



Universidad **Mariana**

Accesibilidad y oportunidad de la prestación del servicio en el programa de planificación familiar
de una ESE del suroccidente colombiano, 2020 -2023

Lina Yeraldin Álvarez Ceballos
Genith del Rosario Enríquez Guachavez
Mónica Dayana Granda Molina
Caroll Vanessa Rivas Enríquez

Universidad Mariana
Facultad Ciencias de la Salud
Programa Enfermería
San Juan de Pasto
2024

Accesibilidad y oportunidad de la prestación del servicio en el programa de planificación familiar
de una ESE del suroccidente colombiano, 2020 -2023

Lina Yeraldin Álvarez Ceballos
Genith del Rosario Enríquez Guachavez
Mónica Dayana Granda Molina
Caroll Vanessa Rivas Enríquez

Informe de investigación para optar al título de: Enfermera

Mg. Rosa Magaly Morales
Asesora

Universidad Mariana
Facultad Ciencias de la salud
Programa Enfermería
San Juan de Pasto
2024

Artículo 71: los conceptos, afirmaciones y opiniones emitidos en el Trabajo de Grado son
responsabilidad única y exclusiva del (los) Educando (s)

Reglamento de Investigaciones y Publicaciones, 2007
Universidad Mariana

Agradecimientos

A Dios, por ser nuestra guía y fortaleza en todo este proceso, por permitirnos llegar hasta este punto de nuestra carrera como futuras profesionales en enfermería; por brindarnos sabiduría, entendimiento e inteligencia para lograr culminar con éxito este proceso académico.

A nuestras familias que han sido el pilar fundamental para lograr esta meta, sus consejos, oraciones y valores que han sido claves en este triunfo. Su ejemplo que nos impulsó para salir adelante y no rendirnos en el camino, sus inalcanzables esfuerzos que hoy dan fruto.

A docentes y asesora que brindaron todos sus conocimientos en todo nuestro proceso académico y profesional en especial agradecer a nuestra asesora Mg Magaly morales quien creyó en nosotros y formándonos como investigadores excelentes y transparentes.

A nuestra querida Universidad Mariana, en donde vivimos momentos inolvidables y nos abrió las puertas con sus conocimientos para formarnos como unos grandes profesionales.

Dedicatoria

Inicialmente quiero agradecer a Dios por ser mi guía y fortaleza en este largo camino, sin su presencia en mi vida nada de esto hubiese sido posible, a mi hermano Andrés David Álvarez quien ha sido mi apoyo incondicional, quien coloco mi sueño por encima de los suyos, gracias por creer en mí y nunca soltar mi mano. Su sacrificio y dedicación han sido la motivación para nunca rendirme. Que Dios sea bendiciendo tu vida siempre hermano, eres el mejor.

A mis padres Nidia Janeth Ceballos y Franco Aníbal Álvarez por ser mi motivación y fuerza para culminar este sueño, por ser mi fuente de inspiración que siempre me impulsa a ser mejor, su amor y sus oraciones incansables que hoy se miran reflejadas en este logro que alcanzamos como familia.

A quien me acompañó desde mi niñez, pero se adelantó en el camino de la vida. Este logro honra su memoria y sé que estuviera tan feliz por verme lograr lo que tanto anhele. Gracias por ser inspiración y motivo para culminar esta meta. ¡Lo logramos amigo de mi alma ;

Lina Yeraldin Álvarez Ceballos

Primero que todo quiero agradecer a Dios por haberme dado sabiduría, fuerza, salud y bendiciones. Guiándome en el trayecto de mi vida y permitiéndome llegar tan lejos como persona y profesional, a pesar de tantos obstáculos que se presentaron en mi camino, y gracias a ti mi Dios este sueño se está haciendo realidad.

A mis Padres Carmen Guachavez y Genaro Enríquez por ser mi inspiración, mi apoyo, mi fortaleza y mi guía, gracias por tanto amor y siempre estar para mí, porque sin importar las dificultades económicas me enseñaron a salir adelante, ser fuerte y luchar siempre por lo que quiero, los admiro y me siento tan orgullosa de ustedes, que hoy en día soy quien soy gracias a mis padres que amo con toda mi alma. Mi éxito académico es un reflejo de su amor y guía.

Agradezco especialmente a mi Pareja David Guevara por ser un pilar fundamental en toda mi

carrera, por su apoyo, paciencia, consejos, por cada palabra de aliento y fuerza en esos días que tornaban oscuros y me llenaban de paz y tranquilidad, fue mi gran inspiración para continuar con mis estudios profesionales. Y lo más importante por regalarme lo más preciado de mi vida, mi Hija Salomé, quien llegó a darme luz, siendo mi motor más grande para continuar y jamás rendirme, y este logro es nuestro, en equipo.

También expreso mi gratitud a mis Hermanos Sebastián Enríquez y Santiago Enríquez por su apoyo y compañía, a mis abuelitos maternos por ser mis segundos padres que con su amor y cariño me han guiado para ser mejor persona, y por último gracias a toda mi familia por darme tanto cariño a lo largo de mi carrera.

Genith del Rosario Enríquez Guachavez

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme dado la vida, por haberme otorgado una familia maravillosa y haberme permitido llegar a esta etapa de mi vida como profesional, por brindarme fortaleza y sabiduría en los momentos más difíciles y constancia hasta lograr mi objetivo.

Dedico con mucho amor a mis padres Concepción Molina y Silvio Granda por su apoyo incondicional, por ser las personas más importantes en mi vida, gracias por brindarme su amor y comprensión en todos los momentos más importantes de mi vida.

Expreso mi gratitud a mis hermanos Paola, Dexy y Michael Granda por ser aquellas personas incondicionales que siempre han estado ayudándome a guiar mi vida, muchas gracias por todo el cariño y confianza que han depositado en mí, por toda su ayuda en el transcurso de esta etapa en mi vida, porque siempre han querido y anhelado lo mejor para mí, gracias porque desde pequeños siempre me han brindado su amor.

Agradezco todo su amor y cariño a mi pareja Ferney Urbano, gracias por apoyarme en cada etapa de mi vida, por estar presente en los momentos más difíciles de mi vida y llenarme de valor para terminar esta hermosa profesión.

Mónica Dayana Granda Molina

A Dios Padre y a María Santísima doy las gracias por ser mi fuerza en cada uno de los momentos de mi vida, a Ellos gracias infinitas por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi carrera y ser mi guía en este Arduo Camino, lleno de retos y experiencias que me han permitido crecer personal y profesionalmente.

Dedico con mucho amor y cariño este trabajo lleno de esfuerzo y sacrificio a Mi madre Viviana Enríquez, Mis abuelos Servio y Marina y Mi tía Fernanda Enríquez quienes colocaron mis prioridades y necesidades antes que las suyas y quienes han sido mis pilares fundamentales, al igual que Mi Tío Servio que, aunque no esté físicamente en este mundo fue quien creyó en mí, me motivo y siempre me impulso a seguir adelante. Hoy puedo decir que este triunfo también es de ustedes por su apoyo incondicional y su entrega para que mis sueños se hagan realidad.

Gracias a mi equipo de trabajo, quienes me brindaron su amistad e hicieron parte de este camino a pesar de las altas y bajas que se nos presentaron siempre demostraron su compañerismo, su paciencia, su entrega y dedicación para poder cumplir un sueño más. Espero que la Dios llene sus vidas de bendiciones y la vida les recompense en grande todo lo que anhelan con el corazón.

Caroll Vanessa Rivas Enríquez

Contenido

Introducción	12
1. Resumen del proyecto	15
1.1 Descripción del problema.....	15
1.1.1 Formulación del problema	18
1.2 Justificación.....	18
1.3 Objetivos	21
1.3.1 Objetivo general	21
1.3.2 Objetivos específicos.....	21
1.4 Alcances y limitaciones.....	21
1.4.1 Alcances	21
1.4.2 Limitaciones	22
1.5 Marco referencial o fundamentos teóricos	22
1.5.1 Antecedentes	22
1.5.1.1 Internacionales.	22
1.5.1.2 Latinoamérica.....	23
1.5.1.3 Nacionales.	24
1.5.1.4 Regionales.	26
1.5.2 Marco teórico	26
1.5.3 Marco conceptual	29
1.5.4 Marco contextual.....	34
1.5.5 Marco legal.....	36
1.5.6 Marco ético.....	43
1.6 Metodología	45
1.6.1 Línea de investigación.....	45
1.6.2 Paradigma de investigación.....	45
1.6.3 Enfoque de investigación	46
1.6.4 Tipo de investigación	46
1.6.5 Población y muestra	47
1.6.6 Criterios de elegibilidad	48
1.6.6.1 Criterios de inclusión.	48

1.6.6.2 Criterios de exclusión.....	48
1.6.7 Técnica e instrumentos de recolección de información	48
1.6.7.1 Las técnicas de investigación.....	48
1.6.7.1.1 La encuesta.....	48
1.6.7.2 Instrumentos de investigación.....	49
1.6.7.2.1 Cuestionario.....	49
1.6.8 Proceso para la recolección de la información.....	49
1.6.9 Fuentes de información	50
1.6.10 Variables del estudio	50
1.6.11 Plan de tabulación y análisis	50
1.6.12 Divulgación de resultados	50
1.6.13 Control de sesgos	50
2. Resultados	51
2.1 Caracterización sociodemográfica de la población de estudio.....	51
2.2 Oportunidad del programa de planificación familiar	53
2.3 Accesibilidad de los servicios del programa de planificación familiar.....	55
2.4 Discusión.....	56
2.4.1 Caracterización sociodemográfica de la población de estudio.....	57
2.4.2 Oportunidad del programa de planificación familiar	60
2.4.3 Accesibilidad de los servicios del programa de planificación familiar.....	61
3. Conclusiones	65
4. Recomendaciones.....	66
Referencias bibliográficas	67
Anexos.....	73

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución porcentual de las características sociodemográficas.....	51
Tabla 2. Disponibilidad de citas, horarios flexibles y tiempos de espera del Programa de Planificación Familiar.	53
Tabla 3. Medios, condiciones de infraestructura e información para acceder a los servicios de Planificación Familiar.	55

Índice de Anexos

Anexo A. Consentimiento informado	73
Anexo B. Cronograma.....	75
Anexo C. Presupuesto	77
Anexo D. Operacionalización de Variables	78
Anexo E. Plan de acción	82
Anexo F. Encuesta Usuarios	84

Introducción

En los diferentes servicios de salud se precisa que dos de los derechos fundamentales de la salud como: La accesibilidad y la oportunidad estén presentes durante la prestación del servicio para satisfacer de manera efectiva las necesidades de la población afiliada. Si bien, los programas de planificación familiar buscan prevenir embarazos no deseados, brindar una sexualidad donde exista una participación de la pareja, así como un espacio en donde la población pueda aclarar dudas en lo relacionado a planificación familiar.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021):

El número de mujeres que desean utilizar la planificación familiar ha aumentado notablemente en los últimos dos decenios, pasando de 900 millones en 2000 a casi 1100 millones en 2021. Para el año 2000 y 2020, la cifra de mujeres que emplearon algún tipo de método anticonceptivo moderno pasó de 663 millones a 851 millones. Se predice que este número se incremente en 70 millones de mujeres más para el año 2030. Para 2000 y 2020, la tasa de utilización de anticonceptivos (porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que utilizan algún método anticonceptivo) pasó de 47,7% al 49,0%. (párr. 3-4)

El estudio tiene como propósito, evaluar la accesibilidad de los Servicios, analizar la oportunidad en la prestación del servicio e identificar barreras y mediadores, con esto se logra determinar hasta qué punto los servicios de planificación familiar están disponibles y accesibles para la población. Con esto se busca poder identificar barreras geográficas, económicas, culturales o administrativas que puedan limitar el acceso a estos servicios. De igual modo evaluar si los servicios de planificación familiar se están proporcionando de manera oportuna, es decir, en el momento adecuado para satisfacer las necesidades de los usuarios. Esto incluye examinar la disponibilidad de recursos, la prontitud en la atención, y la capacidad de respuesta del sistema de salud y así reconocer los factores que dificultan o facilitan el acceso y la oportunidad en la prestación de los servicios de planificación familiar. Logrando así que la ESE tome medidas de mejora y/o fortalecimiento en sus procesos de atención.

La investigación se fundamenta bajo la teoría de Avedis Donabedian quien desarrolló un modelo para evaluar la calidad de la atención médica cimentado en tres dimensiones clave; la estructura, en la cual se refiere a los recursos necesarios para brindar atención médica, como lo es el personal de salud, instalaciones y equipos; el proceso, donde incluye las actividades realizadas en la atención médica, como diagnósticos, tratamientos y la relación entre profesionales y los pacientes y un resultado en el cual escribe el impacto de la atención en la salud de los pacientes, incluyendo mejoras en su estado de salud y su calidad de vida. El modelo de Donabedian brinda un esquema completo para evaluar la calidad de los servicios sanitarios considerando la estructura, los procedimientos y los resultados. incorporando variables sociodemográficas en la evaluación, esto permite una visión precisa y personalizada de la calidad de la atención.

En la investigación se utilizó un enfoque cuantitativo para evaluar, mediante datos estadísticos, la accesibilidad y oportunidad que tiene la población para acceder al programa de planificación familiar.

Según la OMS (2023),

en todo el mundo, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años cuyas necesidades de planificación familiar se satisfacen a través de técnicas modernas (indicador 3.7.1 de los ODS) alcanza el 77,5% en 2022, lo que representa un incremento del 10% desde 1990 (67%). (párr. 5)

Entre los motivos que explican este pausado aumento es importante indicar, una elección limitada de métodos; un acceso restringido a estos servicios, especialmente entre las jóvenes, las mujeres solteras y más pobres; haber sufrido efectos adversos o el miedo a sufrirlos; creencias culturales o religiosas; la mala calidad de los servicios disponibles; el sesgo de los usuarios y los proveedores contra algunos métodos, y obstáculos por razones de género para acceder a los servicios. A medida que se han ido abordando estas barreras en algunas regiones, la demanda satisfecha mediante métodos anticonceptivos modernos ha ido en aumento.

Por ello la investigación busca determinar cuál es la percepción de los usuarios asistentes al programa de planificación familiar de la ESE Hospital Lorencita Villegas de Santos frente a estos

atributos al momento de la atención, ya que la necesidad de acceder a los métodos de Anticoncepción aumenta progresivamente a nivel mundial, nacional y regional y con esto la necesidad que las entidades de salud presten una atención de calidad. Teniendo como resultado satisfacción por parte de los usuarios, disminución de problemas en salud pública y mayor ingreso monetario para las entidades de salud.

1. Resumen del proyecto

1.1 Descripción del problema

La Planificación familiar es una problemática de salud pública que se puede prevenir, que ha experimentado una reducción en su incidencia, pero persiste, transformándose en un desafío para la época actual, para ello la eficacia del programa obedece a varias circunstancias, entre las que se destacan, el apoyo político a nivel nacional y local, el brindar servicios de alta calidad y la accesibilidad a los métodos de planificación familiar, entre otros. De modo, que a nivel mundial siguen existiendo inquietudes con relación al acceso y oportunidad del servicio, ya que la necesidad de acogerse a los programas de planificación familiar sigue siendo insatisfecha. Por esta razón, se realiza la presente investigación teniendo en cuenta que, para el año 2018 en el municipio de Samaniego se registraron 369 nacidos vivos según datos de la oficina del DANE para el año 2019 en la subregión de los abades de la cual hace parte los municipios de Samaniego, providencia y Santa Cruz de Guachavez, se registran 426 nacidos vivos. A raíz de esta información, se mira la necesidad de analizar la percepción de los usuarios frente a la oportunidad y la accesibilidad del programa de planificación familiar, ya que se observa una alta tasa de natalidad en el municipio y con esto la posibilidad de que se presenten problemas en salud pública como: morbilidad materna extrema, embarazos en adolescentes, entre otros.

