

**ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS DE SALUD PARA DETECCIÓN
TEMPRANA Y PROTECCION ESPECÍFICA EN MUJERES DE 18 A 59 AÑOS
EN LA COMUNA 1. MONTERÍA-COLOMBIA, 2022.**

MONTES GUTIERREZ JULIANA PAOLA

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DIVISIÓN DE POST GRADOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MONTERÍA-CÓRDOBA
2023**

**ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS DE SALUD PARA DETECCIÓN
TEMPRANA Y PROTECCION ESPECÍFICA EN MUJERES DE 18 A 59 AÑOS
EN LA COMUNA 1. MONTERÍA-COLOMBIA, 2022.**

MONTES GUTIERREZ JULIANA PAOLA

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Magister
en Salud Pública**

Director

Msg. MARÍA CLAUDIA HERNANDEZ LOPEZ

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MONTERÍA-CÓRDOBA
2023**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Montería, junio de 2023

DEDICATORIA

Este trabajo de grado está dedicado primeramente a Dios, quien fue la ayuda más grande en los momentos de desesperación, alegrías, y tristezas a el como ser especial que estuvo en todo momento regalándome fuerza y motivación para lograr cumplir con esta nueva etapa.

Importante también dedicar este trabajo a mi familia, pareja y compañeros de trabajo; los cuales me aportaron siempre su voz de aliento en aquellos momentos más difíciles.

Y por último darle gracias a mi asesora quien mostro en todo este proceso, la entrega, la paciencia, sus consejos y sus conocimientos para poder culminar esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios porque sin la ayuda de él, nada de esto sería posible, porque cada día, nos brinda sabiduría, fortaleza, esperanza y lo principal buena salud para que cada instante sepa lo valioso que es la vida y cuán importante es.

A los hogares de la Comuna 1, los cuales abrieron las puertas de su casa, entregándonos una parte de su tiempo y dedicación para poder aplicar las encuestas de una forma satisfactoria logrando la culminación de este proyecto.

A mi asesora la cual me brindo cada día, su paciencia, sabiduría y conocimientos para poder alcanzar con mucho éxito este trabajo.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el acceso y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, de acuerdo con las necesidades de las poblaciones, a la vez que asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras. Sin embargo, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo. **OBJETIVO:** Determinar la accesibilidad a los programas de salud para detección temprana y protección específica en mujeres de 18 a 59 años en la comuna 1, Montería-Colombia 2021. **METODOLOGIA:** El presente estudio es cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal, ya que se obtuvo información basada en la observación y descripción; por medio la recolección de datos de forma retrospectiva. **RESULTADOS:** Si existen barreras en la accesibilidad a los servicios de salud, manifestado por tramites excesivos para la cita, falta de dinero para los copagos o el transporte, así mismo, se demostró una asociación directa o dependencia entre las variables Grupo de Edad y uso de un servicio de salud en el último año, es decir, al aumentar la edad, aumenta el uso de los servicios de detección temprana y protección específica de manera moderada. **CONCLUSIONES:** Generar estrategias para aumentar la accesibilidad de los servicios de salud de detección temprana y protección específica, es vital y necesario, ya que se puede influir de manera significativa en la reducción de casos de cáncer de mama, cuello uterino, entre otros, mejorando la calidad de vida de esta población.

PALABRAS CLAVES: Accesibilidad a Servicios de Salud, Programas de Salud, Servicios de Salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION: According to the World Health Organization (WHO), access and universal health coverage imply that all people and communities have access, without any discrimination, to comprehensive, adequate, timely and quality health services, of according to the needs of the populations, while ensuring that the use of these services does not expose users to financial difficulties. However, certain barriers stay that may prevent you from receiving care if you need it. **OBJECTIVE:** To determine the accessibility to health programs for early detection and specific protection in women aged 18 to 59 in commune one, Monteria-Colombia 2021. **METHODOLOGY:** This study is quantitative, descriptive, cross-sectional, since its information based on observation and description was obtained; through retrospective data collection. **RESULTS:** If there are barriers in the accessibility to health services, manifested by excessive procedures for the appointment, lack of money for co-payments or transportation, A direct association or dependency was demonstrated between the Age Group variables and the use of a health service in the last year, that is, as age increases, the use of early detection and specific protection services increases moderately. **CONCLUSIONS:** Generating strategies to increase the accessibility of early detection and specific protection health services is vital and necessary, since it can significantly influence the reduction of cases of breast and cervical cancer, among others, improving the quality of life of this population.

KEY WORDS: Accessibility to Health Services, Health programs, Health services.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<u>RESUMEN</u>	<u>I</u>
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
<u>1. OBJETIVOS</u>	<u>7</u>
1.1 GENERAL	7
1.2 ESPECÍFICOS	7
<u>2. MARCO REFERENCIAL</u>	<u>8</u>
2.1 MARCO HISTORICO	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL	12
2.3 MARCO TEÓRICO	15
2.3.1 CLASIFICACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	16
2.3.2 DIMENSIONES DE LA ACCESIBILIDAD.	17
2.3.3 BARRERAS EN LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD.	17
2.4 MARCO LEGAL	18
2.5 MARCO INVESTIGATIVO	21
<u>3. METODOLOGÍA</u>	<u>24</u>
3.1 TIPO DE ESTUDIO	24
3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS	24
3.3 POBLACIÓN	25

3.4 MUESTRA	25
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	26
3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	26
3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	27
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	28
3.9 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	31
3.10 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	31
3.11 SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS	33
<u>4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</u>	<u>33</u>
4.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	34
4.1.1 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	42
4.2 DETECTAR BARRERAS EN EL ACCESO A LOS PROGRAMAS DE SALUD	47
4.3 SERVICIOS DE SALUD PARA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA MÁS UTILIZADOS POR MUJERES DE 18-59 AÑOS.	51
<u>5. DISCUSIÓN</u>	<u>533</u>
<u>6. CONCLUSIONES</u>	<u>599</u>
<u>7. RECOMENDACIONES</u>	<u>622</u>
<u>8. REFERENCIAS</u>	<u>644</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>700</u>

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Tabla de contingencia general para la comparación de dos variables dicotómicas en el caso de grupos independientes.....	30
Tabla 2. Distribución de frecuencia de las características personales de las participantes.....	34
Tabla 3. Distribución de la frecuencia del nivel educativo, estrato socioeconómico e ingresos personales.	36
Tabla 4. Distribución de la frecuencia de afiliación y régimen de salud perteneciente.	40
Tabla 5. Distribución de frecuencia utilización servicios de salud de detección temprana y protección específica.	42
Tabla 6. Distribución de frecuencia de los servicios de salud de detección temprana y protección específica en mujeres de 18-29 años.	43
Tabla 7. Distribución de frecuencia de los servicios de salud de detección temprana y protección específica en mujeres de 30-44 años.	44
Tabla 8. Distribución de frecuencia de los servicios de salud de detección temprana y protección específica en mujeres de 45-59 años.	46
Tabla 9. Barreras relacionadas con la distancia y el desplazamiento hacia el centro de salud.	48
Tabla 10. Barreras relacionadas con la utilización de los programas de salud.	49
Tabla 11. Barreras relacionadas con la percepción de las participantes sobre los programas de salud.	50
Tabla 12. Distribución de frecuencia de servicios de salud para detención temprana y específica más utilizados.	52
Tabla 13. Frecuencias variables.....	Error! Bookmark not defined.
Tabla 14. Test exacto de Fisher.	Error! Bookmark not defined.

LISTA DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Rango de edad. _____	35
Figura 2. Identidad Étnica. _____	35
Figura 3. Estado civil. _____	36
Figura 4. Nivel educativo. _____	37
Figura 5. Estrato socioeconómico. _____	38
Figura 6. Ingresos. _____	39
Figura 7. Afiliación (EPS). _____	41
Figura 8. Régimen de salud. _____	41

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se realizó por el interés de conocer la accesibilidad a los servicios de salud de un grupo de mujeres de edades entre los 18 y 59 años de la comuna 1, de la ciudad de Montería.

El término de salud engloba un concepto integral, debe tener los recursos humanos y técnicos, incluyendo la infraestructura física, hospitalaria y los insumos adecuados para poder prestar un servicio; donde la salud pública es el reconocimiento de procesos y problemas colectivos (1).

Para ofrecer un óptimo servicio de salud, es necesario tener en cuenta los recursos humanos y técnicos, incluyendo la infraestructura física y hospitalaria. Sánchez (1), identifica a las organizaciones, grupos o instituciones, como los responsables de los recursos necesarios que permitan brindar servicios de salud de calidad. Asimismo, los sistemas de salud son un camino para establecer el contacto de la población y la satisfacción de la necesidad de atención médica. Estos servicios deben ser equitativo y de calidad, que más que afectar ayude de manera no excluyente ni desigual a las personas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), el acceso y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, de acuerdo con las necesidades de las poblaciones, a la vez que asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades

financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, en un mundo donde los servicios de salud y la medicina moderna siguen estando fuera del alcance de cientos de millones de personas, lo cual constituye uno de los mayores retos de los sistemas de salud en la actualidad (3).

Por otro lado, el acceso a los servicios, medido en términos de su utilización, depende también de la accesibilidad física y aceptabilidad de los servicios y no simplemente de lo adecuado de su prestación. Algunos otros elementos como la información plena sobre los derechos a la atención médica y la disponibilidad de recursos (tiempo y dinero necesarios), también inciden en la utilización real. Asimismo, para Goddard y Smith (4), los servicios disponibles deben ser pertinentes y efectivos para que la población logre obtener resultados satisfactorios. Para que estos servicios sean garantizados, en Colombia, se creó la Resolución 3280 del 2018 Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

Los programas de salud de detección temprana y protección específica en Colombia hacen parte fundamental de los derechos de cada individuo, contemplados en la norma y leyes constituidas por el Estado, garantizando así, las estrategias en políticas públicas y el cumplimiento de los servicios en todo el territorio. Estos programas van encaminados a establecer actividades, y procedimientos adoptados por los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (5) (6).

Además, van orientados a desarrollar estrategias, para que el personal que este cobijado los utilice de una manera oportuna y eficaz, sin embargo, aunque estén bien implementados o se encuentren disponibles en todas las instituciones públicas o privadas del país, no asegura que, si lo estén utilizando, lo que puede generar un impacto negativo en la calidad de vida de las personas (7).

Si bien, en Colombia con la implementación de la Ley 100 de 1993, se impulsó la cobertura de aseguramiento como el principal mecanismo a través del cual se pretendía resolver el problema del acceso a la salud, este no es el único factor que determinaba la utilización de los servicios. Aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo (7).

Asimismo, la prestación de servicios de salud se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizando el uso de los recursos, promoviendo los enfoques de atención centrándose en los usuario y logrando la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas (8). Sin embargo, la utilización de estos servicios de salud se puede ver afectada por barreras que tienen los usuarios, al momento de acceder a los programas de detección temprana y protección específica, en estas encontramos barreras de tipo administrativo, financiero, geográfico y culturales, que impactan mayormente a la población vulnerable (9).

Algunos autores como Armijos y colaboradores (9), evidenciaron en cuanto al uso de los servicios preventivos, que las mujeres tienen una mayor probabilidad de uso de este tipo de servicios que los hombres. Así mismo, aquellos entre 45-59 años

tienen mayor probabilidad de uso que los más jóvenes (15-34 años), esto podría deberse al fortalecimiento del concepto de mantenimiento de la salud que toma fuerza a medida que se avanza en edad. Como es de esperarse aquellos que reportan un estado de salud “malo” tienen una mayor probabilidad de uso de atención preventiva que los individuos que consideran su salud como “excelente” (10).

Cabe destacar lo mencionado por Ruiz y Valdez (11) en su estudio, donde identificaron que la utilización de los servicios es un proceso social, dinámico y complejo, ponen en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada, en la que convergen no solo la necesidad de atención (en términos de enfermedad), sino las experiencias preexistentes de la población, sus creencias y aspectos culturales pero, sobre todo, el complejo contexto en que se da la prestación de servicios de salud y las condiciones con que cuenta la población en cuanto a activos personales, familiares y comunitarios.

Por otra parte, un estudio realizado por Díaz (12), en Cali, donde se encuestaron 2165 personas entre mujeres y hombres, se obtuvo como resultado que las mujeres asisten con mayor frecuencia a los de servicios preventivos, aunque, al igual que en los hombres, la proporción no llega al 50%, en las mujeres se encontró mayor necesidad de consultar el control médico (24,2%), seguido de servicios como: adulto mayor (20,1%), crecimiento y desarrollo (11,9%), citología uterina (11%), salud mental (7,4%), higiene oral (5,7%), planificación familiar (4,1%), PAI (3,0%), control prenatal (1,3%) y examen de mama (1,0%).

Hay que mencionar, además, lo investigado por Berrocal y colaboradores en el estudio titulado; “Accesibilidad a servicios preventivos en salud de jóvenes

monterianos, en adolescentes de 10 a 19 años” (13), donde se identificó que uno de los determinantes que más afectan el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, esta puede ser ocasionada por factores económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación, por lo tanto es necesario brindar y garantizar igual acceso y calidad de atención médica, tanto preventiva como curativa, a toda la población.

Del mismo modo, para Vargas y Molina (14), los hallazgos obtenidos interesan a las instancias de planificación y dirección del SGSSS para la definición de políticas de atención; a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los profesionales, para comprender las dinámicas del acceso y plantear acciones que lo faciliten; a los usuarios, para comprender sus deberes y derechos e impulsar las acciones legales hacia el acceso efectivo a los servicios; y a las entidades de control para implementar mecanismos efectivos que faciliten las garantías del derecho fundamental a la salud.

