvieron altos índices de contagio de COVID-19, podrían haber sido afectadas por sus determinantes demográficas, socioeconómicas y por situaciones propias de la Pandemia como el cierre de algunos servicios de salud, las restricciones de movilidad entre otras, afectando el derecho al acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva y sobre todo a métodos anticonceptivos, así como sus efectos en indicadores del nivel reproductivo.

11. Objetivos

General:

- Conocer de manera general el comportamiento del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como a métodos anticonceptivos antes y su comparación durante la Pandemia de COVID-19 (año 2020 y 1er semestre del 2021), en cuatro establecimientos de salud de Cotocollao.

Específicos:

- Conocer el comportamiento respecto a la provisión de anticonceptivos en los establecimientos del sector salud de la parroquia de Cotocollao antes y durante la pandemia.
- Conocer las diferencias entre establecimientos de salud, en el perfil sociodemográfico de las mujeres que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva de la parroquia Cotocollao.
- Determinar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos antes y durante la Pandemia
- Conocer la percepción de facilidad o dificultad para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva antes y durante la pandemia, en servicios de salud de Cotocollao.
- Conocer las determinantes que intervinieron con más frecuencia en la dificultad de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como a métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil que acudieron a los servicios de salud de Cotocollao en el año 2020 y 1er semestre del 2021.
- Conocer el porcentaje de deserción de uso de anticonceptivos y consecuencias de falta de acceso a planificación familiar en mujeres en edad fértil que acudieron a los servicios de salud de Cotocollao durante la Pandemia de Covid 19.

12. JUSTIFICACIÓN

La salud sexual y reproductiva es un derecho humano que forma parte del concepto de salud integral, ya que contribuye con el bienestar físico y mental de las personas.

Para su efectiva garantía es necesario contar con información veraz y facilidad de acceso; en América Latina y el Ecuador las mujeres en edad fértil no siempre pueden acceder a métodos anticonceptivos debido a una serie de determinantes que se convierten en limitantes, como son la edad, la instrucción, las condiciones socioeconómicas, la ruralidad, entre otras.

Considerando que desde marzo del 2020 el mundo ha vivido la presencia de la Pandemia debida a la Covid 19, es necesario tener una aproximación del comportamiento de los establecimientos de salud respecto a la provisión de métodos así como la percepción de facilidad o dificultad de acceso que han experimentado las mujeres, por lo que el presente trabajo busca indagar los resultados que tuvo esta emergencia sanitaria sobre la Salud Sexual y Reproductiva en las mujeres, enfocándose en una de las parroquias con más alta incidencia de COVID 19 en el Distrito Metropolitano de Quito, como es Cotocollao.

13. Ubicación del Área De Estudio.

En el presente estudio se consideró a los establecimientos de salud de los alrededores de la parroquia de Cotocollao, como son: El centro de salud tipo B “Cotocollao”, perteneciente al Ministerio de Salud, el Hospital del Día “Unidad Metropolitana de Salud Norte” perteneciente al GAD del Distrito Metropolitano de Quito y Hospital del Día “Cotocollao” perteneciente al IESS y el Centro Médico Privado “CEMOPLAF Nro. 21”.

14. Diseño De Estudio.

El presente trabajo tiene un enfoque principalmente descriptivo exploratorio cuali-cuantitativo, basado en la recolección de información, la tabulación y análisis de los resultados.

Tiene un componente de investigación de campo a través de la aplicación de encuestas (Fuente Primaria) a mujeres en edad fértil que acuden a los servicios de Salud de la parroquia de Cotocollao y para la elaboración de la encuesta se hicieron ajustes a preguntas aplicadas en encuestas realizadas en otros países por ejemplo cuestionario modelo de Encuesta demográfica y de Salud Sexual y Reproductiva de Uruguay, de esta encuesta se aplicó un pequeño pilotaje a 30 mujeres a fin de validar el entendimiento lingüístico de las preguntas.

Se recogieron Variables cuantitativas y cualitativas.

15. Población de Estudio.

La presente investigación tomó como Universo de estudio, a las mujeres en edad fértil que acudieron por primera vez a los servicios de salud sexual y reproductiva de la parroquia de Cotocollao en el año 2019, es decir antes que en el país se viviera la Pandemia, esto con el fin de obtener una muestra más representativa, ya que en el 2020 con el advenimiento de la Pandemia la producción en varios servicios disminuyó drásticamente. Para esto fué necesario recopilar información estadística de atenciones por primera vez, en cada establecimiento participante (Fuente secundaria).

16. Muestreo. Aplicaremos un muestreo no probabilístico por cuotas

3.4.2.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se estableció del total de atenciones por primera vez de los establecimientos de salud que atienden a mujeres en edad fértil en la parroquia de Cotocollao; (excepto Hospital Pablo Arturo Suarez debido a q tiene un enfoque curativo que no coincide con el objeto del presente estudio). Usando un margen de error de 6 y un nivel de confianza del 95%. Para el cálculo muestral se usó la fórmula para poblaciones finitas, señalado a continuación:

$$N = \frac{Z^2 N p q}{e^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

Fuente: (Malhotra, 4ta. edición 2004, pág. 325)

N= Población (2154 atenciones por primera vez)

p = probabilidad de ocurrencia = 0.5

q = probabilidad de no ocurrencia = 0.5

Z = Nivel de confianza de 95%. = 1,96

E = Porcentaje de error muestral tolerado = (0.06) ^2

Luego para determinar la muestra por cuotas se realizó una distribución proporcional al tamaño del estrato, obteniendo:

Tabla 1: CÁLCULO MUESTRAL POR CUOTAS

ESTABLECIMIENTO	MUJERES EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN 2019	PORCENTAJE QUE REPRESENTA	MUESTRA
MINISTERIO DE SALUD	1176	54%	129
MUNICIPIO	349	16%	38
IESS	214	11%	24
CEMOPLAF	415	19%	46
TOTAL	2154		237

Fuente: Estadísticas establecimientos de salud

Elaboración: Propia

Estas proporciones se asemejan a las determinadas en el artículo “Sistema de Salud de Ecuador” Publicado por Ruth Lucio, Nilda Villacrés y Rodrigo Henríquez en el año 2011 donde se estima que el Ministerio de salud cubre con servicios al 51% de la población, mientras que el IESS y otros prestadores cubren el valor restante.

Criterios de inclusión: Según lo que señala la OMS la edad fértil en la mujer abarca de los 15 a los 49 años de edad; sin embargo, para el presente estudio no se consideraron a menores de edad ya que existen variables intervinientes relacionadas con violencia de género que no son objeto del presente estudio, por lo que se evaluará únicamente a mujeres de 18 a 49 años.

Criterios de exclusión: Debido a que las preguntas respecto a la vida sexual de las mujeres no se pueden abordar de manera directa; sino que se debe iniciar por los datos socioeconómicos y de manera progresiva ir abordando los demás temas, las únicas mujeres a las que no se les aplicó la encuesta fueron aquellas que no se encontraban en el grupo etario o que no vivían ni trabajan en el sector de Cotacollao, a las mujeres en situación de movilidad humana que vivan menos de 3 años en el país ya que no podían aportar información relevante comparativa.

Una vez aplicadas las encuestas durante la tabulación se aplican otros criterios de exclusión como el caso de mujeres que no han iniciado su vida sexual y aquellas que se encuentran en tratamiento de fertilidad, ya que no presentan necesidad de métodos anticonceptivos.

17. Variables

Tabla 2. Operacionalización de variables.

DIMENSIÓN	VARIABLE	INDICADOR	Tipo de variables	ITEM (ENCUESTA)
SOCIO- DEMOGRÁFICA	Grupos de edad Fértil	Tiempo que ha vivido una persona considerando la edad desde la que es capaz de embarazarse.	cuantitativa de intervalo	2
	auto identificación étnica	auto reconocimiento de una persona como parte de un grupo étnico en específico	cualitativa nominal	3
	Estado Civil	situación sentimental y/o de convivencia reconocida legalmente, en la que una persona se encuentra	cualitativa nominal	4

	Nivel De Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados	cualitativa ordinal	5
	Ocupación	comprende la actividad laboral o de trabajo que realiza una persona y los límites de su competencia	cualitativa nominal	6
	Seguro de salud	Es un monto constante que una persona aporta a una institución de seguros, para recibir atención o cubrir parte de los gastos médicos	cualitativa nominal	7
	Nivel de Ingresos individual	es el salario que una persona recibe por su trabajo y marca su poder adquisitivo	cualitativa ordinal	9
	Tipo de seguro	Se refiere a la institución a la que una persona aporta para recibir atención en salud	cualitativa nominal	8
ANTECEDENTES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PREVIO A PANDEMIA	Embarazos previos.	Son acontecimientos ginecobstetricos en torno a gestaciones anteriores.	cuantitativa discreta	11.1.
	Producto del embarazo	Se refiere al resultado por el cual finaliza un embarazo sea este un Hijo Vivo, Un nacido muerto (óbito fetal) o un aborto.	cuantitativa ordinal	11.2.
	Edad de inicio de anticoncepción	Edad en la que usó por primera vez un método anticonceptivo	cuantitativa de intervalo	14
	Número de hijos al inicio de la anticoncepción	Demuestra si la anticoncepción inició antes o después del inicio de la actividad sexual	cuantitativa ordinal	11.3.
	Número de anticonceptivos conocidos	Demuestra las opciones de anticoncepción que conocen las mujeres	cuantitativa nominal	12.
	Anticonceptivos usados	Permite conocer la preferencia de las mujeres en cuanto a métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	12
	Lugar donde recibió información	Permite identificar dónde obtienen las mujeres información sobre anticoncepción	Cualitativa nominal	13
	De quien ha recibido información sobre anticoncepción antes de pandemia	Personas o instituciones que han brindado información de salud sexual o reproductiva	Cualitativa nominal	16
	Tipo de Establecimiento donde obtenía anticonceptivo antes de Pandemia	Establecimiento o Institución que proveyó a la mujer, de los anticonceptivos que usa de manera regular.	Cualitativa nominal	16

ACCESO A SERVICIOS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE PANDEMIA	Uso de servicios de salud sexual y reproductiva	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a orientar sobre la concepción y decisión de cuándo y cuántos hijos tener	Cualitativa nominal	21
	uso de métodos anticonceptivos durante pandemia	métodos que una usuaria a utilizado durante su vida sexual y reproductiva	Cualitativa nominal	22
	Obtención del método anticonceptivo	Lugar en donde la usuaria consigue el método anticonceptivo que usa.	Cualitativa nominal	23
	Dificultad para adquirir el método anticonceptivo	Grado de inconvenientes o barreras que han experimentado las usuarias para adquirir un método anticonceptivo	cualitativa ordinal	21
	Consecuencia de dificultad de acceso a métodos.	Resultados que la falta de acceso generaron sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres	Cualitativa nominal	22

Elaboración: Propia

ANÁLISIS DE DATOS.

18. Información de Producción de los Establecimientos de Salud.

Resultaba importante conocer la producción general y específica de los servicios de salud a fin de tener una aproximación comparativa del comportamiento de la provisión de métodos anticonceptivos antes y durante la Pandemia, como se puede observar en la siguiente tabla:

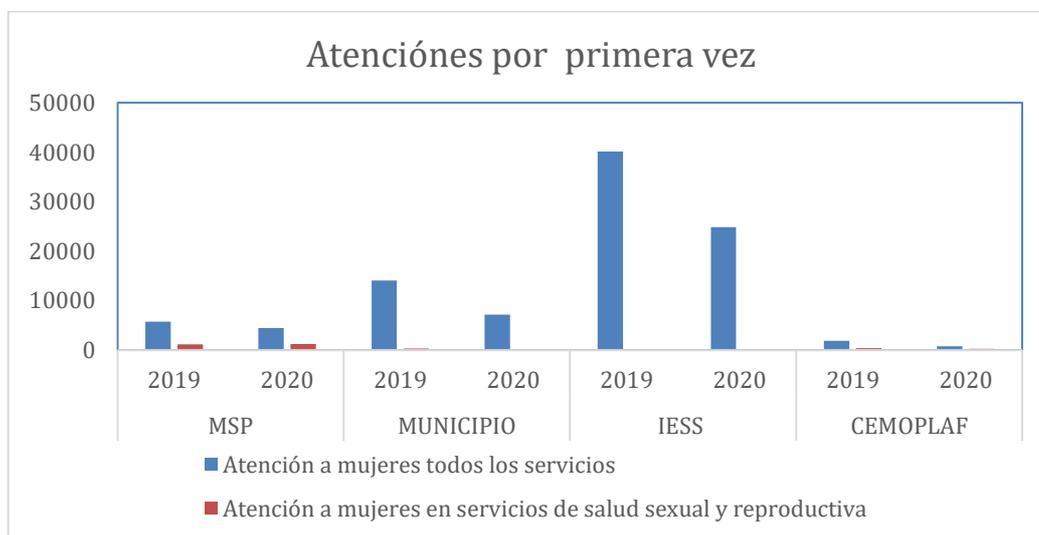
Tabla 3. Cantidad de atenciones a mujeres por primera vez en Establecimientos de Salud.

	MSP		Disminución porcentual	MUNICIPIO		Disminución porcentual	IESS		Disminución porcentual	CEMOPLAF		Disminución porcentual
	2019	2020		2019	2020		2019	2020		2019	2020	
Atención en todos los servicios	5760	4500	-21,9	14068	7202	-48,8	40177	24881	-38,1	1910	780	-59,2
Atención en servicios de salud sexual y reproductiva	1176	1255	6,7	349	18	-94,8	214	148	-30,8	415	302	-27,2
Suspensión de actividades en Pandemia	15 días			5 meses			15 días			1 semana		

Fuente: Estadísticas establecimientos de salud

Elaboración: Propia

Gráfico 1. Cantidad de atenciones por primera vez en Establecimientos de Salud.



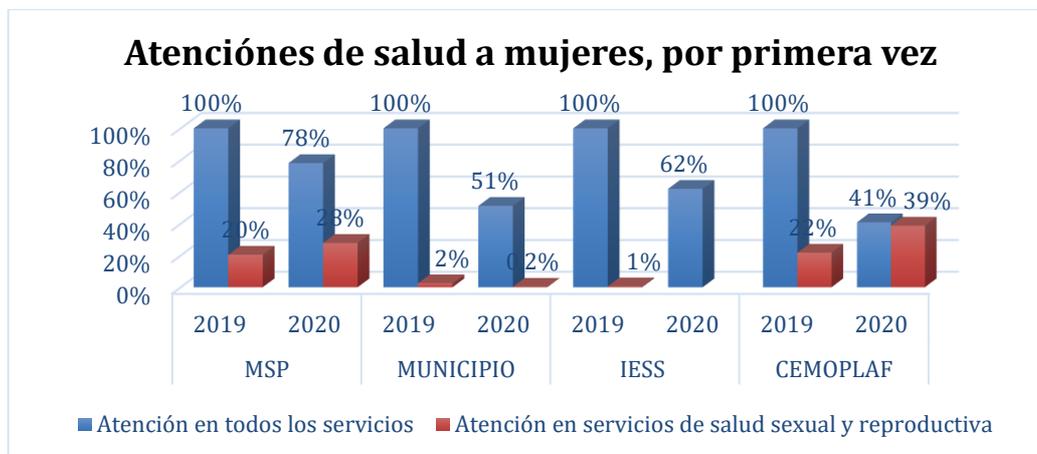
Fuente: Estadísticas establecimientos de salud

Elaboración: Propia

Como se puede observar de manera general las atenciones de salud brindadas a mujeres por primera vez en los 4 establecimientos de salud disminuyeron en el año 2020 respecto al año 2019 incluidas las atenciones de planificación familiar; sin embargo, al analizar cuanto representa porcentualmente en cada establecimiento la atención en servicios de salud sexual y reproductiva respecto a la atención general podemos encontrar la distribución que se representa en el siguiente

gráfico.