En datos estadísticos facilitados por la ESE Lorencita Villegas de Santos, se determina que existe una asistencia positiva por parte de usuarios al programa de planificación familiar, con un aproximado de 2.073 atenciones para el periodo 2020-2023, es aquí donde nace la necesidad de indagar si las atenciones están siendo efectivas en cuanto a la calidad de atención y su efectividad en la prevención de eventos de interés en salud pública.

Una investigación realizada por las Naciones Unidas (2019) calcula que, para este año,

un total de 1.900 millones de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) a nivel global, dentro de las cuales se incluyen las mujeres entre 15 a 49 años. Donde 1.112 millones requieren una planificación familiar. De estas, 842 millones emplean procedimientos anticonceptivos y

270 millones de personas carecen de atención en cuanto a necesidades anticonceptivas. (p. 2)

Un estudio realizado en Filipinas por la OMS (2019) reveló que “sólo el 3% de las mujeres que deseaban retrasar o limitar la maternidad recibieron asesoramiento anticonceptivo durante su última visita por cualquier motivo a un centro de salud” (p. 1). Según la OMS (2019) “Garantizar el acceso a servicios e información de salud sexual y reproductiva de calidad es vital para asegurar un futuro saludable para mujeres y niñas, alineándose con los Objetivos desarrollo sostenible” (p. 1).

En este contexto, según Puertas et al. (2020) “los sistemas de salud basados en APS deben establecer prácticas de gestión óptimas para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad” (p. 1), comprendiendo que es un componente crucial en cualquier programa de salud reproductiva y sexual, y constituye una de las acciones de salud pública más rentables para disminuir la morbilidad. materna infantil (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2017) que se ratifican por las apreciaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico al expresar que las mujeres con acceso a la anticoncepción pueden evitar embarazos no planeados y de igual algunos métodos contribuyen a la protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Desde la atención primaria en salud, la planificación familiar se establece como un componente de importancia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (como se citó en Profamilia, s.f.):

Aproximadamente 225 millones de mujeres en países en desarrollo desean posponer o evitar el embarazo, pero no tienen acceso a métodos anticonceptivos. En Colombia, el acceso a estos métodos es un desafío especialmente en zonas urbanas y rurales. (p. 1)

Aunque los embarazos no planificados no siempre significan que sean embarazos no deseados, pueden implicar diversos riesgos para la salud de la madre y del niño, como malnutrición, enfermedades, maltrato, abandono e incluso la muerte. En Colombia, la legislación está orientada a asegurar la calidad de atención sanitaria, tanto de las instituciones de salud como de los

profesionales de la salud.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, en 2015, cerca del 70% de las mujeres de 15 a 19 años y el 52,7% de los hombres de 15 a 19 años no recurren a métodos contraceptivos.

Es fundamental recordar que la responsabilidad de los servicios de salud proporcionar información sobre los métodos anticonceptivos, destacando cuáles son los más relevantes y adecuados, y realizar controles periódicos de su uso. Esto permite que los individuos o parejas puedan hacer uso de su derecho a decidir de manera libre y responsable si desean utilizarlos o no.

Según la Asociación Colombiana de Salud Pública (2020) “solo el 0,5 % de los métodos anticonceptivos fallan” (p. 1). Esto significa que una de cada 100 mujeres que utilizan métodos anticonceptivos tiene alguna falla o ineffectividad en el método de planificación. Por otro lado, es importante resaltar que, en Colombia, el acceso a la planificación familiar se está prestando el servicio sin ninguna dificultad, para que todas las personas que quieran acceder a los métodos anticonceptivos puedan hacerlo sin ninguna barrera, entre los que se destacan; el dispositivo intrauterino (t de cobre), mirena, jaydess, implantes subdérmicos, anticonceptivos orales, anticonceptivos inyectables, preservativos, la vasectomía y oclusión tubárica.

Considerando las costumbres y creencias en diferentes regiones del país frente a la planificación familiar. La Corporación Asinch dice; “Sexualidad, placer y vida. Miradas desde la diversidad cultural en el departamento del Chocó” (Arango et al., 2016). En ese sentido, este artículo indica que la población del Chocó son las que más inconvenientes y obstáculos presentan para recibir educación en cuanto a planificación familiar, y las que menos posibilidad tienen de acceder al sistema de salud. Desde ese punto de vista, nos damos cuenta que las poblaciones o regiones más vulnerables de nuestro país, no cuentan con el acceso a los servicios de salud, siendo un epicentro de discriminación y que además existe un componente cultural que impide a las mujeres el deber de ser madres.

El Instituto Departamental de Nariño, considera la planificación familiar como una de las

acciones fundamentales en salud sexual y reproductiva, para ello es importante fortalecer el servicio de planificación familiar a todas las mujeres en el departamento y destacar en aquellas mujeres con condiciones especiales, como son, las adolescentes, de zonas de difícil acceso, con paridad satisfecha, entre otros.

Según la Resolución 3280 de 2018, la población objeto de la atención para planificación familiar y la anticoncepción, “Esta consulta es para personas en edad fértil que desean iniciar métodos anticonceptivos, ya sea antes de tener relaciones sexuales o no, y pueden acceder a ella por iniciativa propia o mediante derivación de otra atención” (p. 180).

Es importante tener en cuenta que, esta atención incluye la asesoría en planificación familiar por parte del personal de salud, la elección del método de planificación que desea utilizar y así mismo debe haber un seguimiento y control a los métodos que los pacientes decidan emplear.

De igual manera se encuentra que según la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la accesibilidad y oportunidad hace énfasis en los servicios y tecnologías en el ámbito de la salud, estos deben estar disponibles para todos de manera imparcial, respetando las particularidades de los diferentes grupos vulnerables y la diversidad cultural. La accesibilidad implica la ausencia de exclusión, la disponibilidad física, la factibilidad económica, disponibilidad de información y la oportunidad debe proporcionar servicios de manera oportuna y sin demora

1.1.1 Formulación del problema

¿Cómo es la accesibilidad y oportunidad de la prestación del servicio en el programa de planificación familiar de una ESE del suroccidente colombiano, 2020 -2023?

1.2 Justificación

El programa de planificación familiar a nivel mundial y nacional ha tomado gran importancia ya que se toma como un determinante para reducir diferentes problemáticas sociales como lo son, los embarazos no deseados, ETS e IVE, por eso hoy en día la exigencia a las entidades de salud a la

prestación de este servicio de calidad.

Es por ello que, el estudio es importante ya que se podrá analizar la percepción que tienen los usuarios de la accesibilidad y oportunidad al momento de asistir al programa de planificación familiar y con estos resultados la ESE Lorencita Villegas de Santos podrá intervenir de manera positiva a mejorar aquellas inconformidades que se logren identificar en la población

Por otra parte, el estudio es novedoso ya que en el departamento de Nariño no se encuentran estudios publicados en donde se analice los atributos de la calidad de atención en salud. En Colombia los atributos de calidad presentados por el sector salud buscan garantizar la seguridad, eficacia, y satisfacción del paciente, además se desea promover la eficiencia e igualdad de los servicios de salud. Cabe resaltar que estos atributos están enfocados, con los principios generales de calidad en salud reconocidos internacionalmente y su observación es clave fundamental para mejorar los niveles de salud en la comunidad.

De igual manera podemos decir que el estudio es interesante ya que con su desarrollo se beneficiaran diferentes ámbitos de la población, como lo es:

Impacto en la Salud Pública: La planificación familiar es un pilar fundamental para el bienestar de la población, ya que brinda a las personas y parejas decidir sobre el número de sus familias, lo cual tiene un impacto positivo en la salud materna, infantil y en la población en general.

Equidad en el Acceso a Servicios de Salud: Evaluar la accesibilidad y la oportunidad de los servicios ayuda a identificar desigualdades en la prestación de servicios de salud. Esto muy importante en el suroccidente colombiano, una región que puede enfrentar diferentes desafíos específicos dado a factores socioeconómicos, geográficos y/o culturales.

Mejora de la Calidad del Servicio: Al identificar barreras, la investigación puede contribuir a mejorar los servicios de planificación familiar, asegurando que estos sean más efectivos y oportunos, ajustados a las necesidades de la población.

Relevancia Social y Económica: El acceso adecuado a la planificación familiar está relacionado a una serie de beneficios socioeconómicos, incluyendo la reducción de la pobreza, la mejora de la educación y la participación económica de las mujeres.

Cumplimiento de Derechos Humanos: Garantizar el acceso a la planificación familiar es un aspecto fundamental de los derechos reproductivos. Este estudio podría ayudar a garantizar que estos derechos se respeten y promuevan en la población objeto.

Este estudio no solo tiene la capacidad de influir en la política y la práctica de salud pública en la región, sino que también puede servir como un modelo para mejorar los servicios de planificación familiar en otras áreas con desafíos similares.

Según el DANE en el municipio de Samaniego el 70,05% de la población total, reside fuera de la cabecera municipal lo que puede llevar a presentar dificultades en la asistencia al servicio de planificación familiar, esto puede ser por: la situación económica de la población y el tiempo que puede tomar el desplazarse hasta la ESE Lorencita Villegas de Santos, Más no se han analizado las barreras que como institución se le están colocando a los usuarios para su asistencia al programa como lo es: disponibilidad de agenda, disponibilidad médico tratante, disponibilidad de métodos anticonceptivos de preferencia, etc.

Según la OMS (como se citó en Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2018):

‘La tasa de fertilidad en la población adolescente continúa en aumento. Afectando inicialmente a las poblaciones que viven en condiciones vulnerables y con ello muestran las diferencias que existen entre y dentro de los países. El embarazo en la adolescencia puede ocasionar un grave efecto en la salud de las niñas y adolescentes durante su curso de vida’, según Carissa F. Etienne, directora de la OPS. ‘No sólo dificulta su desarrollo psicosocial, sino que también se asocia con los resultados insuficientes en la salud y con un alto riesgo de muerte materna. Además, sus hijos están en mayor riesgo de tener una salud más débil y caer en la pobreza’. (párr. 6)

Por lo anterior se analiza la utilidad del estudio ya que busca identificar cuáles son las barreras

que la población percibe al momento de la atención en salud y con esto que la ESE Lorencita Villegas de Santos pueda efectuar acciones que favorezcan el acceso oportuno y de calidad en el servicio, teniendo en cuenta que a mayor demanda se verá reflejado en los ingresos activos para la entidad de salud y principalmente el impacto positivo en la salud sexual y reproductiva del municipio.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la accesibilidad y oportunidad de la prestación del servicio en el programa de planificación familiar de una ESE del suroccidente colombiano, 2020 -2023.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a la población.
- Identificar la oportunidad del programa a partir de la disponibilidad de citas, flexibilidad horaria y tiempo de espera para acceder a los servicios de planificación familiar.
- Identificar la accesibilidad de la prestación del servicio de planificación familiar desde la infraestructura, disponibilidad de personal y de los métodos anticonceptivos.

1.4 Alcances y limitaciones

1.4.1 Alcances

El trabajo de grado beneficio al programa de planificación familiar de la ESE Lorencita Villegas de Santos. A través de los hallazgos encontrados se pueden realizar acciones de mejora y/o mantenimiento de la prestación del servicio y con ello un impacto positivo en la calidad de la atención.

1.4.2 Limitaciones

El desarrollo del proyecto se vio limitado por circunstancias como la falta de presupuesto para cubrir con todos los costos que generó el desarrollo de la investigación, la falta de tiempo de los usuarios durante el trabajo de campo, así como desinterés de estos.

1.5 Marco referencial o fundamentos teóricos

1.5.1 Antecedentes

1.5.1.1 Internacionales. En Perú, la autora Ccencho (2021) hizo un estudio denominado “Calidad de atención y satisfacción del usuario de planificación familiar del centro de salud del distrito de Huando, Periodo 2021” en donde su objetivo era establecer la correlación entre la calidad del Servicio de Planificación Familiar y la satisfacción del usuario externo en el Centro de Salud. El método que utilizó en dicho estudio fue básico, con un nivel descriptivo, con enfoque cuantitativo de diseño no experimental, transversal correlacional, para esto tuvo una muestra de 120 usuarias que acuden al centro de salud del distrito de Huando, hizo uso del instrumento para la recolección de datos la cual fue la encuesta para la evaluación de las dos variables de calidad de atención y satisfacción del usuario, en los resultados se evidenció que la población con mayor afluencia es de 14- 19 años con un 46.7%, el grado de instrucción de las usuarias que tienen más participación es de secundaria con un 53.3%, la ocupación de las usuarias que acuden al servicio es de amas de casa o de comerciantes con un 36.7%, Las conclusiones de este estudio indican que los usuarios externos del Servicio de Planificación Familiar en el Puesto de Salud Cerro Prieto están satisfechos en lo relacionado con la calidad del servicio con un 76,7% lo que según el método validado para este estudio está dentro de lo que se considera apropiado en lo referente a un buen servicio de calidad.

Otro estudio realizado en México, por la autora Valenzuela (2018) realizó el estudio llamado “Calidad del Servicio de Planificación Familiar y Satisfacción del Usuario Externo, Puesto de Salud Cerro Prieto - Salas Guadalupe, Junio 2018” este estudio busca determinar la relación existente entre la calidad del Servicio de Planificación Familiar y la Satisfacción del usuario

externo en el Puesto de Salud Cerro Prieto - Salas Guadalupe, este fue un tipo de estudio observacional, descriptivo correlacional, de corte transversal, con una muestra de 50 usuarias, seleccionadas de tipo aleatorio las cuales acuden al consultorio externo de planificación familiar del Puesto de Salud Cerro Prieto de la Micro red Guadalupe, para la encuesta se hizo uso de SERVQUAL modificado, para la recolección de los datos se indago un total de 22 preguntas sobre las expectativas y 22 sobre las percepciones, organizados en cinco dimensiones de evaluación de la calidad de los servicios recibidos, cada pregunta tiene un rango de respuestas que va del 1 al 7. Como resultado de este trabajo se muestra un 76,7% de satisfacción de los usuarios externos frente a un 23,3% de insatisfacción.

En las conclusiones se muestra que los usuarios externos del Servicio de Planificación Familiar en el Puesto de Salud Cerro Prieto están satisfechas con la calidad del servicio en un 76,7% lo que según el método validado para este estudio está dentro de lo que se considera adecuado para un buen servicio de calidad.

1.5.1.2 Latinoamérica. Se realizó un estudio en Chiclayo Perú, por Núñez (2022) denominado “Planificación familiar y acceso a anticoncepción en un establecimiento de salud de Chiclayo” en donde su objetivo era determinar la relación que existe entre la planificación familiar y el acceso a anticoncepción.

