

**BARRERAS DE ACCESO EN LA ADHERENCIA A LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES Y HOMBRES DE 10 HASTA
54 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT- CUNDINAMARCA
2015**

**BLAS EMILIO TORRES OLAYA
Grupo de edad de 20 a 29 años
Mujeres**

Estudiante Investigador

1

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA SECCIONAL GIRARDOT
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
GIRARDOT
2017**

**BARRERAS DE ACCESO EN LA ADHERENCIA A LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES Y HOMBRES DE 10 HASTA
54 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT- CUNDINAMARCA
2015**

BLAS EMILIO TORRES OLAYA
Grupo de edad de 20 a 29 años
Mujeres

Estudiante Investigador

Trabajo de grado para optar el título de Enfermero

CARLOTA CASTRO QUINTANA
Investigadora Principal

EDNA CAROLINA OLARTE
EZEQUIEL DUARTE
Co-Investigadores

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA SECCIONAL GIRARDOT
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
GIRARDOT
2017**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Jurado

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	25
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	27
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	30
2. OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GENERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3. JUSTIFICACIÓN	34
4. MARCOS DE REFERENCIA	38
4.1 ESTADO DEL ARTE	38
4.1.1 Madres Adolescentes. Un reto social y de academia II PA 2014	38
4 4.1.2 Madres Adolescentes un reto social y de academia I PA 2015.	39
4.1.3 Seguimiento de la implementación del protocolo de morbilidad materna extrema de la Empresa Social Hospital Universitario De La Samaritana Bogotá I-II Periodo Académico De 2014.	41
4.1.4 Barreras de acceso a métodos anticonceptivos en Colombia-Ministerio De Salud Y De La Protección Social.	43
4.2 MARCO GEOGRÁFICO	44
4.2.1 Identificación del municipio.	45

4.2.2 Descripción Física.	45
4.2.3 Límites del municipio	46
4.2.4 Distribución comunas con sus respectivos barrios.	48
4.2.5 Población	49
4.2.6 Sistema de salud	51
4.3 SECRETARIA DE SALUD	53
4.3.1 Misión.	53
4.3.2 Objetivo general	54
4.3.3 Objetivos específicos.	54
4.3.4 Funciones.	54
4.3.5 Unidad amigable Universidad de Cundinamarca	55
4.3.6 Plan de desarrollo Girardot Cundinamarca "Girardot Tiene Con Que".	58
4.4 MARCO CONCEPTUAL	61
4.4.1 Características de la vida sexual según el ciclo vital.	63
5 4.4.2 Adulto y adulto joven	68
4.4.3 Factor de riesgo biológico	71
4.4.4 Esquema de interpretación y adaptación del factor del riesgo biológico como barrera de acceso a la anticoncepción	74
4.4.5 Factor de riesgo estilos de vida	75
4.4.6 Esquema de interpretación y adaptación del factor del riesgo estilo de vida como barrera de acceso a la anticoncepción.	77

4.4.7 Factor de riesgo servicios de salud	78
4.4.8 Esquema de interpretación y adaptación del factor del riesgo servicios de salud como barrera de acceso a la anticoncepción.	80
4.4.9 Factor de riesgo medio ambiente.	81
4.4.10 Esquema de interpretación y adaptación del factor del riesgo de medio ambiente como barrera de acceso a la anticoncepción.	84
4.5 MARCO TEÓRICO	93
4.6 MARCO NORMATIVO	96
4.6.1 Política Nacional De Sexualidad, Derechos Sexuales Y Derechos Reproductivos	97
4.6.2 Derechos sexuales y reproductivos	108
4.6.3 Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021. Derechos y sexualidad	110
5. DISEÑO METODOLÓGICO	127
5.1 ENFOQUE	127
5.2 TIPO DE ESTUDIO	127
5.3 UNIVERSO	127
5.4 POBLACIÓN	128
5.5 MUESTRA DE LA POBLACIÓN SUJETO 2015	129
5.6 MUESTREO	132
6. MÉTODO, TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	134
6.1 MÉTODO	134
6.2 TECNICA	134

6.3 INSTRUMENTOS	134
6.4 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	136
6.5 FACTOR DE RIESGO BIOLÓGICO	136
6.6 FACTORES DETERMINANTES DEL REGIMEN DE LA SALUD	137
6.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	141
6.7.1 Encuesta para hombres y mujeres	141
7. ASPECTOS ÉTICOS LEGALES DE LA INVESTIGACIÓN	144
7.1 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	146
8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	147
8.1 INTERPRETACIÓN DE DATOS	147
9. RESULTADOS	151
9.1 RESULTADOS HOMBRE DE 20 A 29 AÑOS	151
9.1.1 Caracterización Sociodemográfica.	151
9.1.2 Barreras de acceso a la anticoncepción, interpretadas según la clasificación de los factores de riesgo de Alan Dever.	165
9.2 Factor Biológico.	165
9.3 Factor Estilo de vida.	171
9.4 Medio Ambiente.	183
9.4.1 Adherencia en la anticoncepción.	183
9.5 Factor Servicio de Salud.	187
9.5.1 adherencia a la concepción.	210

9.6 Interpretacion de cruce de variables.	232
10. CONCLUSIONES	253
11. LIMITACIONES	254
12. RECOMENDACIONES	254

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Infraestructura en salud Municipio Girardot.	51
Tabla 2. EPS con programas de anticoncepción Municipio de Girardot.	52
Tabla 3. Plan De Acción En Salud Pública Girardot Cundinamarca.	59
Tabla 4. Buenas Prácticas para Información y Servicios de Anticonceptivos.	89
Tabla 5. Grupo sujeto de estudio con rango de edad 10-54 años en el departamento de Cundinamarca.	128
Tabla 6. Grupo sujeto de estudio con rango de edad 10-54 años en el municipio de Girardot.	128
Tabla 7. IPS participantes en el estudio de barreras de acceso en el municipio de Girardot.	130
Tabla 8. Número de encuestas de 30 manzanas o conglomerados por 7 personas de la población sujeto en edades requeridas según rango poblacional.	133
Tabla 9. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 1 del municipio de Girardot.	151
Tabla 10. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 2 del municipio de Girardot.	152
Tabla 11. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 3 del municipio de Girardot.	153
Tabla 12. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 4 del municipio de Girardot.	154
Tabla 13. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 5 del municipio de Girardot.	155

Tabla 14. Distribución de la población sujeto de estudio en los corregimientos del municipio de Girardot.	156
Tabla 15. Distribución de la población sujeto de estudio según su estado civil.	158
Tabla 16. Distribución de la población sujeto de estudio según grado de escolaridad.	159
Tabla 17. Distribución de la población sujeto de estudio según ocupación.	160
Tabla 18. Distribución de la población sujeto de estudio según el regimen.	161
Tabla 19. Distribución de la población sujeto de estudio según edad actual.	162
Tabla 20. Distribución de la población sujeto de estudio según estrato socioeconomico.	163
Tabla 21. Distribución de la población sujeto de estudio según numeros de hijos.	164
Tabla 22. Distribucion de la población sujeto de estudio según la Menarquia.	165
Tabla 23. Distribución de la población sujeto de estudio según sexarquia.	167
Tabla 24. Distribución de la población sujeto de estudio según la Telarquia.	168
Tabla 25. Distribución de la población sujeto de estudio según el ciclo Menstrual.	169
Tabla 26. Distribución de la población sujeto de estudio según qué efectos adversos le produce su método anticonceptivo.	170
Tabla 27. Distribucion de la población sujeto de estudio según edad de inicio de anticonceptivo.	171
Tabla 28. Distribución de la población sujeto de estudio según metodo con el que inicio su anticoncepcion.	172

Tabla 29. Distribución de la población sujeto de estudio según ¿Tiene pareja estable?	173
Tabla 30. Distribución de la población sujeto de estudio según método anticonceptivo usa actualmente.	174
Tabla 31. Distribución de la población sujeto de estudio; según planificación familiar.	175
Tabla 32. Distribución de la población sujeto de estudio; ¿Ha olvidado tomarse o inyectarse su método anticonceptivo?	176
Tabla 33. Distribución de la población sujeto de estudio; según ha olvidado tomarse o inyectarse su metodo anticonceptivo, que medidas a tomado.	177
Tabla 34. Distribución de la población sujeto de estudio; según cuál de estas prácticas ha usado para prevenir el embarazo.	178
Tabla 35. Distribución de la población sujeto de estudio; según número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año.	180
Tabla 36. Distribución de la población sujeto de estudio; según la decisión de iniciar el uso del método anticonceptivo fue de iniciativa.	181
Tabla 37. Distribución de la población sujeto de estudio; según Considera que el uso del método anticonceptivo debe ser.	182
Tabla 38. Distribución de la población sujeto de estudio; según la orientación del cuidado sexual.	183
Tabla 39. Distribución de la población sujeto de estudio; según si ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos.	184
Tabla 40. Distribución de la población sujeto de estudio; según el desplazamiento para asistir a la consulta de anticoncepción.	185
Tabla 41. Distribución de la población sujeto de estudio; según las condiciones de seguridad de su ubicación residencial influyen en la asistencia a las citas de anticoncepción.	186

Tabla 42. Distribución de la población sujeto de estudio; según si les brindaron asesoría de anticoncepción.	187
Tabla 43. Distribución de la población sujeto de estudio; según el momento en que le brindaron el metodo anticonceptivo.	188
Tabla 44. Distribución de la población sujeto de estudio según ha tenido abortos.	189
Tabla 45. Distribución de la población sujeto de estudio según si recibieron asesoría en anticoncepción después del aborto.	190
Tabla 46. Distribución de la población sujeto de estudio según el momento en que le brindaron el método anticonceptivo.	191
Tabla 47. Distribución de la población sujeto de estudio según si ha tenido cesárea.	192
Tabla 48. Distribución de la población sujeto de estudio según si le brindaron la asesoría en anticoncepción después de la cesárea.	193
Tabla 49. Distribución de la población sujeto de estudio según el momento en que le brindaron el método anticonceptivo.	194
Tabla 50. Distribución de la población sujeto de estudio según si recibió asesoría para iniciar la anticoncepción.	195
Tabla 51. Distribución de la población sujeto de estudio según de quién recibió consejería para inicio de la anticoncepción.	196
Tabla 52. Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes patológicos.	197
Tabla 53. Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes familiares.	199
Tabla 54. Distribución de la población sujeto de estudio según la condición genética fue tenida en cuenta.	200

Tabla 55. Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes farmacológicos.	201
Tabla 56. Distribución de la población sujeto de estudio según si asiste a controles de planificación familiar.	202
Tabla 57. Distribución de la población sujeto de estudio según la opinión que tienen frente a las consultas de anticoncepción.	203
Tabla 58. Distribución de la población sujeto de estudio según cómo ha adquirido su método de planificación familiar.	204
Tabla 59. Distribución de la población sujeto de estudio según como adquirió el método por fuera del sistema de salud "particular" lo hizo por.	205
Tabla 60. Distribución de la población sujeto de estudio según ha recibido visitas domiciliarias de la secretaria de salud.	207
Tabla 61. Distribución de la población sujeto de estudio según visita domiciliaria para verifica.	208
Tabla 62. Distribución de la población sujeto de estudio según considera que la IPS está cumpliendo en la atención a los usuarios en.	209
Tabla 63. Distribución de la población sujeto de estudio según conoce sus derechos sexuales y reproductivos.	210
Tabla 64. Distribución de la población sujeto de estudio según ha rechazado algún método anticonceptivo por.	211
Tabla 65. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha aceptado el método anticonceptivo para.	212
Tabla 66. Distribución de la población sujeto de estudio según; considera que su situación económica interfiere en el momento de acceder a la consulta de planificación familiar.	213
Tabla 67. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha tenido que dar un aporte económico para recibir la consulta de planificación familiar.	214

Tabla 68. Distribución de la población sujeto de estudio según; si se siente satisfecha con el método anticonceptivo que está utilizando actualmente.	215
Tabla 69. Distribución de la población sujeto de estudio según; cuánto tiempo lleva utilizando este método.	216
Tabla 70. Distribución de la población sujeto de estudio según; el método anticonceptivo lo ha cambiado por.	217
Tabla 71. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha suspendido el uso de anticonceptivos.	218
Tabla 72. Distribución de la población sujeto de estudio según; porque ha suspendido el uso de anticonceptivos.	219
Tabla 73. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha abandonado su método anticonceptivo.	220
Tabla 74. Distribución de la población sujeto de estudio según; cuántas veces ha abandonado su método anticonceptivo.	221
Tabla 75. Distribución de la población sujeto de estudio según; se le facilita acceder a la consulta de anticoncepción.	222
Tabla 76. Distribución de la población sujeto de estudio según; si ha tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de planificación familiar.	223
Tabla 77. Distribución de la población sujeto de estudio según; cada cuánto asiste a control de planificación familiar.	224
Tabla 78. Distribución de la población sujeto de estudio según; la inversión para adquirir el método anticonceptivo es.	225
Tabla 79. Distribución de la población sujeto de estudio según; el valor del método esta entre.	226
Tabla 80. Distribución de la población sujeto de estudio según; si le gustaría cambiar su método anticonceptivo actual.	227

Tabla 81. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su pareja la apoya en el uso del método anticonceptivo. 228

Tabla 82. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su trabajo le impide asistir a la consulta de anticoncepción por. 229

Tabla 83. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su estado de salud influye en las asistencias a las citas de anticoncepción. 230

Tabla 84. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su pareja le compra el método anticonceptivo. 231

Tablas Cruce de Variables

Tabla 85. Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs Sexarquia. 232

Tabla 86. Distribución de la población sujeto de estudio según que Método anticonceptivo usa actualmente Vs Que efecto adverso le produce su método anticonceptivo. 235

Tabla 87. Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs Método con el que inicio a planificar. 238

Tabla 88. Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs quien le ha orientado el cuidado sexual. 241

15 **Tabla 89.** Distribución de la población sujeto de estudio según quien le ha orientado cuidado sexual Vs que método usa de anticoncepción usa actualmente. 244

Tabla 90. Distribución de la población sujeto de estudio según si asiste a control de anticoncepción Vs Ha tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de anticonceptivos. 247

Tabla 91. Distribución de la población sujeto de estudio según; Asiste a control de anticoncepción Vs conoce sus derechos sexuales. 250

LISTA DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Mapa político Girardot Cundinamarca.	47
Figura 2. Comunas Girardot Cundinamarca.	47
Figura 3. Mapa Municipio de Girardot.	48
Figura 4. Distribución de la población sujeto de estudio por comunas.	151
Figura 5. Distribución de la población sujeto de estudio por corregimiento.	157

LISTA DE GRÁFICAS

	Pag.
Grafica 1. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 1 del municipio de Girardot.	152
Grafica 2. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 2 del municipio de Girardot.	153
Grafica 3. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 3 del municipio de Girardot.	154
Grafica 4. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 4 del municipio de Girardot.	155
Grafica 5. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 5 del municipio de Girardot.	156
Grafica 6. Distribución de la población sujeto de estudio en los corregimientos del municipio de Girardot.	157
Grafica 7. Distribución de la población sujeto de estudio según su estado Civil.	159
Grafica 8. Distribución de la población sujeto de estudio según grado de escolaridad.	160
Grafica 9. Distribución de la población sujeto de estudio según ocupación.	161
Grafica 10. Distribución de la población sujeto de estudio según el Regimen.	162
Grafica 11. Distribución de la población sujeto de estudio según edad actual.	163
Grafica 12. Distribución de la población sujeto de estudio según estrato socioeconomico.	164
Grafica 13. Distribución de la población sujeto de estudio según numeros de hijos.	165

Grafica 14. Distribucion de la población sujeto de estudio según la Menarquia.	166
Grafica 15. Distribución de la población sujeto de estudio según sexarquia.	167
Grafica 16. Distribución de la población sujeto de estudio según la telarquia.	168
Grafica 17. Distribución de la población sujeto de estudio según el ciclo menstrual.	169
Grafica 18. Distribución de la población sujeto de estudio según qué efectos adversos le produce su método anticonceptivo.	170
Grafica 19. Distribucion de la población sujeto de estudio según edad de inicio de anticonceptivo.	171
Grafica 20. Distribución de la población sujeto de estudio según metodo con el que inicio su anticoncepcion.	172
Grafica 21. Distribución de la población sujeto de estudio según ¿Tiene pareja estable?	173
Grafica 22. Distribución de la población sujeto de estudio según método anticonceptivo usa actualmente.	174
Grafica 23. Distribución de la población sujeto de estudio; según planificación familiar.	175
Grafica 24. Distribución de la población sujeto de estudio; ¿Ha olvidado tomarse o inyectarse su método anticonceptivo?	176
Grafica 25. Distribución de la población sujeto de estudio; según ha olvidado tomarse o inyectarse su metodo anticonceptivo, que medidas a tomado.	178
Grafica 26. Distribución de la población sujeto de estudio; según cuál de estas prácticas ha usado para prevenir el embarazo.	179
Grafica 27. Distribución de la población sujeto de estudio; según número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año.	180

Grafica 28. Distribución de la población sujeto de estudio; según la decisión de iniciar el uso del método anticonceptivo fue de iniciativa.	181
Grafica 29. Distribución de la población sujeto de estudio; según Considera que el uso del método anticonceptivo debe ser.	182
Grafica 30. Distribución de la población sujeto de estudio; según la orientación del cuidado sexual.	184
Grafica 31. Distribución de la población sujeto de estudio; según si ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos.	185
Grafica 32. Distribución de la población sujeto de estudio; según el desplazamiento para asistir a la consulta de anticoncepción.	186
Grafica 33. Distribución de la población sujeto de estudio; según las condiciones de seguridad de su ubicación residencial influyen en la asistencia a las citas de anticoncepción.	187
Grafica 34. Distribución de la población sujeto de estudio; según si les brindaron asesoría de anticoncepción.	188
Grafica 35. Distribución de la población sujeto de estudio; según el momento en que le brindaron el metodo anticonceptivo.	189
Grafica 36. Distribución de la población sujeto de estudio según ha tenido abortos.	190
Grafica 37. Distribución de la población sujeto de estudio según si recibieron asesoría en anticoncepción después del aborto.	191
Grafica 38. Distribución de la población sujeto de estudio según el momento en que le brindaron el método anticonceptivo.	192
Grafica 39. Distribución de la población sujeto de estudio según si ha tenido cesárea.	193
Grafica 40. Distribución de la población sujeto de estudio según si le brindaron la asesoría en anticoncepción después de la cesárea.	194

Grafica 41. Distribución de la población sujeto de estudio según el momento en que le brindaron el método anticonceptivo.	195
Grafica 42. Distribución de la población sujeto de estudio según si recibió asesoría para iniciar la anticoncepción.	196
Grafica 43. Distribución de la población sujeto de estudio según de quién recibió consejería para inicio de la anticoncepción.	197
Grafica 44. Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes patológicos.	198
Grafica 45. Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes familiares.	199
Grafica 46. Distribución de la población sujeto de estudio según la condición genética fue tomada en cuenta.	200
Grafica 47. Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes farmacológicos.	201
Grafica 48. Distribución de la población sujeto de estudio según si asiste a controles de planificación familiar.	202
Grafica 49. Distribución de la población sujeto de estudio según la opinión que tienen frente a las consultas de anticoncepción.	204
Grafica 50. Distribución de la población sujeto de estudio según cómo ha adquirido su método de planificación familiar.	205
Grafica 51. Distribución de la población sujeto de estudio según cómo adquirió el método por fuera del sistema de salud "particular" lo hizo por.	206
Grafica 52. Distribución de la población sujeto de estudio según ha recibido visitas domiciliarias de la secretaria de salud.	207
Grafica 53. Distribución de la población sujeto de estudio según visita domiciliaria para verificación.	208

Grafica 54. Distribución de la población sujeto de estudio según considera que la IPS está cumpliendo en la atención a los usuarios en.	209
Grafica 55. Distribución de la población sujeto de estudio según conoce sus derechos sexuales y reproductivos.	210
Grafica 56. Distribución de la población sujeto de estudio según ha rechazado algún método anticonceptivo por.	211
Grafica 57. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha aceptado el método anticonceptivo para.	212
Grafica 58. Distribución de la población sujeto de estudio según; considera que su situación económica interfiere en el momento de acceder a la consulta de planificación familiar.	213
Grafica 59. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha tenido que dar un aporte económico para recibir la consulta de planificación familiar.	214
Grafica 60. Distribución de la población sujeto de estudio según; si se siente satisfecho con el método anticonceptivo que está utilizando actualmente.	215
Grafica 61. Distribución de la población sujeto de estudio según; cuánto tiempo lleva utilizando este método.	216
Grafica 62. Distribución de la población sujeto de estudio según; el método anticonceptivo lo ha cambiado por.	217
Grafica 63. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha suspendido el uso de anticonceptivos.	218
Grafica 64. Distribución de la población sujeto de estudio según; porque ha suspendido el uso de anticonceptivos.	219
Grafica 65. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha abandonado su método anticonceptivo.	220
Grafica 66. Distribución de la población sujeto de estudio según; cuántas veces ha abandonado su método anticonceptivo.	221

Grafica 67. Distribución de la población sujeto de estudio según; se le facilita acceder a la consulta de anticoncepción. 222

Grafica 68. Distribución de la población sujeto de estudio según; si ha tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de planificación familiar. 223

Grafica 69. Distribución de la población sujeto de estudio según; cada cuánto asiste a control de planificación familiar. 224

Grafica 70. Distribución de la población sujeto de estudio según; la inversión para adquirir el método anticonceptivo es. 225

Grafica 71. Distribución de la población sujeto de estudio según; el valor del método esta entre. 226

Grafica 72. Distribución de la población sujeto de estudio según; si le gustaría cambiar su método anticonceptivo actual. 227

Grafica 73. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su pareja la apoya en el uso del método anticonceptivo. 228

Grafica 74. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su trabajo le impide asistir a la consulta de anticoncepción por. 229

Grafica 75. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su estado de salud influye en las asistencias a las citas de anticoncepción. 230

Grafica 76. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su pareja le compra el método anticonceptivo. 231

Graficas Cruce de Variables

Grafica 77. Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs Sexarquia. 233

Grafica 78. Distribución de la población sujeto de estudio según Método anticonceptivo usa actualmente Vs Que efecto adverso le produce su método anticonceptivo. 236

- Grafica 79.** Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs Método con el que inicio a planificar. 239
- Grafica 80.** Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs quien le ha orientado el cuidado sexual. 242
- Grafica 81.** Distribución de la población sujeto de estudio según quien le ha orientado cuidado sexual Vs que método usa de anticoncepción usa actualmente. 245
- Grafica 82.** Distribución de la población sujeto de estudio asiste a control de anticoncepción Vs Ha tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de anticonceptivos. 248
- Grafica 83.** Distribución de la población sujeto de estudio Asiste a control de anticoncepción Vs conoce sus derechos sexuales. 251

LISTA DE ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El uso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres es un tema que ha cobrado gran importancia en el municipio de Girardot – Cundinamarca, debido a la falta de adherencia a los programas de anticoncepción a los cuales tiene derecho según el sistema de seguridad social en salud, por decisión propia y según necesidad, teniendo en cuenta la vida sexual que han decidido vivir, por consiguiente los métodos anticonceptivos permiten a las parejas e individuos decidir el control y la planificación de la maternidad permitiendo un mejor desarrollo personal, una vida sexual más plena y a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para conocerlos. De manera que, la elección del método debe estar fundamentada en un proceso eficaz de consejería, con el fin de optimizar el ejercicio de este derecho e incrementar la efectividad de los mismos y disminuyendo el abandono de los métodos, sin embargo, no todos los hombres y mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos, sin dejar a un lado los factores demográficos, sociales, económicos, educativos e ideológicos.

La presente investigación se realizó con un enfoque cuantitativo y de tipo descriptiva con corte transversal abordando 68.329 hombres y mujeres en los rangos de edad de 10 – 54 años, enfocando solo mujeres de 20 a 29 años, haciendo referencia a las barreras de acceso a los métodos anticonceptivos en la población del municipio de Girardot – Cundinamarca. Con el propósito central de indagar la experiencia en la anticoncepción teniendo en cuenta la vida sexual, la relación con el entorno el sistema de salud y su condición biológica contextualizados en los factores de riesgo según ALAN DEVER, tomando como universo la población total de habitantes según (DANE 2005- 2020) 1.779.751 residentes, Otro aspecto importante a considerar en el estudio es el abordaje del factor de riesgo sistema de salud el cual está representado en el municipio por 10 IPS que ofrecen a sus usuarios el programa de anticoncepción, por esta razón hacen parte de la población sujeto de estudio.

Como método de recolección de la información en coherencia con el tipo de investigación se realizó cuantitativo el cual permitió la cuantificación de los eventos que caracteriza la presencia de los riesgos que incide en la no adherencia a los programas de anticoncepción; así mismo se visitan las IPS para evaluar el programa de anticoncepción a través de una lista de chequeo y cuantificar el cumplimiento de los requisitos. La unidad amigable de la universidad Cundinamarca y su grupo de investigación “PLACER” llevaron a cabo la elaboración de una encuesta titulada **barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10-54 años en el**

municipio de Girardot - Cundinamarca 2015 conformada de 115 preguntas de las cuales 60 preguntas van dirigidas a las mujeres y 55 preguntas dirigidas a los hombres en los rangos de edad establecidos y nombrados anteriormente, residentes del municipio de Girardot - Cundinamarca, con el fin de indagar y evaluar la adherencia a los métodos anticonceptivos de dicha población, al igual que una **encuesta a profesionales de la salud – programa de anticoncepción** una **lista de chequeo para evaluar la percepción del usuario durante la consulta de anticoncepción.**

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada vez es más notoria la necesidad de la buena salud sexual y reproductiva como un componente importante para las mujeres y hombres, ya que ésta se encuentra íntimamente asociada con el grado de bienestar y satisfacción de la vida, lo que implica a su vez el derecho a decidir, en tener o no un hijo.

Es por esto que los métodos anticonceptivos constituyen una herramienta importante en el reconocimiento del derecho fundamental de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos, a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para hacerlo. De manera que, la elección del método debe estar fundamentada en un proceso eficaz de consejería, con el fin de optimizar el ejercicio de este derecho, incrementar la efectividad de los mismos y disminuir el abandono de los métodos.

A nivel mundial según la OMS (organización mundial de la salud) Se calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo¹. Es importante también destacar según la ONU (Organización de Naciones Unidas), que 222 millones de mujeres no tienen acceso a la planificación familiar en el mundo².

Colombia es un país ejemplo en América Latina en cuanto al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos resaltando que, **el 73% de las mujeres de 15 a 49 años usa anticonceptivos modernos. A su vez se evidencia que tanto** en el POS subsidiado como contributivo están incluidos la mayoría de los métodos anticonceptivos; sin embargo, **el 48% de las mujeres no sabe que las EPS están obligadas a proporcionar los métodos anticonceptivos** de manera gratuita.

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, PLANIFICACION FAMILAR _MAYO DEL 2015 CATEGORA:CENTRO DE PRENSA, DATOS Y CIFRAS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

² ONU 222 MILLONES DE MUJERES NO TIENEN ACCESO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL MUNDO_14 noviembre, 2012_ Categoría: Boletines, General, Noticias

<http://nacionesunidas.org.co/blog/2012/11/14/222-millones-de-mujeres-no-tienen-acceso-a-la-planificacion-familiar-en-el-mundo/>

Los departamentos con mayor uso de métodos son Quindío y Caldas (81%); Risaralda (78%), y Nariño y Boyacá (77%). Los de menor uso son Vaupés (47%) y Amazonas (53.5%).

El 7% de las mujeres tienen demanda insatisfecha de anticoncepción, lo cual quiere decir que, queriendo usar métodos anticonceptivos, no acceden a ellos por diversos factores: como lo son las barreras de acceso a los servicios de salud, dificultades para negociar un método con su pareja, etc.³.

Colombia es un país que cuenta actualmente con una población de 48.501.594 según cifras del DANE (enero 16-2015), de los cuales 12.318.444 son adolescentes. Se cuenta con una tasa de fecundidad general que ha disminuido, pasando de 91 nacimientos por mil mujeres a 74, en lo relacionado con la tasa de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es de 19.5%; de las cuales el 64% de ellas manifestó que quería el embarazo más tarde o que no lo quería. El 20% de las adolescentes manifiesta tener necesidades insatisfechas en anticoncepción. Convirtiéndose en retos para las nuevas estrategias del estado las cuales deben garantizar a los jóvenes la información y orientación adecuada y el acceso a métodos anticonceptivos cuando los requieran.

Según el departamento administrativo nacional de estadística (DANE 2005-2020) la población total de habitantes del municipio de Girardot la proyección para el año 2015 es de 105.085 entre hombres y mujeres⁴.

Grupo Sujeto	Total De Hombres	Total De Mujeres
10-19 Años	7.917	8.410
20-29 Años	8.758	9.209
30-39 Años	6.494	7.244
40-49 Años	6.217	7.083
50-54 Años	3.035	3.732
Totales	32.421	35.678

Fuente: DANE, Demografía y población. Estimaciones y proyecciones de población. Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005-2020).

³, 4 ONU 222 MILLONES DE MUJERES NO TIENEN ACCESO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL MUNDO_14 noviembre, 2012_ Categoría: Boletines, General, Noticias

<http://nacionesunidas.org.co/blog/2012/11/14/222-millones-de-mujeres-no-tienen-acceso-a-la-planificacion-familiar-en-el-mundo/>

⁴ DANE, Demografía y población. Estimaciones y proyecciones de población. Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005-2020).

Es importante resaltar que según datos de la secretaria de salud en el año 2015 se presentaron 1.539 nacidos vivos en el municipio de Girardot, nacimientos ubicados en los siguientes grupos de edades⁵:

- ❖ 12 a 19 años: 309 nacidos vivos
- ❖ 20 a 29 años: 879 nacidos vivos
- ❖ 30 a 39 años: 329 nacidos vivos
- ❖ 40 a 49 años: 21 nacidos vivos
- ❖ 50 a 54 años: 1 nacidos vivos

Esta cifra de nacidos vivos del año 2015 nos permite identificar que las edades de 12 a 39 años son las tres etapas de la vida de la mujer con mayor índice de embarazos resaltando el mayor número en los de 20 a 29 años, siendo importante para el fortalecimiento de los programas promocionales en estos grupos poblacionales.

En el municipio de Girardot, la UNIDAD AMIGABLE de la UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA seccional Girardot en coordinación con la Secretaria de Salud de Cundinamarca y de Girardot, ha venido desarrollando dos programas; madres adolescentes un reto social de academia y el seguimiento al sistema de vigilancia al evento de Morbilidad Materna Extrema con el hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá.

El programa de madres adolescentes un reto social de academia para el año 2015, se contó con un reporte de 142 madres adolescentes en gestación puerperio y lactantes hasta los dos años, cabe resaltar que el 70,5% de las adolescentes participantes del proyecto recibieron asesoría y consejería de planificación familiar por parte de un profesional de la salud, madre o en las instituciones educativas, sin embargo el 68,6% de estas adolescentes no utilizaban ningún método de planificación antes de su gestación por lo cual se ve el alto índice de embarazos no planeados.⁶

En el programa de morbilidad materna extrema, durante el año 2014 hasta el mes de diciembre, en el Hospital Universitario de la Samaritana Unidad

⁵ Alcaldía de Girardot Cundinamarca, Secretaria de salud, Girardot Cundinamarca. Nacidos vivos año 2015

⁶ UNIDAD AMIGABLE. Base de datos año 2015 madres adolescentes un reto social de academia.

Funcional Girardot, se presentaron 66 casos de los cuales se evidencia que el 42 % (n=28) de las usuarias son provenientes del municipio de Girardot,⁷

Con relacion a la planificación familiar, en el grupo de mujeres que presento el evento de MME:

Es representativo que un 34,8 % (n=23) no empleaba ningún método de anticoncepción y no esperaba o no deseaba una gestación, tan solo el 9 %(n=6) no planificaba porque deseaba quedar en embarazo; Y un 31% quedo en embarazo usando un método anticonceptivo, quienes consideran que el embarazo se dio, según lo manifestado por las madres por “uso incorrecto del anticonceptivo”, “olvido tomarse las pastillas” o “aplicación de la inyección”, “lo suspendi por descontrol hormonal”, “cambio en la marca de las pastillas”, mitos sobre aumento de peso, varices, acne, y por seguridad en la experiencia de tener relaciones sexuales anteriores sin proteccion ni anticoncepción y no quedar en embarazo, “no usar proteccion ni anticoncepción por que un medico le habia dicho que no podia tener hijos.⁸

Es por esto que el grupo de investigación PLACER, de la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca, realiza la presente investigación “**Barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 a 54 años en la ciudad de Girardot. Cundinamarca 2015**” con el fin de generar estrategias que mejoren el uso de los métodos anticonceptivos en la población Girardot, en busca de disminuir los riesgos en salud sexual en la población de hombres y mujeres en edad procreativa.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que la unidad amigable de la universidad de Cundinamarca seccional Girardot con el grupo de investigación PLACER, viene adelantando trabajos de investigación y de proyección social en salud sexual y procreativa, ha permitido entre otros hallazgos importantes, la caracterización de los eventos de Morbilidad Materna Extrema del año 2008-2011 en la clínica San Sebastián de

⁷ Seguimiento de la implementación del protocolo de morbilidad materna extrema de la empresa social del estado hospital universitario samaritana unidad funcional Girardot 2014.

⁸ Ibid. página 66.

Girardot⁹, donde se reportó 107 casos donde el municipio con mayor incidencia fue Girardot con 72 casos; del total de casos las edades con mayor número de eventos fue de 20 a 29 años con 43 casos MME .

Para el año 2014, en el Hospital Universitario Samaritana Unidad Funcional de Girardot, se encontró que 28 de los 66 casos notificados son procedentes del municipio de Girardot, de los cuales, 12 corresponden a las edades de 16 a 20 años, 5 entre 21 y 25 años, 3 entre 20 y 30 años, 1 entre 31 y 35, 5 de 36 a 40 años y 2 entre 41 y 45 años; con relación a la anticoncepción se encontró, que entre las edades 11 y 20 años, 4 utilizaban métodos orales, 3 inyectables, 1 el preservativo y 12 no utilizaban; entre las edades de los 21 y 30, 4 usaron inyectables, 2 orales, 1 el DIU, 1 el preservativo y 8 no utilizaban ningún método de anticoncepción; entre los 31 y 40 años, 2 usaban anticonceptivos inyectables, 1 DIU y 6 no empleaban el método de anticoncepción y entre los 41 y 50 años 1 utilizaba anticonceptivos orales y 1 no empleaba ningún método. Llama la atención que 23 no utilizaban ningún método anticonceptivo y no esperaban la gestación y solo 6 que no planificaban deseaban quedar en embarazo. El 31% de esta muestra quedo en embarazo usando un método anticonceptivo y consideran que el embarazo se dio “por el uso incorrecto, olvido en tomarse la pastilla o aplicarse la inyección o porque lo suspendió por descontrol hormonal y por cambio de margen”¹⁰

Que para los embarazos en adolescentes en los últimos 5 años, Girardot ha venido presentando un incremento observable en las notificaciones de la secretaria de salud local, donde para el año 2011 se reportaron 361 y para el año 2015, 309 entre los 12 y 19 años¹¹.

Y que una de las estrategias establecidas por el sistema de salud para la prevención de embarazos no deseados es el programa de planificación familiar reglamentado por la resolución 0412 del 2000, acción que debe ser promovida por las instituciones prestadoras de servicios de salud a la población en edad procreativa y con vida sexual activa, junto a la creación de escenarios de atención diferenciada para el adolescente y joven como los centros amigables, motivan al grupo de investigación a abordar una muestra de 4200 hombres y mujeres del municipio de Girardot con el fin de dar respuesta a la siguiente pregunta de

⁹ Caracterización de la morbilidad materna extrema en la nueva clínica san Sebastián, Girardot enero del 2008 a enero del 2011, Carlota Castro Quintana y otros. Girardot 2013

¹⁰ Seguimiento a la implementación del protocolo de morbilidad materna extrema de la empresa social del estado Hospital Universitario de la Samaritana unidad funcional de Girardot 2014. Carlota Castro Quinta y otros.

¹¹ Datos proporcionados por la dirección de salud pública, secretaria de salud de Girardot. Epidemióloga Erika Ramírez.

investigación, para contextualizar la situación de los programas de anticoncepción del municipio de Girardot:

¿Cuáles son las barreras de acceso que influyen en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 a 54 años de edad en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las barreras de acceso que influyen en la adherencia en la anticoncepción en las mujeres y hombres entre 10 y 54 años de edad del municipio de Girardot con el fin de plantear estrategias de trabajo interinstitucional que mejoren la oferta y demanda del programa.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Describir las variables sociodemográficas de la población sujeto de estudio e identificar cuales están relacionadas con la adherencia a la anticoncepción.
- ❖ Determinar las principales barreras de acceso por grupos etáreos que pueden relacionarse con la adherencia en la anticoncepción.
- ❖ Plantear estrategias de mejoramiento en la atención de los programas de anticoncepción.

3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, unos de los problemas sociales más importantes que afectan a la juventud son el inicio temprano de la vida sexual, el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual. Las estrategias para la prevención del riesgo y acompañamiento del adolescente y joven son la educación sexual oportuna, la asesoría en el cuidado sexual y anticoncepción, con el fin de que el joven tenga claridad en los riesgos del inicio temprano de una sexualidad y las formas diversas que existen para su cuidado, dejando claro que es importante asumir una sexualidad cuando se está preparado física, emocional, social y económicamente para vivirla de una manera plena y segura.

El uso de métodos anticonceptivos puede ser parte de la solución del riesgo generado por el inicio temprano de la sexualidad; asumida la anticoncepción en la presente investigación como “mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción”¹², la cuál debe ser asumida y direccionada por el sistema de salud hacia el hombre y la mujer teniendo en cuenta que ambos viven la sexualidad y los resultados de esta deben ser asumidos por los dos.

El sistema de salud colombiano rige la atención en anticoncepción según la norma técnica 0412 y las resoluciones 0769 y 1973 de 2008, además la OMS genera lineamientos y actualiza el uso de la anticoncepción los cuales también retroalimentan su aplicación en el país, como el disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos ¹³.

La adolescencia es un período de incertidumbre, en el que la proyección o entendimiento de lo futuro es aún muy principiante, lo que impide la posibilidad de anticipar consecuencias¹⁴. El desarrollo emocional es todavía incompleto y existe un escaso desarrollo de las habilidades de comunicación interpersonal, lo que dificulta, en cierta forma, el negociar con la pareja situaciones vinculadas con las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos. La adolescencia

¹² Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar OMS

¹³ Disco para determinar criterios médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud, 2008

¹⁴ Méndez JM. Anticoncepción en la adolescencia: reflexiones sobre el tema y situación Argentina. Rev SOGIA. 2002;9(3):27-30.

es también una etapa de transición de la dependencia hacia la independencia, y el embarazo puede aparentar ser una manera de alcanzar esta independencia¹⁵.

Por otro lado, existen diversas dificultades a las que se enfrentan los adolescentes, jóvenes y adultos para poder acceder a los servicios de anticoncepción y educación sexual. En general, la mayoría de los servicios de planificación familiar no están diseñados para atraer a la población, y mucho menos, están adaptados a sus características y necesidades. A esto se agregan dificultades de transporte en algunos casos, y en otras, económicas, lo que puede impedir el acceso a los servicios y la adquisición de anticoncepción¹⁶. Sin embargo, aunque se reconocen todos estos problemas, muchas veces su solución se hace imposible. Así, un análisis somero de la situación, basta para comprender que no es suficiente con poner la anticoncepción a su disposición, sino que también es necesario convencerles de su uso.

Aunque los adolescentes, jóvenes y adultos no constituyen grupos homogéneos ni uniformes, su comportamiento sexual y reproductivo está influido en la actualidad, en mayor o menor medida, por una serie de factores como la disminución de la edad de la menarquía, el inicio temprano de la actividad sexual coital, cambios frecuentes de pareja, sentimientos de vulnerabilidad, deficiente educación sexual que conlleva a una escasa, deformada e idealizada información sobre la anticoncepción, la maternidad/paternidad y la sexualidad, presión del grupo de pertenencia y de los medios de comunicación, dificultad y acceso a los servicios sanitarios, y falta de habilidad social para conseguir asesoría y anticonceptivos¹⁷.

A pesar de los progresos en la tecnología y que se dispone cada vez de más medidas para el control de la natalidad, muchas mujeres quedan embarazadas sin una planificación previa y sin haber usado nunca antes anticonceptivo alguno. En Estados Unidos, se reporta que solo aproximadamente 66% de las adolescentes sexualmente activas utilizan algún método anticonceptivo¹⁸. En Colombia, 70 de cada 1.000 adolescentes se convierten en madres cada año,

¹⁵ Llopis A. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. En: Buil C, Lete I, Ros R, De Pablo JL. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: Editorial Wyeth-Lederle; 2001.p.705-32

¹⁶ Madieto J, Otero M, González Y, Pulido T. Conducta sexual en adolescentes varones y anticoncepción. Rev Cubana Enfermer. 2001;17(1):1-6.

¹⁷ Canaval GE, Cerquera GI, Hurtado N, Lozano J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. Inves Educ Enferm. 2006;24(1):26-35.

¹⁸ Peláez J. Anticoncepción en los adolescentes y adultos jóvenes. En: Peláez J. Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001.p.54-83

mientras que el 12 % de las adolescentes urbanas y el 16 % de las rurales requerirían de servicios de anticoncepción, porque ya han tenido un hijo y siguen siendo adolescentes¹⁹.

En Colombia el Informe de Estado de la Población Mundial 2012, “Sí a la opción, no al azar: planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo”, que muestra los desafíos que enfrenta el mundo para garantizar que todas las mujeres y parejas puedan tener acceso a métodos anticonceptivos y decidir libremente sobre su maternidad y paternidad. 222 millones de mujeres en el mundo no tienen acceso a métodos anticonceptivos; Es necesario agregar 4.100 millones de dólares a la financiación para satisfacer las necesidades actuales y las de la creciente población de jóvenes; En Colombia, el 7% de las mujeres tienen demanda insatisfecha de anticoncepción, el cual sube al 20% para las adolescentes.

“Actualmente hay en los países en desarrollo 867 millones de mujeres en edad de procrear que necesitan anticonceptivos modernos; de ese total, 645 millones tienen acceso a ellos, pero la abrumadora cantidad de 222 millones siguen careciendo de acceso. Esto es inexcusable”, plantea el Dr. Babatunde Osotimehin, Director Ejecutivo del UNFPA, en el Informe que se presenta hoy en más de 150 países.

Si la planificación voluntaria de la familia estuviera a disposición de todas las personas en los países en desarrollo, así se reducirían los costos de atención de la salud materna y neonatal en 11.300 millones de dólares por año. Se ha comprobado que aumentar el acceso a la planificación familiar es una importante inversión económica, que reduce la pobreza y la exclusión, y mejora la salud y la vida de las mujeres, incluyendo la prevención de la mortalidad materna.

36

En estudios realizados por la Unidad amigable y el grupo de investigación PLACER de la Universidad de Cundinamarca seccional Girardot, el programa de MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA en el año 2015, contó con un reporte de 142 adolescentes, en gestación, puerperio y lactantes hasta los dos años, cabe resaltar que el 70,5% de las adolescentes participantes del proyecto recibieron asesoría y consejería de planificación familiar por parte de un profesional de la salud, madre o en las instituciones educativas, sin embargo el 68,6% de estas adolescentes no utilizaban ningún

¹⁹ Monterrosa A. Anticonceptivos orales combinados y adolescencia. En: Monterrosa A. Actualización de conceptos en anticonceptivos orales combinados. 3ra. ed. Bogotá: Editorial Whyeth Inc.; 2001.p.89-92.

método de planificación antes de su gestación por lo cual se ve el alto índice de embarazos no planeados²⁰.

Teniendo en cuenta los datos estadísticos a nivel internacional, nacional y local, la unidad amigable de la universidad de Cundinamarca, basados también en los embarazos en adolescentes registrados en los últimos 5 años y en los casos de Morbilidad Materna Extrema, los cuales denotan que las mujeres no asumen la anticoncepción para la prevención de los embarazos y se ha abordado que en su mayoría los adquieren por sus madres, cuando son menores de edad o en las farmacias, asumiendo el método que les recomiendan o los que conocen por experiencia propia o por amigas, estos datos llevo a que desde la unidad amigable se planteara la presente investigación con el objetivo de determinar las barreras de acceso en la adherencia a los métodos de anticoncepción en la población de mujeres y hombres en las edades de 10 a 54 años en el municipio de Girardot, con el fin de caracterizar las barreras de acceso que limitan dicha adherencia y plantear estrategias de mejoramiento en la atención de los programas de anticoncepción.

Esta búsqueda permitió plantear una investigación cuantitativa con el abordaje de una muestra representativa para todas las edades en hombres y mujeres en edad procreativa y candidatos a asumir la anticoncepción en cualquier momento de su vida. La muestra fue de 2.100 hombres y 2.100 mujeres distribuidos equitativamente en cada edad, teniendo en cuenta que según el DANE²¹ para el 2015 Girardot tiene una proyección poblacional para las edades procreativas de 10 a 14 años 3.933 hombres y 4.134 mujeres; 15 a 19 años 3.984 hombres y 4.276 mujeres; 20 a 24 años 4.351 hombres y 4.689 mujeres; 25 a 29 años 4.407 hombres y 4.520 mujeres; 30 a 34 años 3.296 hombres y 3.857 mujeres; 35 a 39 años 3.198 hombres y 3.387 mujeres; 40 a 44 años 2.943 hombres y 3.358 mujeres; 45 a 49 años 3.274 hombres y 3.725 mujeres y de 50 a 54 años 3.305 hombres y 3.732 mujeres.

El trabajo es pertinente para la situación en salud sexual que vive el municipio y se articula con los lineamientos de la prioridad de la secretaria de salud de Cundinamarca y de Girardot, lo cual facilito el acompañamiento de esta última en el desarrollo de la investigación, la cual fue liderada por el grupo de investigación PLACER de la unidad amigable de la Universidad de Cundinamarca. Este grupo está integrado por dos enfermeras, un ingeniero de sistemas y 14 estudiantes investigadores del programa de enfermería.

²⁰ UNIDAD AMIGABLE. Base de datos año 2015 madres adolescentes un reto social de academia.

²¹ <http://www.dane.gov.co/>

4. MARCOS DE REFERENCIA

4.1 ESTADO DEL ARTE

Este estado del arte nos ofrece posibilidades de comprensión del problema tratado, debido a que posibilita múltiples alternativas en torno al estudio y la comprensión crítica con el fin de generar nuevos conocimientos en las barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en la población girardoteña.

Al revisar base de datos de investigaciones relacionadas con el tema en cuestión, se pudo identificar investigaciones que abordaron directamente el tema y otros que de forma indirecta aportan a la investigación. Estos resultados son retomados de la siguiente manera:

4.1.1 Madres Adolescentes. Un reto social y de academia II PA 2014²²

4.1.1.1 Autores.

- ❖ Carlota Castro Quintana
- ❖ Luisa Fernanda Rodríguez Fandiño
- ❖ Leidy Yesenia Villafrade Rojas

4.1.1.2 Resumen. En el entorno social del municipio de Girardot, son notorios los embarazos a temprana edad en los diferentes barrios e instituciones educativas de la ciudad, la mayoría de estas adolescentes se encuentran en estratos socioeconómicos bajos y la edad promedio en donde suceden los embarazos es a los 15 años, un gran número de las niñas que participan en el proyecto viven en entornos de conflicto y están expuestas zonas de vandalismo, drogadicción y demás problemáticas sociales que afectan a su familia y el óptimo desarrollo de su gestación.

Una situación alarmante y que no se puede pasar por alto, es el desconocimiento de las adolescentes en el uso de los métodos anticonceptivos, algunas de ellas no buscan fuentes de información adecuadas, recurren a amigas, padres o simplemente acuden a las farmacias donde les brindan una orientación errónea

²² RODRIGUEZ, Luisa Fernanda y Villafrade, Leidy Yesenia. Madres adolescentes: un reto social y de academia II PA 2014. Trabajo de grado Enfermería. Girardot Cundinamarca. Universidad de Cundinamarca. Facultad ciencias de la salud. Departamento de enfermería. 2015

de su implementación, lo cual favorece los embarazos no planeados, de igual forma aquellas que ya tienen un segundo bebe, manifiestan el temor de la planificación posparto con la inyección trimestral pues, no ha sido efectivo el uso de este método, este hecho es quizás el reflejo de la debilidad en el sistema de salud y el control posparto de forma pertinente y oportuna.

4.1.1.3 Aporte. El 64.3% (45) de las adolescentes participantes del proyecto recibieron asesoría y consejería de planificación familiar por parte de un profesional de la salud o en las instituciones educativas, sin embargo el 94.3% (66) de estas adolescentes no utilizaban ningún método de planificación antes de su gestación por lo cual se ve el alto índice de embarazos no planeados, lo que permite ver que es un problema que puede ser solucionado desde su raíz si se identifica de forma oportuna la barrera que existe en la anticoncepción en las adolescentes²³.

4.1.1.4 Conclusión. Se evidencia al realizar la caracterización sociodemográfica en este estudio de las adolescentes del municipio de Girardot que en su totalidad pertenecen a estratos socioeconómicos bajos 1 y 2 lo cual puede ser un indicador del aumento de la pobreza en esta población, que puede repercutir de manera negativa en el desarrollo del municipio por lo cual se deben brindar las herramientas necesarias a las adolescentes para que desarrollen su proyecto de vida de acuerdo a su situación individual abonando a esto que por su condición social sus preferencias para el momento de iniciar la anticoncepción son las que se acomodan a su estado económico y que no demande el mayor gasto optando por conseguir el método más económico sin la respectiva asesoría.

4.1.2 Madres adolescentes un reto social y de academia I PA 2015²⁴.

4.1.2.1 Autores.

- ❖ Carlota Castro Quintana
- ❖ Niyid Camila Rivera Rey
- ❖ Ada Carolina Salas Quintero

²³ RODRIGUEZ, Luisa Fernanda y Villafrade, Leidy Yesenia. Madres adolescentes: un reto social y de academia II PA 2014. Trabajo de grado Enfermería. Girardot Cundinamarca. Universidad de Cundinamarca. Facultad ciencias de la salud. Departamento de enfermería. 2015. 21 p.

²⁴ RIVERA, Niyid Camila y Salas, Carolina. Madres adolescentes: un reto social y de academia I PA 2015. Trabajo de grado Enfermería. Girardot Cundinamarca. Universidad de Cundinamarca. Facultad ciencias de la salud. Departamento de enfermería. 2015

4.1.2.2 Resumen. En toda la experiencia como líderes en el proyecto se han observado muchos factores que se encuentran inmersos en un embarazo a temprana edad, factores biológicos como la edad de la menarquía en donde prevalecían las edades de 11 a 12 años, factores de comportamiento en los cuales se evidencia que las adolescentes inician su vida sexual desde los 13 años, con una prevalencia en la población entre los 14 y 15 años, el 92,9% de estas jóvenes recibió consejería de planificación familiar, pero el 57,1% no utilizó ningún método de planificación antes de su gestación, evidenciando que la mayoría de las adolescentes pierden la continuidad en el uso del método de anticoncepción, a causa del cambio del método repentino sin consejería previa, por parte del dispensador del método en la IPS o EPS; dentro de los factores estructurales se encontró que la mayoría de las adolescentes viven en la periferia del municipio de Girardot, ya sea en las orillas del río Magdalena y Bogotá o barrios de difícil y peligroso acceso, predominando el estrato 1 y 2, todos estos datos nos da evidencia de un gran problema que necesita de mayor atención por parte de la comunidad y por parte de los entes de la administración municipal y del sector salud del municipio y departamento.

Para Girardot la proyección de los adolescentes de 10 a 19 años, según el DANE²⁵, es de 8.410 mujeres, de esta población y según las pesquisas de la unidad amigable en los registros de las diferentes IPS, instituciones educativas, y los datos sistematizados en la secretaría de salud para Junio 30, se tiene un registro de 90 adolescentes embarazadas, esto en contraste con el dato que a junio 30 de 2014, se contaban con un registro de 120 Madres adolescentes²⁶, durante el seguimiento realizado se ha podido identificar que este grupo poblacional se encuentra en situaciones de mayor vulnerabilidad en términos de información, educación, aspectos socio afectivos, medio ambiente, servicios de salud entre otros.

4.1.2.3 Aportes. Los determinantes sociales que prevalecen en la investigación que conllevan a una gestación a temprana edad se relacionan con el Inicio de la menarquía a los 11-13 años con un 74,9% (21); seguido del 10,7% (3) que iniciaron sus relaciones sexuales a los 13, prevaleciendo a los 15 con un

²⁵ <http://www.dane.gov.co/>

²⁶ RODRIGUEZ FANDIÑO, L.F. VILLAFRADE ROJAS, L.Y. (2014) *Madres Adolescentes Un Reto Social De Academia* [Trabajo De Grado-Modalidad Pasantía], Girardot, Universidad de Cundinamarca, Programa de Enfermería

32,2% (9) y su motivo principal es por amor 50% (14) y curiosidad o experimentar con un 35,7% (10).

De acuerdo al tema de sexualidad el 3,9%(2) de las adolescentes saben que es, a comparación de un 74,5%(38) que no saben del tema. Debido a que la gran mayoría de las adolescentes, tienen el concepto de sexualidad únicamente como el acto sexual o las relaciones sexuales, posiblemente el medio por el cual han adquirido esta información son los amigos, el internet y los programas de televisión, que adulteran así el verdadero concepto que encierra la sexualidad.

4.1.2.4 Conclusiones. El 70,5% (36) de las adolescentes participantes del proyecto recibieron asesoría y consejería de planificación familiar por parte de un profesional de la salud, madre o en las instituciones educativas, sin embargo el 68,6% (32) de estas adolescentes no utilizaban ningún método de planificación antes de su gestación por lo cual se ve el alto índice de embarazos no planeados.

4.1.3 Seguimiento de la implementación del protocolo de morbilidad materna extrema de la Empresa Social Hospital Universitario De La Samaritana Bogotá I-II Periodo Académico De 2014²⁷.

4.1.3.1 Autores.

- ❖ Carlota Castro Quintana
- ❖ Yuly Paola Rodas Tarquino
- ❖ Martha Lizeth Sánchez Briñez

4.1.3.2 Resumen. Para el año 2008 la Universidad de Cundinamarca inicio con el estudio de “CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, BOGOTÁ ENERO 2008 A DICIEMBRE 2011”, se identificaron 113 casos, datos obtenidos de los registros estadísticos de la institución. En dicho estudio además se estableció que las casusas principales son la Preeclampsia, la Eclampsia, el Síndrome de Hellp e Hipertensión Inducida por la Gestación, seguidas por Trastornos Hipertensivos, comprendidas entre las edades 15 a 29 años con 63 casos. Es de resaltar que las ocurrencias de los casos de Mortalidad Materna Extrema fue el ante parto el cual se presentó el 78 %, 88 casos a nivel

²⁷RODAS, Yuly Paola y Sánchez, Marta Lizeth. Seguimiento de la implementación del protocolo de morbilidad materna extrema de la empresa social hospital universitario de la samaritana Bogotá año 2014. Trabajo de grado Enfermería. Girardot Cundinamarca. Universidad de Cundinamarca. Facultad ciencias de la salud. Departamento de enfermería. 2014

Cundinamarca y se observa que el municipio con más incidencia es Soacha con 16 casos, seguido por Silvania y Zipaquirá con 7 casos.²⁸

En el hospital universitario de la samaritana de Bogotá junto con universidad de Cundinamarca se realizó la adaptación del protocolo morbilidad materna extrema durante el periodo del 1 de junio al 30 de noviembre del 2013, donde se identificó una muestra de 617 mujeres en estado de gestación, parto y puerperio; de las cuales fueron notificados 24 casos al instituto nacional de salud por presentar los criterios de morbilidad materna extrema, el cual representa 56% con relación a las mujeres atendidas. Las causas principales son Preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp, falta de educación, cultura, planificación familiar, conflictos familiares.

El presente trabajo da seguimiento al protocolo de vigilancia morbilidad materna extrema en el hospital universitario de la samaritana Bogotá, durante el periodo de 1 enero a 31 de diciembre del 2014, con universo de 1639 mujeres en estado de gestación, parto y puerperio, donde 72 gestantes cumplieron con los criterios de notificación establecidos por el INS, es importante nombrar las edades de las gestantes entre ellas un grupo como es de 21 a 35 años quienes fueron complicadas por las siguientes patologías como Preeclampsia severa, atonía uterina, hemorragia en puerperio inmediato, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis de origen urinario, sepsis de origen pulmonar y leucemia desarrollada en la gestación.

4.1.3.3 Aportes. En cuanto a la planificación familiar, es representativo que un 68,1% (49) no empleaba ningún método de anticoncepción y no esperaba o no deseaba una gestación, tan solo el 23% (17) no planificaba porque deseaba quedar en embarazo; Y un 31,9% quedo en embarazo usando un método anticonceptivo, quienes consideran que el embarazo se dio, según lo manifestado por las madres por “uso incorrecto del anticonceptivo”, “olvido tomarse las pastillas” o “aplicación de la inyección”, “lo suspendi por descontrol hormonal”, “cambio en la marca de las pastillas”, mitos sobre aumento de peso, varices, acne, y por seguridad en la experiencia de tener relaciones sexuales anteriores sin proteccion ni anticoncepción y no quedar en embarazo, “no usar proteccion ni anticoncepción por que un medico le habia dicho que no podia tener hijos”.».

El uso incorrecto del anticonceptivo genera riesgo de contraer enfermedades de transmision sexual y embarazos no deseados, dentro de los riesgos fisicos se

²⁸Caracterización de la morbilidad materna extrema en el hospital universitario de la samaritana, Bogotá enero 2008 a diciembre 2011 cita 05/08/2014

presenta aumento en la tension arterial, sangrados vaginales anormales, aparicion de acne, migrañas, trombosis, riesgo cardiovascular, alteracion de la funcion hepatica²⁹

En cuanto al número de gestaciones se pudo determinar que el 12,5% (9) son primigestantes y en las edades entre los 21 a 30 años, es relevante que el 36,1% (26) tienen mas de 2 hijos y es un rango de edad propicia para tener su primera gestación sin embargo a esta edad ya son multíparas, por lo cual se puede inferir, que se está fallando en la educación y la atencion que se le debe proporcionar a esta población en el uso de los métodos anticonceptivos, en el control post parto para el inicio de la anticoncepción y en el primer nivel de atencion en los programas de planificacion familiar. Lo mismo sucede con tres casos de mujeres mayores de 40 años que van por su quinta y sexta gestacion. No se puede dejar de plantear que dada las nuevas estructuras de vida de pareja en la sociedad actual, muchas mujeres deciden tener un hijo con cada pareja que intentan formar un hogar, dato cualitativo que se obtiene en las entrevistas, pero que no fueron sistematizados, ni cuantificados, en la presente investigacion.

4.1.3.4 Conclusiones. Se tiene la necesidad de Fortalecer los procesos de educación e información para el uso de los métodos anticonceptivos, teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad para cada mujer.

4.1.4 Barreras de acceso a métodos anticonceptivos en Colombia- Ministerio De Salud Y De La Protección Social³⁰.

4.1.4.1 Autores.

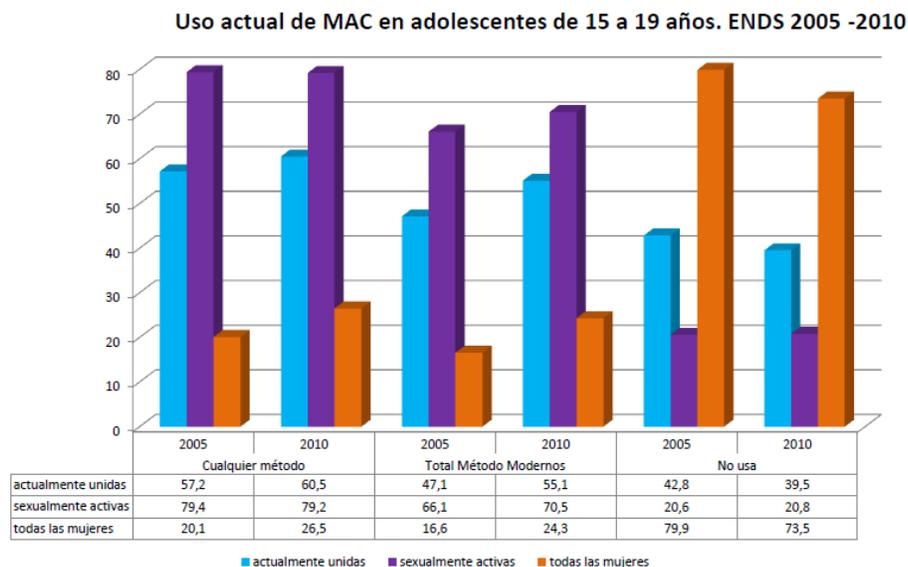
❖ Diva Janeth Moreno López y otros.

²⁹ <http://www.diariofemenino.com/amor-sexo/sexualidad/articulos/efectos-secundarios-riesgos-anticonceptivos-hormonales/>. Visto el 28 de Julio de 2015 a las 11:27p-m

³⁰ MORENO, Diva Janeth, Góngora, p. Ministerio de salud y la protección social. Barreras de acceso a métodos anticonceptivos en Colombia. 2014

4.1.4.2 **Aportes.**

Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes



FUENTE: Minsalud barreras de acceso a métodos anticonceptivos 2014

4.1.4.3 Conclusiones. No solo a nivel local dichas investigaciones nos demuestran que la raíz de todo problema es una adecuada adherencia a la anticoncepción siendo el pilar para que no hayan complicaciones futuras en el proceso de la gestación y el puerperio sino también nos ayuda a disminuir la tasa de embarazos no deseados ni planeados trayéndonos consigo múltiples problemas sociales y que hoy tanto importa a la nación el factor económico.

4.2 MARCO GEOGRÁFICO

Girardot o también llamado como la ciudad de las Acacias es uno de los centros de desarrollo turísticos más importantes del centro del país, gracias a su privilegiada ubicación, se convierte en uno de los destinos turísticos predilectos gracias a su clima (el cual oscila entre 37° y 40°C) e infraestructura. El municipio es sede del festival Turístico y del Reinado Nacional del Turismo; en el cual se desarrollan diversas ferias artesanales, ganaderas y agroindustriales llegando a

alcanzar un importante desarrollo en infraestructura turística, la cual es su principal renglón económico³¹.

Girardot se encuentra ubicada a las orillas del río Magdalena y a 134 km de Bogotá por lo cual es uno de los sitios preferidos de veraniero por los habitantes de la capital del país durante todas las épocas de año, cuenta con una excelente infraestructura hotelera para albergar a sus visitantes y buenas vías de comunicación³².

4.2.1 Identificación del municipio.

- ❖ **Nombre del municipio:** Municipio de Girardot
- ❖ **NIT:** 890680378-4
- ❖ **Código DANE:** 25307
- ❖ **Gentilicio:** Girardoteño
- ❖ **Otros nombres que ha recibido el municipio:** La Chivatera, La Ciudad de las Acacias, Puerto del río grande de la Magdalena².