Asimismo, es importante determinar la accesibilidad a los programas de salud para detección temprana y protección específica de las mujeres entre 18 – 59 años de la ciudad de Montería, partiendo desde la identificación de características sociodemográficas, el conocimiento y la frecuencia en la que se utilizan los programas de salud y las barreras en el acceso a estos, ya que permitirán generar estrategias que aumenten el conocimiento y acercamiento a los distintos programas de salud. Además, incentivar el uso de estos servicios contribuirá con la mejora en la calidad de vida de la población, influyendo en la disminución de las tasas de mortalidad, al mismo tiempo que ayudan a la prevención y el diagnóstico de enfermedades como el cáncer de mama, cáncer de cuello cervicouterino, que hoy en día su incidencia ha aumentado en los últimos años, por eso este estudio se centrará solo en la utilización de estos programas de tamizaje como: citología, mamografía, examen de mama y servicios médicos preventivos.

La relevancia de la accesibilidad a los servicios de salud radica en la relación que tiene la oferta con la demanda es decir; se pueden ofertar programas de salud, campañas, atenciones médicas pero por ofrecer esto no se da por hecho que las personas busquen obtener el servicio cuando este lo requiera, es por ello que es importante identificar las condiciones, y las necesidades de la comunidad, brindando mecanismos y estrategias que permitan la obtención del servicio y la accesibilidad como logro de las políticas públicas.

Ofrecer un servicio de salud también implica satisfacer una necesidad, pero también de cumplir con los derechos de los individuos, para tener una política pública integral. Debido a esto y sumado a la poca referencia de datos y artículos relacionados con la accesibilidad a los servicios de detección temprana y protección específica en mujeres en la ciudad de Montería, se dio la necesidad de investigar que tanto las mujeres monterianas, tienen acceso a los servicios preventivos como son; citología, mamografía, medicina preventiva, entre otros, con el fin de mantener una mejor calidad de vida en todos los aspectos de su vida.

Pregunta problema: ¿Determinar la accesibilidad a los programas de salud; citología, mamografía, examen de mama y consulta médica preventiva en mujeres de 18 a 59 años en la comuna 1 Montería-Colombia 2022?

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Determinar la accesibilidad a los programas de salud; citología, mamografía, examen de mama y consulta médica preventiva en mujeres de 18 a 59 años en la comuna 1, Montería-Colombia 2022.

1.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente a las mujeres de 18 a 59 años que utilizan los servicios de los programas de salud; citología, mamografía, examen de mama y consulta médica preventiva en la comuna 1 de Montería – Colombia 2022.
- Detectar las barreras de acceso a los programas de salud; citología, mamografía, examen de mama y consulta médica preventiva que tienen las mujeres de 18 a 59 años en la comuna 1 de Montería – Colombia 2022
- Identificar los programas de salud para detección temprana y protección específica más utilizados por mujeres de 18 a 59 años en la comuna 1 de montería – Colombia 2022.
- Relacionar el uso de los programas de salud; citología, mamografía, examen de mama y consulta médica preventiva con respecto a los grupos de edades de la muestra.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO HISTORICO

Diversos estudios a nivel nacional e internacional han evidenciado lo importante que es analizar el nivel de accesibilidad a los servicios de salud de una comunidad. El autor Flores (15), analizó la dinámica de los elementos influyentes en la accesibilidad a la asistencia de los servicios de salud. Como aspectos relevantes, el investigador identificó la desigualdad en el acceso, el liderazgo de los entes gubernamentales, intervenciones apropiadas, control, evaluación y seguimiento, además, es necesario la destinación de recursos que mitiguen la exclusión o el acceso a los distintos servicios de salud.

En Colombia, con la creación de la Ley 100 de 1993 (16), se quería lograr una cobertura total para los usuarios, determinando así la accesibilidad para los servicios o programas de salud implementados, dentro de esta normativa, con el tiempo se dieron modificaciones para mejorar la oportunidad y calidad de estos programas, donde las empresas aseguradoras deben implementar las estrategias necesarias para la identificación de la población en riesgo y desarrollar en conjunto con las Instituciones Prestadoras un cambio positivo en la población. Para garantizar esta normativa se reglamenta la Resolución 412 de 2000 (6), emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, donde establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana.

Por otra parte, el concepto de necesidad como principio de justicia redistributiva es fundamental para asegurar una igualdad social que pueda incluir la diferencia y lo

particular, combinando la universalización con mecanismos de diferenciación positiva, sobre la base de superar la exclusión social, pero aún no se explicitan en detalle las implicaciones de su presencia en la definición de equidad en salud. En rigor, el concepto de necesidad debe reservarse para aludir a las condiciones de salud, al hablar de servicios o recursos es mejor usar el término requerimientos.

Una necesidad representa una situación que debe ser satisfecha, pues de lo contrario el individuo sufrirá consecuencias negativas. Los autores Díaz, Zapata y Aristizábal (12), definen que ni los servicios ni los recursos cumplen con este requisito, pues ambos son medios para satisfacer las necesidades de salud, mas no representan en sí mismos una necesidad. El reservar este término para las condiciones de salud resalta que su mejoramiento constituye el fin de la atención.

Vargas (17), manifiesta que los problemas de acceso a la atención que se suelen encontrar en sistemas de salud públicos, de países en desarrollo debidos a las deficiencias estructurales y organizativas de la oferta de servicios y el bajo nivel de ingresos de la población se añaden otros vinculados al modelo de competencia gestionada que empeoran los obstáculos existentes. Entre ellos destacan, por un lado, la introducción de las aseguradoras privadas que además de detraer recursos de la provisión, influyen directamente en el acceso a los servicios decidiendo sobre elementos como la amplitud de la red de proveedores y su accesibilidad geográfica o introduciendo estrategias para controlar la utilización y, por tanto, la búsqueda de sostenibilidad económica de los proveedores públicos, generando el rechazo del paciente no asegurado o sin capacidad de pago.

Por otro lado, Armijos (10), indica que; la idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. De manera sintética, Briceño León la interpreta como “una

multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía”.

El bienestar, por tanto, es producto de la adecuada combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, los cuales dan como resultado el estado de satisfacción de las necesidades de un individuo o de una sociedad. En este sentido, el papel del factor salud, adquiere mayor relevancia en el proceso social actual, así como en la interacción de los diversos elementos integrados en este proceso, como lo establece Frenk; “la salud es más que noción médica: es un concepto predominantemente social, porque se vincula con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, porque involucra a todos los agentes de la comunidad” (18). Por lo anterior, la salud se hace evidente en un entorno integral, cuando se cuenta con los recursos humanos y técnicos, la infraestructura física y los insumos necesarios.

Si bien es cierto, que la disponibilidad es importante, hay otros elementos que se deben considerar para que sea efectiva. Aunado a ello, se debe clarificar que el ofrecer un servicio no es sinónimo de que la persona realmente pueda hacer uso de él. En la accesibilidad a los servicios de atención médica interactúan condiciones como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y cualidades individuales para demandar servicios. Por ejemplo, son diferentes las necesidades de atención una persona que vive en la costa a la que vive en la sierra. La geografía manda y determina el estado de salud de sus poblaciones, así como los problemas de accesibilidad. La geografía influye de manera importante sobre las transiciones epidemiológica, demográfica y nutricional. La geografía ha limitado la integración política y económica, por lo que las inequidades y la exclusión social continúan (1).

La accesibilidad se puede abordar bajo tres vertientes: como parte del proceso de implementación de la política pública, como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS, y como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda (10).

A su vez, Hernández et al., (2013) (19), afirman que la utilización de los servicios de salud expresa en medida de proporción de personas que tienen la necesidad de utilizar un servicio y a su vez, su recibimiento de manera efectiva. Además, es el resultado de factores o características del paciente, atributos del sistema de atención y tercero, las condiciones del proveedor y percepción con respecto a la prestación de los distintos servicios. Dicho de otro modo, en el primero se encuentran factores demográficos como la edad y el sexo, de la estructura social como el nivel educativo y la clase social, el segundo grupo de factores son aquellos que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud y que son susceptibles de modificación mediante las políticas de salud, aquí se encuentran incorporados aspectos como seguridad social, calidad de los servicios a partir de la opinión del usuario, pago de bolsillo y fuente regular de la atención. Y, por último, el tercer grupo de factores son las necesidades de salud de las personas, entendiendo que tanto las condiciones de salud como las percepciones están fuertemente influenciadas por la estructura social y las creencias en salud.

Un estudio realizado en Cali (20), a un grupo de 1000 personas, se observó que aproximadamente las dos terceras partes de la población eran mujeres (65,4%); alrededor de una tercera parte (28,9%) tenía bachiller completo, y tan solo un (6,6%) tenía estudios universitarios. En cuanto al tipo de ocupación, más de la mitad (53,1%) trabajaba de manera dependiente o informal, 4,7% refirió estar desempleado. En cuanto a la edad se observó que a mayor edad aumentó la prevalencia de consultantes en el último año, siendo las mujeres las que más

asistían al médico con el (84,8%) mientras que en los hombres el porcentaje de uso en el último año fue de (79,1%).

De igual manera, un estudio elaborado en Ecuador, por Zambrano (21), con un grupo de 595 mujeres, con un rango de edad de 15 a 40 años, la mayoría son amas de casa con un 56%. Además, el 36.2 % están en unión libre y el 35.5%, respecto a la utilización de los servicios de salud el 11.5% asisten por control de embarazo, el 4.3% asisten para control post parto y el 65.8% asisten por enfermedades, 8.8% asisten a planificación familiar y el 9.6%, asisten por otros motivos. En cuanto al uso de los servicios para el cuidado de su salud sexual y reproductivas, el 47% de las mujeres respondieron que si utilizan el método anticonceptivo y el 53.0% no utiliza métodos anticonceptivos siendo las razones más comunes; sin vida sexual activa (14%), no les gusta usarlo (13%) desea embarazo (13%), miedo a los efectos colaterales (11%), el compañero se opone (10%).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

En Colombia, se implementó el Decreto 1011 del 2006, donde se define la atención en salud como aquella que presta los servicios al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, incluyendo las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en lo que compete a los servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a todas las personas, guiados por las normas de detección temprana y protección específica (22). Estos niveles de atención están estructurados y de una forma organizada para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades para satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

- **Servicio de Salud:** Un servicio de salud tiene como objetivo principal la realización específica de ciertas actividades que son prestadas por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal en centros de atención como consultorios y clínicas, con la finalidad de conservar o restablecer la salud. Dividida en dos categorías: los preventivos, destinados a mantener la salud del individuo, y los curativos y de rehabilitación, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados (22).
- **Promoción en Salud:** La definición de promoción en salud, para los autores De la Guardia y Ruvalcaba (23), constituye un proceso político y social global, que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Asimismo, es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarlos. Además, una cualidad de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, es decir, la virtud de prever y prevenir el desarrollo natural de la enfermedad. De igual modo, las acciones de promoción de salud tienen por objeto; modificar los determinantes de la salud, los resultados de esta acción se reflejan en mejoras en la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas (23).

- **Accesibilidad a los Servicios de Salud:** Se puede definir como la posibilidad de utilizar los servicios de salud cuando son necesarios, expresándose en términos de oferta de los programas de salud que permiten

o impiden el acceso de los usuarios a estos (24). Por otro lado, se puede concebir como la acción individual del usuario de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios. Es decir, esta definición no considera a los proveedores en cuanto a si los servicios están disponibles o si existe algún impedimento para prestarlos, si son oportunos en cuanto al tiempo y espacio para su prestación, o si son de calidad (25).

Además, para Rodríguez y colaboradores, en la definición de accesibilidad a los servicios de salud, se identifican dimensiones de orden geográfica, organizacional, sociocultural, política y económica. Igualmente, “se considera cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información” (26)(p. 351).

- **Derecho a la Salud:** Consiste en un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos (27). El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.

- **Programa de Atención en Salud:** Son un grupo de actividades relacionadas, organizadas e integradas con objetivos concretos y direccionados a mejorar el estado de salud de una comunidad (28). Asimismo, los programas de salud son creados para establecer los mecanismos necesarios para suministrar atención médica a los individuos en alguna institución o centro de salud que así lo requiera (29), además, son un

instrumento para operacionalizar las políticas públicas a través de la planeación ejecución y evaluación de acciones de promoción y prevención de la enfermedad, garantizando el acceso democrático de los usuarios (30).

- **Detección Temprana:** Hace referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad. Facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte (6).
- **Protección Específica:** Hace referencia a la aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo (6).

2.3 MARCO TEÓRICO

El estudio se presenta bajo la fuente que sustenta la teoría de accesibilidad. Según López (31), la accesibilidad ha ido adquiriendo tantos significados como desajustes que se presentan entre la capacidad funcional de las personas y lo que el entorno en el que se desenvuelven les exige. Es así que las barreras, tradicionalmente entendidas como un escalón, un paso estrecho o una zanja, han ido ampliándose con muchas más expresiones, a medida que se ha ido entendiendo que la participación de las personas, en su singularidad, sólo puede ser plena y equitativa por lo que se puede decir que es una conducta intencional orientada hacia un objetivo concreto, necesaria para promover las condiciones óptimas para la vida y prevenir la aparición de situaciones adversas que dificulten el buen desarrollo del ser humano .

Asimismo, López (31) menciona en su investigación, que la accesibilidad hoy se mueve entre la expresión de la igualdad de oportunidades de todas las personas y ser una señal de identidad de la calidad con que se debe diseñar cualquier entorno, cualquier producto, cualquier servicio. Para que la accesibilidad avance no puede abordarse sólo mediante leyes y planes de actuación destinados a la adaptación y supresión de barreras, pues cada vez es más presente la importancia de trabajar paralelamente la conciencia social, la formación de los profesionales o la coordinación entre las administraciones sectoriales. Lo que se puede lograr si se define el conjunto de acciones que realizan las personas en determinadas situaciones, con el propósito de controlar los factores internos o externos que puedan afectar su propio desarrollo, para mantener una buena salud.