Su enfoque de investigación fue cuantitativo, de tipo correlacional simple, con un diseño no experimental, transaccional; en el que se empleó una muestra de 80 usuarias. Los resultados mencionan que, el 100% de mujeres en edad reproductiva en relación con la planificación familiar y el acceso a anticoncepción, la mayoría indica un nivel deficiente 51.2% (41); además el 37.5% (30) indican un nivel alto y por último un 11,3% (9) un nivel regular. Se concluye que, la prueba de correlación Rho Spearman el cual obtuvo como resultado de 0,240, manteniendo una relación positiva baja (débil) entre planificación familiar y calidad de acceso. Por otro lado, se halló Rho Spearman de 0,14 valores que indica una correlación positiva muy baja (muy débil), entre planificación familiar y regularidad de acceso. Por último, se observa la relación entre la variable planificación familiar y la dimensión continuidad de acceso donde se obtuvo un Rho Spearman de 0,45 valores que indica una correlación positiva moderada (media), una Sig. (bilateral) de 0,00

menor a 0,05 representando valores significativos en usuarias de un establecimiento de salud de Chiclayo.

Otro estudio realizado en Perú, la autora Meza (2019) realizó un estudio titulado "evaluación de la calidad de atención en el consultorio de planificación familiar en base al nivel de satisfacción de las usuarias en el hospital de contingencia de tingo maría, 2018" tuvo el objetivo de evaluar la calidad de atención en el consultorio de planificación familiar referente al nivel de satisfacción de las usuarias en el Hospital de contingencia de Tingo María 2018.

Utilizo metodología observacional, prospectivo, transversal y analítica. Hizo uso de una muestra de 70 usuarias atendidas en el consultorio de planificación familiar. Obteniendo unos resultados con las usuarias que acudieron para la atención en el consultorio de planificación familiar en el Hospital de Contingencia de Tingo María mostraron una edad media de 22 años \pm 4 años, como una mediana también de 21 años, así como la edad que más se repitió fue la edad de 18 años (moda), la edad mínima de este grupo fue de 18 años y la máxima de 40 años, como resultado de esta investigación se mide en el nivel de satisfacción de las usuarias que acudieron para la atención en el consultorio de planificación familiar en el Hospital de Contingencia de Tingo María se observó de forma general es decir tomando los factores humano, técnico y del entorno, en donde se puede evidenciar que un 45,7% de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción regular sobre la calidad de atención recibida, así mismo un 31,4% manifestaron tener un nivel de satisfacción buena y un 22,9% de las usuarias manifestaron tener una mala satisfacción acerca de la calidad de atención recibida.

1.5.1.3 Nacionales. En Santander Bucaramanga, los autores García et al. (2018) realizaron un artículo científico titulado "Calidad técnico científica del cuidado de enfermería en el programa de planificación familiar" con la finalidad de identificar el cumplimiento del profesional de enfermería de los aspectos técnico, científicos del programa de planificación familiar, en una institución de salud.

La metodología utilizada fue un estudio de corte transversal. Población: usuarios del programa de planificación familiar. Con muestra de: 345 usuarios, 11 enfermeros. Aplicó un instrumento que

evalúa la calidad del cuidado brindado en relación con: la humanización del cuidado, satisfacción con la atención, cumplimiento de aspectos técnico – científicos y disponibilidad de recursos. Procesamiento y análisis de datos: epidata 3, Stata v12. Los resultados obtenidos se reflejaron con el 97,9% de los profesionales diligencia correctamente los formatos de historia clínica y los hallazgos encontrados en consulta. El 98% de las usuarias no recibió asesoría en derechos sexuales y reproductivos. En el 98,5% de los casos de inserción de implante subdérmico, se aplicó el consentimiento informado a usuarias. El 84% de las usuarias no recibió información sobre: el uso del preservativo como método de doble protección, la importancia del autoexamen de mama el 90%, ni de la citología el 60,5%. Con estos resultados se observa que es notoria la falta de información a usuarias sobre cuidados sexuales y reproductivos y los derechos relacionados con estos cuidados. Fue positivo el cumplimiento de aspectos éticos en la atención.

En Cartagena los autores Acosta et al. (2018), llevaron a cabo una investigación llamada “Factores asociados al uso del programa de planificación familiar en estudiantes de ciencias de la salud de una Universidad pública. Cartagena” en esta investigación, se busca determinar los factores asociados al uso del programa de planificación familiar en estudiantes de ciencias de la salud.

El tipo de estudio es un estudio correlacional de abordaje cuantitativo. La población fueron estudiantes del área de la salud de una universidad pública de Cartagena, Colombia, que corresponden para el primero periodo de 2017 a 1348 estudiantes. La muestra tuvo un tamaño de 354 personas, utilizando la fórmula; $n = z^2 * N * P * Q / d^2 * (N + z^2 * P * Q)$ en donde: nivel de confianza: 95%: 1,96, N: la población: 1848, P: la prevalencia de uso: 50% o 0.50, Q: complemento de P 50% o 0.50 d: precisión: 0.05. se hizo uso de instrumento de medición encuesta nacional demografía y salud: este instrumento está basado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud contiene una serie de preguntas donde se recolecta información sobre características sociodemográficas (nivel económico, edad, estado civil, ocupación) y son características relacionadas con el uso de servicios de salud (programa de planificación, uso de servicios médicos).

En este estudio participaron 354 estudiantes universitarios de ciencias de la salud, el promedio de edad fue de 20.3 años (DE = 2,4 años). El estrato socioeconómico de los estudiantes más

predominante fue el nivel 2 con un 38.4%, (136), el sexo femenino sobresalió en el estudio con un 69.8% (247) y solo un 3,1% (11) tienen hijos. En lo referente a las creencias religiosas, prevalece la religión católica con un 63% (223). Con relación al estado civil la mayor proporción son estudiantes solteros 93.2% (330), respecto a la seguridad social se evidencia que el 50.3% (178) están afiliados al régimen contributivo. De los estudiantes encuestados el 24.6% (87) pertenecían a la facultad de enfermería, 33.1% (117) medicina, 27.1% (96) de odontología y 15.3% (54) de la facultad de química farmacéutica. El 11,6% (41) cursaban 5 semestre. Del total de estudiantes encuestados, un 60% (212) refiere no utilizar métodos anticonceptivos, siendo una de las razones de no uso; no vida sexual activa con un 69.8% (148). Los adolescentes que si utilizan un método de anticoncepción 40% (141), el método más utilizado fue el de barrera (condón) con un 57.4% (81). El lugar donde obtuvieron el método de planificación familiar más común fue la farmacia 51.8%.

En esta investigación, se pudo observar que el uso del programa de planificación familiar por parte de estudiantes universitarios del área de la salud es muy bajo. Los factores que se asocian con el uso del programa de planificación familiar, fueron ser mujer y estar en semestres superiores (quinto semestre en adelante). Por otra parte, se encontró que un alto porcentaje de estudiantes manifestaron no tener conocimiento sobre los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes; aun con el esfuerzo del gobierno por conectar a los jóvenes a estos programas. Así mismo, el uso de servicios de salud, (consulta médica, programas de promoción y prevención, servicios para la SSR) presentan una muy baja asistencia en esta población)

1.5.1.4 Regionales. A nivel regional no se encuentran estudios acerca de la accesibilidad y oportunidad de planificación familiar, sin embargo, según la OPS, considera este tema como uno de los desafíos más importantes a nivel mundial, dado a que ayuda a las familias a alcanzar un nivel de vida adecuado y a prevenir los abortos provocados ya que en los últimos años se ha reportado una mayor tasa de estos.

1.5.2 Marco teórico

En la búsqueda de información sobre teóricos de enfermería que se logre relacionar con la atención

y oportunidad en la prestación de los servicios de salud no se encuentra información con la cual se pueda tomar para la investigación, por lo que se toma como referencia la teoría de Avedis Donabedian quien adopta el modelo de calidad de la atención médica el cual define la calidad como: Alcanzar los mayores beneficios posibles en la atención médica, reduciendo los riesgos para el paciente. En 1966, introduce los componentes de estructura, proceso y resultado, con sus respectivos indicadores para evaluar la calidad.

Según López et al. (2021)

Desde la perspectiva de Donabedian los valores sociales imperantes que posee cada individuo de acuerdo a su experiencia y desarrollo, tanto familiares, socioculturales, personales, espirituales, materiales, económicos, éticos y morales, van a influir en la percepción y variabilidad de los resultados al evaluar la calidad, por lo que en la elaboración del constructo para la presente investigación se incluyeron variables sociodemográficas como género, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, nivel de estudio, ocupación y si cuenta con servicio médico, lo que nos permitirá generar un idea asociada al porcentaje de satisfacción de los pacientes. (p. 3)

Avedis Donabedian creó un modelo para evaluar la calidad de los servicios de salud en los que se observaba la parte asistencial determinando tres aspectos:

Estructura: Se refiere a la estructura en términos humanos, físicos y financieros necesarios para la asistencia sanitaria.

Proceso: conjunto de acciones realizadas por y entre profesionales y pacientes, el uso de recursos en relación a lo ejecutado en brindar y recibir atención.

Resultado: explican las repercusiones de la atención asistencial en el estado de salud de los pacientes y comunidades, e incluye tanto los resultados finales como los intermedios

Donabedian sostuvo que "una estructura adecuada incrementa la posibilidad de un proceso

óptimo, y un proceso óptimo incrementa la posibilidad de un resultado positivo".

De igual modo, menciona que el análisis se puede realizar en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que maximice los beneficios para la salud, sin aumentar los riesgos, mientras que la atención interpersonal mide la adherencia a los valores, normas, expectativas y deseos de los pacientes.

En el territorio nacional, se dan lineamientos por medio del manual metodológico del sistema de calidad del gobierno nacional, dado por el ministerio de salud y protección social, en el cual se menciona los componentes de las rutas integrales de atención en salud en el cual para nuestro trabajo de grado profundizamos en: El entorno, el cual se entiende como el escenario en donde la vida cotidiana en la que los sujetos se desarrollan, donde dan forma a sus vidas subjetivas, construyen conexiones y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen.

En donde se hace relevancia en el: contexto institucional: Incluye los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas) donde interactúan los integrantes del Sistema de Salud para garantizar la atención integral en salud a los usuarios mediante intervenciones individuales y grupales, teniendo en cuenta la disponibilidad de servicios habilitados, en el territorio y los atributos de calidad de la atención en salud.

De igual modo en el manual metodológico del sistema de calidad del gobierno nacional encontramos Identificación y caracterización de los hitos que se basa en: formulación y caracterización de los resultados que se esperan en el proceso de gestión y atención en salud, que garanticen la integralidad de la misma, para ello al igual que la teoría de Avedis Donabedian, se utiliza indicadores de resultados derivados de los desenlaces esperados en lo cual encontramos:

Indicadores de Estructura: miden los recursos utilizados para ayudar a las personas. Estos incluyen la capacidad de instalaciones físicas, las características de la organización administrativas y la cualificación del personal. Los entornos bien organizados suelen proporcionar una atención

de alta calidad.

Indicadores de Proceso: Evalúan la entrega efectiva del servicio/atención. Indican: cobertura, accesibilidad, oportunidad y relevancia de las acciones/intervenciones

Indicadores de Resultado: Se perciben como aquellos que producen un cambio auténtico o deseado en la sociedad, la salud de individuos, familias y comunidades; considerándose así, los efectos obtenidos, a medio y corto plazo

Dada la revisión bibliográfica se puede determinar que el modelo teórico tomado para fundamentar nuestro trabajo de grado tiene similitud con lo que evalúa el modelo de atención de salud colombiano, lo que favorece nuestra pregunta problema.

1.5.3 Marco conceptual

Diferentes estudios realizados argumentan sobre la importancia del asesoramiento en el programa de planificación familiar, el cual establece un desarrollo para generar un incremento en la satisfacción de los usuarios con el uso de métodos anticonceptivos, mejorando los valores sobre la aprobación y aceptación, es por ello que:

La Organización Mundial de la Salud (OMS, como se citó en Del Toro et al., 2018) establece la Planificación Familiar (PF) como:

es una forma de pensar y vivir que se adopta de manera voluntaria, basada en conocimientos, actitudes y decisiones responsables de individuos y parejas, con el objetivo de promover la salud y el bienestar familiar, contribuyendo así de manera efectiva al desarrollo social de un país. (p. 26)

El programa de planificación familiar se fundamenta en estrategias planeadas por diferentes entes territoriales, con aplicación del personal capacitado en salud que busca brindar a la población en edad fértil métodos anticonceptivos (hormonales, barrera, quirúrgico) de tal manera que la

población planea la llegada de sus hijos, y al igual protegerse de ETS, todo esto con el fin de prevenir problemáticas en salud pública como lo son embarazos no deseados, IVE y enfermedades de transmisión sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) menciona que en los últimos decenios se describe diferentes elementos de la calidad, hoy en día se habla que todos los servicios sanitarios de salud están llamados a ser:

Eficaces: brindar servicios de salud basado en datos probatorios a quienes lo necesiten

Seguros: evitar lesiones a las personas que acudan a los servicios de salud

Centrados en las personas: otorguen atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona

Oportunos: minimizando tiempos de espera

Equitativos: Atención de calidad la cual no se verá obstaculizada por religión, raza etnia, situación socioeconómica, idioma o afiliación.

Integrados: coordinación entre todos los niveles de atención facilitando la gama de servicios

Eficientes: maximizar los beneficios de los recursos disponibles

Para contribuir a este llamado se plantean tres medidas para mantener la calidad en los servicios de salud en lo cual se menciona: Estrategia nacional centrada en la calidad, garantizando estándares de calidad en todos los servicios de salud y una atención primaria de alta calidad. seguida de una control estricto y periódico para contribuir a mantener la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se relaciona con los determinantes sociales y con enfoque de derecho, ya que plasma la obligación que todas las entidades de salud tienen para brindar una atención de calidad a toda la población beneficiaria de los diferentes servicios de salud, favoreciendo con ello la calidad de vida individual y colectiva de determinada población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) define la anticoncepción como:

La anticoncepción permite a las personas decidir cuántos hijos tener y determinar los intervalos entre los embarazos. Esto se logra mediante el uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la infertilidad. La información y los servicios relacionados con los métodos anticonceptivos son primordiales para la salud y los derechos humanos de todas las personas. La prevención de embarazos no deseados contribuye a disminuir los problemas asociados con la maternidad y la cantidad de muertes vinculadas a los embarazos. (p. 1)

La anticoncepción le permite a la población en edad fértil poder decidir y planear la llegada de un hijo, con esto prepararse para este momento, tanto a nivel emocional, como fisiológico, económico y en el entorno familiar, con esto contribuyendo a un desarrollo del rol materno y paterno satisfactorio, manifestado en una crianza basada en el amor y el respeto por el nuevo integrante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) define los métodos anticonceptivos como:

Los métodos anticonceptivos incluyen las píldoras anticonceptivas por vía oral, las implantaciones contraceptivas subcutáneas, las inyecciones, los parches, los anillos vaginales, los dispositivos intrauterinos, los preservativos, la esterilización masculina y femenina, estos métodos tienen diferentes mecanismos de acción y distintos grados de eficacia a la hora de prevenir embarazos no deseados. (p. 1)

A nivel nacional la Resolución 3280 de 2018, define a los Métodos de planificación como:

Métodos o procedimientos que impiden o previenen los embarazos en mujeres o parejas sexualmente activas. Existen diferentes tipos de anticonceptivos en el mundo, los cuales se diferencian tanto en el mecanismo de acción como en el principio activo, tiempo de duración, vía de administración, formas de uso, y eficacia. (p. 138)

Tanto hombres y mujeres tienen la opción de acceder a algún método anticonceptivo que puede ser hormonal o no hormonal, los métodos anticonceptivos en su mayoría tienen la finalidad de prevenir embarazos no planeados y en otros casos también protegen de no contraer enfermedades de transmisión sexual como es el caso del condón femenino y masculino, según la evidencia científica los métodos anticonceptivos tienen alta efectividad. al igual que un riesgo mínimo.