4.2.2 Descripción Física.

- ❖ **Ubicación astronómica:** 4.18.18 Latitud Norte y 74.48.06 Longitud Oeste
- ❖ **Altitud:** 289 metros sobre el nivel del mar
- ❖ **Temperatura promedio anual:** 35.3° C
- ❖ **Temperatura máxima:** 40° C
- ❖ **Temperatura mínima:** 32° C
- ❖ **Humedad Relativa:** 66.38%
- ❖ **Distancia a Bogotá:** 134 km
- ❖ **Extensión municipio:** 129 km²

³¹ Guía turística, viaja Colombia; Cundinamarca el corazón de Colombia, recuperado de http://www.viajaporcolombia.com/sitios-turisticos/cundinamarca/girardot_102

³² Alcaldía de Girardot Cundinamarca, sitio oficial de Girardot Cundinamarca, Colombia. Recuperado de http://girardot-cundinamarca.gov.co/informacion_general.shtml

❖ **Población del municipio:** 105.085 habitantes (según proyección del DANE para el año 2015)³³

4.2.3 **Límites del municipio.** Limita al norte con el municipio de Nariño y Tocaima, al sur con el municipio de Flandes y el Río Magdalena, al oeste con el municipio de Nariño, el río Magdalena y el municipio de Coello y al este con el municipio de Ricaurte y el Río Bogotá.³⁴

❖ Extensión total: 129 Km2 Km2

❖ Extensión área urbana: 20 Km2 Km2

❖ Extensión área rural: 109 Km2 Km2

❖ Distancia de referencia: 134 km de la Capital

❖ Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 289 metros sobre el nivel del mar.

³³ Estimaciones de población 1985-2005 (4) y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

³⁴ Alcaldía de Girardot Cundinamarca, sitio oficial de Girardot Cundinamarca, Colombia. Recuperado de http://girardot-cundinamarca.gov.co/informacion_general.shtml

Figura 1. Mapa político Girardot Cundinamarca.



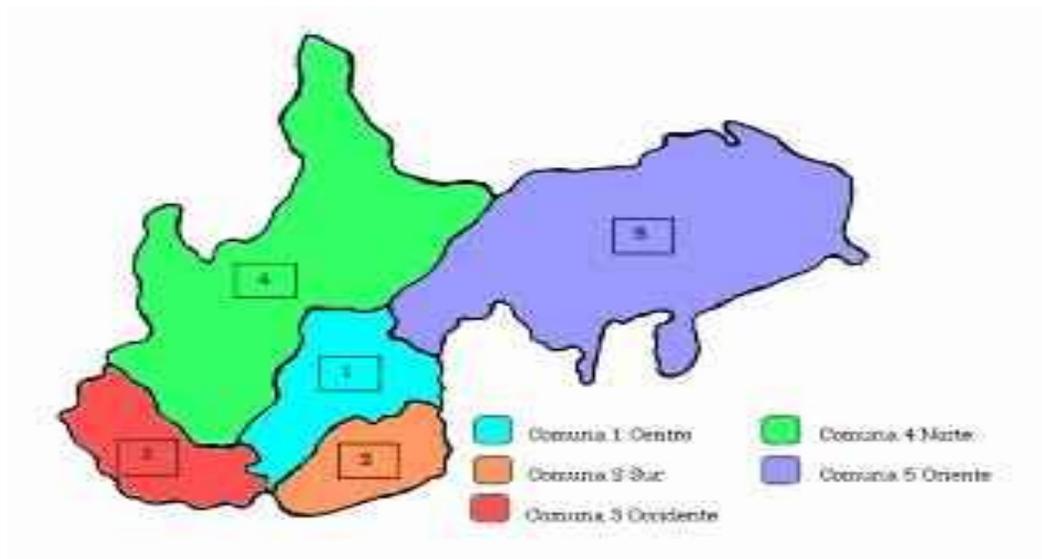
Fuente: Alcaldía de Girardot Cundinamarca, sitio web oficial de Girardot Cundinamarca, Colombia.

Figura 2. Comunas Girardot Cundinamarca.



Fuente: Alcaldía de Girardot Cundinamarca, sitio web oficial de Girardot Cundinamarca, Colombia.

Figura 3. Mapa Municipio de Girardot.



Fuente: Alcaldía de Girardot Cundinamarca, sitio web oficial de Girardot Cundinamarca, Colombia.

Según el acuerdo municipal 0581994. El Municipio de Girardot se divide en cinco (5) Comunas y un (1) Corregimiento así³⁵:

- ❖ Comuna 1. Centro compuesta por 15 Barrios
- ❖ Comuna 2. Sur compuesto por 16 Barrios
- ❖ Comuna 3. Occidente compuesto por 36 Barrios
- ❖ Comuna 4. Norte compuesta por 42 Barrios
- ❖ Comuna 5. Oriente compuesto por 24 Barrios
- ❖ Corregimiento 1. Corresponde a la zona rural de Barzalosa.

48

4.2.4 Distribución comunas con sus respectivos barrios.

Comuna 1: CENTRO; San Miguel, Centro, Granada, Sucre, Murillo Toro, Santander, Bogotá, los almendros, Blanco, La Magdalena, Bavaria, San Antonio, Miraflores.

Comuna 2: SUR; Puerto Montero, Puerto Cabrera, 10 de mayo, 20 de Julio, Puerto Mongui, El Divino Niño, Bocas de Bogotá, urbanización Tocarema, Alto

³⁵ Caracterización secretaria de educación municipal. Girardot Cundinamarca. 2012.

de la cruz, Alto del rosario, Las rosas, El porvenir, Santa Mónica, Parques bocas del Bogotá, Portal de Santa Mónica, Acacias.

Comuna 3: OCCIDENTE; Arrayanes, Esperanza, Quinto patio, Buenos aires, Parques de Andalucía, La colina, La colina campestre, La colina real, San Luis, Santa Helena, Centenario, Cámbulos, Las mercedes, Gólgota, Meneses, Estación, Gaitán, El paraíso, Las quintas, Vivisol I y II, Santa Paula I, Santa Isabel, La maravilla, Santa Paula resort II, Los mangos, El nogal, Guadalquivir, Madeira, Villa Alexander, Villa Cecilia, La arboleda, Villampis, El portal de los almendros, El portal de los cauchos, Asocomún.

Comuna 4: NORTE; Tejares del norte, Rosa Blanca, Los Rosales, Santa Rita, Alicante, Los Naranjos, Altos del peñón, Parque Central, Condominio Montana, Altos del Chicalá, Mi Futuro, Esmeralda III, Bosques del Norte, San Fernando, Juan Pablo II, Diamante, Diamante Popular, Esmeralda, Zarzuela, La Tatiana, La Cuarenta, El refugio, Balcones II, Palmeras del norte, Alcatraz, Portobelo I y II, Bello horizonte, Esperanza norte, Madrigal, Ciudad Montes, Brisas de Girardot, El Edén, Volver a vivir I y II, Solaris, La Ermita.

Comuna 5: ORIENTE; Salsipuedes, Santa Fe, Brisas del Bogotá, Obrero, San Jorge, Corozo, La Magdalena, Villa Paola, Villa Yaneth, Primero de enero, Magdalena III, La Campiña, La Victoria, Los Guadales, El Triunfo, Kennedy, Villa Kennedy, La Carolina, Santa Lucía, Girasol, El Cedrito, El Cedro, Villa Olarte, Los Bunganbiles, Santa María del Peñón, Portachuelo, El peñón, Lagos del peñón, La Trinitaria

Corregimiento: BARZALOSA; Berlín, Guabinal cerro, Guabinal plan, Luis Carlos Galán, La floresta, Piamonte, Presidente, Barzalosa

4.2.5 Población. Según el departamento administrativo nacional de estadística (DANE 2005-2020³) la población total de habitantes del municipio de Girardot la proyección para el año 2015 es de 105.085 entre hombres y mujeres. Estos distribuidos de la siguiente manera según grupos etarios (grupos poblacionales organizados para la investigación)³⁶

³⁶ DANE, Demografía y población. Estimaciones y proyecciones de población. Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005-2020).

Grupo Sujeto	Total De Hombres	Total De Mujeres
10-19 Años	7.917	8.410
20-29 Años	8.758	9.209
30-39 Años	6.494	7.244
40-49 Años	6.217	7.083
50-54 Años	3.035	3.732
TOTALES	32.421	35.678

Fuente: DANE, Demografía y población. Estimaciones y proyecciones de población. Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005-2020).

4.2.5.1 Población urbana y rural del municipio. De acuerdo con DANE, la proyección de la población por área urbana y rural, solo se encontró los datos del 2005 – 2011, los cuales se detallan en la tabla siguiente:

PROYECCIÓN DE POBLACION DE GIRARDOT 2005 - 2011			
AÑO	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN URBANA	POBLACIÓN RURAL
2.005	97.834	94.359	3.475
2.006	98.729	95.250	3.479
2.007	99.514	96.033	3.481
2.008	100.287	96.803	3.484
2.009	101.043	97.506	3.536
2010	101.792	98.318	3.474
2011	102.492	98.904	3.588

Fuente: Plan Integral Único de Atención a la Población Desplazada (PIU) GIRARDOT. 2011.

50

4.2.5.2 Población flotante municipio de Girardot. Para Girardot la proyección en año 2015 es de 105.085 habitantes³⁷ entre hombres y mujeres; y una población flotante de 350.000 habitantes³⁸ aproximadamente en temporadas vacacionales.

Debido a su privilegiada ubicación y su cercanía a las poblaciones del interior del país, Girardot cuenta con un amplio número de visitantes, tanto en temporada

³⁷ Estimaciones de población 1985-2005 (4) y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

³⁸ Programa de gobierno para la Alcaldía de Girardot periodo 2012 – 2015.

de vacaciones como en épocas festivas y fines de semana, lo cual aumenta su población; sin embargo también en época escolar suele tener población flotante, debido a la gran acogida que tiene el municipio con la población universitaria gracias a la excelente oferta académica e infraestructura que acoge a propios y visitantes.

4.2.6 Sistema de salud. Girardot cuenta con una infraestructura en salud que se encuentra representada por su máxima autoridad con la secretaria de salud local, junto con una red de servicios de salud que se encuentran constituidos de la siguiente manera³⁹:

Tabla 1. Infraestructura en salud Municipio Girardot

Codigo	Entidad
253070000401	SOCIEDAD DE ESPECIALISTAS DE GIRARDOT
253070012201	CENTRO MEDICO Y OFTALMOLOGICO IPS S.A.
253070020803	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO - GIRARDOT
253070033202	CORPORACION IPS TOLIMA
253070035404	UAB GRANADA SALUD TOTAL EPS GIRARDOT
253070299009	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
253070194708	IPS CAPRECOM PUESTO DE SALUD BUENOS AIRES
253070299014	PUESTO DE SALUD 10 DE MAYO
253070194706	IPS CAPRECOM PUESTO DE SALUD BARZALOSA
253070299016	PUESTO DE SALUD MIRAFLORES
253070299019	PUESTO DE SALUD PERIFERICO
253070194710	IPS CAPRECOM PUESTO DE SALUD KENNEDY
253070200201	MEDICAR SALUD LIMITADA
253070204205	IPS SALUDCOOP CLINICA GIRARDOT
253071261500	NUEVA CLINICA SAN SEBASTIAN
253070037703	MEDICA IPS
253071380099	INPEC
253070035406	UUBC SALUD TOTAL GIRARDOT-URGENCIAS
253070012204	CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO SEDE CUATRO PROMOVER LTDA

³⁹ Secretaria de salud; Alcaldía de Girardot Cundinamarca. Enero 2016

Codigo	Entidad
	UNIDAD DE SANIDAD POLICIA.
	UNIDAD DE SANIDAD EJERCITO

Fuente: Informe vigilancia en salud pública, Secretaria de salud Girardot Cundinamarca 2015.

Las EPS se encuentran representadas a continuación, junto con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que prestan los servicios de programas de anticoncepción para cada una de ellas.

Tabla 2. EPS con programas de anticoncepción Municipio de Girardot

EPS	Población Total	Población De 10 A 54 Años		IPS contratada para programa de anticoncepción
		Hombres	Mujeres	
Cafesalud EPS	21.321	7.835	7.237	<ul style="list-style-type: none"> • Corporación IPS Tolima Girardot (calle 20 N. 8-29 B/ Granada) • Clínica Saludcoop Girardot • Pro familia Ibagué
Salud Vida EPS	9.727	6.156		<ul style="list-style-type: none"> • Centro médico y oftalmológico • Medicar Salud
Salud Total EPS	25.324	12.550	12.774	<ul style="list-style-type: none"> • IPS Salud total Girardot
Colsubsidio	No proporciona datos.			<ul style="list-style-type: none"> • IPS Colsubsidio
Famisanar	No proporciona datos.			<ul style="list-style-type: none"> • Centro médico y oftalmológico (por evento)
Nueva EPS	13.870	5.989	7.016	<ul style="list-style-type: none"> • Centro médico y oftalmológico

Fuente: Datos proporcionados por cada IPS del municipio de Girardot y compilado por el grupo de investigación.

De su población total, según proyección DANE para el año 2015 de 105.085 habitantes 120.526 (registros secretaria de salud Girardot) se encuentran vinculados al Sistema General de Seguridad Social En Salud (SGSSS), de estos

mismos 44.998 se encuentran afiliados al régimen subsidiado de salud y 75.528 al régimen contributivo⁴⁰.

Según la secretaria de salud en el año 2015 se presentaron 1.539 nacidos vivos en el municipio de Girardot, nacimientos ubicados en los siguientes grupos de edades⁴¹:

- ❖ 12 a 19 años: 309 nacidos vivos
- ❖ 20 a 29 años: 879 nacidos vivos
- ❖ 30 a 39 años: 329 nacidos vivos
- ❖ 40 a 49 años: 21 nacidos vivos
- ❖ 50 a 54 años: 1 nacidos vivos

4.3 SECRETARIA DE SALUD

La secretaria de salud como máximo ente territorial del sistema de salud del municipio expone sus lineamientos generales, para que con ello se proporcione la mejor atención y cuidados a sus habitantes.

4.3.1 Misión.

La Secretaria de Protección Social en Salud tiene como misión adoptar, implementar, vigilar y controlar las Políticas Nacionales en Seguridad Social, garantizando a la población girardoteña con principios de Universalidad, calidad, oportunidad y eficacia el acceso a la salud, desarrollando a su vez programas de promoción, prevención en proyectos que impacten y cambien estilos de vida, con un equipo humano que trabaje con honestidad, transparencia, humanismo, y sensibilidad social en procura de brindar salud para todos los girardoteños.⁴²

⁴⁰ Alcaldía de Girardot Cundinamarca, Secretaria de salud, Girardot Cundinamarca.

⁴¹ Alcaldía de Girardot Cundinamarca, Secretaria de salud, Girardot Cundinamarca. Nacidos vivos año 2015

⁴² Alcaldía de Girardot Cundinamarca, sitio oficial de Girardot Cundinamarca, Colombia.

4.3.2 Objetivo general. Desarrollar y dirigir el sistema general de seguridad social en salud.

4.3.3 Objetivos específicos.

- ❖ Generar el desarrollo institucional de salud en el Municipio.
- ❖ Mejorar la calidad de vida de los habitantes.
- ❖ Brindar la afiliación oportuna al sistema de seguridad social en salud al mayor número de habitantes en la región.
- ❖ Generar un modelo de atención óptimo que permita establecer la prevención de las enfermedades.⁴³

4.3.4 Funciones.

- ❖ Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de Conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica Municipal.
- ❖ Establecer la situación de salud en el Municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación.
- ❖ De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en el ámbito territorial.
- ❖ Vigilar y controlar en el Municipio, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para su consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo en salud humana.
- ❖ Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.

⁴³ Alcaldía de Girardot Cundinamarca, sitio oficial de Girardot Cundinamarca, Colombia.

- ❖ Vigilar en el Municipio, la calidad del agua para su consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinar con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.

- ❖ Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.

- ❖ Ejercer vigilancia y control sanitario en el Municipio, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.

- ❖ Cumplir y hacer cumplir en el Municipio las normas de orden sanitario previstas en la ley 9ª de 1979 y su reglamentación o las que modifiquen, adicionen o sustituyan.⁴⁴

4.3.5 Unidad amigable Universidad de Cundinamarca. La Unidad amigable de la universidad de Cundinamarca se ha constituido como un grupo de acompañamiento al joven desde el año 2008, durante su trayectoria se han ido implementando las Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en salud pública, contenidas en la Resolución 412 de 2000, del Ministerio de Protección Social, que debe ser seguida por los servicios amigables en salud para la gente joven (Guía para la Detección Temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo y Guía para la atención en planificación familiar para hombres y mujeres, detección temprana del CA de cérvix y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino, guía para el manejo de VIH, Protocolo atención gestantes menores de 15 años).

Dentro de las estrategias del ministerio de la protección social se han creado las unidades amigables, teniendo en cuenta el riesgo de los jóvenes del municipio de Girardot, se creó La Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes, donde se propician espacios para el intercambio de conocimientos, valores y prácticas responsables frente a la sexualidad, que son necesarios para la formación

⁴⁴ Alcaldía de Girardot Cundinamarca, sitio oficial de Girardot Cundinamarca, Colombia.

integral y el autocuidado sexual y procreativo, a partir de las cuales se implementan estrategias, informativas, educativas, de comunicación y de atención con el fin de disminuir los riesgos y factores de vulnerabilidad, fomentando prácticas de cuidado sexual seguras a nivel individual y de pareja.⁴⁵

4.3.5.1 Misión. La Unidad Amigable tiene como propósito fundamental el servicio amigable, el cuidado y el mantenimiento de la salud del adolescente y del joven, dotada de un ambiente exclusivo de profesionales capacitados para la atención y las necesidades de los adolescentes y jóvenes, con horarios flexibles y con la disponibilidad del tiempo de cada uno ellos; brindando consejerías, dando las respuestas correctas de todos sus interrogantes sobre la salud sexual y procreativa; con el fin de contribuir al mejoramiento de calidad de vida y su proyección a través de la formación del proyecto de vida en cada uno de los jóvenes y adolescentes que asisten a sus servicios individuales y colectivos, generando actitudes saludables por medio de acciones de promoción en salud, diseñados para ellos, con su participación e involucrando las redes sociales de pares, educadores y familia, entre otras, siendo indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades al momento de solicitar orientación o servicios, para vincularlos a programas específicos según sus necesidades.

4.3.5.2 Objetivo general. Establecer la atención de los servicios en salud sexual para los adolescentes y jóvenes tanto del ámbito barrial, como el institucional a nivel escolar del Municipio de Girardot, a partir de la planeación, orientación y evaluación de actividades que contribuyan al desarrollo humano posibilitando la capacidad para la apropiación de conocimientos, actitudes y prácticas de promoción de la salud, fomento del autocuidado e incremento en la prevención, propiciando en la comunidad la responsabilidad por el cuidado de su propia salud sexual y su relación con el entorno⁴⁶.

4.3.5.3 Objetivos específicos.

❖ Establecer pautas específicas para la valoración y atención integral del desarrollo de adolescentes y jóvenes (VALORACIÓN DEL JOVEN QUE SE ENCUENTRA ENTRE 10 A 29 AÑOS).

⁴⁵ UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA, UNIDAD AMIGABLE DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES, 2015.

⁴⁶ UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA, UNIDAD AMIGABLE DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES, 2015.

❖ Brindar asesoría en uso de métodos de planificación familiar a los usuarios de la Unidad Amiga de los adolescentes y jóvenes (ASESORIA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR)

❖ Fomentar hábitos saludables en la salud sexual de la comunidad Udecina y escolar. Proporcionando una atención integral, durante las jornadas de toma de citología, y valoración física con la realización del examen y auto examen de seno (AUTOEXAMEN DE SENO Y TESTÍCULO, TOMA DE CITOLOGÍA).

❖ Orientar a los escolares frente al manejo de la sexualidad con bases conceptuales que les proporcione elementos para aplicar en sus vivencias y les permita tener experiencias sanas y responsables (FORMACIÓN DE LIDERES EN EL CUIDADO SEXUAL).

❖ Implementar acciones de CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) relacionadas con una sexualidad sana, plena, responsable y segura (FORMACIÓN EN EL AUTOCUIDADO SEXUAL A ESTUDIANTES DE PRIMER SEMESTRE UDEC).

❖ Propiciar espacios para el intercambio de conocimientos, valores, prácticas y actitudes frente a la sexualidad, necesarios para la formación integral y el auto cuidado sexual y pro creativo (FERIA SEXUAL).

❖ Brindar apoyo, orientación, acompañamiento a las adolescentes en su proceso y cuidados en la gestación, parto, pos-parto, lactancia materna y en la construcción y visión de su proyecto de vida a partir de su nuevo rol (ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO A LA GESTANTE ADOLESCENTE).

57

❖ Capacitar a los administradores de los Hoteles, de los sitios de Lenocinio y a las trabajadoras sexuales en los riesgos en Salud Sexual y el fomento de prácticas de Autocuidado, para el logro del mejoramiento en la prestación de los servicio (TRABAJO EXTRAINSTITUCIONAL CON TRABAJADORAS SEXUALES Y ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES DEDICADOS AL COMERCIO SEXUAL Y TRABAJADORAS SEXUALES).

❖ Brindar atención integral a partir de la promoción y prevención de acuerdo a la metodología Universal Selectiva e Indicada, U.S.I. mediante la afrontación de los factores conexos, como: los factores de riesgo y de protección, la influencia del contexto socio cultural, individual y familiar para superación de la problemática derivada del consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones no tóxicas

(INTERVENCION INTEGRAL (PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN) COMO ESTRATEGIA PARA ENFRENTAR EL USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y OTRAS ADICCIONES NO TOXICAS , EN JOVENES Y ADOELSCENTES DE LA UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA SECCIONAL GIRARDOT).

❖ Prevención y atención oportuna de posibles casos de violencia y maltrato (PREVENCION Y ATENCION OPORTUNA DE POSIBLES CASOS DE VIOLENCIA Y MALTRATO).⁴⁷

4.3.6 Plan de desarrollo Girardot Cundinamarca "Girardot Tiene Con Qué".

Plan de acción en salud pública vigencia 2014.

Lineamiento en salud sexual y reproductiva

- ❖ Disminuir Tasa de mortalidad materna 0.5
- ❖ Tasa de adolescentes embarazadas por debajo del 10,3%
- ❖ Disminuir la mortalidad por cáncer de cuello cervico-uterino
- ❖ Lograr un porcentaje inferior al 3% de prevalencia de VIH SIDA⁴⁸

⁴⁷ UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA, UNIDAD AMIGABLE DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES, 2015.

⁴⁸ Alcaldía de Girardot Cundinamarca, Secretaria de salud, Girardot Cundinamarca, 2015

Tabla 3. Plan De Acción En Salud Pública Girardot Cundinamarca

Programa	Meta De Resultado	Indicador	Proyecto	Actividades	Recursos Financieros			
					SGP		TOTAL	
					Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado
Programa No. 2. Prestación y desarrollo de servicios de salud	Disminuir Tasa de mortalidad materna 0.5	% de disminución de la tasa de mortalidad materna	Fortalecimiento del Proyecto de Maternidad Segura para el municipio de Girardot	Seguimiento a las IPS, EPS, EPS-s para la búsqueda activa y captación temprana de las gestantes	\$18.000.000	\$5.555.666	\$8.000.000	\$5.555.666
	Tasa de adolescentes embarazadas por debajo del 10,3%	Tasa de embarazos en adolescentes	Implementación y Promoción del Proyecto de Planificación Familiar en el Municipio de Girardot	Realizar 20 Campañas de sensibilización para disminución de los embarazos en adolescentes	\$22.857.332	\$1.911.000	\$22.857.332	\$1.911.000
	Disminuir la mortalidad por cáncer de cuello	% de mortalidad por cáncer de cuello	Implementación de mecanismos de Prevención y Detención de Cáncer y VIH -	Sensibilizar y fomentar la toma oportuna de la Citología MEDIANTE 8	\$14.750.000	\$883.333	\$14.750.000	\$883.333

59

Programa	Meta De Resultado	Indicador	Proyecto	Actividades	Recursos Financieros			
					SGP		TOTAL	
					Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado
	cervico-uterino	cervico-uterino	Sida en el Municipio de Girardot	CAPACITACIONES ANUALES A LA COMUNIDAD EN GENERAL				
	Lograr un porcentaje inferior al 3% de prevalencia de VIH SIDA	% reducción de prevalencia en VIH-SIDA		Fortalecer estrategias educativas para la prevención de VIH -Sida MEDIANTE LA REALIZACION DE 20 ACTIVIDADES Y CAMPAÑAS EN PREVENCIÓN DE VIH SIDA				

4.4 MARCO CONCEPTUAL

La anticoncepción engloba los diversos **métodos** utilizados para evitar el embarazo en las diferentes etapas del ciclo vital del hombre y la mujer.⁴⁹

Dentro de los métodos anticonceptivos, están los métodos hormonales: orales, inyectables, implante su dérmico, DIU mirena, anillo vaginal; los métodos de barrera: preservativo masculino, preservativo femenino, Diu cobre, óvulos; los métodos naturales: moco cervical, ritmo o calendario, coito interrumpido, temperatura basal; y los métodos definitivos: Pomeroy o ligadura de trompas, histerectomía y vasectomía.

Existen diferentes barreras que impiden que las mujeres y los hombres tengan una buena adherencia al método anticonceptivo elegido para su planificación familiar.

Entendiendo como **adherencia** el nivel de concordancia entre la conducta de la persona y el consejo brindado por el profesional.⁵⁰ Visto desde la perspectiva de la investigación la podemos definir como la permanencia que el hombre y la mujer tienen en el uso de un método anticonceptivo después de una asesoría en anticoncepción brindada por un profesional de la salud.

Aspectos que influyen en la no adherencia:

- ❖ Nivel de conocimiento e información sobre efectos adversos del método anticonceptivo
- ❖ Actitudes negativas de la persona sobre efecto adverso del método
- ❖ Inconsistencia en el uso del anticonceptivo
- ❖ Actitudes y conductas de la pareja sexual
- ❖ Actitudes profesionales que afectan negativamente la adherencia

⁴⁹ http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85 ckpass03/es/contenidos/informacion/embarazo_no/es_anticonc/quees.html

⁵⁰ http://www.icmer.org/documentos/adolescencia/adherencia_anticoncep_en_adolescentes.pdf

- ❖ Dificil acceso a la consulta debido a factores económicos

La Organización mundial de la salud, en el año 2015, lanzó los **criterios médicos de elegibilidad** para seleccionar los métodos anticonceptivos. El documento proporciona recomendaciones sobre criterios médicos de elegibilidad apropiados basados en la información clínica y epidemiológica más reciente y está destinado a responsables de la formulación de políticas, directores de programas de planificación familiar y la comunidad científica. Su objetivo es ofrecer orientación para los programas nacionales de planificación familiar/salud reproductiva en la preparación de guías para la prestación de servicios de anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos seguros tienen que estar a disposición del mayor número posible de mujeres y hombres, incluidas las que tienen una condición médica pre-existente. Para cada condición médica o característica médicamente relevante, los métodos anticonceptivos se colocan en una de cuatro categorías enumeradas a continuación:

- ❖ **Categoría 1:** no existe ninguna restricción para el uso del método anticonceptivo;
- ❖ **Categoría 2:** Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados;
- ❖ **Categoría 3:** Una condición en la que los riesgos teóricos o comprobados por lo general superan a las ventajas de utilizar el método;
- ❖ **Categoría 4:** Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método anticonceptivo.

Esta clasificación simple permite a los proveedores de planificación familiar proporcionar métodos anticonceptivos seguros para mujeres y hombres que previamente fueron excluidos por la falta de orientación clínica.⁵¹

⁵¹ http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=322%3Alanzamiento-en-las-americas-del-mec5-de-la-oms-panama-panama-14-sept-2015&Itemid=0&lang=es

4.4.1 Características de la vida sexual según el ciclo vital.

Adolescencia Temprana: Transcurre entre los 10 años y los 13 años.

- ❖ Se caracteriza por el predominio de los cambios biológicos, ocurre el conocido estirón puberal, con el desarrollo y funcionamiento del sistema reproductor y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Este período de maduración tiene una duración media de 3 a 4 años
- ❖ Las transformaciones puberales ocurren en cuatro direcciones: Cambios antropométricos, Cambios fisiológicos, Cambios endocrinos, Maduración sexual
- ❖ Se presentan los fenómenos de distonías vegetativas o alteración de la tonicidad muscular en forma acentuada. Se quejan de cansancio y fatiga, irritabilidad, dolores de cabeza, excitabilidad elevada, dificultad para concentrarse, crisis de desfallecimientos, etc.
- ❖ Todos estos cambios biológicos van a influir fundamentalmente en la autovaloración y la identidad personal de los adolescentes (incluida su imagen corporal) así como en la valoración social que reciben, tanto por parte de adultos como de sus coetáneos o iguales
- ❖ Incremento del número de accidentes, sobre todo en varones, producto de la inmadurez y su arrojo ante el peligro.
- ❖ Posible surgimiento en diferentes escenarios en que se desarrollan de una serie de realidades que estimulan la aparición de algún tipo de experiencia homosexual transitoria
- ❖ Incremento de la curiosidad por conocer sobre su anatomía genital y su sexualidad
- ❖ Las palabras sexuales, así como los chistes de doble sentido constituyen expresiones comunes en la comunicación en esta etapa entre ellas/os
- ❖ Formación de grupos del mismo sexo. Aunque su atracción sea por el otro sexo, no se sienten preparados aún para el acercamiento y comparten en estos grupos sus fantasías eróticas, gustos, preferencias y necesidades

❖ Ambivalencia entre las ansias de independencia y la necesidad de protección familiar

❖ Inicio de la búsqueda de su identidad

❖ Posible inicio de su preocupación por el futuro (¿Qué voy a ser?)

Principales cambios morfo-fisiológicos en los hombres:

❖ Crecimiento del tamaño de los testículos y las bolsas escrotales

❖ Aparición del vello púbico

❖ Un año después aproximadamente se inicia el crecimiento longitudinal del pene y en segundo lugar en grueso

❖ Crecimiento del vello axilar y posteriormente por el resto del cuerpo “Estirón puberal” (Aumento notable de la talla corporal)

❖ Ensanchamiento de los hombros

❖ Cambios de tipo muscular, óseo, cutáneo

❖ Cambios en la voz. Aparición de la nuez de Adán

❖ Primera eyaculación, generalmente es nocturna, puede ser espontánea o por automanipulación (masturbarse)

Principales cambios morfo-fisiológicos en las mujeres:

❖ Comienzo del desarrollo del tejido mamario. Posibles molestias

❖ Inicio del crecimiento del vello pubiano

❖ Aumento de volumen de los ovarios, trompas y útero

❖ Menarquia o primera menstruación entre los 10 y 12 años, aunque hay reportes a los 8 años, la cual puede estar separada de las siguientes incluso por varios meses; generalmente transcurren 1 o 2 años antes de que aparezcan los ciclos ovulatorios regulares

❖ Ensanchamiento de las caderas

❖ Redistribución del tejido graso en mamas y glúteos

❖ Generalmente se adelantan en su desarrollo alrededor de 2 años con referencia a los muchachos

Adolescencia Media: Transcurre entre los 14 años y los 16 años

❖ Se vivencia con más fuerza los cambios psicológicos. El disponer del desarrollo de su sistema reproductor y caracteres sexuales secundarios (capacidad reproductiva disfrute de placer), les hace sentir su cercanía con la adultez, ser hombres y mujeres 9 Resultan del compendio de los criterios de diferentes autores e instituciones enriquecidos por los autores de este material docente La sexualidad en la adolescencia 26

❖ Todavía persisten, aunque en menor proporción, sus cambios bio-fisiológicos en diferentes fases de desarrollo (inicio, intermedio o final) según las características de cada individuo

❖ La desarmonía somática da paso ahora a la armonía. Los varones sobrepasan en fuerza a las muchachas y se extingue paulatinamente la irritabilidad

❖ Pueden persistir, pero en una fase superior, la ambivalencia entre la independencia y la necesidad de protección, así como las bromas y cuentos relacionados con la sexualidad y las relaciones sexuales reducidas al círculo de adolescentes, más frecuente entre los varones

❖ Persistencia de la masturbación independientemente del inicio y desarrollo de las relaciones sexuales

❖ Muestran mayor interés por asuntos más complejos de la reproducción (anticonceptivos, abortos)

- ❖ Expresan mayor interés por las diferentes manifestaciones del vínculo sexual (besos, caricias) y hasta dónde pueden llegar en el mismo
- ❖ Incremento en la búsqueda de su identidad
- ❖ Necesidad de aprobación y aceptación grupal
- ❖ Mayor frecuencia de adicción al tabaco, el alcohol y otras drogas (medicamentos y drogas duras)
- ❖ Necesidad de fantasear sobre sus capacidades y habilidades personales y sociales, así como en su vida sexual
- ❖ Surgimiento de amistades exclusivas, generalmente del mismo sexo (relaciones de intimidad psicológica), aunque pueden aparecer amistades del otro sexo
- ❖ Establecimiento de normas y valores propios a partir de patrones familiares y sociales complementados con sus vivencias y criterios personales
- ❖ Formación y desarrollo de la responsabilidad en sus roles personales, familiares y sociales a partir de los patrones, límites y ejemplos de las principales figuras de apego y/o sus héroes y heroínas
- ❖ Desarrollo de fantasías sexuales y sueños eróticos
- ❖ El enamoramiento
- ❖ Establecimiento de las primeras relaciones de pareja
- ❖ Establecimiento de las relaciones sexuales
- ❖ Primeras grandes tomas de decisiones personales

Adolescencia Tardía: Transcurre entre los 17 años y los 20 años.

- ❖ En sus inicios pueden persistir características de la adolescencia intermedia como la fase final de sus cambios biológicos, persistencia de la masturbación personal y en la pareja, bromas y cuentos eróticos reducida al grupo de coetáneos
- ❖ El desarrollo corporal alcanza la talla adulta
- ❖ Caracterizada fundamentalmente por los cambios sociales, seguidos de los psicológicos y en algunos casos el término de los bio-fisiológicos, sobre todo de varones
- ❖ Incremento de la irreverencia combinada con la máxima exigencia de su independencia
- ❖ Reforzamiento de normas y valores propios a partir fundamentalmente de los patrones grupales, así como de los familiares y sociales, todos ellos matizados por sus vivencias personales
- ❖ Importantes tomas de decisiones en el ámbito personal, escolar, laboral y de pareja
- ❖ Asunción de sus nuevos roles en lo personal, en la familia y la sociedad como hombres y mujeres
- ❖ Establecimiento de parejas más estables, se comienza a pensar más seriamente en la formación de la familia
- ❖ Preocupación por el futuro emocional, económico y laboral
- ❖ Definición de su identidad
- ❖ Definición de su orientación sexual homosexual, bisexual o heterosexual
- ❖ Inicio de la conformación de las masculinidades o feminidades
- ❖ Mayor independencia y comportamiento sexual más responsable. Interés creciente por los factores éticos-sociales de la conducta sexual

Principales conflictos generados por las características de la etapa:

- ❖ La elección de su futuro personal, profesional, laboral y de pareja
- ❖ El embarazo
- ❖ La unión consensual
- ❖ Las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas (medicamentos y drogas duras)
- ❖ Posible agudización de experiencias homosexuales o bisexuales⁵²

4.4.2 Adulto y adulto joven. Podemos dividir esta etapa en dos periodos, de acuerdo a las dos décadas que abarca: la que va de los 21 a los 24 años, y la que llega a los 25-29. En el plano de la sexualidad es un tiempo de experimentar, conocer, buscar y profundizar en la propia expresión sexual. Conviven la incertidumbre con la completa satisfacción, y está presente todavía la preocupación adolescente sobre la destreza en la práctica del sexo. Si en cualquier aspecto de la vida las creencias y la educación moldean la conducta, en la sexualidad ocurre lo mismo. En la medida en que se logra madurez para preguntarse sobre principios y normas relativas a la sexualidad, cada persona adquiere la posibilidad de desarrollar su esfera sexual con total libertad y de vivir de un modo pleno su orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual). En la segunda etapa se culmina, al menos se espera culminar, la orientación del deseo, el tipo de vida, el estado civil y la estabilidad con la pareja, o, si se prefiere, en solitario. Todos ellos son aspectos que tienen su repercusión en el comportamiento sexual, aunque no desaparecen las condiciones anatómicas, psicológicas y emocionales, y siguen presentes los recuerdos de etapas pretéritas, las fantasías, las asociaciones y expectativas que conforman el entramado del que surge la conducta sexual.

68

4.4.2.1 El adulto saludable desde el punto de vista sexual. Tiene conocimientos y habilidades que contribuyen al disfrute y la salud sexual.

Comportamiento sexual

- ❖ Disfruta y expresa su sexualidad a lo largo de su vida.

⁵² <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/51%20-%20La%20sexualidad%20en%20la%20adolescencia.%20Fases,%20caracter%C3%ADsticas.pdf>

- ❖ Expresa su sexualidad de manera congruente con sus valores.
- ❖ Discrimina entre los comportamientos sexuales que realzan su vida y aquellos que son dañinos para sí mismo y/o para otros.
- ❖ Expresa su sexualidad mientras respeta los derechos de los demás.
- ❖ Busca nueva información para mejorar su sexualidad.
- ❖ Establece relaciones sexuales que se caracterizan por su honestad, equidad y responsabilidad.

Salud sexual.

- ❖ Usa anticonceptivos de manera efectiva para evitar embarazos no deseados.
- ❖ Previene el abuso sexual.
- ❖ Actúa de manera consistente con sus propios valores si se tiene que enfrentar con un embarazo no deseado.
- ❖ Busca cuidado pre-natal al principio del embarazo.
- ❖ Evita contraer y transmitir enfermedades sexuales, incluyendo el VIH.
- ❖ Practica comportamientos de promoción de la salud como exámenes médicos regulares, auto-exámenes de los senos y testículos, e identificación temprana de posibles problemas.

4.4.2.2 Aduldez tardía 50–54. Los cambios sufridos en esta etapa de la vida no son el significado de que las personas no puedan disfrutar de su sexualidad. Entre algunos de los cambios encontramos:

- ❖ **La menopausia:** Esta se presenta cuando la mujer deja de ovular y a su vez de menstruar de manera permanente, es decir la mujer se vuelve infértil. Entre los 30 y 40 años empieza a disminuir la producción de hormonas como el Estrógeno, provoca que la menstruación se vuelva irregular, este período antes de la Menopausia es llamado Peri menopausia.

Entre los síntomas mencionados por las mujeres se encuentran: los bochornos, resequedad vaginal y disfunción urinaria, además en los cambios sexuales están la excitación menos intensa, orgasmos menos frecuentes y de menor duración.

❖ **Cambios en la sexualidad masculina:** Los hombres no pasan por una experiencia como la Menopausia, sus hormonas no disminuyen rápidamente sino de manera progresiva y lenta a partir de los 60 años, a este período se le denomina Andropausia, entre los síntomas asociados encontramos: depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, fatiga, debilidad, falla eréctil, reducción de masa muscular y vello corporal.

❖ **La Actividad Sexual:** Como pensamiento general de las personas se pensaba que luego de la Menopausia la pareja nunca más disfrutaría de su vida sexual, sin embargo, esto no es cierto debido a que gracias al cuidado de la salud muchas parejas disfrutaban a plenitud su sexualidad en esta etapa.

❖ **La Disfunción Sexual:** Esta es una perturbación sexual persistente del deseo o la respuesta sexual. Puede presentarse de diversos modos como: desinterés en el sexo, dolor durante el acto sexual, dificultad de excitación, orgasmos o eyaculaciones prematuras, así como incapacidad de alcanzar el clímax.

La forma más severa de Disfunción Sexual en los hombres es la Disfunción Eréctil o llamada comúnmente impotencia, es la incapacidad de lograr o mantener el pene erecto, en la actualidad existen medicamentos que ayudan a tratar el problema.

La Salud

Durante la adultez intermedia es normal que las personas sean limitadas en sus actividades esto debido a condiciones crónicas, las cuales se ven disminuidas o incrementadas por el cuidado de la salud mediante una adecuada nutrición o el ejercicio y también se pueden ver afectadas negativamente debido al fumado o el alcoholismo.⁵³

⁵³ http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/Sexualidad_y_afectividad_en_el_adulto_mayor.pdf

Para el desarrollo de la investigación, se tuvo como punto de partida los factores de riesgo en la salud según Alan Dever:⁵⁴ Biología humana, estilos de vida, medio ambiente y servicios de salud; analizando cada factor desde el punto de vista de la anticoncepción y como cada uno de ellos puede convertirse en una barrera de acceso al programa y al método anticonceptivo:

4.4.3 Factor de riesgo biológico. Este elemento, cuyo objeto principal es el cuerpo humano, se concentra muy especialmente en la biología básica del ser humano y en su constitución como individuo. Es así como la herencia genética de un individuo puede determinar desordenes genéticos, malformaciones genéticas y atraso mental.

Si se pueden superar los problemas que se originan en la vida humana, se podrían salvar muchas vidas, reducir la miseria y disminuir los costos de los tratamientos.

Al aplicar este factor de riesgo planteado por Alan Dever al estudio de las barreras de acceso en la adherencia a métodos anticonceptivos se deben considerar la indagación de los antecedentes biológicos, ya que estos se convierten en factores que influyen en el momento de elegir el método anticonceptivo adecuado para la mujer y la dinámica de vida con su pareja, trayendo consigo grandes beneficios como la disminución de complicaciones de las patologías de base y el disfrute de una vida sexual plena y segura.

También puede limitar el uso de otros métodos, lo cual puede generar una barrera de acceso por una inadecuada interpretación o un acompañamiento ineficaz del sistema de salud.

Al momento de valorar en la población girardoteña el factor de riesgo biológico como posible barrera de acceso a la anticoncepción, se tendrán en cuenta cuatro aspectos como la genética, etapa del ciclo vital, antecedentes familiares y enfermedades propias y vigentes al momento de la anticoncepción.

Con relación a la Genética es importante determinar si existe una condición especial como un síndrome de Down, retardo mental, si es sorda o muda, o con ambas condiciones, enfermedad mental, invidentes entre otras, debido a que estas pueden ocasionar limitaciones al momento de recibir y brindar información importante en la asesoría anticoncepcional, muchas veces estas condiciones

⁵⁴ Epidemiología y administración de los servicios de salud. Dever, Alan. 1991

especiales, hacen que se generen errores en una adecuada asesoría de anticoncepción, faltando así la generación de estrategias que rompan barreras de comunicación con personas que presentan algún tipo de discapacidad y desconociendo a estas personas como sujetos de derechos sexuales y reproductivos.

Con relación a la Etapa del ciclo vital, este caracteriza la vida sexual en cada persona desde su desarrollo físico y fisiológico y desde lo social y cultural, estos parámetros son vividos por cada individuo en forma particular teniendo en cuenta el componente genético y el medio social en el que se encuentre desarrollando.

Cada etapa del ciclo individual presenta unas particularidades que se deben tener en cuenta en la anticoncepción, por lo tanto es importante revisar algunos aspectos de cada etapa:

Adolescencia y juventud: Es una de las etapas donde el tema del auto cuidado sexual debe predominar en las conversaciones y asesorías que desde nuestro hogar se inicie, puesto que es la etapa donde mayor curiosidad se tiene frente a la sexualidad, que sigue siendo un tabú y como todo adolescente genera todo tipo de cuestionamiento y deseo de experimentar por ser uno de los temas con mayor viralidad en el mundo. En el momento de brindar las asesorías en la anticoncepción es de vital importancia indagar sobre su estado de salud actual, no dejando atrás sus antecedentes familiares y farmacológicos; puesto que es la etapa donde todo adolescente pasa por una serie de cambios fisiológicos y un aumento hormonal, provisionar a un adolescente de un anticonceptivo no adecuado en tal estado pueda que ayude a incrementar o alterar cualquier proceso normal o anormal por el que este cursando.

72

Adulto joven: En esta etapa es mucho más fácil llevar una asesoría puesto que un adulto tiene conciencia de la importancia de llevar una sexualidad responsable, haciendo uso de la doble protección y un auto cuidado sexual con calidad. Tal vez en esta muchas de estas personas ya han hecho uso de los diferentes métodos anticonceptivos y tienen claro su adecuado uso, pero siempre va a ser importante tener en cuenta su factor biológico para descartar cualquier tipo de alteración o aclarar toda duda que el usuario presente.

Adulto: Nuestro cuerpo en esta etapa pasa por un tipo de degeneración celular y con ella la aparición de enfermedades sistemas que impiden que exista una adecuada adherencia a los métodos anticonceptivos por tal motivo la asesoría debe ser diferenciada de igual forma la provisión de métodos pues las

adaptaciones a las diferentes cargas hormonales son diferentes a las de un adolescente o un joven.

El tercer aspecto son los antecedentes familiares en primer grado de consanguinidad teniendo en cuenta las enfermedades de Diabetes, HTA, CA de mama y de cérvix, puede convertirse en una barrera por diferentes aspectos pero el principal es por el temor de la gente por creer que también se está predispuesto a sufrir estas enfermedades y que al momento de aumentarse una carga hormonal al proceso normal o liberación normal de las hormonas naturales hacen que se potencie el riesgo a padecer dichas enfermedades.

El cuarto son las enfermedades actuales de la persona, las cuales son importantes a considerar ya que las condiciones físicas y fisiológicas pueden influir en la elección del método, así como el tratamiento de esa condición puede limitar la escogencia de un método. Se pueden citar con mayor relevancia las enfermedades vasculares como trombosis venosas, venas varicosas, debido a que el etinilestradiol⁵⁵ (EE), induce a significativas alteraciones en el sistema de coagulación, culminando con el aumento de la generación de la trombina. Sobreviene también un aumento en los factores de coagulación (fibrinógeno, VII, VIII, IX, X, XII y XIII), y una reducción de los inhibidores naturales de la coagulación (proteína S y antitrombina), produciendo un ligero efecto pro coagulante. Es importante también tener en cuenta en los antecedentes de migraña con aura, debido que hay estudios que demuestran que la migraña con aura duplica el riesgo para ACV comparada con la que no tiene aura⁵⁶.

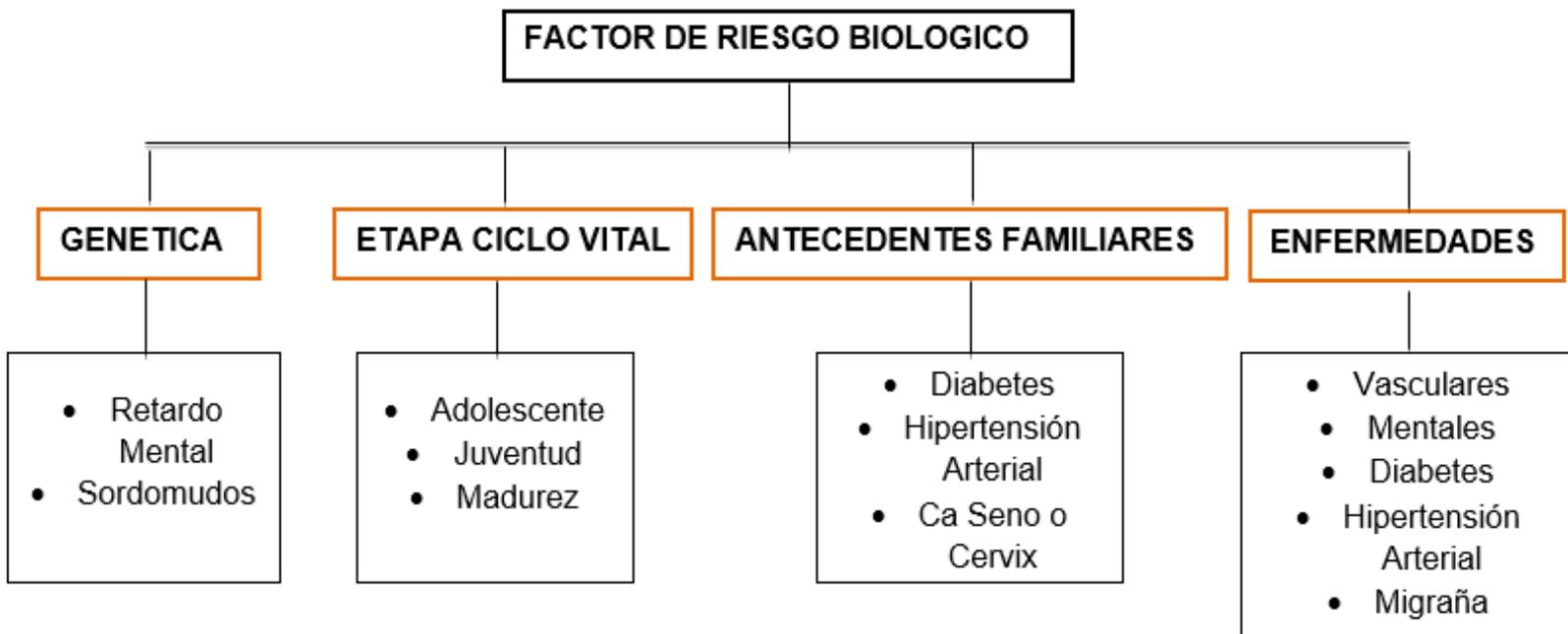
Otro antecedente importante a tener en cuenta es la hipertensión arterial debido a que las ⁵⁷sustancias presentes en el AOCs tratan de reproducir las propiedades de los esteroides endógenos. Sin embargo, el EE por su elevada potencia biológica comparado con el estradiol (mil veces más potente), exagera la producción de angiotensinógeno hepático que, a su vez, causa la elevación de la presión arterial por el sistema renina angiotensina aldosterona, la aparición de estas alteraciones viene acompañadas de una sintomatología que provoca temor en los usuarios lo que los lleva a suspender o abandonar su método anticonceptivo sin la suspensión de las relaciones sexuales ni recurriendo a las EPS a su pronta solución sino dejando que pase llevándolos a tener un embarazo no deseado ni planeado.

⁵⁵ http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n4/es_aop01211.pdf

⁵⁶ http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n4/es_aop01211.pdf

⁵⁷ http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n4/es_aop01211.pdf

4.4.4 Esquema de interpretación y adaptación del factor del riesgo biológico como barrera de acceso a la anticoncepción



Fuente: Interpretación del riesgo Biológico, grupo de investigación 2015

4.4.5 Factor de riesgo estilos de vida. Los estilos de vida son inherentes e indispensables para lograr la adherencia a la anticoncepción familiar, estos pueden definirse como el conjunto de patrones, conductas, hábitos, y comportamientos que están íntimamente relacionados al conocimiento, acceso y las necesidades de los individuos.

Se debe tener en cuenta que aquellas características propias de cada individuo determinan su propia conducta, lo que promueve o dificulta conductas relacionadas con estilos de vida saludable y el autocuidado sexual.

Para esta investigación se tomaron los estilos de vida como aquellos riesgos auto creados, que se dividen en tres elementos: riesgos inherentes al ocio, modelos de consumo y ocupacionales⁵⁸, para determinar en la indagación, cuál de ellos son o pueden llegar a ser una barrera en la adherencia a la anticoncepción en mujeres y hombres de 10 a 54 años de edad, periodo considerado para la procreación.

Sí bien, los estilos de vida son también determinados por las decisiones individuales e influenciadas por el entorno, por lo cual una persona no puede controlar por sí sola estas condiciones ya que depende de terceros para garantizar los resultados. Al aplicarlo a la anticoncepción, la falta de control y manejo de esta práctica de cuidado, puede generar un aumento de la natalidad por los embarazos no planeados, las ITS, abortos, entre otros eventos de impacto para la salud pública, producto de un modelo o estilo de vida sexual.

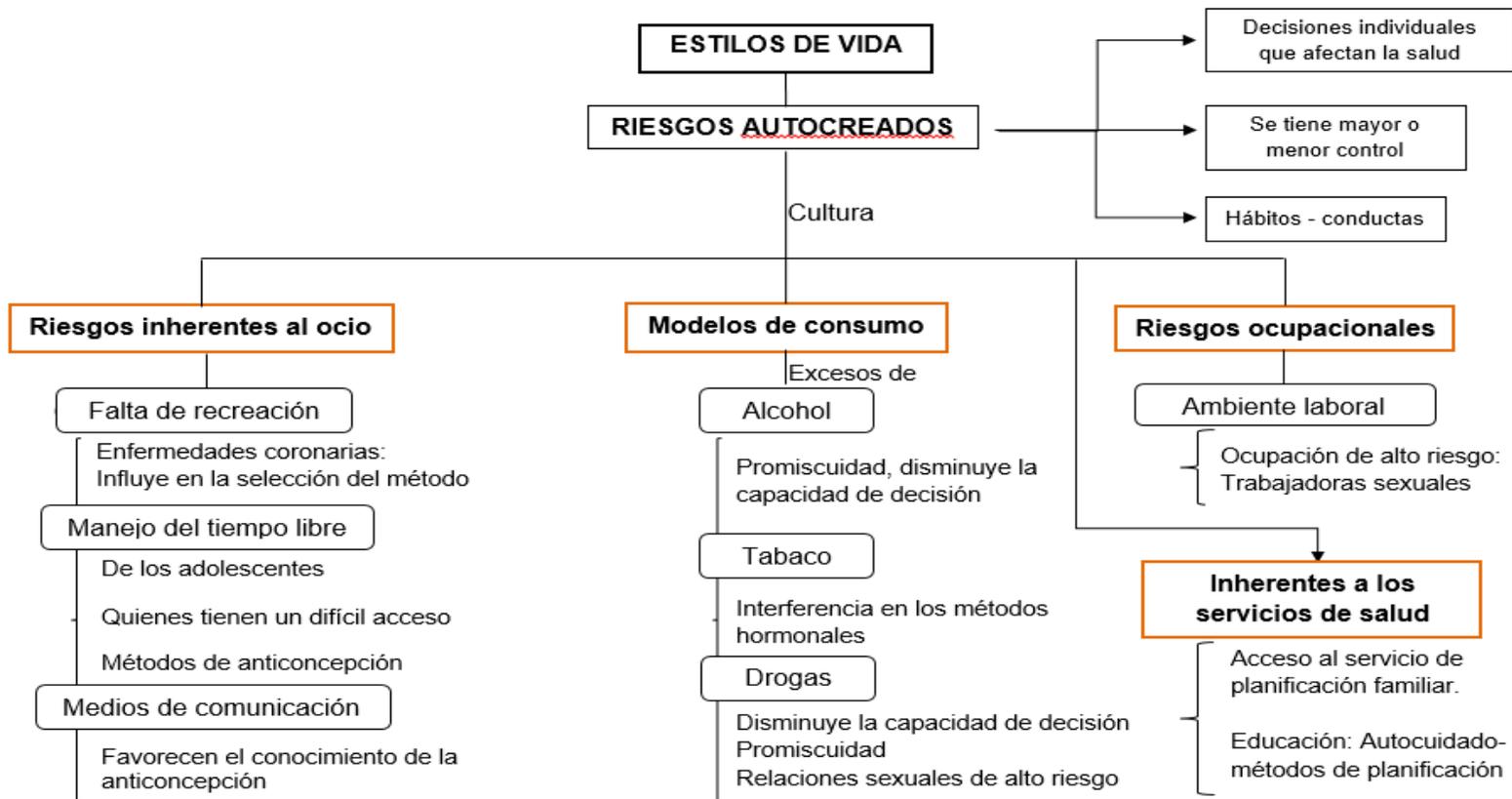
❖ **Riesgos inherentes al ocio:** Los modelos de autodestrucción pueden aparecer como el resultado de las actividades inherentes al ocio, en la anticoncepción la falta de recreación aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades coronarias que al mismo tiempo interfieren directamente en la selección del método de anticoncepción, por otra parte el manejo del tiempo libre es una de las premisas determinantes en hombres y mujeres adolescentes quienes eligen actividades y prácticas relacionadas con sus preferencias y gustos particulares, relacionado con la diversión, recreación y desarrollo personal. Estas actividades muchas veces están sujetas al internet y los medios de comunicación que constituyen un contexto clave en sus prácticas sexuales y medidas de autocuidado, a su vez se destacan las limitaciones de la población adolescente para acceder al uso de los métodos de anticoncepción de manera oportuna, apropiada y eficaz conllevando a aumentar los factores de riesgo en esta población.

⁵⁸ Epidemiología y administración de los servicios de salud. Dever, Alan. 1991

❖ **Modelos de consumo:** Los estilos de vida que originan modelos de consumo con un impacto negativo en la adherencia de la anticoncepción están relacionados con el exceso de alcohol y sustancias psicoactivas, interfiriendo directamente con la capacidad de decidir tener una relación sexual y el uso de los medios de protección, aumentando los riesgos que genera la promiscuidad y las relaciones sexuales de alto riesgo sin protección.

❖ **Riesgos ocupacionales:** Los riesgos ocupacionales son igualmente significativos y difíciles de identificar al tomar como referencia la sexualidad, para este estudio inicialmente se tomara la prostitución como un riesgo ocupacional significativo.

4.4.6 Esquema de interpretación y adaptación del factor del riesgo estilo de vida como barrera de acceso a la anticoncepción.



Fuente: Interpretación del riesgo Estilos de Vida, grupo de investigación 2015

4.4.7 Factor de riesgo servicios de salud. El uso de los servicios de salud según el modelo de Alan Dever hace referencia a la prestación de los servicios y del como los usuarios utilizan los mismos enmarcando las variables socio psicológica, cultural, socioeconómica, sociocultural, geográfica que limitan el acceso a los usuarios a los programas de planificación familiar. Estas variables aplicadas a la anticoncepción relacionadas con la utilización de los servicios de salud serán aplicadas a la población de hombres y mujeres en edades de 10 a 54 años del Municipio de Girardot.

Como investigadores pretendemos identificar cuál de las variables mencionadas limita o interviene en la adherencia a los métodos de planificación, razón por la cual los investigadores interpretan este factor según se representa en el mapa anexo.

Según Informe de ONU Se presentó en Colombia el Informe de Estado de la Población Mundial 2012 el cual indica que en Colombia muchas mujeres no tienen acceso por barreras en servicios de salud. 48 % de las mujeres no sabe que las EPS están obligadas a proporcionar los métodos anticonceptivos de manera gratuita, existen desigualdades en el acceso real a métodos anticonceptivos de acuerdo al nivel de riqueza: el 75% para las mujeres de mayor nivel riqueza, frente al 67.5% para las mujeres de menor riqueza.

Los departamentos con mayor uso de métodos son Quindío y Caldas (81%); Risaralda (78%), y Nariño y Boyacá (77%). Los de menor uso son Vaupés (47%) y Amazonas (53.5%).

El 7% de las mujeres tienen demanda insatisfecha de anticoncepción, lo cual quiere decir que, queriendo usar métodos anticonceptivos, no acceden a ellos por diversos factores: barreras de acceso a los servicios de salud, dificultades para negociar un método con su pareja, etc. Este porcentaje sube al 13% entre las mujeres que no tienen ninguna educación, y baja al 5% entre las que tienen educación superior. Estas cifras aumentan para las mujeres de Vaupés (23%), Amazonas (19%), Guajira y Guainía (18%) y Chocó (14%).

Embarazo adolescente: un desafío.

El embarazo en la adolescencia es causa y consecuencia de grandes desigualdades socioeconómicas y un obstáculo para el desarrollo tanto personal – de las/los adolescentes – como social. Un embarazo en la adolescencia implica

el doble de riesgo para la vida de la mujer embarazada; es por esto, que una de las estrategias de reducción de la mortalidad materna es precisamente la prevención del embarazo adolescente, para lo cual se debe garantizar a los jóvenes la información y orientación adecuadas y el acceso a métodos anticonceptivos cuando los requieran.

En Colombia, la tasa de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es de 19.5%; en las adolescentes más pobres esta tasa alcanza el 30%, y en las adolescentes más ricas, el 7%; El 64% de ellas manifestó que quería el embarazo más tarde o que no lo quería. El 20% de las adolescentes manifiesta tener necesidades insatisfechas en anticoncepción.⁵⁹

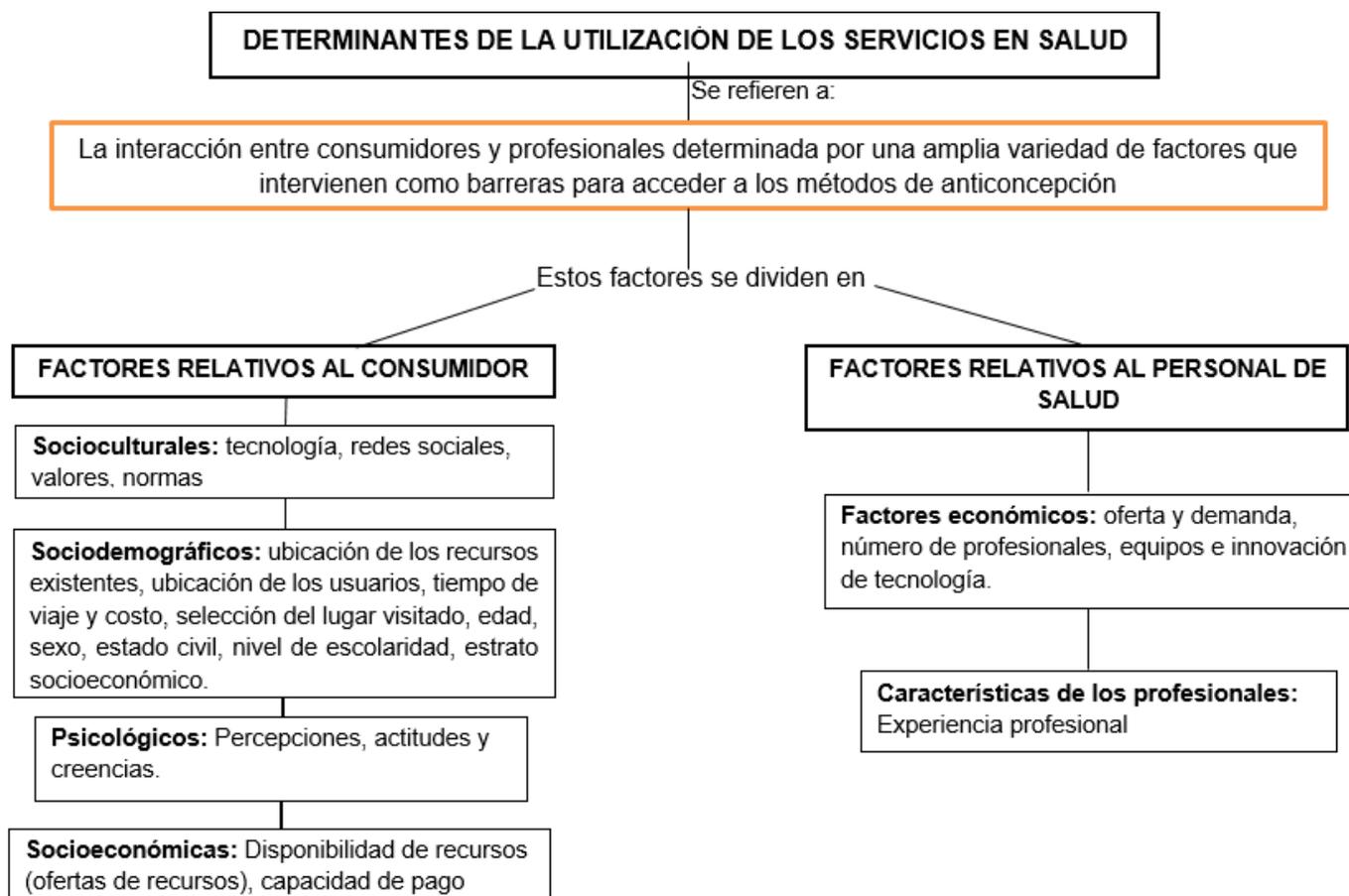
De acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010, la tasa global de fecundidad sería de 1,6 en lugar de la observada de 2,1 si los embarazos no planeados o no deseados se hubieran podido evitar de alguna manera, entre los principales determinantes asociados a este evento está la no planificación familiar, relacionada con desconocimiento de los métodos, desconocimiento de la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y barreras de acceso para la consecución de los métodos de planificación familiar.⁶⁰

Las barreras de acceso en la anticoncepción a nivel sociocultural se ven influenciadas por mitos, creencias de la población como por ejemplo; “las píldoras no deben usarse porque afectan el desarrollo físico”, “Si se usan por mucho tiempo pueden provocar cáncer y anticipan la edad de la menopausia” etc. Concepciones como estas hacen que aumenten el número de embarazos no deseados.