2.3.1 Clasificación de la accesibilidad de los servicios de salud.

Para autores como Figueroa (9), el término de accesibilidad en salud, engloba 4 dimensiones que se deben de generar para obtener de una manera eficiente los servicios de salud; como primera opción se menciona la geográfica que hace énfasis a la función del tiempo, es decir, todo lo necesario para obtener la asistencia de salud, utilizando los medios habituales de transporte, la organizacional refiriéndose a los obstáculos que se originan en los modos de organización de los recursos de asistencia a la salud. el socio cultural basándose en aquellos aspectos como percepción que tenga la persona sobre su cuerpo y enfermedad, creencias relativas a la salud, tolerancia al dolor y credibilidad en los servicios de salud, entre otros y por último el factor económico indispensable para obtener o dirigirse cuando se necesita un servicio.

Es así como el concepto de accesibilidad para estos autores ya referenciados anteriormente; debe ser justo y equitativo para todos los usuarios que busquen un servicio preventivo, es importante ofrecer un servicio de calidad desde la primera etapa de la atención primaria, porque de esta depende, que la mujer avance hacia los otros niveles cumpliendo características importantes de esta etapa, como la integralidad de los cuidados ofrecidos, el enfoque familiar, y la parte comunitaria (9).

2.3.2 Dimensiones de la accesibilidad.

Autores como Aday y Andersen (19), definen la accesibilidad como; la relación entre los usuarios de servicios y el sistema de salud, estos servicios de salud deben ser equitativos, sostenibles y de calidad, cumpliendo unos requisitos para satisfacer las necesidades del individuo. Para ello deben dividirse en dos grandes dimensiones, la primera hace énfasis a lo político es decir, todas las acciones planeadas y dirigidas por el gobierno para mejorar el acceso, hacen parte aquí, la organización del sistema de prestación, el manejo seguro de los recursos y los criterios de elegibilidad, en la dimensión número dos, se habla del abordaje de la interacción entre las características del sistema, con referencia a la disponibilidad, oferta de servicios, y el individuo, donde hacen alusión a los determinantes sociodemográficos como recursos económicos de las personas, seguros de salud, estado de salud etc., y como ultima dimensión el acceso real, que habla sobre el uso efectivo de los sistemas de salud, y el resultado de las experiencias de los usuarios cuando lo reciben.

2.3.3 Barreras en la accesibilidad a los servicios de salud.

Un estudio realizado por Bran y colaboradores (32), en Colombia, identificó que se pueden generar ciertas problemáticas individuales y colectivas por la no prestación

de los servicios de salud, como por ejemplo; acciones de tutela interpuestas, quejas de usuarios, programas de salud con poca demanda, corrupción frente a recursos públicos y una marcada brecha entre la atención recibida por la población rural en contraste con la urbana, toda esta problemática ha hecho que se generen estudios determinando la condiciones de salud de las poblaciones más vulnerables con el fin de formular políticas públicas para un bien común, sin embargo en esto estudios se observan barreras al momento de utilizar estos servicios como son aquellas de tipo administrativo, financiero, geográfico y culturales impactando mayormente a la población vulnerable, como niños, afrodescendientes, personas desempleadas y en condiciones de informalidad; cuya vulnerabilidad puede verse reflejada en la accesibilidad a pruebas diagnósticas y atención por especialidades clínicas.

2.4 MARCO LEGAL

Para apoyar legalmente esta investigación, se enmarca en los principios de la Ley 100 del 1993 (16), donde se menciona a la Seguridad Social Integral como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Posteriormente, para el año 2000, se reglamenta la Resolución 412 (6), en la cual se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías

de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y administradoras del régimen subsidiado, igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

Para el año 2015, se decretó la Ley Estatutaria 1751 (33), ésta tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Se establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende 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. El Estado creó políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Simultáneamente, entra en vigencia la Resolución 3202 en el año 2016 (34), la cual adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS, que conforme con el artículo 5° de la Resolución 429 de 2016, en consonancia con el artículo 6 de la Resolución 3202 del mismo año, se prevén como tipos de RIAS, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud; la Ruta Integral de Atención en Salud para Eventos Específicos y la Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo, esta última dentro de la que se encuentra la Ruta Integral de Atención para la Población Materno – Perinatal. Que la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta

Integral de Atención para la Población Materno – Perinatal, definen e integran las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.

En el mismo año, se reglamenta la Resolución 0429 (35), en la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud PAIS, junto con su anexo técnico, el cual hace parte integral de la misma, atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano. El objetivo de la PAIS 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.

Por otra parte, en el año 2018, entra en vigor la Resolución 3280 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, teniendo como objetivo, la adopción de los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos de la resolución y que son de obligatorio cumplimiento (36).

2.5 MARCO INVESTIGATIVO

Acerca del tema de estudio, se encontraron tanto referentes directos como indirectos de investigación. Según Comes y colaboradores (37) en su estudio; EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS PLANTEA; El objetivo es describir y analizar las diferentes dimensiones de la accesibilidad y la dignidad en la atención en los servicios de salud detectando y conceptualizando las situaciones de “exclusión en salud”. La meta es contribuir a producir cambios en las prácticas. Se diferencian grupos de usuarios que tienen problemas específicos de accesibilidad o dignidad en la atención (por edad, género, etc.).

Así mismo, López (31), en su investigación; “La accesibilidad universal y el diseño para todos” (2007), como idea abstracta que toma cuerpo en aspectos tan concretos como la posibilidad de que cualquier persona pueda ir con normalidad al trabajo, a sus vacaciones, o a una actividad de ocio, puede convertirse en una prueba fundamental del nivel de igualdad de oportunidades que se puede alcanzar en una sociedad avanzada y, en consecuencia, de la calidad de vida que ésta es capaz de ofrecer a sus miembros.

Para Sánchez (2017), la accesibilidad en la salud puede ser considerada, como el acceso de acuerdo con las características de la población, en donde se estudia la cobertura del seguro, el ingreso de los núcleos familiares y la actitud hacia la atención médica. Mientras tanto, el acceso se puede definir basándose en el

desempeño del sistema, de tal manera que se analice la distribución y organización de la mano de obra e infraestructura (1).

De igual modo, para el autor Frenk (2014), la accesibilidad se puede considerar como él; “grado de “ajuste” entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud.” (18), dicho de otro modo, la accesibilidad o el acceso a los servicios de salud es la relación funcional entre las características sociodemográficas de la población y las condiciones de las instalaciones y recursos médicos, identificando obstáculos, dificultades o factores determinantes para la prestación efectiva de los servicios de salud.

Otros autores como Fuentes (2017), determina el acceso a la salud como el proceso en el cual se puede obtener la satisfacción con respecto a las necesidades de los usuarios, teniendo en cuenta varios momentos como; “la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación para resolver la necesidad; y en él intervienen varios agentes: personal de salud, administradores de los servicios, usuarios, entidades de regulación y financiamiento y otras” (38).

Hay que mencionar, además, lo dicho por Carballada (2014), en su estudio titulado; “La Accesibilidad y las Políticas de Salud” (39), en el cual define el principio de la accesibilidad como una relación social entre el sistema de salud y los usuarios, relacionando las distintas políticas, instituciones y sociedad. A su vez, para el autor, la accesibilidad se encuentra estrechamente relacionada a las prácticas de la salud, específicamente en los aspectos organizacionales.

Por otra parte, Fajardo y colaboradores (2015), definieron el acceso a los servicios de salud, a partir de la promoción y prevención, hasta los aspectos curativos, como el resultado final de la implementación de esquemas que garantizan el financiamiento y la provisión de servicios en cualquier contexto, dando como resultados en términos de salud, la prestación de servicios efectivos a la población y comunidad en general (23). Además, para los autores, la accesibilidad se debe abordar a partir de cuatro espacios; Disponibilidad de los servicios, capacidad de los servicios para ser utilizados, la existencia de barreras (Barreras personales, económicas, organizacionales, sociales y culturales) y resultados en materia de salud.

Por último, para el investigador Frenk (1985), es necesario la utilización de indicadores para la medición de la accesibilidad a los servicios de salud, destacando cuatro categorías principales que son; A. Ecológicos, B. Financieros, C. Organizacionales a la entrada y D. Al interior de un establecimiento. Dicho lo anterior, los indicadores recomendados para el estudio de la accesibilidad son; recursos para viajar, tiempo de transporte, ingresos, precio de los servicios, tolerancia a la demora para obtener una cita, tiempo de espera para obtener una cita, tiempo libre y tiempo en la sala de espera (18).

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es cuantitativo, descriptivo , de corte transversal, ya que se obtuvo información basada en la observación y descripción; por medio de la recolección de datos de forma retrospectiva , lo que permitió calcular la accesibilidad a los programas de salud para la detección temprana y protección específica de un grupo de mujeres entre los 18 y 59 años en la comuna 1, de la ciudad de Montería – Colombia, en el año 2022.

Para autores como Sabino (40), la investigación descriptiva es la que tiene como objetivo describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, que utiliza criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes.

3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Está constituida por las barreras de accesibilidad a los programas de detección temprana y protección específica en mujeres con edades de 18 a 59 años.

3.3 POBLACIÓN

Según el censo del DANE (2018), la comuna 1 de la ciudad de Montería, está conformada por 12.814 mujeres en el rango de edad entre 18 y 59 años.

3.4 MUESTRA

Se realizó un muestreo aleatorio simple, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5% con la siguiente formula.

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Dónde:

- N es el tamaño de la muestra;
- Z es el nivel de confianza;
- p es la variabilidad positiva;
- q es la variabilidad negativa;
- E es la precisión o error

El muestreo aleatorio simple es un procedimiento de muestreo probabilístico donde cada elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionado, el margen de error utilizado fue del 5%, el nivel de confianza es igual al 95%, obteniéndose como resultado una muestra recomendada de 374 mujeres pertenecientes a la Comuna 1 de la ciudad de Montería, Córdoba.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

De inclusión:

- Mujeres con un rango de edad entre los 18 y 59 años.
- Que vivan en la comuna 1 de la ciudad de Montería.
- Que tengan un mínimo de residencia en la comuna de 2 meses.
- Que estén afiliados al sistema

De exclusión:

- Que no acepten ser parte de la investigación.
- Que tengan trastornos cognitivos.
- Que no estén afiliados al sistema
- Que no sean menores de edad

3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se recolectó a través de la aplicación de una encuesta por parte del investigador principal, con previo consentimiento informado, mediante visitas a los hogares de las participantes en la comuna 1 de montería-Colombia. Para la recolección de la información se utilizó la encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos, diseñada por profesores de la universidad javeriana en el año 2016 cuyo objetivo es aportar una herramienta metodológica de país que permita ir acumulando evidencia sobre las condiciones de acceso real que tiene la población colombiana.

3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Como material para la investigación, se utilizó el instrumento acceso a servicios de salud para hogares colombianos (EASS) elaborado y validado por docentes de la universidad javeriana los cuales realizaron dos etapas de validación; en la primera etapa se seleccionaron 11 personas con experiencia en servicios de salud de más de 15 años en la gerencia de instituciones de salud, en servicios de hospitalización y de urgencias, o en programas de calidad, que evaluaron la pertinencia de cada ítem. Luego de completar la revisión y de valorar la concordancia entre personas expertas, los autores efectuaron un primer ajuste del instrumento, incluyendo, modificando o eliminando ítems de la versión original. En la segunda fase se efectuó la validación con prueba piloto en hogares de Jamundí, Valle del Cauca. Al completar esta fase se realizó un análisis descriptivo mediante tablas de frecuencia e indicadores estadísticos de medidas centrales y de dispersión.

Una vez revisado este instrumento, se consideró que cumplía con los requisitos para aplicarlos en esta investigación por ende para poder dar uso de esta encuesta los autores dieron aval de forma escrita para poder ser aplicado.

Es importante aclarar que para esta investigación no se contemplaron todas las preguntas del instrumento original ya que no todas daban respuesta a los objetivos de esta investigación, por lo cual se seleccionaron algunas preguntas sin hacer modificaciones en ellas y poder ser aplicadas. se utilizó el módulo 1, el cual hace

referencia al perfil sociodemográfico y el módulo 3 referente a los accesos de los servicios preventivos por lo cual solo se tuvieron en cuenta las siguientes preguntas.

La encuesta de esta investigación estuvo conformada por 20 ítems, los cuales son: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel educativo, seguridad social, estrato social, e ingreso familiar mensual, estos datos hacen referencia a la ficha sociodemográfica. posteriormente, se evaluó las variables de necesidades de la salud y accesibilidad, a partir de preguntas como; “Sin estar enferma y por prevención, ¿usted consultó en el último año los servicios de detección temprana y protección específica?”, “de acuerdo a su rango de edad, ¿qué servicios de su EPS le ha ofrecido en el último año?”, “¿cuáles son los servicios que ha consultado en el último año?”, “en el desplazamiento para llegar al servicio de atención básico en salud, ¿usted utilizó más de un medio de transporte?”, “¿cuál utiliza más frecuentemente?”, “¿en cuánto tiempo llega al lugar de la atención en salud?”, “¿en los últimos 6 meses cuando ha tenido algún problema de salud ha consultado al médico general?”, “¿cuánto tiempo transcurrió entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general?”, “¿el médico le brindó la atención necesaria?”, “¿cuál fue el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio?”, “¿cuál fue la razón principal por la que no accedió a los servicios de salud?”, “y si no consultó, ¿de qué manera resolvió su situación de salud?”.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada se organizó, tabulo y se almacenó en una base de datos creada en el programa Microsoft office Excel. así mismo, el análisis se centró en las variables; consulta médica en el último año, citología, autoexamen de mama y mamografía.