Gráfico 2. Distribución porcentual de atenciones a mujeres en Edad Fértil en Servicios de Salud Sexual y reproductiva.



Elaboración: Propia

Fuente: Estadísticas de Producción de los establecimientos de salud

Este gráfico nos indica que, si bien de manera general las atenciones por primera vez en los establecimientos de salud disminuyeron hasta en un 59%, el mismo tipo de atenciones en servicios de salud sexual y reproductiva se modificó porcentualmente de forma variable llegando a ser casi nula en la Unidad de Salud Norte perteneciente al Municipio de Quito y en el IESS, mientras en CEMOPLAF y en el MSP porcentualmente existió un incremento, lo que haría pensar que estos últimos asumieron la atención de las mujeres que no pudieron atenderse en los otros establecimientos de salud.

También se debe considerar que durante los primeros meses de Pandemia la ciudad de Quito entró en confinamiento, por lo que algunos establecimientos, dejaron de brindar atención por distintos periodos de tiempo, siendo la unidad de salud del Municipio la que más tiempo paralizó sus actividades regulares.

19. Resultados Generales De La Encuesta.

Con los datos antes señalados y de acuerdo al cálculo muestral obtenido, en los meses de agosto a noviembre del 2021 se aplicaron encuestas a 237 mujeres en edad fértil, de primera instancia a las mujeres que no cumplían con la edad definida para el estudio y aquellas que no vivían o trabajaban en el sector de Cotacollao, no se les aplicó la encuesta.

Sin embargo, en el transcurso del levantamiento y tabulación de encuestas, se identificó un

pequeño grupo de 20 mujeres que no podían brindar mayor información sobre salud sexual y reproductiva ni antes ni durante la Pandemia debido a que no han iniciado su vida sexual, también existieron 2 mujeres que se encontraban en tratamiento de Fertilidad antes y durante la Pandemia. Por tanto, se excluyeron del presente estudio y se aplicaron más encuestas para completar el número de encuestas establecido.

19.1. Variables Demográficas y Socioeconómicas.

Tabla 4. Estadísticas comparativas de variables demográficas y socioeconómicas por establecimiento de salud.

VARIABLE	INDICADOR	ESTABLECIMIENTO										Chi Cuadrado (p=)
		MINISTERIO DE SALUD		MUNICIPIO		IESS		CEMOPLAF		Total		
		Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	
GRUPOS DE EDAD	18 a 21 años	45	34,9%	16	42,1%	4	16,7%	20	43,5%	85	35,9%	0,058
	22 a 25 años	49	38,0%	10	26,3%	13	54,2%	13	28,3%	85	35,9%	
	26 a 29 años	35	27,1%	10	26,3%	6	25,0%	13	28,3%	64	27,0%	
	30 a 33 años	0	0,0%	2	5,3%	1	4,2%	0	0,0%	3	1,3%	
AUTO IDENTIFICACIÓN	Indígena	15	11,6%	3	7,9%	0	0,0%	3	6,5%	21	8,9%	0,003
	afroecuator	4	3,1%	1	2,6%	0	0,0%	3	6,5%	8	3,4%	
	mulato	0	0,0%	0	0,0%	1	4,2%	2	4,3%	3	1,3%	
	mestizo	107	82,9%	33	86,8%	21	87,5%	35	76,1%	196	82,7%	
	blanco	0	0,0%	0	0,0%	2	8,3%	0	0,0%	2	0,8%	
	otro	3	2,3%	1	2,6%	0	0,0%	3	6,5%	7	3,0%	
ESTADO CIVIL	soltera	58	45,0%	16	42,1%	7	29,2%	20	43,5%	101	42,6%	0,858
	casada	29	22,5%	7	18,4%	9	37,5%	11	23,9%	56	23,6%	
	union lib.	37	28,7%	14	36,8%	7	29,2%	14	30,4%	72	30,4%	
	sep/divor	5	3,9%	1	2,6%	1	4,2%	1	2,2%	8	3,4%	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	prim inc	3	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,3%	0,605
	prim comp	10	7,8%	3	7,9%	2	8,3%	8	17,4%	23	9,7%	
	secund inc	7	5,4%	0	0,0%	1	4,2%	4	8,7%	12	5,1%	
	secund comp	64	49,6%	22	57,9%	10	41,7%	18	39,1%	114	48,1%	
	super inc	18	14,0%	4	10,5%	3	12,5%	7	15,2%	32	13,5%	
	super comp	27	20,9%	9	23,7%	8	33,3%	9	19,6%	53	22,4%	
OCUPACIÓN	serv publ	2	1,6%	0	0,0%	9	37,5%	0	0,0%	11	4,6%	0,000
	serv priv	75	58,1%	25	65,8%	10	41,7%	16	34,8%	126	53,2%	
	independiente	42	32,6%	12	31,6%	5	20,8%	19	41,3%	78	32,9%	
	desempl con capac trabj	3	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	6,5%	6	2,5%	
	desempl sin capac trabj	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	
	ama casa	5	3,9%	1	2,6%	0	0,0%	3	6,5%	9	3,8%	
	estudiante	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	5	10,9%	6	2,5%	
TIENE SEGURO DE SALUD	NO	107	82,9%	30	78,9%	0	0,0%	38	82,6%	175	73,8%	0,000
	SI	22	17,1%	8	21,1%	24	100,0%	8	17,4%	62	26,2%	
TIPO DE SEGURO DE SALUD	Iess	15	11,6%	5	13,2%	22	91,7%	6	13,0%	48	20,3%	0,035
	privado	1	0,8%	3	7,9%	0	0,0%	0	0,0%	4	1,7%	
	policial/milita	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,2%	1	0,4%	
	Iess y privado	2	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,2%	3	1,3%	

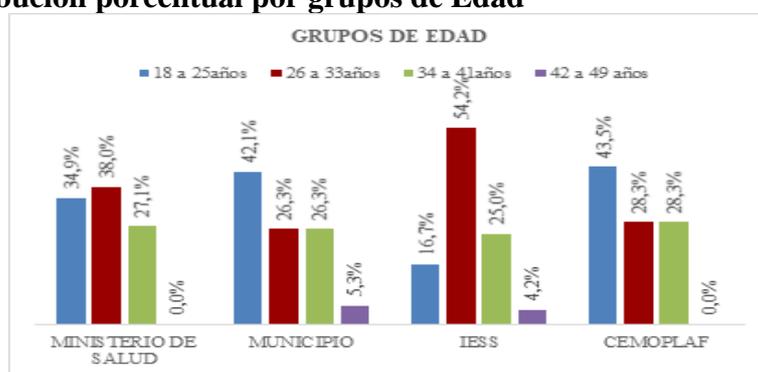
	less y med prep	1	0,8%	0	0,0%	1	4,2%	0	0,0%	2	0,8%	
	less y policial	0	0,0%	0	0,0%	1	4,2%	0	0,0%	1	0,4%	
NIVEL DE INGRESOS	<400	66	51,2%	18	47,4%	3	12,5%	21	45,7%	108	45,6%	0,000
	400-799	43	33,3%	17	44,7%	10	41,7%	11	23,9%	81	34,2%	
	800-1199	12	9,3%	3	7,9%	6	25,0%	2	4,3%	23	9,7%	
	1200-1599	2	1,6%	0	0,0%	4	16,7%	0	0,0%	6	2,5%	
	1600 o más	0	0,0%	0	0,0%	1	4,2%	1	2,2%	2	0,8%	
	Sin Ingresos	6	4,7%	0	0,0%	0	0,0%	11	23,9%	17	7,2%	

Total	129	100%	38	100%	24	100%	46	100%	237	100%
--------------	------------	-------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------	-------------	------------	-------------

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia (uso de Spss 25).

Gráfico 3. Distribución porcentual por grupos de Edad

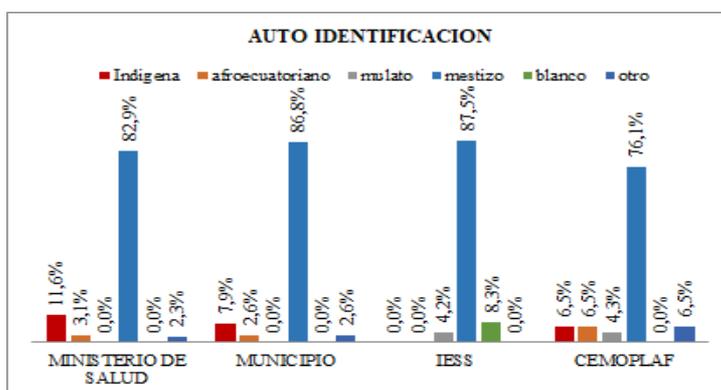


Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Al aplicar la prueba de Prueba Chi cuadrado, p es mayor a 0,05, lo que indica que no existen diferencias significativas entre los establecimientos de salud con relación a los grupos de edades, siendo la mayoría de encuestas aplicadas en mujeres entre 18 a 25 años y 26 a 33 años.

Gráfico 4. Distribución por auto identificación étnica



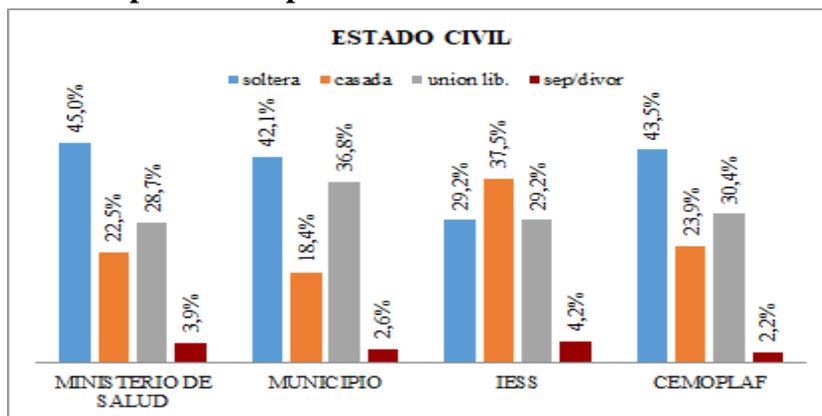
Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Respecto a la auto identificación étnica, en promedio en los 3 establecimientos el 83,3% de mujeres se identifican como mestizas, al aplicar la Prueba Chi cuadrado, $p < 0,05$, existen

diferencias significativas en los porcentajes del MINISTERIO DE SALUD donde el 11,0% de mujeres se auto identificaron indígenas mientras que en el IESS ninguna mujer se identificó como indígena, pero 8,3% se identificaron como blancas. En la variable otros se registraron a las extranjeras que, en CEMOPLAF bordean el 6,5%, en Ministerio y Municipio representan 2,4%, mientras en el IESS no se captó ninguna.

Gráfico 5. Distribución porcentual por estado civil.

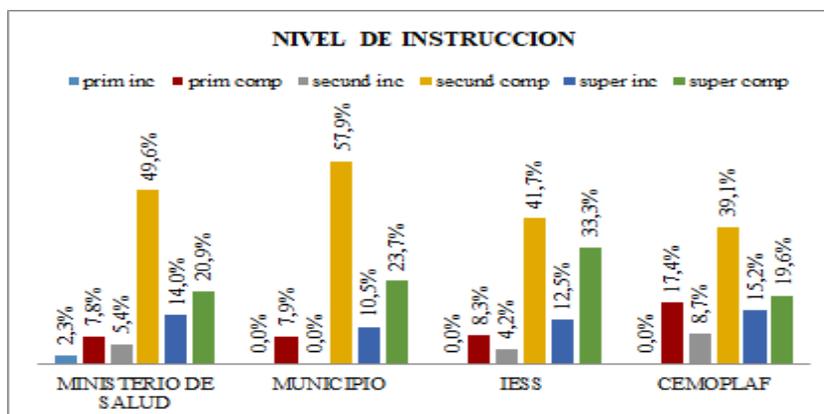


Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Respecto al estado civil, llamó la atención el mayor porcentaje de solteras y unión libre en MINISTERIO DE SALUD, MUNICIPIO, CEMOPLAF y MSP, mientras en IESS existe mayores porcentajes en casadas; sin embargo, en Prueba Chi cuadrado, $p > 0,05$ no se tienen diferencias significativas.

Gráfico 6. Distribución porcentual por nivel de Instrucción.



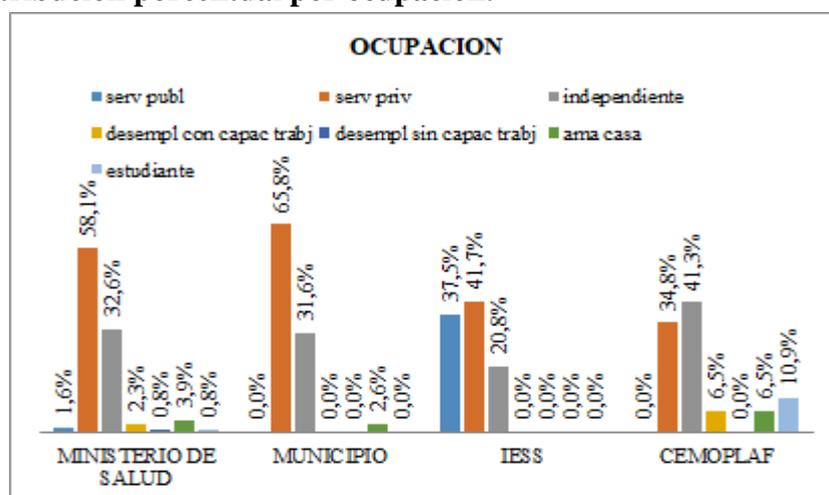
Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Respecto al Nivel de Instrucción, a pesar que en el IESS parecería existir mayor nivel de instrucción, al aplicar la prueba de Chi cuadrado, $p > 0,05$ no existen diferencias significativas

entre las mujeres que acuden a los distintos establecimientos; esto quiere decir que en promedio el 44,6% de mujeres entrevistadas tienen instrucción secundaria completa (secund comp).

Gráfico 7. Distribución porcentual por ocupación.