⁵⁹ <http://www.unfpa.org.co/?p=2325>

⁶⁰ <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>

4.4.8 Esquema de interpretación y adaptación del factor del riesgo servicios de salud como barrera de acceso a la anticoncepción.



4.4.9 Factor de riesgo medio ambiente.

4.4.9.1 Trabajo. En la actualidad, la tasa de desempleo en el país para el año 2014 fue de 9.6 % en el mes de diciembre. En el año 2015 se redujo en un 0.5 % lo cual ubica a Colombia en un 9.1% en la tasa de desempleo. Lo anterior nos da una perspectiva más amplia de que se generaron más empleos en el año pasado, por lo tanto es una ventaja para las familias de estratos medio y bajo para el progreso económico que puede llegar a tener, Pero por otro lado puede llegar a ser una desventaja si lo miramos desde el punto de vista de salud en lo que respecta a el alto índice de natalidad y embarazos no planeados en especial en la población adolescente y adulta joven.

Sabemos, que el tener un trabajo garantiza un soporte económico en la vida, pero si el tiempo que requiere se invierta para cumplir las tareas laborales reduce o impide tener la adherencia que se necesita a los servicios de salud, en cuanto a anticoncepción y planificación familiar, nos podríamos ver afectados en forma negativa. Existen diferentes tipos de empleos en los cuales se ve inmerso el tiempo que requiere cada uno de ellos, con su respectiva carga laboral; por ejemplo, hay empleos que requieren entre 8 a 12 horas diarias incluso más, como en el caso de las trabajadoras sexuales y domésticas, otras personas cuentan con trabajos más flexibles en cuanto a horarios, permisos de ausentismos laboral para acudir a servicios de salud y números de días laborales por semana. Teniendo en cuenta que todos los empleos no son iguales en carga y sobrecarga, se convierte en un indicador importante de que en la actualidad existe una disminución en el número de población que acude a consulta de planificación familiar solo (a) o con su pareja, la reducción del tiempo intergenésico y el incremento de embarazos y natalidad por año. Según se estima, cada año, 14 millones de mujeres trabajadoras entre los 15 y los 19 años de edad dan a luz, lo cual representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo. De estos embarazos, de un 20% a un 60% de las mujeres menores de 20 años declararon que sus embarazos eran inoportunos o no deseados, situación esperada ya que las adolescentes que dan a luz lo hacen sin estar ni física ni emocionalmente preparadas, con lo cual aumenta el riesgo de tomar en consideración la posibilidad de aborto. Estas cifras alarmantes, nos motivan a realizar un estudio donde deseamos conocer el impacto que tiene positivo o negativamente entre el trabajo y la adherencia a los servicios de salud existentes en salud sexual y procreativa, planificación familiar y el uso de los diferentes métodos anticonceptivos; los cuales pueden ser de gran ayuda para establecer estrategias que reduzcan los altos índices de embarazos y natalidad en mujeres en edad procreativa entre 10 a 54 años para promover la participación de las

mismas junto con su pareja en los programas de planificación familiar que las entidades de salud están en la obligación de brindar.⁶¹

4.4.9.2 Transporte. Según Allan Dever, el transporte es un elemento del ambiente social que puede afectar la salud y/o la adherencia a esta, de manera indirecta o directa; Por esta razón se considera como una preocupación de la salud ambiental. En cuanto la adherencia a planificación familiar y anticoncepción se tiene en cuenta el tipo de transporte que una persona emplea para desplazarse desde su lugar de residencia hasta el centro de salud donde recibe normalmente atención. Por ejemplo, no es lo mismo una persona que se desplaza en un vehículo propio particular de cuatro ruedas (carro), un vehículo de transporte público (bus, urbano o taxi), a una que lo hace en un vehículo de dos ruedas (moto o bicicleta) o que sencillamente no cuente con un vehículo propio y se desplace caminando por motivos económicos; ya que el tiempo que emplea cada uno de estos medios para llegar a su destino puede variar según las condiciones físicas viales, el acceso a los barrios o localidades, el tráfico vehicular, la distancia entre un lugar a otro, el tiempo que se emplea en minutos u horas, el costo de cada vehículo en pasaje o combustible y las condiciones climáticas. Por esta razón es importante indagar este aspecto, para conocer si el transporte influye en las personas para asistir o no a los servicios de salud que brinda la ley en cuanto a planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos ya que este aspecto puede crear serios riesgos con graves repercusiones para la salud individual, familiar y social.

4.4.9.3 Tiempo Libre. Comprende actividades que la persona realiza después de haber cumplido o haberse liberado de sus obligaciones familiares, ocupacionales y sociales. Donde se pueden evidenciar efectos que inciden en la condición de salud:

Efectos positivos: aumenta la capacidad individual de manejar el estrés, creando redes sociales que permiten relacionarse con otras personas de intereses comunes.

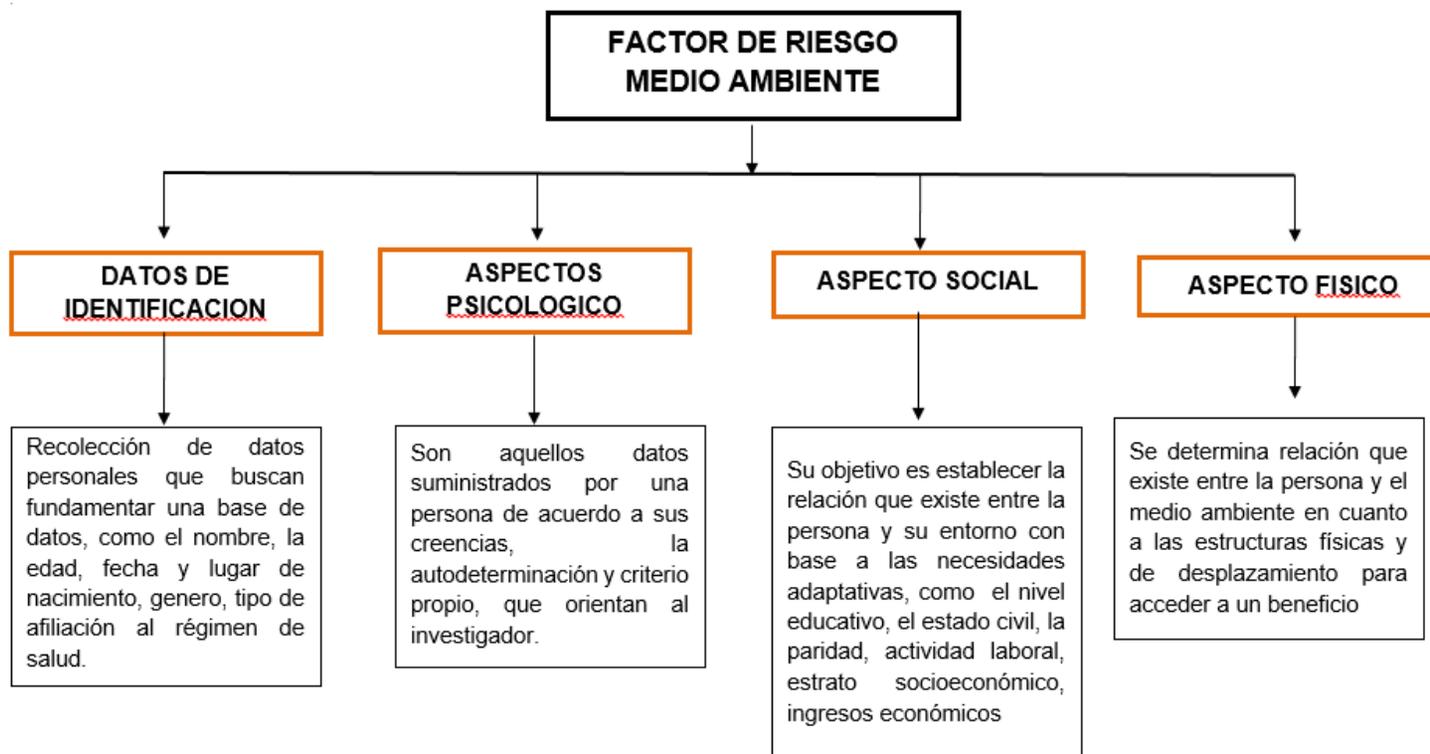
Efectos negativos: puede llevar a conductas perniciosas que generan otros problemas de salud.

4.4.9.4 Familia Y Comunidad. Es necesario que la población identifique y perciba los problemas y las necesidades en materia de salud; que este proceso sea útil para detonar acciones intencionales, como revalorizar sus

⁶¹ <http://www.portafolio.co/economia/tasa-desempleo-colombia-durante-2014-fue-91>

comportamientos, actitudes, valores y prácticas a fin de que logren un mejoramiento de la salud individual y colectiva; que durante los procesos grupales, se den acciones que potencialicen y faciliten la participación comunitaria y social en la gestión de acciones para su desarrollo en diferentes Factores presentes como, Estado conyugal, número de hijos, estilo de vida sexual, educación, hábitos, tradiciones, condición social; los cuales pueden influir en la realización personal y familiar. La comunidad puede afectar a sus miembros no sólo a través de sus redes y apoyo social, sino por su cultura, tradiciones y religión. La violencia y conductas antisociales tienen influencia en la salud colectiva.

4.4.10 Esquema de interpretación y adaptación del factor del riesgo de medio ambiente como barrera de acceso a la anticoncepción.



Fuente: Interpretación del riesgo Medio ambiente grupo de investigación 2015.

Siendo la adolescencia una etapa de confrontación y crecimiento para el ser humano la cual se ha visto en los últimos tiempos enfrentada a riesgos importantes como el inicio temprano de la vida sexual y como consecuencia el embarazo no planeado, debido entre otras razones a la falta de educación e información en salud sexual y a la doble protección, razón por la cual se cita las **Estrategias para la prevención de embarazos en adolescentes**. Dadas las implicaciones en el desarrollo y en la calidad de vida de los adolescentes, de sus familias y de las sociedades, la ocurrencia de embarazos a temprana edad ha sido considerada, a partir de la década de los setenta, una problemática social y de salud pública necesaria de ser intervenida a fin de procurar un mejor desarrollo individual, una mejor calidad de vida y mejores índices de desarrollo. Además de presentar riesgos en el plano biológico, el embarazo en la adolescencia trae consigo eventuales riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; ocasionan eventuales deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida; todo lo anterior en virtud del nuevo papel de progenitores que enfrentan los y las adolescentes (Sandoval, 2009). Dentro de los embarazos en la adolescencia, son de especial interés los embarazos no planeados, es decir, aquellos en los que no se tenía la intención de quedar en embarazo o se prefería hacerlo en otras condiciones o en un tiempo posterior. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, el 34% de las madres menores de 20 años reportaron querer su hijo en el momento en que quedaron embarazada, el 16% no lo quería en ese momento y el 50% lo quería más tarde, indicando que el 66% restante tenía otro proyecto de vida, que no incluía ser madre en esa etapa de su vida. Unido a esto, según la Encuesta Nacional de Deserción Escolar – ENDE2 se encontró que en algunas entidades territoriales (Facatativá, Atlántico, Ipiales, Sabaneta y Vaupés) más del 50% de los estudiantes que alguna vez han abandonado el sistema educativo lo hicieron porque “iba a ser padre o madre”, pudiendo indicar un cambio en su proyecto de vida.

En Colombia la tasa de fecundidad general ha disminuido, pasando de 91 nacimientos por mil mujeres a 74, sin embargo, la fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años presentó un incremento cercano al 30% entre 1990 y 2005, del 70 por mil a 90 por mil, y aunque en el año 2010 disminuyó a 84 nacimientos por mil, todavía continúa siendo alta.

En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, el 13% de las menores de 20 años tiene su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad; y ésta ocurre más temprano en las mujeres sin educación (15,8 años) y en aquellas que viven en áreas rurales (17,5 años), que en aquellas que tienen educación superior (18,9 años) o viven en zonas urbanas (18,5 años) (ENDS 2010). En cuanto a la primera unión o inicio de vida en pareja (no implica matrimonio) se reconoce que entre más joven se conforme la pareja mayor es el riesgo de quedar en embarazo; sin embargo, cabe señalar que en Colombia la edad mediana de la primera unión ha permanecido estable en la última década (21 años), pudiendo indicar que en el país esta variable no ha sido un determinante próximo de la fecundidad adolescente.⁶²

4.4.10.1 ¿Qué es el CONPES 147? Es un documento de política social en donde se establecen unos lineamientos específicos para la prevención del embarazo adolescente, como se menciona a continuación

Los lineamientos tienen como finalidad orientar el diseño de una estrategia que haga énfasis en los proyectos de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años, la permanencia escolar y la culminación del ciclo educativo, y el logro de familias funcionales, trascendiendo los enfoques biológicos y de riesgo planteados hasta el momento en algunas instituciones y proyectos, y reconociendo las diferencias culturales, regionales, y poblacionales.⁶³

¿Dónde se implementa el CONPES 147?

En 192 municipios del país, incluido Girardot, siendo uno de los municipios con más prevalencia de embarazos en adolescentes.

¿Hasta cuándo es vigente el CONPES 147?

Este documento para la Prevención del Embarazo Adolescente, P.E.A., comenzó en el 2012 y tuvo vigencia hasta el 2015

¿Por qué un CONPES para prevenir el Embarazo adolescentes?

⁶² <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/147.pdf>

⁶³ <http://www.colombiajoven.gov.co/quehacemos/Paginas/prevencion-embarazo-adolescente.aspx>

Dicho documento se creó por la necesidad de impactar a adolescentes y jóvenes a través de cuatro acciones intersectoriales:

- ❖ Fortalecimiento Intersectorial
- ❖ Desarrollo Humano y Proyecto de Vida
- ❖ Servicios en Salud Sexual y Reproductiva
- ❖ Monitoreo y Gestión del Conocimiento

¿Quiénes trabajan en la prevención del Embarazo adolescente según el CONPES?

Las entidades que tienen injerencia y participan de acuerdo a los ejes temáticos son:

Eje 1: Fortalecimiento intersectorial

Entidad: Alta consejería mujer, Colombia joven, ICBF, MEN, Min Cultura, Min Salud.

Eje 2: Desarrollo humano y proyecto de vida

Entidad: ANSPE, ICBF, MEN, Min Cultura, Min Salud, Min Tic, Min Defensa, SENA.

Eje 3: Oferta de servicios de educación sexual y SSR:

Entidad: MEN, Min Defensa, Min Salud

Eje 4: Monitoreo y gestión del conocimiento

Entidad: Alta consejería mujer, Min Cultura, Min Salud

Buenas prácticas para información y servicios de anticonceptivos

Las necesidades no atendidas en materia de anticoncepción siguen siendo grandes en Numerosos lugares, y son más acuciantes entre los sectores más vulnerables de la población: adolescentes, personas pobres, habitantes de zonas rurales y barrios marginales urbanos, personas con VIH y desplazados internos.

Según las últimas estimaciones, 222 millones de mujeres no tienen cobertura adecuada de métodos anticonceptivos modernos, y esas necesidades son mayores en los lugares donde el riesgo de mortalidad materna es más alto. El principal cometido de la Organización Mundial de la Salud consiste en ayudar a sus Estados Miembros a alcanzar el objetivo de garantizar a todo ser humano el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, incluida la salud sexual y reproductiva. Una de las intervenciones esenciales para alcanzar ese objetivo consiste en proporcionar información y servicios de anticoncepción de calidad. Se ha reconocido que eso no es posible si no se respetan, protegen y realizan los derechos humanos de todas las personas.⁶⁴

La OMS ha preparado estas orientaciones con el fin de acelerar el avance en la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud sexual y reproductiva y, en particular, de contribuir a responder a las necesidades no atendidas en materia de información y servicios de anticoncepción. Para ello se han seguido las normas de la Organización para la elaboración de directrices, que abarcan los siguientes aspectos: definición de las cuestiones y resultados prioritarios; obtención, evaluación y síntesis de datos probatorios; formulación de recomendaciones, y planificación de las actividades de difusión, aplicación, evaluación del impacto y actualización. Un grupo encargado de la elaboración de las orientaciones, integrado por miembros de un equipo internacional de expertos en salud pública y derechos humanos, examinó y revisó los proyectos de recomendación basados en datos científicos, mediante un proceso participativo y orientado a crear consenso. Las normas y principios de derechos humanos directa o indirectamente aplicables a la información y los servicios de anticoncepción se incorporaron sistemáticamente. Estas directrices complementan las recomendaciones ya existentes de la OMS para los programas de salud sexual y reproductiva, por ejemplo, sobre salud materna y del recién nacido, educación sexual, aborto seguro y competencias básicas para la prestación de atención primaria de salud. El objetivo de este documento es proporcionar orientación a los responsables de formular políticas, los directores, los proveedores de asistencia sanitaria y otros interesados directos del sector de la salud sobre algunas de las medidas prioritarias indispensables para garantizar que a la hora de proporcionar información y servicios de anticoncepción se tenga en cuenta de forma clara y sistemática la dimensión de los derechos humanos.

- ❖ No discriminación cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción
- ❖ Disponibilidad de información y servicios de anticoncepción

⁶⁴ http://www.who.int/topics/human_rights/derechos_humanos_anticoncepcion_spa.pdf

- ❖ Accesibilidad de la información y los servicios de anticoncepción
- ❖ Aceptabilidad de la información y los servicios de anticoncepción
- ❖ Calidad de la información y los servicios de anticoncepción
- ❖ Adopción de decisiones informadas
- ❖ Intimidad y confidencialidad
- ❖ Participación
- ❖ Rendición de cuentas⁶⁵

Tabla 4. Buenas Prácticas para Información y Servicios de Anticonceptivos

Nº	Tipo de práctica	Conoce	No Conoce	No Aplica
1	No discriminación cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción			
1.1	Se recomienda que se garantice a todos acceso a la información y servicios de anticoncepción amplios de forma voluntaria, en condiciones de igualdad y sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia (sobre la base de la libertad individual).			
1.2	Se recomienda que los programas establecidos cuenten con el respaldo de leyes y políticas para garantizar a todos los sectores de la población acceso a la información y servicios de anticoncepción amplios. Debe prestarse especial atención al acceso de los grupos de población desfavorecidos y marginados a esos servicios			
2	Disponibilidad de información y servicios de anticoncepción			
2.1	Se recomienda que los productos, suministros y equipos para fines anticonceptivos, relacionados con toda una variedad de métodos, incluidos los anticonceptivos de emergencia, sean integrados en la cadena de suministros de medicamentos esenciales, a fin de que aumente su disponibilidad. Hay que invertir en la mejora de la cadena de suministro, según proceda, para contribuir a garantizar esa disponibilidad.			
3	Accesibilidad de la información y los servicios de anticoncepción			

⁶⁵ Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones. OMS, 2014. ISBN 978 92 4 350674 6. Ginebra

N°	Tipo de práctica	Conoce	No Conoce	No Aplica
3.1	Se recomienda que se impartan programas de educación sexual completos y científicamente rigurosos, dentro y fuera de las escuelas en los que se ofrezca información sobre el uso y la adquisición de la anticoncepción.			
3.2	Se recomienda eliminar los obstáculos económicos que impiden el uso de anticonceptivos a las poblaciones marginales, en particular adolescentes y personas pobres, y tomar medidas, para que los anticonceptivos sean asequibles para todos			
3.3	Se recomienda llevar a cabo intervenciones para mejorar el acceso a la información y servicios de anticoncepción amplios dirigidos a usuarios y usuarias potencialmente con dificultades para utilizar esos servicios (como residentes de zonas rurales y zonas urbanas de bajos recursos o adolescentes). Debe proporcionarse información sobre servicios de aborto seguro y los propios servicios de acuerdo con las directrices de la OMS en vigor.			
3.4	Se recomienda hacer un esfuerzo especial por proporcionar información y servicios de anticoncepción amplios a las poblaciones de desplazados .las personas que viven en situaciones de crisis y las supervivientes de la violencia sexual, que necesitan un particular acceso a anticonceptivos de emergencia.			
3.5	Se recomienda que se ofrezcan información y servicios de anticoncepción, como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva, relación con la detección, tratamiento y el cuidado del VIH, en el contexto de la atención de salud.			
3.6	Se recomienda que se proporcione información y servicios de anticoncepción amplios en el marco de la atención prenatal y posparto.			
3.7	Se recomienda que se proporcionen de forma rutinaria información y servicios de anticoncepción amplios en el marco de la atención relacionada con el aborto y post aborto.			
3.8	Se recomienda usar servicios periféricos móviles para mejorar el acceso a información y servicios de anticoncepción de las persona con dificultades para acceder a ellos por motivos geográficos.			

N°	Tipo de práctica	Conoce	No Conoce	No Aplica
3.9	Se recomienda eliminarlos requisitos referentes a la utilización de terceras personas, en particular la autorización del conyugue para las personas /mujeres que deseen obtener información y servicios relacionados con la anticoncepción y cuestiones conexas.			
3.10	Se recomienda prestar servicios de salud sexual y reproductiva, incluida información y servicios de anticoncepción, a los adolescentes sin exigir que presenten autorizaciones ni notificaciones de los progenitores o tutores, con el propósito de atender sus necesidades educativas y de servicios.			
4	Aceptabilidad de la información y los servicios de anticoncepción			
4.1	Se recomienda llevar a cabo intervenciones de asesoramiento y educativa sobre planificación familiar y anticonceptivos que tengan en cuenta las cuestiones de género. Se basen en información precisa, incluyan el desarrollo de capacidades (por ejemplo sobre negociaciones 9 y estén adaptadas a las necesidades concretas de las comunidades y negociación) y estén adaptadas a las necesidades concretas de las comunidades y las personas.			
4.2	Se recomienda dar prioridad a los servicios de seguimiento de la gestión de los efectos secundarios, por ser este un componente esencial de la prestación de todos los servicios de anticoncepción. Se recomienda que aquellos casos en que no estén disponibles in situ los métodos necesarios, se ofrezcan la posibilidad de referir a los centros adecuados.			
5	Calidad de la información y los servicios de anticoncepción			
5.1	Se recomienda que los procesos de garantía de calidad, en los que se considere las normas de atención médica y la opinión de los clientes se integren de forma sistemática en los programas de anticoncepción.			
5.2	Se recomienda que los lugares que dispongan de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada ofrezcan también servicios para su inserción, retiro y asesoramiento sobre sus efectos secundarios.			

N°	Tipo de práctica	Conoce	No Conoce	No Aplica
5.3	Se recomienda la formación basada en la adquisición de competencias y la supervisión permanente del personal de atención sanitaria dedicado a la educación e información sobre anticoncepción y los correspondientes servicios. Esta información debe impartirse con arreglo a las normas de la OMS en la materia.			
6	Adopción de decisiones informadas			
6.1	Se recomienda ofrecer información, educación y asesoramiento amplios sobre métodos anticonceptivos, basados en datos probatorios, que permitan adoptar decisiones informadas.			
6.2	Se recomienda que se garantice a todas las personas la oportunidad de adoptar decisiones informadas para utilizar métodos anticonceptivos modernos (anticonceptivos de emergencia, de acción breve, de acción prolongada o permanente) sin ser objeto de discriminación.			
7	Intimidad y confidencialidad			
7.1	Se recomienda que, cuando se proporcionen información y servicios de anticoncepción, se respete en todo momento la intimidad de las personas, lo cual supone tratar de manera confidencial su información médica y personal.			
8	Participación			
8.1	Se recomienda que las comunidades, y especialmente las personas directamente afectadas, tengan la oportunidad de participar significativamente en todos los aspectos el diseño. La ejecución la supervisión de los programas y las políticas de anticoncepción.			
9	Rendición de cuentas			
9.1	Se recomienda establecer mecanismos efectivos y accesibles de responsabilización con respecto a la información y los servicios de anticoncepción proporcionados, que abarquen actividades de vigilancia y evaluación, y medios de reparación y recursos a nivel individual y de sistemas.			
9.2	Se recomienda llevar a cabo una evaluación y supervisión de todos los programas para garantizar la prestación de servicios de máxima calidad y el respeto de los derechos humanos.			

4.5 MARCO TEÓRICO

Teniendo en cuenta que la investigación busca generar estrategias para mejorar la oferta de los programas de anticoncepción, se toma como referente la teoría de NOLA PENDER para sustentar y articular las acciones requeridas para fortalecer los procesos de atención en los diferentes niveles de atención en el sistema salud en el municipio de Girardot.

Modelo de promoción de la salud, Nola Pender.

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. ⁶⁶

El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr, y a criterio de los investigadores al sistema de salud, responsable del acompañamiento de la persona sujeto de cuidado.

El MPS expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en el diagrama del Modelo de Promoción de la Salud, como se transcribe textualmente de

❖ **“Conducta previa relacionada y los factores personales:** se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

❖ **Factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales;** los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

⁶⁶ Marriner Tomey Ann., Raile Allgood Martha (2000) Modelos y teorías en enfermería. (Cuarta Edición). España: Harcourt.

Los componentes centrales del modelo se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos:

❖ **Los beneficios percibidos por la acción;** que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud.

❖ **Barreras percibidas para la acción;** alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.

❖ **Auto eficacia percibida;** éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, la eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

❖ **Afecto relacionado con el comportamiento;** son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta.

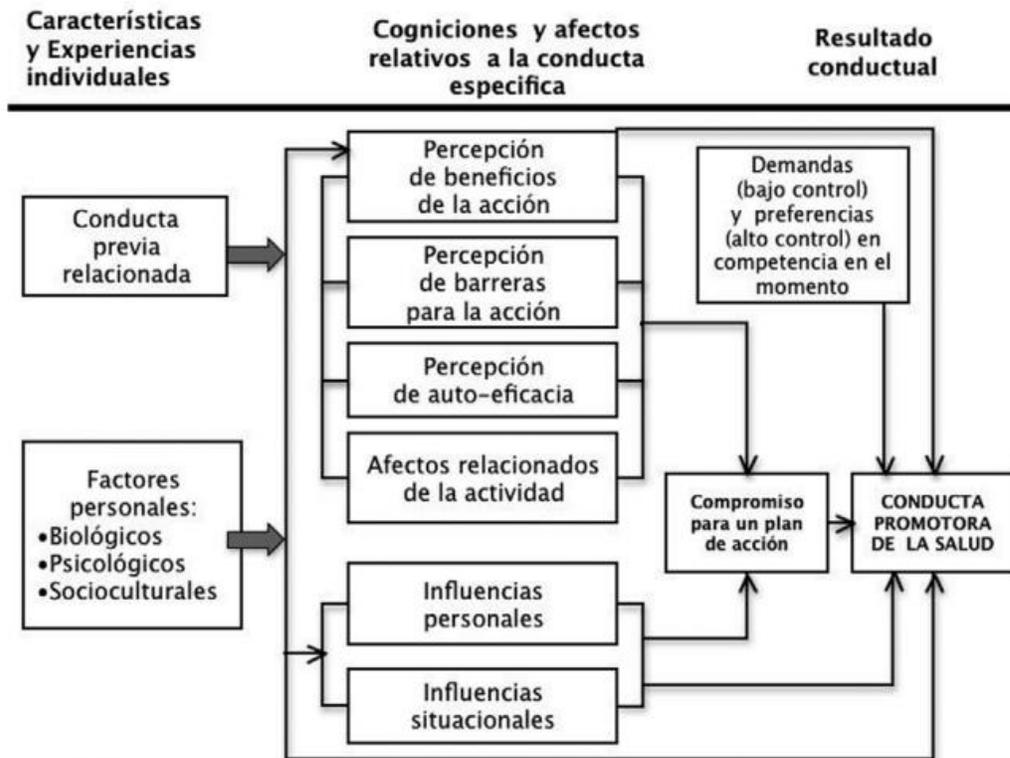
❖ **Influencias interpersonales;** se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos.

❖ **Influencias situacionales en el entorno;** las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud”.

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la

mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.⁶⁷



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB²¹

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivo- perceptuales que son modificados por las características situacionales, personal e interpersonal, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción.

De igual forma el plan decenal de salud pública en su Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, garantiza y brinda prevención y atención integral a toda la población sobre salud sexual y reproductiva integrando el manejo de las IEC (Información, Educación, Comunicación) con el fin de promover la asistencia a consultas de planificación familiar a hombres y mujeres

⁶⁷ <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>

y poder acceder a los métodos anticonceptivos, logrando el bienestar y la autonomía de las parejas.⁶⁸

Para la presente investigación se asume, El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola J. Pender el cual integra al enfermero como principal motivador de los usuarios a promover conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud, garantizando el bienestar físico mental y social. Y al articularlo con el modelo multicausal retomados para la investigación e interpretación de la barreras de acceso en la anticoncepción, se incluye el sistema de salud el cual no se aborda directamente por la teorista, pero puede ser incluido cuando esta plantea las demandas (bajo control) y preferencias (alto control) en competencia en el momento, ya que este aspecto se trabaja en la etapa de resultado conductual, que es donde el sistema de salud aborda las condiciones o factores de riesgo del sujeto o población al trabajar la promoción de la salud, y donde el sistema debe mirarse en un proceso de autocontrol y mejoramiento continuo en la prestación del servicio.

4.6 MARCO NORMATIVO

En el marco legal establecido y normalizado por la constitución política de Colombia donde se emanan las siguientes conformidades correspondientes a temas de la sexualidad y la reproducción se relacionan con varios de los derechos fundamentales promulgados por la Constitución Nacional, que ha servido de base al desarrollo de los derechos sexuales y los reproductivos⁶⁹:

- ❖ Derecho a la vida (art. 11);
- ❖ A la igualdad, libertad y no discriminación (art. 13);
- ❖ A la intimidad personal y familiar (art. 15);
- ❖ Al libre desarrollo de la personalidad (art. 16);
- ❖ A la libertad de conciencia (art. 18);

⁶⁸ <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimension-sexualidad-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>

⁶⁹ COLOMBIA. CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA DE 1991, por el cual se proclama los derechos fundamentales de los colombianos.

- ❖ A la libre asociación (art. 38);
- ❖ A la conformación y protección de la familia (art. 42);
- ❖ A la igualdad entre hombres y mujeres; de las mujeres a recibir atención y protección especiales durante el embarazo (art. 43);
- ❖ A la atención de la salud (art. 49)
- ❖ A la educación (art. 67).

Teniendo en cuenta lo anterior y destacando la importancia que tiene el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos en la promoción y garantía de la igualdad, equidad y atención integral de los colombianos, a continuación se señalarán los lineamientos legales que son transcritos textualmente debido a su trascendencia en la salud pública actualmente y en esta investigación.

4.6.1 Política Nacional De Sexualidad, Derechos Sexuales Y Derechos Reproductivos. Teniendo en cuenta el enfoque de la política nacional de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos se determina la gran importancia de brindar mayor educación e información sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos a los cuales tienen acceso todos los hombres y mujeres en edad procreativa de la ciudad de Girardot, con el propósito de generar un empoderamiento por parte de la población que contribuyan a un autocuidado sexual efectivo, disminuyendo de esta manera el número de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados.

4.6.1.1 Objetivo general. Esta Política direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad, no solo orientada por la necesidad de prevención del riesgo de enfermar; a fin de contribuir a que la ciudadanía alcance el más alto estándar de salud sexual, salud reproductiva, bienestar físico, mental y social, como de desarrollo humano, a partir de acciones que promuevan el ejercicio autónomo de estos derechos para todas y todos. Las acciones fundamentales requeridas para la realización de este objetivo serán orientadas por el nivel directivo del MSPS a la divulgación e implementación de la Política en todo el territorio nacional, mediante el uso de los instrumentos indicados en el PDSP, así como al

fortalecimiento de los modelos de gestión, seguimiento, evaluación y control, a través de las metodologías desarrolladas para la utilización de los datos arrojados por los sistemas de información del sector.

4.6.1.2 Objetivos y Acciones.

- ❖ Desarrollar los mecanismos para la gestión política de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como para la socialización, divulgación, apropiación e interiorización de los contenidos de esta Política en los Planes de Desarrollo Territoriales de acuerdo a la metodología PASE a la Equidad en los niveles territoriales y con los agentes del SGSSS.

- ❖ Asistir técnicamente a los territorios y demás agentes del SGSSS en los procesos de adaptación e implementación de la PNSDSDR según las prioridades establecidas y los diversos contextos territoriales definidos.

- ❖ Fortalecer los modelos de gestión, seguimiento, evaluación y control a los avances en la implementación y logro de los objetivos propuestos en la Política a través de los datos recolectados por el Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO).

- ❖ **Objetivos Específicos y Acciones** La definición de los objetivos y las acciones que permiten materializar la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, implica su identificación según las líneas operativas consonantes con el PDSP, por lo tanto, para facilitar su comprensión, se describen en este orden, enfatizando que no corresponde a algún criterio de priorización:

- ❖ Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

- ❖ Generar en el sector salud procesos que garanticen el disfrute de la sexualidad, mediante el favorecimiento a la libre expresión de pensamiento, opinión, asociación y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en un marco de referencia laico y una ética civilista, que facilite el establecimiento de relaciones interpersonales, sociales y políticas saludables.

Generar en el sector salud procesos que garanticen el disfrute de la sexualidad, mediante el favorecimiento a la libre expresión de pensamiento, opinión, asociación:

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar el respeto a la libertad de pensamiento y a la libre expresión en torno a la sexualidad y la reproducción, minimizando la posibilidad de señalamiento o juzgamiento en los procesos de atención inducidos por posturas políticas, religiosas o culturales de los prestadores. Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la construcción de una mirada holística frente al disfrute de la sexualidad, que permeen la prestación de los servicios y la acción intersectorial e interinstitucional. Para ello es necesario:

- ❖ Gestionar la promoción del reconocimiento de la sexualidad y la reproducción, en el marco de respeto de las libertades de pensamiento, opinión y expresión de la orientación sexual, la identidad de género y los derechos sexuales, dentro del sector salud y en la comunidad, sin juzgamientos o discriminación, a través de medidas inclusivas, apropiadas a los diferentes contextos.

- ❖ Convocar a la conformación de grupos y organizaciones sociales, interculturales, ecuménicas y otras, para la promoción y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la libertad de pensamiento, asociación y la interlocución directa con la institucionalidad del sector salud y de otros sectores.

- ❖ Coordinar espacios, en asocio con otros sectores, para intercambiar información entre la comunidad y la institucionalidad de salud respecto de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, sobre el alcance y la interpretación de los instrumentos legales, para que la expresión de la sexualidad y la reproducción cursen sin temor, vergüenza, culpa, falsas creencias y otras restricciones sociales, sobre formas de expresión de la sexualidad como el vestir o el modo de hablar, entre otras.

- ❖ Fortalecer procesos de educación sexual integral, para los prestadores de servicios de salud, orientados a promover el reconocimiento de la sexualidad como condición humana, que permitan el abordaje y respuestas con acciones y servicios dentro de un enfoque laico¹⁵ y de ética civilista¹⁶ para garantizar el ejercicio de derechos, el bienestar y la calidad de vida.

- ❖ Desarrollar los mecanismos para asegurar el liderazgo apropiado del sector salud en la construcción de las intervenciones, las medidas y los instrumentos sectoriales e intersectoriales necesarios y efectivos de orden legislativo, sanitario, educativo, judicial, de protección, reparación integral y comunicacional en los aspectos de la salud sexual y la salud reproductiva, de

forma coordinada y en el respeto de las competencias que facilite la garantía de los derechos.

❖ Impulsar la aplicación de acciones administrativas y disciplinarias a que hubiere lugar, por atentados a la libertad de pensamiento, opinión y expresión frente a la sexualidad o la reproducción, registrados en la prestación de los servicios o en la institucionalidad del sector salud.

Disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental.

Disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental por causas asociadas a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de acciones que promuevan el cuidado, la protección y la erradicación de las distintas formas de violencia, u otras afectaciones a la vida e integridad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, a fin de alcanzar el completo bienestar físico, mental y social.

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar que la vida, la integridad física o mental de las personas no se vean afectadas por hechos de violencia o de fallas en los servicios, que afecten el ejercicio de los derechos humanos, de los cuales hacen parte los derechos sexuales y los derechos reproductivos, lo cual como máxima expresión de la libertad, deben desarrollarse dentro de un ambiente de seguridad y protección y donde el derecho a la salud actúa como elemento vinculante y fundamental. Para garantizar la vida e integridad en el ejercicio de los derechos humanos el Estado tiene la responsabilidad de las acciones de prevención, 15 La laicidad se define “como un régimen de convivencia, cuyas instituciones políticas están legitimadas por la soberanía popular y no por elementos o instituciones religiosas” Blancarte R. (2006). En:

Marco ético de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en el contexto nacional e internacional. (MSPS y UNFPA, 2010. p. 40) 16 Definida como “el conjunto de valores y normas que comparte una sociedad pluralista y que permite a los distintos grupos, cualesquiera que sean sus creencias... no solo convivir unos con otros, sino también construir juntos la vida, a través de proyectos compartidos y descubrir respuestas comunes a los desafíos a los que se ven abocados” Marco ético de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en el contexto nacional e internacional. (MSPS y UNFPA, 2010. p.39).

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar que la vida, la integridad física o mental de las personas no se vean afectadas por hechos de violencia o de fallas en los servicios.

❖ Proteger la privacidad de las personas, en los asuntos relacionados con la vivencia de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de mecanismos que aseguren la confidencialidad y la integridad física y psicológica, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre los ciudadanos y las instituciones del sector salud. El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar que las opciones, decisiones o condiciones en materia de sexualidad y reproducción se mantengan dentro de la órbita de la privacidad y confidencialidad definida por cada persona y por el reconocimiento de las normas de conducta social. Lograr esta condición desde la institucionalidad permitirá el fortalecimiento de las relaciones de confianza y la legitimidad del sector salud como garante del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Las acciones orientadas por este objetivo responderán al fortalecimiento de posturas éticas frente al respeto a la privacidad y manejo de la información, relacionada con la sexualidad o la reproducción de las personas, en el personal asistencial y el fortalecimiento de mecanismos de seguridad de la información. Para ello es necesario:

- Difundir dentro de la comunidad y el personal prestador de servicios de salud el derecho a la privacidad y confidencialidad como elemento esencial para ejercer la autonomía sexual, la autonomía reproductiva y la toma de decisiones en estos aspectos, sin ser objeto de amenaza o riesgo y en cumplimiento del compromiso ético profesional y del mandato legal del secreto profesional.
- Promover la aplicación de los mecanismos para hacer efectivos el debido reconocimiento y respeto del derecho a la intimidad y a la privacidad, dentro del personal del sector y hacia los titulares del derecho a la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, en cumplimiento del Código de Ética y Buen Gobierno reglamentado por la Superintendencia de Salud e incluido como norma en los procesos de habilitación y acreditación (Normas de aseguramiento de la calidad de la atención).
- Establecer procesos para garantizar la reserva y el sigilo de la información sobre los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción de las personas, incluido el fortalecimiento de los principios éticos que exige el derecho a la intimidad por parte de los prestadores de servicios de salud y la adecuación

de los espacios de forma que las consultas puedan llevarse a cabo en condiciones de reserva e intimidad.

- Fortalecer los protocolos para garantizar la seguridad de la información producida por el sector, así como para controlar la divulgación o fuga de información en relación con las preferencias, la historia, los comportamientos sexuales o reproductivos de las personas, así como otros asuntos relacionados con la atención en salud o la investigación y la inclusión de los temas de sexualidad en reglamentaciones existentes para asegurar la confidencialidad de la, información y fortalecer su vigilancia. 5. Diseñar los mecanismos para el restablecimiento del derecho a la privacidad de la vida sexual o reproductiva de las personas cuando este fuera vulnerado en razón de la prestación de los servicios de salud. 71 Objetivos y Acciones.

Fortalecer en los espacios de atención de salud el desarrollo de formas de relación igualitaria, entre hombres y mujeres mediante la formulación de acciones orientadas a la construcción de una convivencia social libre de discriminación justificada en las diversas formas de vivencia de la sexualidad, la orientación sexual o el género. El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe promover la transformación de prácticas culturales discriminatorias que vulneran los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la visibilización de las posibles discriminaciones y al cumplimiento de los desarrollos normativos para superarlas, el ejercicio de las competencias sectoriales y la distribución eficiente de los recursos. Para ello es necesario:

1. Propiciar espacios y mecanismos de reconocimiento de la diversidad y la igualdad de las personas, para que los servidores del sector salud, superen las distintas formas de discriminación ante los comportamientos, usos y costumbres asociados a la vivencia de la sexualidad y la reproducción, manteniendo el respeto por los rasgos culturales dentro del reconocimiento de los límites establecidos en el ejercicio del derecho.

2. Identificar y remover las prácticas sociales e institucionales del sector salud, que basadas en estereotipos o estigmas, son abiertamente discriminatorias en relación con la sexualidad o la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en condiciones de igualdad.

3. Facilitar y exigir la formación del recurso humano del sector, con la inclusión de contenidos educativos sobre relacionamiento igualitario, convivencia social y superación del estigma y la discriminación, en los currículos de enseñanza de

diferentes profesionales, especialmente en los que ejercerán como prestadores o como entes de control.

4. Establecer mecanismos de identificación, seguimiento, control y sanción, de los servicios de prevención, atención, protección, rehabilitación, restablecimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que vulneran el derecho a la igualdad y garantizar las acciones de vigilancia, inspección y control en los casos de estigma y discriminación. El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe promover la transformación de prácticas culturales discriminatorias que vulneran los derechos sexuales y los derechos reproductivos. 72 Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia.

❖ **Generar procesos orientados al desarrollo de la autonomía personal** a través de acciones que reconozcan a las personas y su diversidad, para que se direccionen respuestas del sector salud adecuadas a sus necesidades como forma de garantía del derecho. El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe promover la inclusión de toda la ciudadanía desde su diversidad, en los diferentes niveles de acción estatal, social, comunitaria e institucional del sector salud, para la materialización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como el ejercicio pleno de la autonomía de todas las personas. Las acciones orientadas por este objetivo responderán al reconocimiento, aceptación, y respeto de las diferencias y adecuación de los servicios de salud en función de estas, conservando la integridad del ser humano. Para ello es necesario:

1. Gestionar y diseñar procesos pedagógicos que permitan reconocer la libertad sexual y la libertad reproductiva, que incluye la resignificación del cuerpo, diversidad de opciones disponibles para la vivencia de la sexualidad y la reproducción, la elección de parejas sexuales; experimentar el potencial de la sexualidad a plenitud, disfrutar del erotismo, dentro de un marco de no discriminación y consideración de los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva según el momento del ciclo vital, para el personal del sector y la comunidad en general.

2. Fortalecer los procedimientos relacionados con definición de marcos éticos de la atención e investigación, para que ninguna persona de manera involuntaria pueda ser sujeta a estudios, procedimientos médicos de diagnóstico, atención, intervención 73 Objetivos y Acciones farmacológica o quirúrgica o confinamiento, sobre la base de una expresión sexual protegida, orientación sexual, historia o comportamiento sexual, identidad o expresión de género o situación

reproductiva. 3. Fomentar el desarrollo de nuevas formas relacionales, mediadas por la libertad para ejercer en condición igualitaria las prácticas sexuales y reproductivas que en el marco de respeto a las normas y principios de los derechos humanos sean posibles. Estas acciones darán especial atención al cuidado de la sexualidad en la niñez, la adolescencia y la vejez y de las personas con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, así como, a los mecanismos para el control de posibles formas de conculcación o persecución legal basadas en la vivencia de la sexualidad o la reproducción cuando median circunstancias étnicas o culturales y otras formas que requieran manejos excepcionales ante la ley.

4. Diseñar oferta de servicios de salud, específicamente sensibles a la diversidad y las necesidades de las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, y en especial para adolescentes y jóvenes, que requieren atención a su salud sexual y salud reproductiva de forma integral, lo cual incluye su derecho a acceder a los servicios de consejería sin el consentimiento de los padres (Ley 1098, 2006), el apoyo y protección para insistir en prácticas sexuales y reproductivas más seguras.

5. Adaptar los procedimientos administrativos del sistema de salud a la identidad de género que indique o defina la propia persona, ello implica procesos de identificación a través de la gestión de documentos de identidad dentro del sistema, carné y otras certificaciones oficiales, coherentes con ello, sitios de hospitalización, reclusión, custodia entre otros.

❖ Garantizar el acceso de las personas a los beneficios de los avances científicos disponibles para el disfrute de la sexualidad y la reproducción y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como forma de materialización del derecho a la salud física, mental y social. El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional, hombres, mujeres y personas intersexuales o transgénero, puedan gozar del más alto estándar posible de salud física y mental en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, superando restricciones y brechas derivadas de las condiciones de inequidad, reconocidas como Determinantes Sociales de la Salud, para la garantía de los derechos sexuales. El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional, hombres, mujeres y personas intersexuales o transgénero, puedan gozar del más alto estándar posible de salud física y mental en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. 74 Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia y los derechos reproductivos, de su ejercicio y del acceso

a la atención en materia de salud sexual y salud reproductiva, en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las condiciones que lo requieran. Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la identificación y democratización del uso de diferentes avances de la ciencia y la tecnología en salud, en los casos que las posibilidades diagnósticas y otros determinantes lo permitan. Para ello es necesario:

1. Desarrollar contenidos y reglamentaciones que desde la integración en la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, evidencien las interrelaciones e interdependencias entre los diferentes contenidos y componentes definidos desde la ciencia hasta hoy y los que se desarrollen en el futuro.

2. Facilitar la disponibilidad y acceso a la información u orientación sobre sexualidad y reproducción en su relación con la salud, el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible; así como promover los mejores servicios de salud sexual y salud reproductiva posibles con base en evidencia e investigación científicamente válida.

3. Organizar la prestación de servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva que incluyan los componentes de la atención definidos como condición básica para la aproximación al ser humano en su condición de integridad y que permitan superar condiciones restrictivas al goce de los derechos desde la prestación de los servicios de salud.

4. Fortalecer los sistemas de apropiación de las tecnologías en salud, para atender las necesidades relacionadas con la vivencia plena de la sexualidad y la reproducción, en condiciones de seguridad, así como para prevenir la aparición de eventos no deseados y atender los problemas relacionados con la vulneración de los derechos sexuales o los derechos reproductivos, a través de la identificación, protocolización y normalización de esas tecnologías. **5.** Mantener el más alto nivel de acceso y calidad en la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva que se encuentran incluidos en el POS y los que la normatividad vaya introduciendo. **6.** Fomentar la participación, construcción colectiva e incidencia de todos los agentes del SGSSS y de la comunidad en el diseño de los nuevos programas, servicios e intervenciones referentes a la salud pública en la dimensión de la sexualidad y la reproducción, para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Promover los mejores servicios de salud sexual y salud reproductiva posibles con base en evidencia e investigación científicamente válida.

❖ Facilitar el acceso permanente a la información, apropiación de contenidos y significados relacionados con sexualidad, reproducción, derechos sexuales, derechos reproductivos y salud, a través de la disposición de todos los medios pedagógicos y de democratización del conocimiento desde el sector de la salud y otros sectores como el educativo, que faciliten la comprensión integral de la sexualidad y la reproducción y sus relaciones con los determinantes sociales y culturales. El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proporcionar los recursos y medios que garanticen la apropiación de la información, así como la entrega de insumos para el desarrollo de procesos educativos, pedagógicos y comunicacionales, para orientar a la ciudadanía en sexualidad, reproducción y el ejercicio de derechos, reconociendo las condiciones del contexto en cual se desenvuelven. Las acciones orientadas por este objetivo responderán al análisis reflexivo, crítico y evaluativo permanente de las estrategias comunicativas masivas e interpersonales, desarrolladas en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos. Para ello es necesario:

1. Fortalecer programas de información y educación integral sobre sexualidad, fecundidad y reproducción, dirigidos a la comunidad y liderados desde el sector salud, aplicables según el ciclo de vida, que permita dotar a todas las personas de opciones frente a la maternidad y la paternidad, el pleno ejercicio de la ciudadanía, y de manera especial de habilidades para relacionarse en el reconocimiento de las diversidades de forma solidaria.

2. Promover en alianza con otros sectores, la apertura de oportunidades que permitan a los y las adolescentes y jóvenes el desarrollo de sus capacidades para la apropiación de la titularidad de sus derechos, asumir de manera progresiva la autonomía, el reconocimiento de las libertades, posibilidades y límites en las esferas de su vida sexual y reproductiva como base para la realización de sus anhelos y la construcción de su ciudadanía.

3. Reconocer y respetar la cosmovisión y la permanencia de algunos usos y costumbres del conocimiento y las prácticas ancestrales, relacionadas con sexualidad y reproducción, que constituyen identidad para grupos y comunidades, en los casos que ellas no contradigan el concepto, ejercicio y garantía de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos y contribuyan al cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva, desde un diálogo intercultural.

4. Fortalecer la formación del recurso humano en los aspectos de la sexualidad y la reproducción, dirigida a los prestadores de servicios de salud, como principio de la cualificación de la prestación de servicios preconcepciones, de

anticoncepción, IVE, control prenatal, atención del parto y postparto, detección temprana y atención integral de las ITS, VIH/Sida y violencia sexual y basada en género, entre muchos otros.

5. Incorporar lógicas ancestrales, que constituyen identidad para grupos y comunidades, en la construcción de nuevas ofertas de servicios de salud sexual y salud reproductiva, como forma para superar inequidades y garantizar el ejercicio de derechos para todas y todos.

6. Establecer mecanismos de reconocimiento de las condiciones y manifestaciones de la sexualidad y la reproducción en los grupos y comunidades que permitan establecer acciones oportunas en materia de información para la prevención, atención, protección y rehabilitación.

❖ Gestionar desde todos los niveles del sector salud, condiciones favorables que posibiliten la decisión sobre la paternidad y la maternidad, desde el reconocimiento de las particularidades de los diferentes grupos, como forma de respeto de la diversidad individual, social y cultural. El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer escenarios 76 Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia que faciliten las decisiones sobre la paternidad y la maternidad dentro de los diferentes formas de familias, que estimulen la construcción de relaciones basadas en la solidaridad y la igualdad, como medio para superar paradigmas y modelos de poder hegemónico que afectan la salud sexual y la salud reproductiva. Las acciones orientadas por este objetivo responderán al reconocimiento, en los prestadores, de la posibilidad de existencia de diferentes formas de familia, y la preparación y empoderamiento de estas para recibir a las nuevas generaciones. Para ello es necesario:

1. Promover en coordinación con otros sectores, el respeto por parte de los prestadores de servicios, a la libre decisión de las personas frente a la formación de un tipo determinado de familia, la elección de pareja, el ejercicio autónomo de la fecundidad, mediante acciones que les permitan la posibilidad de control sobre la vivencia de la sexualidad, la paternidad y la maternidad, dentro de un marco de no discriminación y consideración a los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva según ciclo vital.

2. Impulsar marcos normativos exigibles que aseguren el cumplimiento de estándares para la asesoría personalizada en procesos de promoción, prevención, atención y reparación, como requisito para la entrega de información educación y servicios relacionados con la regulación de la fecundidad y la disponibilidad de

métodos efectivos, aceptables y asequibles; la oferta de tecnologías o tratamientos reproductivos; la oferta de insumos de protección contra las ITS y el VIH/Sida; incluyendo preservativos y elementos para la reducción del daño en Usuarios de Drogas Inyectables, tratamiento de la disfunción sexual, prácticas sexuales durante la gestación y otras temáticas, independientemente de las condiciones de la relación o de la vida en pareja en el marco de garantía de los derechos, la no discriminación, y el cumplimiento de la normatividad.

3. Asegurar que los sistemas de atención a la salud sexual y a la salud reproductiva, cumplan con los requisitos de calidad en la atención en salud definidos dentro del marco normativo vigente, los cuales incluyen seguridad del paciente, provisión de los recursos científicos disponibles, respeto y acatamiento por las opciones y decisiones y aseguramiento de ambientes protectores durante todo el lapso y manifestación en los eventos de paternidad y maternidad.

4. Garantizar la atención de los procesos reproductivos, incluido el parto, por personal debidamente formado y graduado en los conocimientos y técnicas específicas disponibles desde la ciencia y la tecnología, para el acompañamiento y vigilancia del proceso, la detección temprana de signos de riesgo, daño y su rápida intervención, posibilitando la atención en espacios institucionales o alternativos debidamente dotados para responder a las contingencias posibles, facilitando la participación de la familia y la expresión afectiva de los roles de la paternidad y la maternidad desde el inicio.⁷⁰

4.6.2 Derechos sexuales y reproductivos. La vinculación entre los derechos sexuales y reproductivos son disposiciones que permiten reconocer y respaldar los principio de autonomía, beneficencia, no mal eficiencia y justicia a todos los ciudadanos, en este sentido se asocia con la búsqueda de una nueva cultura en anticoncepción y la transformación de la misma, brindando las herramientas necesarias, a cada individuo permitiendo que exista un espacio para el desarrollo de la equidad de género y el acceso a la información a hombres y mujeres en edad fértil.

¹“Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y por otros documentos de las Naciones Unidas; entre los principales instrumentos legales internacionales que los apoyan están: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976); Pacto de Derechos Económicos y Sociales (1976); Convención Internacional para

⁷⁰ Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia

la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981); Convención sobre los Derechos del Niño (1990), Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1993), Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994), Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995). “ Entre dichos derechos podemos encontrar:

- ❖ Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos.
- ❖ Derecho a la integridad física, psíquica y social.
- ❖ Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva.
- ❖ Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual.
- ❖ Respeto a la opción de la reproducción.
- ❖ Elección del estado civil.
- ❖ Libertad de fundar una familia.
- ❖ Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o pro conceptivos.
- ❖ Derecho al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado.
- ❖ Derecho a la igualdad de sexo y de género.
- ❖ Derecho al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas respecto a la sexualidad.
- ❖ Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual.
- ❖ Libertad de elegir compañero(a) sexual.

- ❖ Elegir si se tienen o no relaciones sexuales.
- ❖ Elegir las actividades sexuales según las preferencias.
- ❖ Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.
- ❖ Derecho a espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad.
- ❖ Derecho a la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre.
- ❖ Derecho a disponer de opciones con mínimo riesgo.
- ❖ Derecho a disponer de servicios de salud adecuados.
- ❖ Derecho a recibir un trato justo y respetuoso de las autoridades.
- ❖ Derecho a recibir protección ante la amenaza o la violación de los derechos fundamentales, sexuales y reproductivos⁷¹.

4.6.3 Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021. Derechos y sexualidad

Con el propósito de dar continuidad y asegurar la ejecución de dichos derechos en plan decenal de salud pública de Colombia se han establecido los siguientes objetivos que a la luz de la investigación se destacaran los temas que requieren mayor trabajo para mejorar el futuro en la salud sexual y reproductiva del municipio de Girardot, Cundinamarca.

- ❖ “Objetivo de la dimensión Garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, grupos y comunidades en el marco de los enfoques de género y diferencial asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y la atención integral de las personas”.

⁷¹ COLOMBIA, Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia

❖ “Garantizar el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción, libre de violencias en un marco de igualdad, libertad, autonomía, no discriminación por motivos de sexo, edad, etnia, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima del conflicto armado”.

❖ “Garantizar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos, género y diferencial por medio de la articulación de los diferentes sectores que inciden en los determinantes sociales relacionados con los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”⁷².

Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía.

El Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía es una iniciativa del Ministerio de Educación Nacional y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), cuyo propósito es **contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.**

El objetivo es generar prácticas pedagógicas que propicien el desarrollo de competencias en los estudiantes, para que puedan incorporar en su cotidianidad el ejercicio de los derechos humanos sexuales y reproductivos, y de esa manera tomar decisiones que les permitan vivir una sexualidad sana, plena y responsable, que enriquezca su proyecto de vida y el de los demás⁷³.

Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía

Líneas de trabajo

❖ Fortalecimiento de secretarías de educación e instituciones educativas de preescolar, básica y media, para el desarrollo de proyectos pedagógicos que promuevan el ejercicio de los Derechos humanos sexuales y reproductivos.

⁷² Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 / pg: 110 – 113.

⁷³ Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía. Ministerio de educación.

❖ Formación de formadores en educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía, a través de universidades, escuelas normales superiores y otros agentes educativos.

❖ Movilización y comunicación para posicionar la educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía en la agenda pública y generar alianzas intersectoriales que apoyen el desarrollo del Programa.

Enfoque

❖ **Enfoque autobiográfico:** Centrado en las personas, en su historia, en sus experiencias, en su contexto, en el diálogo de saberes. Promueve el desarrollo del juicio moral y parte de una postura pluralista.

❖ **Enfoque apreciativo:** Acompañar a las personas para que afloren lo mejor que tienen y lo compartan con los demás. "Como usted enseña, es lo que usted enseña". N. Flowers

❖ **Marco del ejercicio de los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos:** Todo ser humano es un sujeto social activo de derechos, cuya dignidad debe ser reconocida. Este enfoque proclama derechos iguales para todas las personas, considerando sus respectivas identidades y diferencias.

❖ **Perspectiva de género:** Reconoce las relaciones de hombres y mujeres como un producto histórico y cultural y propende por la equidad entre hombres y mujeres.

❖ **Desarrollo de competencias ciudadanas y científicas:** Construcción de conocimiento con sentido, es decir, un conocimiento que tenga una razón de ser, una utilidad en la vida práctica y una finalidad evidente para el educando.