El análisis se realizó de forma individual y grupal, lo que permitió medir la relación entre las distintas variables, como los grupos de edades poblacionales, los cuales se agruparon de acuerdo con el instrumento, de la siguiente manera: grupo de edad de 18 a 29 años, de 30 a 44 años y 45 A 59 años, igualmente los servicios más utilizados, que, para estas poblaciones, la investigación se centró en el examen de mama, citología, mamografía, medicina preventiva y consulta médica.

Para el análisis estadístico se utilizaron métodos descriptivos como; media y frecuencia relativa, a su vez, se realizó un análisis de relación o asociación entre las la variable del grupo de edad y si el voluntario había accedido a uno de los servicios de detección temprana y protección específica (Citología, mamografía o cita médica preventiva) en el último año, permitiendo el cálculo Test Exacto de Fisher para determinar si existe una asociación entre las variables a estudiar.

El test exacto de Fisher o prueba de la probabilidad exacta de Fisher, “permite analizar si dos variables dicotómicas están asociadas cuando la muestra a estudiar es demasiado pequeña y no se cumplen las condiciones necesarias para que la aplicación del test de Chi-cuadrado sea adecuada” (41). Para poder plantear los resultados en disposición para aplicar un test de Fisher, se sugiere utilizar una tabla de contingencia de dos vías. Asimismo, para efectuar una tabla 2 x 2 es necesario que las variables a estudiar sean dicotómicas, de este modo, la prueba de Fisher evaluará la probabilidad asociada a las tablas 2 x 2 (41).

La fórmula que se implementa en el test exacto de Fisher es la siguiente:

$$\rho = \frac{(a + b)! (c + d)! (a + c)! (b + d)!}{n! a! b! c! d!}$$

Tabla 1. Tabla de contingencia general para la comparación de dos variables dicotómicas en el caso de grupos independientes.

Característica A			
Característica B	Presente	Ausente	Total
Presente	a	B	a + b
Ausente	c	D	c + d
Total	a + c	b + d	N

“La fórmula del test de Fisher se obtiene calculando todas las posibles formas en las que se pueden disponer los n sujetos en una tabla de 2 x 2, buscando siempre que los totales de las filas y columnas sean siempre los mismos (a + b), (c + d), (a + c) y (b + d)” (39, p. 304).

Las probabilidades calculadas se utilizan para hallar el valor ρ , con el objetivo de indicar la probabilidad de obtener una diferencia entre los grupos mayor o igual a la observada. En el test de Fisher se utiliza la hipótesis nula (H_0), que significa que hay independencia entre las variables, si el valor de la prueba es menor a 0.05 se rechaza la hipótesis nula, aceptando que las dos variables son dependientes o están asociadas. Si se acepta la hipótesis nula, se concluye que no existe evidencia estadística de asociación entre las variables estudiadas (41).

Esta prueba estadística se realizó con el programa R versión 4.3.1, en el paquete R Commander.

3.9 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información resultante de la investigación será presentada por medio de tablas de frecuencia y representaciones gráficas, como el diagrama de barras.

Además, los hallazgos de esta investigación serán redactados de forma digital, en un archivo del programa Microsoft Office Word, la cual será agrupada y analizada, siguiendo el protocolo de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para la realización de la investigación se tuvo en cuenta los aspectos que se reglamentan en la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia (42), la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Según el artículo 11, inciso b, de la presente resolución (42), el riesgo del estudio se clasifica en la categoría de investigación con un riesgo mínimo, ya que el tipo de estudio es descriptivo transversal con enfoque cuantitativo.

Los aspectos éticos y legales necesarios para la protección de las personas que hacen parte del grupo de voluntarios se basan en los principios establecidos en la declaración de Helsinki (43), en la cual su principio básico es el respeto por el individuo, enfatizando su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar las decisiones una vez que se le ha informado claramente los posibles riesgos y beneficios de su participación.

Los participantes firmaron un consentimiento informado, para participar en el estudio, una vez que se le explicó todos los riesgos y beneficios de la investigación, en forma libre, sin presiones de ninguna índole y con el conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando lo haya decidido, no alterando su vulnerabilidad y respetando sus opiniones. Así mismo, se informó a la secretaria departamental y municipal en salud, sobre la realización de este estudio en la Comuna 1 de Montería.

Además, se cumple con los siguientes principios éticos:

- **Beneficencia:** principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad, ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos (43).

- **Autonomía:** propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales (43).

- **Confidencialidad:** salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los participantes (43).

Con respecto a los derechos de autor y a la propiedad intelectual, se tuvo como referencia el Acuerdo 045 de 2018, de la Universidad de Córdoba (44), el cual determina el reglamento de la propiedad intelectual, asegurando el cumplimiento y la protección de los derechos de autor y propiedad intelectual.

3.11 SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de esta investigación serán socializados en los diferentes escenarios académicos y el documento final será entregado de forma escrita a la facultad de ciencias de salud de la Universidad de Córdoba, de igual manera se socializará a través de una presentación al comité y jurados asignados, posterior a su aprobación los resultados serán publicados mediante un artículo científico al público en general.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se describirán los resultados del estudio titulado “Accesibilidad a los programas de salud para detección temprana y protección

específica en mujeres de 18 a 59 años, en la comuna 1, de Montería-Colombia, 2022”, a partir de lo descrito en el objetivo general y específicos de la investigación.

4.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La información sociodemográfica recolectada del grupo de voluntarias se puede observar en las Tabla 1, 2 y 3.

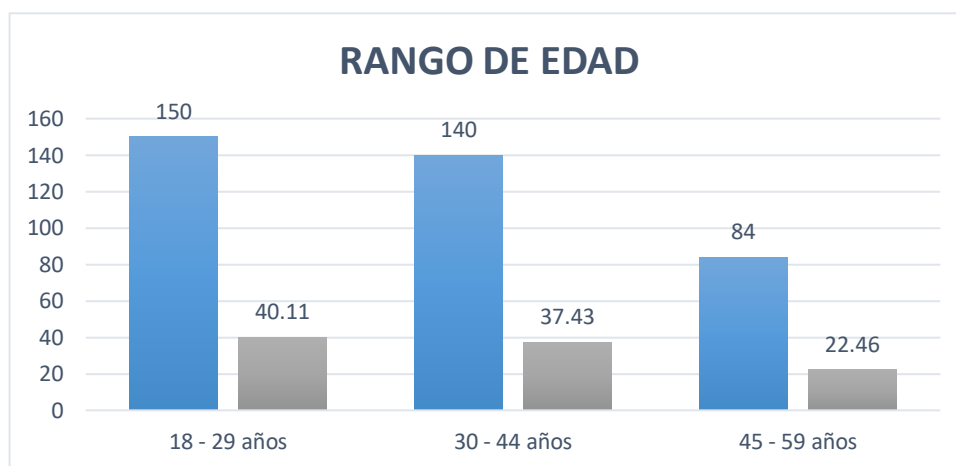
Tabla 2. Cuadro de distribución de frecuencia de las características personales de las participantes.

CARACTERISTICAS PERSONALES		
Edad	n=374	Fr (%)
18 - 29 años	150	40,11
30 - 44 años	140	37,43
45 - 59 años	84	22,46
Identidad Étnica		
Indígena	6	1,60
Negro, Mulato, Afrocolombiano afrodescendiente	274	73,26
Palanquero de San Bacilo	1	0,27
Ninguno (Mestizo)	93	24,87
Estado Civil		
Casado(a)/Unión libre	190	50,80
Separado(a)/Viudo(a)	45	12,03
Soltero(a)	138	36,90
No responde	1	0,27

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

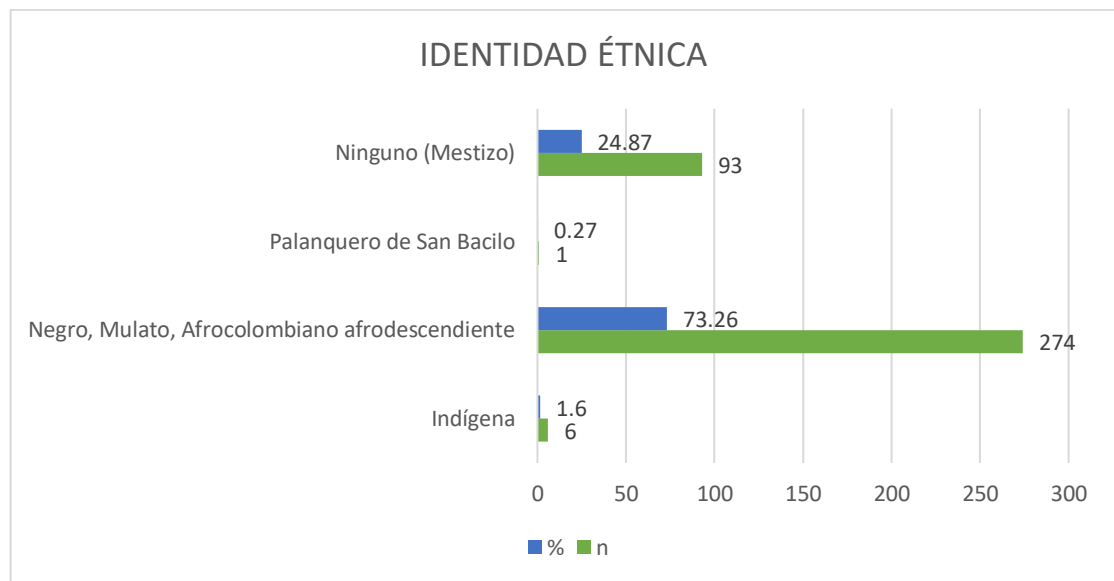
A partir de la recolección de la información, se pudo identificar que el 40.11% (n=150) del grupo de voluntarias estuvo en un rango de edad entre 18 y 29 años, mientras que el 37.43% (n=140) entre 30 y 44 años, y el 22.46% (n=84) estuvieron en un rango de edad entre 45 y 59 años (**Figura 1. Rango de edad.**). Por otra parte, el 73.26% (n=274) de las mujeres encuestadas se identificaron como afrocolombianos, negros o mulatos, el 24.87% (n=93) equivalen a mujeres que se identifica como Mestizo y el 2% (n=6) pertenecen a la etnia indígena (**Figura 2. Identidad Étnica.**). Con respecto al estado civil, el 50.8% (n=190) son casadas o tienen una relación en unión libre, seguido del soltero con el 36.9% (n=138) (**Figura 3. Estado civil.**).

Figura 1. Rango de edad.



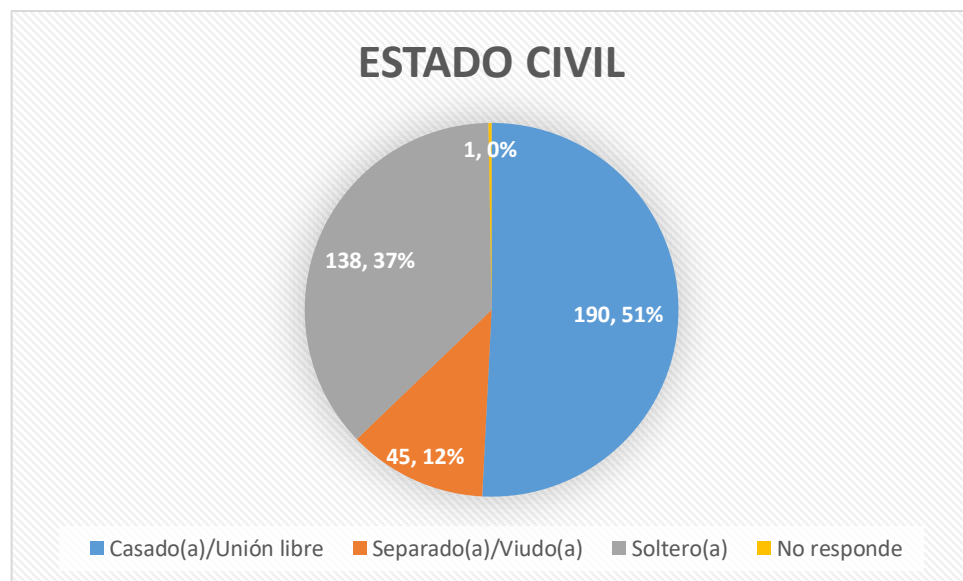
Fuente: Datos de la investigación.

Figura 2. Identidad Étnica.



Fuente: Datos de la investigación.

Figura 3. Estado civil.



Fuente: Datos de la investigación.

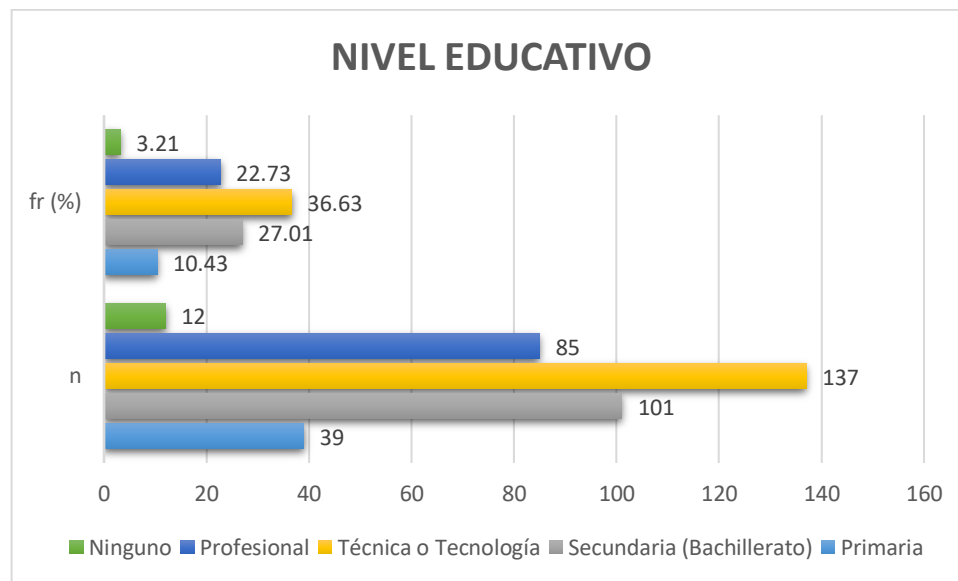
Tabla 3. Cuadro de distribución de la frecuencia del nivel educativo, estrato socioeconómico e ingresos personales.