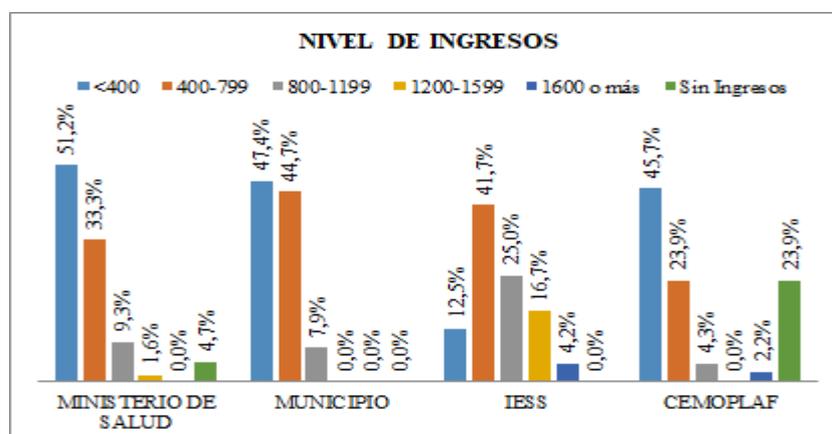


Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

En cuanto a la ocupación, al aplicar la Prueba Chi cuadrado, $p < 0,05$, lo que indica que existen diferencias significativas entre establecimientos; así en el MINISTERIO DE SALUD y MUNICIPIO se tiene mayor porcentaje de mujeres que trabajan en el sector privado (serv priv) mientras en el IESS y CEMOPLAF los porcentajes de mujeres que trabajan en el sector privado y público, se equiparan.

Gráfico 8. Distribución porcentual por nivel de ingresos.



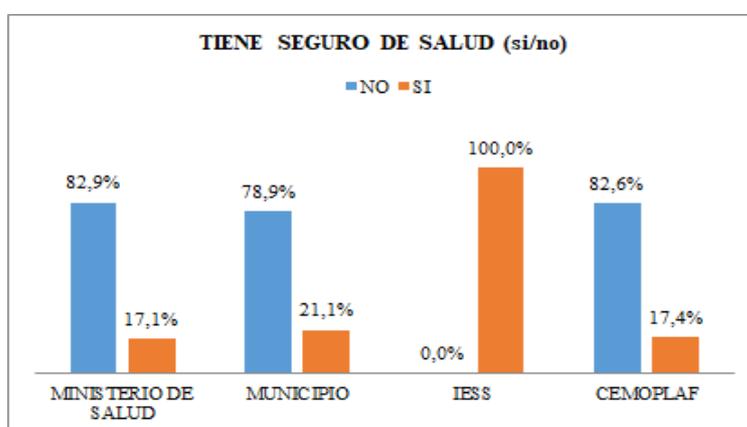
Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Al aplicar la Prueba Chi cuadrado, $p < 0,05$, Si se tienen diferencias significativas en los

porcentajes de ingresos entre los establecimientos de salud. En el MINISTERIO DE SALUD, MUNICIPIO y CEMOPLAF casi la mitad de mujeres reciben menos de 400 dólares al mes, lo que es menos del salario básico unificado, mientras que en el IESS el 41,7% de mujeres perciben entre 400-799 es decir entre 1 a 1,5 salarios básicos, mientras que en CEMOPLAF si bien el 45,7% perciben entre 400 a 799 dólares llama la atención que un 23% de mujeres no tienen ingresos económicos.

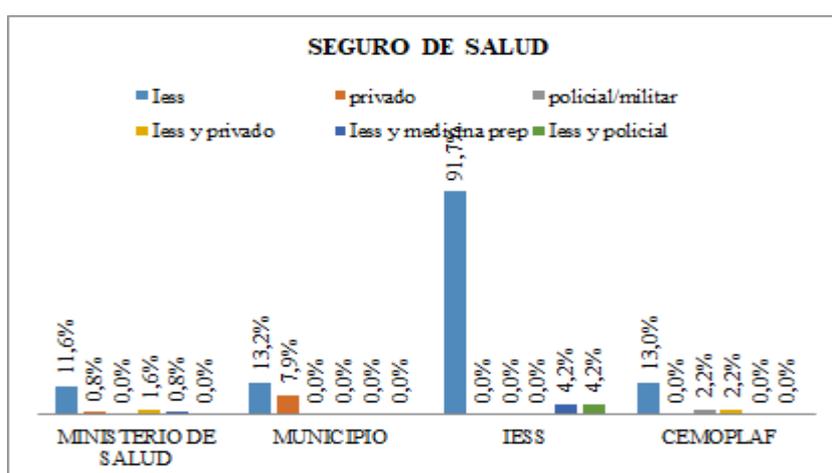
Gráfico 9. Distribución porcentual de mujeres que poseen seguros de salud



Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Gráfico 10. Distribución porcentual por tipo de seguro de salud.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

El Gráfico 7 nos permite tener una aproximación respecto al aseguramiento de salud, la Prueba Chi cuadrado demostró diferencias significativas entre las mujeres que acuden, como era de esperarse el 100% de mujeres que acuden al IESS tienen seguro de salud; sin embargo, en los

demás establecimientos la proporción de no aseguradas supera al de aseguradas y como se observa en el Gráfico 8 el IESS corresponde a la principal aseguradora de salud, llama la atención que dentro de las mujeres que acuden al Municipio un 7,9% cuentan con aseguramiento privado.

17.1.2. Variables relacionadas con Antecedentes de Salud Sexual y Reproductiva.

Tabla 5. Estadísticas comparativas de Antecedentes de Salud Sexual y Reproductiva por establecimiento de salud.

VARIABLE	INDICADOR	ESTABLECIMIENTO										Chi Cuadrado (p=)
		MINISTERIO DE SALUD		MUNICIPIO		IESS		CEMOPLAF		Total		
		Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	
Embarazos	Ningun	40	31,0%	12	31,6%	8	33,3%	14	30,4%	74	31,2%	0,913
	1 a 3	74	57,4%	22	57,9%	11	45,8%	26	56,5%	133	56,1%	
	> 3	15	11,6%	4	10,5%	5	20,8%	6	13,0%	30	12,7%	
Hijos vivos	0	39	30,2%	11	28,9%	9	37,5%	16	34,8%	75	31,6%	0,686
	1	44	34,1%	13	34,2%	11	45,8%	13	28,3%	81	34,2%	
	2	27	20,9%	12	31,6%	2	8,3%	12	26,1%	53	22,4%	
	3	13	10,1%	1	2,6%	1	4,2%	4	8,7%	19	8,0%	
	4	6	4,7%	1	2,6%	1	4,2%	1	2,2%	9	3,8%	
Hijos fallecidos	0	123	95,3%	37	97,4%	23	95,8%	44	95,7%	227	95,8%	0,808
	1	2	1,6%	1	2,6%	0	0,0%	2	4,3%	5	2,1%	
	2	3	2,3%	0	0,0%	1	4,2%	0	0,0%	4	1,7%	
	4	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	
Abortos	0	116	89,9%	33	86,8%	21	87,5%	39	84,8%	209	88,2%	0,951
	1	11	8,5%	4	10,5%	2	8,3%	6	13,0%	23	9,7%	
	2	2	1,6%	1	2,6%	1	4,2%	1	2,2%	5	2,1%	
CONOCE ANTICONCEPTIVOS	0 a 1	6	4,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,2%	7	3,0%	0,001
	2 a 3	11	8,5%	6	15,8%	1	4,2%	14	30,4%	32	13,5%	
	4 a 6	53	41,1%	10	26,3%	14	58,3%	20	43,5%	97	40,9%	
	>6	59	45,7%	22	57,9%	9	37,5%	11	23,9%	101	42,6%	
EDAD DE INICIO (años)	10-14	3	2,3%	0	0,0%	1	4,2%	5	10,9%	9	3,8%	0,070
	15-19	72	55,8%	20	52,6%	7	29,2%	18	39,1%	117	49,4%	
	20-24	41	31,8%	14	36,8%	12	50,0%	20	43,5%	87	36,7%	
	25-29	8	6,2%	3	7,9%	4	16,7%	2	4,3%	17	7,2%	
	30 o más	5	3,9%	1	2,6%	0	0,0%	1	2,2%	7	3,0%	
# hijos al inicio de anticoncepción	0	77	59,7%	21	55,3%	18	75,0%	27	58,7%	143	60,3%	0,369
	1	47	36,4%	14	36,8%	5	20,8%	14	30,4%	80	33,8%	
	2	5	3,9%	2	5,3%	1	4,2%	2	4,3%	10	4,2%	
	3	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%	2	4,3%	3	1,3%	
	4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,2%	1	0,4%	
Lugar donde recibió información de anticoncepción	Estab msp	21	16,3%	6	15,8%	1	4,2%	5	10,9%	33	13,9%	0,12
	Estab iess	1	0,8%	0	0,0%	7	29,2%	4	8,7%	12	5,1%	
	Un Ed	32	24,8%	7	18,4%	1	4,2%	12	26,1%	52	21,9%	
	Clin privat	16	12,4%	10	26,3%	3	12,5%	9	19,6%	38	16,0%	
	Estab msp, Un Ed	27	20,9%	6	15,8%	6	25,0%	3	6,5%	42	17,7%	
	Un Ed, clin privat	21	16,3%	6	15,8%	5	20,8%	10	21,7%	42	17,7%	
	otros	11	8,5%	3	7,9%	1	4,2%	3	6,5%	18	7,6%	

Total	129	100%	38	100%	24	100%	46	100%	237	100%
-------	-----	------	----	------	----	------	----	------	-----	------

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia (uso de Spss 25).

Como se observa en la tabla, la mayor parte de las variables tienen valor de $p > 0,05$, es decir que no existen diferencias significativas entre las mujeres que acuden a los diferentes establecimientos de salud, por lo que su análisis se hará de manera consolidada, a excepción de la variable conocimiento que sí demuestra diferencias significativas.

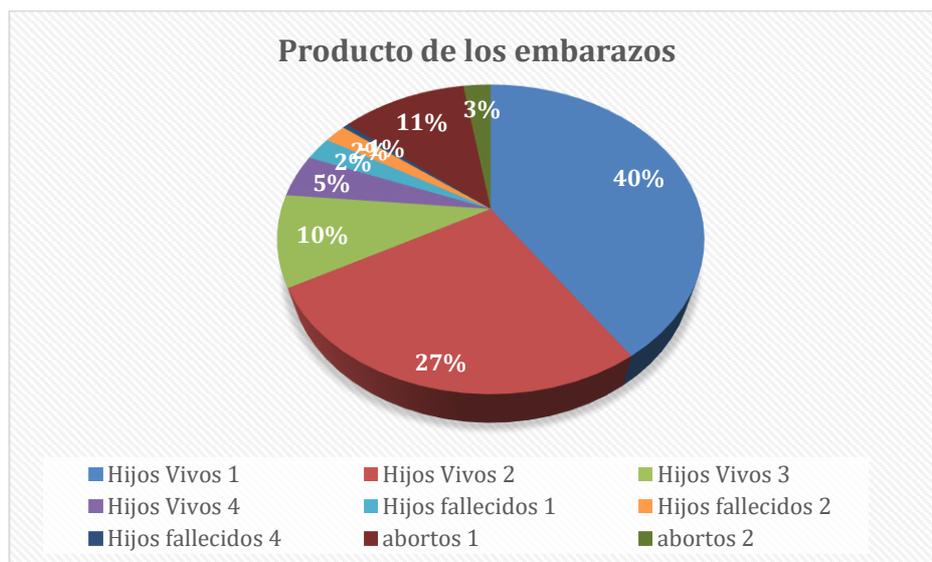
Gráfico 11. Historial de embarazos.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Gráfico 12. Productos de los embarazos reportados.



Fuente: Encuesta

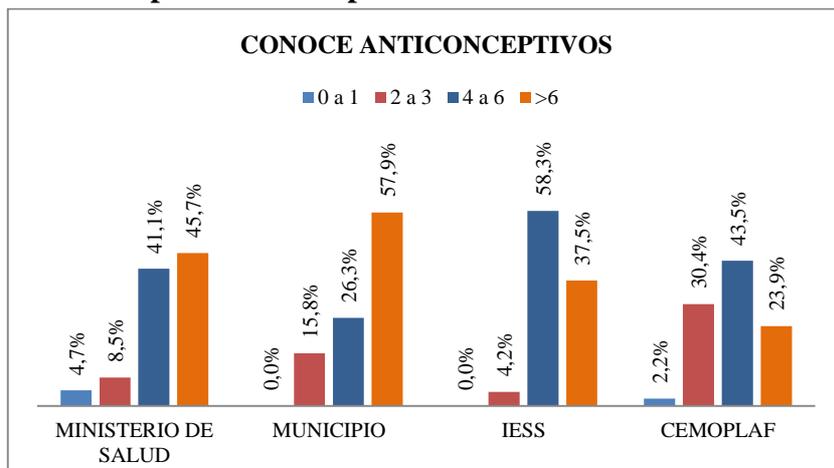
Elaboración: Propia

En cuanto a la historia de embarazos el 56,1% de todas las mujeres participantes, tuvieron entre 1 a 3 embarazos, 31% no han tenido embarazos y 13% han tenido más de 3 embarazos.

De las mujeres que han estado embarazadas, como se observa en el gráfico 10 el 40% tiene un

hijo vivo, seguido de dos hijos vivos, el 11% de mujeres han experimentado un aborto.

Gráfico 13. Distribución porcentual respecto al Conocimiento de Anticonceptivos

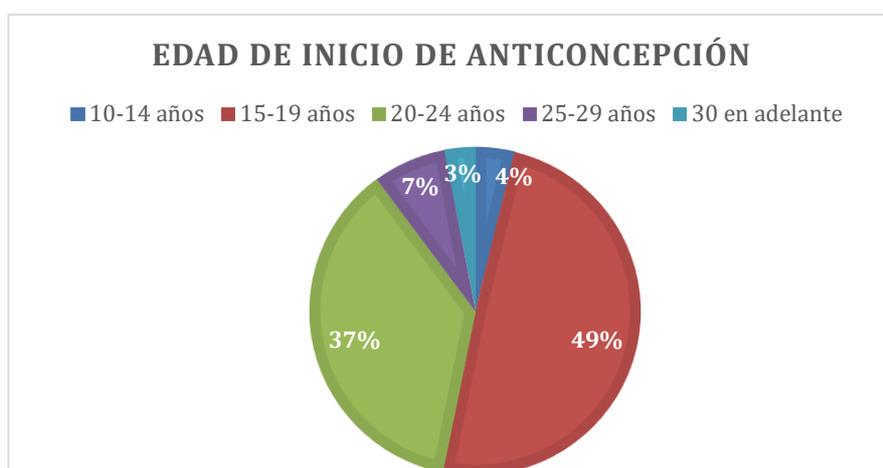


Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Respecto al número de anticonceptivos que las mujeres conocen al aplicar la Prueba Chi cuadrado, hay diferencias significativas en los porcentajes por establecimientos de salud, existiendo un conocimiento de menos tipos de sobre los tipos de anticonceptivos entre las mujeres que acuden a CEMOPLAF.