4.6.3.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
HOMBRES Y MUJERES EN EDAD PROCREATIVA.	Es el periodo en que el hombre y la mujer están en capacidad física, fisiológica, emocional y social para vivir una sexualidad sana, plena, segura y con responsabilidad para programar los hijos que deseen	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN	<u>DIRECCIÓN</u>	Respuesta dicotómica (Cuantitativo)	Nominal	Datos generales Encuesta
			<u>BARRIO</u>	Respuesta dicotómica (Cuantitativo)	Nominal	Datos generales Encuesta
			<u>ESTADO CIVIL</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Viudo • Unión libre (Cualitativo)	Nominal	Pregunta N.1 Encuesta
			<u>GRADO DE ESCOLARIDAD</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnico • Tecnólogo • profesional • no aplica (Cualitativo)	Nominal	Pregunta N.2 Encuesta
			<u>OCUPACIÓN</u>	<ul style="list-style-type: none"> • estudiante • trabajador • ama de casa • desempleado • otro (Cualitativo)	Nominal	Pregunta N.3 Encuesta

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
			<u>EDAD ACTUAL</u>	<ul style="list-style-type: none"> • 10-19 años • 20-29 años • 30-39 años • 40-49 años • 50-54 años (Cuantitativo)	Nominal	Pregunta N. 5.1 Encuesta
			<u>NÚMERO DE HIJOS</u>	Respuesta dicotómica (Cuantitativo)	Nominal	Pregunta N. 5.7 Encuesta
			<u>RÉGIMEN DE SALUD</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidiado • Contributivo • Especial • No tiene (Cualitativo)	Nominal	Pregunta N. 5 Encuesta
BARRERAS DE ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN, INTERPRETADAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE ALAN DEVER.	Son las limitantes o inconvenientes que encuentra el usuario del programa de anticoncepción para acceder a la consulta, al método, a la asesoría, a la información, y al control.	<u>FACTOR BIOLÓGICO:</u> Biología básica del ser humano y en su constitución como individuo. Es así como la herencia genética de un individuo que condicionan la Anticoncepción y la condición sanitaria de las poblaciones y los recursos destinados a ellas.	Condición genética: *Síndrome de Down *Retardo mental *Sordomudo *Enfermedad mental *Invidentes *otra	Cualitativo	Nominal	Pregunta N.21 Encuesta
			Método anticonceptivo: Hormonal: Implante subdérmico, Orales, Inyectables, Parches, Anillo Vaginal, DIU mirena. *Barrera: Preservativo (masculino, femenino),	Cualitativo	Nominal	Pregunta N.15 Encuesta

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
			Diafragma, Óvulos Vaginales, DIU cobre. *Quirúrgicos: Vasectomía, Pomeroy. *Naturales: Moco Cervical, Ritmo, Temperatura basal, Lactancia por amenorrea. *no aplica			
			-Adolescencia: 10-19 años -adulto Joven: 20-29 años -Adulto: 30-39 años -Madurez: 40-49 años 50-54 años	Cuantitativo	Ordinal	Datos generales de la encuesta
			*Menarquia: -respuesta dicotómica	Cuantitativo	Ordinal	Pregunta N. 5.2 Encuesta
			*Sexarquia: - respuesta dicotómica	Cuantitativo	Ordinal	Pregunta N. 5.3 Encuesta
			*De quién recibió consejería para inicio de la anticoncepción: - Amigo, Vecino, Mama, Papa, Tía (o),	Cuantitativo	Nominal	Pregunta N.18 Encuesta

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
			Hermano (a), Abuela, Prima, Medico, Enfermera, Televisión, Internet, Folletos, Videos			
			*Enfermedades que padecen sus familiares en primer grado de consanguinidad: -Endocrinos: Hipotiroidismo -Ca seno o Cérvix -Venas Varicosas -Diabetes -Hipertensión Arterial -otros -ninguno	Cuantitativo	Nominal	Pregunta N. 20 Encuesta
			*Antecedentes patológicos: -Cirrosis Hepática, Infección hepática o tumor Hepático. -Hipertensión Arterial -Diabetes, Lesión ocasionada por diabetes en arterias, visión, riñones o sistema nervioso. -Patología de vesícula biliar.	Cuantitativo	Nominal	Pregunta N. 19 Encuesta

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
			<ul style="list-style-type: none"> -Accidente cerebrovascular, coagulo sanguíneo en piernas o pulmones, infarto cardiaco u otro problema cardiaco. -Ca Seno o Cérvix. -Cefalea con aura migrañosa. -Tuberculosis. -Enfermedades Mentales. -Alteración nutricional: (Bajo peso, Sobrepeso). -Lupus Eritematoso Sistémico -Venas Varicosas. -Ca Genital, Tuberculosis pélvica. -Síndrome Convulsivo. -Hipotiroidismo. -otros -ninguno 			

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
			*Antecedentes farmacológicos: -Anticonvulsivantes: Fenitoína, Fenobarbital, Primidona, Carbamazepina. -Barbitúricos -Retroviral: Ritonavir -Antituberculosos: Rifampicina o Rifabutina -Antibióticos: Penicilina, Tetraciclinas -Lamotrigina. -ninguno	Cuantitativo	Nominal	Pregunta N. 22 Encuesta
		<u>FACTOR ESTILOS DE VIDA:</u> Hábitos de vida que condicionan la anticoncepción y la condición sanitaria de las poblaciones y los recursos destinados a ellas.	*Pareja estable -sí o no	Cualitativa	Nominal	Pregunta N. 5.9 Encuesta
			*Edad en que inició un método anticonceptivo: -respuesta dicotómica	Cualitativa	Nominal	Pregunta N. 5.5 Encuesta
			*Método anticonceptivo que usó inicialmente: -implante, orales, inyectables, anillo vaginal, DIU mirena, preservativo masculino, preservativo femenino,	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 5.6 Encuesta

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
			óvulos, DIU cobre, Pomeroy, ritmo.			
			*Tipo de actividades que realiza en el tiempo libre: -Ver tv, salir con los amigos, escuchar música, estar con la familia, jugar, hacer deporte, otra.	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 38 (instrumento hombre)
			*Proyecto de vida: -Tener de 1-2 hijos -Tener más de 2 hijos -No tener hijos -Adoptar sus hijos	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 46 Encuesta
			*Antecedentes de consumo: -Tabaco, alcohol, otras	Cualitativo	Nominal	Pregunta N.40 (Instrumento hombre)
			*Abandono del método anticonceptivo: -0, 1-3, 3 o más veces.	Cuantitativa	Ordinal	Pregunta N. 35 Encuesta
			*Efectos adversos experimentado con el método:	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 48 Encuesta

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
			-dolor de cabeza, náuseas y/o vómito, irregularidades en la menstruación, otro.			
			*Cuidado sexual: -Asiste periódicamente a las citas sobre planificación familiar- Utiliza un método de barrera- Se realiza periódicamente la citología- Evita el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, otras.	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 41 (Instrumento hombre)
			*Número de parejas sexuales: -Rangos: 0 /1-3/ 3-6/ más de 6	Cuantitativa	Ordinal	Pregunta N.50 Encuesta
			*Consideración personal acerca de la importancia de la anticoncepción: -Control de natalidad en el mundo -Decisión autónoma del número de hijos a tener. -Evita los embarazos no deseados -Derecho sexual para el hombre y la mujer.	Cualitativo	Nominal	Pregunta N.43 (Instrumento hombre)
			*Consideración personal acerca de hacia dónde se dirige	Cualitativo	Nominal	Pregunta N.43

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
			la prevalencia del riesgo sexual en Girardot: -R/: Embarazo no deseado Abuso sexual Promiscuidad ITS (VIH-Hepatitis)			Encuesta
			*Consideración personal acerca de la atención en planificación familiar en la IPS del usuario: - Optima – Inapropiada Fácil acceso – Difícil acceso.	Cualitativo	Ordinal	Pregunta N.45 (Instrumento hombre)
			*Adquisición método anticonceptivo: - Por sus propios medios -Por la EPS	Cualitativo	Nominal	Pregunta N.41 Encuesta
			*Elección del método anticonceptivo: -Automedicación – Orden médica.	Cualitativo	Nominal	Pregunta N.47 Encuesta
			*Apoyo de la pareja en el uso del método anticonceptivo: -Sí o no	Cualitativo	Nominal	Pregunta N.54 Encuesta

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
		<p><u>FACTOR AMBIENTAL:</u></p> <p>Se define como los agentes externos presentes en el medio ambiente que causan alteraciones en la salud de los individuos de cierta área, en el cual ellos no tienen ningún control sobre esa exposición a esos agentes externos y que son los determinantes de la causa de enfermedades.</p>	<p>*barrera laboral para asistir a la consulta de anticoncepción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga Laboral. -No hay flexibilidad en los horarios de trabajo. -Cruce de horarios laborales con la cita de anticoncepción. -otro 	Cualitativo	Nominal	<p>Pregunta N.55</p> <p>Encuesta</p>
			<p>*apoyo económico de la pareja para adquirir el método anticonceptivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si o no 	Cualitativo	Nominal	<p>Pregunta N.60</p> <p>Encuesta</p>
			<p>*Las condiciones de seguridad social para el desplazamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sí, no, aporta una parte. 	Cualitativo	Nominal	<p>Pregunta N.59</p> <p>Encuesta</p>
			<p>*Estado de salud influye en la asistencia a las citas de anticoncepción:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sí o no 	Cualitativo	Nominal	<p>Pregunta N.58</p> <p>Encuesta</p>
			<p>*Participación de la pareja en la escogencia del método:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el hombre, la mujer, ambos. 	Cualitativo	Nominal	<p>Pregunta N.55</p> <p>(Instrumento hombres)</p>

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
		<u>DETERMINANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD:</u> Es la interacción entre consumidores y profesionales determinada por una amplia variedad de factores que intervienen como barreras para acceder a los métodos de anticoncepción.	*Ha rechazado algún método anticonceptivo: - imposición de la pareja -Experiencias negativa de amigos y familiares -religión -Falta de información -otro	Cualitativo	Nominal	Pregunta N.24 Encuesta
			*El desplazamiento para asistir a la consulta de anticoncepción: -A pie -Carro particular -Bus/taxi -Moto -Bicicleta	Cualitativa	Nominal	Pregunta N.56 Encuesta
			*La inversión para adquirir el método es: -mensual, trimestral, cada tres años, cada cinco años.	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 43 Encuesta
			*El valor del método esta entre: -menos de 10.000	Cuantitativo	Nominal	Pregunta N. 44 Encuesta

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
			-entre 10.000 y 50.000 -Entre 60.000 y 100.000 -Más de 100.000			
			*Si adquirió el método por fuera del sistema de salud (particular) cual fue la razón: - No quiere que su pareja o sus padres se enteren del uso del método anticonceptivo. -Hay más facilidad de adquirirlo. -No hay citas de control. Desconocimiento del derecho de atención por la EPS.	Cualitativo	Nominal	Pregunta N.42 Encuesta
ADHERENCIA A LA ANTICONCEPCIÓN	Permanencia que el hombre y la mujer tienen en el uso de un método anticonceptivo después de una asesoría en	<u>TIEMPO DE PERMANENCIA CON EL MÉTODO</u>	*Cuánto tiempo lleva con el método:-menos de un año, de uno a dos años, tres años y más.	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 30 Encuesta

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
	anticoncepción brindada por un profesional de la salud.	<u>MOTIVOS DE PERMANENCIA</u>	*Ha aceptado el método anticonceptivo para: -No tener hijos, seguridad en la relación sexual, regulación del ciclo menstrual, acné, aplazar el embarazo, la pareja le recomendó el método, otros.	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 25 Encuesta
		<u>SATISFACCION CON EL METODO</u>	*Se siente satisfecha con el método actual: -Sí, no, porque.	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 29 Encuesta
		<u>CONOCIMIENTO DEL METODO</u>	*El uso de su método debe ser: -Constante, cuando se tienen encuentros sexuales, cuando tiene pareja estable.	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 52 Encuesta
		<u>ACCESO A LA CONSULTA</u>	*Su situación económica interfiere en el momento de acceder a la consulta de planificación familiar: -sí o no	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 27 Encuesta

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
			*Ha tenido que dar un aporte económico para recibir la consulta de planificación familiar: -sí o no	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 28 Encuesta
			*se le facilita acceder a la consulta de anticoncepción: -sí o no	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 37 Encuesta
			*Ha tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de planificación: -sí o no	Cualitativo	Nominal	Pregunta N. 38 Encuesta

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 ENFOQUE

La investigación es cuantitativa, porque al abordar a los hombres y mujeres de 10 a 54 años de edad, en busca de las razones por las cuales no se adhieren a los programas de anticoncepción a los que tiene derecho según el sistema de seguridad social en salud y por decisión propia y según necesidad, teniendo en cuenta la vida sexual que han decidido vivir, los cuales serán interpretados a la luz de los factores de riesgos que pueden o no incidir en una condición de salud, que al ser adaptados e interpretados para el estudio como una condición, pueden o no favorecer la adherencia a la anticoncepción, esta referencia conceptual direcciona el desarrollo de la investigación. El abordaje de la población se hizo a partir de instrumentos medibles estadísticamente y el resultado expresado a partir de cifras. Ello permite definir y concluir a partir de resultados concretos, constantes y de fácil comparación porcentual.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación de tipo descriptiva con corte transversal.

Es descriptiva porque al abordar 68.329 hombres y mujeres entre las edades de 10-54 años del municipio de Girardot, se indaga la experiencia en la anticoncepción teniendo en cuenta su vida sexual, su relación con el entorno, el sistema de salud y su condición biológica, contextualizados en los factores de riesgo según ALAN DEVER.

Es de corte transversal porque se midió en un momento la experiencia que ha tenido la persona con los programas de anticoncepción y con el uso de los anticonceptivos o en su defecto las razones por las cuales no los ha usado.

5.3 UNIVERSO

Como universo se tomó la población de 10 a 54 años del departamento de Cundinamarca, Según el departamento administrativo nacional de estadística (DANE 2005-2020)⁷⁴ la población total de habitantes es de 1.779.751 entre

⁷⁴ Estimaciones de población 1985-2005 (4) y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

hombres y mujeres en edades de 10 a 54 años pertenecientes al Departamento de Cundinamarca.

Tabla 5. Grupo sujeto de estudio con rango de edad 10-54 años en el departamento de Cundinamarca

Grupo Sujeto	Total De Hombres	Total De Mujeres
10-19 Años	245388	235868
20-29 Años	241410	234311
30-39 Años	177741	178664
40-49 Años	154357	163491
50-54 Años	72366	76155
Totales	891262	888489

Fuente: Estimaciones de población 1985-2005 (4) y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

5.4 POBLACIÓN

Como población sujeto de estudio, se tomó el dato de 68.329 entre hombres y mujeres proyectados para el municipio de Girardot según el departamento administrativo nacional de estadística (DANE para el año 2005-2020)⁷⁵.

En la tabla se detalla la población por grupo etáreo sujeto de estudio.

Tabla 6. Grupo sujeto de estudio con rango de edad 10-54 años en el municipio de Girardot

	Total De Hombres	Total De Mujeres
10-19 Años	7917	8410
20-29 Años	8758	9209
30-39 Años	6494	7244
40-49 Años	6217	7083
50-54 Años	3305	3732
Total	32691	35638

Fuente: Estimaciones de población 1985-2005 (4) y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

⁷⁵ Estimaciones de población 1985-2005 (4) y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad

Otro aspecto importante a considerar en el estudio es que el abordaje del factor de riesgo sistema de salud está representado en el municipio por 10 IPS que ofrecen a sus usuarios el programa de anticoncepción por esta razón hacen parte de la población sujeto de estudio.

5.5 MUESTRA DE LA POBLACIÓN SUJETO 2015

En este estudio la muestra sujeto para el municipio de Girardot es de 2100 hombres y 2100 mujeres para un total de 4200 personas, como se detalla en el cuadro anexo.

	Total De Hombres	Muestra	Número De Mujeres Encuestadas Por Manzana	Total De Manzanas A Evaluar	Total De Mujeres	Muestra	Número De Mujeres Encuestadas Por Manzana	Total De Manzanas A Evaluar
10-19 Años	7917	420	7	60	8410	420	7	60
20-29 Años	8758	420	7	69	9209	420	7	60
30-39 Años	6494	420	7	60	7244	420	7	60
40-49 Años	6217	420	7	60	7083	420	7	60
50-54 Años	3305	420	7	60	3732	420	7	60
Total	32691	2100	7	60	35638	2100	7	60

Fuente Estimaciones de población 1985-2005 (4) y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y el cálculo proyectado por el grupo de investigación.

De las 10 IPS existentes en el municipio hicieron parte de la investigación las que tenían el programa de anticoncepción y aceptaron libremente la visita de verificación de cumplimiento de los procesos de atención en anticoncepción según la norma establecida por el ministerio de la protección social del país, las IPS participantes se relacionan en la tabla número 4.

Tabla 7. IPS participantes en el estudio de barreras de acceso en el municipio de Girardot

UPGD	Código Habilita.	Nivel De Atenc.	Dirección.	Barrio	Teléfono	Correo Electrónico
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	253070299009	III	Carrera 5 calle 22	ALTO DE LA CRUZ	8351020	epidemiologiagirardot@gmail.com
MEDICOS ASOCIADOS NUEVA CLINICA SAN SEBASTIAN	253070012615	III	Carrera 5 Nº 20 A – 37	ALTO DE LA CRUZ	8330190-8329630 EXT.3704	comiteinfvigepincss@gmail.com
CORPORACION IPS CLINICA SALUDCOOP GIRARDOT	253070204205	II	Carrera 7 Nº 20 – 73	GRANADA	8326438-8353356	macalu09@yahoo.com
UBA COOMEVA GIRARDOT	253070020003	I	Calle 20 Nº7ª-23	GRANADA	8335315	erika_millan@coomeva.com.co
UAB GRANADA SALUD TOTAL GIRARDOT	253070035404	I	Cra 7ª n 20-21	GRANADA	888728	joanb@saludtotal.com.co
SALUD TOTAL EPS	253070035404	I	Cra 7 nº 7-20	GRANADA	8872800	enfermeraupsaludtotal.com.co
CORPORACION IPS TOLIMA	253070033202	I	Calle 20 Nº 8 – 29	GRANADA	8311530	mariaca02@hotmail.com
ESP DISTRITOGIRARDOT – SAGIR	253077104100	I	Calle 22 con 1ra	SAN ANTONIO	3123300930	henry.salazar@como-policia.gov.co

UPGD	Código Habilita.	Nivel De Atenc.	Dirección.	Barrio	Teléfono	Correo Electrónico
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO GIRARDOT	253070020803	I	CALLE 20 N° 7ª-40	GRANADA	8889593-94	centromedico.girardot@colsubsidio.com
MEDICAR SALUD LTDA	253070200201	I	Cra 7ª n 20ª-60-64	GRANADA	8887650	medicarsalud@hotmail.com
MEDIKA IPS	253070037703	I	CALLE 21 N° 7-42	GRANADA	8350100	medikaips.girardot@gmail.com

Fuente: Dirección de salud pública Secretaria de Salud de Girardot-Erika Dusan 2016

5.6 MUESTREO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado una metodología para realizar una estimación de las coberturas de la población. Esta metodología está basada en técnicas de muestreo por conglomerados en las cuales se seleccionan 30 manzanas o conglomerados, es decir grupos de población que comparten ciertas características y dentro de cada uno de los 30 se seleccionan 7 personas de la población objeto en las edades requeridas.

“Para determinar el número de personas a encuestar se asume el mayor tamaño de muestra posible, que se obtiene con una prevalencia (cobertura) de 0,50, es decir que el tamaño de la muestra sería de 94 individuos (con un error esperado de 10%).

Dado que se utiliza un muestreo que puede aumentar el error, se amplifica 2 veces la muestra a 188 individuos, más una posible pérdida de 10%, el total sería de 207. Se asume que se requeriría de 30 grupos para aproximarse a una distribución normal, esto significaría siete (7) mujeres o hombres en cada uno de los treinta (30) grupos, es decir 30 x 7, para un tamaño estándar de la muestra de 210”⁷⁶.

“Tamaño de la muestra para municipios con población objeto de la evaluación mayor a 2.000: 30 manzanas o conglomerados por 7 personas de la población objeto en las edades requeridas”⁷⁷

La muestra se estableció de acuerdo al tamaño de la población sujeto de la evaluación de acuerdo a lo proyectado por el DANE para el 2015, así:

❖ Mujeres y hombres de 10-19 años, Mujeres y hombres de 20-29 años, mujeres y hombres de 30-39 años, Mujeres y hombres de 40-49 años, Mujeres y hombres de 50-54 años: encuesta 30 X 7 según se detalla en la tabla 2. Para tener la muestra de la población se tuvo en cuenta lo siguiente:

a) La muestra se subdivide en 5 grupos de edad (De 10 a 19 años, de 20 a 29 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 54 años), para asegurar la homogeneidad de los datos. Es decir que a cada grupo de edad le corresponde un 20% de la muestra.

b) La muestra de cada grupo de población debe estar distribuida en todo el municipio.

⁷⁶ Lineamientos de evaluación de coberturas, oportunidad y esquema completo de vacunación 2011, Ministerio de protección social, República de Colombia. Pág. 8

⁷⁷ Ibid, pág. 8

Tabla 8. Número de encuestas de 30 manzanas o conglomerados por 7 personas de la población sujeto en edades requeridas según rango poblacional

Rango de población	Número de encuestas a realizar (30 manzanas o conglomerados por 7 sujetos)	Número de sujetos a encuestar por manzanas	Total de manzanas	Total de sujetos a evaluar
De 2000 a 9999	2	7	60	420
De 10000-19999	3	7	90	630
De 20000-29999	4	7	120	840
De 30000-39999	5	7	150	1050
De 40000-49999	6	7	180	1260
De 50000-59999	7	7	210	1470
De 60000-69999	8	7	240	1680
De 70000-79999	9	7	270	1890
De 80000-89999	10	7	300	2100
De 90000-99999	11	7	330	2310
De 100000-109999	12	7	360	2520
De 110000-119999	13	7	390	2730
De 130000-139999	15	7	450	3150
De 140000-149999	16	7	480	3360
De 180000-189999	20	7	600	4200
De 280000-289999	30	7	900	6300
De 410000-419999	43	7	1290	9030
De 470000-479999	49	7	1470	10290

Fuente: Cálculos realizados con las proyecciones de población DANE 2005 – 2020

6. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.1 MÉTODO

Como método de recolección de la información en coherencia con el tipo de investigación se utilizó el cuantitativo el cual permitía la cuantificación de los eventos que caracteriza la presencia de los riesgos que incide en la adherencia o no a los programas de anticoncepción; así mismo se visitan las IPS para evaluar el programa de anticoncepción a través de una lista de chequeo y cuantificar el cumplimiento de los requisitos.

6.2 TÉCNICA

❖ **Encuesta:** dirigidas a hombres y mujeres de 10 a 54 años susceptibles de ser usuarios de los métodos anticonceptivos, a las enfermeras que orientan el programa de anticoncepción y al usuario para conocer la percepción frente al servicio del programa.

❖ **Encuesta para la evaluación de la percepción** de los usuarios en la atención del programa de anticoncepción de las Instituciones prestadoras del servicio (IPS), del municipio de Girardot Cundinamarca.

❖ **Visita de campo** a las Instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS), del municipio de Girardot Cundinamarca que ofrecen los programas de anticoncepción.

6.3 INSTRUMENTOS

La unidad amigable de la universidad Cundinamarca y su grupo de investigación “PLACER” llevaron a cabo la elaboración de una encuesta conformada de 115 preguntas de las cuales 60 preguntas van dirigidas a las mujeres (ver anexo 2) y 55 preguntas dirigidas a los hombres (ver anexo 1) en los rangos de edad de 10-54 años residentes del municipio de Girardot Cundinamarca, con el fin de indagar y evaluar la adherencia a los métodos anticonceptivos de dicha población.

Este instrumento se sometió a una prueba piloto con las siguientes características:

❖ Se aplicó a un grupo poblacional de iguales características a los sujeto de estudio y fuera del contexto de Girardot.

❖ Se tomó aleatoriamente una muestra de 30 hombres y 30 mujeres por cada edad para un total de 300 encuestas aplicadas a igual número de sujetos.

❖ Se tabulo la información recolectada verificando cumplimiento del objetivo, es decir que la información obtenida le permitiera a los investigadores obtener la información necesaria.

❖ Que la encuesta fuera clara y concisa y de fácil entendimiento para los sujetos de estudio.

❖ El tiempo que dura la aplicación de la encuesta.

Para la prueba piloto se realizaron 30 encuesta 15 para hombres y 15 para mujeres en el rango de edad de 10 a 54 años que hayan iniciado vida sexual y uso de anticonceptivos, para un total de 150 sujetos participantes de la prueba piloto.

Los municipios seleccionados para la prueba piloto fueron: Guamo, Espinal, Granada, Fusagasugá, Tocaima, Ricaurte, Flandes, Chaparral, Bogotá e Ibagué. Esta recolección se realizó en la cuarta semana del mes de octubre del año 2015.

Al evaluar la experiencia se encontró:

❖ Con relación al objetivo de la encuesta, este se cumple al recolectar la información solicitada. Sin embargo dada la diferencia por sexo en la experiencia de la anticoncepción y la disponibilidad tanto para el hombre como para la mujer de los diferentes métodos anticonceptivos se hace necesario diseñar un instrumento para hombres y otro para mujeres.

❖ Con relación al tiempo se requería de 20 minutos por persona, se consideró que es mucho tiempo para la cantidad de muestra, sin embargo al considerar que la información solicitada es necesaria para la investigación, puede ser un tiempo asequible para las personas a encuestar, además los encuestadores investigadores dirigirán la encuesta y son quienes tienen la preparación y formación para realizarla. Se espera que dada la habilidad para la aplicación de la encuesta se inviertan entre 10 y 15 minutos persona por encuesta.

Como último criterio se tuvo la claridad y entendimiento de las preguntas, frente a estos dos criterios se concluyó que era necesario hacer ajustes a las preguntas que se relacionan a continuación así:

6.4 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- ❖ Se agregó al formato dirección y barrio de residencia, en las encuestas para hombre y mujer
- ❖ En pregunta de ocupación al formato de mujeres se añadió la opción de ama de casa, pensionada y trabajadora sexual
- ❖ Al formato de hombres se añadió la opción pensionado y trabajador sexual
- ❖ Se añadió estrato socioeconómico con opción abierta

6.5 FACTOR DE RIESGO BIOLÓGICO

- ❖ ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? se reemplazó por menarquia y se dejó opción abierta
- ❖ ¿A qué edad inicio su vida sexual? se reemplazó por sexarquia en opción abierta
- ❖ ¿Cuántos hijos tiene? Se dejó en opción abierta
- ❖ En el formato de mujeres se añadió la opción telarquia con opción de respuesta abierta
- ❖ Se añadió quien lo ha orientado en el cuidado sexual con respuestas opcionales:

Familiar

Amigo

Consulta de anticoncepción

Vecino

Médico

Enfermera

Televisión

Internet

Folletos

Videos

❖ Se añadió conoce sus derechos sexuales y reproductivos como opcional el SI-NO

❖ Para el formato de mujeres se añadió la pregunta ¿con que método inicio la anticoncepción? Opción de respuesta abierta

❖ Para el formato de hombres se añadió la pregunta ¿con que método inicio la anticoncepción? Con opción de respuesta :

Barrera
Definitivo

❖ Formato de hombre se añadió que método usa actualmente, se dejó como opción múltiple respuesta

❖ La pregunta ¿antecedentes farmacológicos? Solo se dejó establecido para el formato de mujeres

❖ Las pregunta ¿está amantando un bebe de menos de 6 meses? y ¿Qué método anticonceptivo usa?, se retiraron del formato

6.6 FACTORES DETERMINANTES DEL REGIMEN DE LA SALUD

❖ En la pregunta ¿ha presentado alguna infección de transmisión sexual? Solo se dejó establecida para el formato de hombres

❖ A la pregunta ¿Porque ha suspendido el uso de anticonceptivos? Se le agrego, la opción de respuesta H se remplazó por: Insatisfacción con el método en el formato de mujeres.

❖ Se agregó la pregunta ¿ha suspendido el uso del método? Y como opción de respuesta el SI-NO posteriormente la pregunta ¿Por qué ha suspendido el uso de anticonceptivos? con opción de respuesta múltiple

❖ En la pregunta 41 ¿se le facilita acceder a la consulta de planificación familiar? Se añadió opciones de respuesta Si y No

❖ Se agregó la pregunta ¿Qué inconvenientes ha tenido con su EPS al momento de solicitar la consulta de planificación familiar?

❖ En la pregunta ¿Si adquirió el método por fuera del sistema de salud (particular) lo hizo por? En ambos formatos con opción de múltiple respuesta

❖ Se agregó la pregunta ¿Cómo adquirió su método? al formato de mujeres
Con opción de respuesta

Por sus propios medios
Por la EPS

❖ En la pregunta ¿la inversión para adquirir el método anticonceptivo es?
La cual daba como opciones de respuesta

Mensual
Trimestral

Cada tres años

Cada cinco años

Para el formato de hombres se le añadió la opción cada 8 días

❖ La pregunta ¿considera que la IPS está cumpliendo en la atención a los usuarios? Se estableció solo para el formato de hombres

❖ La pregunta ¿qué actividades realiza en su tiempo libre? Se estableció solo en el formato de los hombres

❖ La pregunta ¿tuvo en cuenta su peso para la elección del método anticonceptivo? se retiró del formato tanto de hombres como de mujeres

❖ La pregunta ¿Qué medidas toma cuando olvida tomarse o inyectarse su método anticonceptivo? Se optó por establecerla solo en el formato de mujeres

❖ La pregunta ¿consume usted tabaco, alcohol y otras sustancias? Se estableció solo para el formato de hombres

❖ La pregunta ¿Qué efectos adversos le produce su método anticonceptivo? Solo se estableció para el formato de mujeres

❖ La pregunta con múltiples opciones de respuesta ¿cuál de estas prácticas ha usado para prevenir el embarazo? Se estableció solo para el formato de mujeres

❖ La pregunta ¿Cuál de estas acciones realiza para mantener su salud sexual? Se estableció para el formato de hombres

❖ La pregunta ¿es usted trabajadora sexual? Se optó por retirarla de los formatos pero se agregó como opción a la pregunta de ocupación

❖ La pregunta ¿de quién ha aprendido sobre el cuidado de la salud? e optó por retirarla de los formatos

❖ La pregunta considera importante la planificación familiar porque. Se optó por establecerla en el formato de hombres al igual que la pregunta ¿cree usted que Girardot es una zona de prevalencia de riesgo sexual porque se evidencia?; ¿Cómo califica la atención brindada por su EPS?; ¿Cómo eligió su método anticonceptivo?

❖ La pregunta ¿su pareja la apoya en el uso de su método anticonceptivo? Estableció solo para el formato de mujeres

Se concluyó y estableció como mejor opción el optar por dos formatos uno dirigido a los hombres con 55 preguntas y el formato para mujeres con 60 preguntas dirigidas a la población residente del municipio de Girardot – Cundinamarca en el rango de edad 10 a 54 años.

De esta prueba piloto se generó una encuesta de 55 preguntas para los hombres (ver anexo 1) y 59 preguntas para las mujeres (ver anexo 2), este instrumento se sometió a una prueba con los siguientes expertos:

Enfermera Yenifer Tatiana Cardozo Gamboa, Epidemióloga con más de 10 años de experiencia de trabajo en el área materno infantil y 5 años como epidemióloga en el área Hospitalaria.

Observaciones dadas al instrumento:

❖ Enumerar las hojas

❖ Eliminar la clasificación de factores de riesgo

❖ Agregar las siguientes preguntas:

▪ Conoce sus derechos sexuales y reproductivos

▪ Que método anticonceptivo usa actualmente: considerar la abstinencia (pregunta 14)

▪ La inversión para adquirir el método anticonceptivo es: considerar cada 8 días. (Pregunta 33)

- Para asistir a la consulta de anticoncepción: considerar el tiempo de desplazamiento.

- *Quien le ha orientado el cuidado sexual

Medico Germán Cardona, Especialista en docencia universitaria, Especialización en adicciones y Magister en drogadicción con más de 26 años como médico en el instituto de seguro social.

Observaciones dadas al instrumento:

- ❖ Cambiar encabezado del instrumento (instrumento para hombre y instrumento para mujer).

- ❖ Eliminar la introducción

- ❖ Eliminar la pregunta de género (pregunta1)

- ❖ Agregar las siguientes preguntas

- *Telarquia al formato de mujeres

- *El método anticonceptivo lo ha cambiado por, la opción de recomendación del profesional de salud (pregunta 24)

- *En la pregunta 40 agregar la opción de otro/cual

Medico Fernando Pedroza, Ginecóbstetra, Clínica San Sebastián de Girardot
Observaciones dadas al instrumento:

140

- ❖ Corregir la numeración correspondiente a la pregunta Número 25

- ❖ Integrar las preguntas con relación a los eventos ginecobstetricos en una sola. Con relación a esta pregunta la investigadora principal considero que no se debía modificar por qué no todas las mujeres presentan el mismo antecedente.

Una vez revisados los instrumentos y ajustadas las observaciones quedo la encuesta así:

6.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.7.1 Encuesta para hombres y mujeres. El instrumento para hombres lleva el título de barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en hombres de 10 a 54 años en el municipio de Girardot, con el objetivo de evaluar la adherencia a los métodos anticonceptivos en la población sujeto, que contempla 39 preguntas de selección múltiple y 16 preguntas de única respuesta de las cuales 6 con justificación (Ver anexo 1).

El instrumento para mujeres lleva el título de barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres de 10 a 54 años en el municipio de Girardot, con el objetivo de evaluar la adherencia a los métodos anticonceptivos en la población sujeto, que contempla **35** preguntas de selección múltiple y **25** preguntas de única respuesta de las cuales **7** con justificación (Ver anexo 2).

Lista de chequeo para evaluar el cumplimiento de la guía por parte de las IPS, al brindar la atención en planificación familiar para hombres, mujeres y parejas en edad fértil, esta lista de chequeo se organizó en tres aspectos que son: (Ver anexo 3)

❖ Evaluación guía de atención en planificación familiar para hombres y mujeres (administrativa), la cual contiene 9 parámetros a evaluar.

❖ Consulta de planificación familiar-primera vez (asistencial), la cual contiene 11 parámetros a evaluar.

❖ Consulta de planificación familiar-control (asistencial), la cual contiene 9 parámetros a evaluar.

❖ Observaciones

❖ Recomendaciones

❖ Firma auditor

❖ Firma visitado

Lista de chequeo para evaluar la percepción del usuario durante la consulta de anticoncepción, se abordó la percepción que tienen los usuarios frente a la atención recibida durante de la consulta de anticoncepción, este instrumento contiene los aspectos básicos de la atención: (Ver anexo 4)

- ❖ El profesional dio a conocer el objetivo de la consulta
- ❖ El profesional explico los métodos anticonceptivos
- ❖ El profesional maneja un lenguaje sencillo
- ❖ El profesional logro empatía con los usuarios
- ❖ Hay confidencialidad de la información
- ❖ Durante la consulta existe un trato cortés
- ❖ Se siente seguro con la información brindada
- ❖ El profesional respeta sus decisiones

Encuesta a profesionales de la salud-programa de anticoncepción, este instrumento se elaboró con el objetivo de evaluar la oportunidad y necesidades de capacitación y actualización en anticoncepción en los profesionales de enfermería que laboran en las diferentes IPS del municipio, este instrumento contempla las siguientes preguntas: (Ver anexo 5)

- ❖ ¿Cada cuánto se capacita en anticoncepción?
- ❖ ¿Qué capacitación recibió últimamente?
- ❖ ¿En qué temas le gustaría recibir capacitación?
- ❖ ¿Conocía estas características para Información y Servicios de Anticonceptivos?
- ❖ ¿Considera que estos se aplican si/no porque?
- ❖ ¿Existe el programa de información y servicios anticonceptivos en su institución?
- ❖ Describa el programa de anticoncepción y resalte 3 fortalezas
- ❖ Identifique 3 debilidades (del programa) y 3 riesgos (externos al programa) de los programas en Información y Servicios de Anticonceptivos en su institución

Conocimiento de Buenas prácticas para información y servicios de anticoncepción, esta lista de chequeo permitió evaluar el conocimiento que tiene el personal de enfermería de las buenas prácticas para la información y servicios en los programas de anticoncepción para hombres, mujeres y parejas en edad fértil, que realizan las IPS del municipio, este instrumento se organizó en nueve aspectos que son: (Ver anexo 6)

- ❖ No discriminación cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción

- ❖ Disponibilidad de información y servicios de anticoncepción
- ❖ Accesibilidad de la información y los servicios de anticoncepción
- ❖ Aceptabilidad de la información y los servicios de anticoncepción
- ❖ Calidad de la información y los servicios de anticoncepción
- ❖ Adopción de decisiones informadas
- ❖ Intimidad y confidencialidad
- ❖ Participación
- ❖ Rendición de cuentas

7. ASPECTOS ETICOS LEGALES DE LA INVESTIGACION

Se revisaron los aspectos legales para el manejo ético de la investigación en Salud y en Enfermería, teniendo en cuenta que se aborda una temática que implicaba los procesos de atención brindada por el personal de salud en las diferentes IPS del municipio en el programa de anticoncepción, lo cual influye de alguna manera en la condición de vida de las familias girardoteñas al impactar en el número de hijos que tiene una familia, bien sean planeados o no planeados.

Esta indagación no implicó procesos particulares de identificación, ni personas responsables de la atención, solo se abordan las condiciones de salud sexual y de atención en los programas de anticoncepción y las características sociodemográficas de la población sujeto de estudio, por lo tanto se relacionan los siguientes referentes:

La Resolución 8430, Del 4 Octubre De 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Del Título II, De la Investigación en los Seres Humanos, en el Capítulo I, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, en los artículos 5 y 8, se establece que en toda investigación en la que el Ser humano sea sujeto de estudio debe prevalecer el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos en procura de su bienestar; además se vela por preservar el carácter confidencial y la privacidad de la información dada por el individuo sujeto a investigación”.

Art. 11: “Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: Literal a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”⁷⁸.

De acuerdo a lo anterior y para efecto de este trabajo de investigación, se trabajó con la población girardoteña que se encuentran edad fértil, por lo que se considera que está enmarcado el mínimo riesgo para el Ser humano y se preservara la reserva de la información sin identificar los sujetos de estudio.

Así mismo en este se relaciona la Ley 911. Código ontológico para el profesional de Enfermería 2004. “Por la cual se dictan disposiciones en

⁷⁸MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 8430 DE 1993. Bogotá. [En línea]. 4 DE OCTUBRE DE 1993. [Consultado 15 marzo 2013]. Disponible en < http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf>

materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; que establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones, como es el Capítulo IV, de la Responsabilidad del Profesional de Enfermería en la Investigación y la docencia.

Art 29. En los procesos de investigación en que el profesional de Enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley Colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de Enfermería Nacionales e Internacionales.

Art 31. El Profesional de Enfermería, en el ejercicio de la docencia, para preservar la ética en el cuidado de Enfermería que brindan los estudiantes en las prácticas de aprendizaje, tomará las medidas necesarias para evitar riesgos y errores que por falta de pericia ellos puedan cometer.

Art 32. El Profesional de Enfermería, en desarrollo de la actividad académica, contribuirá a la formación integral del estudiante como persona, como ciudadano responsable y como futuro profesional idóneo, estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente para fundamentar la toma de decisiones a la luz de la ciencia, de la ética y de la ley en todas las actividades de responsabilidad profesional.

Art 33. El Profesional de Enfermería, en el desempeño de la docencia, deberá respetar la dignidad del estudiante y su derecho a recibir enseñanza acorde con la premisa del proceso educativo y nivel académico correspondiente, basado en conocimientos actualizados, estudios e investigaciones relacionados con el avance científico y tecnológico.

Art 34. El profesional de Enfermería respetara la propiedad intelectual de los estudiantes, colegas y otros profesionales que comparten su función de investigación y docencia”⁷⁹.

Mediante el cumplimiento de la normatividad establecida, el grupo de investigación deja en claro que en la información obtenida de cada sujeto de estudio, siempre prevalecerá la privacidad y dignidad de los datos personales que se manejaron, aspectos aclarados en el consentimiento informado (ver

⁷⁹MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. LEY 911 DE 2004. Bogotá. [En línea]. Octubre 5 2004. (Diario Oficial No. 45.693). [Consultado 15 marzo 2013]. Disponible en <http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf>

anexo 7) que leyó y firmo cada sujeto. Para los menores de 14 años se utilizó el asentimiento informado. (Ver anexos 8)

Durante el proceso de recolección de la información en el presente estudio no se incluye el nombre de persona, ni del personal que participo en la atención que ha recibido en sus IPS, guardando así el principio de confidencialidad, las personas participantes fueron tomados aleatoriamente del total de barrios existentes en el municipio de Girardot, los autores expresan la ausencia de conflicto de intereses e incompatibilidad ética que pueda afectar el desarrollo y resultados de la presente investigación.

Los resultados permiten retroalimentar los procesos de atención en el primer nivel, en el programa de anticoncepción, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Ministerio de la Protección Social, y la Secretaria de Salud de Cundinamarca.

7.1 PROCESO DE RECOLECCION DE INFORMACION

La información se recogió durante los meses de Noviembre y diciembre del año 2015, realizando inicialmente la selección aleatoria de los 60 sectores proyectados en el muestreo, una vez en el trabajo de campo no fue posible que por sector seleccionado se ubicara la muestra proyectada razón por la cual fue necesario finalizar con un barrido por las cuadras aledañas al sector seleccionado.

El barrido género un incremento en el número de barrios participantes en el muestreo, de 60 se pasó a 65 barrios del municipio Girardot. Aplicando las 2100 encuestas a hombres y 2100 a mujeres entre las edades de 10-54 años, rango de edad considerada en el estudio como el periodo procreativo del ser humano.

8. TABULACIÓN Y ANALISIS DE LA INFORMACION

La tabulación de la información recolectada en las encuestas de la población de 10-54 años, para evaluar la adherencia a los métodos de anticoncepción en mujeres y hombres del Municipio de Girardot, estos datos se ingresaron al programa Epi Info, donde a cada pregunta se le halló la frecuencia, porcentaje y media, y el gráfico estadístico correspondiente. Es de resaltar que los datos relevantes a la adherencia o a convertirse en una barrera de acceso se cruzaban con el dato que potenciara y/o validara su existencia e injerencia.

La información obtenida durante la visita a las 14 IPS que se lograron evaluar se tabuló haciendo una descripción de los hallazgos, teniendo en cuenta los puntos jerarquizados en los instrumentos.

8.1 INTERPRETACION DE DATOS

Los datos una vez sistematizados en el programa Epi info 7, se pasó a tabular teniendo en cuenta las variables, estas variables agrupadas permite presentar una caracterización de los resultados como se describe a continuación junto a los resultados de la evaluación de las 14 IPS evaluadas:

❖ Resultados de la evaluación del programa de planificación familiar a las 14 IPS visitadas.

Al realizar el análisis de los resultados arrojados en la evaluación a los programas de anticoncepción de 14 IPS visitadas de las 16 existentes en el municipio de Girardot:

El total de las IPS evaluadas 14 cuentan con lineamientos para el manejo del programa de planificación familiar, remiten al especialista según criterio de salud del hombre, mujer y pareja en edad fértil; da información al usuario sobre métodos anticonceptivos disponibles, su mecanismo de acción, ventajas y desventajas , signos de alarma por los que debe consultar y consecuencias del uso de los mismos, informan sobre enfermedades de transmisión sexual(ETS) , su prevención y método de doble protección, resuelven dudas de los usuarios de su programa, además cumplen con el proceso de atención como anamnesis ,examen físico, apoyo en la elección del método, provisión del mismo , realiza consentimiento informado cuando el método de elección es quirúrgico y explica al usuario la importancia de asistir a los controles y registran la información pertinente y de manera adecuada en la historia clínica; así mismo cuentan con asistencia del 100% de mujeres, hombre o parejas citadas a la consulta de primera vez.

Sin embargo al verificar el cumplimiento de los anteriores ítems 2 de las 14 IPS evaluadas, se encuentra por debajo del 70% en cumplimiento dado que no

cuentan con estrategias adecuadas para la adherencia al programa ni evaluación de las mismas, no se diligencian los registros en la historia clínica en el momento de la atención y no se gestiona y coordina con el equipo interdisciplinario el desarrollo de programas de educación dirigidos al hombre, mujer y pareja en edad fértil.

Otras 6 están ubicadas en un rango de cumplimiento entre el 70% y 90% viéndose afectado este, por el no manejo de una historia clínica individual, no diligenciamiento de planillas de asistencia, no cuentan con estrategias adecuadas para la adherencia al programa ni evaluación de las mismas.

Al analizar los resultados arrojados luego de la aplicación del instrumento “Encuesta a profesionales de la salud del programa de anticoncepción”, es importante clarificar que no se obtuvieron los resultados de la misma en la Corporación IPS Tolima, y Colsubsidio. Como resultado de la aplicación en el restante de IPSs, se obtiene que en promedio la capacitación al personal en anticoncepción se realiza cada año, los temas que se actualizan con mayor frecuencia son toma de pruebas para VIH y criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos; los temas en que los profesionales desean ser capacitados son: refuerzo en retiro de implante subdérmico y derechos sexuales y reproductivos, métodos de planificación familiar y criterios de elegibilidad de los mismos.

De los 10 profesionales a quienes se les aplico el instrumento anteriormente mencionado, solo dos (2) responden que conocen plenamente las características de los Servicios de Planificación Familiar, así mismo tres (3) de los profesionales consideran que en sus IPS se aplican todos los criterios objeto de evaluación y los demás consideran que se aplican parcialmente, todos corroboran que el programa existe en las IPS donde laboran, describen como las principales fortalezas del programa en la accesibilidad sin barreras, demanda inducida y búsqueda activa. Se describen a su vez como principales debilidades del programa en sus IPS, la falta de acompañamiento y adherencia al programa, la no entrega oportuna del método y que en algunas instituciones no se cuenta con métodos como el DIU e implante subdérmico; como sugerencias para mejorar el programa proponen la capacitación al personal, garantizar que la farmacia entregue oportunamente el método, realizar mayor seguimiento y procurar la asistencia a la consulta en pareja.

En cuanto a los criterios valorados en el instrumento “Buenas prácticas para información y servicios de anticoncepción” se evidencia que los profesionales de MEDIKA IPS tienen mayor desconocimiento, habiendo contestado que desconocen 11 de los 24 criterios evaluados del mismo. Los criterios más desconocidos son el ubicado en el lugar 4.1. Se recomienda llevar a cabo intervenciones de asesoramiento y educación en planificación familiar y anticonceptivos que tengan en cuenta el enfoque de género; Se basen en información precisa, incluyan el desarrollo de capacidades y el 9.1, Se

recomienda establecer mecanismos efectivos y accesibles con respecto a la información y los servicios de anticoncepción proporcionados, que abarquen actividades de vigilancia y evaluación, y medios de reparación y recursos.

En cuanto a la percepción del usuario durante la consulta de anticoncepción fueron evaluadas solo el 50% de las IPS sujetos de la evaluación y en su totalidad el concepto del usuario frente al profesional que le atiende en la consulta de anticoncepción fue del 100% de cumplimiento, se indagaron aspectos como la presentación personal del profesional , el lenguaje utilizado , la educación brindada, la confianza que genera al usuario, la discreción en el manejo de la información y el respeto a la decisión del hombre , mujer o pareja en edad fértil.

A modo de conclusión pudiera decirse que a fin de mejorar el adecuado desarrollo y cumplimiento del programa de anticoncepción en las diferentes instituciones del municipio de Girardot, se debe fortalecer el proceso de capacitación al personal de salud en todos los temas concernientes a marco normativo para el programa, actualización en anticoncepción y métodos anticonceptivos, actualización en ITS , Incentivar a los responsables en cada una de las instituciones a crear, evaluar y fortalecer estrategias de adherencia al programa, realizar mayor seguimiento por parte del ente territorial al cumplimiento de los criterios establecidos para el buen funcionamiento del programa en mención.

❖ Caracterización sociodemográfica de la población de 10 a 54 años hombres y mujeres.

Para el estudio se definió como caracterización sociodemografica los siguientes aspectos: dirección, barrio, estrato, estado civil, grado de escolaridad, ocupación, edad, número de hijos, seguridad social.

❖ Barreras de acceso a la anticoncepción, interpretadas según la clasificación de los factores de riesgo de Alan Dever.

Biológicos.

Estilo de vida.

Medio ambiente

Servicios de salud.

❖ Adherencia a la anticoncepción:

Tiempo de permanencia con el método

Motivos de permanencia.

Satisfacción con el método.

Conocimiento del método

Acceso al método.

Acompañamiento.

9. RESULTADOS

9.1 RESULTADOS MUJERES

9.1.1 Caracterización Sociodemográfica.

Figura 4. Distribución de la población sujeto de estudio por comunas

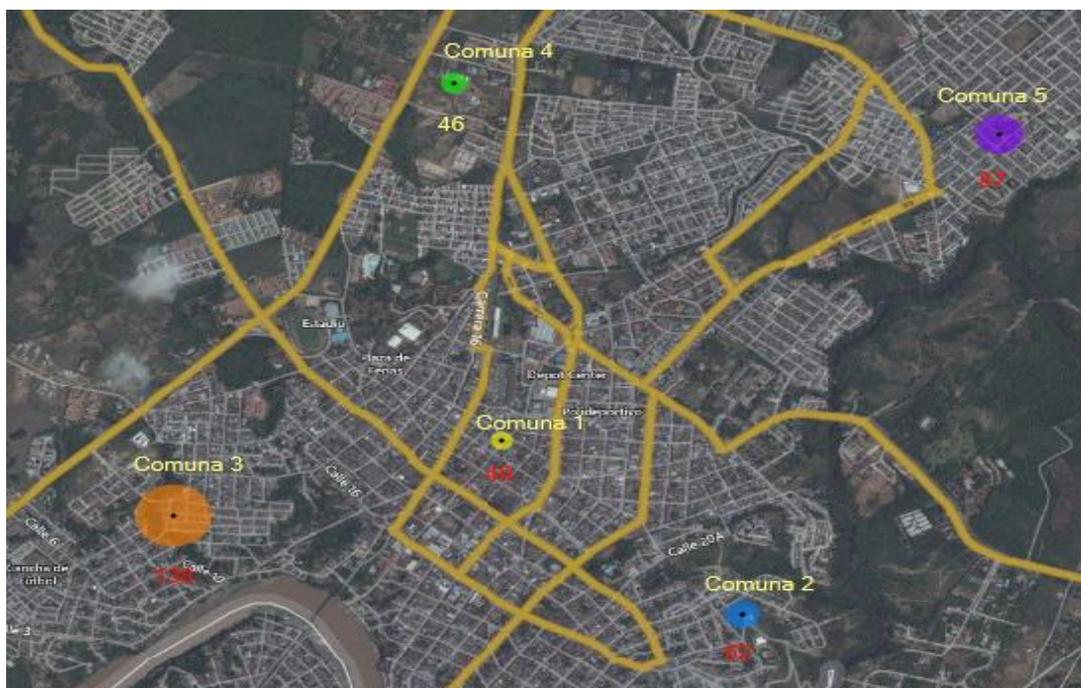
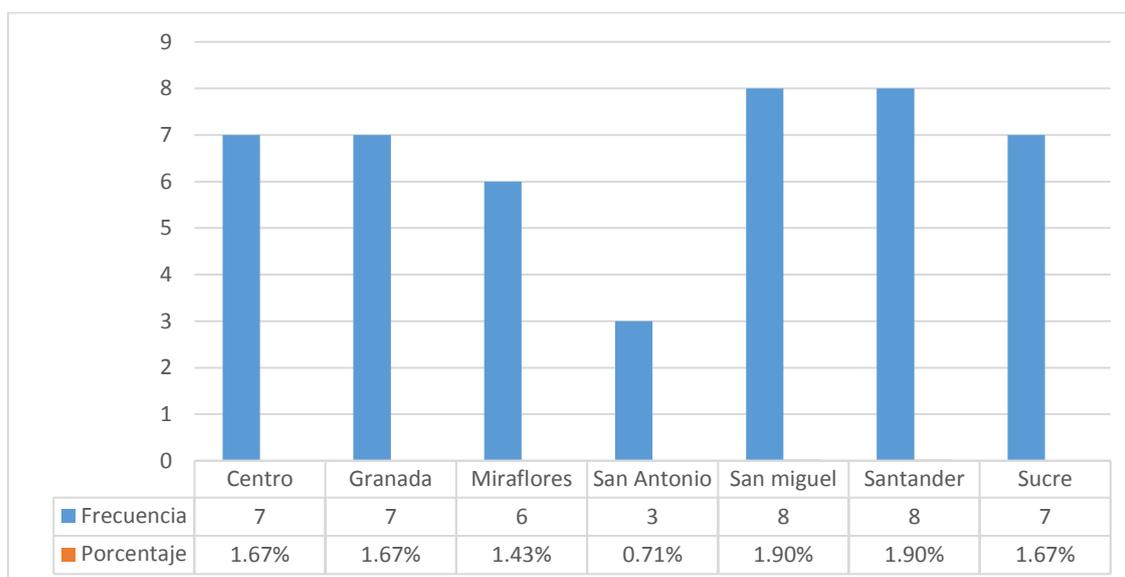


Tabla 9. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 1 del municipio de Girardot

Barrios	Frecuencia	Porcentaje
Centro	7	1,67%
Granada	7	1,67%
Miraflores	6	1,43%
San Antonio	3	0,71%
San miguel	8	1,90%
Santander	8	1,90%
Sucre	7	1,67%
TOTAL	46	10,95%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 1. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 1 del municipio de Girardot



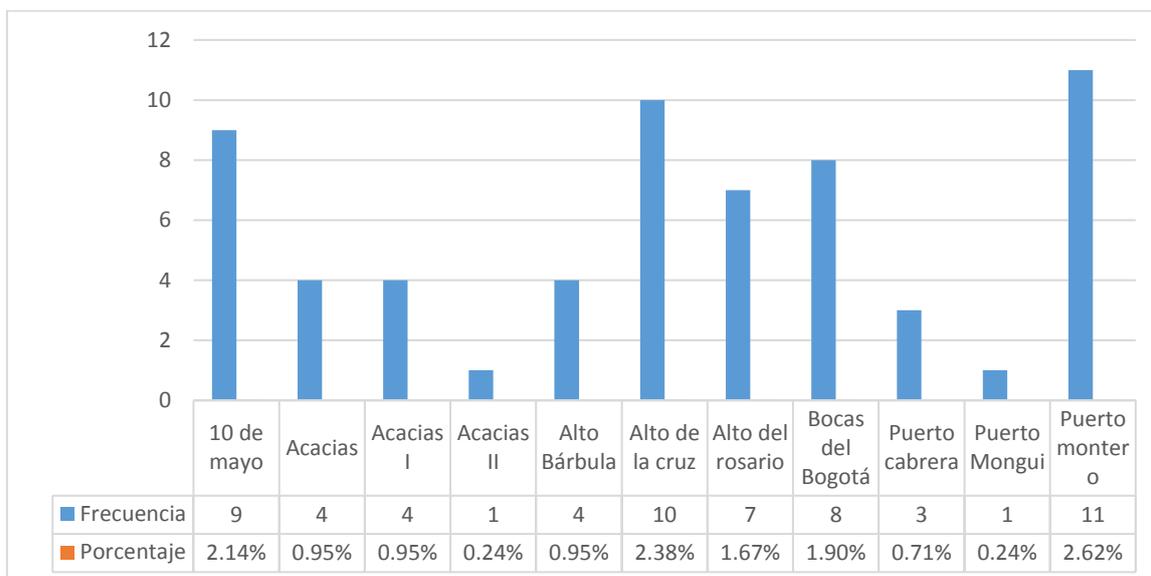
Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Tabla 10. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 2 del municipio de Girardot

Barrios	Frecuencia	Porcentaje
10 de mayo	9	2,14%
Acacias	4	0,95%
Acacias I	4	0,95%
Acacias II	1	0,24%
Alto Bárbula	4	0,95%
Alto de la cruz	10	2,38%
Alto del rosario	7	1,67%
Bocas del Bogotá	8	1,90%
Puerto cabrera	3	0,71%
Puerto Mongui	1	0,24%
Puerto montero	11	2,62%
TOTAL	62	14,75%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 2: Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 2 del municipio de Girardot



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

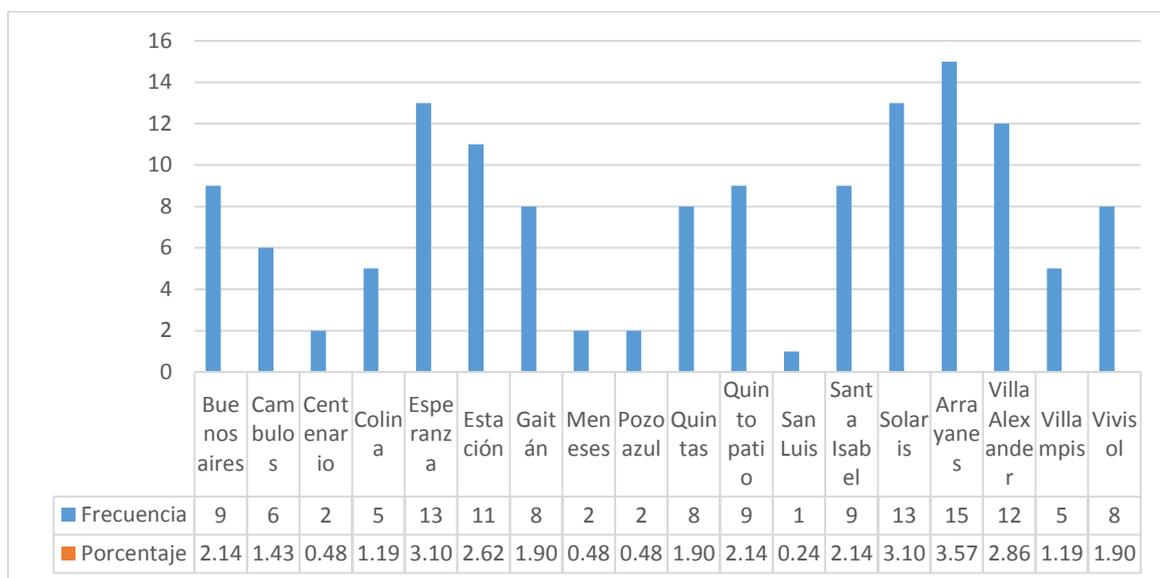
Tabla 11. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 3 del municipio de Girardot

Barrios	Frecuencia	Porcentaje
Buenos aires	9	2,14%
Cambulos	6	1,43%
Centenario	2	0,48%
Colina	5	1,19%
Esperanza	13	3,10%
Estación	11	2,62%
Gaitán	8	1,90%
Meneses	2	0,48%
Pozo azul	2	0,48%
Quintas	8	1,90%
Quinto patio	9	2,14%
San Luis	1	0,24%
Santa Isabel	9	2,14%
Solaris	13	3,10%

Arrayanes	15	3,57%
Villa Alexander	12	2,86%
Villampis	5	1,19%
Vivisol	8	1,90%
TOTAL	138	32,86%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 3. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 3 del municipio de Girardot



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

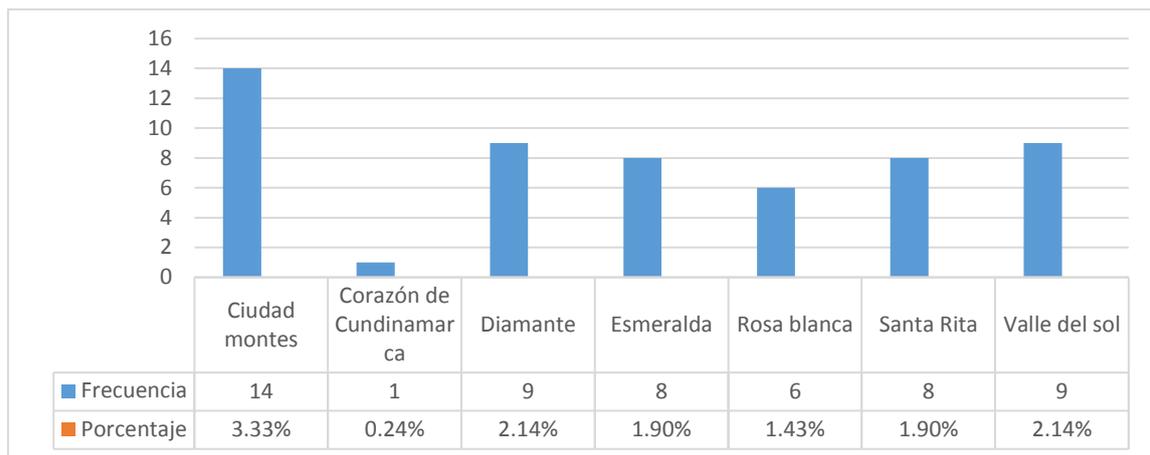
Tabla 12. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 4 del municipio de Girardot

Barrios	Frecuencia	Porcentaje
Ciudad montes	14	3,33%
Corazón de Cundinamarca	1	0,24%
Diamante	9	2,14%
Esmeralda	8	1,90%
Rosa blanca	6	1,43%
Santa Rita	8	1,90%

Valle del sol	9	2,14%
TOTAL	55	13,08%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 4. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 4 del municipio de Girardot



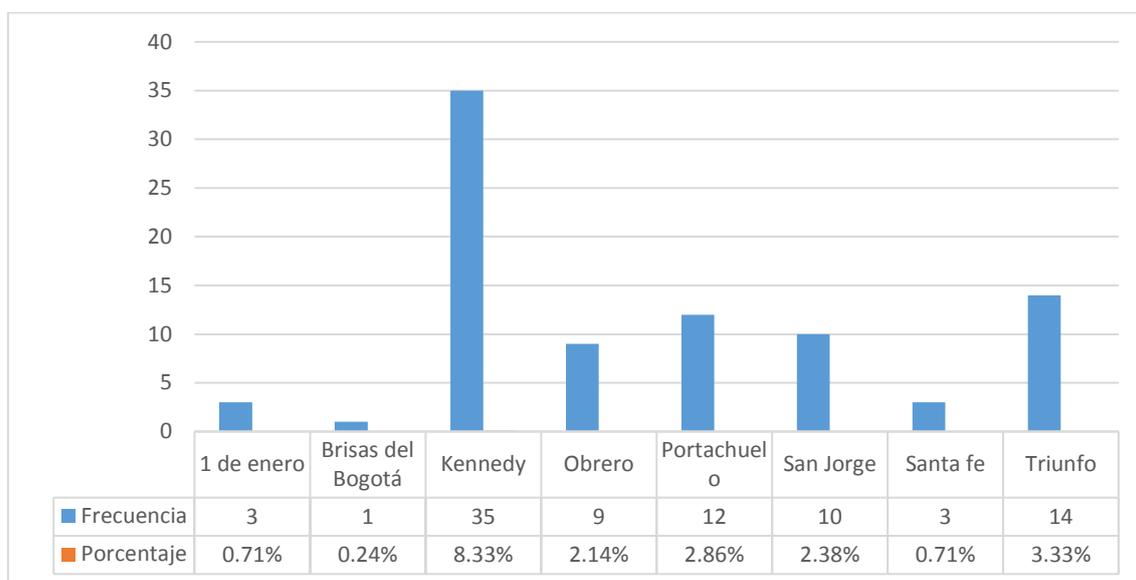
Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Tabla 13. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 5 del municipio de Girardot

Barrios	Frecuencia	Porcentaje
1 de enero	3	0,71%
Brisas del Bogotá	1	0,24%
Kennedy	35	8,33%
Obrero	9	2,14%
Portachuelo	12	2,86%
San Jorge	10	2,38%
Santa fe	3	0,71%
Triunfo	14	3,33%
TOTAL	87	20,70%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 5. Distribución de la población sujeto de estudio en la comuna 5 del municipio de Girardot



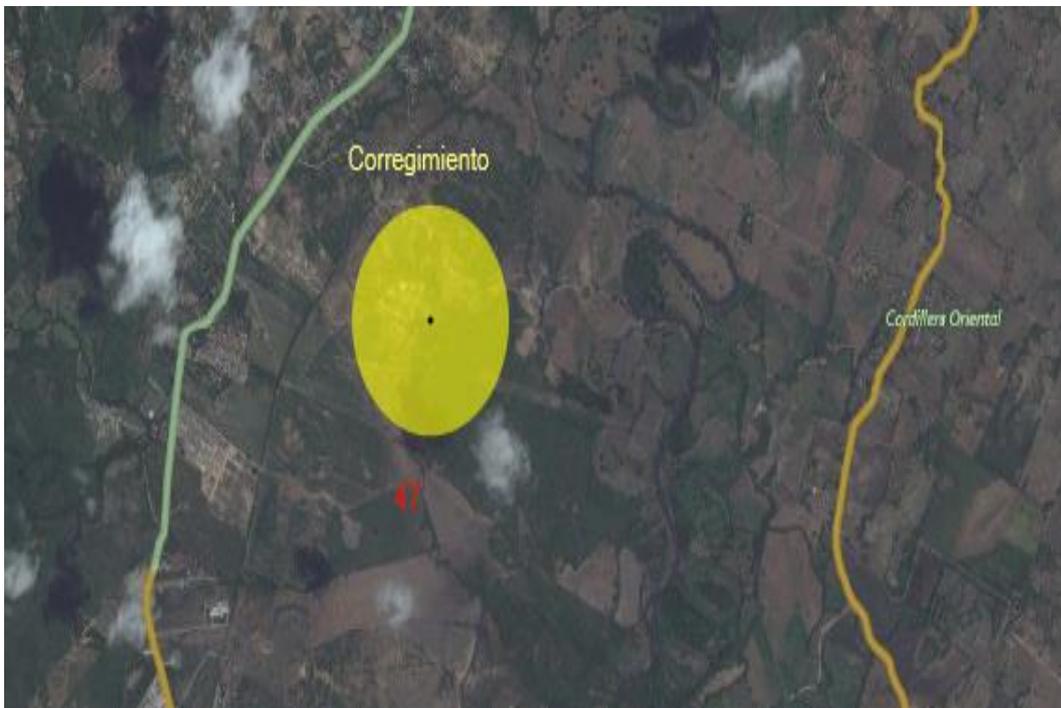
Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Tabla 14. Distribución de la población sujeto de estudio en los corregimientos del municipio de Girardot

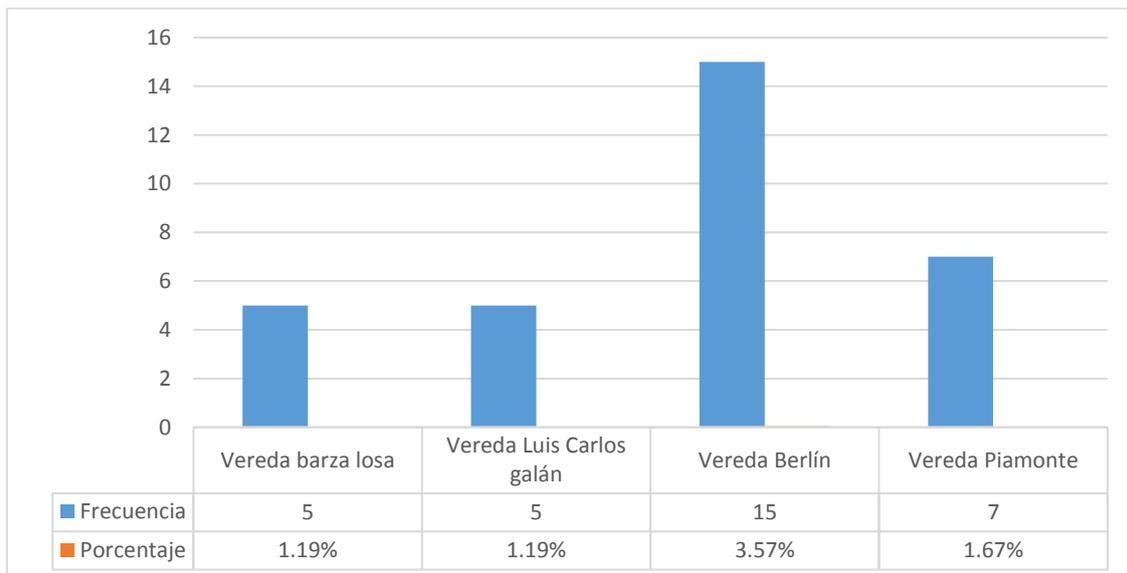
Corregimientos	Frecuencia	Porcentaje
Vereda barza losa	5	1,19%
Vereda Luis Carlos galán	5	1,19%
Vereda Berlín	15	3,57%
Vereda Piamonte	7	1,67%
TOTAL	32	7,62%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Figura 5. Distribución de la población sujeto de estudio por corregimiento



Grafica 6. Distribución de la población sujeto de estudio en los corregimientos del municipio de Girardot



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

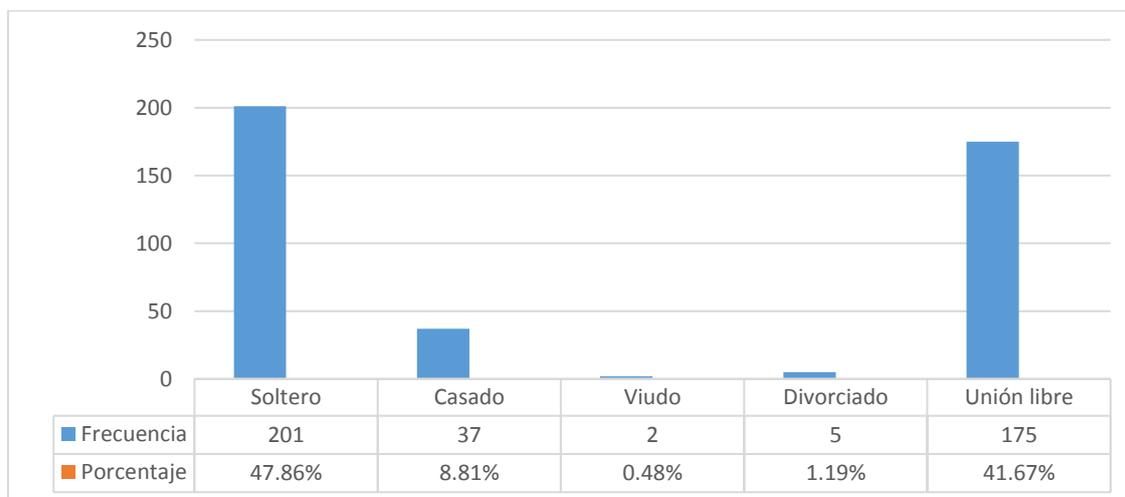
Interpretación: La población sujeto de estudio se distribuye en 5 comunas y 1 corregimiento del Municipio de Girardot, donde se evidencia que la mayor concentración se encuentra en la comuna 3 con 138(33%), distribuidos así; el barrio Arrayanes con 15(4%); barrio la esperanza con 13(3%), barrio villa Alexander con 12(3%), la comuna con mayor población es la comuna 5 con 87(21%); el barrio Kennedy con 35(8%), barrio Triunfo con 14(3%), barrio Portachuelo con 12(3%), la comuna con mayor población es la comuna 2 con 62(15%), barrio puerto montero con 11(3%); barrio alto de la cruz con 10(2%); barrio 10 de mayo con 9(2%). Y las con menor población es la comuna 4 con 55(13%); barrio ciudad montes con mayor población con 14(3%); barrio diamante con 9(2%), barrio esmeralda con 8(2%); la comuna 1 con 46(11%), barrio Santander con mayor población con 8(2%), barrio granada con 7(2%); barrio Miraflores con 6(1%); el corregimiento con 32(8%), distribuido con la vereda Berlín de mayor población con 15(4%), vereda Piamonte con 7(2%) y la vereda de Barzalosa con 5(1%).