NIVEL EDUCATIVO, ESTRATO SOCIOECONÓMICO E INGRESOS PERSONALES.		
Nivel Educativo	n	fr (%)
<i>Primaria</i>	39	10,43
<i>Secundaria (Bachillerato)</i>	101	27,01
<i>Técnica o Tecnología</i>	137	36,63
<i>Profesional</i>	85	22,73
<i>Ninguno</i>	12	3,21
Estrato Socioeconómico		
<i>Estrato 1</i>	223	59,63
<i>Estrato 2</i>	151	40,37
<i>Estrato 3 y 4</i>	0	0,00
Ingresos (SMMLV = \$ 1.160.000)		
<i>Menos de 1 SMMLV</i>	175	46,79
<i>Entre 1 y 2 SMMLV</i>	149	39,84
<i>Entre 2 y 3 SMMLV</i>	9	2,41
<i>Más de 3 SMMLV</i>	1	0,27
<i>No dispone de Ingresos</i>	35	9,36
<i>NS/NR</i>	5	1,34

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

En relación con el nivel educativo alcanzado, la clasificación Técnico o Tecnólogo, fue el más predominante con el 36.6% (n=137), seguida de la secundaria con un 27.1% (n=101), el 23% (n=85) alcanzaron el nivel profesional, el 10% (n=39) educación primaria y el 3% (n=12) no terminaron ningún nivel escolar (**Figura 4. Nivel educativo.**).

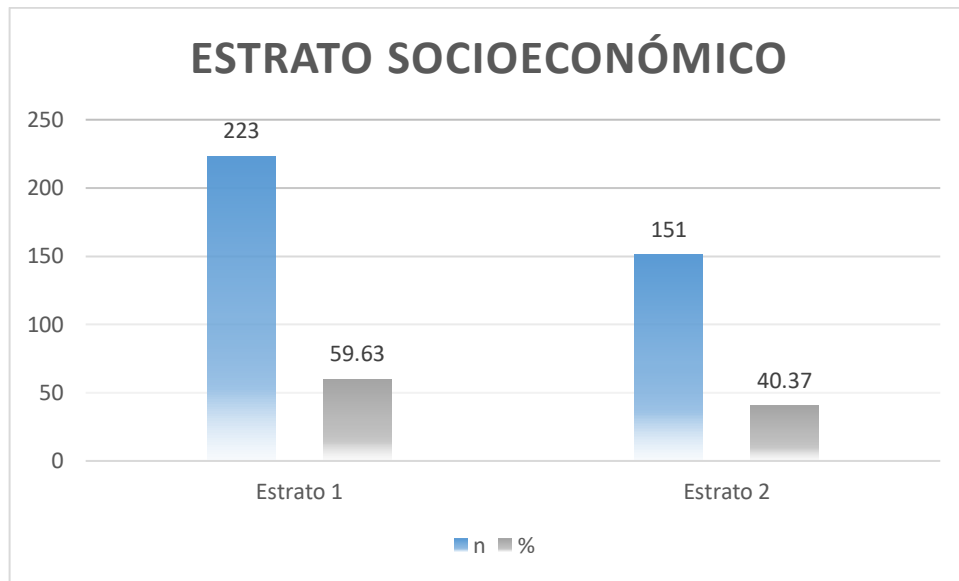
Figura 4. Nivel educativo.



Fuente: Datos de la investigación.

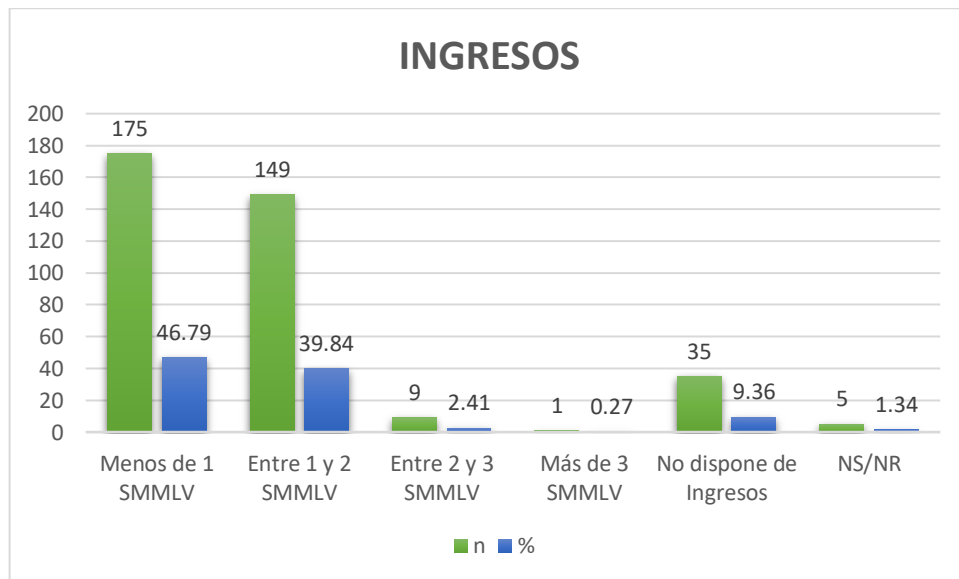
El estrato socioeconómico predominante fue el 1er, con el 59.6% (n=223), el 40.37% (n=151) se clasifican como estrato 2, mientras que no se presenta ninguno resultado en los estratos 3 y 4 (**Figura 5. Estrato socioeconómico.**). Asimismo, el 46.79% (n=175) de las mujeres participantes señalan que tienen ingresos menores a 1 SMMLV, el 39.84% (n=149) manifiestan contar con ingresos entre 1 y 2 SMMLV, el 2.41% (n=9) indican recibir de 2-3 SMMLV, el 9.36% (n=35) no disponen de ingresos, mientras que el 1.34% (n=5) señalaron NS/NR (**Figura 6. Ingresos.**).

Figura 5. Estrato socioeconómico.



Fuente: Datos de la investigación.

Figura 6. Ingresos.



Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 4. Cuadro de distribución de la frecuencia de afiliación y régimen de salud perteneciente.

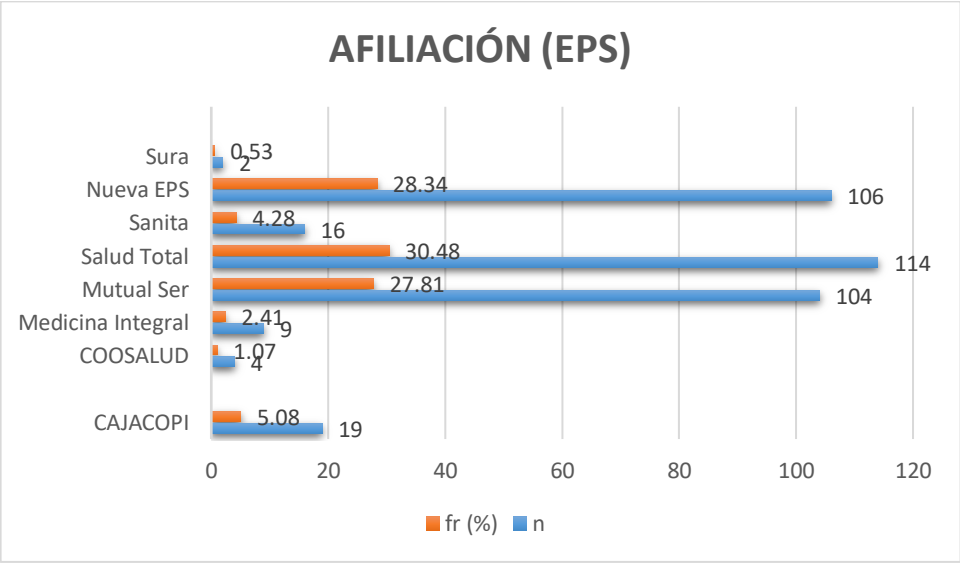
AFILIACIÓN Y REGIMEN DE SALUD		
Afiliación	n	fr (%)
<i>CAJACOPI</i>	19	5,08
<i>COOSALUD</i>	4	1,07
<i>Medicina Integral</i>	9	2,41
<i>Mutual Ser</i>	104	27,81
<i>Salud Total</i>	114	30,48
<i>Sanita</i>	16	4,28
<i>Nueva EPS</i>	106	28,34
<i>Sura</i>	2	0,53
Régimen de Salud		
<i>Contributivo Cotizante</i>	138	36,90
<i>Contributivo Subsidiado</i>	125	33,42
<i>Subsidiado</i>	109	29,14
<i>Especial</i>	1	0,27
<i>No Afiliado</i>	1	0,27

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

De la población encuestada, 114 voluntarias están afiliadas a la EPS Salud Total (30,48%), 106 están suscritas a Nueva EPS (28,34%), 104 participantes señalan estar afiliadas a Mutual Ser (27,81%), además, 16 voluntarias manifiestan estar inscritas en la EPS Sanita (4,28%), 9 pertenecen a la EPS Medicina Integral (2,41%), 4 señalan estar suscritas en COOSALUD (1,07%), mientras que solo 2 voluntarias respondieron pertenecer a la EPS Sura (0,53%) (**Figura 7. Afiliación (EPS).**). Asimismo, el 71% (n=263) son del régimen contributivo y un 29% (n=109) del régimen subsidiado, en su mayoría afiliadas a la E.P.S Salud Total, con el 30.5%

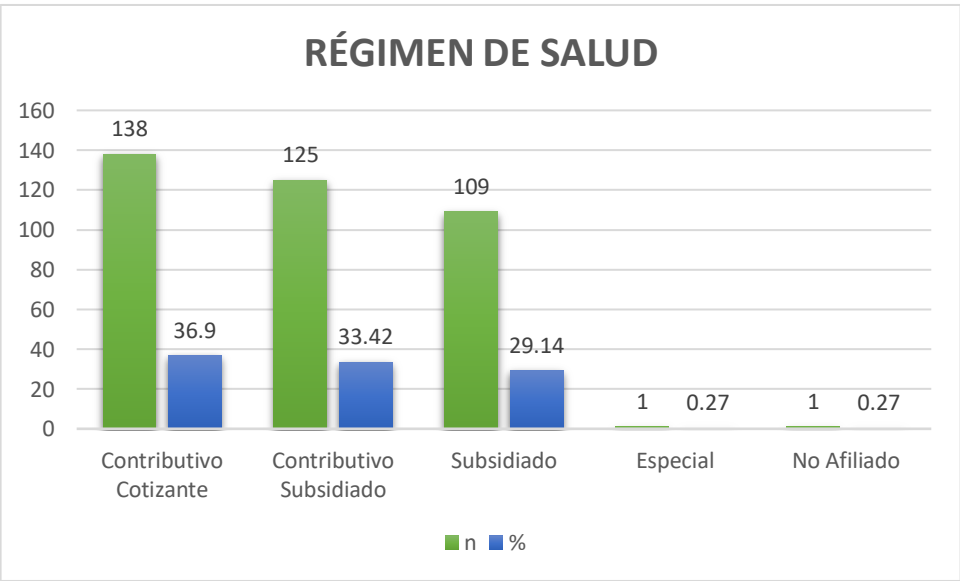
(n=114), seguido de Nueva EPS con el 28.3% (n=106) (**Figura 8. Régimen de salud.**).

Figura 7. Afiliación (EPS).



Fuente: Afiliación (EPS).

Figura 8. Régimen de salud.



Fuente: Datos de la investigación.

4.1.1 Utilización de los servicios de salud.

A continuación, en la Tabla 2 se puede analizar los resultados obtenidos sobre la utilización de servicios de salud; citología, examen de seno o mamografía y consulta preventiva.

Tabla 5. Cuadro de distribución de la utilización servicios de salud de detección temprana y protección específica.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.		
Sin estar enfermo(a) y por prevención ¿usted consultó en el último año los servicios de detección específica y protección temprana?		
	n=374	Fr (%)
<i>Ninguna</i>	114	30,48
<i>1 vez</i>	230	61,50
<i>1 - 2 veces</i>	23	6,15
<i>Más de 3 veces</i>	7	1,87

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Del total de mujeres encuestadas, el 61.50% (n=230) manifestaron haber consultado al menos una vez a los programas de detección específica y promoción temprana, el 30.48% (n=114) no asistió a los programas, el 6.15% (n=23) consulto el último año entre 1 y 2 veces, y el 1.87% (n=7) consultaron más de 3 veces.

Con relación a los servicios ofrecidos por las E.P.S. de acuerdo con su grupo poblacional, en este caso las mujeres que se encuentran entre 18 y 29 años (n=150) (Ver tabla 3), el 61.33% (n=92) respondieron que, si les ofrecieron el servicio de

citología vaginal, mientras que el 37.33% (n=56) respondieron que no, el 1.33% (n=2) señalaron NS/NR. No obstante, para el examen de seno y educación para el autoexamen, el 84.67% (n=127) respondió que no les ofrecieron el servicio, el 12.67% (n=19) manifestaron que, si les ofrecieron el servicio, mientras que el 2.67% (n=4) indicó NS/NR. Por último, encontramos la consulta médica preventiva, donde el 72.67% (n=109) de las mujeres participantes, señalaron que no les ofrecieron el servicio, 24.67% (n=37) respondieron que si les ofrecieron el servicio y el 2.67% (n=4) marcaron NS/NR.