En la normatividad nacional vigente dada por la resolución 3280 del 2018 menciona que la población objeto para acceder al servicio de planificación familiar son tanto hombres y mujeres en edad fértil, quienes deciden iniciar un método anticonceptivo, esto orientado por profesionales de medicina o enfermería capacitados para suministrar el método, de igual forma menciona que el profesional está en la obligación de dar a conocer los métodos disponibles según el plan obligatorio en salud y suministrar los métodos más convenientes según los criterios de elegibilidad que la norma suministra para disminuir riesgos y complicaciones en los usuarios según el método elegido.

De igual manera el ministerio de salud y protección mediante la ley 1438 de 2011 se enfoca en la atención primaria en salud la cual ubica su estructura y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y en el derecho que todo ser humano tiene de gozar del grado máximo de salud sin discriminación de ideología política , raza, religión, o condición socioeconómica, por ello la necesidad de que las entidades de salud presten una atención de calidad desde un acceso y oportunidad eficiente para la no violación de estos derechos, los cuales deben gozar todos los usuarios.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2022):

La sexualidad es vista como una dimensión fundamental en el transcurso de la vida de las personas. Su práctica debe desarrollarse dentro del marco de los Derechos Humanos, así como

garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos. En Colombia, aunque aún existen diversas problemáticas vinculadas a la sexualidad y la reproducción, el Estado, las instituciones y las políticas implementadas han logrado importantes avances en la comprensión de las diferentes perspectivas sobre la sexualidad y sus abordajes. Esto se refleja en la integración de enfoques de género, derechos y diversidad, considerados elementos clave para lograr una salud sexual y reproductiva integral, segura, digna y responsable para todas las personas en el país. (párr. 1)

De igual modo es fundamental contemplar la importancia de los derechos sexuales y reproductivos, determinando la eficacia de cada uno de ellos dentro del programa de planificación familiar, haciendo énfasis en aquellos aspectos que fortalecen de manera significativa a la salud sexual. Según Ministerio de Salud y de Protección Social (2023), “los derechos sexuales son los mismos derechos humanos aplicados a la vivencia de la sexualidad. Están internacional y nacionalmente reconocidos para garantizar el desarrollo libre, seguro, responsable y satisfactorio de la vida sexual de todas las personas” (párr. 1).

Los derechos reproductivos son los mismos derechos humanos aplicados a la vivencia de la reproducción. Reconocen el derecho básico de todas las parejas e individuos a determinar de manera libre y responsable el número de hijos, la duración entre los nacimientos y el momento de tenerlos, tener acceso a la información y los medios necesarios para ello, y el derecho a lograr el nivel más alto de salud sexual y reproductiva." Además, comprende el derecho a hacer elecciones sobre la reproducción sin ser objeto de discriminación, coacciones o violencia.

La accesibilidad de la prestación del servicio en el programa de planificación familiar es una alternativa que tiene el usuario para hacer uso de los servicios sanitarios (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2011).

De esta manera los usuarios pueden acceder al servicio de planificación familiar sin restricciones geográficas, culturales ni organizacionales, en donde la atención debe ser suficiente, satisfactoria y oportuna. El servicio de planificación familiar debe brindarse en forma adecuada dependiendo de la capacidad resolutoria que posea la institución en donde los usuarios acudan a solicitar el servicio de planificación familiar.

La Oportunidad, es la capacidad que debe tener el usuario al obtener los servicios que necesita sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2011). Haciendo alusión a la capacidad de satisfacer las necesidades de salud de los usuarios que requieren el servicio de planificación familiar, esta capacidad está asociada a las condiciones en que llega el paciente a solicitar el servicio, a la necesidad que presenta el usuario, a la equidad del servicio, la capacidad resolutive de la institución, los conceptos que tenga la opinión pública del servicio de planificación familiar, a la calidad del servicio de planificación familiar y sin duda alguna a los valores culturales de los usuarios.

En la evaluación a la accesibilidad y oportunidad de la prestación del servicio en el programa de planificación familiar es importante fomentar la contribución de diferentes documentos relevantes que den prioridad a la implementación del programa de planificación familiar, donde es de gran relevancia entender que es la consulta de planificación familiar.

Todas las personas están en el derecho a recibir asesoría en anticoncepción, al igual en el elegir y recibir su método anticonceptivo en todos los servicios de salud. Y las instituciones administradoras y prestadoras de servicios de salud están en el deber de garantizar el derecho a la anticoncepción sin barreras, gratis y con calidad a toda la población que así lo requiera

Por eso, “el sistema de salud en Colombia tiene la consulta denominada planificación familiar, en la cual, el profesional de medicina o enfermería brinda asesoría acerca del uso de métodos anticonceptivos modernos y sus respectivos controles” (Ministerio de Protección Social, 2016, p. 2).

Lo anteriormente se basa en estándares de calidad para dar el cumplimiento a todos estos puntos como lo mencionan tanto entidades internacionales y nacionales los cuales buscan brindar una atención de calidad humanizada como único fin, el usuario y su familia.

1.5.4 Marco contextual

Samaniego es una localidad de Colombia situada en el departamento de Nariño, a 117 kilómetros

al oeste de la ciudad de San Juan de Pasto. Sus fronteras son: al norte con la Llanada; al sur con Providencia, Guaitarilla, Túquerres y Santa Cruz; al este con la Llanada, Linares y Ancuya; y al oeste con Santacruz, Ricaurte y Barbacoas. Su altitud respecto al nivel del mar es de 1470 metros sobre el nivel del mar y su temperatura promedio es de 24° C. El área municipal comprende 765 km². Su territorio es montañoso en su mayor extensión, pero también cuenta con algunos sectores planos y ondulados. Según estadísticas del DANE cuenta con una población actual de 29.744 habitantes los cuales representan al 1.8% de la población total de Nariño en el 2022.

La presente investigación se realizará en la ESE Lorencita Villegas de Santos del municipio de Samaniego, la cual ofrece a la comunidad Samanieguiense y demás municipios aledaños diferentes servicios en el área de la salud como son: consulta externa, hospitalización de baja complejidad, servicios de promoción y mantenimiento de la salud, vacunación, laboratorio clínico, y servicio de urgencias las 24 horas.

Misión:

Empresa social del estado que presta servicios de salud en el primer nivel de complejidad y con complementariedad, que cuenta con talento humano idóneo y capacitado, recursos tecnológicos necesarios, auto sostenibilidad y el mejoramiento continuo de los procesos, en procura de lograr una atención segura y de calidad, el desarrollo organizacional, eficiencia y eficacia en nuestra gestión y el mejoramiento de las condiciones de salud los habitantes del municipio de Samaniego y de la Subregión de Abades.

Visión:

En el año 2024, seremos una empresa social del estado del primer nivel de atención con complementariedad, con un Modelo de Atención Integral en Salud, reconocida en el Departamento de Nariño y líder en la Subregión Abades por los programas de recuperación de la salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por la atención humanizada, segura, centrada en el usuario y su familia (E.S.E Hospital Lorencita Villegas de Santos, 2021).

1.5.5 Marco legal

Resolución 001973 de 2008

La Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, establece que, en lo relacionado con la administración de medicamentos, el profesional de enfermería podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos por autoridad competente. Que conforme a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud y The Population Council, los procedimientos de inserción y retiro de los implantes anticonceptivos subdérmicos pueden ser realizados por profesionales de la medicina o de la enfermería, siempre y cuando estos reciban entrenamiento específico adecuado para el efecto.

Es necesario definir los requisitos que deberá cumplir el talento humano a cargo de la consulta de planificación familiar para hombres y mujeres, así como de la inserción del Dispositivo Intra Uterino, DIU, y del implante anticonceptivo subdérmico.

Ley Estatutaria 1751 de 2015

Contemplando la ley estatutaria por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones y en base al Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud: se mencionan los siguientes aspectos esenciales e interrelacionados que fundamentan el trabajo de investigación, en base a lo mencionado en la Evaluación de la Accesibilidad y oportunidad de la prestación del servicio en el programa de planificación familiar, destacando los más importantes:

- **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información
- **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben brindarse sin

demora.

- Disponibilidad. El gobierno deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.
- Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecido con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.
- Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.
- Eficiencia. Los sistemas de salud deben tratar de mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la política de atención integral en salud.

Correspondiente a la implementación eficaz de la Política de Atención Integral en Salud, el objetivo principal de la PAIS y en relación a la aprobación de calidad está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Artículo 2° Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud. El marco estratégico de la PAIS se fundamenta en la atención primaria en salud-APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Estos planeamientos permiten la articulación y alienación del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades,

soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los ámbitos poblacionales y territoriales.

Artículo 3° Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS La PAIS establece un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que orientan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas.

Política de Atención Integral en Salud (Ministerios de Salud y Protección Social, 2016)

Dentro de la investigación se establecen criterios relevantes que garantizan una atención de calidad con enfoque de mejoras en el sistema de salud, siendo así de gran importancia resaltar esta política donde plantea un objetivo general donde su principal función es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”.

Marco Estratégico de la Política de Atención Integral en Salud, PAIS

La Política de Atención Integral en Salud debe contener las estrategias e instrumentos que permitan la transformación del modelo institucional de la Ley 100 de 1993 a los objetivos de un Sistema de Salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario.

Considerados los determinantes, son cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud:

- La atención primaria en salud (APS): enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una

respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad.

- El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad.
- La gestión integral del riesgo en salud, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad.
- El enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.

Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

El MIAS se define entonces como un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutoria de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades.

El Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad.

Circular 013 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

De conformidad con los lineamientos de esta circular, la anticoncepción es esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y al mismo tiempo apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades; permite ejercer la autodeterminación reproductiva; disminuye la necesidad de efectuar abortos inseguros, posponer el embarazo, especialmente en las mujeres adolescentes y jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por esta causa, lo cual disminuye la morbilidad y mortalidad materna y reduce la mortalidad infantil.

Teniendo en cuenta las directrices del ministerio de Salud y Protección Social, se establecen unos conceptos fundamentales e indispensables para garantizar una orientación de calidad, entre los cuales se establecen los siguientes:

- **Derechos humanos:** Son inherentes, universales; inalienables e intransferibles; acumulativos, imprescriptibles o irreversibles; son inviolables; son obligatorios; trascienden las fronteras nacionales; son indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables.
- **Derechos sexuales:** Capacidad de disfrutar relaciones sexuales satisfactorias, la ausencia de toda clase de violencia, coacción o abuso, el acceso a servicios de salud sexual que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad, incluidas las de transmisión sexual y el VIH/Sida, la posibilidad de separar el ejercicio de la sexualidad, de la reproducción.
- **Derechos reproductivos:** autodeterminación reproductiva, (decidir sobre su posibilidad de procrear o no y en ese sentido planear su propia familia), atención de la salud reproductiva, que incluye medidas para promover una maternidad sin riesgos, tratamientos de infertilidad acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos (incluyendo la anticoncepción de emergencia)

Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Parte 5, título 1, capítulo 1 del decreto 780 de 2016: Conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Adopción, Adaptación e Implementación de la Resolución 3280 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

De acuerdo a las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud; la planificación familiar y la anticoncepción, dentro del talento humano debe realizarse por el profesional de enfermería, medicina general, medicina familiar o ginecología, según se encuentre en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individual por momento de curso de vida.

El profesional de enfermería opta por garantizar la provisión efectiva de métodos anticonceptivos, contribuir a la reducción de embarazos no planeados, embarazos de alto riesgo y a la prevención de infecciones de transmisión sexual, promover el bienestar y desarrollo de la maternidad y paternidad responsable. De este modo se establece la prestación de la atención del profesional de enfermería, en relación a la atención de planificación familiar, incluyendo la atención en salud para la asesoría en anticoncepción, elección y suministro de métodos anticonceptivos y asesoría en controles, de este modo brinda asesoría, información y educación que se ajuste a las necesidades de métodos anticonceptivos según normatividad y criterios de elegibilidad de la OMS.

Conforme a la resolución se establece una población objeto específica, siendo así: Mujeres y hombres en edad fértil, quienes desean iniciar un método anticonceptivo, incluye aquellos que tienen intención de iniciar relaciones sexuales penetrativas. Se puede acceder a esta consulta por demanda espontánea o derivada(o) de otra atención.

De esta manera se plantea los métodos de anticoncepción como métodos o procedimientos que evitan o previenen los embarazos en mujeres o parejas sexualmente activas. Existen diferentes tipos de anticonceptivos en el mundo, los cuales se diferencian en el mecanismo de acción, principio activo, tiempo de duración, vía de administración, formas de uso, y eficacia.

Dentro del contexto de la investigación y enfocado en la resolución 3280 se tendrá en cuenta los siguientes métodos anticonceptivos:

- Anticonceptivos de solo progestágeno: La mayoría de las mujeres pueden usar con seguridad los anticonceptivos de sólo progestágeno, son altamente efectivos y reversibles, con disponibilidad de Implante subdérmico e Inyectable de depósito
- Anticonceptivos hormonales combinados: Se refieren a los productos anticonceptivos reversibles de corta duración, que contienen un estrógeno combinado con un progestágeno. Las presentaciones disponibles son: Inyectables combinados (AIC), anticonceptivos orales combinados (ACO)
- Dispositivos intrauterinos: Son métodos reversibles de larga duración, altamente eficaces y costos efectivos para todas las mujeres en edad fértil incluso en mujeres nulíparas y adolescentes, actualmente el dispositivo intrauterino disponible es el DIU T de cobre

El objetivo de esta atención es hacer seguimiento a mujeres, hombres y sus parejas que están usando algún método de anticoncepción, con el fin de identificar efectos secundarios, adherencia al método, reforzar signos de alarma y brindar el método anticonceptivo oportunamente, para dar continuidad al proceso de anticoncepción

Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010)

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, equitativa 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.

Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer.
(Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Como planteamiento general de este protocolo se considera el cuidado de enfermería en edad fértil, en donde el profesional de enfermería tiene la competencia técnica y la habilidad de apoyar a las mujeres en edad fértil, identificar sus necesidades básicas, planear y desarrollar un cuidado integral basado en la evidencia científica, fundamentado en los derechos sexuales y reproductivos, como parte de los derechos humanos que la legislación colombiana reconoce a las mujeres.

Con este protocolo se pretende establecer e incrementar unas estrategias para la actuación del profesional de enfermería, agrupando los criterios frente al cuidado de las mujeres en edad fértil, con el fin de brindar asesoría y orientación específica en salud sexual y reproductiva basada en la evidencia científica y su evaluación de acuerdo con las necesidades, requerimientos y expectativas de las mujeres que acuden a los servicios, determinando la importancia desde el enfoque de enfermería y basada en la evidencia del protocolo estableciendo cuidados de calidad entre los cuales contempla el cuidado de enfermería para la mujer durante la asesoría en salud sexual y reproductiva, cuidado de atención preconcepcional, cuidado de la prevención y detección de infecciones de transmisión sexual, todas estas actividades encaminadas en el rol del profesional de enfermería en la atención de planificación familiar.