Tabla 15. Distribución de la población sujeto de estudio según su estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	201	47,86%
Casado	37	8,81%
Viudo	2	0,48%
Divorciado	5	1,19%
Unión libre	175	41,67%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 7. Distribución de la población sujeto de estudio según su estado civil



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

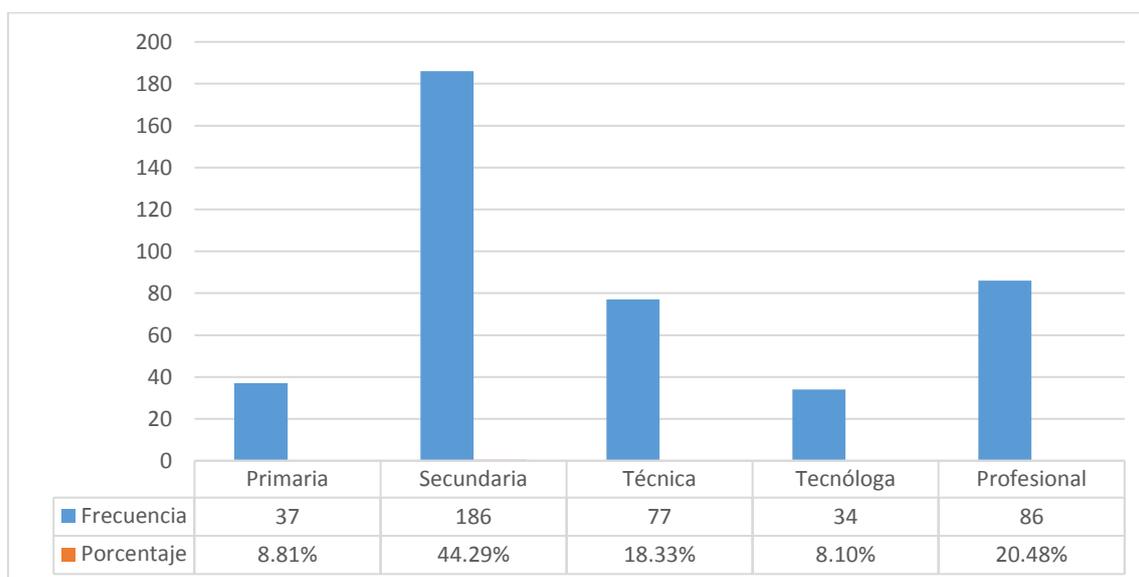
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 201(48%) son solteras, 175(42%) viven en union libre, 37(8%) son casadas, 5(2%) divorciado y 2(0,48%) son viudas.

Tabla 16. Distribución de la población sujeto de estudio según grado de escolaridad

Grado de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	37	8,81%
Secundaria	186	44,29%
Técnica	77	18,33%
Tecnóloga	34	8,10%
Profesional	86	20,48%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 8. Distribución de la población sujeto de estudio según grado de escolaridad



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

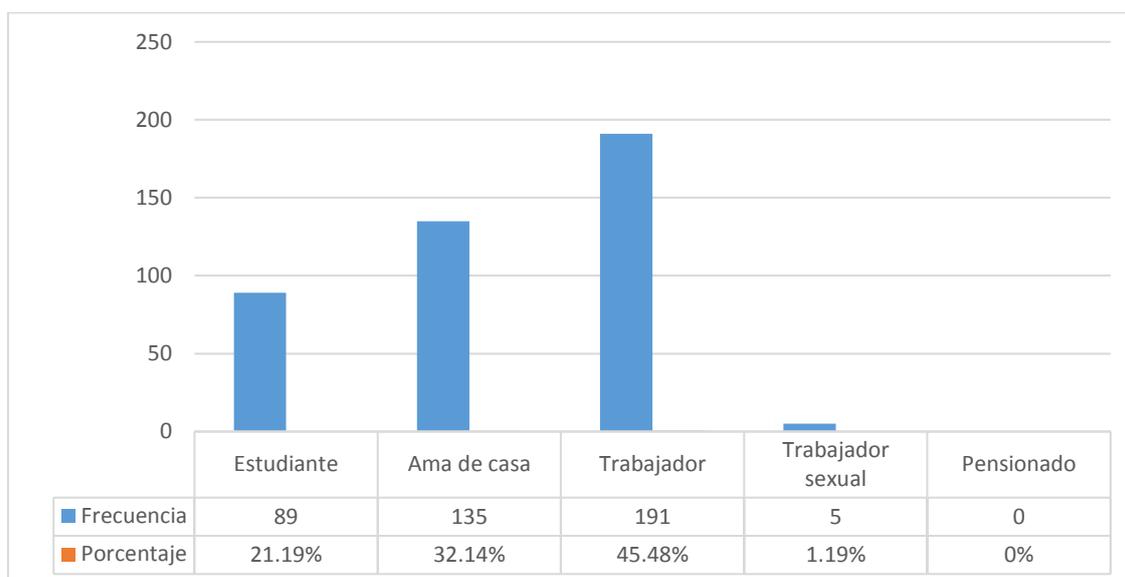
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 309(74%) tienen educación formal, siendo la secundaria la de mayor porcentaje con 186(44%), 86(20%) tienen educación superior y 37(9%) tienen educación primaria. 111(26%) restante tiene educación no formal siendo la educación técnica la de mayor porcentaje de 77(18%) y la tecnológica con 34(8%).

Tabla 17. Distribución de la población sujeto de estudio según ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	89	21,19%
Ama de casa	135	32,14%
Trabajador	191	45,48%
Trabajador sexual	5	1,19%
Pensionado	0	0%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 9. Distribución de la población sujeto de estudio según ocupación



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

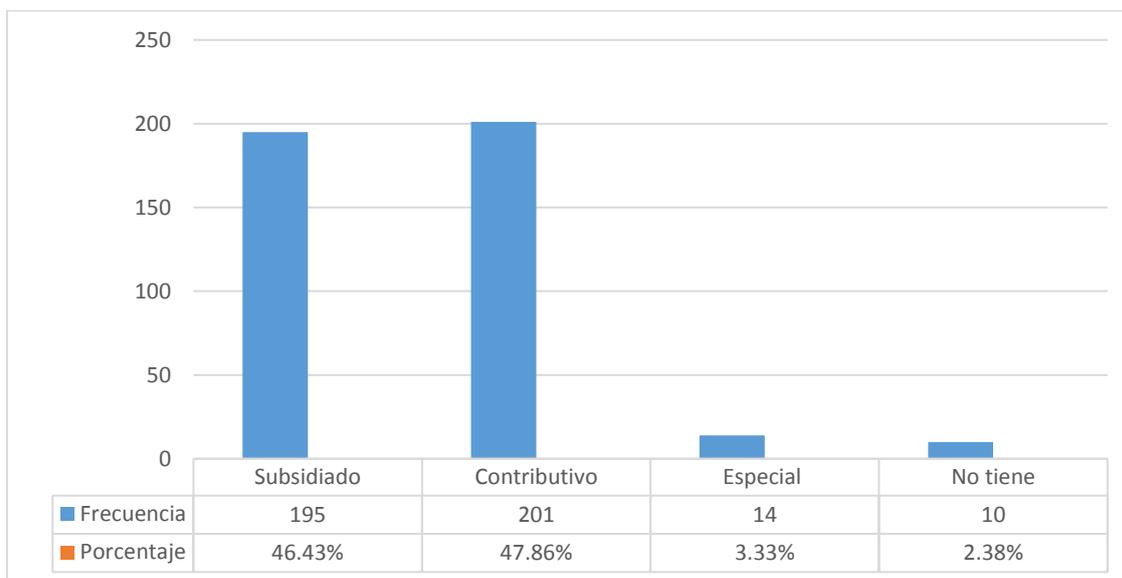
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 191(45%) son mujeres trabajadoras, 135(32%) son ama de casa y 89(21%) son mujeres estudiantes.

Tabla 18. Distribución de la población sujeto de estudio según el regimen

Régimen de salud al cual pertenece	Frecuencia	Porcentaje
Subsidiado	195	46,43%
Contributivo	201	47,86%
Especial	14	3,33%
No tiene	10	2,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 10. Distribución de la población sujeto de estudio según el régimen



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 201(48%) pertenecen al régimen contributivo, 195(46%) pertenecen al régimen subsidiado, 14(3%) pertenecen al régimen especial y 10(2%) no poseen régimen de salud.

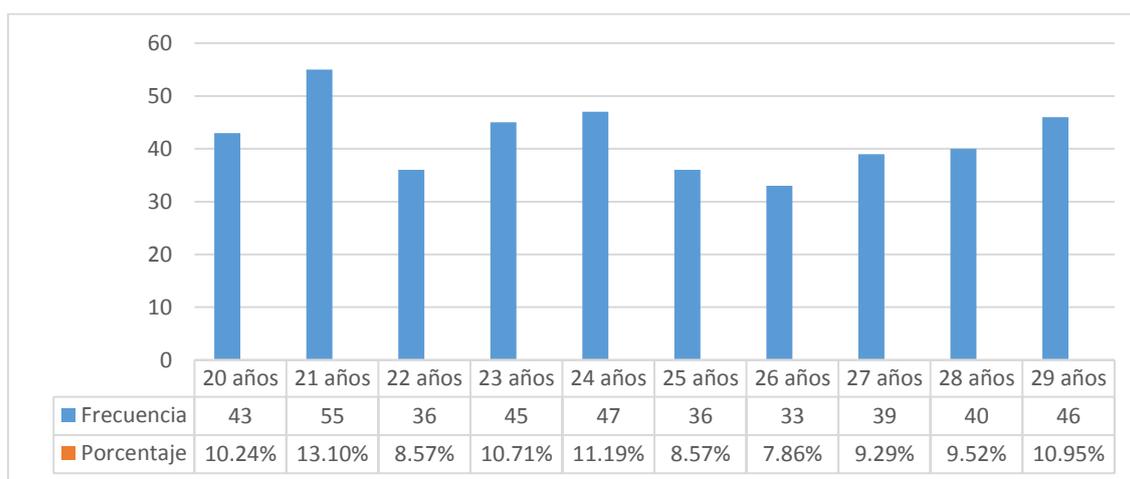
Tabla 19. Distribución de la población sujeto de estudio según edad actual

Edad actual	Frecuencia	Porcentaje
20 años	43	10,24%
21 años	55	13,10%
22 años	36	8,57%
23 años	45	10,71%
24 años	47	11,19%
25 años	36	8,57%
26 años	33	7,86%
27 años	39	9,29%

28 años	40	9,52%
29 años	46	10,95%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 11. Distribución de la población sujeto de estudio según edad actual



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

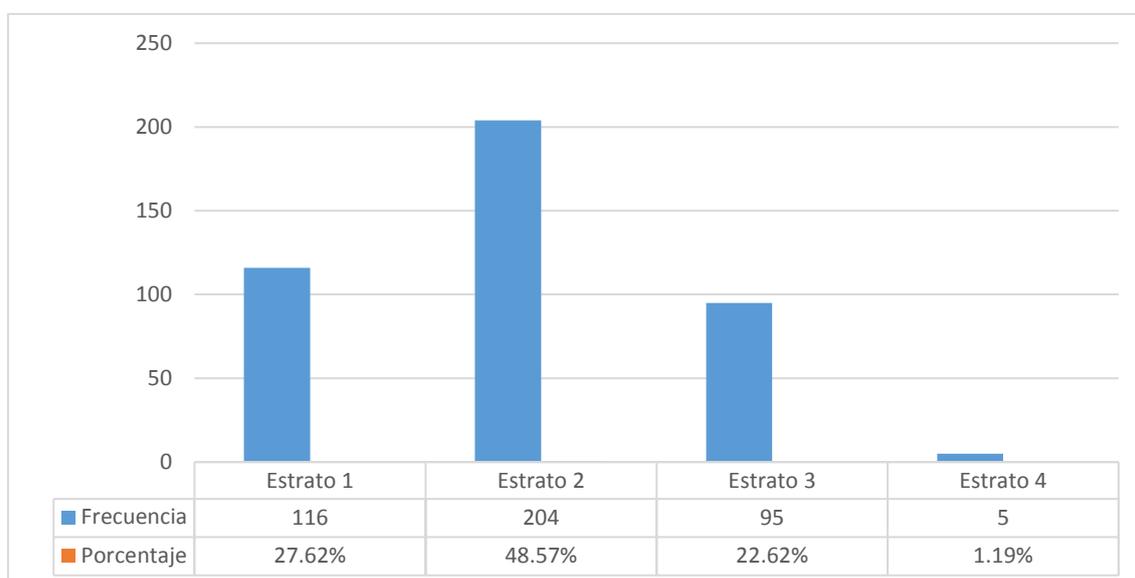
Interpretación: De las 420 mujeres encuestadas, según la OMS la población se encuentra en el rango de edad adulto joven, donde se evidencia que mínima es a partir de los 20 años con el (25%), la media con a partir de los 24 años con el (75%), la máxima a partir de los 29 años con el (11%) y la moda a partir de los 21 años con el (13%).

Tabla 20. Distribución de la población sujeto de estudio según estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Estrato 1	116	27,62%
Estrato 2	204	48,57%
Estrato 3	95	22,62%
Estrato 4	5	1,19%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 12. Distribución de la población sujeto de estudio según estrato socioeconómico



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

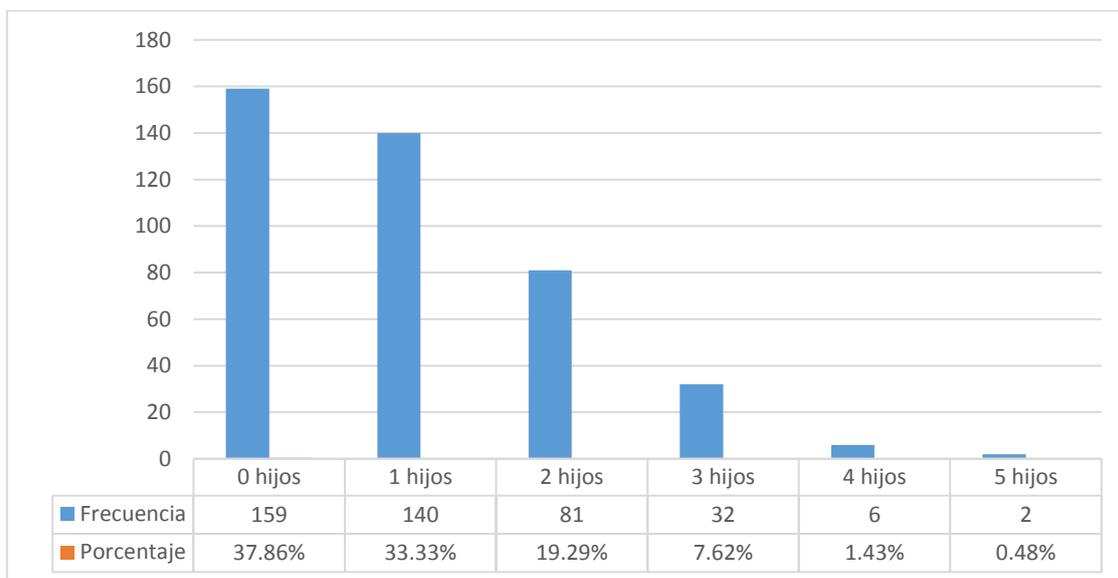
Interpretación: De las 420 mujeres encuestadas, se evidencia que 320(76%) se ubican en estrato socioeconómico bajo que son el 1 y 2, teniendo encuesta que 100(23,81%) se ubican en el estrato socioeconómico medio que son 3 y 4.

Tabla 21. Distribución de la población sujeto de estudio según números de hijos

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
0 hijos	159	37,86%
1 hijos	140	33,33%
2 hijos	81	19,29%
3 hijos	32	7,62%
4 hijos	6	1,43%
5 hijos	2	0,48%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 13. Distribución de la población sujeto de estudio según numeros de hijos



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres encuestadas, se evidencia que según tasa de fecundidad, 159(0%) no tienen hijos, 140(2%) tiene un 1 hijo, 81(5%) tienen 2 hijos, 32(7%) tienen 3 hijos, 6(10%) tienen 4 hijos y 2(12%) tienen 5 hijos.

9.1.2 Barreras de acceso a la anticoncepción, interpretadas según la clasificación de los factores de riesgo de Alan Dever

9.2 Factor Biológico

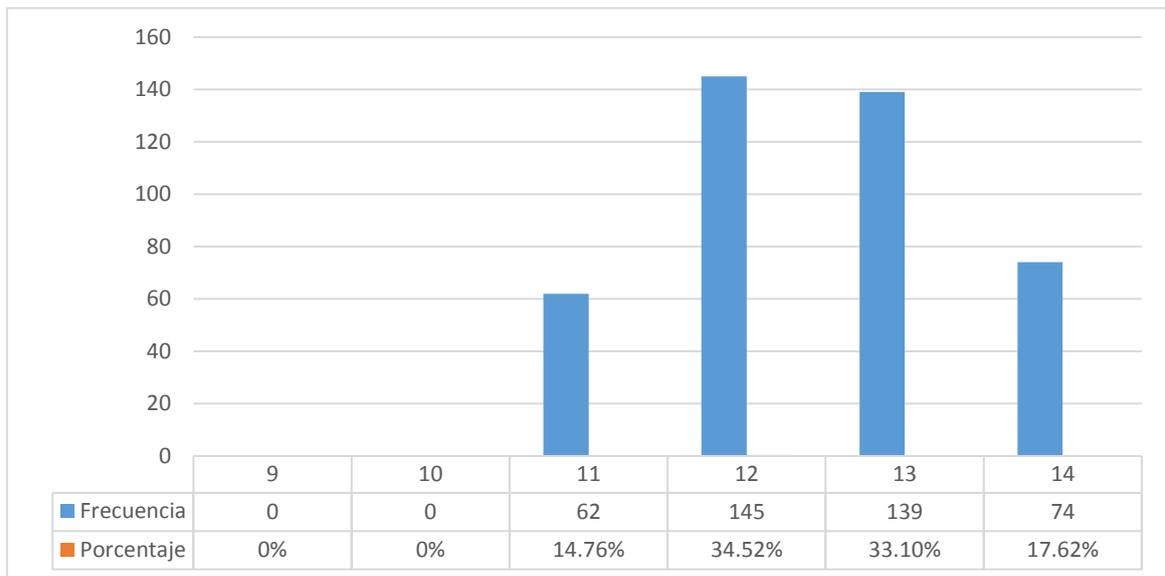
Tabla 22. Distribución de la población sujeto de estudio según la menarquia

Menarquia	Frecuencia	Porcentaje
9 años	0	0%
10 años	0	0%
11 años	62	14,76%
12 años	145	34,52%

13 años	139	33,10%
14 años	74	17,62%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 14. Distribucion de la población sujeto de estudio según la menarquia



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

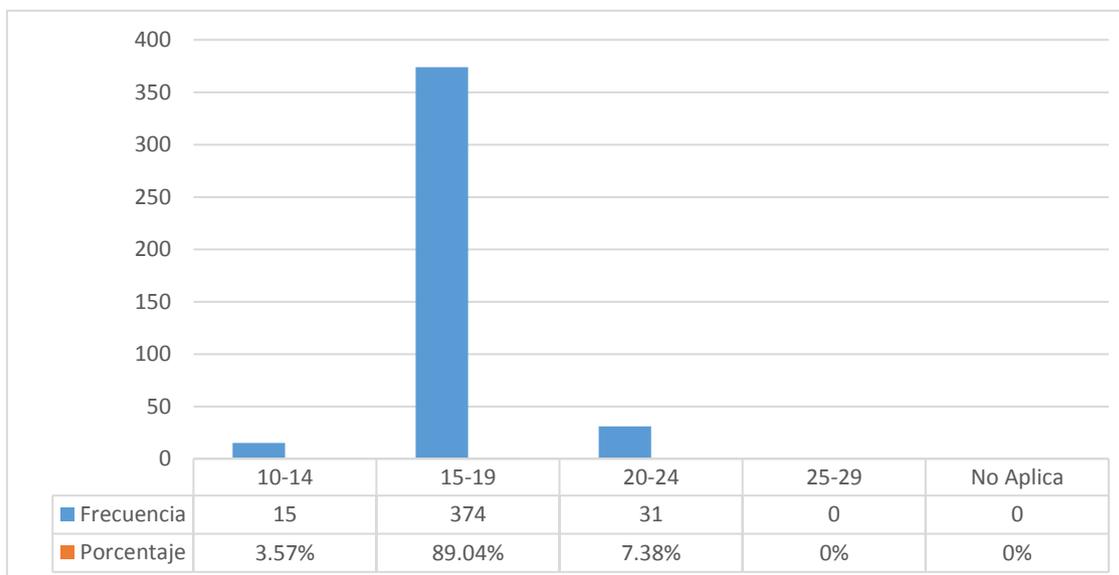
Interpretación: De las 420 mujeres encuestadas, se evidencia que el inicio de la menarquia, según la mínima con el (0%) apartir de los 9 años, seguido con la media con el (35%) apartir de los 12 años, la máxima con el (18%) apartir de los 14 años y la moda con el (33%) apartir de los 13 años.

Tabla 23. Distribución de la población sujeto de estudio según sexarquia

Sexarquia	Frecuencia	Porcentaje
10-14 Años	15	3,57%
15-19 Años	374	89,04%
20-24 Años	31	7,38%
25-29 Años	0	0%
No Aplica	0	0%
Total	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 15. Distribución de la población sujeto de estudio según sexarquia



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

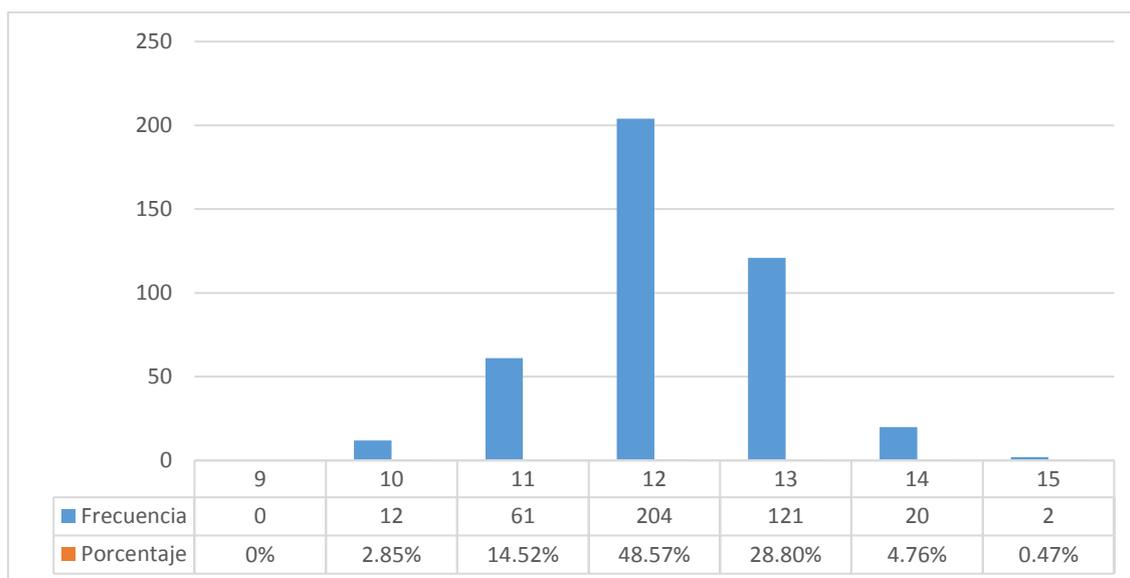
Interpretación: De las 420 mujeres encuestadas, se evidencia que de 15 a 19 años 374(89%) iniciaron la sexarquia, de 20 a 24 años 31(7%), iniciaron la sexarquia, 10 a 14 años 15(4%) iniciaron la sexarquia.

Tabla 24. Distribución de la población sujeto de estudio según la telarquia

Telarquia	Frecuencia	Porcentaje
9 años	0	0%
10 años	12	2,85%
11 años	61	14,52%
12 años	204	48,57%
13 años	121	28,80%
14 años	20	4,76%
15 años	2	0,47%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 16. Distribución de la población sujeto de estudio según la telarquia



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

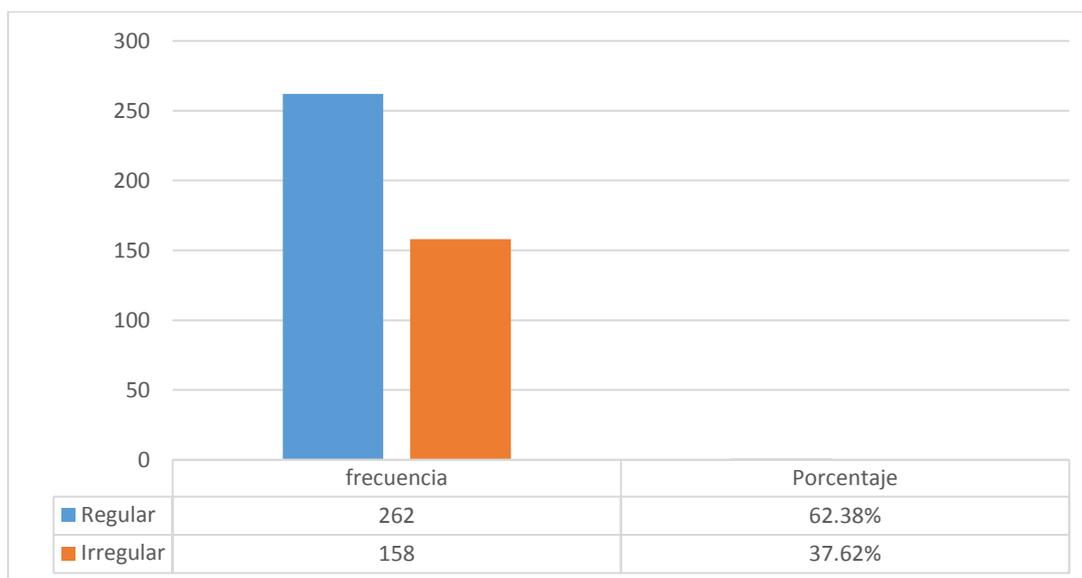
Interpretación: De las 420 mujeres encuestadas, se evidencia que el inicio de la telarquia según la máxima 2(0,47%) a los 15 años, la media 204(49%) a los 12 años, la mínima 9(0%) a los 9 años.

Tabla 25. Distribución de la población sujeto de estudio según el ciclo menstrual

¿Cómo es su ciclo menstrual?	frecuencia	Porcentaje
Regular	262	62,38%
Irregular	158	37,62%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 17. Distribución de la población sujeto de estudio según el ciclo menstrual



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

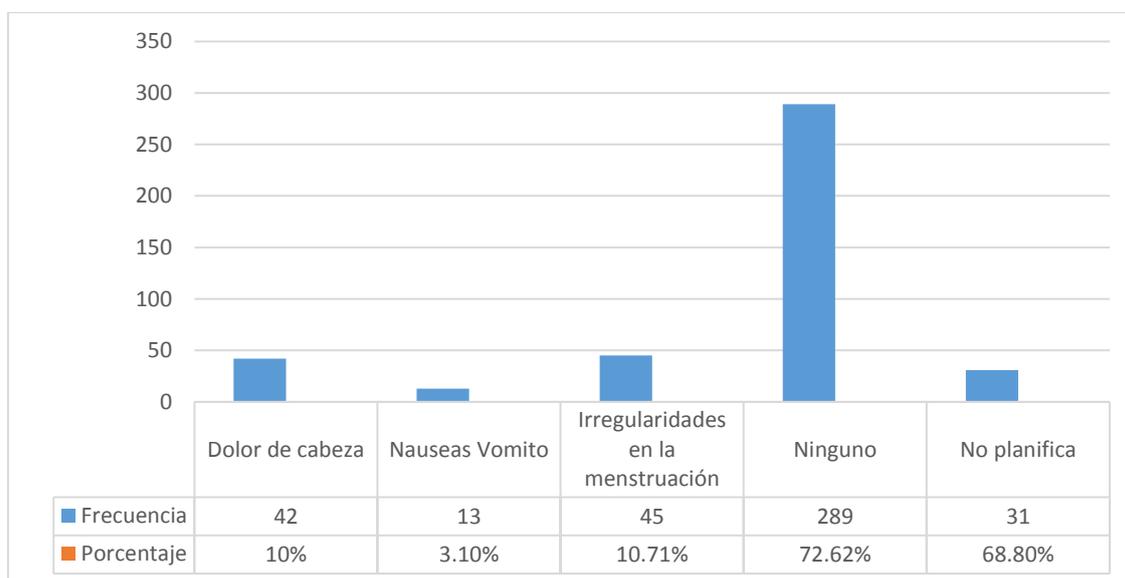
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 262(62%) el ciclo menstrual es regular y 158(38%) el ciclo menstrual es irregular.

Tabla 26. Distribución de la población sujeto de estudio según qué efectos adversos le produce su método anticonceptivo

¿Qué efectos adversos le produce su método anticonceptivo?	Frecuencia	Porcentaje
Dolor de cabeza	42	10%
Nauseas Vomito	13	3,10%
Irregularidades en la menstruación	45	10,71%
Ninguno	289	72,62%
No planifica	31	68,80%
TOTAL	420	100,00%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 18. Distribución de la población sujeto de estudio según qué efectos adversos le produce su método anticonceptivo



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia 289(73%) no presentan efectos adversos, 45(11%) presentan irregularidad en la menstruación, 42(10%) presentan dolor de cabeza y 13(3%) presenta náuseas y vomito.

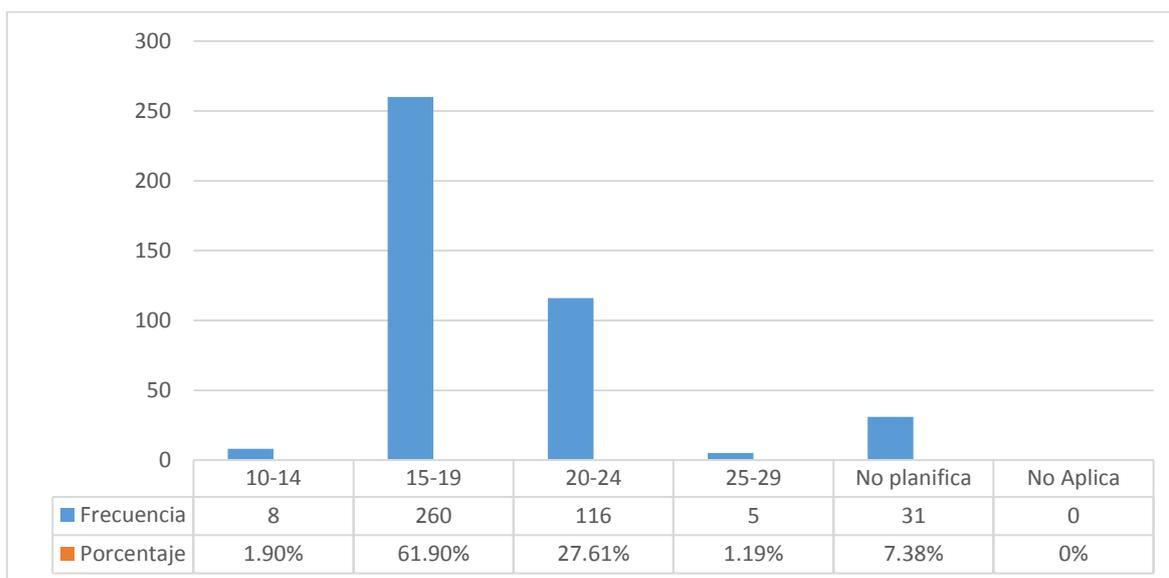
9.3 Factor Estilo de Vida.

Tabla 27. Distribucion de la población sujeto de estudio según edad de inicio de anticonceptivo

Edad de inicio de anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
10-14	8	1,90%
15-19	260	61,90%
20-24	116	27,61%
25-29	5	1,19%
No planifica	31	7,38%
No aplica	0	0%
Total	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 19. Distribucion de la población sujeto de estudio según edad de inicio de anticonceptivo



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

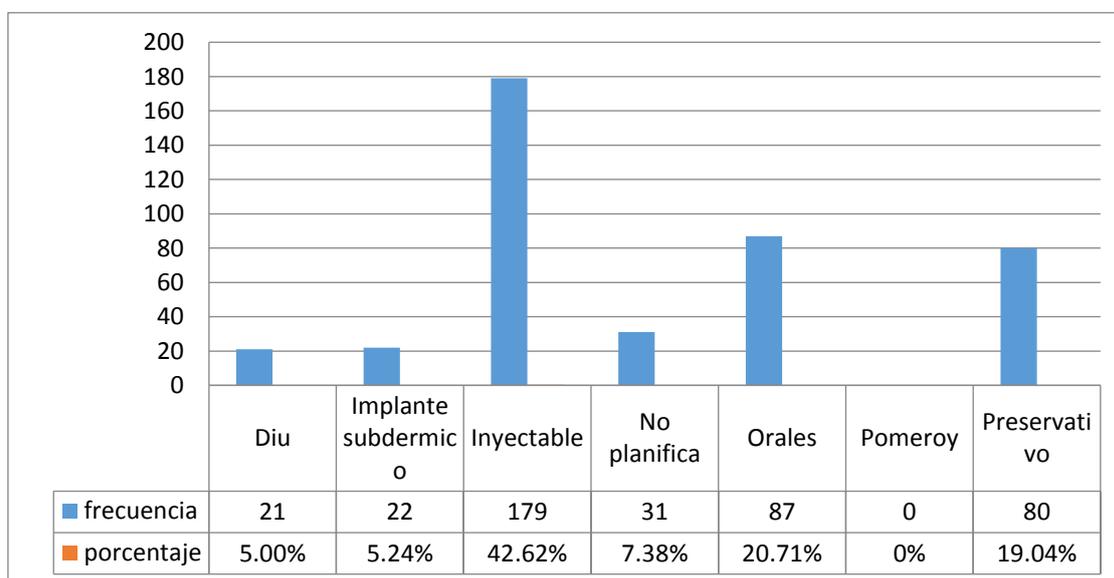
Interpretación: De las 420 mujeres encuestadas, se evidencia que mujeres de 15 a 19 años 260(62%) iniciaron a utilizar anticonceptivos, de 20 a 24 años 116(28%) iniciaron a utilizar anticonceptivos y de 25 a 29 años 5(1%) iniciaron a utilizar anticonceptivos.

Tabla 28. Distribución de la población sujeto de estudio según metodo con el que inicio su anticoncepcion

Método con el que inicio su anticoncepción	Frecuencia	Porcentaje
Diu	21	5,00%
Implante subdermico	22	5,24%
Inyectable	179	42,62%
No planifica	31	7,38%
Orales	87	20,71%
Pomeroy	0	0%
Preservativo	80	19,04%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 20. Distribución de la población sujeto de estudio según metodo con el que inicio su anticoncepcion



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

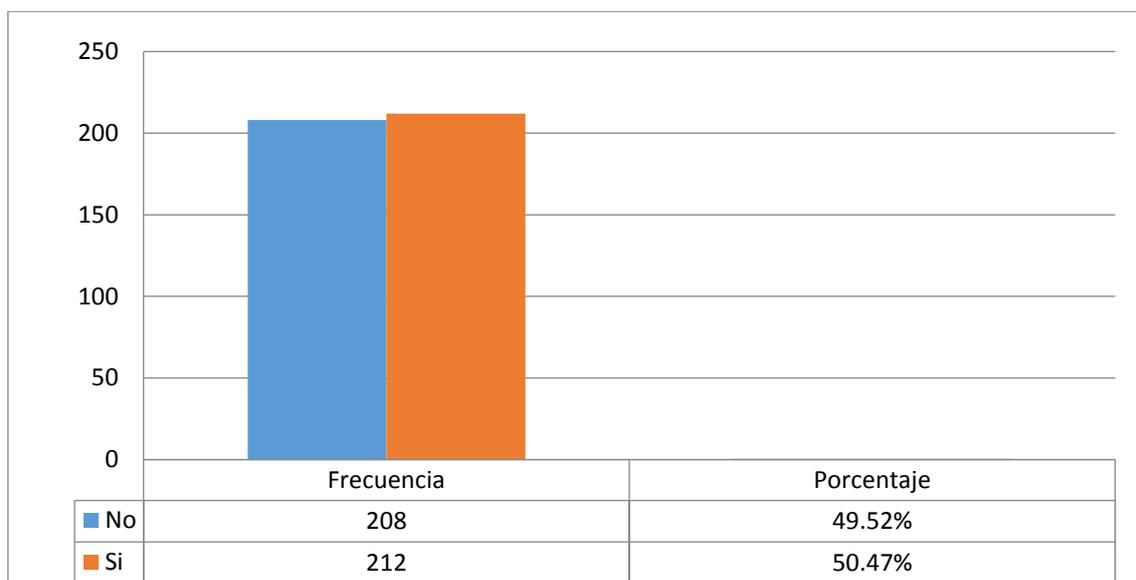
Interpretación: De las 420 mujeres encuestadas, se evidencia que 179(43%) iniciaron la anticoncepcion con inyecciones, 87(21%) con el metodo hormonal oral, 80(19%) con el metodo de barrera “preservativo” y 31(7%) no planifica.

Tabla 29. Distribución de la población sujeto de estudio según ¿Tiene pareja estable?

¿Tiene pareja estable?	Frecuencia	Porcentaje
No	208	49,52%
Si	212	50,47%
TOTAL	420	100,00%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 21. Distribución de la población sujeto de estudio según ¿Tiene pareja estable?



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

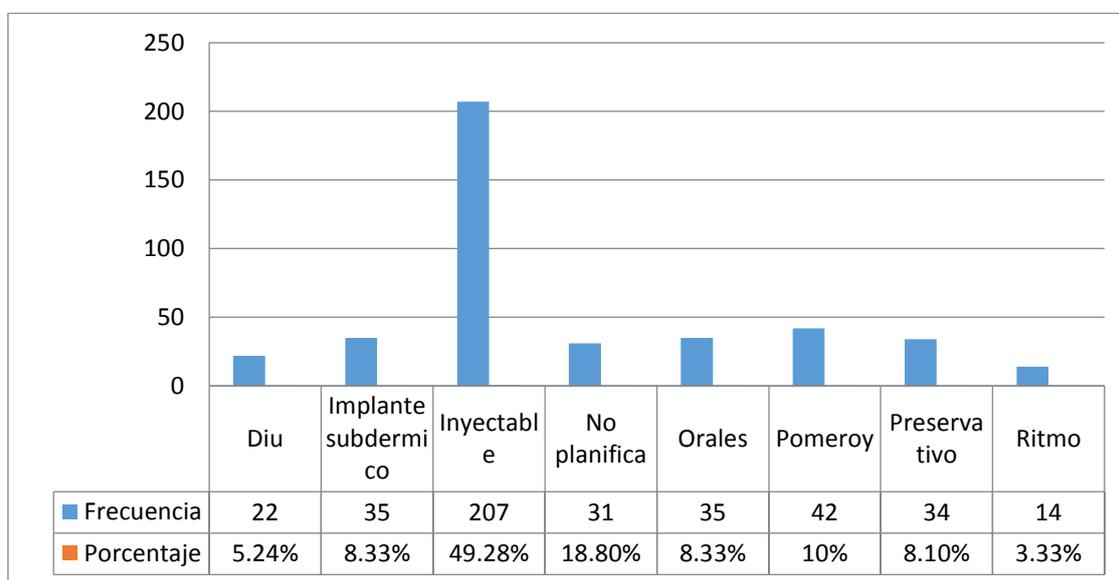
Interpretación: De las 420 mujeres encuestadas, se evidencia que 212(50%) tienen pareja estable, y 208(50%) no tienen pareja estable.

Tabla 30. Distribución de la población sujeto de estudio según método anticonceptivo usa actualmente

¿Qué método anticonceptivo usa actualmente?	Frecuencia	Porcentaje
Diu	22	5,24%
Implante subdermico	35	8,33%
Inyectable	207	49,28%
No planifica	31	18,8%
Orales	35	8,33%
Pomeroy	42	10%
Preservativo	34	8,10%
Ritmo	14	3,33%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 22. Distribución de la población sujeto de estudio según método anticonceptivo usa actualmente



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 389 se encuentran planificando, de estas 207(49%) actualmente utiliza el método inyectable, 14(3%) utilizan el método de ritmo y 31(19%) no planifican.

De estas 31 que no planifican, 310 tienen vida de pareja estable y no desean tener hijos en este momento.

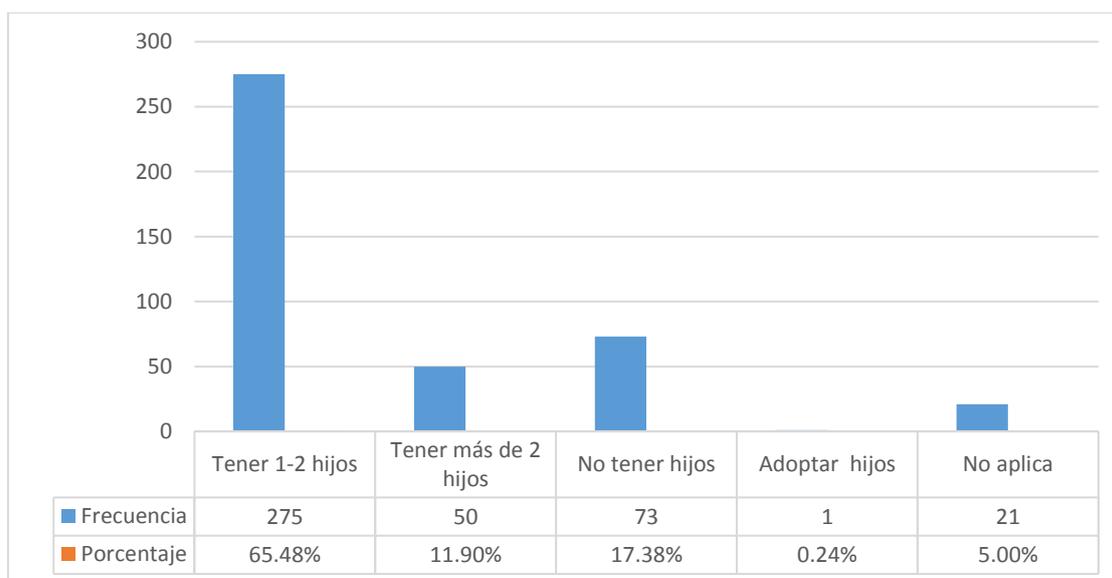
Llama la atención que de las 14 mujeres que manejan el método del ritmo 261 mujeres tienen hijos y tantas tienen relaciones estables, y 208 no cuentan con una relación estable lo cual no favorece esta práctica de prevención del embarazo.

Tabla 31. Distribución de la población sujeto de estudio; según planificación familiar

Dentro de la planificación de su familia, tiene proyectado	Frecuencia	Porcentaje
Tener 1-2 hijos	275	65,48%
Tener más de 2 hijos	50	11,90%
No tener hijos	73	17,38%
Adoptar hijos	1	0,24%
No aplica	21	5,00%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 23. Distribución de la población sujeto de estudio; según planificación familiar



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

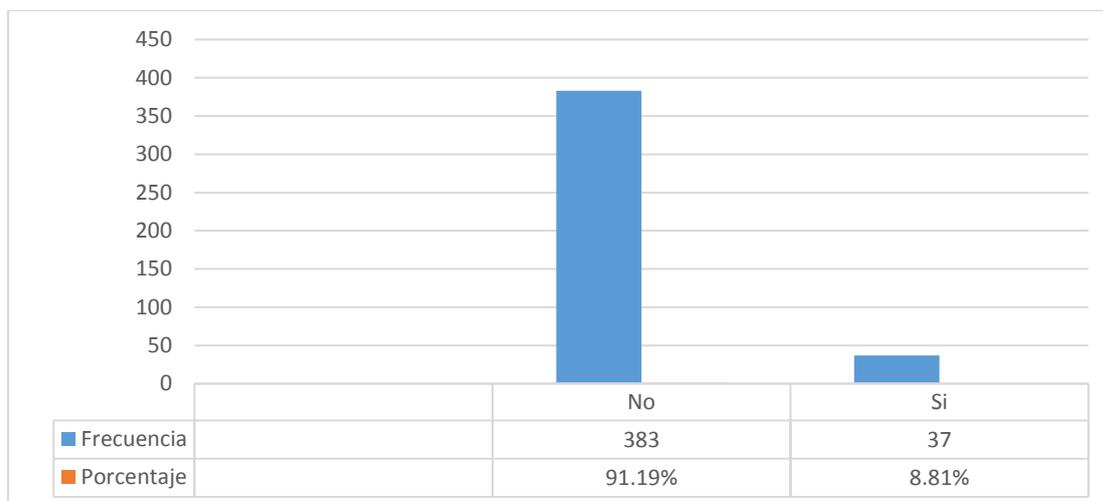
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que el 275(65%) dentro de la planificación familiar tienen proyectado tener 1-2 hijos, 73(17%) tiene proyectado no tener hijos y 50(12%) tienen proyectado tener más de 2 hijos. Llama la atención que de las 275 mujeres que desean tener más de 2 hijos, 212 mujeres tienen pareja estable, lo cual no favorece la prevención del embarazo.

Tabla 32. Distribución de la población sujeto de estudio; ¿Ha olvidado tomarse o inyectarse su método anticonceptivo?

¿Ha olvidado tomarse o inyectarse su método anticonceptivo?	Frecuencia	Porcentaje
No	383	91,19%
Si	37	8,81%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 24. Distribución de la población sujeto de estudio; ¿Ha olvidado tomarse o inyectarse su método anticonceptivo?



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

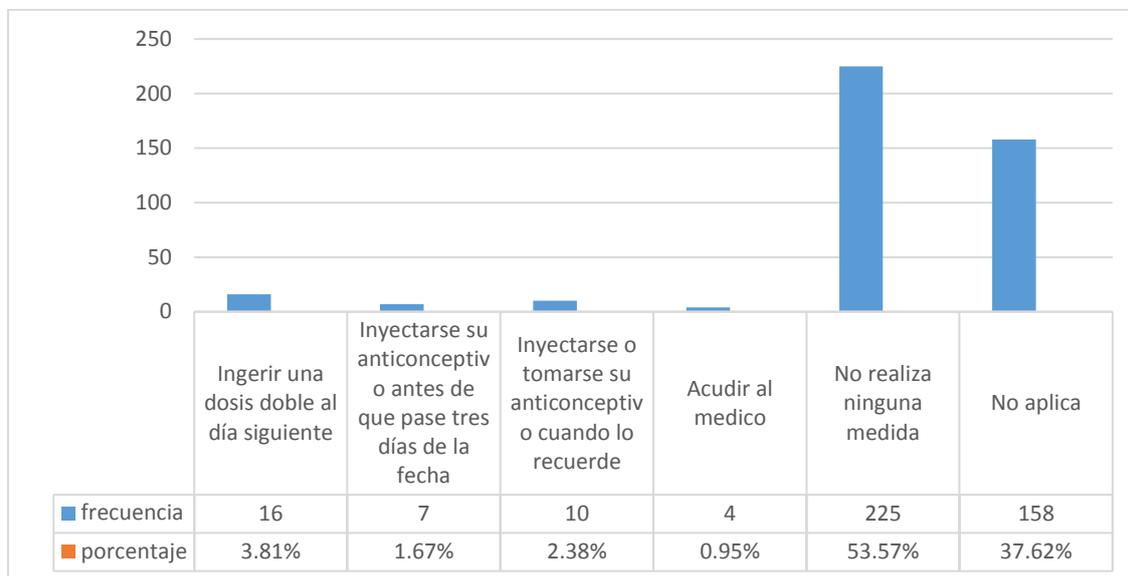
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 383(91%) no ha olvidado tomarse o inyectarse su método anticonceptivo, y 37(9%) si han olvidado su método anticonceptivo. Llama la atención de las 37 mujeres que olvidaron su método anticonceptivo 208 mujeres no tienen pareja estable y no favorece la prevención del embarazo.

Tabla 33. Distribución de la población sujeto de estudio; según ha olvidado tomarse o inyectarse su método anticonceptivo, que medidas a tomado

¿Qué medidas ha tomado?	frecuencia	Porcentaje
Ingerir una dosis doble al día siguiente	16	3,81%
Inyectarse su anticonceptivo antes de que pase tres días de la fecha	7	1,67%
Inyectarse o tomarse su anticonceptivo cuando lo recuerde	10	2,38%
Acudir al médico	4	0,95%
No realiza ninguna medida	225	53,57%
No aplica	158	37,62%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 25. Distribución de la población sujeto de estudio; según ha olvidado tomarse o inyectarse su metodo anticonceptivo, que medidas a tomado



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 225(54%) no utiliza ninguna medida para evitar el embarazo, 158(38%) no refieren ninguna medida y 7(2%) se administran la inyección de anticonceptivo antes de que pase tres días de la fecha. Llama la atención 16 mujeres que ingieren una dosis doble del método de anticoncepción al día siguiente, lo cual 208 mujeres no tienen pareja estable y no favorece a la prevención del embarazo.

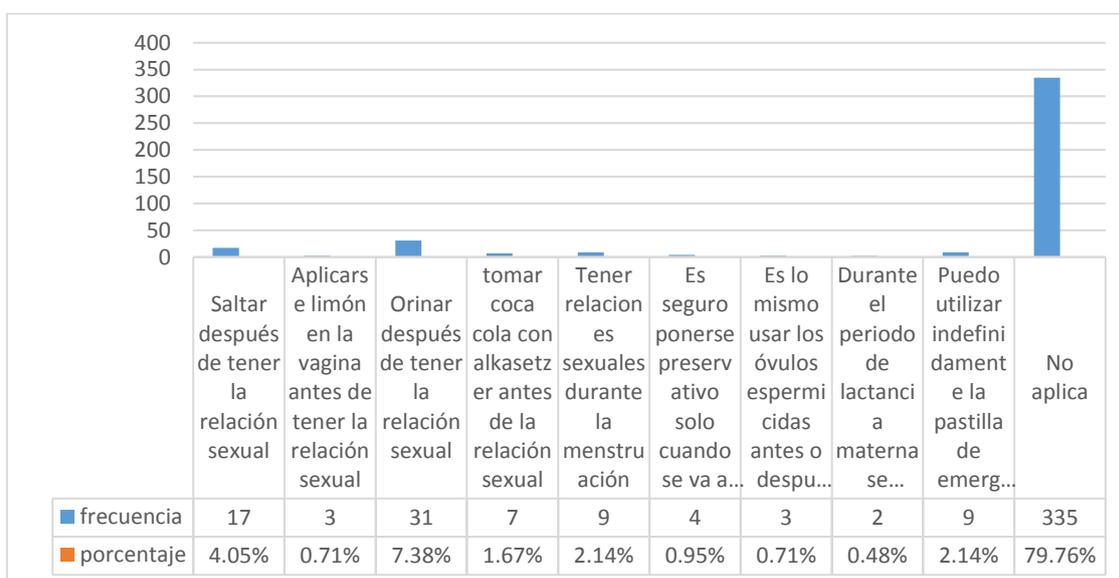
Tabla 34. Distribución de la población sujeto de estudio; según cuál de estas prácticas ha usado para prevenir el embarazo

Cuál de estas prácticas ha usado para prevenir el embarazo	frecuencia	Porcentaje
Saltar después de tener la relación sexual	17	4,05%
Aplicarse limón en la vagina antes de tener la relación sexual	3	0,71%
Orinar después de tener la relación sexual	31	7,38%
tomar coca cola con alkasetzer antes de la relación sexual	7	1,67%

Tener relaciones sexuales durante la menstruación	9	2,14%
Es seguro ponerse preservativo solo cuando se va a eyacular	4	0,95%
Es lo mismo usar los óvulos espermicidas antes o después de la relación sexual	3	0,71%
Durante el periodo de lactancia materna se puede tener relaciones sexuales sin protección y no quedar en embarazo	2	0,48%
Puedo utilizar indefinidamente la pastilla de emergencia	9	2,14%
No aplica	335	79,76%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 26. Distribución de la población sujeto de estudio; según cuál de estas prácticas ha usado para prevenir el embarazo



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

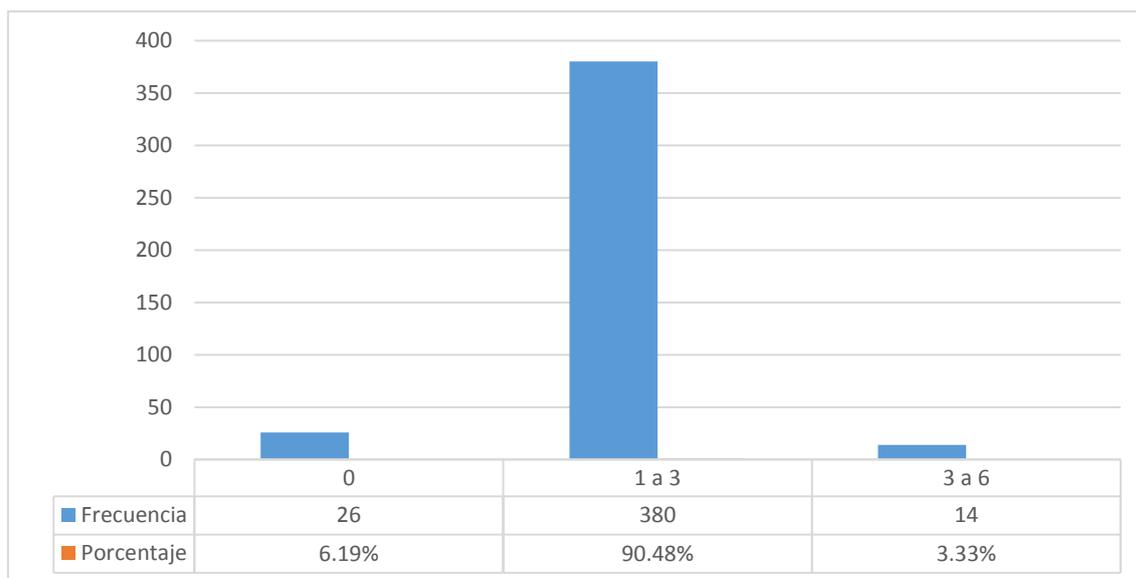
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 335(80%) no refieren si han usado alguna de estas prácticas para prevenir el embarazo, 31(7%) realizan micción después de tener la relación sexual, y 17(5%) saltan después de tener la relación sexual.

Tabla 35. Distribución de la población sujeto de estudio; según número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año

Número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	Frecuencia	Porcentaje
0	26	6,19%
1-3	380	90,48%
3-6	14	3,33%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 27. Distribución de la población sujeto de estudio; según número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

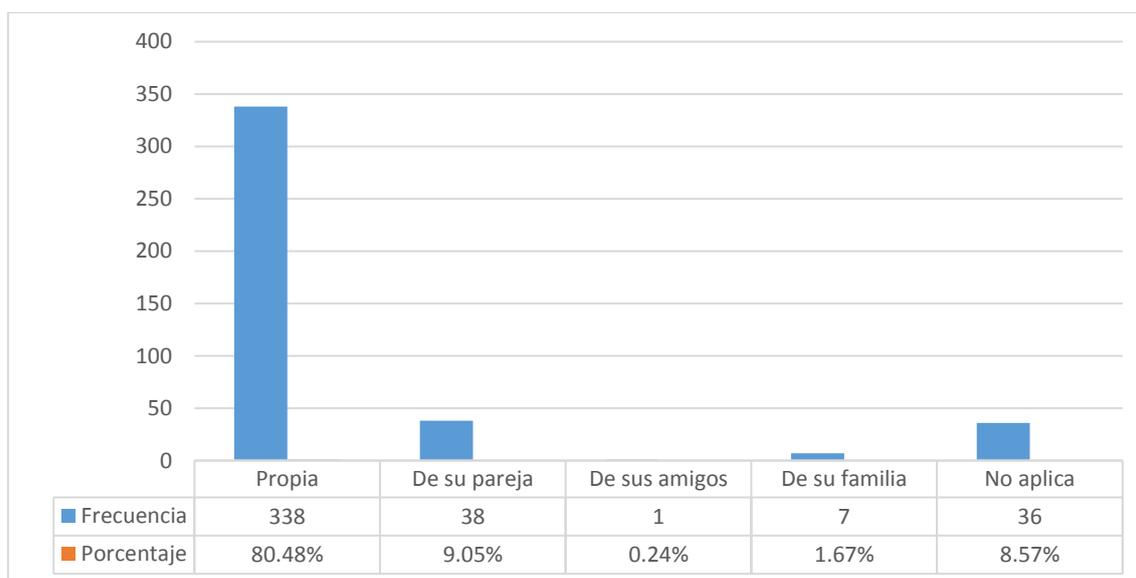
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 380(90%) han tenido 1-3 compañeros sexuales en el último año, 26(6%) no han tenido compañeros sexual, 14(3%) han tenido 3-6 compañeros sexuales en el último año. Llama la atención de las 14 mujeres que han tenido entre 3 a 6 compañeros, 31 mujeres no planifican donde no favorece la prevención del embarazo.

Tabla 36. Distribución de la población sujeto de estudio; según la decisión de iniciar el uso del método anticonceptivo fue de iniciativa

La decisión de iniciar el uso del método anticonceptivo fue de iniciativa	Frecuencia	Porcentaje
Propia	338	80,48%
De su pareja	38	9,05%
De sus amigos	1	0,24%
De su familia	7	1,67%
No aplica	36	8,57%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 28. Distribución de la población sujeto de estudio; según la decisión de iniciar el uso del método anticonceptivo fue de iniciativa



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

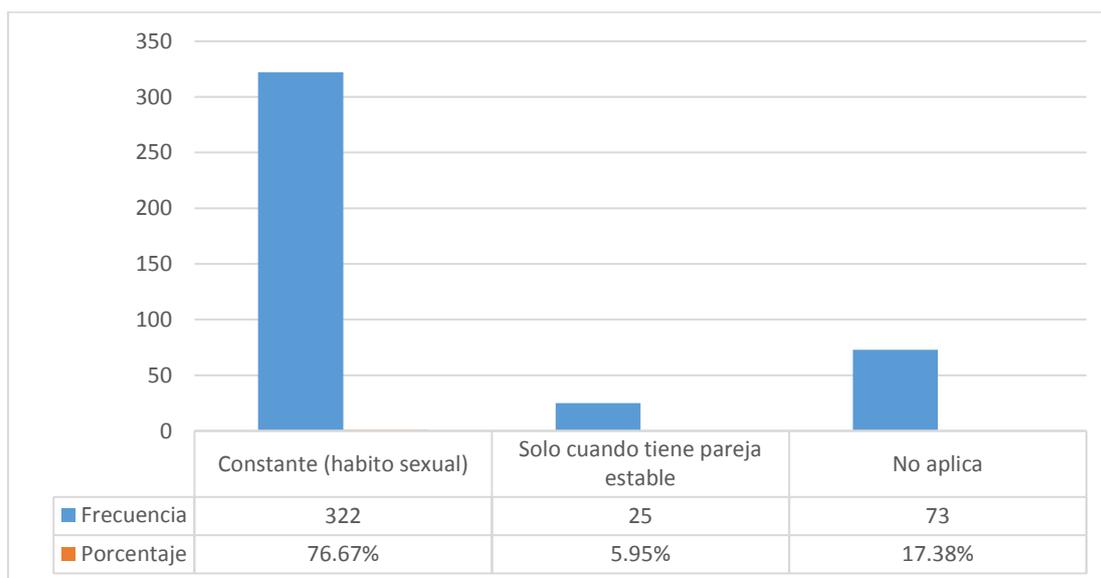
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 338(80%) fue decisión propia de iniciar el uso del método anticonceptivo, 38(10%) fue decisión de la pareja para iniciar el uso del método anticoncepción y 7(2%) decisión de la familia.

Tabla 37. Distribución de la población sujeto de estudio; según Considera que el uso del método anticonceptivo debe ser

Considera que el uso del método anticonceptivo debe ser	Frecuencia	Porcentaje
Constante (habito sexual)	322	76,67%
Solo cuando tiene pareja estable	25	5,95%
No aplica	73	17,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 29. Distribución de la población sujeto de estudio; según Considera que el uso del método anticonceptivo debe ser



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 322(77%) debe ser constante el uso del método anticonceptivo, 25(6%) utilizan el método anticonceptivo cuando tienen pareja estable.