Tabla 6. Cuadro de distribución de la utilización de los servicios de salud de detección temprana y protección específica en mujeres de 18-29 años.

SERVICIOS PREVENTIVOS MUJERES ENTRE 18 Y 29 AÑOS		n=150	Fr (%)
¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?			
Citología cérvico vaginal			
SI		92	61,33
NO		56	37,33
NS/NR		2	1,33
Examen de seno y educación para auto examen			
SI		19	12,67
NO		127	84,67
NS/NR		4	2,67
Consulta médica preventiva			
SI		37	24,67
NO		109	72,67
NS/NR		4	2,67
¿Cuáles de los siguientes servicios ha consultado o ha recibido en el último año?			
Citología cérvico vaginal			
SI		95	63,33

<i>NO</i>	52	34,67
<i>NS/NR</i>	3	2
Examen de seno y educación para autoexamen		
<i>SI</i>	16	10,67
<i>NO</i>	128	85,33
<i>NS/NR</i>	6	4
Consulta médica preventiva		
<i>SI</i>	34	22,67
<i>NO</i>	111	74
<i>NS/NR</i>	5	3,33

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Respecto al uso de los servicios de salud de detección temprana y protección específica, el servicio más utilizado en este grupo poblacional fue la citología vaginal, donde el 63% (n=95) de las mujeres declararon haberse realizado dicho procedimiento, simultáneamente, el 23% (n=16) asistieron a una consulta médica preventiva, sin embargo, el examen de seno y educación para la realización de este fue el servicio menos utilizado, solo el 10.67% (n=16) ostentaron haberlo utilizado.

Tabla 7. Cuadro de distribución de la utilización de los servicios de salud de detección temprana y protección específica en mujeres de 30-44 años.

SERVICIOS PREVENTIVOS MUJERES ENTRE 30 Y 44 AÑOS		n=140	Fr (%)
¿Cuáles de los siguientes servicios, su EPS le ha ofrecido en el último año?			
Citología cérvico vaginal			
<i>SI</i>		95	67,86
<i>NO</i>		42	30
<i>NS/NR</i>		3	2,14
Examen de seno y educación para autoexamen			

SI	30	21,43
NO	102	72,86
NS/NR	8	5,71
Consulta médica preventiva		
SI	52	37,14
NO	82	58,57
NS/NR	6	4,29
¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?		
Citología cérvico vaginal		
SI	91	65
NO	45	32,14
NS/NR	4	2,86
Examen de seno y educación para autoexamen		
SI	20	14,29
NO	112	80
NS/NR	8	5,71
Consulta médica preventiva		
SI	48	34,29
NO	85	60,71
NS/NR	7	5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Respecto a los servicios de salud preventivos ofertados para las mujeres de 30 a 44 años (n=140), el 67.86% (n=95) de las mujeres voluntarias, indicaron que la E.P.S. si les ofreció el servicio de citología vaginal, mientras que el 30% (n=42) respondió que no se les fue ofrecido, y el 2.14% (n=3) marcaron NS/NR. En cuanto el autoexamen de mama, el 21.43% (n=30) si se les ofreció el servicio, 72.86% (n=102) no se les ofreció, y el 5.71% (n=8) señaló NS/NR. Por otra parte, el 37.14% (n=52) se les ofreció el servicio de consulta médica preventiva, 58.57% (n=82) exhibió que no se les ofreció el servicio, y el 4.29% (n=6) indicaron NS/NR.

En cuanto al uso de estos servicios de salud el 65% (n=91) de las mujeres se realizaron la citología vaginal en el último año, el 32.14% (n=45) no. La realización del autoexamen de mama fue del 14.29% (n=20) de las mujeres pertenecientes al grupo de estudio, el 80% (n=112) respondieron no haberse realizado el examen de mama. Por último, el 34.29% (n=48) señalaron haber utilizado la consulta médica preventiva, asimismo, el 60.71% (n=85) indicaron no haber utilizado el respectivo servicio.

Tabla 8. Cuadro de distribución de la utilización de los servicios de salud de detección temprana y protección específica en mujeres de 45-59 años.

SERVICIOS PREVENTIVOS MUJERES ENTRE 45 Y 59 AÑOS		n=84	Fr (%)
¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?			
Mamografía			
SI		49	58,33
NO		34	40,48
NS/NR		1	1,19
Citología cérvico vaginal			
SI		26	30,95
NO		56	66,67
NS/NR		2	2,38
¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?			
Mamografía			
SI		57	67,86
NO		26	30,95
NS/NR		1	1,19
Citología cérvico vaginal			
SI		24	28,57
NO		59	70,24
NS/NR		1	1,19

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Del total de mujeres encuestada, en el rango de edad de 45 a 59 años (n=84), respecto a los servicios de salud preventivos ofertados por la E.P.S., el 58.33% (n=49) de las mujeres voluntarias, respondieron que, si les ofrecieron el servicio de mamografía, el 40.48% (n=34) ostentaron que no se les ofreció el servicio, y el 1.19% (n=1) indicó NS/NR. En cuanto al servicio de citología vaginal, el 30.95% (n=26) expresaron que si se les ofreció el servicio en el último año; el 66.67% (n=56) señalaron que no se les ofreció, y el 2.38% (n=2) no saben no responden.

Por otro lado, el 67.86% (n=57) del grupo participante, manifestaron que si se realizó la mamografía en el último año, 30.95% (n=26) respondió que no, y el 1.19% (n=1) marcó NS/NR. En cuanto a la realización de la citología cérvico vaginal, el 28.57 % (n=24) exhibieron que, si se realizaron la citología vaginal en el último año, 70.23% (n=59) afirmaron que no se realizaron el examen, y el 1.19% (n=1) señalaron NS/NR.

4.2 DETECTAR BARRERAS EN EL ACCESO A LOS PROGRAMAS DE SALUD

Las barreras analizadas en esta investigación se exhiben en la tabla 8, 9 y 10.

Tabla 9. Cuadro de distribución de barreras relacionadas con la distancia y el desplazamiento hacia el centro de salud.

BARRERAS RELACIONADAS CON LA DISTANCIA Y EL DESPLAZAMIENTO HACIA EL CENTRO DE SALUD		
	n=374	fr (%)
Utiliza más de un medio de transporte		
<i>SI</i>	216	57,75
<i>NO</i>	158	42,25
<i>NS/NR</i>	0	0
Medio de transporte más utilizado		
<i>Moto</i>	310	82,89
<i>Carro</i>	43	11,5
<i>Bus</i>	14	3,74
<i>Bicicleta</i>	2	0,53
<i>No utiliza ninguno</i>	5	1,34
Tiempo que tarda en llegar a lugar de atención		
<i>Menos de 30 min</i>	178	47,59
<i>Entre 30 - 60 min</i>	177	47,33
<i>De 1 - 4 horas</i>	19	5,08

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Del total de mujeres encuestadas, el 57.75% (n=216) respondieron que, si utilizan más de un medio de transporte para llegar al servicio de atención en salud, mientras que el 42.25% (n=158) expresaron que no. A su vez, el 82.89% (n=310) utilizan como medio de transporte la moto, el 11.5% (n=43) se movilizan en carro, el 3.74% (n=14) utilizan el servicio de bus, el 0.53% (n=2) se desplazan en bicicleta, mientras que el 1.34% (n=5) se van caminando hasta el centro de salud. Por otra parte, el 47.59% del grupo de voluntarias (n=178) se demoran menos de 30 minutos en llegar al lugar de atención, el 47.33% (n=177) se demoran de 30-60 minutos y el 5.08% (n=19) se demoran en llegar a los servicios de salud entre 1 y 4 horas.

Tabla 10. Cuadro de distribución de barreras relacionadas con la utilización de los programas de salud.

BARRERAS RELACIONADAS CON LA UTILIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD		
	n=374	fr (%)
¿En los últimos 6 meses, cuando ha tenido algún problema de salud, ha consultado al médico general?		
SI	142	37,97
NO	177	47,33
<i>No ha presentado problemas de salud</i>	55	14,71
¿El médico general le brindó la atención necesaria para su problema de salud?	n=142	
SI	122	85,92
NO	18	12,68
NS/NR	2	1,41
¿Cuál fue la razón principal por la que no consultó al médico general?	n=177	
<i>Muchos trámites para la cita</i>	65	36,72
<i>Falta de dinero para transporte y/o copagos</i>	38	21,47
<i>Citas distanciadas en el tiempo</i>	12	6,78
<i>Mal servicio</i>	2	1,13
<i>Consulta antes y no resolvieron el problema</i>	13	7,34
<i>No confía en los médicos</i>	1	0,56
<i>Falta de tiempo</i>	44	24,86
<i>Centro de atención queda lejos del hogar</i>	0	0,00
<i>No ha hecho traslados</i>	2	1,13
Si no consultó, ¿de qué manera resolvió su situación de salud?	n=177	
<i>Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista</i>	66	37,29
<i>Usó remedios caseros</i>	23	12,99
<i>Se autorrecetó</i>	40	22,60
<i>Consultó a médico particular</i>	25	14,12
<i>No hizo nada</i>	23	12,99

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

En relación con el ítem 19 de la encuesta, las participantes respondieron; 47.33% (n=177) no han consultado al médico en los últimos 6 meses cuando han tenido problemas de salud; el 37.97% (n=142) respondieron que sí y el 14.71% (n=55) no han tenido problemas de salud en los últimos 6 meses.

Cabe agregar que el 47.33% de los participantes que señalaron no haber consultado al médico en los últimos 6 meses, como razón principal se identifica; muchos trámites para las citas, con el 36.7% (n=65), seguido de, falta de dinero para el transporte o copago, con el 21.5% (n=38), luego, falta de tiempo con el 24.9% (n=44) entre otros. Además, el 37.29% (n=66) acudió a una farmacéutica o boticario, el 22.6% (n=40) manifestaron que resolvió su problema de salud auto medicándose, el 12.99% (n=23) de las mujeres, indicaron el uso remedios caseros, el 14.12% (n=25), consultó a un médico particular, y el 12.99% restante (n=23), no hizo nada.

Tabla 11. Cuadro de distribución de barreras relacionadas con la percepción de las participantes sobre los programas de salud.

BARRERAS RELACIONADAS CON LA PERCEPCIÓN DE LAS PARTICIPANTES SOBRE LOS PROGRAMAS DE SALUD		
Percepción de la calidad del servicio de salud brindado	n=142	
<i>Muy buena</i>	26	18,31
<i>Buena</i>	84	59,15
<i>Mala</i>	26	18,31
<i>Muy mala</i>	4	2,817
<i>NS/NR</i>	2	1,408
¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio?	n=59	
<i>Trámites excesivos y/o dispendiosos</i>	11	18,64

<i>Mala atención del personal administrativo (vigilante, recepcionista, cajera, etc.).</i>	10	16,95
<i>Mala atención del personal asistencial (médicos, enfermeras etc.)</i>	10	16,95
<i>Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial y administrativo.</i>	16	27,12
<i>Condiciones deficientes de infraestructura, dotación y/o mobiliario</i>	2	3,39
<i>Falta de oportunidad en la atención</i>	9	15,25
<i>Otra</i>	1	1,69

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Asimismo, del total de mujeres que si consultaron al médico (n=142), el 68.31% (n=97) declararon haber sido atendidas en menos de 1 semana, y solo el 12.68% (n=18), señalaron no haber recibido la atención necesaria para resolver su problema de salud. De igual forma, la percepción sobre la calidad de la prestación del servicio de salud, el 59.15% (n=84) fue buena, mientras que para 18.31% (n=26) de las mujeres fue mala, siendo la falta de capacidad, conocimiento o habilidad del personal, la variable que más influyó en esta percepción de las mujeres participantes (27.12%) (n=16), seguido de la mala atención del personal, tanto administrativo como asistencial, con un 16.95% (n=10) para ambos casos.

4.3 SERVICIOS DE SALUD PARA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA MÁS UTILIZADOS POR MUJERES DE 18-59 AÑOS.

Según la información recolectada, el servicio de salud para detección temprana y protección específica más utilizado es la Citología cérvico vaginal (fr=56%), donde 210 participantes indicaron haberlo consultado en el último año. El examen de seno (mamografía) y educación para el autoexamen es el segundo servicio (fr=25%), el cual 93 mujeres de la muestra de estudio indicaron haberlo consultado en los

últimos 12 meses, sin embargo, solo 82 voluntarias (fr=22%) señalaron haber consultado por cita médica preventiva en el último año (Ver tabla 7).

Tabla 12. Cuadro de distribución de frecuencia de servicios de salud para detección temprana y protección específica más utilizados.

SERVICIOS DE SALUD PARA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA					
SERVICIO DE SALUD	GRUPO DE EDADES			TOTAL	fr (%)
	18-29	30-44	44-59		
Citología cérvico vaginal	95	91	24	210	54
Examen de seno y educación para autoexamen	16	20	57	93	24
Cita médica preventiva	34	48	0	82	21
TOTAL	145	159	81	385	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

5. DISCUSIÓN

Distintos estudios explican de forma cuantitativa y cualitativa el acceso y la utilización de los programas de detección temprana y protección específica a los que tienen derecho las mujeres en Colombia, identificando así las barreras socioculturales que se pueden generar al momento de utilizar estos servicios. Asimismo, se pueden encontrar factores sociodemográficos que predisponen el uso de estos como las actitudes que se generan frente a la utilización y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios.

En este estudio se evaluaron distintas variables, una de ellas fue el tiempo de espera para solicitar una cita y el medio de transporte para acceder a esta. Los resultados de un estudio hecho en Brasil, por Figueroa y Cavalcanti (9), arrojó como resultados que el tiempo necesario para llegar a la unidad de salud fue de 15 minutos o menor a este, y el medio de transporte que más se utilizó para llegar a la unidad de salud, fue moto y carro. Estos resultados coinciden con el obtenido en este estudio, en la cual se identificó que, en el desplazamiento desde el hogar hasta el puesto de salud, en su mayoría las mujeres solo utilizan un medio de transporte, siendo la moto la más común, con el 82.9% (n=310), además, el 48% (n=178) de la población encuestada se demoran menos de 30 minutos en llegar al lugar de atención.