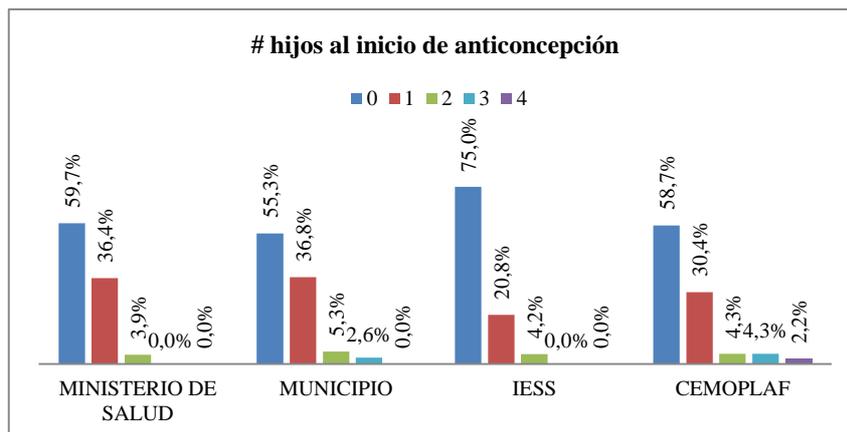
Gráfico 14. Distribución porcentual respecto a la edad de inicio de la Anticoncepción.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

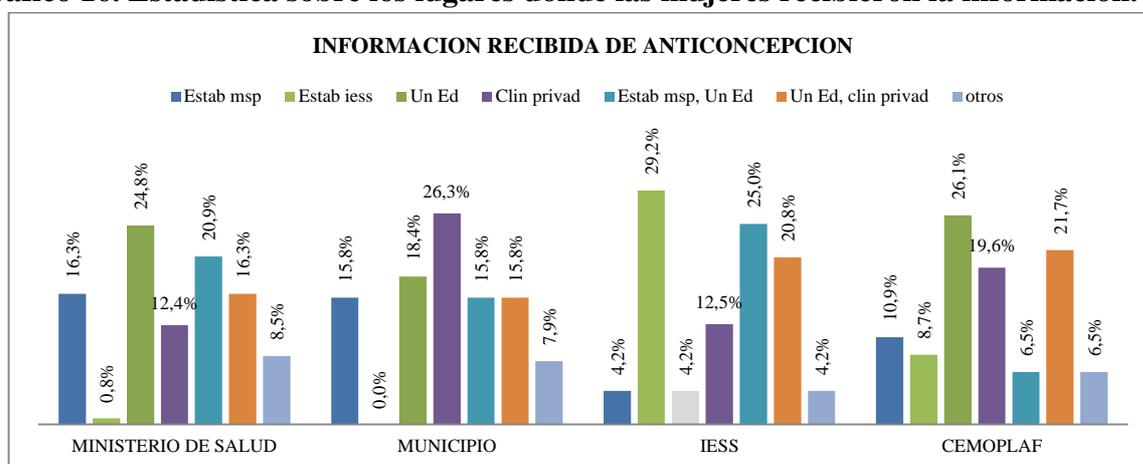
Respecto a la edad de inicio el 49% de mujeres manifestaron haber empezada a usar anticonceptivos entre los 15 a 19 años seguido del 37% que empezaron a usarlos entre los 20 a 24 años, debe llamar la atención que existe un 3% de mujeres que iniciaron el uso de métodos anticonceptivos entre 10 a 14 años, lo que es un indicador proxi de violencia de género.

Gráfico 15. Distribución del número de hijos al inicio de la anticoncepción

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Como se puede observar la mayor parte de mujeres empezaron a usar anticonceptivos sin haber tenido antes algún hijo. Sin embargo, un importante porcentaje empezó el uso después de tener su primer hijo.

Gráfico 16. Estadística sobre los lugares donde las mujeres recibieron la información.

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia.

Respecto al lugar en donde las mujeres han recibido información sobre anticonceptivos, evidenciamos que el 70% han recibido información en más de un lugar y al aplicar la prueba de Chi cuadrado se encontró que en el MINISTERIO DE SALUD el mayor porcentaje de mujeres recibieron información en Establecimientos del MPS y en Unidades Educativas. En el MUNICIPIO el mayor porcentaje de mujeres refirieron haber recibido información en Establecimientos del MPS y Establecimientos privados, en el IEES los mayores porcentajes están en Establecimientos del MPS, Establecimientos privados y Unidades Educativas, mientras que

en el CEMOPLAF las mujeres refirieron en mayor porcentaje haber recibido información en Unidades Educativas y Establecimientos privados.

Tabla 6. Estadísticas comparativas del uso de anticonceptivos entre establecimientos de salud.

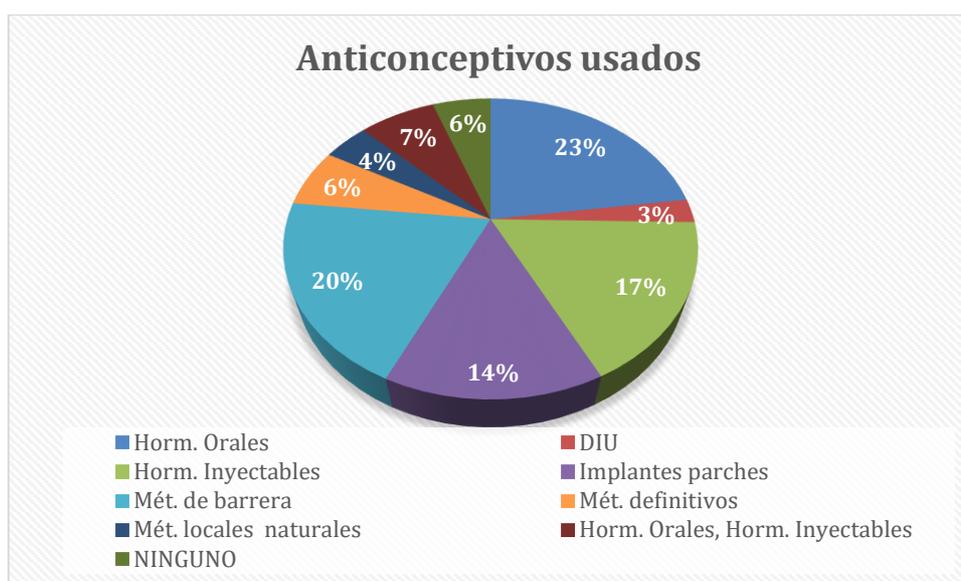
ANTICONCEPTIVO QUE USA	ESTABLECIMIENTO								Total		Chi Cuadrado (p=)
	MINISTERIO DE SALUD		MUNICIPIO		IESS		CEMOPLAF				
	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	
Horm. Orales	32	24,8%	6	15,8%	7	29,2%	9	19,6%	54	22,8%	0,123
DIU	6	4,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	2,5%	
Horm. Inyectables	22	17,1%	9	23,7%	4	16,7%	6	13,0%	41	17,3%	
Implantes parches	14	10,9%	7	18,4%	2	8,3%	11	23,9%	34	14,3%	
Mét. de barrera	23	17,8%	9	23,7%	8	33,3%	7	15,2%	47	19,8%	
Mét. definitivos	6	4,7%	1	2,6%	1	4,2%	7	15,2%	15	6,3%	
Mét. locales naturales	8	6,2%	1	2,6%	1	4,2%	0	0,0%	10	4,2%	
Horm. Orales, Horm. Inyectables	11	8,5%	1	2,6%	1	4,2%	4	8,7%	17	7,2%	
NINGUNO	7	5,4%	4	10,5%	0	0,0%	2	4,3%	13	5,5%	
Total	129	100%	38	100%	24	100%	46	100%	237	100%	

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia (uso de Spss 25)

Respecto al uso de anticonceptivos, al aplicar la Prueba de Chi cuadrado no se encontraron diferencias significativas entre establecimientos por lo que se analizaron de manera general.

Gráfico 17. Estadística sobre anticonceptivos usados.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

De lo observado las mujeres han usado en un 23% métodos hormonales orales, seguido del 20% de mujeres que usan métodos de barrera y 14% que usan parches e implantes, un 7% han usado varios métodos anticonceptivos hormonales y un 6% usan métodos definitivos siendo la mayoría

salpingentomías y apenas una mujer de todas las encuestadas refirió que su pareja optó por la vasectomía.

Tabla 7. Estadísticas comparativas respecto al lugar donde obtenían las mujeres los métodos anticonceptivos.

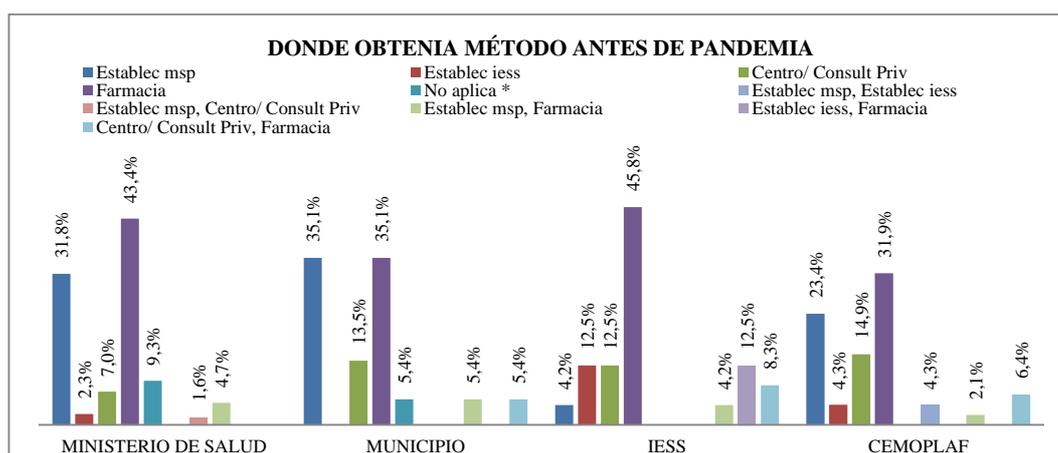
DONDE OBTENIA METODO ANTES DE PANDEMIA	ESTABLECIMIENTO										Chi Cuadrado (p=)
	MINISTERIO DE SALUD		MUNICIPIO		IESS		CEMOPLAF		Total		
	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	
Establec msp	41	31,8%	13	35,1%	1	4,2%	11	23,4%	66	27,8%	0,000
Establec iess	3	2,3%	0	0,0%	3	12,5%	2	4,3%	8	3,4%	
Centro/ Consult Priv	9	7,0%	5	13,5%	3	12,5%	7	14,9%	24	10,1%	
Farmacia	56	43,4%	13	35,1%	11	45,8%	15	31,9%	95	40,1%	
No aplica *	12	9,3%	2	5,4%	0	0,0%	6	12,8%	20	8,4%	
Establec msp, Establec iess	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,3%	2	0,8%	
Establec msp, Centro/ Consult Priv	2	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,8%	
Establec msp, Farmacia	6	4,7%	2	5,4%	1	4,2%	1	2,1%	10	4,2%	
Establec iess, Farmacia	0	0,0%	0	0,0%	3	12,5%	0	0,0%	3	1,3%	
Centro/ Consult Priv, Farmacia	0	0,0%	2	5,4%	2	8,3%	3	6,4%	7	3,0%	
Total	129	100%	37	100%	24	100%	47	100%	237	100%	

* Usa métodos naturales o no usa anticonceptivos a pesar de tener vida sexual

Fuente: Encuesta (Uso de Spss25)

Elaboración: Propia

Gráfico 18. Estadística sobre lugar de obtención de métodos anticonceptivos



Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Respecto al lugar donde las mujeres obtenían los métodos anticonceptivos antes de pandemia, en todos los Establecimientos se evidencia que las mujeres refieren en mayor porcentaje obtener sus métodos anticonceptivos en las Farmacias; sin embargo al aplicar Prueba de Chi Cuadrado de Pearson, hubo diferencias significativas ya que en los establecimientos del MINISTERIO DE SALUD, MUNICIPIO y CEMOPLAF los Establecimientos del MSP le siguen en frecuencia a

las Farmacias, mientras que en el IESS son los centros privados y el mismo IESS los que siguen en porcentaje.

17.1.3. Variables relacionadas con la percepción de acceso y costos de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de los métodos anticonceptivos.

Tabla 8. Estadísticas comparativas respecto al costo de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de los métodos anticonceptivos.

VARIABLE	INDICADOR	ESTABLECIMIENTO								Total		Chi Cuadrado (p=)
		MINISTERIO DE SALUD		MUNICIPIO		IESS		CEMOPLAF				
		Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	
COSTO PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Caro	5	3,9%	4	10,5%	2	8,3%	8	17,4%	19	8,0%	0,030
	Razonable	39	30,2%	13	34,2%	11	45,8%	21	45,7%	84	35,4%	
	Barato	9	7,0%	3	7,9%	1	4,2%	4	8,7%	17	7,2%	
	Gratuito	76	58,9%	18	47,4%	10	41,7%	13	28,3%	117	49,4%	
COSTO ANTICONCEPTIVO	Caro	9	7,0%	5	13,2%	2	8,3%	12	26,1%	28	11,8%	0,018
	Razonable	47	36,4%	12	31,6%	14	58,3%	19	41,3%	92	38,8%	
	Barato	22	17,1%	8	21,1%	3	12,5%	5	10,9%	38	16,0%	
	Gratuito	51	39,5%	13	34,2%	5	20,8%	10	21,7%	79	33,3%	

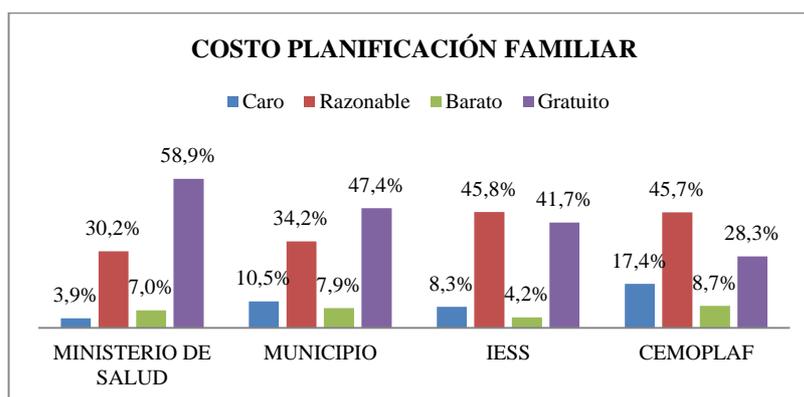
Total	129	100%	38	100%	24	100%	46	100%	237	100%
-------	-----	------	----	------	----	------	----	------	-----	------

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia (uso de Spss25)

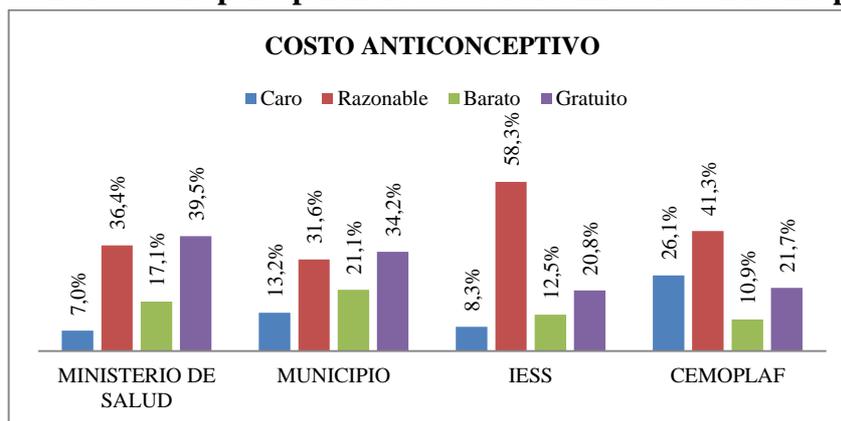
Respecto a la percepción del costo de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de los anticonceptivos al aplicar la prueba Chi cuadrado, se obtuvo $p < 0,05$, es decir no existen diferencias significativas entre establecimientos. Como se presenta a continuación:

Gráfico 19. Estadística sobre percepción de costo de Planificación Familiar



Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Gráfico 20. Estadística sobre percepción de costo de los métodos anticonceptivos.