9.4 Factor Medio Ambiente

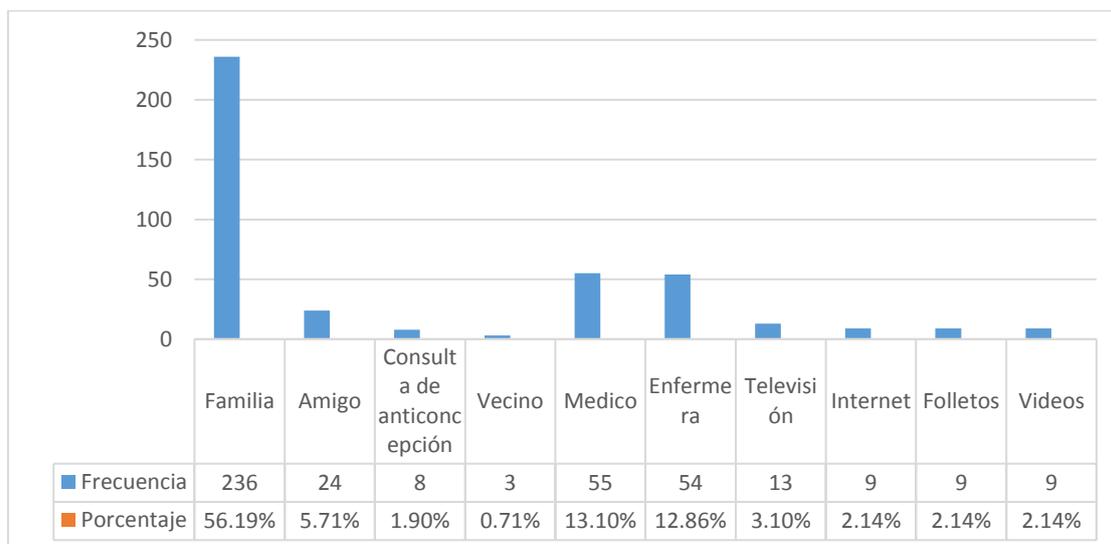
9.4.1 Adherencia a la concepción

Tabla 38. Distribución de la población sujeto de estudio; según la orientación del cuidado sexual

Quien le ha orientado el cuidado sexual	Frecuencia	Porcentaje
Familia	236	56,19%
Amigo	24	5,71%
Consulta de anticoncepción	8	1,90%
Vecino	3	0,71%
Medico	55	13,10%
Enfermera	54	12,86%
Televisión	13	3,10%
Internet	9	2,14%
Folletos	9	2,14%
Videos	9	2,14%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 30. Distribución de la población sujeto de estudio; según la orientación del cuidado sexual



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

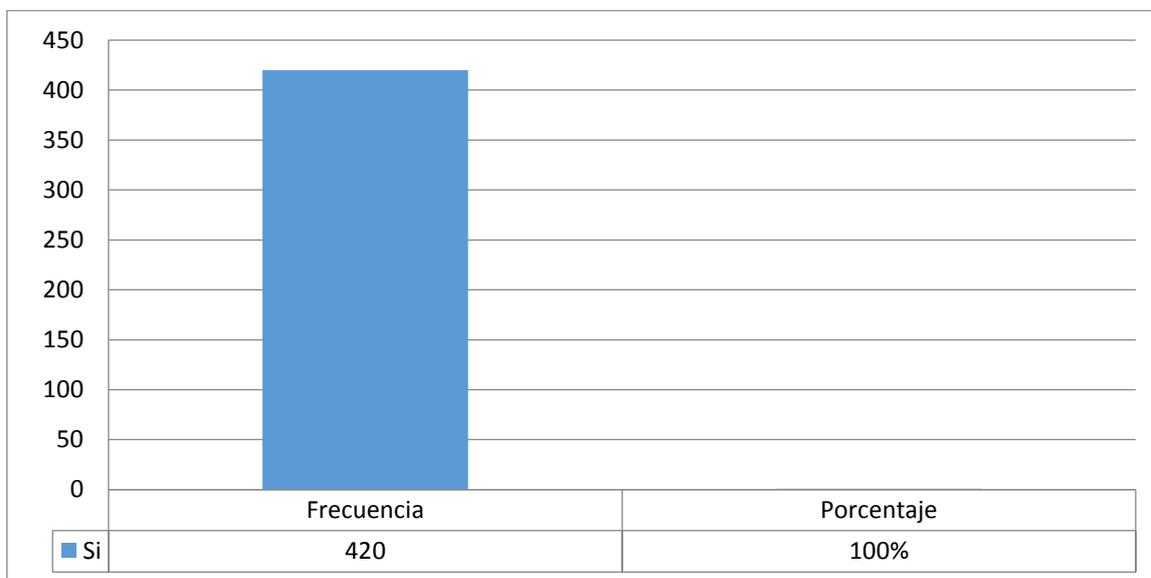
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 236(56%) han recibido orientación del cuidado sexual de la familia, 54(13%) han recibido orientación de la enfermera y 24(6%) han recibido orientación por amigos.

Tabla 39. Distribución de la población sujeto de estudio; según si ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos

Ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Si	420	100%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 31. Distribución de la población sujeto de estudio; según si ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

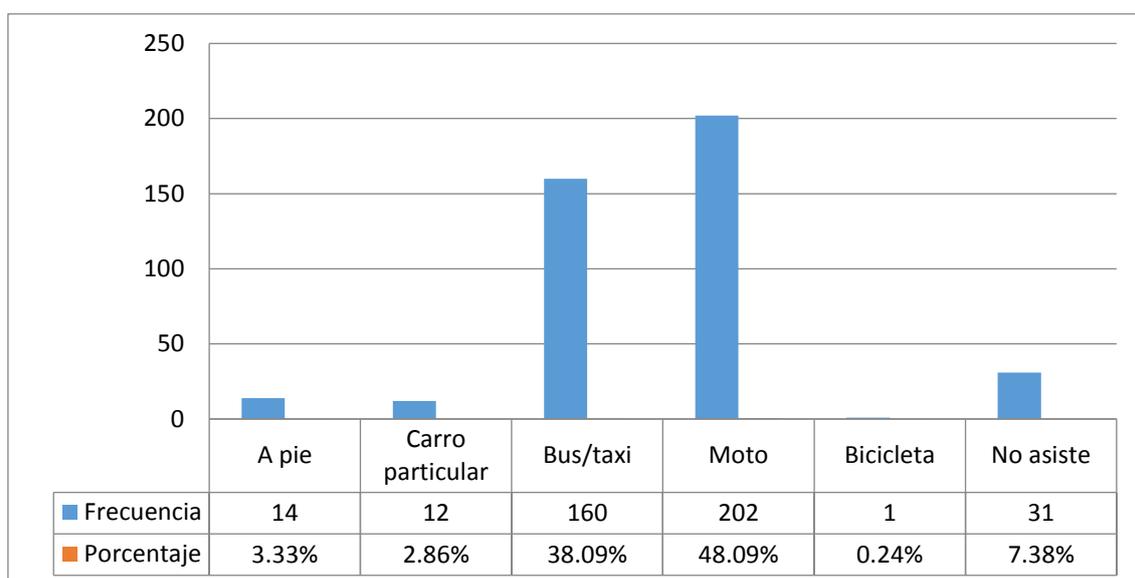
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 420(100%) si ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos.

Tabla 40. Distribución de la población sujeto de estudio; según el desplazamiento para asistir a la consulta de anticoncepción

El desplazamiento para asistir a la consulta de anticoncepción es	Frecuencia	Porcentaje
A pie	14	3,33%
Carro particular	12	2,86%
Bus/taxi	160	38,09%
Moto	202	48,09%
Bicicleta	1	0,24%
No asiste	31	7,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 32. Distribución de la población sujeto de estudio; según el desplazamiento para asistir a la consulta de anticoncepción



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

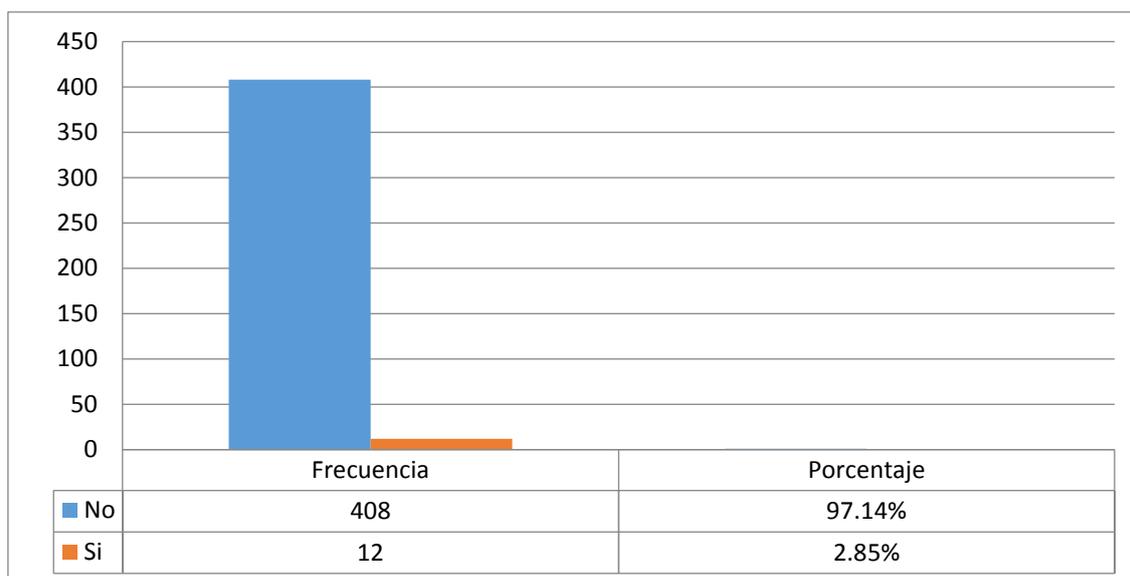
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 202(49%) se desplazan en moto para asistir a la consulta de anticoncepción, 14(3%) asisten a pie y 31(7%) no asisten. Llama la atención las 31 mujeres que no asisten, son las que no se encuentran utilizando aun método de anticoncepción.

Tabla 41. Distribución de la población sujeto de estudio; según las condiciones de seguridad de su ubicación residencial influyen en la asistencia a las citas de anticoncepción

Las condiciones de seguridad de su ubicación residencial influyen en la asistencia a las citas de anticoncepción	Frecuencia	Porcentaje
No	408	97,14%
Si	12	2,85%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 33. Distribución de la población sujeto de estudio; según las condiciones de seguridad de su ubicación residencial influyen en la asistencia a las citas de anticoncepción



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 408(97%) la ubicación residencial no influyen para la asistencia a las citas de anticoncepción, y 12(3%) la ubicación si influyen para la asistencia a las citas de anticoncepción.

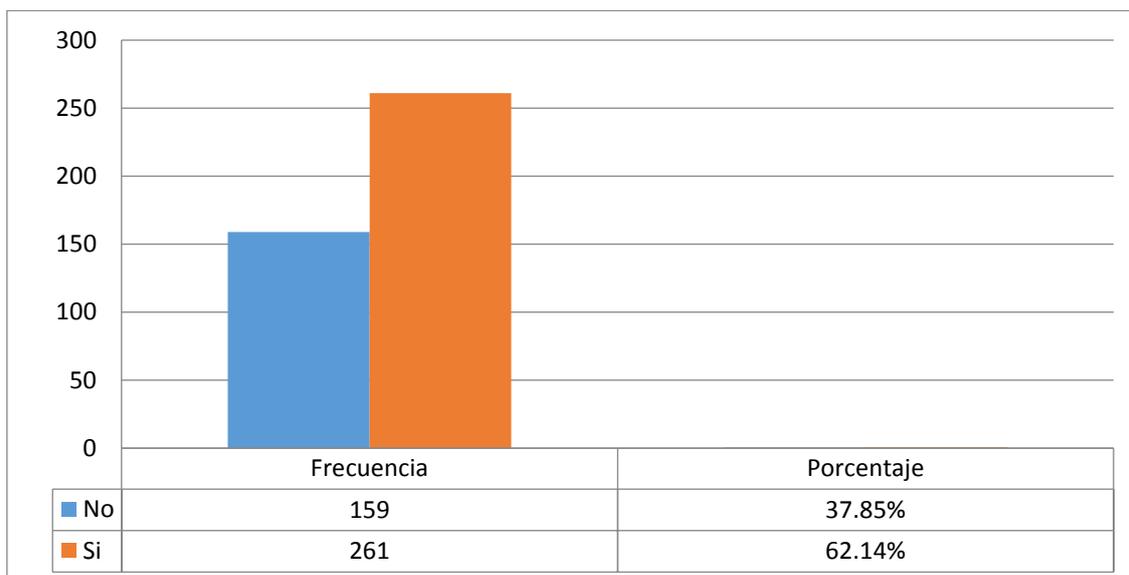
9.5 Factor Servicios de Salud

Tabla 42. Distribución de la población sujeto de estudio; según si les brindaron asesoría de anticoncepción

Después del parto le brindaron la asesoría de anticoncepción	Frecuencia	Porcentaje
No	159	37,85%
Si	261	62,14%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 34. Distribución de la población sujeto de estudio; según si les brindaron asesoría de anticoncepción



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

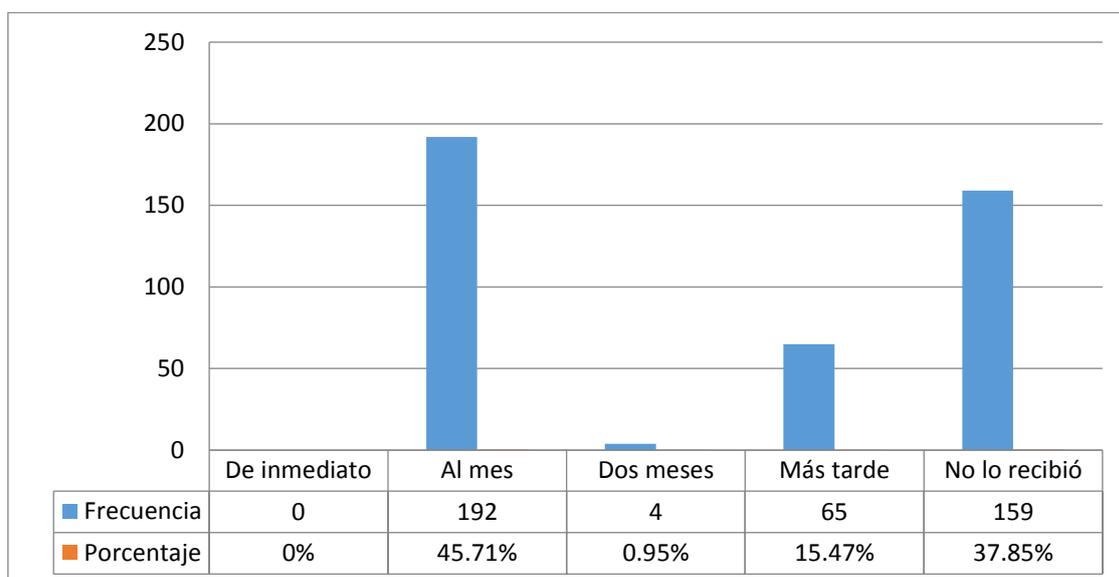
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 261(62%) después del parto si le brindaron asesoría de anticoncepción y 159(38%) no recibieron asesoría después del parto de los métodos de anticoncepción.

Tabla 43. Distribución de la población sujeto de estudio; según el momento en que le brindaron el metodo anticonceptivo

Después del parto en que momento le brindaron el método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
De inmediato	0	0%
Al mes	192	45,71%
Dos meses	4	0,95%
Más tarde	65	15,47%
No lo recibió	159	37,85%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 35. Distribución de la población sujeto de estudio; según el momento en que le brindaron el método anticonceptivo



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

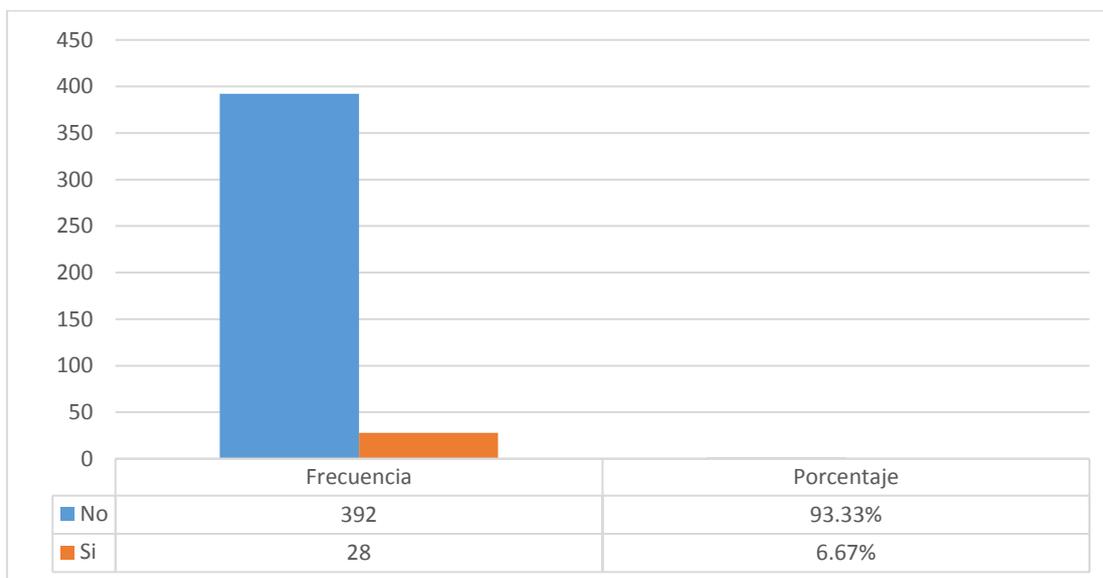
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 192(46%) al mes le brindaron método anticonceptivo, 159(38%) y 0(0%) no recibieron porque no tienen hijos.

Tabla 44. Distribución de la población sujeto de estudio según ha tenido abortos

Ha tenido abortos	Frecuencia	Porcentaje
No	392	93,33%
Si	28	6,66%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 36. Distribución de la población sujeto de estudio según ha tenido abortos



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

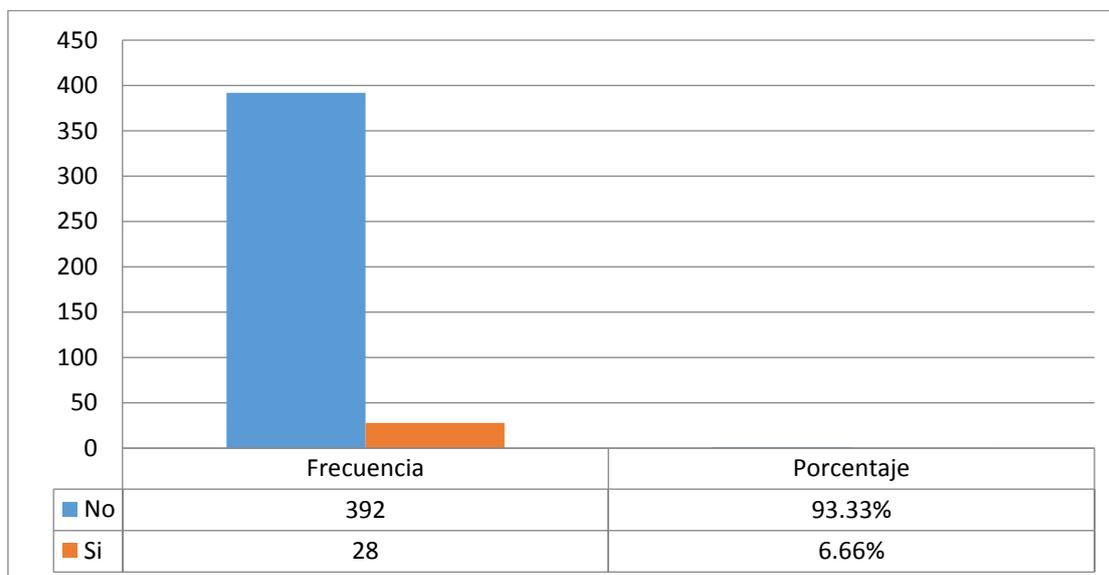
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que el 392(93%) no presentaron abortos y el 7%(28) si presentaron abortos. Llama la atención de las 28 mujeres 31 no planifican y 208 mujeres no tienen pareja estable, lo cual no favorece la prevención del embarazo.

Tabla 45. Distribución de la población sujeto de estudio según si recibieron asesoría en anticoncepción después del aborto

Después del aborto le brindaron la asesoría en anticoncepción	Frecuencia	Porcentaje
No	392	93,33%
Si	28	6,66%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 37. Distribución de la población sujeto de estudio según si recibieron asesoría en anticoncepción después del aborto



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

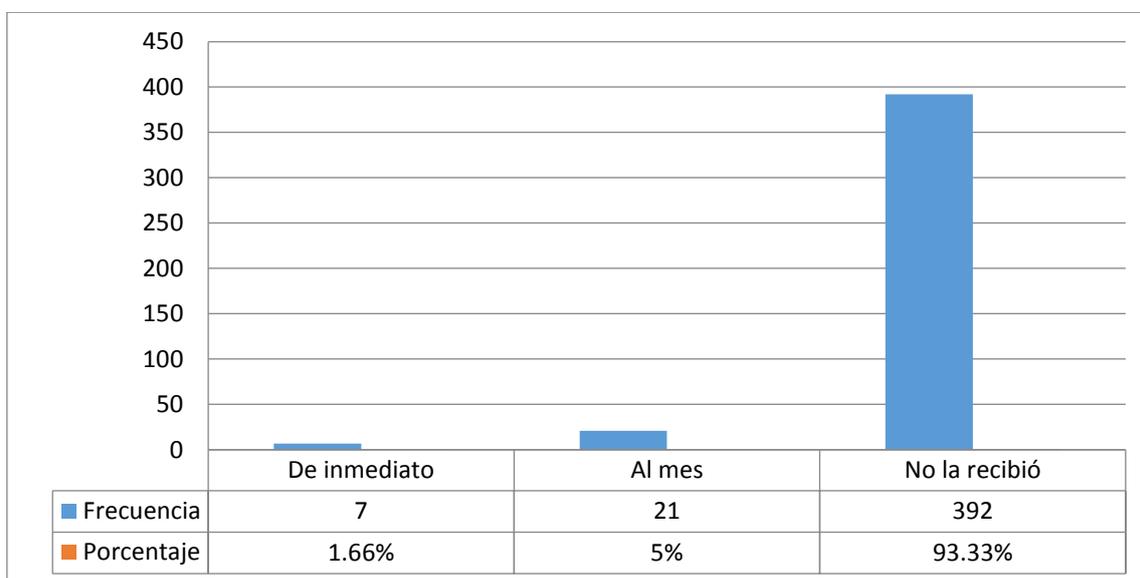
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 392(93%) no recibieron asesoría porque no han presentado aborto y 28(7%) si recibieron asesoría después del aborto, llama la atención que de las 28 mujeres que recibieron asesoría, 208 mujeres no tienen pareja estable, por lo tanto no favorece la prevención del embarazo.

Tabla 46. Distribución de la población sujeto de estudio según el momento en que le brindaron el método anticonceptivo

Después del aborto en que momento le brindaron el método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
De inmediato	7	1,66%
Al mes	21	5%
No la recibió	392	93,33%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 38. Distribución de la población sujeto de estudio según el momento en que le brindaron el método anticonceptivo



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

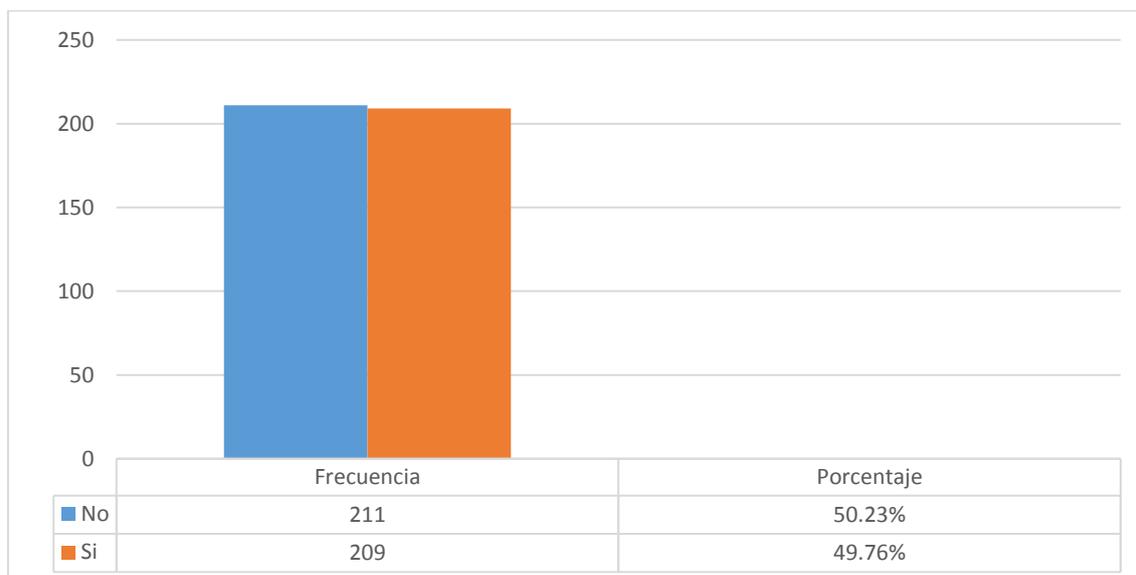
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 392(93%) no le brindaron método anticonceptivo por que no presentaron aborto, 21(5%) al mes y 7(2%) de inmediato le brindaron el método de anticoncepción. Llama la atención de las 7 mujeres que recibieron el método 2 mujeres cada una tiene 5 hijos de las cuales 208 no tienen pareja estable, lo cual no favorece la prevención del embarazo.

Tabla 47. Distribución de la población sujeto de estudio según si ha tenido cesárea

ha tenido cesárea	Frecuencia	Porcentaje
No	211	50,23%
Si	209	49,76%
Total	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 39. Distribución de la población sujeto de estudio según si ha tenido cesárea



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

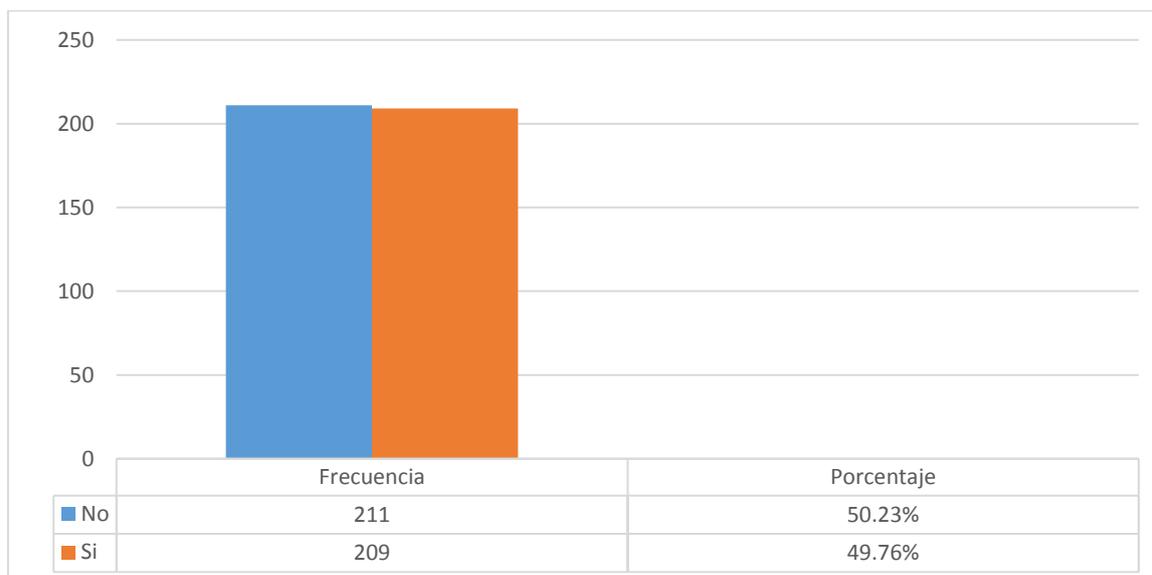
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 211(50%) no han tenido cesárea y el 209(50%) si han tenido cesárea.

Tabla 48. Distribución de la población sujeto de estudio según si le brindaron la asesoría en anticoncepción después de la cesárea

Después de la cesárea le brindaron la asesoría de anticoncepción	Frecuencia	Porcentaje
No	211	50,23%
Si	209	49,76%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 40. Distribución de la población sujeto de estudio según si le brindaron la asesoría en anticoncepción después de la cesárea



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

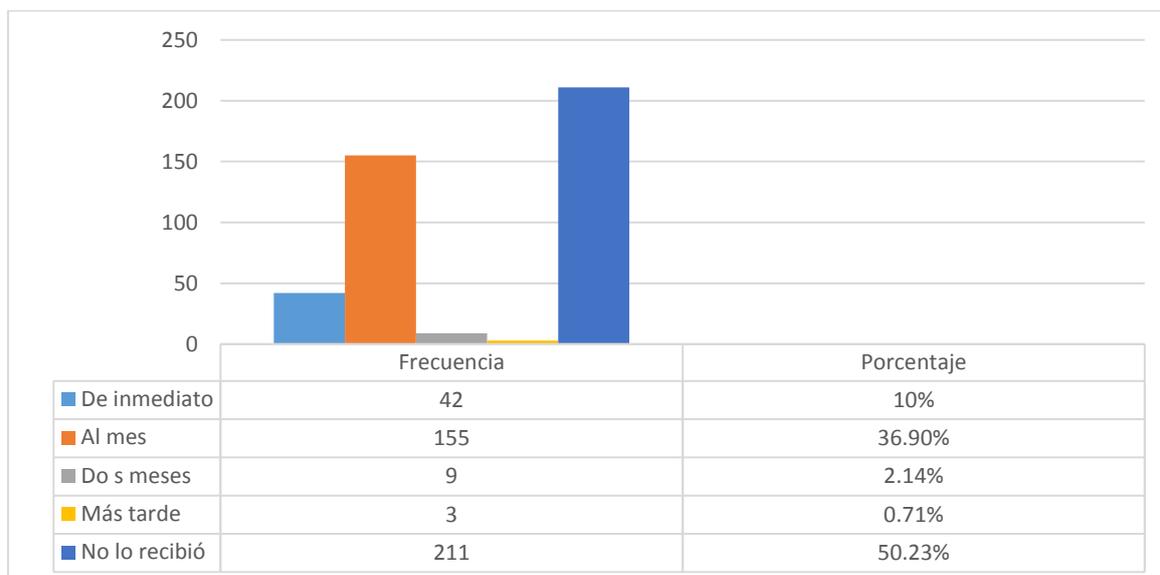
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 211(50%) después de la cesárea no le brindaron asesoría en anticoncepción y 209(50%) después de la cesárea si le brindaron asesoría en anticoncepción.

Tabla 49. Distribución de la población sujeto de estudio según el momento en que le brindaron el método anticonceptivo

Después de la cesárea en que momento le brindaron el método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
De inmediato	42	10%
Al mes	155	36,90%
Do s meses	9	2,14%
Más tarde	3	0,71%
No lo recibió	211	50,23%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 41. Distribución de la población sujeto de estudio según el momento en que le brindaron el método anticonceptivo



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

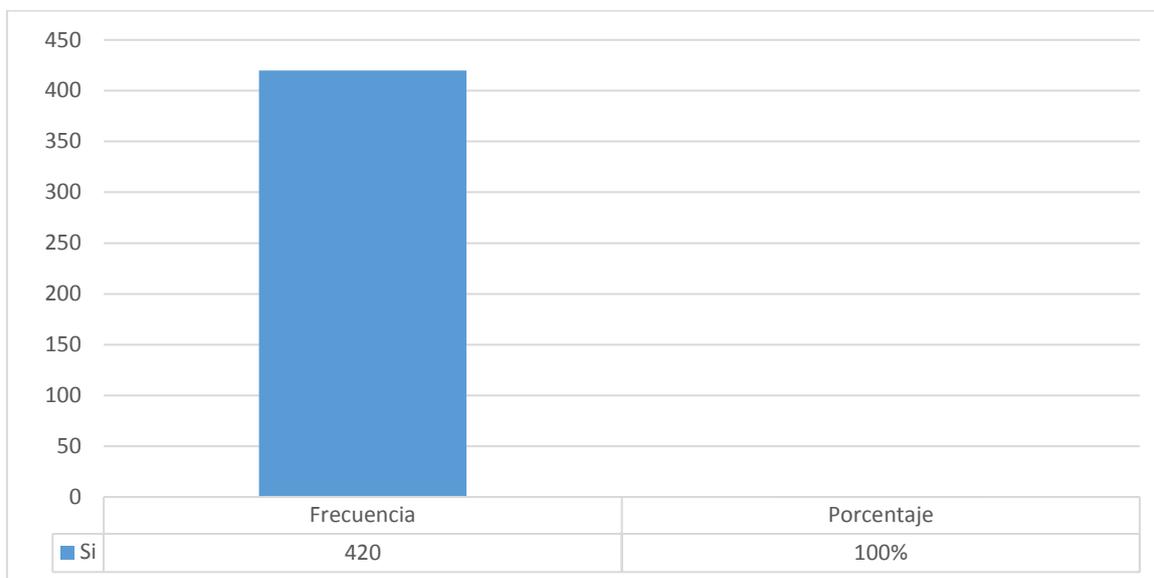
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 211(50%) no le brindaron el método anticonceptivo porque no le realizaron cesárea, 155(37%) le brindaron el método anticonceptivo al mes, 42(10%) le brindaron de inmediato el método de anticoncepción “pomeroy”.

Tabla 50. Distribución de la población sujeto de estudio según si recibió asesoría para iniciar la anticoncepción

Recibió asesoría para iniciar la anticoncepción	Frecuencia	Porcentaje
Si	420	100%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 42. Distribución de la población sujeto de estudio según si recibió asesoría para iniciar la anticoncepción



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 420(100%) si recibieron la asesoría para iniciar anticoncepción.

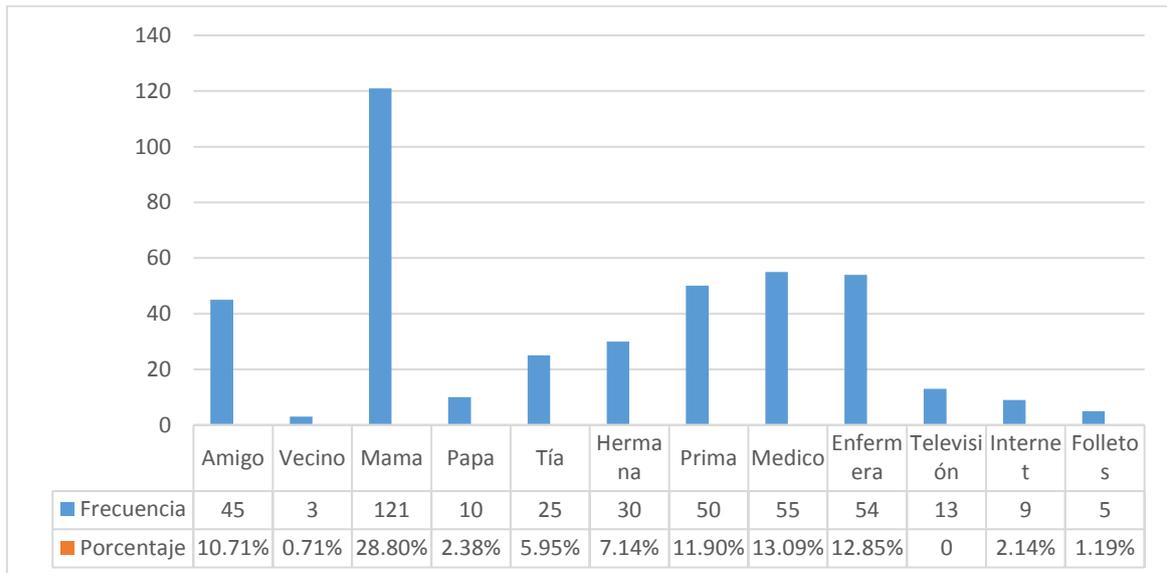
Tabla 51. Distribución de la población sujeto de estudio según de quién recibió consejería para inicio de la anticoncepción

De quien recibió consejería para inicio de la anticoncepción	Frecuencia	Porcentaje
Amigo	45	10,71%
Vecino	3	0,71%
Mama	121	28,80%
Papa	10	2,38%
Tía	25	5,95%
Hermana	30	7,14%
Prima	50	11,90%
Medico	55	13,09%
Enfermera	54	12,85%
Televisión	13	3,09%
Internet	9	2,14%

Folleto	5	1,19%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 43. Distribución de la población sujeto de estudio según de quién recibió consejería para inicio de la anticoncepción



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 121(29%) recibieron consejería de la mama, 54(13%) de enfermería y 10(2%) recibió consejería del papa.

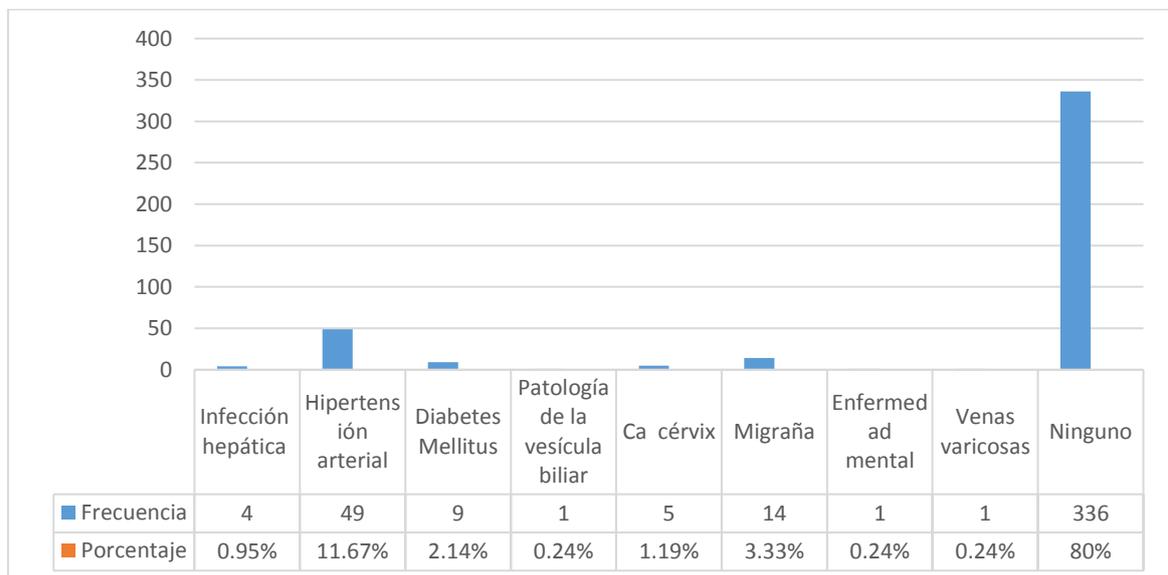
Tabla 52 Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes patológicos

Antecedentes patológicos	Frecuencia	Porcentaje
Infección hepática	4	0,95%
Hipertensión arterial	49	11,67%
Diabetes Mellitus	9	2,14%
Patología de la vesícula biliar	1	0,24%
Ca cérvix	5	1,19%

Migraña	14	3,33%
Enfermedad mental	1	0,24%
Venas varicosas	1	0,24%
Ninguno	336	80%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 44. Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes patológicos



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

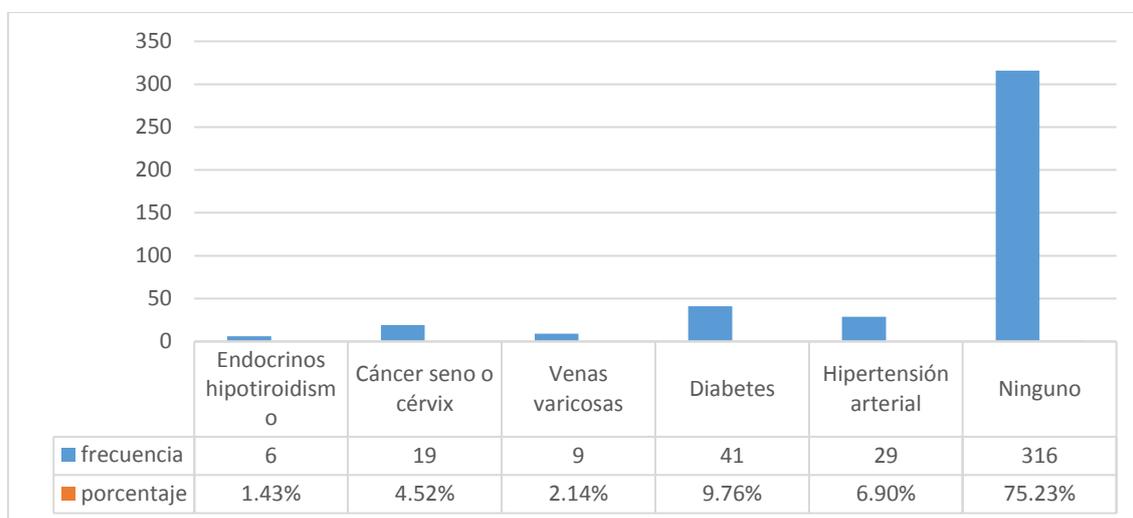
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 336(80%) no presentan antecedentes patológicos, 49(12%) presentan antecedente de hipertensión arterial y 9(2%) presentan antecedentes de diabetes mellitus.

Tabla 53. Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes familiares

Antecedentes familiares	frecuencia	Porcentaje
Endocrinos hipotiroidismo	6	1,43%
Cáncer seno o cérvix	19	4,52%
Venas varicosas	9	2,14%
Diabetes	41	9,76%
Hipertensión arterial	29	6,90%
Ninguno	316	75,23%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 45. Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes familiares



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

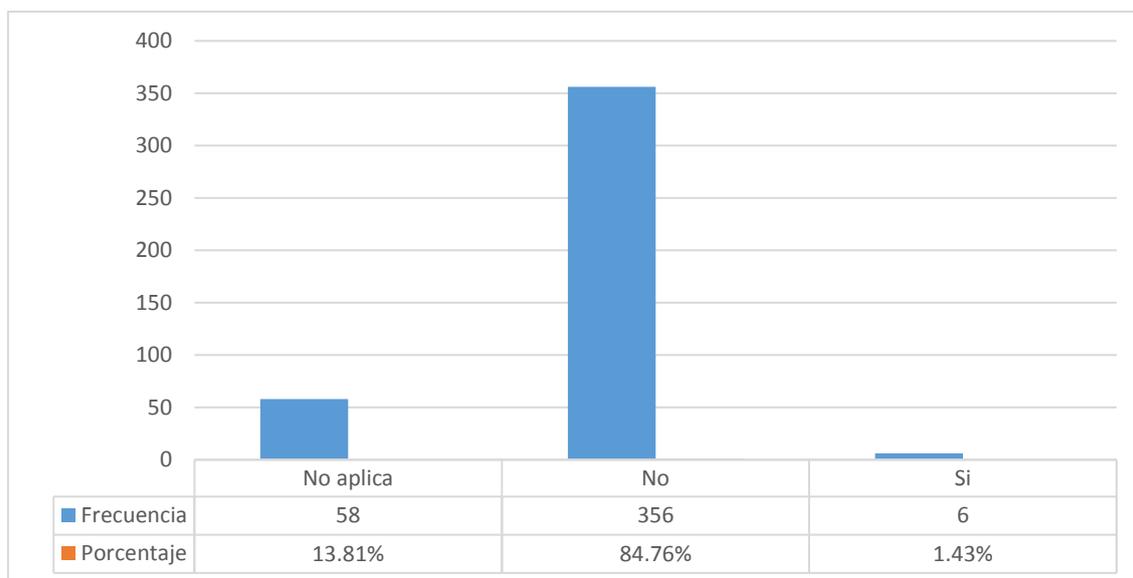
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 316(75%) no presentan antecedentes familiares, 41(10%) presentan antecedentes patológicos familiares de diabetes mellitus y 29(7%) presentan antecedentes de hipertensión arterial.

Tabla 54. Distribución de la población sujeto de estudio según la condición genética fue tomada en cuenta

La condición genética fue tomada en cuenta	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	58	13,81%
No	356	84,76%
Si	6	1,43%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 46. Distribución de la población sujeto de estudio según la condición genética fue tomada en cuenta



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

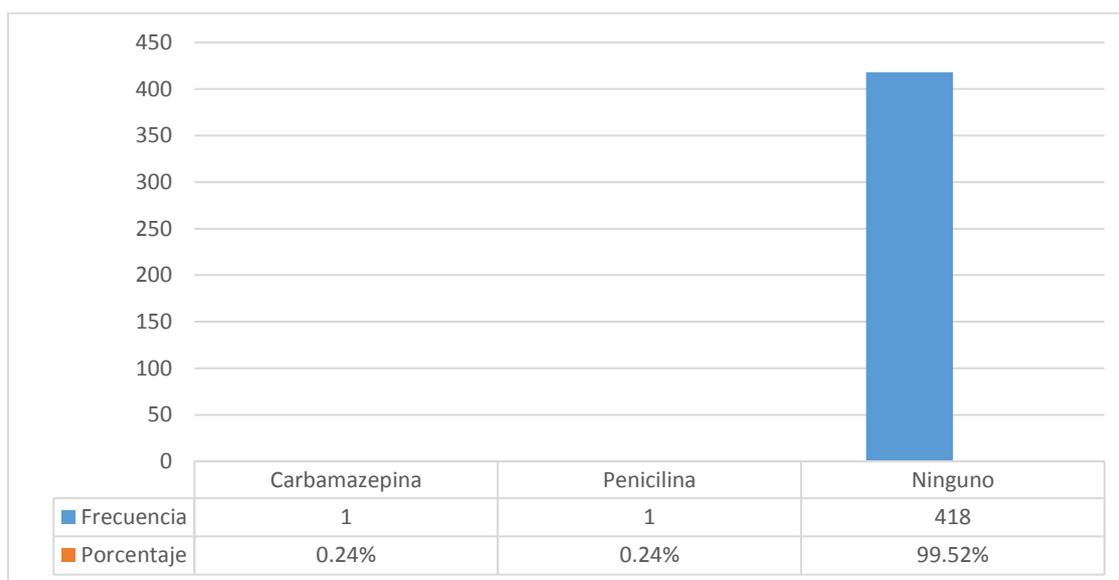
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que el 356(85%) refieren que no fue tomada la condición genética, y 58(14%) si tuvieron en cuenta la condición genética.

Tabla 55. Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes farmacológicos

Antecedentes farmacológicos	Frecuencia	Porcentaje
Carbamazepina	1	0,24%
Penicilina	1	0,24%
Ninguno	418	99,52%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 47. Distribución de la población sujeto de estudio según antecedentes farmacológicos



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

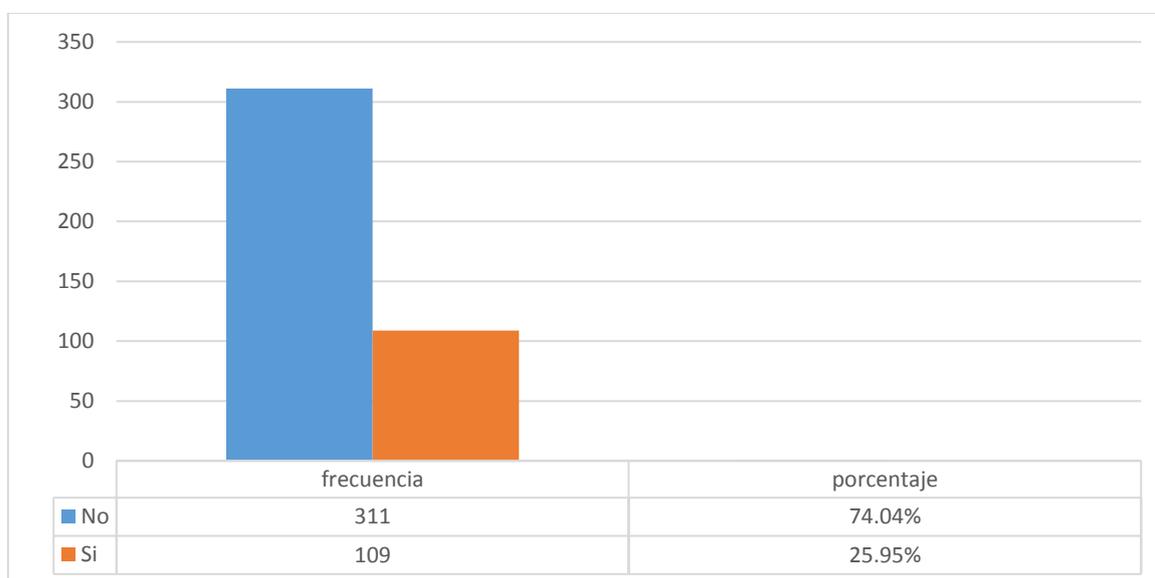
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que el 418(100%) refieren no tener antecedentes farmacológicos, 1(0,24%) presenta antecedentes con carbamazepina y 1(0,24%) presenta antecedentes con penicilina.

Tabla 56. Distribución de la población sujeto de estudio según si asiste a controles de planificación familiar

Asiste a controles de planificación familiar	frecuencia	Porcentaje
No	311	74,04%
Si	109	25,95%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 48. Distribución de la población sujeto de estudio según si asiste a controles de planificación familiar



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

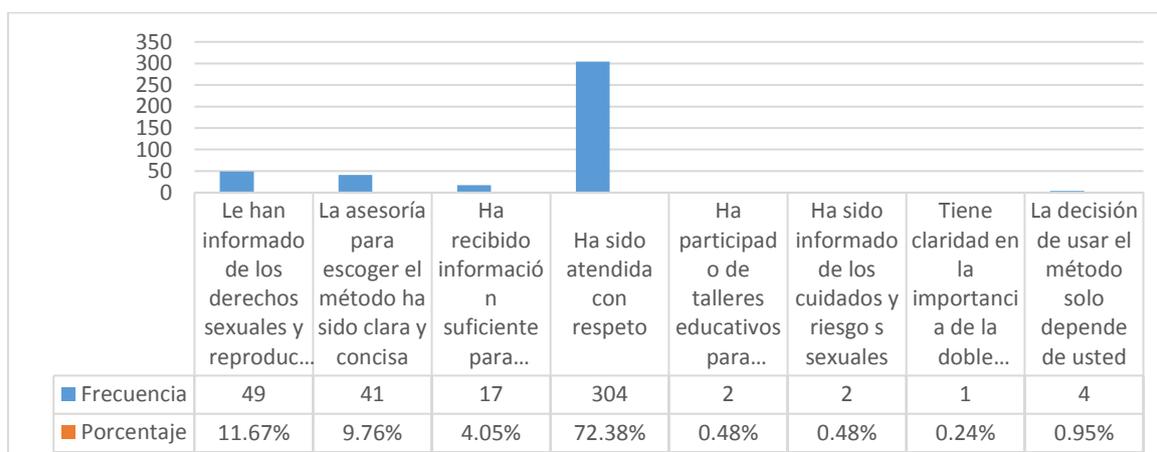
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 311(74%) no asisten a los controles de planificación familiar y 109(26%) si asisten a controles de planificación familiar. Llama la atención de las 311 que no asisten a controles de planificación familiar 212 mujeres tiene pareja estable, se puede evidenciar de que no hay adherencia a los métodos, lo cual no favorece esta práctica de prevención del embarazo.

Tabla 57. Distribución de la población sujeto de estudio según la opinión que tienen frente a las consultas de anticoncepción

Con relación a las consultas de anticoncepción puede decir que	Frecuencia	Porcentaje
Le han informado de los derechos sexuales y reproductivos	49	11,67%
La asesoría para escoger el método ha sido clara y concisa	41	9,76%
Ha recibido información suficiente para conocer el método que usa	17	4,05%
Ha sido atendida con respeto	304	72,38%
Ha participado de talleres educativos para informarse de la anticoncepción	2	0,48%
Ha sido informado de los cuidados y riesgos sexuales	2	0,48%
Tiene claridad en la importancia de la doble protección	1	0,24%
La decisión de usar el método solo depende de usted	4	0,95%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015

Grafica 49. Distribución de la población sujeto de estudio según la opinión que tienen frente a las consultas de anticoncepción



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

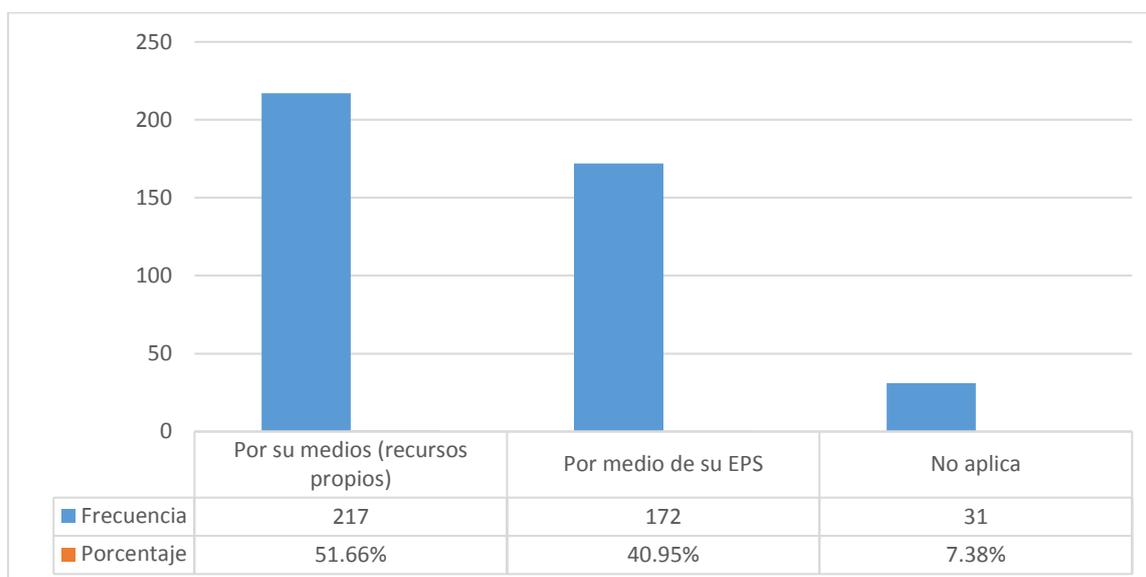
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 304(72%) frente a la consulta de anticoncepción ha sido con respeto, 49(12%) le han informado de los derechos sexuales y reproductivos y 1(0,24%) tiene claridad en la importancia de la doble protección.

Tabla 58. Distribución de la población sujeto de estudio según cómo ha adquirido su método de planificación familiar

Como ha adquirido su método de planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
Por su medios (recursos propios)	217	51,66%
Por medio de su EPS	172	40,95%
No aplica	31	7,38%
TOTAL	420	100

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 50. Distribución de la población sujeto de estudio según cómo ha adquirido su método de planificación familiar



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 217(52%) han adquirido su método de planificación familiar por sus propios recursos, 171(41%) adquirieron su método por medio de su EPS y 31(7%) no se encuentran planificando

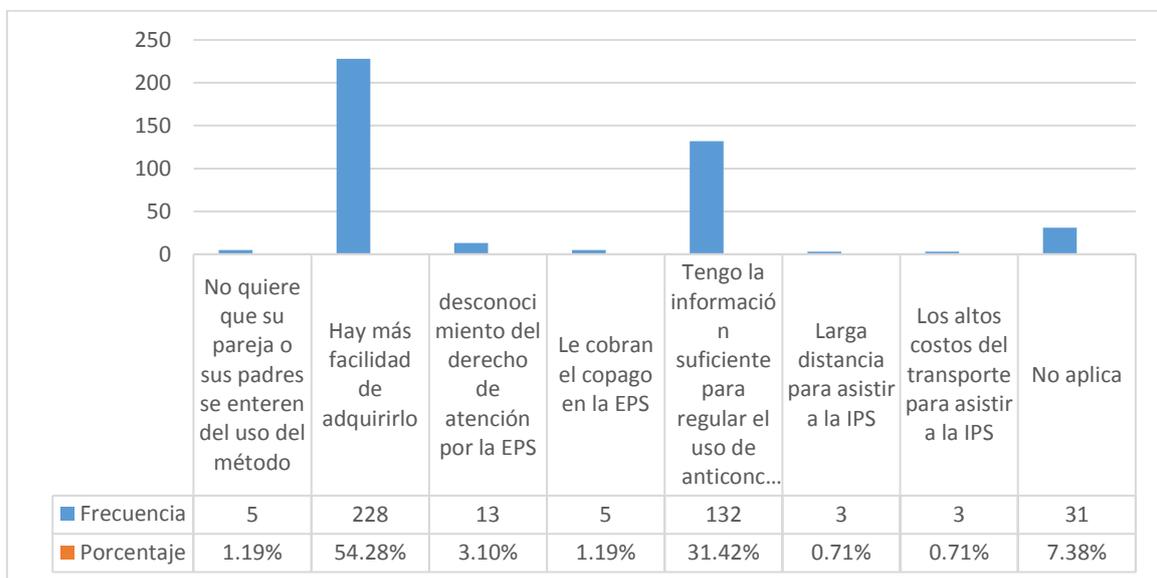
Tabla 59. Distribución de la población sujeto de estudio según como adquirió el método por fuera del sistema de salud "particular" lo hizo por

Si adquirió el método por fuera del sistema de salud "particular" lo hizo por	Frecuencia	Porcentaje
No quiere que su pareja o sus padres se enteren del uso del método	5	1,19%
Hay más facilidad de adquirirlo	228	54,28%
desconocimiento del derecho de atención por la EPS	13	3,10%
Le cobran el copago en la EPS	5	1,19%
Tengo la información suficiente para regular el uso de anticonceptivos	132	31,42%
Larga distancia para asistir a la IPS	3	0,71%

Los altos costos del transporte para asistir a la IPS	3	0,71%
No aplica	31	7,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 51. Distribución de la población sujeto de estudio según como adquirió el método por fuera del sistema de salud "particular" lo hizo por



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

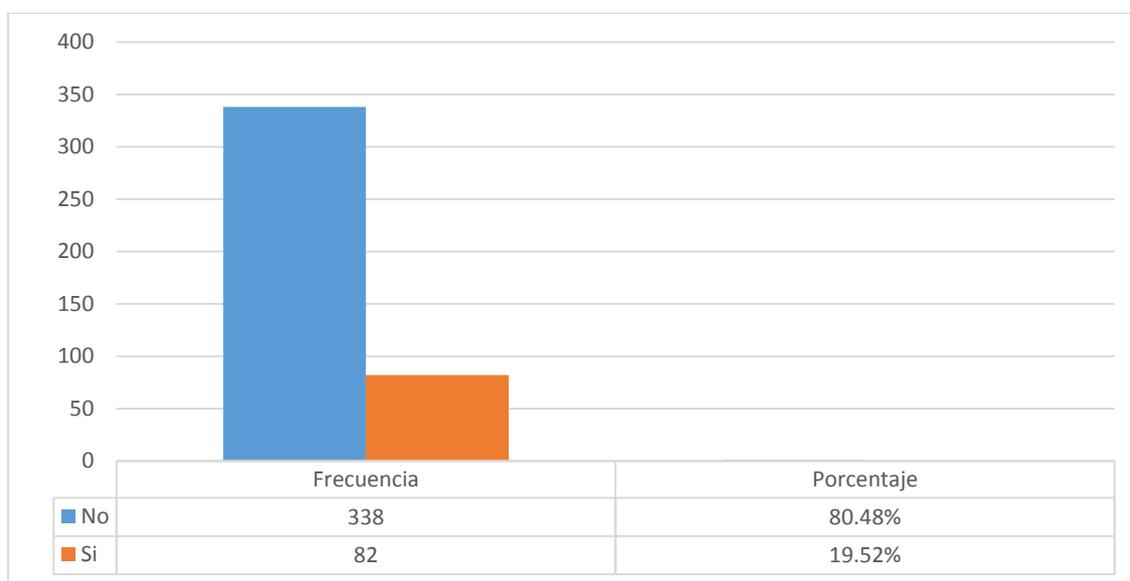
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 228(54%) adquirió el método por fuera del sistema de salud porque hay más facilidad de adquirirlo, 132(31%) lo adquirió por particular porque tiene la información suficiente para regular el método de anticoncepción y 31(7.38%) no se encuentran planificando.

Tabla 60. Distribución de la población sujeto de estudio según ha recibido visitas domiciliarias de la secretaria de salud

Ha recibido visitas domiciliarias de la secretaria de salud	Frecuencia	Porcentaje
No	338	80,48%
Si	82	19,52%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 52. Distribución de la población sujeto de estudio según ha recibido visitas domiciliarias de la secretaria de salud



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

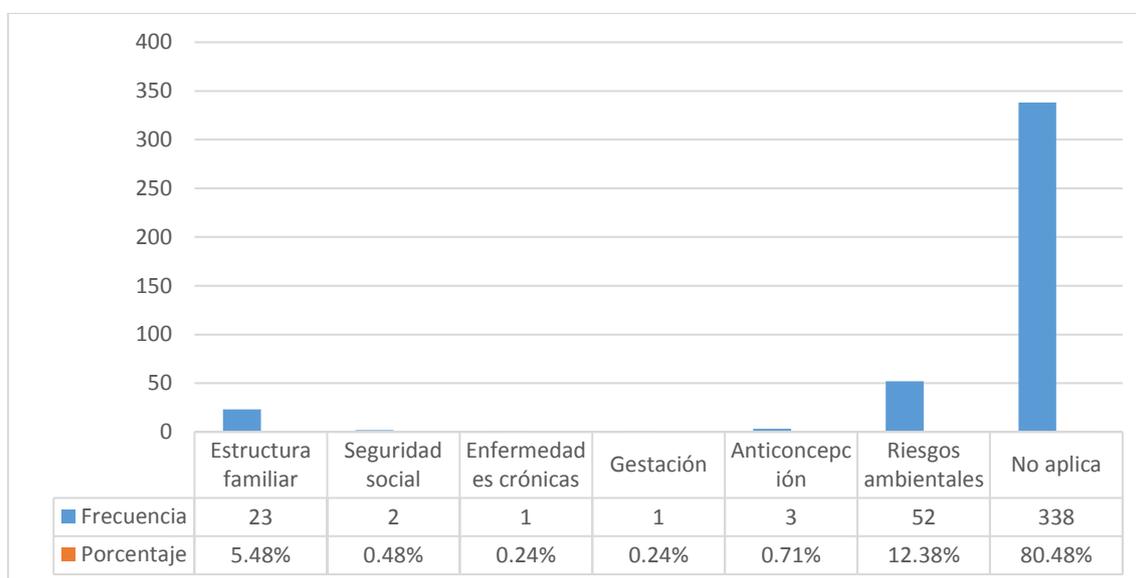
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que el 338(80%) no han recibido visitas domiciliarias de la secretaria de salud, y 82(20%) si han recibido las visitas domiciliarias.