Es importante aclarar en cuanto a la variable de edad, en este estudio el rango que más participó fueron mujeres con edad promedio entre los 18 y 29 años, con el 40% (n=150) de las mujeres encuestadas, con respecto al nivel de escolaridad, el 86% (n=323) del grupo de voluntarias señaló haber terminado por lo menos el

bachillerato, así mismo, el 50.8% (n=190) de las participantes tenían algún tipo de relación sentimental (Casada o unión libre). Ahora, al comparar estos resultados con un estudio realizado en Latinoamérica, sobre barreras de acceso a los servicios de salud en mujeres y niños (45). Se encontró que la edad promedio de las participantes fue 29,5 años, la proporción de participantes con educación secundaria o menor fue de 85.6%. El 54.4% residían en el ámbito urbano y 60.7% comprendió a mujeres que tenían pareja.

Igualmente, se identificó en este último estudio que la barrera que se encontró con mayor frecuencia fue la dificultad para obtener dinero para asistir a la consulta o tratamiento (56.7%), seguida por la distancia al establecimiento de salud (36.6%) (45). En este sentido, este resultado tiene semejanza con el presente estudio en el cual, el 47% de la muestra describió no haber consultado al médico en los últimos 6 meses o acercado a los programas de detección temprana o protección específica, manifestando motivos como la falta de dinero para el transporte o el copago evidenciado en un 21.5 %, muchos trámites para la cita en 36.7% y falta de tiempo con un 24.9%.

Por otra parte, un estudio publicado por Restrepo y colaboradores (46), realizado en la ciudad de Medellín, en donde se analizó las barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud, encontrando que las barreras más recurrentes, que suelen afectar en mayor medida es la dimensión económica, reflejada en el costo de medicamentos, el pago de las consultas médicas y exámenes, seguidas de las barreras socioculturales, como la desconfianza en los equipos de salud y el tratamiento médico prescrito. Estos resultados coinciden con los encontrados, en donde se evidencio que la barrera económica fue una de las más seleccionada, referenciado a la falta de dinero para el transporte o copago (21.5%), trámites para

la cita con el 36.7% (n=65). Por otro lado, el aspecto que más influyó sobre la percepción de la calidad en la prestación del servicio fue la falta de capacidad, conocimiento o habilidad del personal (27%) (n=16), seguido de la mala atención del personal administrativo (17%) (n=10) y la mala atención del personal asistencial (17%) (n=10), por último, el 15% (n=9) de las voluntarias, manifestó que fue la falta de oportunidad en la atención.

En relación con los programas de detección temprana y protección específica, en este estudio se evidenció que el 62% (n=230) mujeres participantes, manifestaron haber consultado al menos una vez a los programas de detección específica y promoción temprana, donde, el 6% (n=23) consultó el último año entre 1 y 2 veces; el 2% (n=7) consultó más de 3 veces, sin embargo, el 30% (n=114) de las voluntarias indicaron no haber asistido a ninguno de los distintos programas. Este resultado, en la variable comentada difiere en gran porcentaje con el estudio hecho en Cali, por Díaz y colaboradores (12). En el cual, del 100% de los encuestados, solo el 17.6% que están afiliados al Régimen contributivo y Régimen subsidiado, tuvieron la necesidad de consultar un servicio de salud sólo por prevención.

Además, el 59.1% de los afiliados al RC y el 39.4% de los afiliados al RS, reportaron haber recibido información sobre el portafolio de servicios a los cuales se tiene derecho (12). Resultado que en gran porcentaje es similar al presente estudio, en el cual, el 39.5% de las participantes del grupo poblacional de 18 a 29 años señaló haber recibido información sobre los programas preventivos, igualmente, el 47.3% del grupo poblacional de 30 y 44 años, también indicaron que su E.P.S. le brindó los servicios de detección temprana. Asimismo, el 20% del grupo de mujeres de 45 a 59 años, manifestaron el ofrecimiento de los servicios de detección temprana y protección específica por parte de la E.P.S. en donde se encuentran afiliadas.

Continuando con la referencia del estudio anterior (12); se evidencio que las mujeres tienen mayor necesidad de solicitar una cita medico preventiva (24.2%), seguido de servicios como la citología vaginal (11%) y examen de mama (mamografía) (1,0%). Estos resultados se pueden comparar con los obtenidos en este estudio donde los servicios que más utilizaron las mujeres fue citología vaginal (56.1%), seguido de citas medico preventivas (28.2%) y examen de seno o mamografía (12.4%).

De igual modo, los resultados de este estudio muestran que las mujeres entre 18 y 29 años son quienes más se realizan el servicio de la citología, seguido del grupo de edad entre 30 y 44 años, siendo similar a lo encontrado en un estudio realizado en la ciudad Bogotá, donde se determinó que las mujeres entre 28 y 32 años son quienes más tienen adherencia a la citología vaginal (47). Además, para Castro (48), la probabilidad de que una mujer de 50 años se realice la citología es menor en un 20% con respecto a edades menores, esto se puede deber a la falta de preocupación de aspectos propios de la mujer que hacen que no se interesen por acudir a realizarse el examen, así mismo también se puede evidenciar a problemas asociados al procedimiento como miedo al dolor, vergüenza o incomodidad.

En cuanto a la utilización del autoexamen de mama, un estudio realizado por Manrique y colaboradores (49), evidenció que la prevalencia de realización del autoexamen de mama entre mujeres de 19 a 59 años es baja, resultado similar a los arrojados en el presente estudio donde la incidencia fue del 12.4%. Esto puede deberse a la falta de información o conocimiento acerca del examen de los usuarios por parte de las E.P.S., donde se les debe informar sobre las prácticas para lograr la detección precoz del cáncer de mama y consecuentemente, se pueda reducir la mortalidad. Es así, como es importante, no solamente campañas alusivas a la prevención, con el fin de lograr una mejor información, sino también en

metodologías eficientes y eficaces de difusión de la técnica, junto con la importancia del autocuidado.

Respecto al uso de la mamografía, un estudio realizado en Cartagena demostró que las mujeres con pareja refirieron un mayor uso de la prueba, con respecto a las que no tienen (50), situación similar a la arrojada en este estudio, donde se observó que las mujeres casadas o en unión libre, asisten en mayor medida a realizarse la mamografía. Para Donado (51), los factores que se relacionan con la realización de mamografía en las mujeres de 60 a 69 años en Colombia fueron menor edad, mayor nivel educativo, estado civil (Casada), afiliación al régimen de salud contributivo, tipo de familia (unipersonal) y residir en zona urbana.

Por otra parte, el investigador Zapata (20), en un estudio realizado en el área urbana de Cali, en el año 2016, evaluó la asociación entre el uso de los servicios de salud y los grupos de edades, encontrando una asociación positiva, observando que a mayor edad aumentó la prevalencia de consultantes en el último año. Estos resultados son similares a los obtenidos en esta investigación, ya que el grupo de edad de 45 – 59 años fue el que más población reportó haber acudido a un servicio o programa de salud en el último año, con el 72,6% (n=61) de los participantes pertenecientes al grupo de mayor edad. Asimismo, para esta investigación, los resultados del test exacto de Fisher donde se buscó determinar la asociación entre las variables grupo de edad y utilización de un servicio de salud en el último año también arrojó una independencia entre las variables.

De acuerdo a los resultados encontrados en esta investigación, se puede evidenciar que los programas de salud para detección temprana y protección específica están

ofertados en las instituciones prestadoras de salud más cercanos, sin embargo que estén disponibles no significa que las personas lo utilicen , ya que el individuo se puede enfrentar a problemas económicos , personales, culturales, entre otros, al momento de la búsqueda de atención médica, por lo tanto la importancia de la accesibilidad radica en que existan mecanismos o estrategias que permitan la obtención de ellos.

6. CONCLUSIONES

Al término de esta investigación, se puede concluir que, estudiar la accesibilidad a los servicios de salud de detección temprana y protección específica, así como las barreras y factores que influyen, permitirán a partir de los resultados obtenidos, el diseño y aplicación de estrategias que faciliten el acceso de la población a los distintos servicios de salud ofrecidos. Aumentar la accesibilidad de estos servicios generará impactos positivos en las comunidades y en la calidad de vida de los ciudadanos.

En relación con los aspectos sociodemográficos, el rango de edad con mayor número de participantes fue de 18-29 años, seguido del grupo de edades que va de 30-44 años, siendo el rango de 45-60 años el que menor población representó en el estudio. El grupo de estudio estuvo conformado en mayor proporción por mujeres que identificaban como afrodescendiente y mulato, siendo la etnia indígena la de menor participación.

Por otra parte, el 59% de la población analizada, reportó haber culminado el bachillerato y contar con un estudio superior, bien sea técnico, tecnólogo o profesional, además, el 51% indicó estar en una relación sentimental al momento de realizar la encuesta. El estrato socioeconómico predominante es el Estrato 1, mientras que el 47% de las mujeres participantes señalaron tener ingresos mensuales menor a un salario mínimo mensual legal vigente. La E.P.S. con mayor número de afiliados del grupo de voluntarias fue Salud Total, además, el tipo régimen de afiliación que más se identificó es el contributivo.

De igual manera, el medio de transporte más utilizado por las participantes es la motocicleta, además, la mayoría indican demorarse menos de 60 minutos en llegar al centro de salud donde es atendida. Por otro lado, el 47% reportó no haber consultado al médico general cuando han tenido algún problema de salud, esto debido mayormente, por los trámites que conlleva solicitar una cita médica y por falta de recursos económicos.

En relación con las barreras o factores que impiden el acceso a las mujeres con edades entre los 10 y 50 años a los servicios de salud, el trayecto y el medio de transporte influyen al momento del paciente decidir acudir al centro de salud, además, el factor económico también juega un papel importante en este caso, ya que condiciona la elección de acudir o asistir a los centros salud. De igual modo, la cantidad de trámites y la facilidad de acudir a una farmacia y automedicarse son variables que afectan la utilización y el acceso a los programas de detección temprana y protección específica.

Con respecto al uso de los servicios de salud de detección temprana y protección específica; 61% de la población de estudio reportó haber asistido al menos 1 vez a uno de los servicios de detección temprana y protección específica. El examen de mama o la educación para el autoexamen es el servicio de salud que menos han sido ofrecido las distintas E.P.S. según el grupo de encuestadas, siendo la Citología vaginal el que más suelen ofrecer las E.P.S., asimismo, la citología es el servicio más utilizado según las mujeres encuestadas y el examen de mama o educación para el autoexamen el menos frecuentado.

Las mujeres con edades entre los 30 y 44 años son las que más reportan haberse realizado una citología y haber asistido a una cita médica preventiva, asimismo, el examen de mama o educación para el autoexamen fue mayor frecuentado por las

mujeres con edades de 45 a 59 años. Es evidente a partir de los resultados identificar la citología como el servicio de salud más conocido por parte de las usuarias, esto se ve reflejado por el número de participantes que han utilizado el servicio en el último año. Asimismo, las participantes con edades de 45 – 60 años son las más propensas a utilizar un programa de salud.

Generar estrategias para aumentar la accesibilidad de los servicios de salud de detección temprana y protección específica para mujeres de 18 a 59 años es vital y necesario, ya que se puede influir de manera significativa en la reducción de casos de cáncer de mama, cuello uterino, entre otros, mejorando la calidad de vida de esta población.

7. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LAS E.P.S.

Socializar con las E.P.S. la situación que se presenta con la accesibilidad a estos programas según los resultados de esta investigación para generar acciones de mejora en pro de la salud de la mujer.

Desarrollar estrategias y métodos que permitan informar de manera más precisa y oportuna a los afiliados sobre los distintos servicios de salud de detección temprana y protección específica ofrecidos por la entidad.

Realizar estudios que permitan identificar las barreras que afectan el acceso de los servicios de salud de detección temprana y protección específica.

RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Desarrollar estudios entorno a las barreras que afectan el acceso a los servicios de salud de detección temprana y protección específica, con el propósito de poder establecer mecanismos que aumente la accesibilidad de estos servicios.

Utilizar encuestas, cuestionarios y entrevistas que permitan conocer la percepción y el conocimiento de la comunidad con respecto a los servicios de salud de detección temprana y protección específica.

Realizar correlaciones estadísticas entre variables sociodemográficas y las variables de estudio como frecuencia de uso de los servicios de salud de detección temprana y protección específica con el fin de conocer su asociación y relación.

RECOMENDACIONES A LOS PROFESIONALES DE SALUD CON MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.

Es indispensable adquirir conocimientos que permitan el estudio y análisis de los distintos factores que afectan la accesibilidad de los servicios de salud en general, asimismo, se sugiere seguir aplicando encuestas para este fin. Además, se sugiere diseñar estrategias que permitan intervenir al momento de identificar las barreras que cohiben el acceso de la población.

RECOMENDACIONES PARA LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

Para el programa de postgrado de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba, se recomienda fomentar el uso de encuestas y métodos estadísticos que faciliten el estudio y análisis de fenómenos o temas relacionados con Salud Pública.

Además, se sugiere incentivar a los estudiantes de maestría para que realicen investigaciones sobre el acceso y uso de los distintos servicios de salud ofrecidos por las E.P.S., con el propósito de poder intervenir en estos fenómenos, para así poder aumentar la frecuencia en la consulta y uso de los distintos servicios por parte la comunidad.