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Respecto a la percepción de las mujeres en cuanto a costos, se evidencian que, en planificación familiar, hay una mayor percepción de gratuito o razonable entre las mujeres que acuden al Ministerio y Municipio, mientras en el IESS y CEMOPLAF la percepción de razonable tiene los mayores porcentajes.

Sin embargo, la percepción cambia cuando se trata de los métodos anticonceptivo, existen mayores porcentajes de gratuito en MSP, razonable seguido de gratuito en MUNICIPIO, IESS y razonable y caro en el CEMOPLAF.

Tabla 9. Estadísticas comparativas respecto al acceso a servicios de salud y reproductiva, así como al acceso a métodos anticonceptivos.

VARIABLE	INDICADOR	ESTABLECIMIENTO								Total Cant	Chi Cuadrado (p=)	
		MINISTERIO DE SALUD		MUNICIPIO		IESS		CEMOPLAF				
		Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%			
Acudió a Servicios de SSyR	NO	104	80,6%	31	81,6%	17	70,8%	33	71,7%	185	78,1%	0,414
	SI	24	18,6%	7	18,4%	7	29,2%	13	28,3%	51	21,5%	
Acceso al anticonceptivo que Usa	fácil	26	20,2%	7	18,4%	4	16,7%	3	6,5%	40	16,9%	0,041
	Igual	48	37,2%	16	42,1%	15	62,5%	16	34,8%	95	40,1%	
	difícil	28	21,7%	11	28,9%	5	20,8%	17	37,0%	61	25,7%	
	no responde	27	20,9%	4	10,5%	0	0,0%	10	21,7%	41	17,3%	
Total		129	100%	38	100%	24	100%	46	100%	237	100%	

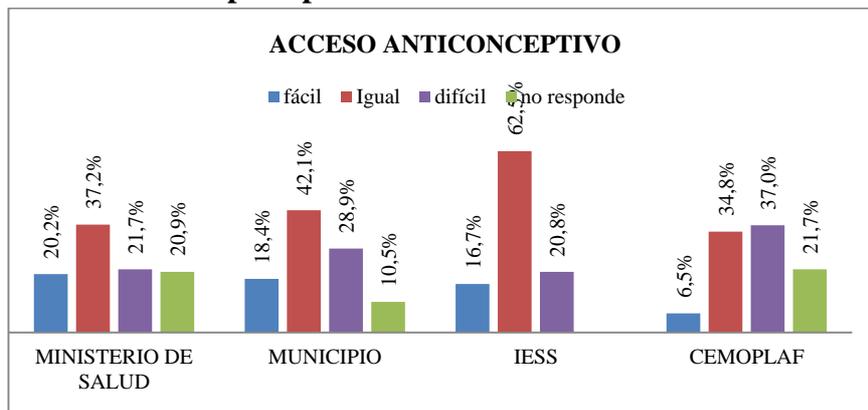
Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia (Uso de Spss25)

En cuanto al porcentaje de mujeres que durante Pandemia acudieron a servicios de salud bordea el 21,5%, también sin diferencias significativas, al preguntar la razón por las que no acudieron

el 25,7% no responde, las demás respuestas fueron muy variadas; sin embargo, parafraseando las más frecuentes fueron: no le pareció necesario, no tiene pareja estable, ya está ligada, dificultad para tomar citas o turnos, no tiene tiempo. Llamo la atención la respuesta de dos mujeres respecto a que su pareja no está de acuerdo.

Gráfico 21. Estadística sobre percepción de facilidad/dificultad de acceso a anticonceptivos



Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Respecto a la Percepción que tuvieron las mujeres de facilidad o dificultad que tuvieron las mujeres para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, se observa que las mujeres que acuden a los servicios del MINISTERIO DE SALUD y MUNICIPIO percibieron que no hubo cambio antes que durante la Pandemia (fue igual), en el IESS mayor porcentaje de percepción de dificultad en el acceso mientras que en CEMOPLAF el mayor porcentaje percibió como difícil. Se dejó un campo para que de forma voluntaria argumentaran su respuesta, sin embargo, el 53,2% no respondió, las demás respuestas fueron muy variadas como se resume en la siguiente tabla:

Tabla 10. Estadística sobre comentarios sobre dificultades de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Comentario	Total	
	Cant	%
No indica	126	53,2%
No requirió	29	12,2%
Diferentes respuestas	25	10,5%
Clínicas y Farmacias si atendieron	20	8,4%
Solo fue difícil los primeros 3 a 6 meses	18	7,6%
Dificultad para conseguir citas en sector público	16	6,8%
Relacionadas con la Pandemia	3	1,3%
Total	237	100%

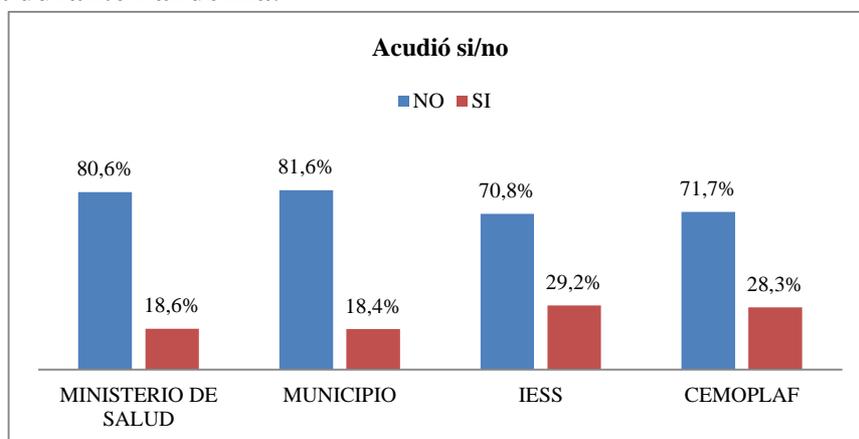
Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

El 12.2% señaló que no requirió sea por que usaba métodos naturales, porque no usa o tenía un método anticonceptivo de largo plazo o definitivo, una mujer de este grupo indicó “tengo pareja del mismo sexo no he necesitado anticonceptivos antes ni durante la pandemia”, 10 % tuvieron respuestas muy variadas entre las que llamaron la atención 2 adolescentes que manifestaron dificultad de obtener anticonceptivos porque sus padres estaban todo el tiempo cerca, a un 8,4% les pareció igual ya que las Farmacias y Clínicas atendieron normalmente durante Pandemia, el 7,6% consideró que solo fue difícil durante los 3 a 6 primeros meses, 6,8% refirieron dificultad para tomar citas en el sector público incluso antes de la Pandemia y apenas 1,3% comentaron limitantes relacionadas con las restricciones de movilidad, que los servicios se volcaron a atender casos de Covid o que tenía miedo al contagio.

Además, cuatro mujeres que contestaron fácil en la justificación de su respuesta indicaron que había menos tráfico y que el teletrabajo facilitó acudir a su control.

Gráfico 22. Estadística de mujeres que acudieron a servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante Pandemia.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

El 78,1% no acudió a servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia, sin diferencias significativas entre establecimientos de salud.

Al preguntar la razón por la que acudieron 45 mujeres manifestaron varias respuestas, que al agrupar se puede resumir en las siguientes respuestas:

Tabla 11. Estadística de razones mencionadas por las mujeres para acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva

RAZÓN	Total	
	Cant	%

En busca de realizarse ligadura	3	7%
Para retiro o cambio de método	4	9%
Sospecha de embarazo	1	2%
Desea embarazarse (tener un hijo)	11	24%
Para evitar embarazo (evitar hijos)	8	18%
Información sobre las pastillas	1	2%
Por hemorragia pensó era aborto	1	2%
No da una razón	16	36%
Total	45	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

De las 185 mujeres que no acudieron a servicios de salud sexual y reproductiva al preguntar las razones bajo una pregunta abierta, al parafrasear las respuestas de las mujeres podemos obtener

Tabla 12. Estadística de razones mencionadas por las mujeres para NO acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva

RAZÓN	Total	
	Cant	%
No dieron razones	41	33,6%
No ve necesario	11	9,0%
Dificultad para tomar turno/cita en servicio público	12	9,8%
falta de recursos económicos sumado a otros factores	13	10,7%
Pareja no le permite asistir	3	2,5%
Nunca le han ofrecido este servicio	2	1,6%
Considera que es un servicio para casadas	2	1,6%
falta de tiempo	9	7,4%
no le cubre el seguro	1	0,8%
Planificar es para tener hijos y al momento no desea	7	5,7%
No tiene una pareja estable	14	11,5%
por la edad (42) piensa que no se va a embarazar	0	0,0%
por miedo a contagiarse de COVID	3	2,5%
No mantuvo relaciones en pandemia	3	2,5%
Tiene una pareja del mismo sexo	1	0,8%
Total	122	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Esto llevo a preguntar como obtuvieron las mujeres los métodos durante la Pandemia.

Tabla 13. Estadística de acciones que las mujeres realizaron para obtener métodos anticonceptivos durante la Pandemia.

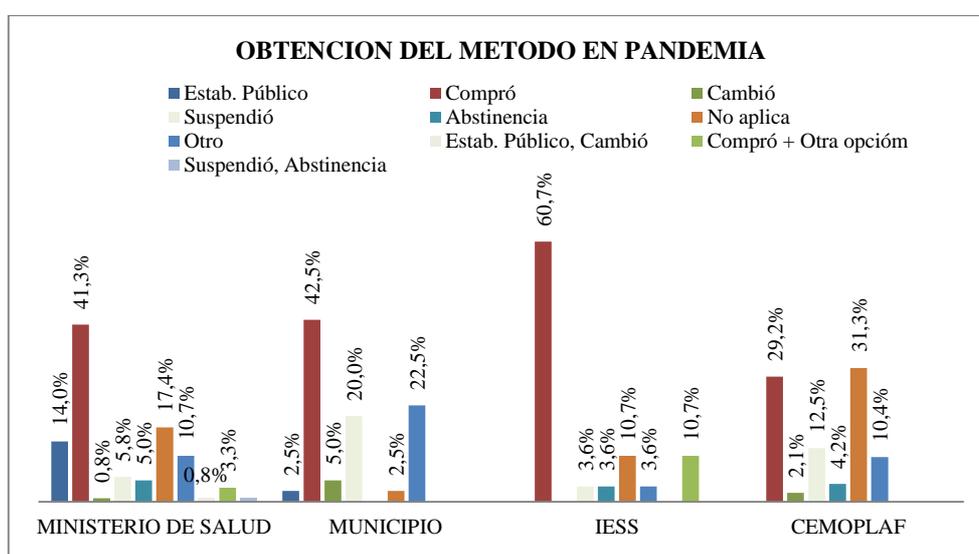
OBTENCION DEL METODO EN PANDEMIA	ESTABLECIMIENTO								Total	Chi Cuadrado (p=)	
	MINISTERIO DE SALUD		MUNICIPIO		IESS		CEMOPLA F				
	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%			
Estab. Público	17	14,0%	1	2,5%	1	3,6%	0	0,0%	19	8,0%	0,000
Compró	50	41,3%	17	42,5%	17	60,7%	14	29,2%	98	41,4%	

Cambió	1	0,8%	2	5,0%	1	3,6%	1	2,1%	5	2,1%
Suspendió	7	5,8%	8	20,0%	1	3,6%	6	12,5%	22	9,3%
Abstinencia	6	5,0%	0	0,0%	1	3,6%	2	4,2%	9	3,8%
No aplica	21	17,4%	1	2,5%	3	10,7%	15	31,3%	40	16,9%
Otro	13	10,7%	9	22,5%	1	3,6%	5	10,4%	28	11,8%
Estab. Público, Cambió	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
Compró + Otra opción	4	3,3%	2	5,0%	3	10,7%	5	10,4%	14	5,9%
Suspendió, Abstinencia	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
Total	121	100%	40	100%	28	100%	48	100%	237	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia (Uso de Spss25)

Gráfico 23. Lugar de obtención de métodos anticonceptivos durante la Pandemia.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

17.1.4. Variables de posibles consecuencias de la Pandemia sobre la salud sexual y reproductiva

Tabla 14. Estadística de embarazos durante Pandemia

VARIABLE	INDICADOR	MINISTERIO DE SALUD		MUNICIPIO		IESS		CEMOPLAF		Total		Chi Cuadrado (p=)
		Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	
Embarazo deseado	NO	126	97,7%	37	97,4%	24	100,0%	44	95,7%	231	97,5%	0,73
	SI	3	2,3%	1	2,6%	0	0,0%	2	4,3%	6	2,5%	
Embarazo no deseado	NO	124	96,1%	35	92,1%	24	100,0%	44	95,7%	227	95,8%	0,50
	SI	5	3,9%	3	7,9%	0	0,0%	2	4,3%	10	4,2%	
producto de embarazo	Ninguno	121	93,8%	36	94,7%	24	100,0%	43	93,5%	224	94,5%	0,32
	aun en gestación	5	3,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	2,1%	
	nacido vivo	1	0,8%	2	5,3%	0	0,0%	1	2,2%	4	1,7%	
	aborto	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,3%	3	1,3%	

	óvito	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	
Tuvo temor embarazo	NO	91	70,5%	23	60,5%	21	87,5%	33	71,7%	168	70,9%	0,15
	SI	38	29,5%	15	39,5%	3	12,5%	13	28,3%	69	29,1%	

Fuente: Encuesta

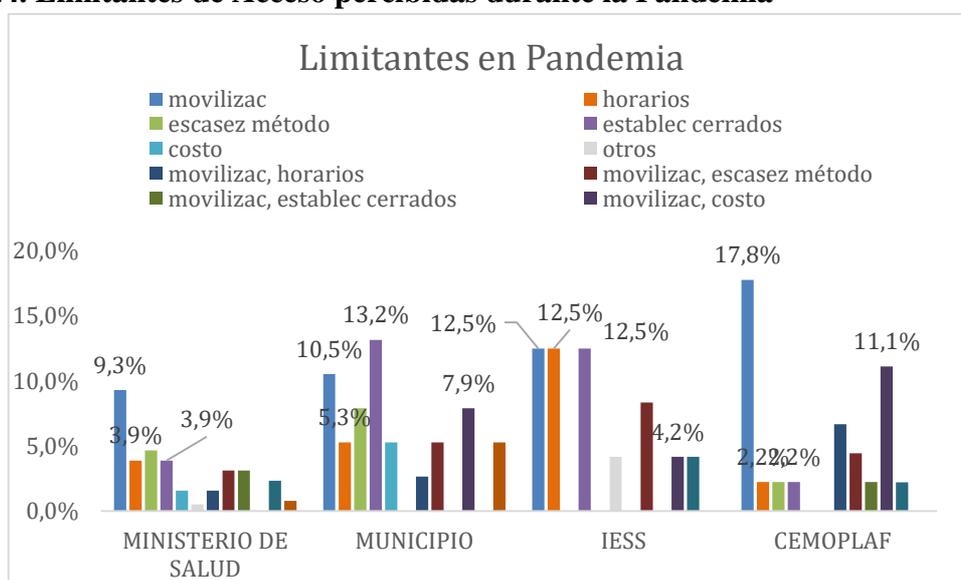
Elaboración: Propia (Uso de Spss25)

Como se muestra en la tabla anterior no existieron diferencias significativas entre establecimientos, de salud por tanto su análisis se realizará de manera general.