1.5.6 Marco ético

La ética de la investigación aplica los principios de la bioética a la metodología propia de la actividad investigadora para garantizar las buenas prácticas, la integridad y la calidad de la producción científica (Manjarrés, 2013). En este estudio se tendrán en cuenta los principios éticos de investigación:

- Principio de autonomía: En esta investigación se realizará una participación de forma voluntaria con las personas que lo deseen y aceptaran su participación mediante un consentimiento informado con previa autorización de actuar libremente y conscientemente.
- Principio de beneficencia: Se busca hacer el mayor bien, actuar en beneficio de cada persona perteneciente al estudio, así mismo promover el bienestar haciendo lo posible para que los resultados sean en pro de los mismos.
- Principio de no maleficencia: En esta investigación se garantiza a todos los participantes que no causará ningún tipo de daño.
- Principio de justicia: la investigación brinda un aprovechamiento a todos los participantes empleando la igualdad en todo momento.

Ley 911 de 2004

“Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones” (p. 1).

De acuerdo con el artículo 29,

en los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, 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 enfermeras nacionales e internacionales. (p. 6)

En el artículo 30,

se establece por qué el profesional de enfermería no debe realizar ni participar en investigaciones científicas que utilicen personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no puedan otorgar libremente su consentimiento. Hacerlo constituye falta grave. (p. 6)

Resolución 8430 de 1993

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 11. Para efectos de la resolución, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

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. (p. 3)

Con el fin de evaluar la accesibilidad y la oportunidad de la prestación del servicio en el programa de planificación familiar.

1.6 Metodología

1.6.1 Línea de investigación

Cuidado de Enfermería

1.6.2 Paradigma de investigación

Cuantitativo.

Según Hernández et al. (2018), este paradigma se basa en la obtención de datos medibles y verificables mediante métodos estadísticos y procedimientos sistemáticos. Este enfoque hace uso

de la observación objetiva de los fenómenos, utilizando herramientas que permitan cuantificar los datos y analizarlos matemáticamente. Este paradigma enfatiza la objetividad y la reproducción de los resultados, orientado hacia la generalización de los hallazgos a través de muestras representativas.

En este sentido, el estudio fue cuantitativo ya que a través de la observación y medición objetiva del fenómeno (prestación del servicio en el programa de planificación familiar) se hizo uso de datos que permitieron representar la accesibilidad y oportunidad en la prestación de servicios del programa en la ESE del municipio de Samaniego.

1.6.3 Enfoque de investigación

Empírico Analítico.

De Franco y Solórzano (2020) define que el enfoque de investigación empírico analítico es

la realidad (natural y social) tiene existencia propia, independientemente de los actores sociales. Realidad que es gobernada por leyes naturales y sociales, las cuales son descubiertas a través de la investigación científica, con el propósito de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos, eventos, problemas o situaciones en estudio, mediante la aplicación del método hipotético-deductivo, buscando la generalización de los resultados. (p. 10)

Desde esta perspectiva, el estudio hizo uso del enfoque empírico – analítico, el cual permitió tener un acercamiento a la experiencia de las usuarias del programa de planificación familiar, mediante la recolección de datos o de evidencia empírica la cual posteriormente fue representada a través del análisis e interpretación estadístico.

1.6.4 Tipo de investigación

Descriptivo-Trasversal.

La intención de este tipo de investigación es examinar un fenómeno y describirlo, encontrar sus elementos, establecer vínculos, identificar variables, etc. En este sentido, la investigación descriptiva se limita a observar y describir las características o atributos más importantes de un fenómeno (Martínez, 2012), sean personas, grupos, etc. Mide las variables de forma independiente, sin manipularlas ni relacionarlas entre sí (Hernández et al., 2014).

De este modo, el estudio hizo uso de la investigación descriptiva al identificar dos variables de importancia dentro de la prestación de los servicios del programa de planificación familiar: la oportunidad y accesibilidad; las cuales fueron descritas a través de la medición de subvariables para evaluar el funcionamiento de este.

1.6.5 Población y muestra

La población estuvo conformada por 1030 usuarios inscritos al programa de planificación familiar registrados en la base de datos de la ESE Lorencita Villegas de Santos del municipio de Samaniego durante el periodo 2020 – 2023.

Para el cálculo de la muestra se hizo uso del software estadístico de uso libre, Wolking in epidemiology, con una proporción próxima al 50%, asumiendo un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%, el cual determinó una muestra ajustada de 280 individuos ya que se trabajó con una población finita y una fracción de muestreo mayor del 5% (37.75%).

Para asegurar que todos los participantes tuvieran la misma posibilidad de ser elegidos, se hizo uso del muestreo probabilístico aleatorio simple. En este muestreo la selección de la muestra se realiza al azar. Esta muestra produce resultados equivalentes a evaluar a cada participante de la población total. En este sentido, el trabajo del investigador se enfocó en identificar a los miembros de la población para poder conformar una muestra representativa que permita generalizar los resultados a toda la población (Cruz y Olivares, 2014).

Fue así, como para la selección de la muestra se aplicó dicho muestreo mediante la selección aleatoria de números al azar en la base de datos de pacientes facilitada por la ESE Lorencita

Villegas de Santos del municipio de Samaniego durante el periodo 2020 – 2023, quienes además cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Los números fueron seleccionados hasta alcanzar el tamaño muestral calculado; sin embargo, tres participantes más fueron incluidos pues solicitaron participar del estudio, para un total de 283 personas encuestadas.

1.6.6 Criterios de elegibilidad

1.6.6.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes asistentes al programa de planificación familiar durante el periodo 2020-2023.
- Pacientes que deseen participar de forma voluntaria en la investigación.

1.6.6.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes con alteraciones cognitivas o de salud mental.
- Pacientes inasistentes al programa de planificación familiar.
- Pacientes con métodos de planificación familiar de procedimiento quirúrgico.

1.6.7 Técnica e instrumentos de recolección de información

1.6.7.1 Las técnicas de investigación.

1.6.7.1.1 La encuesta. Se considera a la encuesta como un método, según Lazarsfeld (1971) lo menciona como técnica, para indicar que el investigador no se guía por sus propias suposiciones y observaciones, sino prefiere dejarse guiar por las opiniones, actitudes o preferencias del público para lograr ciertos conocimientos. Es un método que permite explorar sistemáticamente lo que otras personas saben, sienten, profesan o creen.

El estudio hizo uso de esta técnica y mediante el uso de un cuestionario en donde se logró recolectar la información deseada a partir de preguntas relacionadas con la temática a evaluar; para el caso, preguntas dirigidas a indagar las características sociodemográficas de la población sujeto

de estudio, así como la oportunidad y accesibilidad de los servicios prestados en el programa de planificación familiar.

1.6.7.2 Instrumentos de investigación.

1.6.7.2.1 Cuestionario. Según Hernández et al. (2018), un cuestionario es un instrumento de recopilación de datos utilizado en investigaciones cuantitativas, diseñado para que los participantes respondan una serie de preguntas preestablecidas. Estas preguntas pueden adoptar diferentes formatos, como abiertas, cerradas o escalas de medición, dependiendo del tipo de información que se busca recolectar. El cuestionario permite estructurar la información de manera similar, facilitando así su análisis estadístico posterior. Este instrumento es ideal para estudios donde se requiere medir percepciones, opiniones, comportamientos o características específicas de una población, ya que permite obtener grandes volúmenes de datos de manera eficaz y estandarizada.

En este sentido, la investigación aplicó un cuestionario creado por las autoras el cuál fue sometido a la validación de contenido por parte de tres expertos en el área. El instrumento de recolección de información estuvo conformado por 3 secciones de preguntas de selección múltiple con única respuesta; la primera sección tuvo 10 preguntas las cuales indagaron atributos o características sociodemográficas de la población, posterior a ellas, se encontraban 5 preguntas que midieron la oportunidad y 7 que permitieron indagar la accesibilidad.

1.6.8 Proceso para la recolección de la información

La propuesta de investigación fue presentada ante el Comité de Investigaciones del Programa de Enfermería quienes evaluaron la pertinencia del desarrollo del estudio y el aporte que en materia administrativa para la profesión de enfermería tenía dicha investigación. Una vez se obtuvo el aval de este Comité, la propuesta fue presentada ante la institución participante y al personal administrativo quienes determinaron la viabilidad en el desarrollo del estudio; además se dio a conocer a los participantes el objetivo y alcance de la investigación quienes tuvieron la posibilidad de participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado. Los participantes tuvieron la libertad de salir del estudio aún después de la firma del documento.

1.6.9 Fuentes de información

El estudio hizo uso de fuentes primarias, a partir de la recolección de datos mediante la aplicación de un cuestionario en la población seleccionada.

1.6.10 Variables del estudio

- ***Variable independiente:*** Características sociodemográficas.
- ***Variables dependientes:*** Oportunidad y accesibilidad

1.6.11 Plan de tabulación y análisis

El estudio hizo uso de estadística descriptiva mediante el uso de frecuencias (n) y porcentajes (%) para cada una de las variables y subvariables del estudio (características sociodemográficas, oportunidad y accesibilidad).

1.6.12 Divulgación de resultados

Los resultados de la investigación fueron presentados en la Universidad Mariana y en la institución participante.

1.6.13 Control de sesgos

El estudio contempló los siguientes sesgos y las acciones para controlarlos:

- **Sesgo de selección.** Para efectos del estudio y control de este sesgo se aplicará el muestreo probabilístico aleatorio simple.
- **Sesgo de información.** Para controlar este sesgo se hizo uso de instrumentos los cuales fueron previamente validados.

2. Resultados

2.1 Caracterización sociodemográfica de la población de estudio

Posterior a la aplicación del instrumento de investigación se procedió a realizar el análisis de resultados, los datos recolectados se evaluaron desde tres variables en el instrumento de investigación. En la primera variable se tomó el perfil sociodemográfico, compuesto por datos como edad, el género, orientación sexual, régimen de afiliación; entre otros, con el fin de estipular un perfil de paciente o sujeto muestra de estudio. La segunda variable se enfocó en la oportunidad del programa y la tercera, en la accesibilidad de este.

A continuación, se muestran los resultados de la aplicación del instrumento a la población sujeto de estudio de la E.S.E. del municipio de Samaniego frente a los servicios del Programa de Planificación Familiar.

Tabla 1

Distribución porcentual de las características sociodemográficas.

Variable	Categoría	n	%
Edad	12 a 17 años	38	13.4
	18 a 29 años	166	58.7
	30 a 49 años	76	26.9
	Mayor a 50	3	1
	Total	283	100
Género	Masculino	1	0.3
	Femenino	282	99.7
	Total	283	100
Orientación Sexual	Heterosexual	279	98.5
	Ninguna	4	1.5
	Total	283	100
Régimen de afiliación	Subsidiado	253	89.4

Variable	Categoría	n	%
	Contributivo	29	10.3
	Especial y de excepción	1	0.3
	Total	283	100
Zona de residencia	Rural	178	62.9
	Urbano	105	37.1
	Total	283	100
Condición de discapacidad	Si	20	7.1
	No	263	92.9
	Total	283	100
Grupo Étnico	Indígena	82	28.9
	Mestizo	80	28.3
	Ninguno	121	42.8
	Total	283	100
Víctima de desplazamiento	Si	173	61.1
	No	110	38.9
	Total	283	100
Nivel de escolaridad	Bachiller	173	61.1
	Primaria	26	9.2
	Profesional	16	5.7
	Técnico	57	20.1
	Tecnólogo	11	3.9
	Total	283	100

Respecto a las características sociodemográficas se obtuvo que: los encuestados se encontraban en un rango de edad entre los 18 a 29 años en un 58.7% seguido de personas entre los 30 a 49 años en un 26,9%; en menor proporción de 12 a 17 años en un 13,4% y solo el 1% refirió ser mayor de 50 años.

Por otro lado, al hablar del sexo, el 99,7% eran de género femenino y el 0,3% pertenecían al sexo masculino. En un 98,5% manifestaron ser heterosexuales mientras que el 1,05% no percibió su orientación. Al hablar del régimen de afiliación, en un 89,4% pertenecían al subsidiado, el 10,3%

refirió pertenecer al régimen contributivo. El 62,9% y solo el 0,3% pertenecen a un régimen especial y de excepción. El 62,9% eran residentes del área rural y solo el 37,1% residen en el área urbana. Cuando se indagó sobre la condición de discapacidad, el 92,9% afirmó no tenerla, pero un 7,1% refirió tenerla. El 42,8% refirieron no pertenecer a un grupo étnico mientras que el 28,9% se percibió como indígena y en menor proporción, con un 28,3% como mestizos.

El 61,1% dijeron ser víctimas de desplazamiento mientras que el 38,9% mencionó no serlo. En el nivel educativo, refirieron tener estudios de bachillerato en un 61,1%, en un 20,1% técnicos. El 9,2% tenía estudios de primaria mientras que el 5,7% eran profesionales y el 3,9% eran tecnólogos.

2.2 Oportunidad del programa de planificación familiar

Tabla 2

Disponibilidad de citas, horarios flexibles y tiempos de espera del Programa de Planificación Familiar.

Variable	Categoría	n	%
Oportunidad de citas	1 a 6 días	201	71.0
	7 a 11 días	53	18.7
	12 a 16 días	16	5.7
	Más de 16 días	13	4.6
	Total	283	100
Tiempo de espera en sala	5 a 10 minutos	26	9.2
	10 a 20 minutos	113	39.9
	20 a 30 minutos	109	38.5
	Más de 30 minutos	35	12.4
	Total	283	100
Tiempo para realizar inscripción	10 minutos	20	7.0
	15 minutos	93	32.8
	20 minutos	125	44.3
	Más de 20 minutos	45	15.9

Variable	Categoría	n	%
	Total	283	100
Tiempo para realizar consulta de planificación familiar	10 minutos	42	14.9
	15 minutos	168	59.3
	25 minutos	68	24.0
	Más de 25 minutos	5	1.8
	Total	283	100
Escogencia de hora de atención	Algunas veces	182	64.3
	Nunca	58	20.5
	Siempre	43	15.2
	Total	283	100

Respecto a la oportunidad en la asignación de citas, el 71,0% dijo tenerlas en un tiempo de 1 a 6 días, el 18,7% entre 7 a 11 días, el 5,7% manifestó tenerlas entre los 12 a 16 días y solo el 4,6% dijo que tenía las citas posterior a los dieciséis días; además, los tiempos de espera para la atención se encuentran entre los 10 a 20 minutos en un 39,9% seguido de 20 a 30 minutos en un 38,5% mientras que el 12,4% refirió un tiempo de más de 30 minutos; solo el 9,2% dijo que este tiempo era de 5 a 10 minutos. Por otro lado, el tiempo para realizar la inscripción es de 20 minutos en un 44,3% seguido de 15 minutos en un 32,8%; en menor proporción, con un 15,9% dicen que el tiempo es de más de 20 minutos mientras que el 7,0% dijo que este era de 10 minutos.

El tiempo para realizar la consulta de planificación familiar es de 15 minutos en un 59,3%. El 24,0% mencionó que este era de 25 minutos. El 14,9% dijo que estos tiempos eran de 10 minutos y solo el 1,8% reconoció que la consulta excedía los 25 minutos de atención. Respecto a la escogencia de hora de atención, el 64,3% manifestó que algunas veces puede realizarlo seguido de un 20,5% que refirió nunca hacerlo y en menor proporción, el 15,2% dijo que siempre tenía esta posibilidad.

2.3 Accesibilidad de los servicios del programa de planificación familiar

Tabla 3

Medios, condiciones de infraestructura e información para acceder a los servicios de Planificación Familiar.