Tabla 61. Distribución de la población sujeto de estudio según visita domiciliaria para verifica

Para verificar	Frecuencia	Porcentaje
Estructura familiar	23	5,48%
Seguridad social	2	0,48%
Enfermedades crónicas	1	0,24%
Gestación	1	0,24%
Anticoncepción	3	0,71%
Riesgos ambientales	52	12,38%
No aplica	338	80,48%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 53. Distribución de la población sujeto de estudio según visita domiciliaria para verifica



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

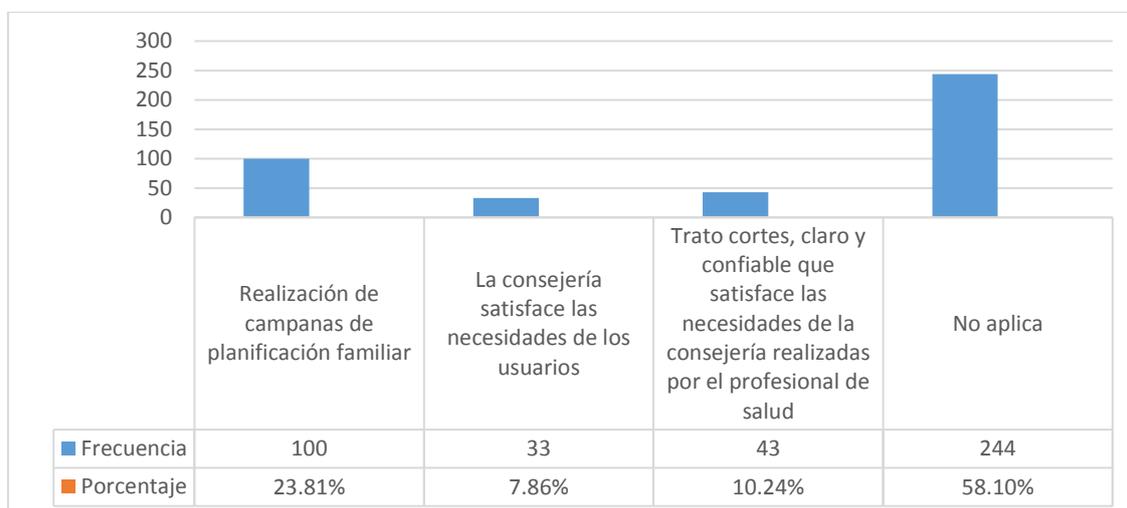
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 338(80%) no refieren, 52(12%) se realiza la visita para verificar riesgos ambientales, y 3(0,71%) se realiza la visita domiciliaria para anticoncepción.

Tabla 62. Distribución de la población sujeto de estudio según considera que la IPS está cumpliendo en la atención a los usuarios en

Considera que la IPS está cumpliendo en la atención a los usuarios en	Frecuencia	Porcentaje
Realización de campanas de planificación familiar	100	23,81%
La consejería satisface las necesidades de los usuarios	33	7,86%
Trato cortés, claro y confiable que satisface las necesidades de la consejería realizadas por el profesional de salud	43	10,24%
No aplica	244	58,10%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 54. Distribución de la población sujeto de estudio según considera que la IPS está cumpliendo en la atención a los usuarios en



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que el 244(58%) no refiere, 100(24%) realizan campañas de planificación familiar y 33(8%) refieren que la consejería satisface las necesidades de los usuarios en la atención.

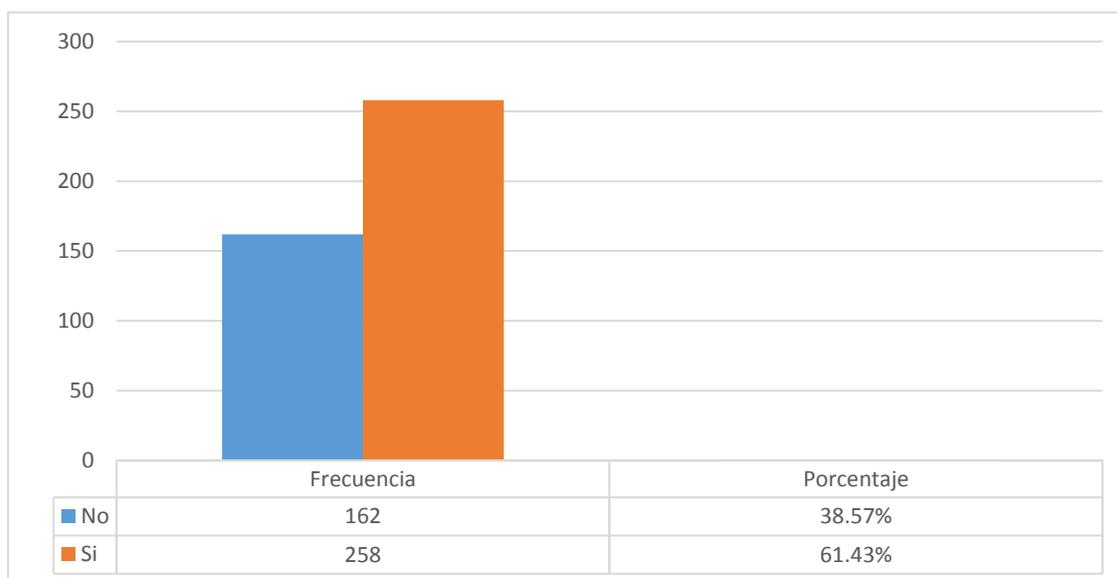
9.5.1 Adherencia a la Anticoncepción.

Tabla 63. Distribución de la población sujeto de estudio según conoce sus derechos sexuales y reproductivos

Conoce sus derechos sexuales y reproductivos	Frecuencia	Porcentaje
No	162	38,57%
Si	258	61,43%
Total	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 55. Distribución de la población sujeto de estudio según conoce sus derechos sexuales y reproductivos



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

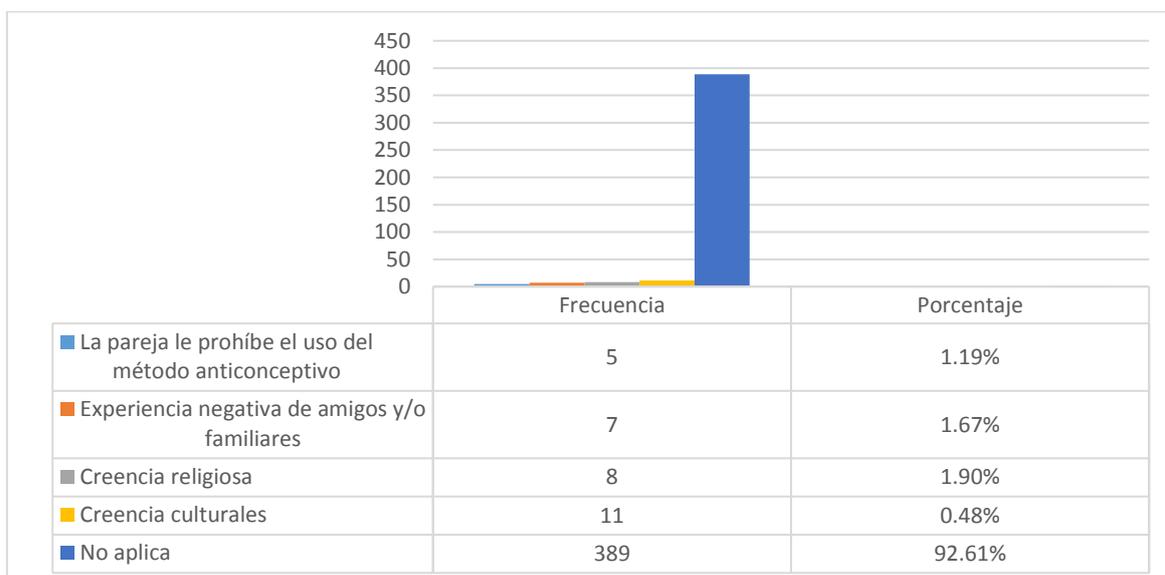
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 258(61%) si conocen sus derechos sexuales y reproductivos, y 162(39%) no conocen sus derechos sexuales y reproductivos.

Tabla 64. Distribución de la población sujeto de estudio según ha rechazado algún método anticonceptivo por

Ha rechazado algún método anticonceptivo por	Frecuencia	Porcentaje
La pareja le prohíbe el uso del método anticonceptivo	5	1,19%
Experiencia negativa de amigos y/o familiares	7	1,67%
Creencia religiosa	8	1,90%
Creencia culturales	11	0,48%
No aplica	389	92,61%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 56. Distribución de la población sujeto de estudio según ha rechazado algún método anticonceptivo por



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

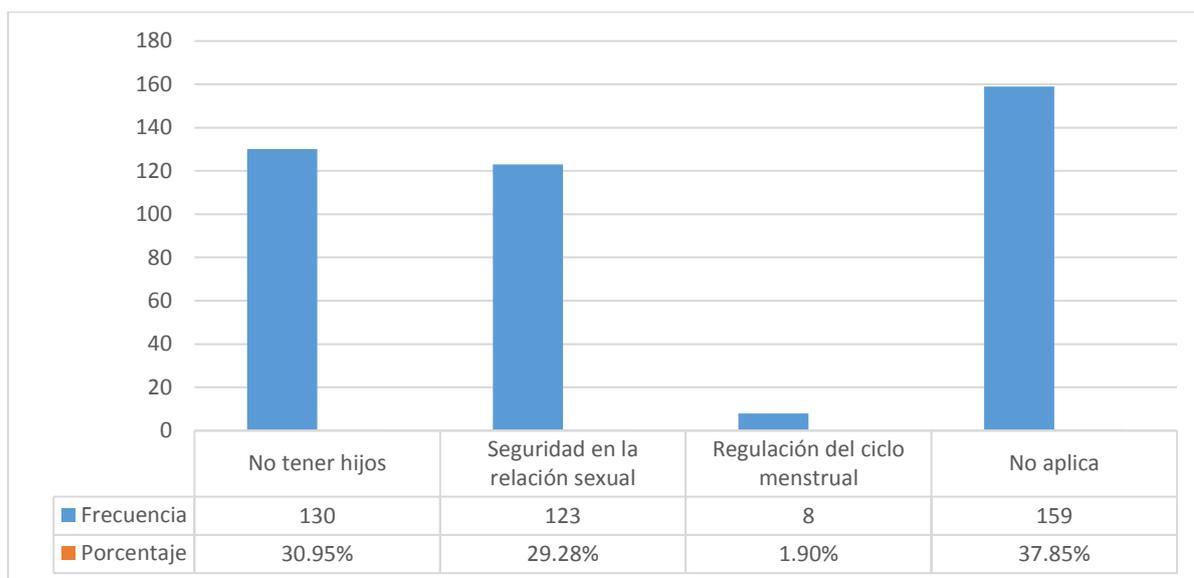
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 389(93%) no aplica por lo que se encuentran planificando actualmente, 11(0,48%) lo han rechazado por creencias culturales y 5(1,19%) lo rechazaron porque la pareja le prohíbe el uso del método anticonceptivo.

Tabla 65. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha aceptado el método anticonceptivo para

Ha aceptado el método anticonceptivo para	Frecuencia	Porcentaje
No tener hijos	130	30,95%
Seguridad en la relación sexual	123	29,28%
Regulación del ciclo menstrual	8	1,90%
No aplica	159	37,85%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 57. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha aceptado el método anticonceptivo para



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

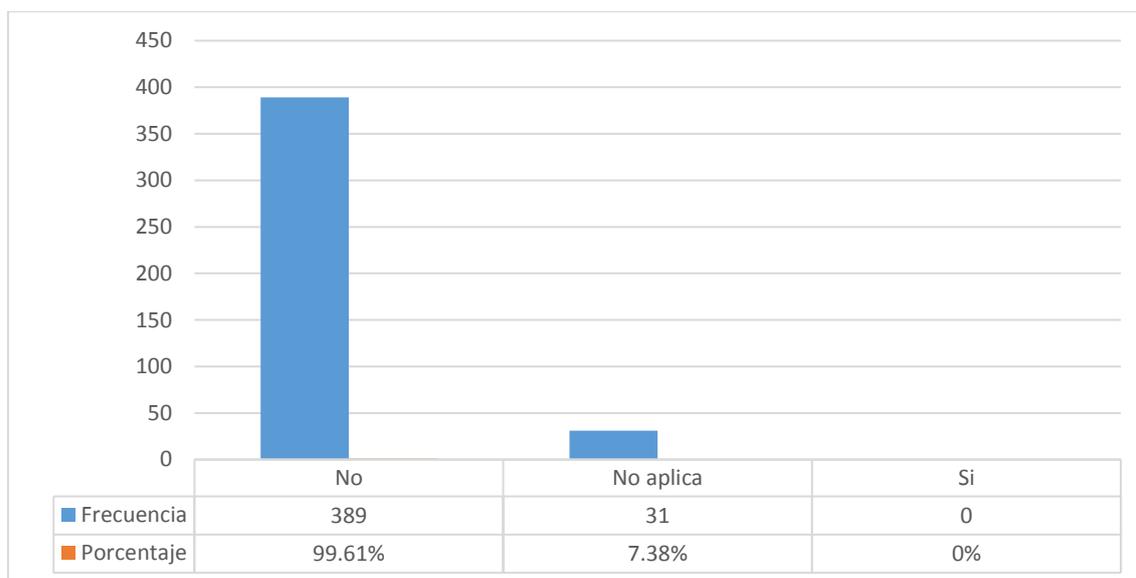
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 159(38%) no tienen hijos, 130(31%) aceptaron el método anticonceptivo para no tener hijos y 123(29%) aceptaron el método anticonceptivo para seguridad en la relación sexual. Llama la atención de las 159 mujeres que no tienen hijos 31 no planifican lo cual no favorece la prevención del embarazo.

Tabla 66. Distribución de la población sujeto de estudio según; considera que su situación económica interfiere en el momento de acceder a la consulta de planificación familiar

Considera que su situación económica interfiere en el momento de acceder a la consulta de planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
No	389	99,61%
No aplica	31	7,38%
Si	0	0%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 58. Distribución de la población sujeto de estudio según; considera que su situación económica interfiere en el momento de acceder a la consulta de planificación familiar



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

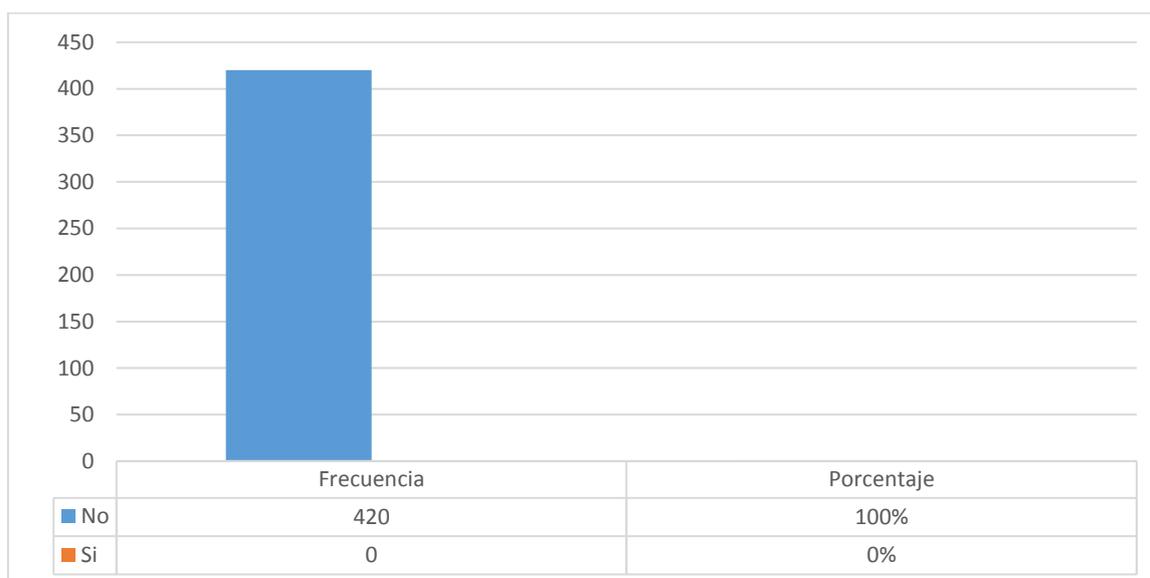
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 389(100%) no considera que su situación económica interfiera para acceder a la consulta de planificación familiar y 31(7%) no se encuentran planificando.

Tabla 67. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha tenido que dar un aporte económico para recibir la consulta de planificación familiar

Ha tenido que dar un aporte económico para recibir la consulta de planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
No	420	100%
Si	0	0%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 59. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha tenido que dar un aporte económico para recibir la consulta de planificación familiar



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

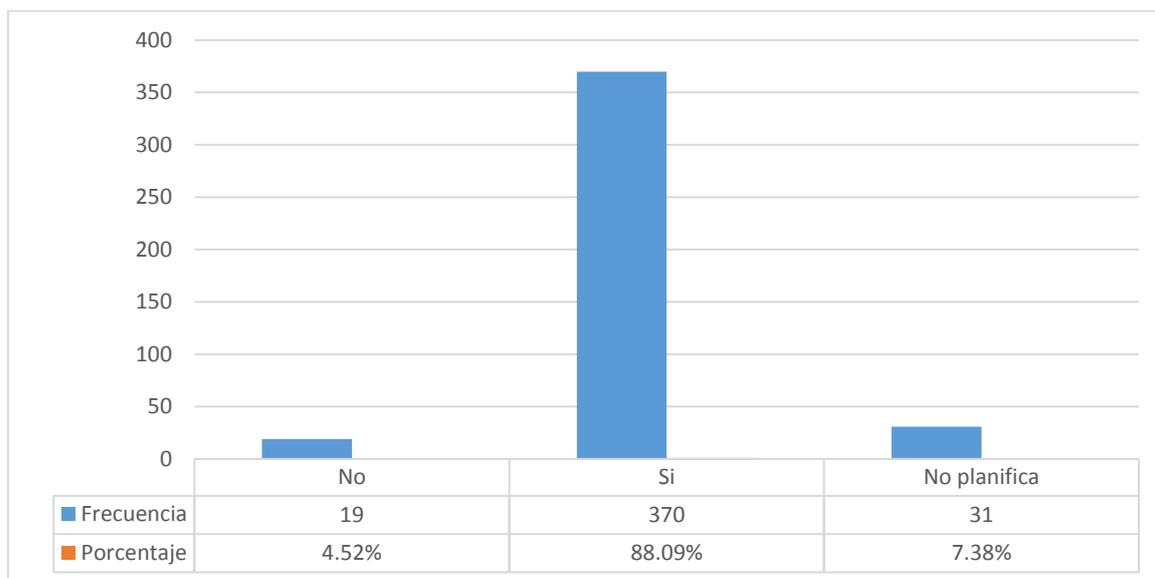
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 420(100%) no ha tenido que dar un aporte económico para recibir la consulta de planificación familiar.

Tabla 68. Distribución de la población sujeto de estudio según; si se siente satisfecha con el método anticonceptivo que está utilizando actualmente

Se siente satisfecho con el método anticonceptivo que está utilizando actualmente	Frecuencia	Porcentaje
No	19	4,52%
Si	370	88,09%
No planifica	31	7,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 60. Distribución de la población sujeto de estudio según; si se siente satisfecho con el método anticonceptivo que está utilizando actualmente



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

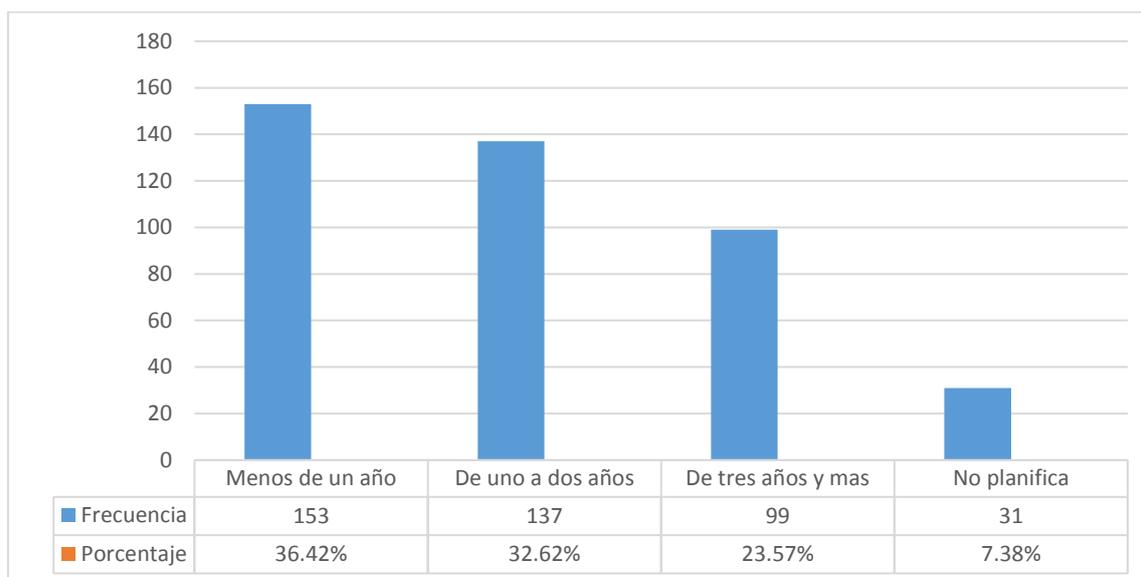
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 370(88%) si se sienten satisfecha con el método anticonceptivo que está utilizando actualmente, 19(5%) no se encuentran satisfechas y 31(7%) no se encuentran planificando

Tabla 69. Distribución de la población sujeto de estudio según; cuánto tiempo lleva utilizando este método

Cuánto tiempo lleva utilizando este método	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	153	36,42%
De uno a dos años	137	32,62%
De tres años y mas	99	23,57%
No planifica	31	7,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 61. Distribución de la población sujeto de estudio según; cuánto tiempo lleva utilizando este método



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

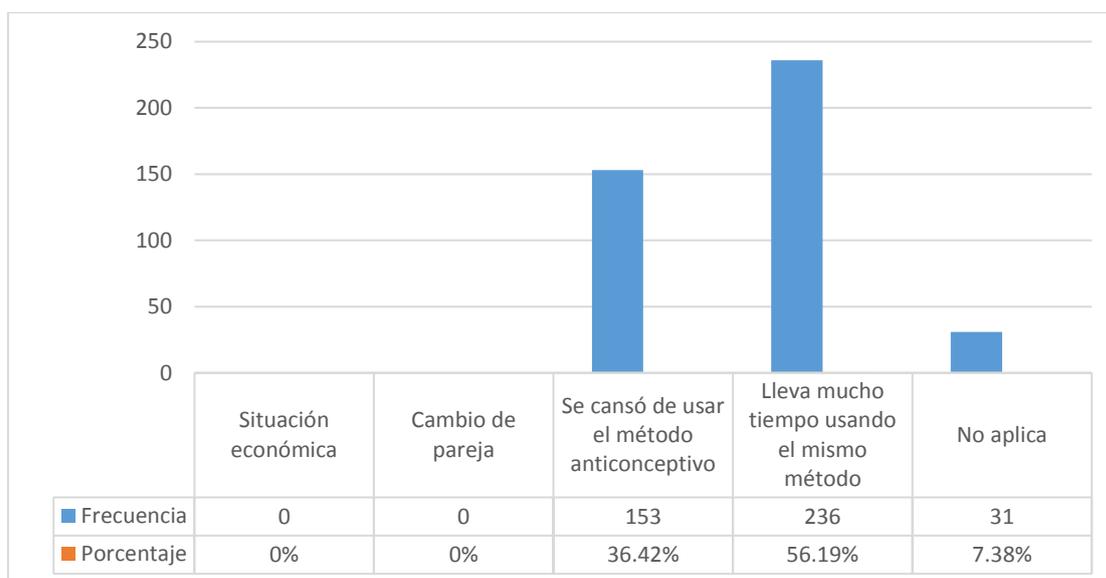
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 153(36%) lleva utilizando el método menos de un año, 137(33%) llevan utilizando de uno a dos años el método de anticoncepción, 99(24%) llevan utilizando de tres y más años y 31(7%) no se encuentran planificando.

Tabla 70. Distribución de la población sujeto de estudio según; el método anticonceptivo lo ha cambiado por

El método anticonceptivo lo ha cambiado por	Frecuencia	Porcentaje
Situación económica	0	0%
Cambio de pareja	0	0%
Se cansó de usar el método anticonceptivo	153	36,42%
Lleva mucho tiempo usando el mismo método	236	56,19%
No aplica	31	7,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 62. Distribución de la población sujeto de estudio según; el método anticonceptivo lo ha cambiado por



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

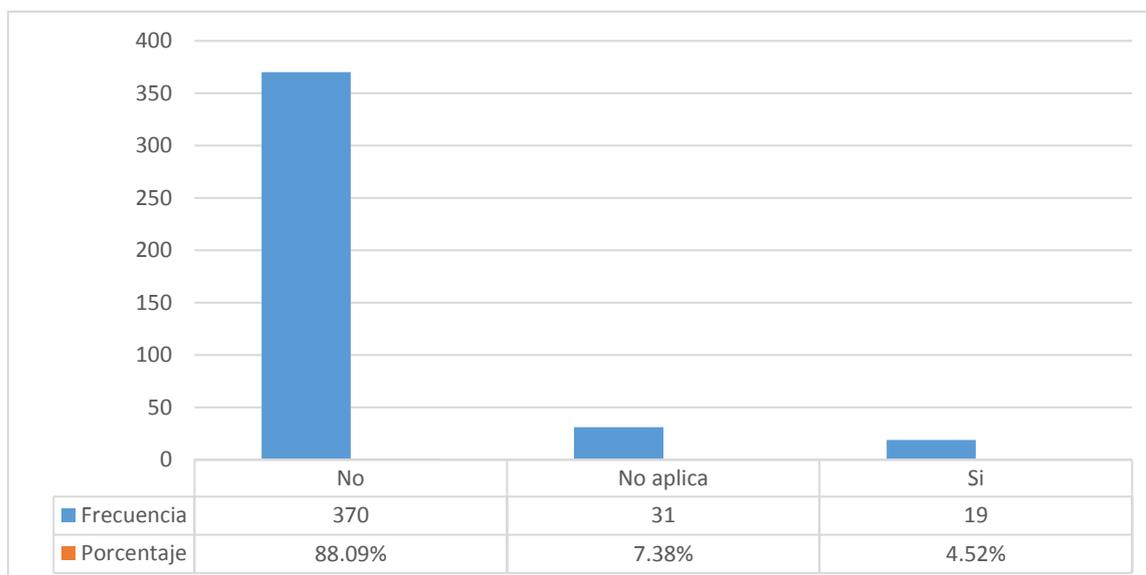
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 236(56%) el método anticonceptivo lo ha cambiado porque lleva mucho tiempo usando el mismo, 153(36%) se cansó de usar el método anticonceptivo y 31(7%) no se encuentran planificando.

Tabla 71. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha suspendido el uso de anticonceptivos

Ha suspendido el uso de anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
No	370	88,09%
No aplica	31	7,38%
Si	19	4,52%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 63. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha suspendido el uso de anticonceptivos



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

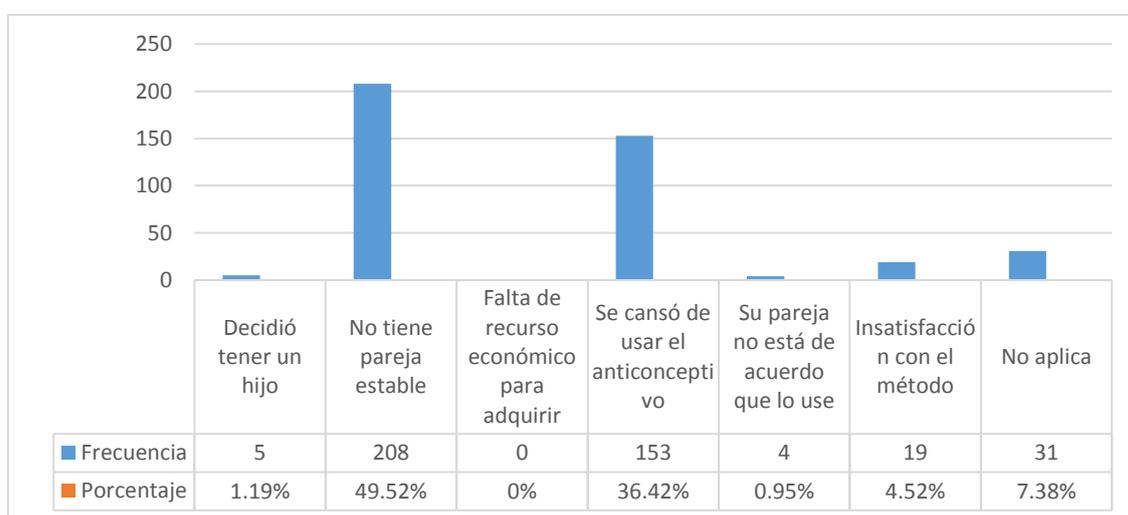
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 370(88%) no ha suspendido el uso del anticonceptivos, 19(5%) si ha suspendido el uso del anticonceptivo y 31(7%) no se encuentran planificando.

Tabla 72. Distribución de la población sujeto de estudio según; porque ha suspendido el uso de anticonceptivos

Porque ha suspendido el uso de anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Decidió tener un hijo	5	1,19%
No tiene pareja estable	208	49,52%
Falta de recurso económico para adquirir	0	0%
Se cansó de usar el anticonceptivo	153	36,42%
Su pareja no está de acuerdo que lo use	4	0,95%
Insatisfacción con el método	19	4,52%
No aplica	31	7,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 64. Distribución de la población sujeto de estudio según; porque ha suspendido el uso de anticonceptivos



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

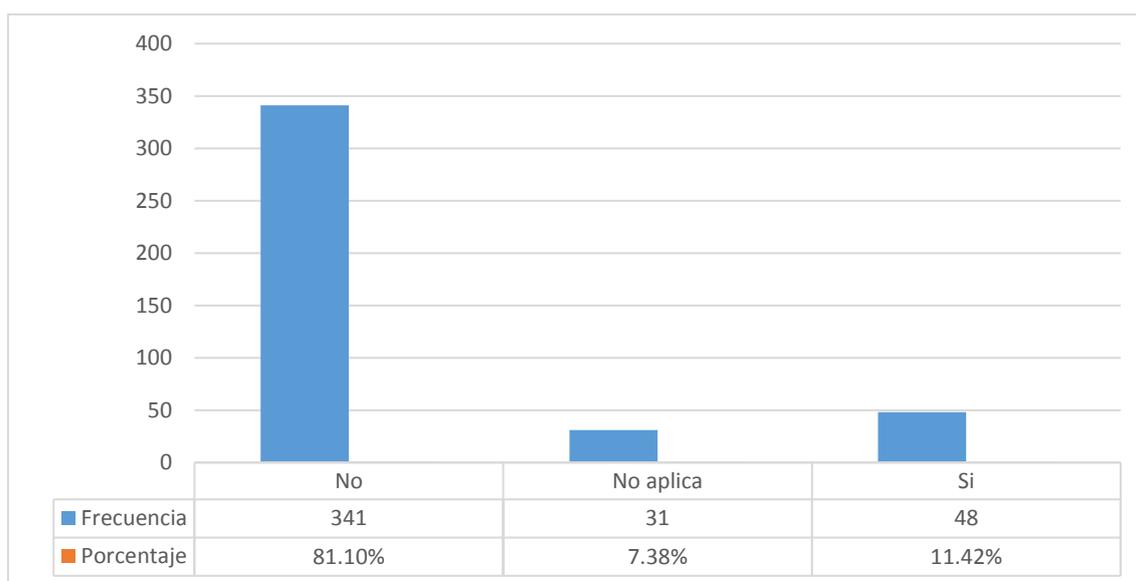
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 208(50%) han suspendido el uso de anticonceptivo porque no tienen pareja, 153(35%) suspendieron el anticonceptivo porque se cansó de usarlo, 31(7%) no se encuentran planificando y 19(5%) suspendieron el uso del anticonceptivo por insatisfacción.

Tabla 73. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha abandonado su método anticonceptivo

Ha abandonado su método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
No	341	81,1%
No aplica	31	7,38%
Si	48	11,42%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 65. Distribución de la población sujeto de estudio según; ha abandonado su método anticonceptivo



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

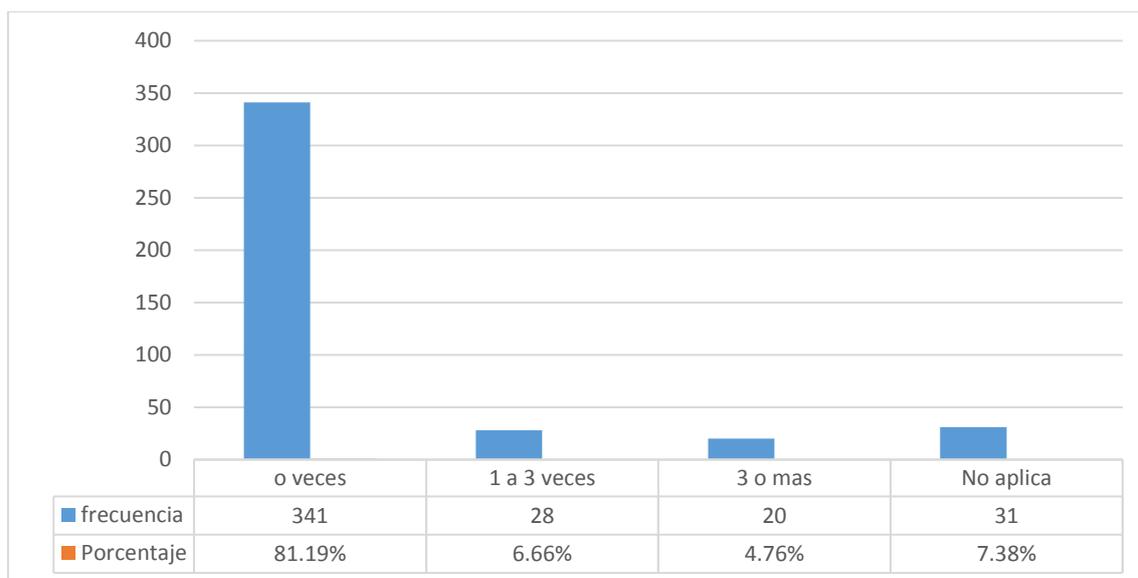
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 341(81%) no han abandonado su método anticonceptivo 48(11%) si han abandonado el método anticonceptivo y 31(/%) no se encuentran planificando.

Tabla 74. Distribución de la población sujeto de estudio según; cuántas veces ha abandonado su método anticonceptivo

Cuántas veces ha abandonado su método anticonceptivo	frecuencia	Porcentaje
o veces	341	81,19%
1 a 3 veces	28	6,66%
3 o mas	20	4,76%
No aplica	31	7,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 66. Distribución de la población sujeto de estudio según; cuántas veces ha abandonado su método anticonceptivo



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

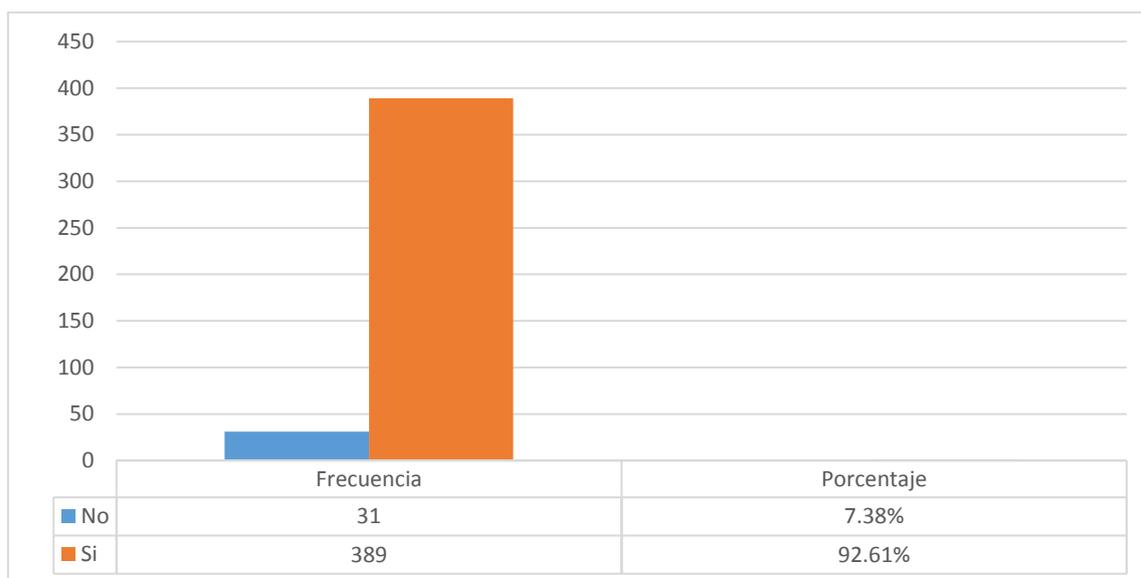
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 341(81%) no han abandonado su método anticonceptivo, 20(5%) ha abandonado su método anticonceptivo más de 3 veces y 31(7%) no se encuentran planificando

Tabla 75. Distribución de la población sujeto de estudio según; se le facilita acceder a la consulta de anticoncepción

Se le facilita acceder a la consulta de anticoncepción	Frecuencia	Porcentaje
No	31	7,38%
Si	389	92,61%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 67. Distribución de la población sujeto de estudio según; se le facilita acceder a la consulta de anticoncepción



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

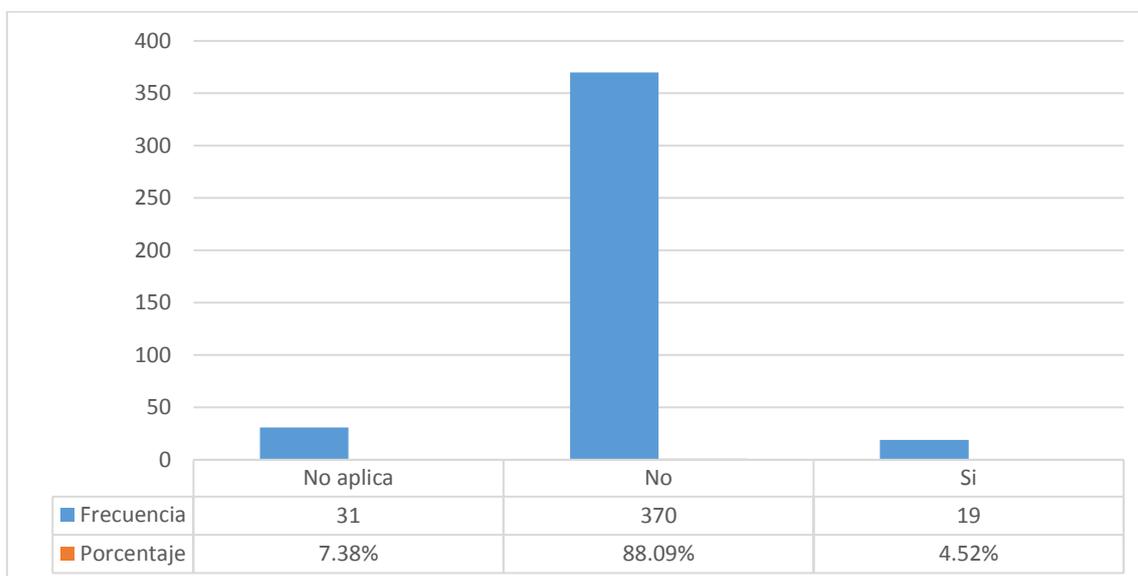
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 389(93%) si se les facilitan acceder a la consulta de anticoncepción y 31(7%) no por lo que no se encuentran planificando.

Tabla 76. Distribución de la población sujeto de estudio según; si ha tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de planificación familiar

Ha tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	31	7,38%
No	370	88,09%
Si	19	4,52%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 68. Distribución de la población sujeto de estudio según; si ha tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de planificación familiar



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

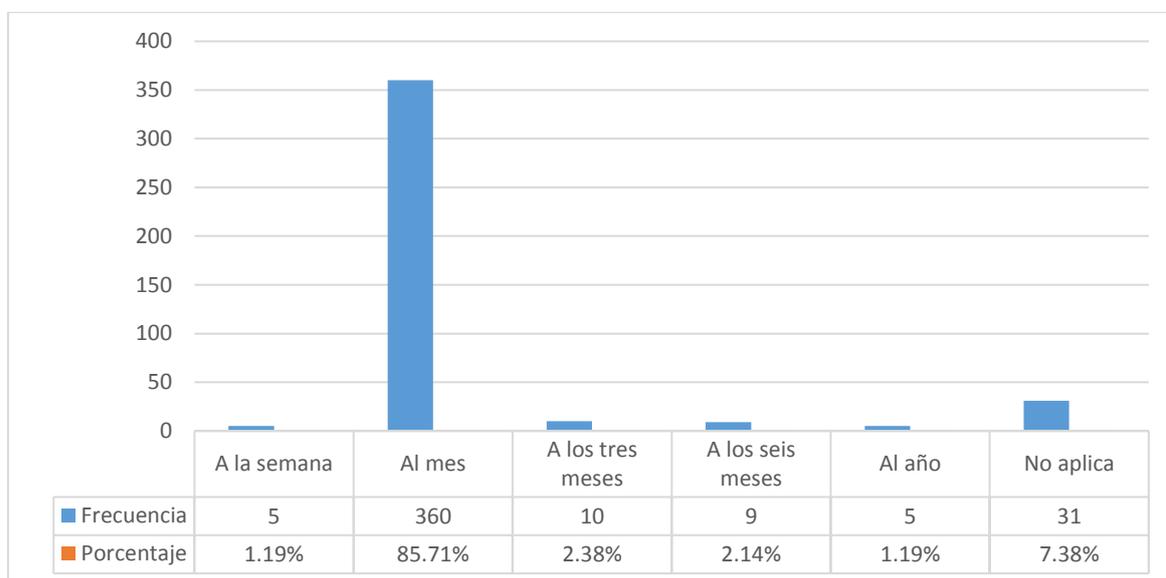
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 370(88%) no han tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de planificación familiar, 19(5%) si han tenido inconvenientes con su EPS para solicitar la consulta y 31(7%) no se encuentran planificando.

Tabla 77. Distribución de la población sujeto de estudio según; cada cuánto asiste a control de planificación familiar

Cada cuanto asiste a control de planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
A la semana	5	1,19%
Al mes	360	85,71%
A los tres meses	10	2,38%
A los seis meses	9	2,14%
Al año	5	1,19%
No aplica	31	7,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 69. Distribución de la población sujeto de estudio según; cada cuánto asiste a control de planificación familiar



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

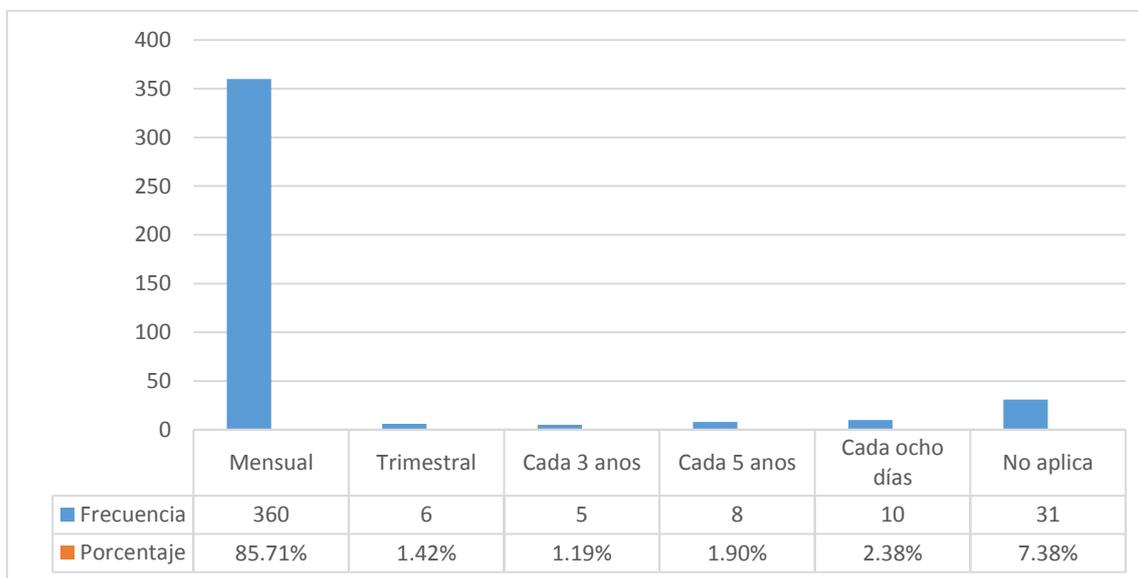
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 360(86%) asisten al mes para control de planificación familiar, 5(1%) asisten al año y 31(7%) no se encuentran planificando.

Tabla 78. Distribución de la población sujeto de estudio según; la inversión para adquirir el método anticonceptivo es

La inversión para adquirir el método anticonceptivo es	Frecuencia	Porcentaje
Mensual	360	85,71%
Trimestral	6	1,42%
Cada 3 años	5	1,19%
Cada 5 años	8	1,90%
Cada ocho días	10	2,38%
No aplica	31	7,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 70. Distribución de la población sujeto de estudio según; la inversión para adquirir el método anticonceptivo es



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

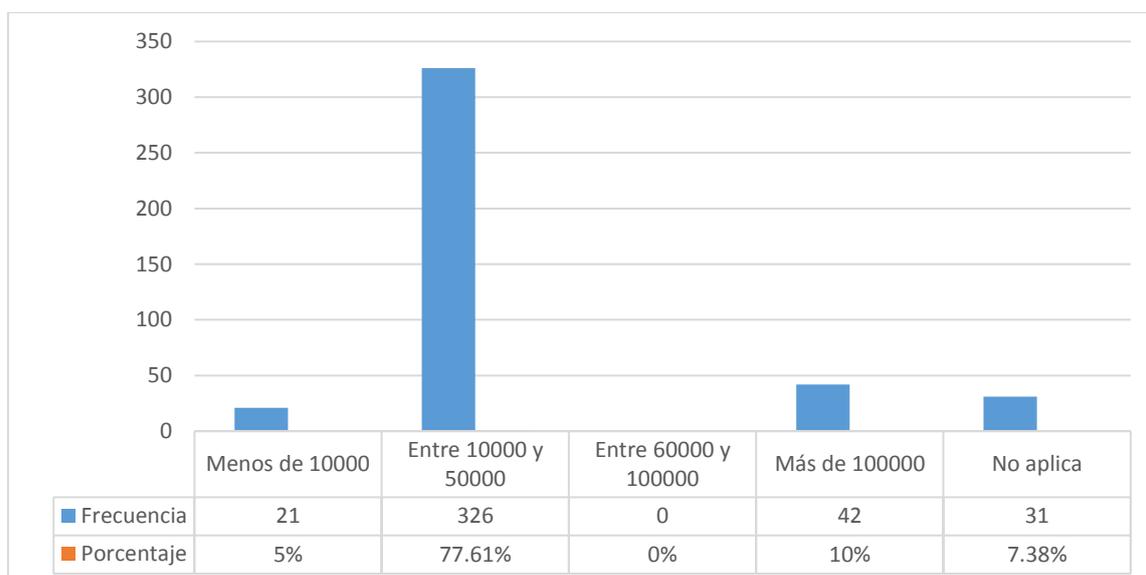
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 360(86%) la inversión para adquirir el método anticonceptivo es mensual, 5(1%) lo adquiere cada 3 años y 31(7%) no se encuentran planificando.

Tabla 79. Distribución de la población sujeto de estudio según; el valor del método esta entre

El valor del método está entre	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 10000	21	5%
Entre 10000 y 50000	326	77,61%
Entre 60000 y 100000	0	0%
Más de 100000	42	10%
No aplica	31	7,38%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Gráfica 71. Distribución de la población sujeto de estudio según; el valor del método esta entre



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

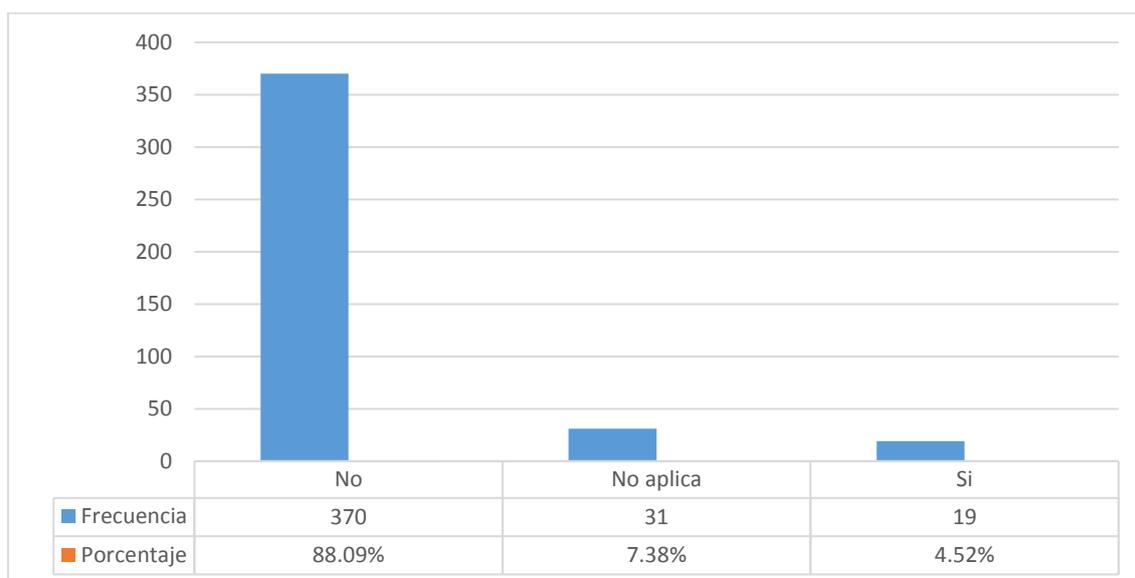
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 326(78%) el valor del método anticonceptivo esta entre \$10.000 y \$50.000, 42(10%) se encuentra más de \$100.000 y 31(7%) no se encuentran planificando.

Tabla 80. Distribución de la población sujeto de estudio según; si le gustaría cambiar su método anticonceptivo actual

Le gustaría cambiar su método anticonceptivo actual	Frecuencia	Porcentaje
No	370	88,09%
No aplica	31	7,38%
Si	19	4,52%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 72. Distribución de la población sujeto de estudio según; si le gustaría cambiar su método anticonceptivo actual



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

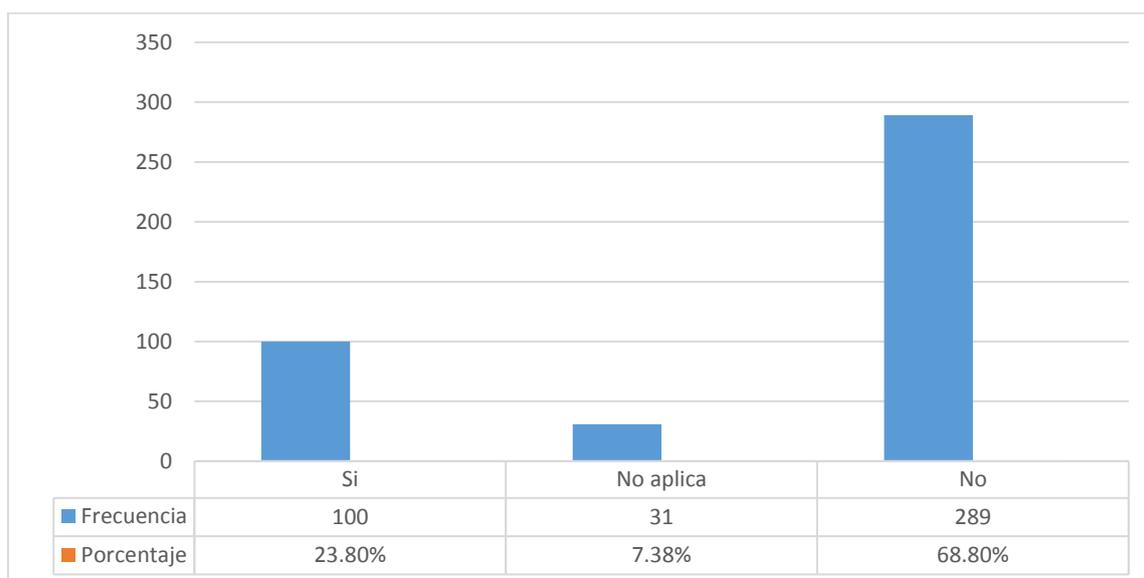
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 370(88%) no le gustaría cambiar el método anticonceptivo actual, 19(5%) si le gustaría cambiar y 31(7%) no se encuentran planificando.

Tabla 81. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su pareja la apoya en el uso del método anticonceptivo

Su pareja la apoya en el uso del método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	23,80%
No aplica	31	7,38%
No	289	68,80%
TOTAL	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 73. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su pareja la apoya en el uso del método anticonceptivo



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

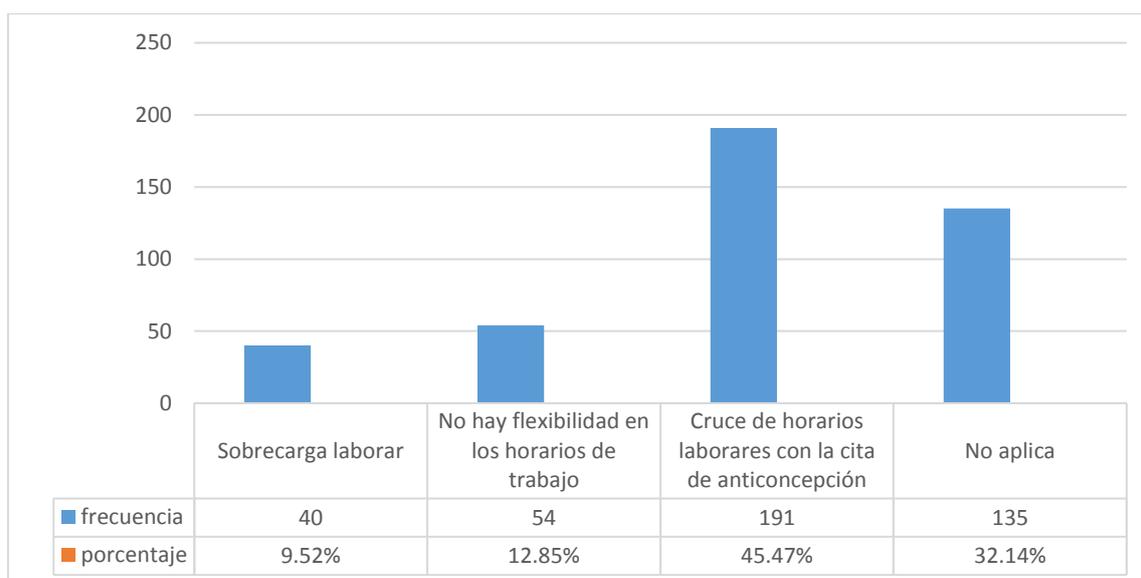
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 289(69%) la pareja no la apoya en el uso del método anticonceptivo, 100(24%) si la apoya con el método anticonceptivo y 31(7%) no se encuentran planificando.

Tabla 82. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su trabajo le impide asistir a la consulta de anticoncepción por

Su trabajo le impide asistir a la consulta de anticoncepción por	frecuencia	porcentaje
Sobrecarga laborar	40	9,52%
No hay flexibilidad en los horarios de trabajo	54	12,85%
Cruce de horarios laborales con la cita de anticoncepción	191	45,47%
No aplica	135	32,14%
Total	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 74. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su trabajo le impide asistir a la consulta de anticoncepción por



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

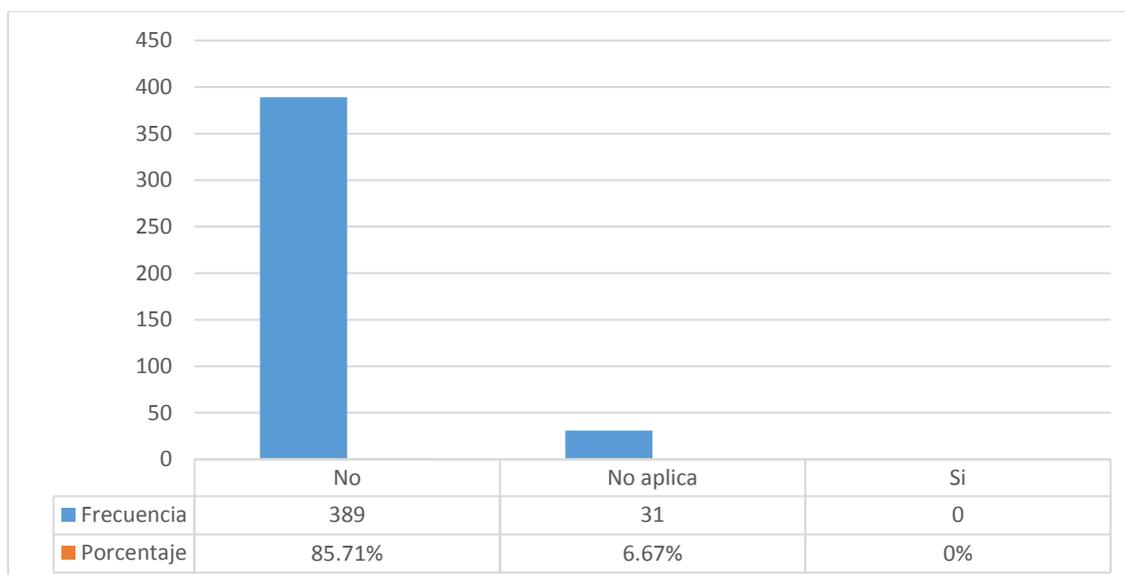
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 191(45%) su trabajo le impide asistir a la consulta de anticoncepción por el cruce e horarios laborales, 54(13%) no hay flexibilidad en los horarios de trabajo y 135(32%) son las mujeres que son ama de casa.

Tabla 83. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su estado de salud influye en las asistencias a las citas de anticoncepción

Su estado de salud influye en las asistencias a las citas de anticoncepción	Frecuencia	Porcentaje
No	389	85,71%
No aplica	31	6,67%
Si	0	0%
total	420	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 75. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su estado de salud influye en las asistencias a las citas de anticoncepción



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

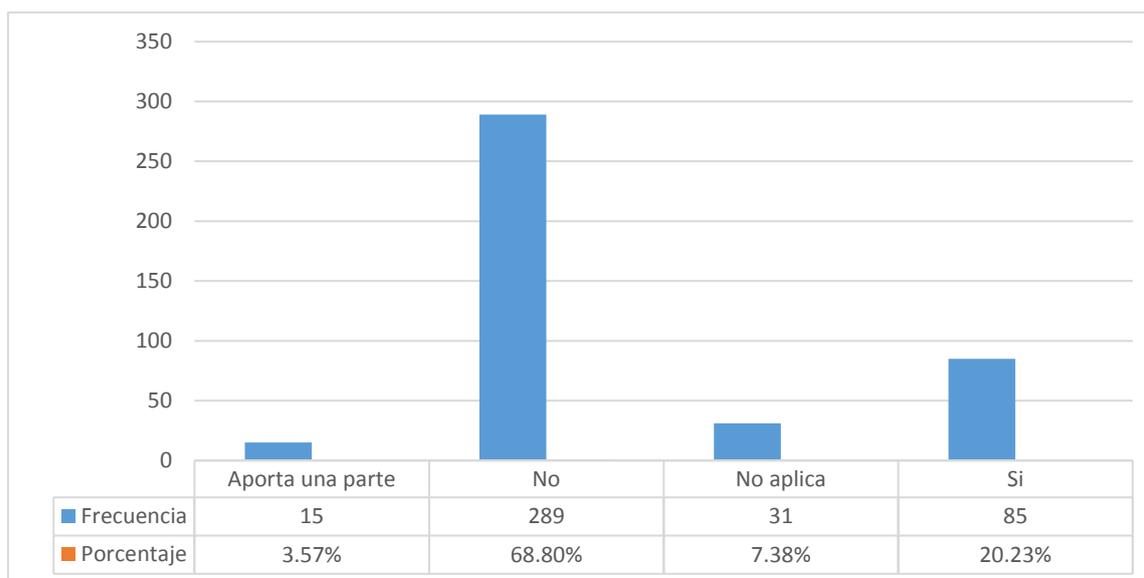
Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 389(86%) su estado de salud no influye en las asistencias a las citas de anticoncepción, 31(7%) no se encuentran planificando.

Tabla 84. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su pareja le compra el método anticonceptivo

Su pareja le compra el método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Aporta una parte	15	3,57%
No	289	68,80%
No aplica	31	7,38%
Si	85	20,23%
TOTAL	419	100%

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot-Cundinamarca 2015.

Grafica 76. Distribución de la población sujeto de estudio según; si su pareja le compra el método anticonceptivo



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Interpretación: De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 289(69%) su pareja no le compra el método anticonceptivo, 85(20%) su pareja si le compra el método, 15(4%) su pareja aporta una parte para la compra del método y 31(7%) no se encuentran planificando.