69 mujeres es decir el 29,1% de mujeres refirieron temor de estar embarazadas durante Pandemia y 16 mujeres refirieron además estar embarazadas en Pandemia lo que representa el 7% de todas las mujeres encuestadas, de las cuales 6 tuvieron embarazos deseados y 9 no eran deseados llama la atención que entre las mujeres usuarias de los servicios del IESS no hubo embarazos.

Al preguntar a las mujeres cual según su percepción era dificultad más frecuente en pandemia para acudir a los servicios de salud, se obtuvieron las siguientes respuestas:

Gráfico 24. Limitantes de Acceso percibidas durante la Pandemia



Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

En la mayoría de los casos el mayor inconveniente fue por causa de la movilización, sin embargo, existieron diferencias significativas; así en Municipio el mayor porcentaje refirió establecimientos cerrados y en CEMOPLAF existió mayor porcentaje en movilización y costo como limitante. Y en el IESS se equipararán las respuestas de movilización, horarios y establecimientos cerrados.

También se dejó un campo para que las mujeres pudieran expresar las consecuencias que ellas consideran generó la pandemia en su salud sexual y reproductiva obteniéndose los siguientes datos:

Tabla 15. Estadística de consecuencias referida por las mujeres durante Pandemia

CONSECUENCIA SUSPENSIÓN O CAMBIO	ESTABLECIMIENTO				Total	
	MINISTERIO DE SALUD	MUNICIPIO	IESS	CEMOPLAF		
	Cant	Cant	Cant	Cant	Cant	%
aborto espontáneo	0	1	0	1	2	0,8%
al estar en teletrabajo es más fácil acudir	1	0	0	0	1	0,4%
ansiedad	0	1	0	2	3	1,3%
cambio a un método más accesible	2	6	1	1	10	4,2%
embarazo no planificado	1	1	0	0	2	0,8%
embarazo no planificado pero deseado	1	3	1	0	5	2,1%
evito mantener relaciones	4	1	0	0	5	3,2%
Mayor gasto	1	0	1	1	3	1,3%
hoy acude para evaluación después de suspender por 8 meses	0	0	0	1	1	0,4%
necesitaba el cambio del implante optó por preservativo	1	0	0	0	1	0,4%
no conseguía cambio del implante y tuvo que usar preservativos por varios meses	1	0	0	0	1	0,4%
No logró ligarse	1	0	0	0	1	0,4%
primeros meses no mantuvo relaciones	0	0	0	2	2	0,8%
Se demoró 3 meses en conseguir turno en el MSP, implante ya terminó su efecto	1	0	0	0	1	0,4%
suspendió un tiempo hasta que pudo tomar cita, en ese tiempo temor	0	1	0	0	1	0,4%
Suspensión por embarazo deseado	0	0	0	1	1	0,4%
temor de mantener relaciones	2	1	1	0	4	1,7%
tenía muchos sangrados lo atribuyo a las pastilla por lo que dejó de tomar	0	0	0	1	1	0,4%
terminó relación para evitar embarazo	1	0	0	0	1	0,4%
un año se demoró en conseguir cita	1	0	0	0	1	0,4%
su pareja optó por vasectomía	0	0	0	1	1	0,4%
No indica	110	23	19	35	187	78,9%
Total	128	39	23	47	237	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

A manera de repregunta se planteó una pregunta abierta sobre la dificultad que las mujeres pudieron tener para acceder a los métodos anticonceptivos durante la Pandemia obteniendo similares respuestas:

Tabla 16. Estadística de repregunta sobre consecuencias de la Pandemia

CONSECUENCIA SUSPENSIÓN O CAMBIO	MINISTERIO DE SALUD	MUNICIPIO	IESS	CEMOPLAF	Total	
	Cant	Cant	Cant	Cant	Cant	%
aborto espontáneo	0	1	0	1	2	0,8%
al estar en teletrabajo es más fácil acudir	1	0	0	0	1	0,4%
ansiedad	0	1	0	2	3	1,3%
cambio a un método más accesible	2	6	1	1	10	4,2%
casi no se vió con pareja por miedo a embarazo.	0	0	0	1	1	0,4%
embarazo no planificado	1	1	0	0	2	0,8%

embarazo no planificado pero deseado	1	3	1	0	5	2,1%
evito mantener relaciones	4	1	0	0	5	2,1%
Mayor gasto	1	0	1	1	3	1,3%
hoy acude para evaluación después de suspender por 8 meses	0	0	0	1	1	0,4%
menos relaciones	0	1	0	0	1	0,4%
necesitaba el cambio del implante optó por preservativo	1	0	0	0	1	0,4%
no conseguía cambio del implante y tuvo que usar preservativos por varios meses	1	0	0	0	1	0,4%
No logró ligarse	1	0	0	0	1	0,4%
primeros meses no mantuvo relaciones	0	0	0	2	2	0,8%
Se demoró 3 meses en conseguir turno en el MSP, implante ya terminó su efecto	1	0	0	0	1	0,4%
suspendió un tiempo hasta que pudo tomar cita, en ese tiempo temor	0	1	0	0	1	0,4%
Suspensión por embarazo deseado	0	0	0	1	1	0,4%
temor de mantener relaciones	2	1	1	0	4	1,7%
tenía muchos sangrados lo atribuyo a las pastilla por lo que dejó de tomar	0	0	0	1	1	0,4%
terminó relación para evitar embarazo	1	0	0	0	1	0,4%
un año se demoró en conseguir cita	1	0	0	0	1	0,4%
su pareja optó por vasectomía	0	0	0	1	1	0,4%
No Responde	110	23	19	35	187	78,9%
Total	128	39	23	47	237	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Finalmente aplicamos algunas correlaciones posibles que permitan conocer si existe relación entre las variables demográficas, socioeconómicas con otras variables, para su interpretación usaremos la siguiente regla:

Tabla 17. Interpretación de Correlaciones.

Tamaño de Correlación	Interpretación
0,90 a 1,00 (- 0,90 a -1,00)	Correlación muy alta positiva (negativa)
0,50 a 0,70 (- 0,50 a -0,70)	Correlación alta positiva(negativa)
0,30 a 0,50 (- 0,30 a -0,50)	Correlación moderada positiva(negativa)
0,01 a 0,30 (-0,01 a -0,30)	Si existe correlación pero débil
0,00 a 0,01	nula

Fuente: Elaboración a partir de E. Szmidt and J. Kacprzyk (2010)

Al aplicar dicha interpretación tenemos que los resultados de las correlaciones son débiles y en otros son nulas como evidenciamos a continuación:

Tabla 18. Posibles correlaciones relacionadas con variables demográficas y socioeconómicas

VARIABLES	GRUPOS DE EDAD	AUTO IDENTIFICACION	ESTADO CIVIL	NIVEL DE INSTRUCCION	NIVEL DE INGRESOS
Cantidad de Hijos	0,48	-0,08	0,28	-0,27	-0,06
Abortos	0,30	-0,04	0,12	-0,05	0,04
CONOCE ANTICONCEPTIVOS	0,02	0,13	-0,10	0,26	0,02
ANTICONCEPTIVO QUE USA	0,16	0,13	0,04	-0,05	0,06
EDAD DE INICIO	0,35	0,00	-0,01	0,07	0,13

# hijos al inicio de anticoncepción	0,31	-0,08	0,19	-0,28	0,01
Embarazo no deseado	-0,10	0,00	0,02	-0,09	0,08
Acudió si/no	-0,11	0,10	-0,01	-0,04	0,06
COSTO PLANIFICACIÓN FAMILIAR	-0,09	-0,04	0,00	-0,02	-0,05
COSTO ANTICONCEPTIVO	-0,10	-0,09	0,01	-0,04	-0,04
ACCESO ANTICONCEPTIVO	-0,02	-0,05	-0,12	-0,15	0,01
DIFICULTAD DE ACCESO EN PANDEMIA	-0,03	-0,05	0,13	0,08	0,09

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Como se puede observar no hay correlaciones altas positivas, pero entre las que se acercan más a moderadas podemos ver que, por ejemplo: entre los GRUPOS DE EDAD e hijos vivos se tiene una correlación de 0,31, esto es una relación moderada positiva lo que demuestra que las mujeres de mayor edad tienen mayor cantidad de hijos.

También existe correlación moderada entre el número de hijos (0,35) e inicio de anticoncepción (0,31), es decir a mayor edad de las mujeres entrevistadas estas iniciaron la anticoncepción más tardíamente y con un mayor número de hijos.

En el nivel de instrucción y número de hijos se tiene una correlación débil negativa (relación inversa), pero no es de peso por lo que no necesariamente los que tienen niveles educativos altos tienen menos hijos o viceversa, similar situación ocurre con la instrucción y los abortos.

Respecto a la dificultad de acceso a la pandemia tiene valores pequeños de correlación con las variables EDADES, AUTOIDENTIFICACION, INSTRUCCIÓN Y NIVELES DE INGRESO (casi nulos)

Respecto a la forma de obtener los métodos anticonceptivos en pandemia hubo una pequeña correlación con los niveles de ingresos; así las mujeres con mayores ingresos compraron o cambiaron de método mientras que, aquellas con menores ingresos adquirió en establecimiento público o suspendió.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

a) CONCLUSIONES

✓ En este estudio se intentó identificar los efectos de la emergencia sanitaria sobre el acceso a anticonceptivos en mujeres de 18-49 años residentes de la parroquia de Cotocollao, así como las posibles determinantes demográficas y socioeconómicas que intervinieron, esto debido a que la bibliografía disponible en Latinoamérica y en el Ecuador, describe datos importantes de falta de acceso a anticonceptivos durante la Pandemia junto con un descenso de atenciones en planificación familiar, como se evidenció en encuesta virtual levantada por la Fundación Surkuna, aplicada en 23 provincias, donde identificaron dificultad para acceder al servicio de salud sexual y reproductiva, principalmente entre mujeres entre 18 y 30 años, de las cuales un 45.64 % tuvo dificultad para acceder a métodos anticonceptivos y 20.25% presentaron dificultad para acceder a asesoría en planificación familiar. Donde el 62.08% de los participantes mencionaron que el establecimiento donde presentaron las dificultades pertenecía al MSP, el 25.83% a servicios privados y 11.25% al IESS.

✓ Al ser Cotocollao una de las parroquias con más alto índice de contagios por COVID 19 en el año 2020, resultaba de importancia conocer si los servicios de salud se volcaron a la atención de COVID, afectando el acceso a salud sexual y reproductiva; de los resultados obtenidos en establecimientos aledaños se observó que en parte se asemejan a lo observado por Sarkuna, ya que las mujeres del grupo de 18 a 25 años fueron las que tuvieron más dificultad de acceso, así un 57,7% tuvieron dificultad para acceder a métodos anticonceptivos optando por comprar, cambiar o suspenderlos y un 37,6% tuvo dificultad para acceder a servicios de planificación familiar.

✓ Respecto a las dificultades por establecimiento de salud, en la encuesta aplicada en el presente trabajo se observan diferencias, ya que se determinó que el 60% de mujeres refirieron que el acceso fue igual antes y durante la pandemia, variable que no consideró la encuesta de Sarkuna, y en aquellas mujeres que refirieron haber tenido dificultad el 28,9% correspondía a usuarias del Municipio de Quito, 20,8% del IESS y 21,7% del Ministerio de Salud.

✓ Si bien el país tiene un fuerte marco legal sobre los derechos de la salud sexual y reproductiva, ante una situación de una emergencia sanitaria, establecimientos como IESS y Municipio de Quito no lograron mantener como prioridad a las atenciones relacionadas con planificación familiar siendo las mismas bastante bajas incluso antes de la Pandemia, mientras el establecimiento perteneciente al MSP incremento porcentualmente las atenciones de planificación familiar a mujeres por primera vez respecto a las demás atenciones, pudiendo deberse a que acogieron las atenciones que dejaron de ser ofertados en los otros establecimientos.

✓ Por otra parte, también se analizó el perfil demográfico y socioeconómico de las mujeres que acuden a los servicios de salud de Cotacollao encontrando que la mayor parte de mujeres son mestizas con instrucción secundaria completa e ingresos que no superan 1,5 canastas básicas, quienes tenían un conocimiento y uso de anticonceptivos previo a la Pandemia.

✓ La mayor parte de mujeres encuestadas conocían más de 4 anticonceptivos y el conocimiento respecto a ellos lo habían recibido principalmente de las Unidades Educativas y establecimientos de salud públicos, en lo que respecta al uso, los métodos hormonales fueron los que se mencionaron con mayor frecuencia, seguidos de los métodos de barrera, mismos que eran adquiridos en su gran mayoría en las Farmacias seguidos de los establecimientos de salud.

✓ Al centrarnos en la percepción que tienen las mujeres respecto a la facilidad o dificultad de acceso un importante grupo (40,1%), señaló que el acceso ha sido para ellas “igual” antes o durante la Pandemia, principalmente en establecimientos del Ministerio de Salud (MSP) y el Municipio, mientras que para mujeres del IESS y de CEMOPLAF percibieron como difícil, al

consultar la razón de su respuesta las mujeres en establecimientos del MSP y Municipio consideran que la obtención de citas es compleja con o sin pandemia, mientras que en el IESS y CEMOPLAF las limitantes de movilización, costos y horarios fueron más llamativos.

✓ Al consultar a las mujeres las consecuencias que la pandemia generó sobre su salud sexual y reproductiva se identificó que un importante porcentaje de mujeres (47,3%) compró métodos anticonceptivos en las Farmacias, 4,2% cambio de método anticonceptivo a uno más accesible como el condón, 3,2% evitaron mantener relaciones sexuales sobre todo durante los primeros meses de pandemia, 2,1% refirieron embarazos no planificados, 3,2% refirieron temor a mantener relaciones sexuales. Todos estos factores pudieron haber intervenido en la salud mental de muchas mujeres pudiendo ser este otro tema interesante de estudio.

✓ Finalmente, al tratar de conocer si existieron variantes demográficas intervinientes en la dificultad de acceso al plantear las correlaciones posibles no existieron variables de peso, esto se puede deber a que las mujeres que acuden a los servicios de salud de Cotocollao pertenecen a un grupo bastante homogéneo por lo que debería estudiarse variables no consideradas en el presente estudio como son el vivir en áreas suburbanas o rurales.

✓ Todo lo antes descrito nos lleva a concluir que en la parroquia de Cotocollao existe aún mucho trabajo pendiente en materia de fortalecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva, así como de estrategias que faciliten el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos en base a la realidad que viven.

b) RECOMENDACIONES:

✓ Como recomendaciones se puede sugerir la creación de convenios público-privados para que las mujeres puedan conseguir los métodos a costos mínimos o de ser factible sin costo en las farmacias más cercanas, más aun, considerando que nuevas emergencias sanitarias se pueden presentar en el transcurrir de los años.