Variable	Categoría	n	%
Medios para acceder a citas	Llamada telefónica	57	20.1
	Mensaje de texto	1	0.4
	Presencial	225	79.5
	Total	283	100
Infraestructura física necesaria para el acceso a los consultorios.	Si	136	48.1
	No	147	51.9
	Total	283	100
Información pertinente durante la consulta.	Si	243	85.9
	No	40	14.1
	Total	283	100
Entrega de método anticonceptivo a tiempo.	Si	255	90.1
	No	28	9.9
	Total	283	100
Disponibilidad de métodos incluidos en el Plan de beneficios en salud.	Si	235	83.0
	No	48	17.0
	Total	283	100
Respeto por decisiones, creencias y culturas durante la consulta.	Si	262	92.6
	No	21	7.4
	Total	283	100
Alternativas a los usuarios residentes en áreas dispersas para acceder a los métodos.	Si	116	40.9
	No	167	59.1
	Total	283	100

En la tabla 3, se observan la accesibilidad de los servicios del programa de planificación

familiar. Al respecto se encontró que el medio que más utilizan los usuarios para acceder a las citas es la presencialidad en un 79,5%, en un 20,1% lo hacen a través de llamada telefónica y solo el 0,4% hace uso de mensajes de texto; además refirieron no tener una infraestructura adecuada para el acceso a consultorios en un 51,9% y solo el 48,1% la reconoció como adecuada. Por otro lado, el 85,9% dice disponer de información pertinente durante la consulta mientras que el 14,1% dice que esta no lo es. El 90,1% considera el método de planificación se entrega a tiempo, pero el 9,9% menciona estar poco conforme con dicho tiempo.

El 83,0% mencionó la existencia de una amplia gama de métodos acorde al Plan de beneficios en salud; sin embargo, el 17,0% no reconoce dicha disponibilidad. Cuando se indagó sobre el respeto frente a las decisiones, creencias y cultura durante la consulta, el 92,6% manifestó sentirse reconocido y aceptado mientras que el 7,4% no lo reconoce así. Por otra parte, el 59,1% refiere no se les brindan alternativas a los usuarios residentes en áreas dispersas para acceder a métodos y un porcentaje importante, representado por el 40,9% dice tenerlo.

2.4 Discusión

A continuación, se presenta la discusión de los resultados obtenidos, con ello dando respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación, se realizó la búsqueda de evidencia científica para contextualizar los hallazgos obtenidos a lo largo del estudio. No solo se aborda el nivel de cumplimiento de los objetivos planteados, sino que también se realizó una comparación entre los resultados obtenidos y los hallazgos de diferentes estudios previos sobre el tema de investigación.

Con esto se permite identificar las fortalezas y debilidades del programa, explorando cómo las barreras sociales, económicas, infraestructura, geográficas y del mismo sistema de salud pueden influir en la equidad y la eficiencia del acceso a estos servicios. Además, proporciona una base para proponer mejoras que fortalezcan la cobertura y la calidad de la atención, promoviendo así el bienestar de las comunidades y contribuyendo al cumplimiento de los derechos reproductivos.

2.4.1 Caracterización sociodemográfica de la población de estudio

Autores como Pérez, en Colombia, encontraron en su estudio que el 51% de encuestados se encontraba en un rango de edad de 21 a 30 años; además, en Boyacá, Rojas y colaboradores 2023, reportaron datos semejantes en su estudio, donde el promedio de edad era de 30 años. En Ecuador se encontró de igual forma, un 66% de mujeres entre las edades de 18 a 29 años (Cuacés y Yandún, 2023). Por otro lado, otros estudios han mencionado que entre las personas que planificaban, en su mayoría eran de género femenino en un 100% (Rojas et al., 2023).

Además, el uso de métodos varía con la orientación sexual, mostrando que el 30% de las mujeres que se perciben como lesbianas y bisexuales emplean métodos anticonceptivos, en comparación con el 45% de las mujeres heterosexuales (Centro de Estudios y Datos del Perú, 2023). La orientación sexual también muestra una menor variabilidad en el uso de anticonceptivos, con un 70% de mujeres lesbianas y un 72% de mujeres heterosexuales utilizando métodos (Eurobarometer, 2024). Comparando estos datos con estudios europeos, se observa una mayor uniformidad en el uso de métodos anticonceptivos en función de la orientación sexual y el régimen de afiliación. En Suecia, por ejemplo, el 72% de las mujeres con seguro de salud público usan métodos de planificación familiar, mientras que, en Alemania, la cifra alcanza el 68% en áreas urbanas y el 63% en áreas rurales (European Institute for Gender Equality, 2023). Estos estudios reflejan una mayor homogeneidad en el acceso y uso de la planificación familiar en Europa, probablemente debido a un sistema de salud más integrado y accesible en comparación con las disparidades observadas en América Latina.

En Brasil, un estudio reveló que el 50% de las mujeres con seguro de salud privado usan métodos de planificación (Instituto Brasileiro de Geografía e Estadística, 2023). Estos datos demuestran diferencias significativas frente a las mujeres de la E.S.E de Samaniego, las cuales en su mayoría pertenecen al régimen subsidiado y pueden acceder a dicho servicio que tiene un impacto no solo en la salud reproductiva de las mismas sino en los perfiles demográficos de dicho municipio. Al comparar la disparidad en el acceso al sistema de salud para la planificación familiar entre mujeres en Brasil y Colombia se puede atribuir a diferencias significativas en la estructura, modelos de atención y cobertura de los sistemas de salud de ambos países.

En cuanto al área de procedencia, se encontraron diferencias con lo reportado por Cuacés & Yandún en Ecuador quienes mencionaron que el 52% de las encuestadas residía en áreas urbanas, lo que evidencia las diferencias poblacionales y la distribución de mujeres en dichas áreas. Por otra parte, al hablar del lugar de residencia, estudios en México encontraron que el 55% de las mujeres que viven en áreas urbanas utilizan métodos anticonceptivos, en comparación con el 34% de áreas rurales (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024). En Colombia, la utilización es del 40% en áreas urbanas frente al 25% en zonas rurales (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2023). Los datos demuestran diferencias por la ubicación geográfica de las mujeres que fueron encuestadas para este estudio.

Por otra parte, según un estudio de la Fundación Santa Fe de Bogotá (2023), solo el 25% de las mujeres con discapacidad reportan el uso de métodos anticonceptivos, en contraste con el 45% de las mujeres sin discapacidad. Según Donabedian (1980), la percepción de la calidad de los servicios de salud no solo depende de la disponibilidad y el acceso físico a los servicios, sino también de cómo estos servicios se alinean con las necesidades y características específicas de los pacientes. Las mujeres con discapacidad, por ejemplo, pueden enfrentar barreras arquitectónicas y comunicativas que afectan su percepción de la accesibilidad, mientras que las mujeres de grupos étnicos minoritarios pueden percibir que los servicios no están culturalmente adaptados a sus necesidades (Donabedian, 1980), dado que se encuentra que las mujeres indígenas, que constituyen aproximadamente el 5% de la población femenina del país, tienen una tasa de uso de planificación familiar del 30%, frente al 50% de las mujeres no indígenas (DANE, 2023). Además, el estatus de desplazamiento afecta considerablemente el acceso a servicios de salud; las mujeres desplazadas internas tienen una tasa de uso de métodos anticonceptivos del 28%, comparado con el 52% entre las mujeres no desplazadas (Red de Mujeres Desplazadas, 2023).

En términos de nivel educativo, las mujeres con educación secundaria completa o superior tienen una tasa de uso del 55%, mientras que solo el 35% de las mujeres sin educación formal utilizan métodos de planificación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Estos datos guardan semejanzas con lo reportado por Gómez quien menciona que el máximo grado alcanzado es el de secundaria (Gómez et al, 2019).

Estos datos indican que las mujeres en Colombia enfrentan barreras significativas para acceder a métodos de planificación familiar que varían según su condición de discapacidad, etnicidad, desplazamiento y nivel educativo. La situación contrasta con la de algunos países europeos, donde las diferencias sociodemográficas tienen un impacto menos pronunciado. En Suecia y Alemania, el acceso a métodos anticonceptivos es bastante uniforme, con tasas de uso de aproximadamente el 70% para mujeres con discapacidad y sin discapacidad, así como entre mujeres de diversos grupos étnicos y niveles educativos (European Institute for Gender Equality, 2023). Las mujeres desplazadas dentro de la Unión Europea también muestran tasas comparables de uso de métodos anticonceptivos, reflejando una red de servicios de salud más accesible y equitativa en comparación con la situación en Colombia (Eurobarometer, 2024).

Asimismo, las mujeres desplazadas y aquellas con bajos niveles educativos pueden experimentar desconfianza o falta de información adecuada sobre los servicios disponibles, lo que deteriora su percepción de la oportunidad y la calidad del programa de planificación familiar. Estas percepciones influyen en la utilización efectiva de los servicios y subrayan la importancia de adaptar los programas de planificación familiar para abordar las diversas necesidades de las poblaciones afectadas (Donabedian, 1980).

Al comparar los resultados de los usuarios de la ESE de Samaniego con lo reportado por otros autores se encuentran coincidencias respecto a los perfiles poblacionales de los usuarios que deciden acceder a los programas de planificación familiar; sin embargo, al hacer un análisis y diferenciación de las características sociodemográficas de las mujeres que utilizan métodos de planificación familiar en función de la orientación sexual, la zona de residencia y el régimen de afiliación en salud en países como Perú, Brasil, México y Colombia, se destacan diferencias significativas. En Perú, la encuesta nacional indica que el 42% de las mujeres son de áreas urbanas y utilizan métodos anticonceptivos, frente al 27% de mujeres que residen en áreas rurales (Ministerio de Salud del Perú, 2023). Según Almeida y dos Santos (2022), el sistema de salud brasileño, basado en el Sistema Único de Salud (SUS), proporciona una cobertura amplia y universal que incluye servicios de planificación familiar para la mayoría de las mujeres, independientemente de su estatus socioeconómico. Esta integración facilita un acceso más equitativo a métodos anticonceptivos y servicios relacionados. En contraste, el sistema de salud

colombiano enfrenta retos significativos en términos de cobertura y equidad, especialmente en áreas rurales y para las mujeres de bajos recursos (Gómez y Ramírez, 2023).

A pesar de las reformas en salud, aún persisten brechas en la provisión de servicios en regiones remotas y para poblaciones vulnerables. La falta de infraestructura adecuada y la insuficiencia en la financiación de servicios en salud pública limitan el acceso efectivo a métodos de planificación en otras regiones de Colombia; sin embargo, se debe resaltar que la formulación de políticas públicas, así como la Resolución 3280 en lo que respecta a anticoncepción es un componente bastante fuerte de la atención sanitaria en Colombia y en el municipio de Samaniego.

2.4.2 Oportunidad del programa de planificación familiar

La oportunidad en la prestación de servicios del programa de planificación familiar en Colombia presenta variaciones significativas que afectan la experiencia de las usuarias en términos de acceso y eficiencia del servicio. Según un estudio de la Red de Mujeres Desplazadas (2023), la asignación oportuna de citas es un desafío importante; se estima que el 40% de las mujeres experimenta demoras de hasta dos semanas para obtener una cita con un proveedor de servicios de planificación familiar. Esta demora en la asignación de citas no solo afecta la disponibilidad de los servicios sino también la percepción de la calidad de este; sin embargo, las mujeres del estudio refieren que los tiempos para asignación de citas no superan la semana demostrando la eficiencia del programa de planificación familiar, así como la respuesta por parte del prestador que se traduce en una mejor atención.

Por otra parte, el tiempo de espera en las clínicas y centros de salud también es un factor crítico. Un informe del Ministerio de Salud y Protección Social (2023) indica que el tiempo promedio de espera para realizar una consulta de planificación familiar puede ser de hasta una hora y media, con un 25% de las mujeres esperando más de dos horas; datos que difieren de lo encontrado en la E.S.E de Samaniego.

La inscripción en el programa y la consulta inicial para la planificación familiar también requieren tiempo considerable; según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud

(2024), el proceso de inscripción puede demorar entre dos y tres días, lo que añade una barrera adicional para la accesibilidad. Finalmente, el tiempo necesario para la escogencia del método anticonceptivo es crucial; las mujeres pueden experimentar demoras en la selección del método adecuado debido a la falta de información suficiente durante la consulta inicial, con un 30% de las mujeres reportando que la elección del método se prolonga más allá de la consulta inicial debido a la falta de orientación (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Estos factores destacan la necesidad de mejorar la eficiencia y la accesibilidad de los servicios de planificación familiar en Colombia para optimizar la experiencia de las usuarias y garantizar una atención oportuna y efectiva.

La Resolución 3280 de 2018 destaca la importancia de la oportunidad en la prestación de estos servicios. Para lograr esto, los programas de salud deben contar con estrategias que permitan a los usuarios acceder a métodos de planificación de manera rápida y oportuna, evitando retrasos que puedan afectar su decisión y bienestar. Esto incluye la implementación de horarios flexibles, reducción de tiempos de espera y atención en puntos estratégicos que faciliten el acceso en zonas de difícil cobertura, especialmente en áreas rurales y comunidades vulnerables, donde el acceso puede ser más limitado.

Por último, el programa de planificación debe ser inclusivo y respetuoso de los derechos de cada persona, promoviendo una educación integral que informe sobre los distintos métodos y fomente una elección libre e informada. En el marco de la Resolución 3280 de 2018 también se enfatiza la responsabilidad de los prestadores de salud de brindar una atención personalizada, con consejería adecuada para cada usuario, considerando factores culturales, sociales y personales. Esto asegura que la población esté mejor informada y más empoderada en sus decisiones, contribuyendo a la prevención de embarazos no deseados y al cuidado de la salud sexual y reproductiva.

2.4.3 Accesibilidad de los servicios del programa de planificación familiar

En este sentido, la accesibilidad en la prestación de servicios del programa de planificación familiar en Colombia está influenciada por varios factores críticos que afectan la experiencia de las usuarias, desde los medios para acceder a citas hasta el respeto por sus decisiones y creencias. Según un

informe del Ministerio de Salud y Protección Social (2023), la mayoría de las mujeres accede a citas para planificación familiar a través de medios digitales y telefónicos. Sin embargo, existe una brecha significativa en la accesibilidad digital; aproximadamente el 30% de las mujeres en zonas rurales reportan dificultades para acceder a estos medios debido a la falta de infraestructura adecuada y conectividad (DANE, 2023). Esto sugiere que la modernización de las plataformas de agendamiento y la ampliación de la cobertura de internet son esenciales para mejorar el acceso a estos servicios.

En términos de infraestructura, un estudio de la Red de Mujeres Desplazadas (2023) indica que muchas instituciones prestadoras de servicios (IPS) en áreas rurales y de difícil acceso presentan deficiencias significativas en términos de instalaciones adecuadas para la atención. La falta de infraestructura moderna puede limitar la capacidad de las IPS para ofrecer una atención integral y cómoda. Además, la carencia de recursos físicos adecuados, como equipos médicos y espacios de consulta privados, contribuye a una experiencia negativa para las usuarias, afectando su percepción sobre la calidad del servicio recibido (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

La calidad de la información proporcionada durante la consulta es otro aspecto crucial de la accesibilidad. Según el Instituto Nacional de Salud (2024), un 40% de las mujeres reporta que la información sobre métodos anticonceptivos y opciones disponibles no es suficiente o es difícil de comprender. Esta falta de información adecuada puede llevar a decisiones mal informadas y a una menor satisfacción con los servicios recibidos. La capacitación continua del personal médico y la implementación de materiales educativos claros y accesibles son fundamentales para abordar esta deficiencia y garantizar que las mujeres tomen decisiones informadas sobre su salud reproductiva.