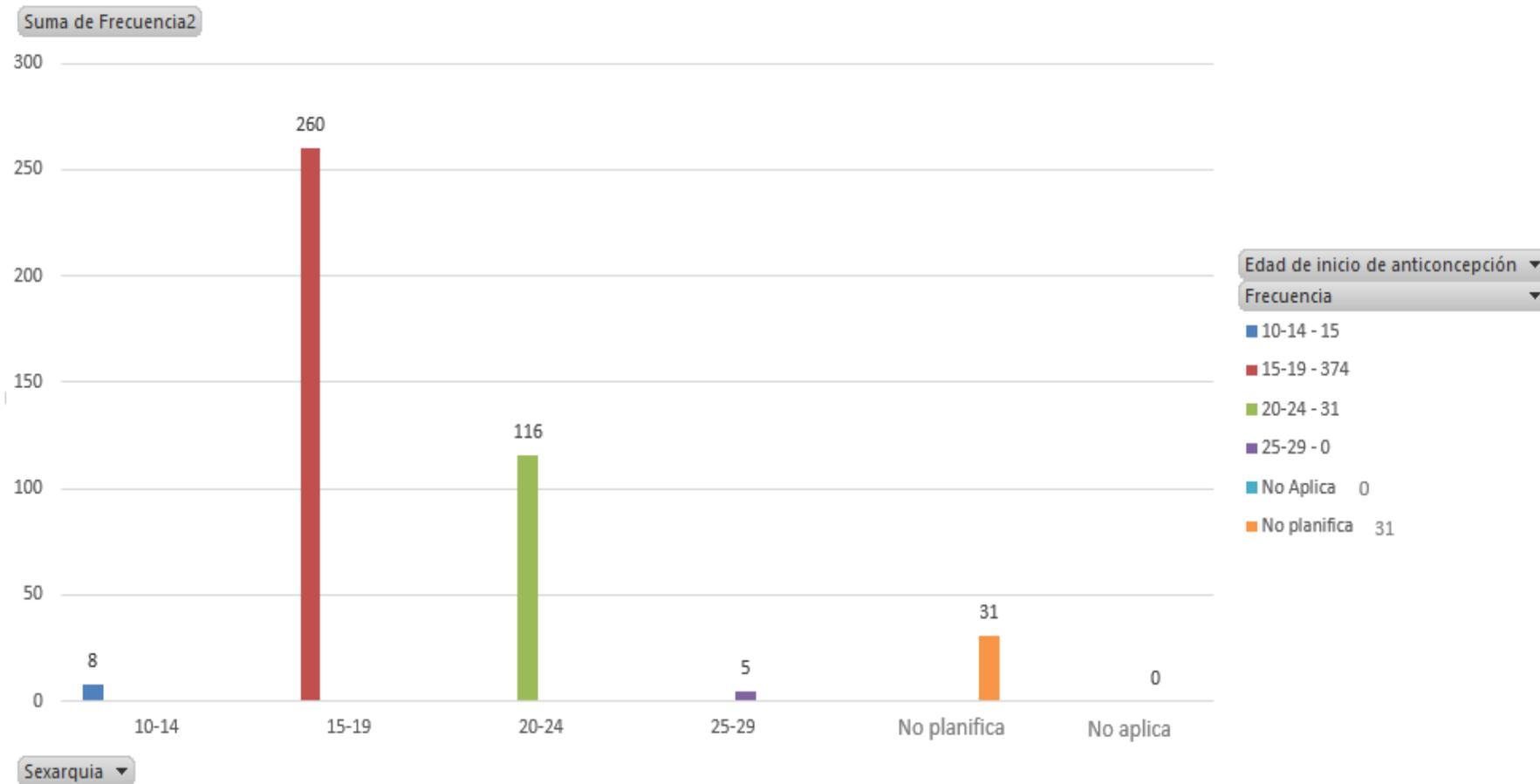
9.6 Interpretación Cruce de Variables

Tabla 85. Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs Sexarquia

Edad de inicio	Sexarquia												
	10-14 Años	Total 10-14	15-19 Años	Total 15-19	20-24 Años	Total 20-24	25-29 Años	Total 25-29	No Aplica	Total No Aplica	No planifica	Total No planifica	Total general
	15		374		31		0				0		
10-14 Años	8	8											8
15-19 Años			260	260									260
20-24 Años					116	116							116
25-29 Años							5	5					5
No Aplica											31	31	31
									0	0			0
Total general	8	8	260	260	116	116	5	5	0	0	31	31	420

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 77. Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs Sexarquia



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Análisis: De las 420 mujeres sujeto de estudio en el rango de 20 a 29 años, se observa que las edades predominantes en el inicio de la anticoncepción y sexarquia son:

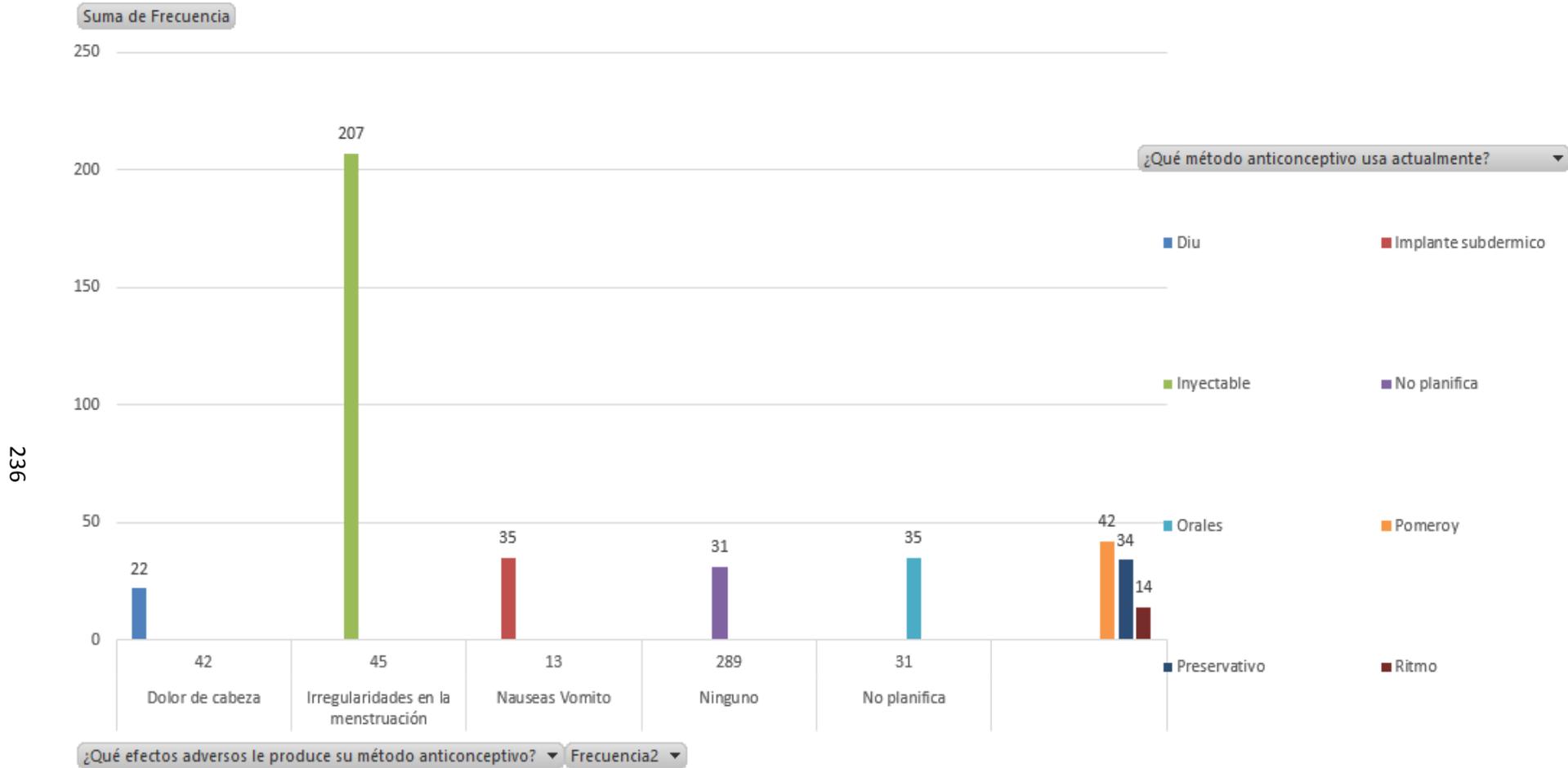
- A las edades de 15 a 19 años equivalentes a (89%) 374 mujeres iniciaron la sexarquia.
- A las edades de 20 a 24 años equivalentes a (7%) 31 mujeres iniciaron la sexarquia.
- A las edades de 10 a 14 años equivalentes a (4%) 15 mujeres iniciaron la sexarquia.
- Lo anterior nos demuestra que para el rango de edad de 20 a 29 años en mujeres, inician la vida sexual a temprana edad lo cual corresponde a (89%) 374 mujeres entre las edades de los 15 a 19 años.
- la edad de inicio del uso de anticonceptivos corresponde a (62%) 260 mujeres entre las edades de los 15 a 19 años.
- la edad de inicio del uso de anticonceptivos corresponde a (28%) 116 mujeres entre las edades de los 20 a 24 años.
- la edad de inicio del uso de anticonceptivos corresponde a (2%) 8 mujeres entre las edades de los 10 a 14 años.
- Lo anterior nos demuestra que para el rango de edad de 20 a 29 años en mujeres, la edad de inicio del uso de anticonceptivos corresponde a (62%) 260 mujeres entre las edades de los 15 a 19 años.

Tabla 86. Distribución de la población sujeto de estudio según que Método anticonceptivo usa actualmente Vs Que efecto adverso le produce su método anticonceptivo

Efecto adverso	Diu	Implante subdermico	Inyectable	No planifica	Orales	Pomeroy	Preservativo	Ritmo	Total general
Dolor de cabeza	22								22
42	22								22
Irregularidades en la menstruación			207						207
45			207						207
Nauseas Vomito		35							35
13		35							35
Ninguno				31					31
289				31					31
No planifica					35				35
31					35				35
						42	34	14	90
Total general	22	35	207	31	35	42	34	14	420

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 78. Distribución de la población sujeto de estudio según Método anticonceptivo usa actualmente Vs Que efecto adverso le produce su método anticonceptivo



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

- **Análisis:** De las 420 mujeres sujeto de estudio en el rango de 20 a 29 años, se observa que el método de anticonceptivo que utiliza actualmente y de mayor elección es la inyección (49%) 207 mujeres, seguido de la pomeroy (10%) 42 mujeres, seguido del implante subdermico y orales (17%) 70 mujeres y la que menos utilizan es el método de ritmo (3%) 14 mujeres, llama la atención a las mujeres que utilizan el método de ritmo, lo cual no favorece esta práctica de prevención del embarazo.
- Se observó que a (69%) 289 mujeres no presentan efectos adversos del método que usa actualmente, a (11%) 45 mujeres les produce irregularidad en la menstruación, a (10%) 42 mujeres les produce dolor de cabeza y a (3%) 13 mujeres les produce náuseas y vomito.

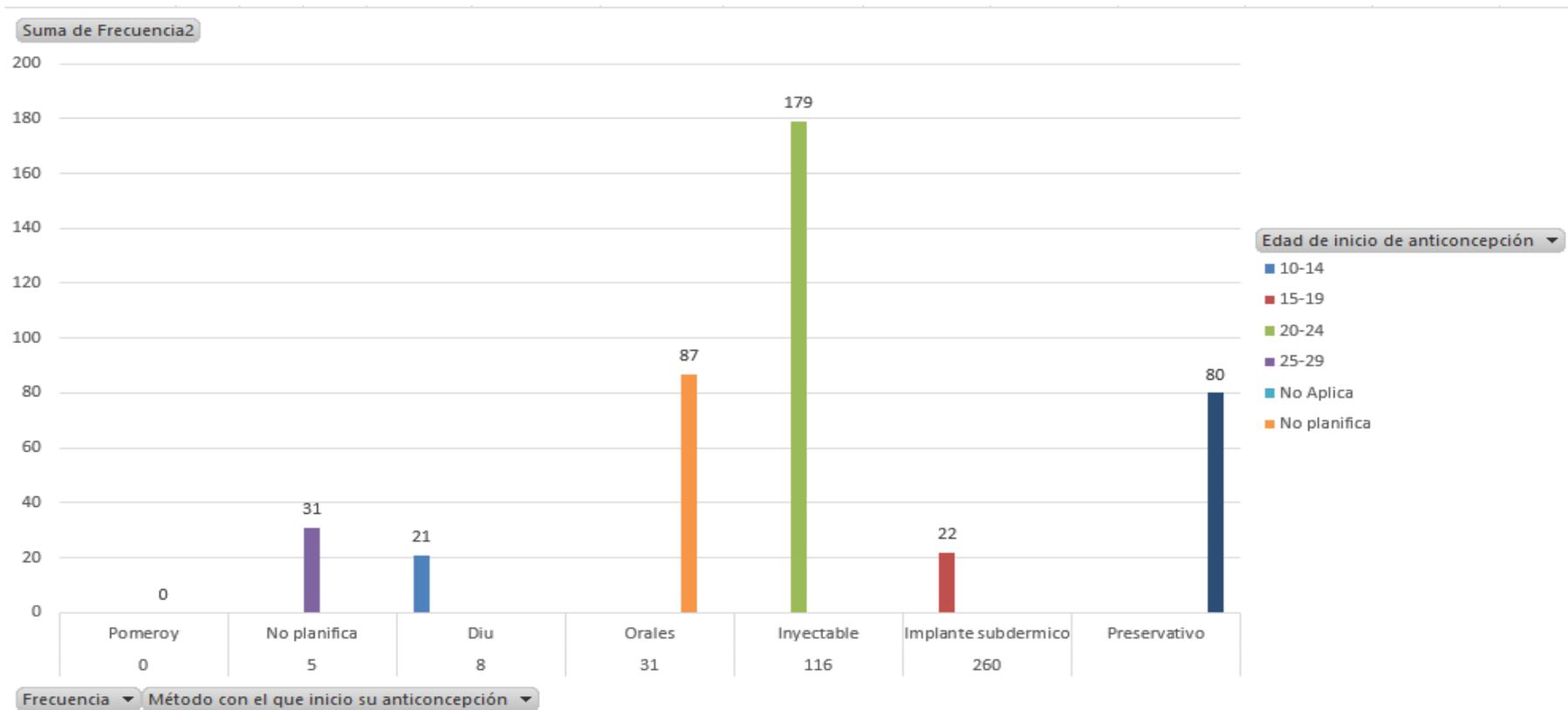
De las 420 mujeres sujeto de estudio en el rango de 20 a 29 años, se observa que (7%) 31 mujeres no utilizan ningún método anticonceptivo actualmente lo cual no presentan efectos adversos, pero no favorece la prevención del embarazo.

Tabla 87. Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs Método con el que inicio a planificar

Método con el que inicio	10-14	15-19	20-24	25-29	No Aplica	No planifica		Total general
0					0			0
Pomeroy					0			0
5				31				31
No planifica				31				31
8	21							21
Diu	21							21
31						87		87
Orales						87		87
116			179					179
Inyectable			179					179
260		22						22
Implante subdermico		22						22
Preservativo							80	80
Total general	21	22	179	31	0	87	80	420

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 79. Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs Método con el que inicio a planificar



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

- **Análisis:** De las 420 mujeres sujeto de estudio en el rango de 20 a 29 años, se observa que las edades más destacadas en el inicio de la anticoncepción es de (62%) 260 mujeres entre 15 a 19 años, en donde el método de mayor elección fue la inyección con (43%) 179, seguido de (28%) 116 mujeres entre 20 a 24 años, el método que inicio su anticoncepción es orales fueron (21%) 87 mujeres y (1%) 5 mujeres entre 25 a 29 años edad donde iniciaron su anticoncepción, el método con el que inicio su anticoncepción es el Diu con (5%) 21 mujeres.
- El método anticonceptivo más utilizado en el inicio de la anticoncepción es la inyección con (43%) 179 mujeres, en el rango de edad de 20 a 29 años.

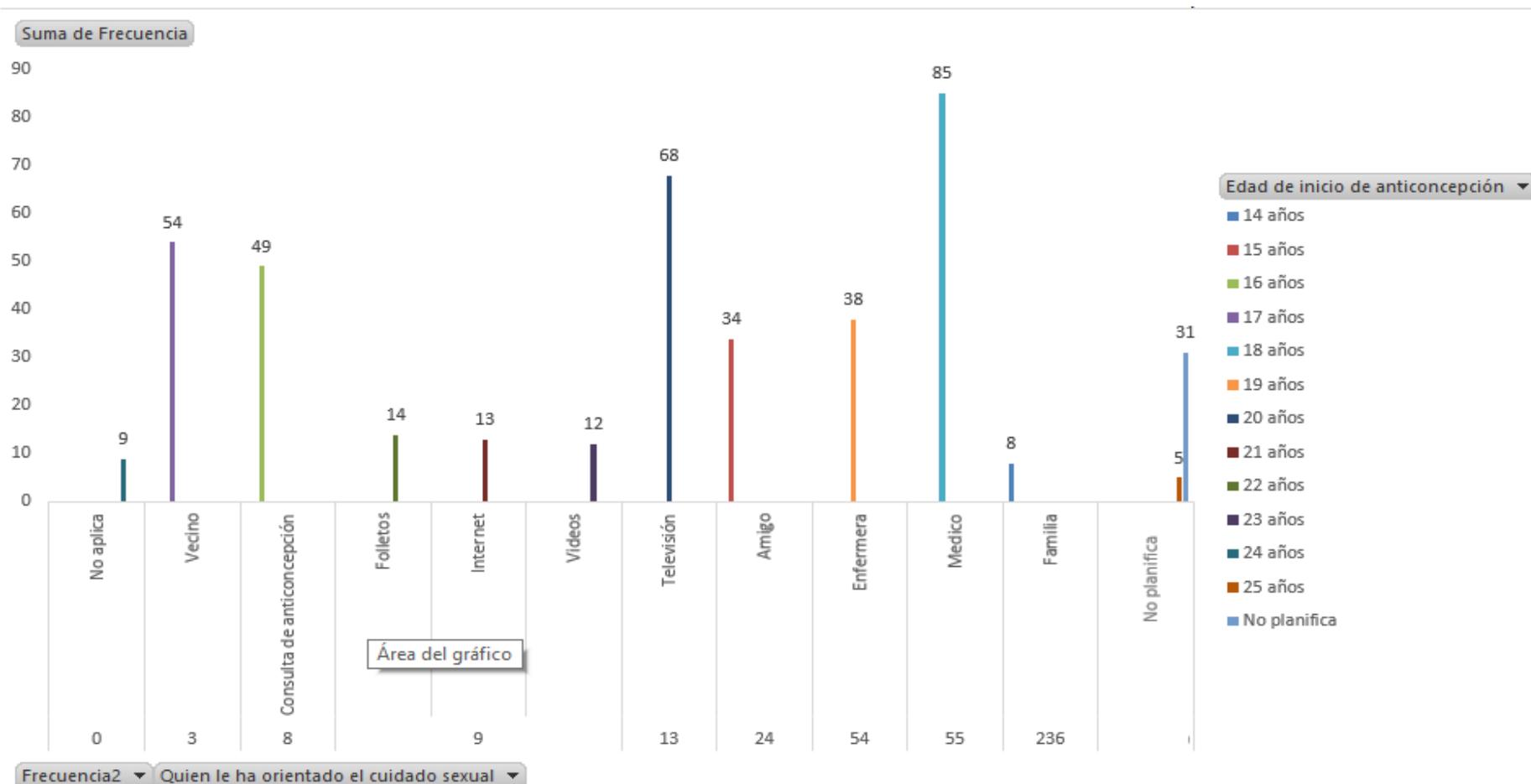
De las 420 mujeres sujeto de estudio en el rango de 20 a 29 años, se observa que (7%) 31 mujeres a pesar de ya haber iniciado su vida sexual activa, nunca han usado ningún método anticonceptivo

Tabla 88. Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs quien le ha orientado el cuidado sexual

Quien le ha orientado el cuidado sexual	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	20 años	21 años	22 años	23 años	24 años	25 años	No planifica	Total general
0											9			9
No aplica											9			9
3				54										54
Vecino				54										54
8			49											49
Consulta de anticoncepción			49											49
9								13	14	12				39
Folletos									14					14
Internet								13						13
Videos										12				12
13							68							68
Televisión							68							68
24		34												34
Amigo		34												34
54						38								38
Enfermera						38								38
55					85									85
Medico					85									85
236	8													8
Familia	8													8
												5	31	36
Total general	8	34	49	54	85	38	68	13	14	12	9	5	31	420

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 80. Distribución de la población sujeto de estudio según Edad de inicio de anticonceptivos Vs quien le ha orientado el cuidado sexual



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

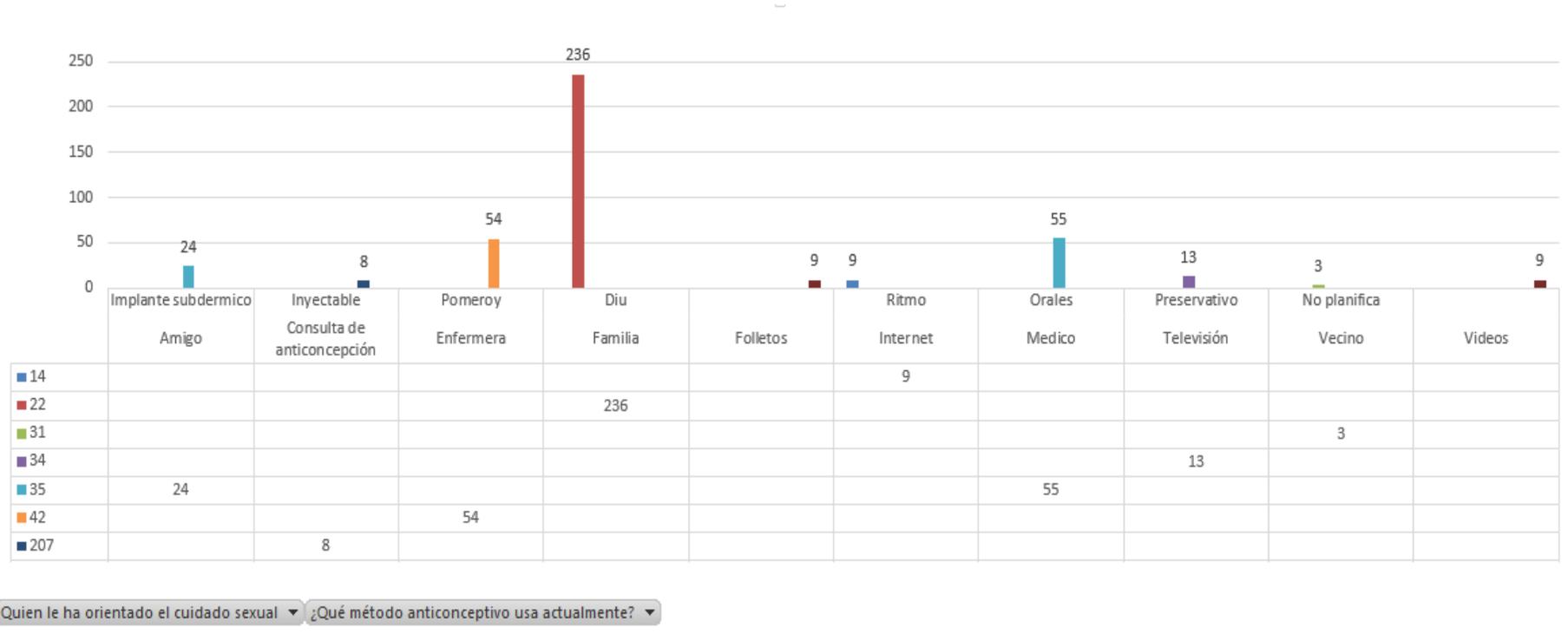
- **Análisis:** De las 420 mujeres sujeto de estudio en el rango de 20 a 29 años, se observa que las edades más destacadas en el inicio de la anticoncepción son a los 18 años, en donde quien le ha orientado el cuidado sexual es la familia con (56%) 236 mujeres, seguido de la edad de 20 años, donde el médico le ha orientado el cuidado sexual con el (13%) 55 seguido de la edad de 25 años edad de inicio de la anticoncepción y un (2%) 9 mujeres quienes buscaron orientación de anticoncepción por medio del internet.
- La edad de inicio de la anticoncepción de mujeres en el rango de 20 a 29 años fueron el (20%) 85 mujeres a los 18 años y quien les ha orientado el cuidado sexual fue la familia con (56%) 236 mujeres.
- De las 420 mujeres sujeto de estudio en el rango de 20 a 29 años, se observa un (7%) 31 mujeres a pesar de ya haber iniciado su vida sexual activa, nunca han usado ningún método anticonceptivo lo cual no favorece esta práctica de prevención de embarazo.

Tabla 89. Distribución de la población sujeto de estudio según quien le ha orientado cuidado sexual Vs que método usa de anticoncepción usa actualmente

Quien le ha Orientado	Amigo	Consulta de anticoncepción	Enfermera	Familia	Folletos	Internet	Medico	Televisión	Vecino	Videos	Total general
Diu				236							236
22				236							236
Implante subdermico	24										24
35	24										24
Inyectable		8									8
207		8									8
No planifica									3		3
31									3		3
Orales							55				55
35							55				55
Pomeroy			54								54
42			54								54
Preservativo								13			13
34								13			13
Ritmo						9					9
14						9					9
					9					9	18
Total general	24	8	54	236	9	9	55	13	3	9	420

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 81. Distribución de la población sujeto de estudio según quien le ha orientado cuidado sexual Vs que método usa de anticoncepción usa actualmente



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

- Análisis: De las 420 mujeres sujeto de estudio en el rango de 20 a 29 años, se observa de quien le ha orientado el cuidado sexual es la familia con (56%) 236, seguido del método anticonceptivo que usa actualmente es la inyección con (49%) 207 mujeres, seguido de (13%) 55 mujeres a quienes le han orientado el cuidado sexual es el médico, el (10%) 42 mujeres utilizan actualmente el método “pomeroy” y un (2%) 9 mujeres recibieron orientación del cuidado sexual por medio del internet y (3%) 14 mujeres que usan actualmente el método de ritmo donde llama la atención lo cual no favorece esta práctica de prevención de embarazo.
- Quien le ha orientado el cuidado sexual a mujeres en el rango de 20 a 29 años fueron la familia con (56%) 236 mujeres y que método anticonceptivo utiliza actualmente es la inyectable con el (49%) 207 mujeres.

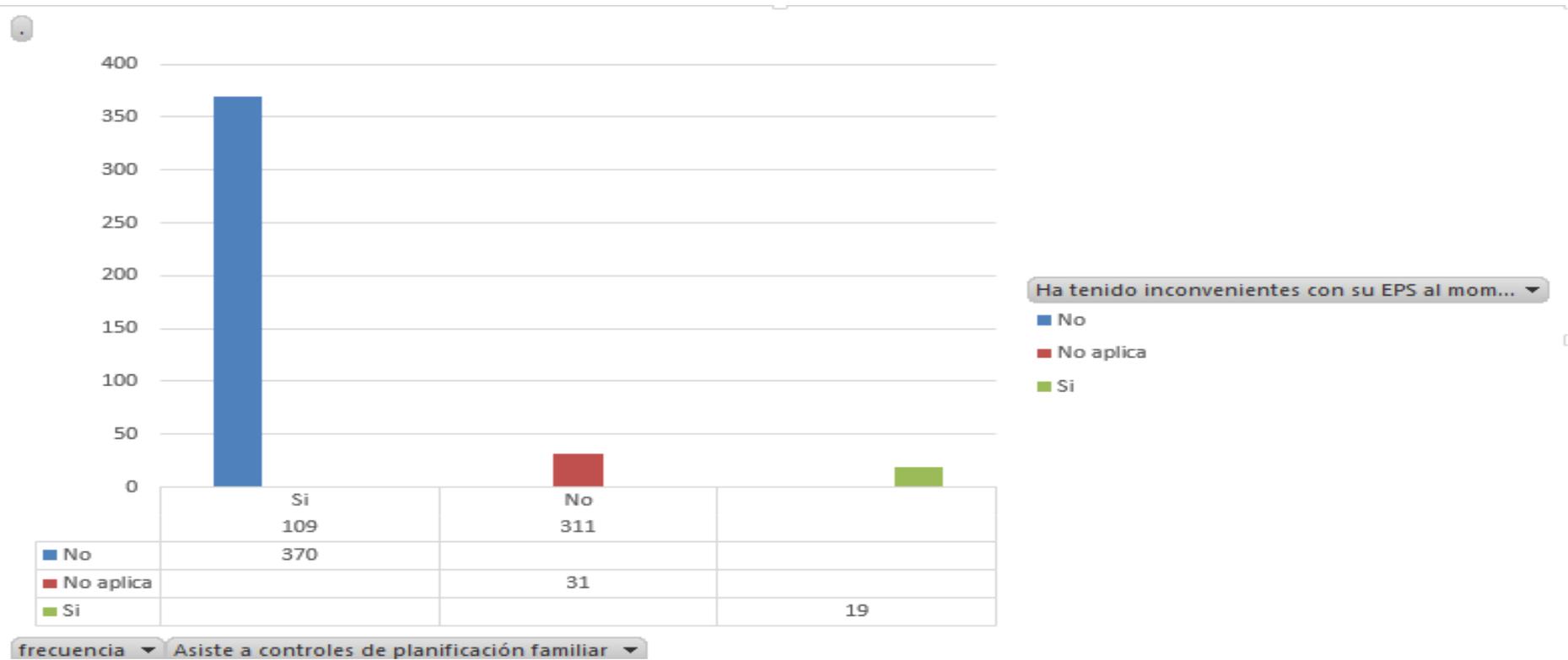
De las 420 mujeres sujeto de estudio en el rango de 20 a 29 años, se observa que el (7%) 31 mujeres a pesar de ya haber iniciado su vida sexual activa, nunca han usado ningún método anticonceptivo lo cual no favorece la prevención del embarazo.

Tabla 90. Distribución de la población sujeto de estudio según si asiste a control de anticoncepción Vs Ha tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de anticonceptivos

Asiste a control	Ha tenido Inconveniente			Total general
	No	No aplica	Si	
109	370			370
Si				
311		31		31
No				
			19	19
Total general	370	31	19	420

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 82. Distribución de la población sujeto de estudio asiste a control de anticoncepción Vs Ha tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de anticonceptivos



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

- **Análisis:** De las 420 mujeres sujeto de estudio en el rango de 20 a 29 años, se observa que el (74%) 311 mujeres que no asisten a control de planificación familiar, un (88%) 370 mujeres que no han tenido inconveniente con su EPS al momento de solicitar la consulta de planificación familiar, (26%) 109 mujeres si asisten a control de planificación familiar, (5%) 19 mujeres si han tenido inconveniente con su EPS al momento de solicitar la consulta de planificación.

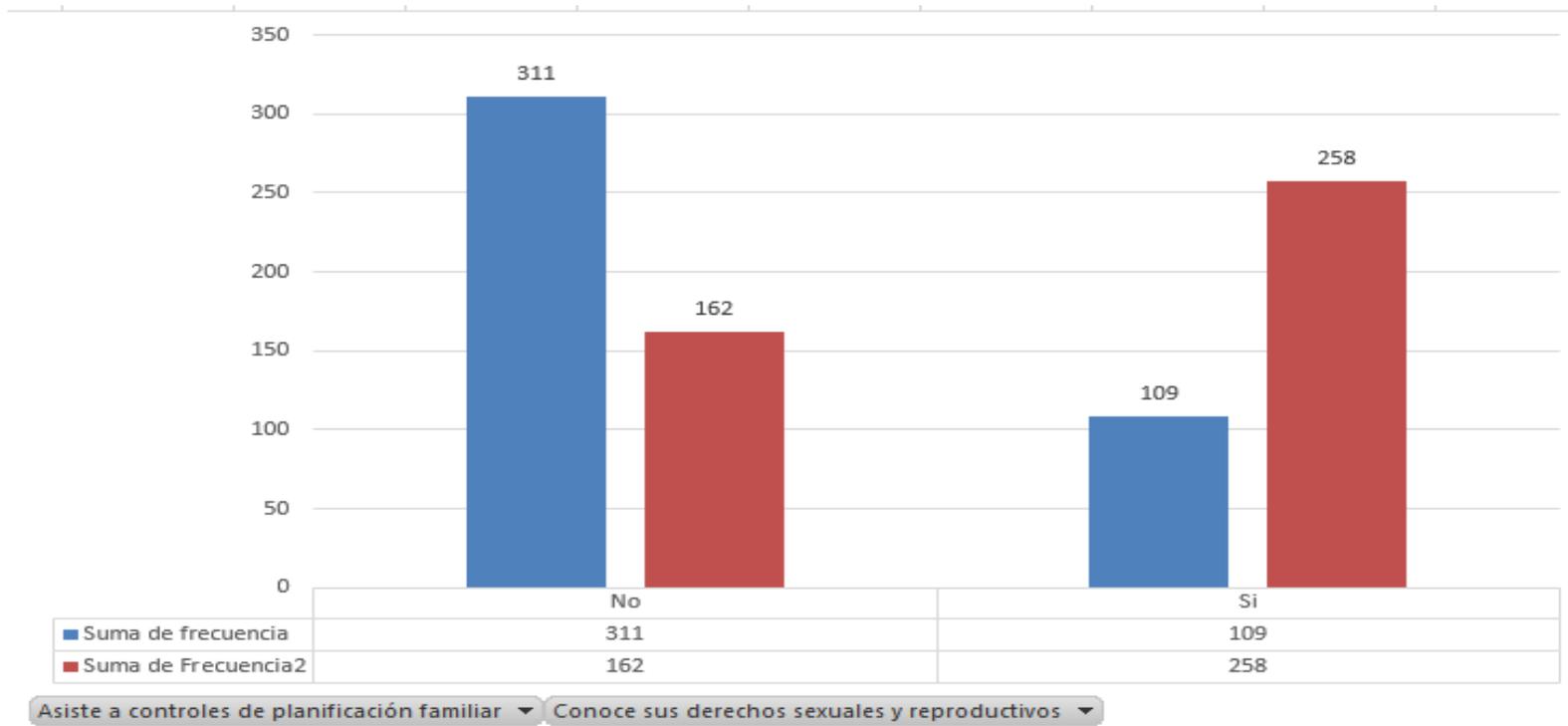
Llama la atención de las 420 mujeres en el rango de 20 a 29 años, (7%) 31 mujeres no se encuentran planificando lo cual no favorece la prevención del embarazo.

Tabla 91. Distribución de la población sujeto de estudio según; Asiste a control de anticoncepción Vs conoce sus derechos sexuales

Asiste a control	Conoce Sus derechos sexuales		Total Suma de Frecuencia2	Total Suma de frecuencia
	No			
No	162	311	162	311
Si			258	109
Total general	162	311	258	109
			420	420

Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

Grafica 83. Distribución de la población sujeto de estudio Asiste a control de anticoncepción Vs conoce sus derechos sexuales



Fuente: Base de datos investigación barreras de acceso en la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres de 10 años hasta 54 años en el municipio de Girardot- Cundinamarca 2015.

- **Análisis:** De las 420 mujeres sujeto de estudio en el rango de 20 a 29 años, se observa un (74%) 311 mujeres que no asisten a control de planificación familiar, (61%) 258 mujeres si conoce sus derechos sexuales y reproductivos, (26%) 109 mujeres si asisten a control de planificación familiar y (39%) 162 mujeres no conoce sus derechos sexuales y reproductivos.

Llama la atención de las 420 mujeres en el rango de 20 a 29 años, (38%) 162 mujeres que no conocen sus derechos sexuales y reproductivos lo cual no favorece esta práctica de prevención del embarazo.

10. Conclusiones

- No hay adherencia adecuada a la anticoncepción, debido a que el (52%) 217 adquiere el método anticonceptivo por sus propios medios y solo un (41%) 172 lo adquiere por medio de la EPS; de las (93%) 389 actualmente se encuentra planificando; de los cuales (50%) 207 planifican con inyección y (7%) 31 actualmente no se encuentran planificando, (54%) 228 adquirió el método de planificación por fuera del sistema de salud que se les hace más sencillo y (1%) 5 no desean que su pareja se enteren del uso del método, en su mayoría por fuera de la EPS (particular) en donde generalmente invierten entre \$10.000 y \$50.000 mensuales
- De las 420 mujeres un (89%) 374 iniciaron su actividad sexual a temprana edad 15 a 19 años y (7%) 31 entre 20 a 24 años, se evidencia un (62%) 260 mujeres entre 15 a 19 años iniciaron a utilizar anticonceptivos y (1%) 5 entre 25 a 29 años iniciaron tarde a utilizar anticonceptivos.
- De las 420 mujeres sujeto de estudio se evidencia que 258(61%) si conocen sus derechos sexuales y reproductivos, y 162(39%) no conocen sus derechos sexuales y reproductivos.
- Del análisis 236(56%) de las Mujeres prefieren recibir asesoría particular por medio de familiares, amigos y no por medio de una EPS con personal capacitado para la orientación y entrega del método, siendo este un derecho de los usuarios afiliados a un régimen de salud.

11. Limitaciones

- La falta de acompañamiento por parte de la secretaria de salud para generar confianza en la población indagada, debido a que los datos que estos hombres suministraban son de carácter privado y muchos de ellos se negaron a colaborar con la encuesta porque se basaban en que no saben en dónde va a llegar la información, lo cual generaba más demora en completar la muestra y seguir buscando colaboradores que la hicieran.
- La ausencia total de acompañamiento por parte de la POLICIA NACIONAL que en un comienzo se pretendía contar con el apoyo para llegar a los barrios más apartados, peligrosos o que colindan con el río Magdalena.
- La falta de recursos financieros de la universidad para facilitarse el trabajo de investigación en materia de transporte, fotocopias de los paquetes de encuestas con su respectivo consentimiento informado y/o refrigerio.

12. Recomendaciones

- Creación de estrategias de las IPS para el mejoramiento de la cobertura en el programa de planificación familiar.
- Seguimiento de la secretaria de salud a las IPS donde se ofrezca la consulta y controles en anticoncepción con el fin de verificar que se cumpla a cabalidad todos los lineamientos en la atención de mujeres en edad fértil.
- Se debe hacer un fortalecimiento en los derechos sexuales y procreativos en toda la población para empoderarla de su autocuidado sexual.
- El empoderamiento de los derechos y del cuidado sexual.
- Mejorar la demanda inducida por parte de las EPS e IPS a los programas de anticoncepción.

- Fortalecer en el municipio la estrategia IEC en anticoncepción con participación intersectorial e interinstitucional con las diferentes IPS, EPS desarrollo social secretaria de educación.
- Facilitar la información veraz y oportuna frente a los métodos anticonceptivos donde sea de fácil acceso.

ANEXO A. INSTRUMENTO PARA MUJERES



UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
UNIDAD AMIGABLE
GRUPO DE INVESTIGACIÓN PLACER



BARRERAS DE ACCESO EN LA ADHERENCIA A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES Y HOMBRES DE 10 AÑOS HASTA 54 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT-CUNDINAMARCA 2015

INSTRUMENTO PARA LA MUJER

OBJETIVO: Evaluar la adherencia a los métodos de anticoncepción en la población de mujeres y hombres en las edades de 10 hasta 54 años en el municipio de Girardot, con el fin de caracterizar las barreras de acceso que limitan dicha adherencia y plantear estrategias de mejoramiento en la atención de los programas de anticoncepción.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

DIRECCION: _____

BARRIO: _____

- Estado Civil:
 - A. Soltero
 - B. Casado
 - C. Viudo
 - D. Divorciado
 - E. Unión Libre
- Grado de Escolaridad:
 - A. Primaria
 - B. Secundaria
 - C. Técnica
 - D. Tecnológica
 - E. Profesional
- Ocupación:
 - A. Estudiante
 - B. Ama de casa
 - C. Trabajador
 - D. Trabajador sexual
 - E. Pensionado
 - F. Otro. Cual? _____
- Régimen de salud al cual pertenece:
 - A. Subsidiado
 - B. Contributivo
 - C. Especial (Excepción)
 - D. No tiene
- Edad actual: _____

- Menarquia: _____
- Sexarquia: _____
- Telarquia: _____
- Edad de inicio de anticonceptivos: _____ de _____
- Método con el que inicio su Anticoncepción: _____
- Número de hijos: _____
- ¿Tiene una pareja estable? Si _____ NO _____
- Estrato socioeconómico: _____
- ¿Conoce sus derechos sexuales y reproductivos? Si _____ NO _____
- ¿Quién le ha orientado el cuidado sexual?
 - Familiar
 - Amigo
 - Consulta de anticoncepción
 - Vecino
 - Medico
 - Enfermera
 - Televisión
 - internet
 - Folletos
 - Videos
- ¿Después del parto le brindaron la asesoría de anticoncepción? Si _____ NO _____

- ¿Después del parto en que momento le brindaron el método anticonceptivo?
 - A. De inmediato
 - B. Al mes
 - C. Dos meses
 - D. Más tarde
 - E. No lo recibió
- ¿Ha tenido abortos?
 - SI _____ NO _____
- ¿Después del aborto le brindaron la asesoría en anticoncepción?
 - SI _____ NO _____
- ¿Después del aborto en que momento le brindaron el método anticonceptivo?
 - A. De inmediato
 - B. Al mes
 - C. Dos meses
 - D. Más tarde
 - E. No lo recibió
- ¿Ha tenido cesáreas?
 - SI _____ NO _____
- ¿Después de la cesárea le brindaron la asesoría en anticoncepción?
 - SI _____ NO _____
- ¿Después de la cesárea en que momento le brindaron el método anticonceptivo?
 - A. De inmediato
 - B. Al mes
 - C. Dos meses
 - D. Más tarde
 - E. No lo recibió
- ¿Qué método anticonceptivo usa actualmente?
 - A. Hormonal: Implante subdérmico __, Orales __, Inyectables __, Parches __, Anillo Vaginal __, DIU mirena
 - B. Barrera: Preservativo (masculino __, femenino __), Diafragma __, Óvulos Vaginales __, DIU cobre __, Pomeroy __
 - C. Quirúrgicos: Histerectomía __
 - D. Naturales: Moco Cervical __, Ritmo __, Temperatura basal __, Lactancia por amenorrea __
 - E. No aplica
- ¿Cómo es su ciclo menstrual?
 - A. Regular
 - B. Irregular
 - C. Ya no presenta
- ¿Recibió asesoría para iniciar la anticoncepción?
 - SI _____ NO _____

SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA CONTESTAR LA PREGUNTA 17 HASTA LA 21.

- ¿De quién recibió consejería para inicio de la anticoncepción?
 - A. Amigo
 - B. Vecino
 - C. Mamá
 - D. Papá
 - E. Tía (o)
 - F. Hermano (a)
 - G. Abuela
 - H. Prima
 - I. Médico
 - J. Enfermera
 - K. Televisión
 - L. Internet
 - M. Folletos
 - N. Videos

Al asistir a la asesoría anticoncepcional le indagaron:

- ¿Antecedentes patológicos?
 - A. Cirrosis Hepática, Infección hepática o Tumor Hepático
 - B. Hipertensión Arterial
 - C. Diabetes, Lesión ocasionada por diabetes en arterias, visión, riñones o sistema nervioso
 - D. Patología de vesícula biliar
 - E. Accidente cerebrovascular, coagulo sanguíneo en piernas o pulmones, infarto cardiaco u otro problema cardiaco
 - F. Ca Seno o Cérvix
 - G. Cefalea con aura migrañosa
 - H. Tuberculosis
 - I. Enfermedades Mentales
 - J. Alteración nutricional: (Bajo peso, Sobrepeso)
 - K. Lupus Eritematoso Sistémico
 - L. Venas Varicosas
 - M. Ca Genital, Tuberculosis pélvica
 - N. Síndrome Convulsivo
 - O. Hipotiroidismo
 - P. Otros
 - Q. Ninguno
- ¿Antecedentes familiares?
 - A. Endocrinos: Hipotiroidismo
 - B. Cáncer seno o Cérvix
 - C. Venas Varicosas
 - D. Diabetes
 - E. Hipertensión Arterial

- F. Otros
- G. Ninguno
- ¿La condición genética fue tenida en cuenta?
SI _____ NO _____
- A. Síndrome de Down
- B. Retardo mental
- C. Sordomudo
- D. Enfermedad mental
- E. Invidentes
- F. Otra. Cual? _____
- ¿Antecedentes farmacológicos?
A. Anticonvulsivantes: Fenitoína, Fenobarbital, Primidona, Carbamazepina.
- B. Barbitúricos
- C. Retroviral: Ritonavir
- D. Antituberculosos: Rifampicina o Rifabutina
- E. Antibióticos: Penicilina, Tetraciclinas
- F. Lamotrigina
- G. Ninguno
- ¿Ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos?
SI _____ NO _____
- ¿Ha rechazado algún método anticonceptivo por?:
A. Imposición de la pareja a no usar un método anticonceptivo
- B. Experiencia negativa de amigos y/o familiares en el uso de un método anticonceptivo
- C. Experiencia negativa de amigos y/o familiares en el servicio de Planificación Familiar
- D. Falta de abordaje del cuidado sexual en la familia
- E. Creencias y/o miedo con respecto a los efectos secundarios
- F. Religión
- G. Falta de información relacionados con anticoncepción y cuidado sexual en las instituciones educativas
- H. Jornada laboral que no permite asistir a consulta de anticoncepción
- I. Otro: Cual: _____
- ¿Ha aceptado el método anticonceptivo para?:
A. No tener hijos
- B. Seguridad en la relación sexual
- C. Regulación del ciclo menstrual
- D. Acné
- E. Aplazar el embarazo

- F. La pareja le recomendó el método
- G. Otros

RESPONDA LA PREGUNTA 26 SOLO SI ES MENOR DE EDAD

- ¿Si es menor de 18 años el sistema de salud le ha negado la atención en anticoncepción por?:
A. Ser menor de edad
- B. Por no ir acompañado de uno de sus padres
- C. Nunca ha ido sola (o) por temor
- D. Siente pena ir a la consulta de salud sexual
- E. No tener seguridad social
- F. Otro. Cual? _____
- ¿Considera que su situación económica interfiere en el momento de acceder a la consulta de planificación familiar?
SI _____ NO _____
- ¿Ha tenido que dar un aporte económico para recibir la consulta de planificación familiar?
SI _____ NO _____
- ¿Se siente satisfecho con el método anticonceptivo que está utilizando actualmente?
SI _____ NO _____
Porqué _____
- ¿Cuánto tiempo lleva utilizando este método?
A. Menos de un año _____
- B. De uno a dos años _____
- C. Tres años y mas _____
- ¿El método anticonceptivo lo ha cambiado por?:
A. Efectos adversos
- B. Situación económica
- C. Cambio de pareja
- D. Se cansó de usar el método anticonceptivo
- E. Lleva mucho tiempo usando el mismo método
- F. No tengo tiempo para los controles
- ¿Ha suspendido el uso de anticonceptivos?
SI _____ NO _____
- ¿Porque ha suspendido el uso de anticonceptivos?:
A. Decidió tener un hijo
- B. No tiene pareja estable
- C. Ha presentado efectos adversos

- D. Falta de recursos económicos para adquirirlo
- E. Se cansó de usar el anticonceptivo
- F. Su pareja no está de acuerdo que lo use
- G. No cumplió las citas de control
- H. Insatisfacción con el método
- I. Otro. Cuál? _____
- ¿Ha abandonado su método anticonceptivo?
SI _____ NO _____
- ¿Cuántas veces ha abandonado su método anticonceptivo?
A. 0 veces
B. 1-3 veces
C. 3 o más
- ¿Asiste a controles de planificación familiar?
SI _____ NO _____

SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES NEGATIVA PASE A LA PREGUNTA 41

- ¿Se le facilita acceder a la consulta de anticoncepción?
SI _____ NO _____
Porque: _____
- ¿Ha tenido inconvenientes con su EPS al momento de solicitar la consulta de planificación familiar?
SI _____ NO _____
¿Cuál?
A. Demora en asignar la cita
B. Demora en la atención
C. Cruce de horarios entre la atención y el trabajo
D. No le entregan el método anticonceptivo
E. No fue bien atendido por el personal de salud
F. La información recibida no fue clara
G. Otros _____
- ¿Cada cuánto asiste a control de planificación familiar?
A. Cada semana
B. Cada mes
C. Cada 3 meses
D. Cada 6 meses
E. Cada año
- ¿Con relación a las consultas de anticoncepción, puede decir que?:
A. Le han informado de los derechos sexuales y reproductivos.
B. La asesoría para escoger el método ha sido clara y concisa.

- C. Ha recibido información suficiente para conocer el método que usa.
- D. Ha sido atendida con respeto.
- E. Se ha incluido a su pareja en la asesoría y consulta.
- F. Ha participado de talleres educativos para informarse de la anticoncepción.
- G. Ha sido informado de los cuidados y riesgos sexuales.
- H. Tiene claridad en la importancia de la doble protección.
- I. La decisión de usar el método solo depende usted.
- ¿Cómo ha adquirido su método de planificación familiar?
A. Por sus medios (recursos propios)
B. Por medio de su EPS

Si responde POR MEDIO DE SU EPS pase a la pregunta 45.

- ¿Si adquirió el método por fuera del sistema de salud (particular) lo hizo por?:
A. No quiere que su pareja o sus padres se enteren del uso del método anticonceptivo.
B. Hay más facilidad de adquirirlo.
C. No hay citas de control.
D. Desconocimiento del derecho de atención por la EPS.
E. Le cobran el copago en la EPS.
F. Tengo la información suficiente para regular el uso de anticonceptivos.
G. Larga distancia para asistir a la IPS.
H. Los altos costos del transporte para asistir a la IPS.
- ¿La inversión para adquirir el método anticonceptivo es?:
A. Mensual
B. Trimestral
C. Cada tres años
D. Cada cinco años
- ¿El valor del método esta entre?:
A. Menos de 10.000
B. Entre 10.000 y 50.000
C. Entre 60.000 y 100.000
D. Más de 100.000
- ¿Ha recibido visita domiciliaria de la secretaria de salud?
SI _____ NO _____
¿Para verificar?:
A. Estructura familiar
B. Seguridad social
C. Enfermedades crónicas

- D. Gestación
- E. Anticoncepción
- F. Riesgos ambientales
- G. Otro. Cual? _____
- Dentro de la planificación de su familia, ¿tiene proyectado?:
 - A. Tener 1-2 hijos
 - B. Tener más de 2 hijos
 - C. No tener hijos
 - D. Adoptar su(s) hijo(s)
- ¿Ha olvidado tomarse o inyectarse su método anticonceptivo?
 - SI _____ NO _____
 - ¿Qué medidas ha tomado?
 - A. Ingerir una doble dosis al día siguiente.
 - B. Inyectarse su anticonceptivo antes de que pasen 3 días de la fecha.
 - C. Inyectarse o tomarse su anticonceptivo cuando lo recuerda.
 - D. Acudir al médico.
 - E. No realiza ninguna medida.
- ¿Qué efectos adversos le produce su método anticonceptivo?
 - A. Dolor de cabeza
 - B. Náuseas y/o vómito
 - C. Irregularidades en la menstruación
 - D. Otro. Cual? _____
- ¿Cuál de estas prácticas ha usado para prevenir el embarazo?
 - A. Saltar después de tener la relación sexual
 - B. Aplicarse limón en la vagina antes de tener la relación sexual
 - C. Orinar después de tener la relación sexual
 - D. Tomar Coca-Cola con Alka Setzer antes de la relación sexual
 - E. Tener relaciones sexuales durante la menstruación.
 - F. Es seguro ponerse el preservativo solo cuando se va a eyacular
 - G. Es lo mismo usar los óvulos espermicidas antes o después de la relación sexual.
 - H. Durante el período de lactancia materna se pueden tener relaciones sexuales sin protección y no quedar en embarazo
- I. Puedo utilizar indefinidamente la pastilla de emergencia.
- J. Otro. Cual? _____
- ¿Número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año?:
 - A. 0
 - B. 1 a 3
 - C. 3 a 6
 - D. 6 o más
- ¿La decisión de iniciar el uso del método anticonceptivo fue de iniciativa?:
 - A. Propia
 - B. De su pareja
 - C. De sus amigos
 - D. De su familia
- Considera que el uso de su método anticonceptivo debe ser:
 - A. Constante
 - B. Cuando se tienen encuentros sexuales
 - C. Cuando tiene pareja estable
- ¿Le gustaría cambiar su método anticonceptivo actual?
 - SI _____ NO _____
 Porqué _____
- ¿Su pareja la apoya en el uso de su método anticonceptivo?
 - SI _____ NO _____
- Su trabajo le impide asistir a la consulta de anticoncepción por:
 - A. Sobrecarga Laboral
 - B. No hay flexibilidad en los horarios de trabajo
 - C. Cruce de horarios laborales con la cita de anticoncepción
 - D. Otro. Cuál? _____
- ¿El desplazamiento para asistir a la consulta de anticoncepción es?:
 - A. A pie
 - B. Carro particular
 - C. Bus/Taxi
 - D. Moto
 - E. Bicicleta
- ¿Considera que la IPS está cumpliendo en la atención a los usuarios en?:
 - A. Realización de campañas de planificación familiar
 - B. La consejería satisface las necesidades de los usuarios
 - C. Trato cortés, claro y confiable que satisface las necesidades en la consejería realizada por el profesional

• ¿Su estado de salud influye en la asistencia a las citas de anticoncepción?

SI ____ NO ____

• ¿Las condiciones de seguridad de su ubicación residencial influye en la asistencia a las citas de anticoncepción?

SI ____ NO ____

• ¿Su pareja le compra el método anticonceptivo?

SI ____ NO ____

Aporta una parte ____

¡GRACIAS!

ANEXO B. LISTA DE CHEQUEO ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LISTA DE CHEQUEO ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES			
OBJETIVO Evaluar el cumplimiento de la guía, relacionada con la atención en planificación familiar para hombres, mujeres y parejas en edad fértil. Brindando la información, educación sobre los métodos necesarios dando respuesta sobre los derechos reproductivos.			
MUNICIPIO:			
SECTOR:			
NOMBRE DE LA IPS:			
FECHA DE REVISIÓN:			
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA VISITA:			
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA:			
NOMBRE PERSONA ENTREVISTADA:			
PROFESIÓN:			
Nº USUARIOS ASISTENTES			
EVALUACIÓN GUÍA DE ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA HOMBRES Y MUJERES.			
ADMINISTRATIVA	C	NC	NA
Existen lineamientos para el manejo del programa de planificación familiar			
Maneja planilla y/o libro para control de asistencia según cita programada.			
Maneja historia clínica para cada hombre, mujer y pareja en edad fértil			
Maneja y diligencia los registros para cada hombre, mujer y pareja en edad fértil			
Remite al especialista según criterio de salud del hombre, mujer y pareja en edad fértil			
Maneja estrategias adecuadas para la adherencia al programa de planificación familiar para hombre, mujer y pareja en edad fértil.			
Evalúa las estrategias de adherencia al programa de atención en planificación familiar.			
Diligencia correctamente los registros en el momento de la atención al hombre, mujer y pareja en edad fértil.			
Gestiona y coordina con el equipo interdisciplinario el desarrollo de los Programas Educativos para el hombre, mujer y pareja en edad fértil.			
ASISTENCIAL	C	NC	NA
CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA)			
Informa sobre los métodos disponibles, mecanismo de acción, ventajas, desventajas, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno de ellos.			
Informa sobre el riesgo de las enfermedades de transmisión sexual y el doble método de protección.			
Informa las necesidades y/o dudas del hombre, mujer y pareja en forma clara.			
Realiza anamnesis completa haciendo énfasis en salud sexual y reproductiva, condiciones de salud hábitos y uso de medicamentos.			
Realiza examen físico general y del aparato reproductivo			

Brinda apoyo al usuario para la elección del método de planificación familiar			
Provee el método de planificación familiar seleccionado por el hombre, mujer y pareja.			
Orienta e informa y/o educa al usuario sobre los signos de alarma por los que debe consultar			
Orienta sobre la importancia de los controles y su frecuencia			
Brinda información sobre la prevención de ETS.			
Realiza el consentimiento informado en caso de método de planificación familiar quirúrgico y los que lo requieren			
CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA)			
Se realizan los siguientes pasos:			
Verifica el correcto uso del método			
Anamnesis sobre el estado de salud, posibles molestias o efectos colaterales.			
Realizan el recuento espermático de control en caso de vasectomía			
Realiza examen físico general y del aparato reproductivo			
Orienta al usuario sobre la decisión de cambiar el método en caso de molestias.			
Provee la orden de suministro en caso de métodos hormonales cada vez que vaya al control			
Informa a la usuaria en caso de inserción del DIU los controles (al mes y tres meses)			
Brinda información sobre los signos de alarma, controles.			
Consigna en la historia clínica en forma clara los datos e información recolectada y los procedimientos realizados, y registro diario de consulta.			

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES:

FIRMA AUDITOR

FIRMA VISITADO

ANEXO C. LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO DURANTE LA CONSULTA DE ANTICONCEPCIÓN



**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
UNIDAD AMIGABLE
GRUPO DE INVESTIGACION PLACER**



LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA PERCEPCION DEL USUARIO DURANTE LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION

FECHA: DIA ____ MES ____ AÑO ____

REALIZADA POR: _____

PROCEDIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Presentación del personal de salud, dando a conocer el objetivo de la consulta.			
El profesional Le ha Explicado los diversos métodos anticonceptivos y resuelve sus inquietudes.			
El profesional durante la consejería maneja un lenguaje sencillo, claro y preciso.			
El profesional brinda la confianza necesaria para lograr la empatía con los usuarios.			
Considera que existe discreción con la información suministrada durante la consulta			
Durante la consulta existe un trato cortés y respetuoso.			
Se siente segura(o) de la información brindada o lo que está realizando.			
El profesional es neutral ante las decisiones que usted toma.			

ANEXO D. ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD- PROGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN



UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
UNIDAD AMIGABLE
GRUPO DE INVESTIGACION PLACER



ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD – PROGRAMA DE ANTICONCEPCION

1. ¿Cada cuánto se capacita en anticoncepción?
2. ¿Qué capacitación recibió últimamente?
3. ¿En qué temas le gustaría recibir capacitación?
4. ¿Conocía estas características para Información y Servicios de Anticonceptivos?
5. ¿Considera que estos se aplican sí/no porque?
6. ¿Existe el programa de información y servicios anticonceptivos en su institución?
7. Describa el programa de anticoncepción y resalte 3 fortalezas
8. Identifique 3 debilidades (del programa) y 3 riesgos (externos al programa) de los programas en Información y Servicios de Anticonceptivos en su institución
9. De 3 sugerencias que daría para mejorar la Información y Servicios de Anticonceptivos en su institución.

ANEXO E. BUENAS PRÁCTICAS PARA INFORMACIÓN Y SERVICIOS DE ANTICONCEPTIVOS



**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
UNIDAD AMIGABLE
GRUPO DE INVESTIGACIÓN PLACER**



Buenas Prácticas para Información y Servicios de Anticonceptivos

+

1	No discriminación cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción	CONOCE	NO CONOCE	NO APLICA
1.1	Se recomienda que se garantice a todos acceso a la información y servicios de anticoncepción amplios de forma voluntaria, en condiciones de igualdad y sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia (sobre la base de la libertad individual).			
1.2	Se recomienda que los programas establecidos cuenten con el respaldo de leyes y políticas para garantizar a todos los sectores de la población acceso a la información y servicios de anticoncepción amplios. Debe prestarse especial atención al acceso de los grupos de población desfavorecidos y marginados a esos servicios			
2	Disponibilidad de información y servicios de anticoncepción			
2.1	Se recomienda que los productos, suministros y equipos para fines anticonceptivos, relacionados con toda una variedad de métodos, incluidos los anticonceptivos de emergencia, sean integrados en la cadena de suministros			

	de medicamentos esenciales, a fin de que aumente su disponibilidad. Hay que invertir en la mejora de la cadena de suministro, según proceda, para contribuir a garantizar esa disponibilidad.			
3	Accesibilidad de la información y los servicios de anticoncepción			
3.1	Se recomienda que se impartan programas de educación sexual completos y científicamente rigurosos, dentro y fuera de las escuelas en los que se ofrezca información sobre el uso y la adquisición de la anticoncepción.			
3.2	Se recomienda eliminar los obstáculos económicos que impiden el uso de anticonceptivos a las poblaciones marginales, en particular adolescentes y personas pobres, y tomar medidas, para que los anticonceptivos sean asequibles para todos			
3.3	Se recomienda llevar a cabo intervenciones para mejorar el acceso a la información y servicios de anticoncepción amplios dirigidos a usuarios y usuarias potencialmente con dificultades para utilizar esos servicios (como residentes de zonas rurales y zonas urbanas de bajos recursos o adolescentes). Debe proporcionarse información sobre servicios de aborto seguro y los propios servicios de acuerdo con las directrices de la OMS en vigor.			
3.4	Se recomienda hacer un esfuerzo especial por proporcionar información y servicios de anticoncepción amplios a las poblaciones de desplazados .las			

	personas que viven en situaciones de crisis y las supervivientes de la violencia sexual, que necesitan un particular acceso a anticonceptivos de emergencia.			
3.5	Se recomienda que se ofrezcan información y servicios de anticoncepción, como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva, relación con la detección, tratamiento y el cuidado del VIH, en el contexto de la atención de salud.			
3.6	Se recomienda que se proporcione información y servicios de anticoncepción amplios en el marco de la atención prenatal y posparto.			
3.7	Se recomienda que se proporcionen de forma rutinaria información y servicios de anticoncepción amplios en el marco de la atención relacionada con el aborto y post aborto.			
3.8	Se recomienda usar servicios periféricos móviles para mejorar el acceso a información y servicios de anticoncepción de las persona con dificultades para acceder a ellos por motivos geográficos.			
3.9	Se recomienda eliminarlos requisitos referentes a la utilización de terceras personas, en particular la autorización del conyugue para las personas /mujeres que deseen obtener información y servicios relacionados con la anticoncepción y cuestiones conexas.			
3.10	Se recomienda prestar servicios de salud sexual y reproductiva, incluida información y servicios de			

	anticoncepción, a los adolescentes sin exigir que presenten autorizaciones ni notificaciones de los progenitores o tutores, con el propósito de atender sus necesidades educativas y de servicios.			
4	Aceptabilidad de la información y los servicios de anticoncepción			
4.1	Se recomienda llevar a cabo intervenciones de asesoramiento y educativa sobre planificación familiar y anticonceptivos que tengan en cuenta las cuestiones de género. Se basen en información precisa, incluyan el desarrollo de capacidades (por ejemplo sobre negociaciones y estén adaptadas a las necesidades concretas de las comunidades y negociación) y estén adaptadas a las necesidades concretas de las comunidades y las personas.			
4.2	Se recomienda dar prioridad a los servicios de seguimiento de la gestión de los efectos secundarios, por ser este un componente esencial de la prestación de todos los servicios de anticoncepción. Se recomienda que aquellos casos en que no estén disponibles in situ los métodos necesarios, se ofrezcan la posibilidad de referir a los centros adecuados.			
5	Calidad de la información y los servicios de anticoncepción			
5.1	Se recomienda que los procesos de garantía de calidad, en los que se considere las normas de atención médica y la opinión de los clientes se integren de forma sistemática en los programas de anticoncepción.			

5.2	Se recomienda que los lugares que dispongan de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada ofrezcan también servicios para su inserción, retiro y asesoramiento sobre sus efectos secundarios.			
5.3	Se recomienda la formación basada en la adquisición de competencias y la supervisión permanente del personal de atención sanitaria dedicado a la educación e información sobre anticoncepción y los correspondientes servicios. Esta información debe impartirse con arreglo a las normas de la OMS en la materia.			
6	Adopción de decisiones informadas			
6.1	Se recomienda ofrecer información, educación y asesoramiento amplios sobre métodos anticonceptivos, basados en datos probatorios, que permitan adoptar decisiones informadas.			
6.2	Se recomienda que se garantice a todas las personas la oportunidad de adoptar decisiones informadas para utilizar métodos anticonceptivos modernos (anticonceptivos de emergencia, de acción breve, de acción prolongada o permanente) sin ser objeto de discriminación.			
7	Intimidad y confidencialidad			
7.1	Se recomienda que, cuando se proporcionen información y servicios de anticoncepción, se respete en todo momento la intimidad de las personas, lo cual supone tratar de manera confidencial su información médica y personal.			

8	Participación			
8.1	Se recomienda que las comunidades, y especialmente las personas directamente afectadas, tengan la oportunidad de participar significativamente en todos los aspectos del diseño. La ejecución la supervisión de los programas y las políticas de anticoncepción.			
9	Rendición de cuentas			
9.1	Se recomienda establecer mecanismos efectivos y accesibles de responsabilización con respecto a la información y los servicios de anticoncepción proporcionados, que abarquen actividades de vigilancia y evaluación, y medios de reparación y recursos a nivel individual y de sistemas.			
9.2	Se recomienda llevar a cabo una evaluación y supervisión de todos los programas para garantizar la prestación de servicios de máxima calidad y el respeto de los derechos humanos.			

ANEXO F. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
UNIDAD AMIGABLE
GRUPO DE INVESTIGACIÓN PLACER



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca y su grupo de Investigación Placer, llevarán a cabo una investigación para evaluar la adherencia a los métodos de anticoncepción en la población de mujeres y hombres en las edades de 10 hasta 54 años en el municipio de Girardot, con el fin de caracterizar las barreras de acceso que limitan dicha adherencia y plantear estrategias de mejoramiento en la atención de los programas de anticoncepción.

Por este motivo necesitamos su colaboración y sinceridad para contestar la encuesta que realizaremos, cuya información recolectada es confidencial, será manejada únicamente por el grupo de investigadores y servirá para realizar la prueba piloto del instrumento.

El estudio tendrá una duración de ocho (8) meses. Si usted lo considera puede retirarse en el momento que lo desee. El beneficio que traerá participar en éste estudio es buscar estrategias que le permitan a la población en edad procreativa mejorar el acceso a la atención en salud sexual que se requiere para vivir una sexualidad sana y placentera. Las EPS del municipio de Girardot serán retroalimentadas desde la secretaria de salud local con los resultados de la presente investigación.

Por lo tanto, yo _____ con documento de identidad _____ de _____ acepto participar voluntariamente en el estudio y cooperaré respondiendo las preguntas de la encuesta que se aplicará. Así mismo declaro que he tenido oportunidad de preguntar y que las inquietudes que he tenido me han sido resueltas.

Firma: _____ CC / TI No. _____

Testigos

Nombre: _____

CC No. _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Investigadores:

Grupo de Investigación Placer, Proyecto Anticoncepción.