- ✓ Debe existir un sistema oportuno de monitoreo de provisión y acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva, así como a métodos anticonceptivos durante situaciones que rompen el funcionamiento normal de los servicios de salud.
- ✓ Se debería profundizar en encuestas más amplias, que abarquen población urbana y rural de Quito, de tal manera que se pueda comparar posibles diferencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a los métodos anticonceptivos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alfredo, J., & Marcos, E. (1822). *El malthusianismo (1789-1822)*. 1–16.
- Antonio, J., Núñez, C., Número, A. De, Real, D., Nacional, A., & España, D. M. De. (2018). *Historia evolutiva de la anticoncepción*. 135(01), 56–59.
<https://doi.org/10.32440/ar.2018.135.01.rev09>.
- Arenas, M. (2002). La Píldora Anticonceptiva En América Latina Y El caribe. *Studies in Family Planning*, 213–222.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2015). Ley organica de salud - Ecuador. *Plataforma Profesional de Investigacion Jurídica*, 13. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>.
- Constituyente, A. N. (2008). Constitución de la República del Ecuador. *Registro Oficial 449 de 20 Oct. 2008*, 1–222. <http://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>.
- Díaz, S., & Schiappacasse, V. (2017). ¿Qué y cuáles son los metodos anticonceptivos? *Instituto Chileno De Medicina Reproductiva*, 1(56), 1–42. https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Temas_destacados/Anticoncepcion_de_emergencia/Que-y-cuales-son-los-metodos-anticonceptivos-25032017.pdf.
- Echeverri, J. A. (2017). *en Ecuador desde mediados La planificación familiar*.
- El Universo, R. (2020). *Realizaron encuesta virtual sobre acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en la pandemia Covid-19*.
<https://www.eluniverso.com/noticias/2020/09/07/nota/7969378/encuesta-virtual-sobre-acceso-servicios-salud-sexual-salud/>
- GUTTMACHER, I. (2018). *Aborto En America Latina Y Caribe*. 1–2.
<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>
- INEC. (2013). Las mujeres ecuatorianas que conocen y usan métodos anticonceptivos. *INEC*, 20. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Metodos_anticonceptivos.pdf.
- INEC. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*.
- La, F. D. E., Huertas, C. D. E., & Isabel, S. (2016). *Universidad de cuenca facultad de ciencias médicas escuela de enfermería*.
- Laza Vásquez, C. (2008). Cultura y planificación familiar: un debate aún en construcción. *Teoría y Praxis Investigativa*, 3(2), 66–72.
- Ministerio de Educación. (2017). *Función Ejecutiva Presidencia De La República Ley*

- Orgánica De Educación Intercultural. *Función Ejecutiva Presidencia De La República Ley Orgánica De Educación Intercultural*, 34, 1–102.
https://oig.cepal.org/sites/default/files/2011_leyeducacion_intercultural_ecu.pdf
- Ministerio de Salud, & Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS Colombia 2015*. 1–3.
 - Ministerio de Salud Publica. (2020). *Gaceta Epidemiológica De Muerte materna Se53 Ecuador 2020*. 8. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/Gaceta-de-MM-SE-48.pdf>.
 - Mosquera, D. (2017). *El 85% de los abortos registrados en el Ecuador son por causas desconocidas*. Edición Médica. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/el-85-de-los-abortos-registrados-en-el-ecuador-son-de-causas-desconocidas-90319>
 - MSP, M. de S. P. (2021). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021*.
 - Mundial, A., & Salud, D. E. L. A. (1975). *WORLD HEALTH ORGANIZATION WORLD HEALTH ORGANIZATION*.
 - OEA (2020) op.cit. (capítulos personas afrodescendientes e indígenas).
 - OMS. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*.
 - OMS, O. M. de la S. (2020). *La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles*.
<https://www.who.int/es/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>
 - OMS, O. M. de la S. (2021a). *Planificación Familiar*.
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/es/#:~:text=La planificación familiar permite a,el tratamiento de la esterilidad.
 - OMS, O. M. de la S. (2021b). *Salud Reproductiva*.
https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/#:~:text=OMS %7C Salud reproductiva, review and enter to select.
 - OMS, O. M. de la S. (2021c). *Salud sexual*. https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
 - ONU: Asamblea General. (1979). *Convención sobre todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. A/RES/34/180.
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
 - OPS. (2019). Planificación familiar UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES Planificación familiar. In *Organización Panamericana de la Salud y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf?sequence=6

&isAllowed=y

- Organizaciones Naciones Unidas. (2020). Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Covid 19 Respuesta*, 1–14. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46483/S2000906_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- San Ignacio de Loyola. (2018). Capítulo 4. *Autobiografía de San Ignacio de Loyola*, 75–91. <https://doi.org/10.2307/j.ctv893j76.6>
- Sanger, M., Parenthood, P., & Parenthood, P. (2012). *Historia de los métodos anticonceptivos*.
- Sibe-cofaa, S., & Nacional, S. (n.d.). *Crisis global : neomalthusianos versus poblacionistas*. c.
- Surkuna. (2020). *Salud reproductiva es vital: Ecuador*. <https://saludreproductivavital.info/resultados/resultado-ecuador/>
- The Pan American Health Organization. (2012). Declaracion De Alma-Ata. *Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978*, 8–10.
- Torres-Ramírez, A. (2000). *Artemisa*. 14(2), 108–114.
- Veletanga, J. (2020). *Ecuador registra más de 51.000 embarazos adolescentes en 2019; la pandemia agudizará esta realidad*. Edición Médica. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-registra-mas-de-51-000-embarazos-adolescentes-en-2019-la-pandemia-agudizara-esta-realidad--9654>.
- E. Szmids and J. Kacprzyk (2010) "The Spearman rank correlation coefficient between intuitionistic fuzzy sets," in *Intelligent Systems (IS), 2010 5th IEEE International Conference*, pp. 276-280.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Clasificación de Métodos Anticonceptivos	62
Anexo B: Formato de encuesta aplicada	69

➤ **ANEXO A:**

Clasificación de Métodos Anticonceptivos.

Se clasifican en hormonales, no hormonales reversibles y no hormonales permanentes. **(Díaz & Schiappacasse, 2017)**

- **Métodos hormonales**

- ✓ Métodos hormonales combinados con estrógeno y progesterona, que se pueden administrar por vía oral, inyecciones, anillo vaginal y parche transdérmico.
- ✓ Métodos hormonales solo con progesterona y se pueden administrar por vía oral, inyecciones, implantes, anillos vaginales o dispositivos intrauterinos.
- ✓ Anticoncepción hormonal de emergencia que pueden ser píldoras de levonogestrel solo o combinado (Método Yuzpe)

- **Métodos no hormonales reversibles**

- ✓ Dispositivo Intrauterino
- ✓ Anticonceptivo de barrera masculino (condón) y femenino (condón, diafragma, espermicidas)
- ✓ Método de amenorrea en la lactancia
- ✓ Método de abstinencia periódica (moco cervical, calendario, temperatura basal)

- **Métodos no hormonales permanentes**

- ✓ Anticoncepción quirúrgica definitiva femenina y masculina **(Díaz & Schiappacasse, 2017)**.

1. **Anticonceptivos orales combinados**

Son píldoras que están compuestas por dosis bajas de estrógeno y progestágeno, actúa impidiendo la ovulación y alterando el moco cervical. **(Díaz & Schiappacasse, 2017)** Su efectividad depende de la adherencia, la recuperación de la fertilidad es inmediata, pero no protege contra ITS.

Efectos adversos. - cambios en el patrón de sangrado, cefalea, mareo, náuseas, mayor sensibilidad de los senos, variación de peso, cambios de ánimo, acné, cambios de la presión arterial, en casos raros se presenta trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar.

Efecto protector. - Previenen el cáncer endometrial, disminuyen la dismenorrea, problemas de sangrado menstrual, dolor asociado a la ovulación, hirsutismo y síntomas de endometriosis. No aumenta el riesgo de cáncer de mama.

Indicaciones. – mujeres en edad fértil o 6 meses posparto, cuando la leche materna ya no sea el alimento principal del niño.

Contraindicaciones. – Mujeres mayores de 35 años que fuman más de 15 cigarrillos al día, pacientes con antecedentes de enfermedad hepática, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, uso de medicamentos anticonvulsivantes, cáncer de mama y migraña. **(OPS, 2019)**

2. Anticonceptivos orales de progestágenos solo

Actúan engrosando el moco cervical bloqueando la llegada de los espermatozoides al óvulo, cambia el ciclo menstrual, se presenta la ovulación. En las mujeres que se encuentran amamantando se produce 1 embarazo en 100 mujeres y en las mujeres que no están amamantando se producen 7 embarazos de 100 mujeres. La fertilidad se recupera de inmediato al suspender la medicación y no tiene ningún efecto contra ITS.

Efecto adverso. - alteraciones de sangrado, cefaleas, mareos, cambio de estados de ánimo, sensibilidad en los senos, dolor abdominal, náuseas, en las mujeres que no amamantan aumentan el tamaño de los folículos ováricos.

Indicaciones. – para cualquier mujer en especial para las que se encuentran en periodo de lactancia, se puede iniciar inmediatamente después del parto.

Contraindicaciones. – enfermedad hepática grave, antecedentes de enfermedad tromboembólica, antecedentes de cáncer de mama, lupus y síndrome antifosfolipídico. **(OPS, 2019).**

3. Píldora anticonceptiva de emergencia

También conocido como anticonceptivos poscoitales, actúan previniendo o retrasando la ovulación, no tiene efecto si la mujer se encuentra embarazada. La composición puede ser acetato de ulipristal, progestina sola (levonogestrel o norgestrel) y anticonceptivos orales combinados (levonogestrel norgestrel onoretindrona). La efectividad del acetato de ulipristal y de progesterona sola es de 1 embarazo en 100 mujeres y de anticonceptivos orales combinados es de 2 embarazos en 100 mujeres.

Previene el embarazo, solo de las relaciones sexuales de 5 días antes de la toma, pero, no más de 24 horas luego de la toma.

Indicaciones. – Se deben utilizar hasta 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección, es efectivo para prevenir el embarazo.

Efectos adversos. – cambios de los patrones de sangrado, náuseas, dolor abdominal, fatiga, cefalea, mayor sensibilidad de los senos, mareos y vómitos. **(OPS, 2019)**

4. **Inyecciones de progesterona sola**

Son el acetato de medroxiprogesterona AMPD que se coloca cada 3 meses y el enantato de noretindrona EN-NET que se coloca cada 2 meses. Durante el primer año de uso sin colocarse las inyecciones adecuadamente, se producen 4 embarazos de cada 100 usuarias y con el uso correcto de las inyecciones se produce 1 embarazo de cada 100 usuarias. La fertilidad se recupera en 4 meses con AMPD y 5 meses con el EN-NET.

Efectos adversos. – alteración de sangrado y posterior amenorrea, aumento de peso, cefaleas, mareos, distensión abdominal, cambios del estado de ánimo, disminución del deseo sexual y pérdida de la densidad ósea.

Efecto protector. – cáncer endometrial, fibromas uterinos, enfermedad inflamatoria pélvica, anemia ferropénica y endometriosis. (El EN_NET solo protege de la anemia ferropénica).

Indicaciones. - en mujeres posparto se puede iniciar a las 6 semanas y todas las mujeres que deseen usarlas

Contraindicaciones. - pacientes con enfermedad hepática grave, hipertensión arterial, diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares, tromboembolismo, sangrados vaginales anormales y cáncer de mama.

5. **Anillo vaginal anticonceptivo combinado y progesterona sola**

Es un anillo flexible que se coloca en la vagina que libera continuamente dos hormonas, estrógeno y progesterona, que se absorbe por las paredes vaginales, que pasa directamente al torrente sanguíneo, se impide la ovulación. El anillo se coloca en la vagina por 3 semanas y a la cuarta semana se retira para que ocurra la menstruación. Si se coloca el anillo con retraso durante el primer año de uso se pueden producir 7 embarazos de cada 100 usuarios y si no se comenten retrasos se produce 1 embarazo de cada 100 usuarias.

Efectos adversos. - cambio de los patrones de sangrado, cefaleas, irritación, enrojecimiento e inflamación de la vagina y flujo vaginal blanco.

6. **Implantes anticonceptivos**

Es una varilla de plástico que se coloca debajo de la piel en la cara interna del brazo, que libera progesterona. Existen varios tipos de implantes, con diferentes tiempos de duración, Jadelle (5 años), Nexplanon (3 años), Levoplant (4 años) y Nortplant (5-7 años).

El mecanismo de acción es impedir la ovulación y espesar el moco cervical. Son los métodos más efectivos y duraderos que se encuentran.

Se presenta menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias, en mujeres con más peso Jadelle y Lovoplant disminuyen su efectividad al final de la duración de uso por lo que se debe reemplazar antes. La recuperación de la fertilidad es inmediata y no protege contra ITS.

Efectos adversos. - alteraciones de sangrado, cefaleas, dolor abdominal, acné, variación de peso, mayor sensibilidad de los senos, mareos, cambios de estado de ánimos, náuseas y aumento del tamaño de los folículos ováricos.

Efecto protector. - prevención de embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica y anemia ferropénica.

Complicaciones. - infección del lugar de la inserción, extracción difícil, en raras ocasiones se ha encontrado la expulsión de implantes y la migración a otras partes del cuerpo.

Indicaciones. - puede ser usado en cualquier mujer

Contraindicaciones. - enfermedad hepática grave, enfermedad tromboembólica, sangrado vaginal anormal y cáncer de mama. (OPS, 2019)

7. **Dispositivo intrauterino de cobre**

Es un armazón de plástico y cobre, se coloca en el útero por vía vaginal. Es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos y de acción prolongada, durante el primer año de uso se produce menos de un embarazo por cada 100 usuarias.

Efectos adversos. – cambios en los patrones de sangrado, durante los 3-6 primeros meses de uso, aumentan el riesgo de anemia porque el DIU produce sangrado profuso y raramente puede producir una enfermedad inflamatoria pélvica si la mujer se encuentra con una infección causada por gonorrea o chlamydia.

Complicaciones. – Perforación de la pared uterina, aborto espontáneo, parto prematuro, infección y en casos raros embarazo a pesar de tener el DIU.

Indicaciones. – Se puede colocar luego de 4 o más semanas luego del parto.

Contraindicaciones. – Infección pélvica activa, sangrado vaginal anormal, cáncer cervicouterino, endometrial u ovárico, enfermedad trofoblástica gestacional y tuberculosis del aparato reproductor. (OPS, 2019).

8. **Dispositivo intrauterino de levonogestrel**

Es un dispositivo de plástico en forma de T que libera cantidades pequeñas de levonogestrel, que se inserta por vía vaginal hasta el útero. Actúa evitando la fecundación. La efectividad que se ha observado es menos de un embarazo de cada 100 usuarias y si el uso es por más de 5 años se

ocasiona un embarazo de cada 100 usuarias. La fertilidad se recupera cuando se retira el dispositivo.

Efectos adversos. – se puede presentar sangrado, acné, cefaleas, sensibilidad de los senos, náuseas, aumento de peso, mareos, cambios de estado de ánimo y quistes de ovarios.