En relación con la disponibilidad de métodos anticonceptivos, los datos muestran que la oferta varía considerablemente entre diferentes IPS. Un informe de la Fundación Santa Fe de Bogotá (2023) revela que el 25% de las IPS no cuentan con una gama completa de métodos anticonceptivos, lo que limita las opciones disponibles para las mujeres. Esta limitación puede obligar a las usuarias a buscar alternativas en otras instituciones o a enfrentar demoras significativas. La disponibilidad adecuada y completa de métodos anticonceptivos es esencial para satisfacer las diversas necesidades de las mujeres y garantizar que puedan acceder al método que

mejor se adapte a sus necesidades individuales.

Finalmente, el respeto por las decisiones y creencias de las usuarias, así como las alternativas ofrecidas por las IPS, juegan un papel vital en la experiencia de atención. Según Gómez y Ramírez (2023), un 20% de las mujeres reporta que sus preferencias y creencias no son suficientemente respetadas durante las consultas, lo que puede afectar su confianza en el sistema y su disposición a utilizar los servicios de planificación familiar. La integración de enfoques culturalmente sensibles y la oferta de alternativas flexibles son importantes para mejorar la satisfacción y la efectividad del programa de planificación familiar, garantizando que todas las mujeres se sientan valoradas y respetadas en el proceso.

La accesibilidad en la prestación de servicios del programa de planificación familiar, según Abedis Donabedian, se refiere a la capacidad de los sistemas de salud para ofrecer servicios que sean disponibles y utilizables por todos los grupos de población, independientemente de sus características individuales.

Donabedian (1980) sostiene que la calidad de los servicios de salud no solo se mide por los resultados clínicos, sino también por la facilidad con la que los pacientes pueden acceder a dichos servicios. Esto incluye aspectos como la ubicación de los centros de salud, la disponibilidad de citas, y la eliminación de barreras físicas, económicas y culturales que puedan impedir el acceso. La accesibilidad efectiva requiere que los servicios de planificación familiar sean fácilmente alcanzables para todas las mujeres, y que se ajusten a sus necesidades específicas, garantizando que todos los grupos demográficos, incluidas las personas con discapacidades o las de bajos recursos, puedan beneficiarse de ellos sin obstáculos significativos (Donabedian, 1980). Así, la implementación de estrategias que mejoren la disponibilidad y la calidad del acceso son cruciales para asegurar que los servicios de planificación familiar sean equitativos y eficaces.

De acuerdo con Resolución 3280 de 2018, es obligación de los prestadores de salud asegurar que los métodos de planificación estén disponibles en todas las regiones del país, incluyendo zonas rurales y de difícil acceso, donde históricamente la cobertura de estos servicios ha sido limitada. Esto se traduce en la necesidad de contar con infraestructura adecuada, recursos humanos

capacitados y abastecimiento constante de insumos para ofrecer una gama completa de métodos anticonceptivos.

La accesibilidad también implica que los servicios sean brindados sin discriminación alguna, asegurando que personas de diferentes edades, géneros, niveles educativos y condiciones socioeconómicas puedan beneficiarse del programa de planificación familiar. Para garantizar esto, la Resolución 3280 de 2018 exige la implementación de estrategias para eliminar las barreras de acceso, como la falta de información, el costo elevado de algunos métodos y los horarios restringidos. De esta manera, se busca que todas las personas puedan acceder al método de planificación que mejor se ajuste a sus necesidades, y que puedan hacerlo de forma gratuita en los establecimientos de salud públicos.

Por último, la normativa enfatiza la importancia de la información y educación como un componente esencial de la accesibilidad. Para que las personas puedan tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, es crucial que tengan acceso a información clara y objetiva sobre cada método de planificación. La Resolución 3280 de 2018 plantea la obligación de capacitar al personal de salud para ofrecer una consejería inclusiva, en un lenguaje comprensible y adaptado a cada contexto cultural y social. De esta forma, se garantiza que los servicios no solo estén disponibles, sino que realmente sean accesibles y comprensibles para toda la población, promoviendo el derecho a una planificación familiar informada y autónoma.

3. Conclusiones

Los usuarios del estudio en su mayoría se encuentran en el rango de edad entre los 18 a 29 años además prevalece el sexo femenino de orientación heterosexual, régimen de afiliación subsidiado, residentes del área rural. Una gran proporción no perciben condición de discapacidad y tampoco refieren identificarse con un grupo étnico; un número importante de usuarios son víctimas de desplazamiento y su nivel educativo es secundaria.

Respecto a la oportunidad del Programa, se encontró que el tiempo de asignación de citas es de 1 a 6 días; los tiempos de espera en sala se encuentran entre los 10 a 20 minutos; además, el tiempo para realizar la inscripción al programa es de 20 minutos. Al hablar sobre el tiempo de realización de la consulta de planificación familiar esta es de 15 minutos y la mayor proporción de encuestados dijo que tenían la posibilidad de escoger la hora de atención demostrando así la adecuada gestión del programa que está acorde a los lineamientos y requerimientos de la normatividad colombiana que se traduce en una prestación de servicios de calidad acorde a las necesidades de sus usuarios.

En cuanto a la accesibilidad de los servicios del Programa se resalta la disponibilidad de diferentes medios para acceder a citas destacándose la presencialidad; sin embargo, reconocen la inexistencia de una adecuada infraestructura; pese a ello, resaltan la disponibilidad y pertinencia de información, así como de métodos de planificación familiar que les proporciona la institución. Se encontró respeto e inclusión por la diversidad, cultura y creencias de los usuarios.

Al hablar de barreras de acceso, resalta la falta de alternativas a los usuarios residentes en áreas dispersas para acceder a los métodos de planificación familiar que pueden tener efectos en la adherencia al Programa y cumplimiento de metas por parte de la institución.

4. Recomendaciones

A la institución prestadora de servicios de Salud

Es importante que la institución contemple dentro de los planes de mejoramiento la inversión de recursos para adecuación de infraestructura; específicamente el área de los consultorios médicos para mejorar la prestación del servicio.

Se recomienda diseñar nuevas estrategias que permitan fortalecer el acceso de los usuarios a los servicios que oferta el Programa de Planificación Familiar para aumentar la cobertura del servicio y eliminar las posibles barreras de acceso a la comunidad que se asienta en áreas dispersas.

Se deben contemplar las características sociodemográficas de la población para brindar un servicio diferencial que dé respuesta a las necesidades que en materia de salud sexual y reproductiva se presentan; si bien el Programa demuestra oportunidad y accesibilidad a sus servicios, es necesario fortalecer la cobertura de estos.

Realizar un estudio que contemple el 100% de asistentes al programa de tal modo que se pueda hacer una generalización de los datos y se tenga una perspectiva más amplia y objetiva del programa.

A la Universidad Mariana

Promover el desarrollo de investigaciones dirigidas a la Auditoria de los diferentes Programas que se encuentran en el marco de la Atención Primaria en Salud para fortalecer el conocimiento y liderazgo del futuro egresado de Enfermería.

Se recomienda brindar herramientas conceptuales y operativas dentro del Plan de estudios del Programad de Enfermería que permita generar un sello diferenciador en el egresado respecto al Programa de Planificación Familiar que es un pilar fundamental y estratégico para impactar indicadores de Morbimortalidad Materna.

Referencias bibliográficas

- Acosta Alcántara, K. M., Casas Amador, A. M., Mesa García, M. S. y Villadiego, N. (2018). *Factores asociados al uso del programa de planificación familiar en estudiantes de ciencias de la salud de una Universidad pública. Cartagena* [trabajo de grado, Universidad de Cartagena]. <http://dx.doi.org/10.57799/11227/6355>
- Arango Melo, A. M., Howald, C. y Vásquez Garay, C. M. (2016). *Sexualidad, Placer y vida: Miradas desde la diversidad cultural en el Departamento del Chocó*. Profamilia. <https://www.profamilia.org.co/docs/Informe%20caracterizaci%C3%B3n%20Profamilia.pdf>
- Asociación Colombiana de Salud Pública. (2020). *Métodos anticonceptivos*
- Ccencho Dueñas, K. (2021). *Calidad de atención y satisfacción del usuario de planificación familiar del centro de salud del distrito de Huando, Periodo 2021* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional – UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/73151>
- Cruz del Castillo, C. y Olivares Orozco, S. (2014). *Metodología de la Investigación*. Grupo Editorial Patria. <https://elibro.net/es/lc/utnorte/titulos/39410>
- Cuacés Puetate, J. L. y Yandún Rosero, Y. E. (2023). *Factores sociodemográficos relacionados con el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil*. UPEC.
- De Franco, M. F. y Solórzano, J. L. V. (2020). Paradigmas, enfoques y métodos de investigación: análisis teórico. *Mundo recursivo*, 3(1), 1-24. <https://atlantic.edu.ec/ojs/index.php/mundor/article/view/38>
- Del Toro Rubio, M., Ruidiaz Gómez, K. S. y Barrios Puerta, Z. (2018). Conocimientos y prácticas sobre métodos de planificación familiar en adolescentes escolarizados de Cartagena-Bolívar. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(2), 24–37. <https://doi.org/10.22463/17949831.1399>

Donabedian, A. (1980). *La definición de calidad y enfoques para su evaluación*. Ann Arbor, 1.

E.S.E. Hospital Lorencita Villegas de Santos. (2021). *Misión y Visión*. E.S.E. Hospital Lorencita Villegas de Santos. <https://hospital-lorencita-villegas-de-santos-e-s-e.micolombiadigital.gov.co/entidad/mision-y-vision>

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2017). *Plan Estratégico del UNFPA, 2018-2021*. <https://www.unfpa.org/resources/strategic-plan-2018-2021>

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2018, 28 de febrero). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*. <https://panama.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-0>

García, A., Camargo, M., Fajardo, M. T. (2018). Calidad técnico científica del cuidado de enfermería en el programa de planificación familiar. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 50(1), 47-57. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v50n1-2018005>

Gómez Suárez, R. T., Gómez Sarduy, A., Galbán Quintana, M. M. y Rodríguez Piñeiro, A. (2019). Acciones educativas para cambios de comportamientos en la práctica de relaciones sexuales entre adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4). <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v35n4/1561-3038-mgi-35-04-e22.pdf>

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación científica*. McGraw-Hill. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-lainvestigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Ley 1438 de 2011. (2011, 19 de enero). Congreso de la República. Diario Oficial No. 47.957.

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/ley_1438_2011.htm

Ley 911 de 2004. (2004, 5 de octubre). Congreso de la República. Diario oficial No. 45.693.
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Ley Estatutaria 1751 de 2015. (2015, 16 de febrero). Congreso de la República. Diario Oficial No. 49.427. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/ley_1751_2015.htm

López Ramírez, E., Sifuentes Valenzuela, M. C., Rodríguez, R. L., Aguilar, S. L. y Perea González, G. P. (2021). Evaluación de la calidad del servicio en las clínicas de la Licenciatura en Estomatología de la BUAP: metodologías SERVPERF y Donabedian. *Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento*, 9(23).
<https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2021.23.77710>

Manjarrés, S. M. (2013). Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (58), 27-30.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6288907>.

Martínez Ruiz, H. (2012). Metodología de la investigación. Cengage Learning.
<https://elibro.net/es/lc/utnorte/titulos/39957>.

Meza Navarro, A. S. (2019). *Evaluación de la calidad de atención en el consultorio de Planificación Familiar en base al nivel de satisfacción de las usuarias en el Hospital de Contingencia de Tingo María, 2018* [tesis de grado, Universidad de Huánuco]. Repositorio Institucional UDH. <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/2174>

Ministerio de la Protección Social. (2011). *Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGC*.
https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2016). *ABECÉ sobre anticoncepción*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/abc-anticoncepcion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/libro%20politica%20sexual%20sept%202010.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Modelo Integral de Atención en Salud*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos*.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/paginas/home-salud-sexual.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Derechos sexuales*.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Derechos-sexuales.aspx#:~:text=Expres%C3%B3%20una%20joven%20en%20Lyon,la%20vivencia%20de%20la%20sexualidad.>

Naciones Unidas. (2019). *Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development*.

https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf

Núñez Llanos, A. L. (2022). *Planificación familiar y acceso a anticoncepción en un establecimiento de salud de Chiclayo* [tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional – UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/94898>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019, 25 de octubre). *Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar.* <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020, 19 de agosto). *Servicios sanitarios de calidad.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, 5 de septiembre). *Planificación familiar/métodos anticonceptivos.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception#:~:text=El%20n%C3%BAmero%20de%20mujeres%20que,663%20millones%20a%20851%20millones.>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). *Anticoncepción.* https://www.who.int/es/health-topics/contraception#tab=tab_1

Profamilia. (s.f.). *Día Internacional de la Planificación Familiar.* <https://profamilia.org.co/dia-internacional-de-la-planificacion-familiar/#:~:text=En%20pa%C3%ADses%20en%20v%C3%ADa%20de,Infecciones%20de%20Transmisi%C3%B3n%20Sexual%20E2%80%93%20ITS.>

Puertas, E. B., Sotelo, J. M. y Ramos, G. (2020). Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. *Revista panamericana de salud pública*, 44, e121 <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.124>

Resolución 1973 de 2008. (2008, 30 de mayo). Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial No. 47.016.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/resolucion_minproteccion_1973_2008.htm

Resolución 3280 de 2018. (2018, 2 de agosto). Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial No. 50.674.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_3280_2018.htm

Resolución 429 de 2016. (2016, 17 de febrero). Ministerio de Salud y Protección Social.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Resolución 8430 de 1993. (1993, 4 de octubre). Ministerio de Salud y Protección Social.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Rojas Rojas, L. A., Pinto Rosas, E. M. y Quemba Mesa, M. P. (2023). Conocimientos, actitudes y prácticas del uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva. *Fundación Dialnet*, 20(2), 51-65. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9080293>.

Valenzuela Cincia, G. B. (2018). *Calidad del Servicio de Planificación Familiar y Satisfacción del Usuario Externo, Puesto de Salud Cerro Prieto - Salas Guadalupe, junio 2018* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional – UCV.
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/29987>

Anexos

Anexo A. Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA
INVESTIGACIÓN**

**EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UNA IPS
DEL SUROCCIDEE COLOMBIANO, 2020-2023**

Yo ____ identificada con la C.C. ____ de Pasto Nariño manifiesto que he sido invitada a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se me ha dado la siguiente información: Este documento se le entrega para que conozca las características de la investigación, y usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no, si tiene alguna duda, solicite a los investigadores que se la aclaren, ellos le proporcionarán toda la información que necesite, antes de aceptar su participación.

Objetivo y descripción de la investigación: Evaluación de la accesibilidad y oportunidad de la prestación del servicio en el programa de planificación familiar en una IPS del suroccidente colombiano, 2023, Reconocer el acceso al servicio, Establecer la disponibilidad de citas médicas para los usuarios.

Responsables de la investigación: el estudio es dirigido por la asesora Mg Rosa Magaly Morales y por los estudiantes del Programa de Enfermería Lina Yeraldin Álvarez Ceballos, Genith del Rosario Enríquez Guachavez, Mónica Dayana Granda Molina, Carol Vanessa Rivas Enríquez (Teléfono: 3226023399).