Efecto protector. – protege contra anemia ferropénica, cáncer endometrial, cervicouterino, dismenorrea, menstruación profusa, endometriosis y riesgo de embarazo ectópico.

Complicaciones. – perforación del útero, aborto espontáneo, parto prematuro e infección.

Indicaciones. – Puede utilizar cualquier mujer, se debe colocar cuatro semanas o más posparto.

Contraindicaciones. – enfermedad inflamatoria pélvica, infecciones del aparato reproductor, enfermedad hepática grave, enfermedad tromboembólica, cáncer de mama, sangrado vaginal anormal, VIH avanzado o enfermedad clínica grave. (OPS, 2019)

9. Esterilización femenina

Es un método quirúrgico permanente, para cuando las mujeres no desean tener más hijos, puede ser por, una minilaparotomía o laparoscopia. Su mecanismo es impedir el paso del óvulo por las trompas de Falopio y de esta manera prevenir la fecundación.

Es uno de los métodos más efectivos, se presenta menos de un embarazo de cada 100 usuarias. La esterilización no es reversible.

Efectos adversos. – los riesgos de la intervención quirúrgica y la anestesia.

Efecto protector. – protege de enfermedad inflamatoria pélvica, cáncer de ovario y reduce el riesgo de embarazo ectópico.

Complicaciones. – infección y absceso de la herida.

Indicaciones. – Cualquier mujer puede someterse al procedimiento, con la firma de un consentimiento. La cirugía se debe realizar con cautela si existen antecedentes de cirugía abdominal o pélvica anterior, enfermedad inflamatoria pélvica, miomas uterinos y cáncer de mama. Se debe retrasar si hay un embarazo en curso, parto de 7 – 42 días, posparto en preeclampsia grave o eclampsia, complicaciones posparto o posaborto graves, sangrado vaginal anormal, cervicitis purulenta, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedad trofoblástica maligna. Tener precaución en casos de útero fijo por cirugías o infecciones previas,

endometriosis, hernia abdominal y rotura o perforación uterina posparto y posaborto. **(OPS, 2019)**

10. **Vasectomía**

Es un método quirúrgico a través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, se localiza los conductos deferentes y se realiza una sección o bloqueo mediante ligadura o cauterización. El objetivo principal es evitar el paso de los espermatozoides al semen. Es un método anticonceptivo efectivo, luego de tres meses del procedimiento 1 de cada 1000 mujeres se quedará embarazada. El procedimiento se considera efectivo hasta tres meses después, por lo que, se debe usar otro método anticonceptivo de respaldo durante este tiempo.

Efectos adversos. – no se han observados efectos adversos.

Complicaciones. – dolor escrotal o testicular intenso, poco frecuente infección en el sitio de la incisión y hematomas.

Indicaciones. – se puede someter cualquier hombre. Se debe actuar con cautela en casos de lesión escrotal previa, varicocele o hidrocele y criptorquidia. La cirugía se debe aplazar si existe infección de transmisión sexual activa, inflamación del aparato reproductor femenino. **(OPS, 2019).**

11. **Preservativo masculino**

Son una especie de cubierta que se ajusta al pene en erección, la mayoría se encuentra fabricado por una fina goma de látex, también, se hacen de poliuretano, poliisopreno y nitrilo. La función es actuar como barrera que impide el paso de los espermatozoides a la vagina. La efectividad depende del usuario, ya que, si no se coloca bien se puede salir o romper, durante el primer año de uso se registran 13 embarazos de cada 100 mujeres cuyas parejas utilizan preservativo. La fertilidad se recupera inmediatamente y es el único que reduce el riesgo de infección por VIH en un 80% a 95% e ITS.

Efectos adversos. – reacciones alérgicas extremadamente raro.

Efecto protector. – previene infecciones de transmisión sexual incluido el VIH, cáncer cervicouterino, enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad. **(OPS, 2019)**

12. **Preservativo femenino**

Es un revestimiento de plástico delgado, suave y transparente que recubre estrechamente las paredes de la vagina, se realizan de materiales como el látex, poliuretano y nitrilo. Tiene aros flexibles en los extremos, uno se encuentra cerrado, que se coloca en la parte interna de la vagina y el otro es extremo abierto que queda por fuera de la vagina.

El mecanismo es de barrera para evitar el paso del espermatozoide, también evita que microorganismos infecten a la pareja.

La efectividad depende de la usuaria, si no se usa adecuadamente durante el primer año se han registrado 21 embarazos de cada 100 usuarias y si se usan correctamente se presentan 5 embarazos por cada 100 usuarias. La recuperación de la fertilidad es inmediata y tiene protección para las ITS. (OPS, 2019)

13. **Espermicidas**

Son sustancias que se colocan profundamente en la vagina, cerca del cuello del útero, cuya finalidad es destruir espermatozoides. El más utilizado es el nonoxinol-9, entre otros.

Se comercializan como gel, cremas, espumas, óvulos y aerosoles. Destruyen la membrana de los espermatozoides y se deben usar en cada acto sexual, es uno de los métodos menos efectivos (21 embarazos por cada 100 usuarias).

Efectos adversos. – irritación de la vagina o el pene, lesiones vaginales e infecciones del tracto urinario. (OPS, 2019)

14. **Diafragmas**

Es una pieza de látex, plástico o silicona que se coloca en el cuello uterino, se pueden utilizar en conjunto con espermicidas para mejorar su efectividad.

Actúa impidiendo la entrada de espermatozoides en el cuello uterino y en combinación con el espermicida evitan la fecundación.

La efectividad depende del usuario, aunque, es un método poco efectivo, el primer año se registran 17 embarazos de 100 mujeres.

Efectos adversos. – irritación del pene, vagina, infección urinaria, vaginosis bacteriana y candidiasis.

Contraindicaciones. – alergia al látex.

Indicaciones. – se debe usar luego de 6 semanas posparto o posaborto, puede usar cualquier mujer. **(OPS, 2019)**

15. **Capuchones cervicouterinos**

Es un dispositivo en forma de copa de látex o silicona. La efectividad del método depende del usuario, pero es el menos efectivo. **Contraindicaciones.** – lesiones precancerosas o cáncer de cuello uterino.

16. **Planificación familiar natural**

Es un método en el cuál la mujer conoce los días fértiles de su ciclo menstrual, de diferentes maneras como por medio del calendario (método del ritmo) y por signos de fertilidad como la secreción cervical y la temperatura corporal basal. No existen datos fiables de la efectividad de este método. **(OPS, 2019)**

17. **Coito interrumpido**

Consiste en que el hombre retira el pene de la vagina de la mujer justo antes de la eyaculación, eyacula fuera de la vagina. Es uno de los métodos menos efectivos, se registran 20 embarazos en las 100 mujeres. **(OPS, 2019)**

18. **Amenorrea de la lactancia**

Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto de la lactancia sobre la fertilidad, donde no haya menstruación, que la lactancia sea exclusiva o casi exclusiva y que el bebé sea menor de 6 meses. La lactancia actúa evitando que se produzcan las hormonas que ocasionan la ovulación.

Existe mayor riesgo de embarazo en las mujeres que no tienen lactancia exclusiva o casi exclusiva, la efectividad del método es de 2 embarazos en 100 mujeres que lo han utilizado los 6 meses posteriores al parto. **(OPS, 2019).**

ANEXO B:

Formato De Encuesta Aplicada A Mujeres En Edad Fértil, Que Acudieron A Los Servicios De Salud Seleccionados En La Parroquia De Cotocollao.

ENCUESTA SOBRE ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA PANDEMIA.

Estamos haciendo una encuesta respecto a la facilidad o dificultad que tuvieron las mujeres para acceder a métodos anticonceptivos durante la pandemia. Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial, y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio. Su participación es voluntaria y no tiene que contestar las preguntas que no desee. Sus respuestas son muy importantes para mejorar los programas de salud del país. ¿Está usted de acuerdo en ser entrevistada?

SI	NO
----	----

FIRMA DEL ENTREVISTADO: _____

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: _____ FECHA: _____

A. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA Y DEMOGRÁFICA

CI: _____

SECTOR DE RESIDENCIA: _____

PARROQUIA: _____

BARRIO: _____

EDAD: _____

DISCAPACIDAD

SI	NO
----	----

AUTOIDENTIFICACIÓN SEGÚN SUS COSTUMBRES Y TRADICIONES:

INDÍGENA	
AFROECUATORIANO/A	
MULATO	
MONTUBIO/A	
MESTIZO/A	
BLANCO/A	
OTRO/A (especificar)	
NO RESPONDE	

ESTADO CIVIL

SOLTERA	
CASADA	
SEPARADA	
DIVORCIADA	
VIUDA	
UNION LIBRE	
NO RESPONDE	

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

NINGUNA	
PRIMARIA INCOMPLETA	
PRIMARIA COMPLETA	
SECUNDARIA INCOMPLETA	
SECUNDARIA COMPLETA	
SUPERIOR INCOMPLETA	
SUPERIOR COMPLETA	
CUARTO NIVEL	

OCUPACIÓN:

EMPLEADO DEL SECTOR PÚBLICO	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	

TRABAJO INDEPENDIENTE	
TRABAJO SIN REMUNERACIÓN	
ESTUDIANTE	
AMA DE CASA	
TRABAJA PARA UN FAMILIAR	
DESEMPLEADA (EN CAPACIDAD DE TRABAJAR)	
DESEMPLEADA (SIN CAPACIDAD PARA TRABAJAR)	
NO RESPONDE	

¿TIENE ALGÚN SEGURO MÉDICO?

SI	NO
----	----

Si la respuesta es afirmativa, indicar CUÁL ?

SEGURO SOCIAL (PUBLICO)	
SEGURO PRIVADO	
MEDICINA PREPAGADA	
PUBLICO Y PRIVADO.	
SEGURO POLICIAL	
MILITAR	
OTRO (SEÑALE CUÁL):	

NIVEL DE INGRESOS

DENOMINACIÓN	
MENOS DE 1 SBU (<400)	
DE 1 A MENOS DE 2 SBU (400 a 799)	
DE 2 A MENOS DE 3 SBU (800 a 1199)	
DE 3 A MENOS DE 4 SBU (1200 a 1599)	
DE 4 A MENOS DE 5 SBU (1600 a 1900)	
DE 5 A MENOS DE 6 SBU (2000 a 2399)	
MÁS DE 6SBU (>2400)	

¿CUÁL ES SU TIPO DE VIVIENDA?

PROPIA	
ARRENDADA	
PRESTADA	
OTRO TIPO (ESPECIFIQUE)	

B. INFORMACIÓN DE SALUD

HISTORIA DE EMBARAZOS Y PARTOS

¿CUANTAS VECES HA ESTADO EMBARAZADA?			
¿CUANTOS HIJOS E HIJAS ESTAN VIVOS?			
¿ALGUNO DE SUS HIJOS HA FALLECIDO ANTES DE LOS 5 AÑOS?	SI	NO	NO APLICA
¿HA PERDIDO UN HIJO ANTES DE LOS 6 MESES DE EMBARAZO? (ABORTO)	SI	NO	CUÁNTOS?
¿EN ALGÚN MOMENTO TUVO TEMOR DE ESTAR EMBARAZADA?	SI	NO	
¿ESTÁ UD. ACTUALMENTE EMBARAZADA?	SI	NO	

¿QUERÍA UD. ESTAR EMBARAZADA EN ESTE TIEMPO?	SI	NO	
¿CUÁNTOS MESES DE EMBARAZO TIENE?		NO APLICA	
¿SU EMBARAZO ACTUAL ES EL PRIMERO?	SI	NO	NO APLICA

¿QUÉ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCE Y USA?

MÉTODO	CONOCE	USA ACTUALMENTE
PÍLDORA O PASTILLA ANTICONCEPTIVA		
DIU (ESPIRAL, T DE COBRE		
DIAFRAGMA		
INYECCION ANTICONCEPTIVA		
IMPLANTES (IMPLANON, JADELLA)		
PARCHES ANTICONCEPTIVOS		
PRESERVATIVO FEMENINO		
PRESERVATIVO MASCULINO (CONDON)		
ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA)		
ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS)		
MÉTODOS VAGINALES (JALEAS, JABONES)		
MÉTODO DEL RITMO		
RETIRO TEMPRANO (COITO INTERRUMPIDO)		
PASTILLA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA (PAE)		
NO CONOCE/NO USA		

¿Conoce dónde acceder a Anticoncepción de emergencia?

Si contestó que Si, indique dónde

SI	NO

¿DÓNDE RECIBIO INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN?

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
ESTABLECIMIENTO DEL MSP	
ESTABLECIMIENTO DEL SEG. SOCIAL	
ESTABLECIMIENTO DE FF.AA	
ESTABLECIMIENTO DE LA Y/O POLICIA	
DE UN FAMILIAR	
UNIDAD EDUCATIVA	
ONG.	
CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO	
IGLESIA.	
PAREJA / COMPAÑERO	
OTRO/ Describir donde	
NUNCA HA RECIBIDO INFORMACIÓN	

¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO EMPEZÓ A USAR SU PRIMER MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

--

¿CUÁNTOS HIJOS TENÍA UD. CUANDO EMPEZÓ A USAR SU PRIMER MÉTODO ANTICONCEPTIVO?	
--	--

¿DÓNDE OBTIENE EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE USA?

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	MARQUE CON UNA X	SEÑALE EL TIPO Y NOMBRE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		
ESTABLECIMIENTO DEL SEG. SOCIAL		
HOSPITAL DE LAS FF.AA Y POLICÍA.		
ONG		
CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO		
FARMACIA		
OTRO (Describir cuál)		

c. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HA ACUDIDO A UNA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?	SI	NO
--	----	----

¿CUÁL ES SU PERCEPCIÓN SOBRE EL COSTO DE LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO PRESCRITO?	CONSULTA DE PLANIFICACIÓN	MÉTODO PRESCRITO
CARO		
RAZONABLE		
BARATO		
GRATUITO		
NO USA MÉTODO ANTICONCEPTIVO		

DURANTE LA PANDEMIA ¿QUÉ TAN FÁCIL HA SIDO ADQUIRIR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?	MARCAR X
FÁCIL	
DIFÍCIL	
IGUAL QUE ANTE DE PANDEMIA	
NO HA REQUERIDO MÉTODO	

DURANTE LA PANDEMIA ¿CUÁL PIENSA QUE HA SIDO LA MAYOR DIFICULTAD PARA ADQUIRIR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?	MARCAR X
MOVILIDAD	
FALTA DE ANTICONCEPTIVOS EN LAS UNIDADES DE SALUD	
COSTO	
DIFICULTAD DE AGENDAR UNA CITA	
OTROS(INDIQUE CUÁL?)	

DURANTE LA PANDEMIA ¿CÓMO OBTUVO EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE USA DE FORMA HABITUAL?	
COMPRAR MÉTODO	
SUSPENDER MÉTODO	
OTROS(INDIQUE CUÁL?)	

DE HABER SUSPENDIDO EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO HABITUAL ¿CÚALES FUERON LAS CONSECUENCIAS?	
--	--

DE HABER SUSPENDIDO EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO HABITUAL ¿UTILIZÓ ALGÚN MÉTODO ALTERNATIVO? INDIQUE CUÁL?	
---	--