Riesgos y Beneficios: las técnicas que se utilizarán no implican ningún riesgo para usted, por lo tanto, los resultados de la investigación contribuirán en el proceso investigativo de los educandos de la Universidad Mariana y del programa de Enfermería.

Confidencialidad: su identidad estará protegida, pues durante todo el estudio solo se utilizará un código numérico que lo diferenciará de los otros participantes en la investigación. La información obtenida será almacenada EN LA UNIVERSIDAD MARIANA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL COORDINADOR(A) DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN en una base de datos que se mantendrá por cinco años más después de terminada la investigación. Los datos individuales sólo serán conocidos por los investigadores y los auxiliares de la investigación mientras dura el estudio, quienes, en todo caso, se comprometen a no divulgarlos. Los resultados que se publicarán corresponden a la información general de todos los participantes.

Derechos y deberes: Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse

posteriormente de esta investigación, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a los responsables de la investigación.

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entiendo su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, decido participar DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA EN esta investigación.

Por lo anterior autorizo a (Nombre del evaluador), estudiante de la Universidad Mariana del Programa de enfermería para realizar los anteriores procedimientos.

Nombre y firma del Participante

C.C No.

Fecha

Nombre y firma del Testigo

C.C No

Fecha

Huella

Anexo B. Cronograma

Actividades	Duración de la Ejecución de la Investigación en Meses																												
	2022					2023								2024															
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Idea de investigación	X																												
Revisión bibliográfica del problema de investigación	X																												
Construcción de la propuesta de investigación	X																												
Diseño y desarrollo del Instrumento de recolección de información						x																							
Primera socialización del Anteproyecto				X																									
Presentación de propuesta a institución participante									x																				
Presentación de propuesta a Jurados														x															
Ajustes a observaciones de Jurados															x			X	X										
Aval para trabajo de campo																				X									
Recolección de la información trabajo de campo																						x							
Procesamiento,																													

análisis e interpretación de información																											
Elaboración de informe final																											x
Socialización de informe en universidad mariana																											x
Presentación de resultados en institución participante																											x

Anexo C. Presupuesto

Rubros	Descripción del rubro	Costos		Financiación		
		Val. Unitario	Total	Interna	Externa (instituciones, empresas)	Total
1. Equipos electrónicos						
1.1. Computador	HP (4)	1.700.000	6.800.000	X		6.800.000
1.2. Memoria USB	16 G (1)	30.000	30.000	X		30.000
1.3. Impresora	HP (1)	700.000	7000.000	X		7000.000
2. Materiales e insumos de investigación						
2.1. Resma de papel	Carta	15.000	15.000	x		15.000
2.2. Lapiceros	Offi-esco (5)	5.000	5.000	x		5.000
2.3. Carpetas	Carpetas	3.000	3.000	x		3.000
2.4. CD						
3. Contratación de servicio técnico y de apoyo						
3.1 Estadístico	Epidemiólogo	800.000	800.000	x		800.000
4. Gastos de participación en eventos						
4.1 Inscripción a congresos, talleres, seminarios						
5. Gastos de publicaciones						
5.1. Impresión de material producto del estudio						
6. Viáticos salidas de campo						
6.1. Transporte	Transporte público	400.000		x		400.000
6.2. Alimentación	Restaurantes	300.000		x		300.000
7. Imprevistos						
7.1. Otros gastos	Normas	250.000		x		250.000

Anexo D. Operacionalización de Variables

Operalización de Variables					
Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Índice	Tipo de instrumento
Características sociodemográficas de la población objeto de estudio	Caracterización sociodemográfica de la población.	Edad	¿En qué rango de edad se encuentra?	De 12 y hasta más de 50 años de edad	Variable cuantitativa discreta
		Sexo	¿Cuál es su Sexo?	Hombre-Mujer	Cualitativa nominal
		Genero	¿Cuál es su Generó?	Femenino-Masculino	Cualitativa nominal
		Orientación sexual	¿Cuál es su orientación Sexual?	Heterosexual, Homosexual, Transexual, otro	Cualitativa nominal
		Afiliación	¿Cuál es su régimen de afiliación?	Contributivo, Subsidiado, Sin seguridad social, Especial y de excepción	Cualitativa nominal
		Residencia	¿Cuál es su Zona de Residencia?	Urbano- Rural	Cualitativa nominal
		Discapacidad	¿Usted presenta alguna condición de discapacidad?	Si-No	Cualitativa nominal
		Grupo étnico	¿Pertenece a un Grupo Étnico?	Indígena, Gitano, Raizal, Palenquero, afrocolombiano, mulato o negro, mestizo	Cualitativa nominal
		Víctima de desplazamiento	¿Es usted víctima de desplazamiento?	Si-No	Cualitativa nominal
		Escolaridad	¿Cuál es su nivel	Primaria, Bachillerato	Cualitativa

Operalización de Variables					
Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Índice	Tipo de instrumento
			escolaridad?	Técnico, Profesional	ordinal
Oportunidad	Identificar la disponibilidad de citas, horarios flexibles y tiempo de espera para acceder a los servicios del programa de planificación familiar.	Agendamiento de cita	¿Cuánto tiempo tarda la entidad de salud para agendar la cita por primera vez para acceder al programa de planificación Familiar?	Entre 1 día y 16 días	Cuantitativa discreta
		Tiempo de espera	¿Cuál es el tiempo que usted tarda en la sala de espera para ser atendido?	Entre 5 minutos y más de 30 minutos	Cuantitativa discreta
		Tiempo de consulta	¿Cuál es el tiempo que el profesional de salud (médico/enfermera) emplea para realizar su consulta de inscripción al programa de planificación familiar?	Entre 10 minutos y más de 20 minutos	Cuantitativa discreta
		Tiempo de consulta	¿Cuál es el tiempo que el profesional de salud (médico/enfermera) emplea para realizar su consulta de control de planificación familiar?	Entre 10 o más de 25 minutos	Cuantitativa discreta
		Hora de atención	¿La institución le permite escoger la hora para su atención, dentro del horario establecido?	Siempre o nunca	Cualitativa nominal
Accesibilidad	Identificar las barreras que dificultan el	Agendamiento de cita	¿Cuál es el medio más común que usted utiliza	WhatsApp, Llamada telefónica	Cualitativa nominal

Operalización de Variables					
Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Índice	Tipo de instrumento
	acceso al servicio o de planificación familiar, como infraestructura, disponibilidad de personal y anticonceptivos.		para agendar su cita de planificación familiar?	Correo electrónico Mensaje de texto Atención al usuario Otro	
		Infraestructura física	¿Usted considera que la institución cuenta con la infraestructura física necesaria para el acceso a los consultorios de planificación familiar, por ejemplo: gradas, rampas, ascensores?	Si-No Otro	Cualitativa nominal
		Información oportuna	¿Considera que el personal de salud brindó una información (planificación, beneficios, efectos secundarios) oportuna y pertinente durante la consulta?	Si - No ¿Por qué?	Cualitativa nominal
		Método a tiempo	¿Considera que la institución le hace entrega de su método anticonceptivo a tiempo?	Si-NO	Cualitativa nominal
		Métodos incluidos en plan de beneficios	¿Considera que la institución cuenta con la gama de métodos anticonceptivos incluidos en el Plan de	Si-No	Cualitativa nominal

Operalización de Variables					
Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Índice	Tipo de instrumento
			beneficios en salud?		
		Personal respeta su decisión en la elección del método	¿Usted considera que el personal de salud respeta sus decisiones, creencias y culturas durante la consulta?, para la elección del método anticonceptivo?	Si-No	Cualitativa nominal
		Alternativas para usuarias de área dispersa	¿Usted considera que la institución les ofrece alternativas a los usuarios residentes en áreas dispersas para acceder a los métodos anticonceptivos?	Si-NO	Cualitativa nominal

Anexo E. Plan de acción

Objetivo general	Determinar la accesibilidad y oportunidad de la prestación del servicio en el programa de planificación familiar de una ESE del suroccidente colombiano, 2020 -2023		
Como	Quien	Cuando	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un diagnóstico del estado actual de los consultorios. • Realizar un presupuesto puntual que incluya materiales, mano de obra y tiempo estimado de adecuación. • Gestionar recursos necesarios a la administración de la institución o buscar alternativas de financiación. • Implementar un cronograma de trabajos que minimice la interrupción del servicio 	Equipo de Infraestructura, administración con apoyo de la coordinación del servicio de promoción y mantenimiento de la salud	3 meses para la planificación, 6 meses para la ejecución.	Las sugerencias brindadas se ajustan a necesidad y decisión de la entidad de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un mapeo de las áreas donde residen usuarios potenciales y determinar las principales barreras de acceso. • Implementar puntos de atención móvil en zonas dispersas • Elaborar campañas de difusión en radios comunitarias y redes sociales para informar sobre los servicios y ubicaciones de los puntos de atención. • Capacitar al personal en el 	Coordinación y personal del servicio de promoción y mantenimiento de la salud con apoyo de entes territoriales (Dirección local de salud)	4 meses para la planificación e implementación de estrategias.	Las sugerencias brindadas se ajustan a decisión de la entidad de salud

<p>enfoque comunitario y de respeto por las costumbres culturales.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un análisis de la población atendida para identificar las diferencias en edad, género, nivel socioeconómico y cultural. • Diseñar protocolos de atención diferenciados que respeten estas características. • Incorporar personal capacitado en atención inclusiva y multicultural. • Evaluar periódicamente la efectividad de los servicios para asegurar que satisfacen las necesidades específicas 	<p>Equipo del Programa de Planificación Familiar, Recursos Humanos</p>	<p>6 meses para el diseño e implementación inicial; evaluación continua cada 6 meses</p>	<p>Las sugerencias brindadas se ajustan a decisión de la entidad de salud</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Definir el alcance del estudio y los indicadores clave a evaluar (satisfacción del usuario, frecuencia de uso, acceso a servicios, etc.). • Seleccionar una muestra representativa que contemple al 100% de los asistentes. • Aplicar encuestas y/o entrevistas y realizar el análisis de datos. 	<p>Equipo de Investigación, Coordinación del Programa de promoción y mantenimiento de la salud</p>	<p>3 meses para el diseño y recolección de datos; 2 meses adicionales para el análisis y presentación de resultados.</p>	<p>Las sugerencias brindadas se ajustan a decisión de la entidad de salud</p>

Anexo F. Encuesta Usuarios

ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, DE UNA ESE DEL SUROCCIDENTE COLOMBIANO 2020 -2023.

**Universidad Mariana
Facultad Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería**

Objetivo: Caracterizar socio demográficamente a los usuarios inscritos al programa de planificación familiar de una ESE del suroccidente colombiano y reconocer la percepción que tienen frente a la accesibilidad y oportunidad al servicio de este programa.

Instructivo. El cuestionario que usted va a responder consta de 21 preguntas de selección múltiple con única respuesta. El participar en el estudio no implica ningún riesgo físico ni psicológico, puesto que la información que usted proporcione será utilizada únicamente para el estudio. No se hará divulgación de nombres ni otra información personal y se mantendrá la confidencialidad.

Características sociodemográficas

1. ¿En qué rango de edad se encuentra?

- a. 12 a 17 años
- b. 18 a 29 años
- c. 30 a 49 años
- d. Más de 50 años

2. Sexo

- a. Hombre
- b. Mujer

3. Generó

- a. Femenino
- b. Masculino

4. Orientación Sexual

- a. Heterosexual
- b. Homosexual
- c. Transexual
- d. otro ¿Cuál? .

4. Régimen de afiliación

- a. Contributivo
- b. Subsidiado
- c. Sin seguridad social
- d. Especial y de excepción

5. Zona de Residencia

- a. Urbano
- b. Rural

6. Condición de Discapacidad

- a. Si. ¿Cuál?
- b. No

7. Grupo Étnico

- a. Indígena
- b. Gitano
- c. Raizal
- d. Palenquero
- e. afrocolombiano, mulato o negro
- f. mestizo

8. ¿Víctima de desplazamiento?

- a. Si
- b. No

9. Nivel Escolaridad

- a. Primaria
- b. Bachillerato
- c. Técnico
- d. Profesional

Encuesta Evaluación de la Accesibilidad y Oportunidad de la prestación del servicio del programa de Planificación Familiar de una ESE del suroccidente colombiano.

Objetivo General: Determinar la accesibilidad y oportunidad en el programa de planificación familiar de una ESE del suroccidente colombiano, 2020 -2023.

Objetivos Específicos:

- Caracterización sociodemográfica de la población
- Identificar la accesibilidad del programa a partir de la disponibilidad de citas, flexibilidad horaria y tiempo de espera para acceder a los servicios de planificación familiar.
- Identificar la oportunidad de la prestación del servicio de planificación familiar desde la infraestructura, disponibilidad de personal y anticonceptivos.

Instructivo. A continuación, encontrará una encuesta de selección múltiple, por favor, lea cada una de las preguntas y señale la respuesta que usted considere apropiada según su percepción de la atención recibida en el servicio.

Oportunidad

1. ¿Cuánto tiempo tarda la entidad de salud para agendar la cita por primera vez para acceder al programa de planificación Familiar?

- a. 1 a 6 días
- b. 7 a 11 días
- c. 12 a 16 días
- d. Más de 16 días

2. ¿Cuál es el tiempo que usted tarda en la sala de espera para ser atendido?

- a. 5-10 min
- b. 10-20 min
- c. 20-30 min
- d. Más de 30 min.

3. ¿Cuál es el tiempo que el profesional de salud (médico/enfermera) emplea para realizar su consulta de inscripción al programa de planificación familiar?

- a. 10 minutos
- b. 15 minutos
- c. 20 minutos
- d. más de 20 minutos

4. ¿Cuál es el tiempo que el profesional de salud (médico/enfermera) emplea para realizar su consulta de control de planificación familiar?

- a. 10 minutos
- b. 15 minutos
- c. 25 minutos
- d. más de 25 minutos

5. ¿La institución le permite escoger la hora para su atención, dentro del horario establecido?

- a. Siempre
- b. Algunas veces
- c. nunca

Accesibilidad

6. ¿Cuál es el medio más común que usted utiliza para agendar su cita de planificación familiar?

- a. WhatsApp
- b. Llamada telefónica
- c. Correo electrónico
- d. Mensaje de texto
- e. Atención al usuario
- f. Otro ¿cuál?

7. ¿Usted considera que la institución cuenta con la infraestructura física necesaria para el acceso a los consultorios de planificación familiar, por ejemplo: gradas, rampas, ascensores?

- a. Si
- b. No
- c. Otro ¿Cuál?

8. ¿Considera que el personal de salud brindó una información (planificación, beneficios, efectos secundarios) oportuna y pertinente durante la consulta?

- a. Si
- b. No ¿Por qué?

9. ¿Considera que la institución le hace entrega de su método anticonceptivo a tiempo?

- a. Si
- b. No

10. ¿Considera que la institución cuenta con la gama de métodos anticonceptivos incluidos en el Plan de beneficios en salud?

- a. Si

b. No

11. ¿Usted considera que el personal de salud respeta sus decisiones, creencias y culturas durante la consulta?, para la elección del método anticonceptivo.

a. si

b. no

12. ¿Usted considera que la institución les ofrece alternativas a los usuarios residentes en áreas dispersas para acceder a los métodos anticonceptivos?

a. Si

b. No