8. REFERENCIAS

1. Sánchez Torres D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017 Enero; 55(1).
2. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online].; 2014 [cited 2022 Octubre 27]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>.
3. De Santis M, Herrero V. Equidad en el Acceso, Desigualdad y Utilización de los Servicios de Salud. Una Aplicación al Caso Argentino en 2001. Revista de Economía y Estadística. 2009 Junio; 47(1): p. 125-162.
4. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. Social Science & Medicine. 2001 Noviembre; 53(9): p. 1149-1162.
5. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280. Resolución. Santa Fe de Bogotá.; 2018.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 412. Resolución. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social., Santa Fe de Bogotá; 2000. Report No.: 1.
7. Ayala García J. El acceso a la consulta médica general en Colombia, 1997-2012. Economía & Región. 2015 Junio; 9(1): p. 175-207.
8. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1122 de 2007. Ley. Santa Fé de Bogotá: Congreso de la Republica de Colombia, Leyes; 2007. Report No.: 1.

9. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa G. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*. 2014 Enero; 13(33): p. 267-278.
10. Armijos Bravo G, Camino Mogro S. Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador. *Estudios Gerenciales*. 2017 Septiembre; 33(144): p. 291-301.
11. Ruiz Rodríguez M, Rosario Valdez S. Revisión sobre la Utilización de Servicios de Salud, 1996-2006. *Revista Salud Pública*. 2008 Marzo; 10(2).
12. Díaz Grajales C, Zapata Bermúdez Y, Aristizábal Grisales JC. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2011 Julio; 10(21): p. 153-175.
13. Berrocal Narváez N, Hanna Lavallo M, Petro Falón L, Martinez Padilla M, Montalvo López L. Accesibilidad a servicios preventivos en salud de jóvenes monterianos. *Revista Avances en Salud*. 2019 Julio; 3(2).
14. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2009 Mayo; 27(2): p. 121-130.
15. Flores Sandí G. Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. *Acta Médica Costarricense*. 2012 Julio; 54(3).
16. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100. Ley. Santa Fé de Bogotá: Congreso de la Republica de Colombia, Leyes; 1993. Report No.: 1.
17. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Tesis Doctoral.

Barcelona: Universidad Autonoma de Barcelona, Departamento de Pediatria; 2009. Report No.: 9788469320334.

18. Julio Frenk M. El concepto y la medición de la accesibilidad. *Revista Salud Publica de Mexico*. 2014 Septiembre; 27(5): p. 438-453.
19. Hernández González M, Pérez J, Jiménez Garcés C, Alvarado Bravo B, Vieyra Reyes P. Conductas y factores que influyen en la utilización de servicios de salud en la población adulta de la región sur del Estado de México, México. *Rev. de Medicina e Investigación*. 2013 Julio; 1(2): p. 86-94.
20. Zapata Ossa H, Porras Beltrán A, Arias Cardona E. Factores relacionados con el uso de los servicios de salud en la población mayor de 18 años del área urbana de Cali, Colombia, en el año 2016. *Revista Gerencia y Políticas en Salud*. 2019 Julio; 18(37): p. 1-23.
21. Mera Zambrano A, Roca Castro Y, Medranda Obregón E. Salud sexual y reproductiva en las mujeres de los cantones Montecristi, Jaramijó y Manta (Ecuador). *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*. 2016 Enero; 1(79).
22. Lozada Otálora M, Rodríguez Orejuela A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administeación*. 2007 Julio; 20(34).
23. Fajardo Dolci G, Gutiérrez JP, Gacía Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública México*. 2015 Marzo; 57(2): p. 180-186.
24. Landini F, González V, Bianqui V, Logiovine S, Vázquez J, Viudes S. Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino. *Saúde Soc*. 2015 Octubre; 24(4): p. 1151-1163.

25. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2022 [cited 2023 Junio 4. Available from: <https://acortar.link/uY9uAA>.
26. Rodríguez Cabrera A, Collazo Ramo M, Calero Ricard J, Álvarez Vázquez L, Castañeda Abascal I. Percepciones de adultos mayores y prestadores acerca de la accesibilidad a servicios de salud. Revista Cuabana de Salud Pública. 2017 Julio; 43(3): p. 349-360.
27. Gispert Abreu E, Castell-Flort Serrate P, Lozano Lefrán A. Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. Revista Cubana de Salud Pública. 2016 Abril; 42(2): p. 337-341.
28. Naranjo M. Evaluación de programas de salud. Comunidad y Salud. 2006 Diciembre; 4(2): p. 34-37.
29. Centro de Investigación Económica y Presupuestaría. CIEP. [Online].; 2016 [cited 2023 Agosto 20. Available from: <https://ciep.mx/R5Zs>.
30. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Médica Peruana. 2011 Octubre; 28(4): p. 237-241.
31. López F. Los ejes determinantes de las políticas de igualdad de oportunidades: la accesibilidad universal y el diseño para todos. In. Barcelona; 2007. p. 1209-1233.
32. Bran Piedrahita L, Valencia Arias A, Palacios Moya L, Gómez Molina S, Acevedo Correa Y, Arias Arciniegas C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Hacia la Promoción de la Salud. 2020 Julio; 25(2): p. 29-38.
33. Ramírez Ramírez A, Rocha Beltrán D, Durango Suárez L, Rodríguez Álvarez S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015. Revista CES Derecho. 2016 Julio; 7(2).

34. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 3202. Resolución. Santa Fé de Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
35. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 0429. Resolución. Santa Fé de Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
36. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 3280. Resolución. Santa Fé de Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
37. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones. 2007 Enero; 14.
38. Fuentes Reverón S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2017 Abril; 43(2): p. 272-286.
39. Batista Conceicao Dos Santos D, Vazquez Ramos V, Oliveira DCC, Cristiane , López Arellano O. Accesibilidad en salud: revisión sobre niños con discapacidad en Brasil-Perú-Colombia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2019 Julio; 17(2): p. 127-147.
40. Guevara Alban G, Verdesoto Argello A, Castro Molina N. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2020 Julio; 4(3): p. 163-173.
41. Pértiga Díaz S, Pita Fernández S. Asociación de variables cualitativas: El test exacto de Fisher y el test de McNemar. Cuadernos de Atención Primaria. 2004 Enero; 11((1)): p. 304-308.
42. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 8430. Resolución. Santa Fé de Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 1993.

43. Mazzanti Di Ruggiero MdlÁ. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética. 2011 Enero; 6(1): p. 125-144.
44. Universidad de Córdoba. Acuerdo 045. Acuerdo. Montería: Universidad de Córdoba; 2018.
45. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, del Riego A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. Revista Panameña de Salud Pública. 2022 Julio; 46.
46. Restrepo Zea J, Silva Maya C, Andrade Rivas F, VH Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Gerencia y Políticas de Salud. 2014 Diciembre; 13(27).
47. Fajardo Zapata Á, Mendez Casallas F, Molina L. Factores que inciden en la no realización de la citología vaginal en las mujeres bogotanas - 2008. Investigaciones Andina. 2010; 12(21): p. 61-69.
48. Castro Jiménez M, Londoño Cuellar P, Vera Cala L. Asistencia a Citología del Cuello Uterino y sus Determinantes en una Población Rural Colombiana, 1998-1999. Revista de Salud Pública. 2006 Septiembre; 8(3): p. 258-257.
49. Manrique Abril F, Ospina Díaz J, Vega Fuentes N, Morales Pacheco A, Herrera Amaya G. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). Investigación y Educación en Enfermería. 2012 Enero; 30(1): p. 18-27.
50. Castillo Ávila I, Bello Triana L, Castillo Martelo L, Moscote Villadiego G, Orozco Payares W, Velasco Medrano M, et al. Factores asociados al uso de mamografía en mujeres mayores de 50 años. Cartagena. Revista Ciencias de la Salud. 2014 Mayo; 12(2): p. 183-193.

51. Donado Solano K, Aragón Vélez N. Factores asociados a la toma de mamografía en las mujeres de 60 a 69 años en Colombia, 2015. Tesis Maestría. Cali: Universidad del Valle, Facultad de Salud; 2018.

ANEXOS

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificada con CC _____ de _____ en calidad de participante, acepto participar en esta investigación que tiene como nombre **ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS DE SALUD PARA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA EN MUJERES DE 18 A 59 AÑOS EN LA COMUNA 1. MONTERÍA-COLOMBIA 2022;** información que será recolectada por Juliana Montes Gutiérrez estudiante de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba con el objetivo de Determinar la accesibilidad a los programas de salud para detección temprana y protección específica en mujeres de 18 a 59 años en la comuna 1, Montería-Colombia 2021. La decisión de participar es voluntaria y no se proporcionará ningún tipo de incentivo económico o material, si usted acepta participar en el estudio es libre de retirarse en el momento que así lo desee.

Para la recolección de la información se utilizará una encuesta estructurada donde se harán preguntas sobre utilización y accesibilidad a los servicios de salud de detección temprana y protección específica. He sido informada que ninguno de los datos proporcionados durante la entrevista se difundirá como tampoco serán utilizados para fines ajenos y otros que no sean académicos.

He leído o se me ha leído, que mi participación consiste en responder de manera sincera a las preguntas que se me realicen, declaro que he comprendido toda la información y doy mi consentimiento voluntario para participar en esta investigación.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Testigo 1:

Testigo 2:

ANEXO B: INSTRUMENTO

ACCESIBILIDAD A LOS PROGRAMAS DE SALUD PARA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCION ESPECÍFICA EN MUJERES DE 18 A 59 AÑOS EN LA COMUNA 1. MONTERÍA-COLOMBIA 2023

Estimada participante, se le solicita con mucho respeto que responda cada una de las preguntas de este protocolo, y exprese las respuestas de su preferencia. Es necesario que responda con sinceridad porque este estudio busca realizar aportes a la salud de la población del Municipio de Montería - Córdoba

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Encuesta #: _____

- **Objetivo:** Caracterizar socio-demográficamente a las mujeres de 18 a 59 años que utilizan los servicios de los programas de salud para detección temprana y protección específica en la Comuna 1 de Montería-Colombia, 2022.

1) Sexo: femenino ☐

2) ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? años

3) De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ¿usted se reconoce cómo?

1. ☐ Indígena
(ROM)

4. ☐ Gitano

2. ☐ Raizal del archipiélago
de San Basilio

5. ☐ Palenquero

3. ☐ Negro, Mulato, Afrocolombiano, Afrodescendiente
(Mestizo)

6. ☐ Ninguno

4) ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado?

1. ☐ Educación Primaria

2. ☐ Educación Secundaria

3. ☐ Formación Técnica o Tecnológica

4. ☐ Educación Universitaria

5. ☐ Ninguno

6. ☐ NS/NR

5) ¿Cuál es su estado civil actual?

1. ☐ Casado/ Unión Libre

2. ☐ Separado/Viudo

3.

☐ Soltero

4. ☐ No responde

6) Marque la opción o perfil que más se ajuste a la situación laboral u ocupacional en el momento actual:

1. ☐ Obrero o empleado

2. ☐ Trabajador informal

3. ☐ Trabajador sin remuneración (amas de casa, cuidadores, voluntarios)

4. ☐ Pensionados

5. ☐ Proprietario de negocio o empresa

6. ☐ Trabajador independiente

7. ☐ Desempleado

8. ☐ Otro. Cual _____
9. ☐ NS/NR

7) ¿A qué EPS está afiliado? _____ ☐ No afiliado a ninguna EPS

8) ¿Su régimen de salud es?

1. ☐ Contributivo → ¿El tipo de afiliación es?

1.1 ☐ Cotizante

1.2. ☐ Beneficiario

2. ☐ Subsidiado

3. ☐ No afiliado

4. ☐ Especial (fuerzas militares, maestros, policías, Ecopetrol, ferrocarriles etc.)

9) ¿Cuál es su ingreso?

1. ☐ Menos de 1 SMMLV (< \$ 1.000.000)

2. ☐ Entre 1 y 2 SMMLV (\$ 1.000.000 hasta \$ 2.000.000)

3. ☐ Entre 2 y 3 SMMLV (\$2.000.000 hasta \$ 3.000.000)

4. ☐ más de 3 SMMLV (> \$ 3.00.000)

5. ☐ NR

A CONTINUACIÓN, SE LE REALIZARÁN PREGUNTAS SOBRE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN A LOS QUE USTED HA ACCEDIDO, DE ACUERDO CON SU EDAD.

10. Sin estar enfermo(a) y por prevención ¿usted consultó en el último año los servicios de detección específica y protección temprana?

1. ☐ ninguna

2. ☐ 1 vez

3. ☐ 1 a 2 veces

4. ☐ más de 3 veces

Entrevistador: De acuerdo con el rango de edad de los integrantes del hogar indagar por los siguientes servicios preventivos según corresponda.

✓ **Mujeres entre 18 y 29 años**

¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?	¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?

Tipo de Servicio	Si	No	NS/N R	Si	no	NS/N R
1.Citología cérvico vaginal	1. _	0. _	2. _	1. _	0. _	2. _
2. Examen de seno y educación para auto examen	1. _	0. _	2. _	1. _	0. _	2. _
3. Consulta médica preventiva	1. _	0. _	2. _	1. _	0. _	2. _

✓ Servicios preventivos mujeres entre 30 y 44 años

	¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?			¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?		
Tipo de servicio	Si	No	NS/NR	Si	No	NS/NR
1. Citología cérvico vaginal	1. _ 	0. _ 	2. _	1. _	0. _	2. _
2. Autoexamen de mama	1. _ 	0. _ 	2. _	1. _	0. _	2. _
3. Consulta médica	1. _ 	0. _ 	2. _	1. _	0. _	2. _

✓ **SERVICIOS PREVENTIVOS MUJERES 45 A 59 AÑOS**

	¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?			¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?		
Tipo de servicio	Si	No	NS/ NR	S i	N o	NS/ NR
1. Mamografía	1. _	0. _	2. _	1. _	0. _	2. _
2. Citología cérvico vaginal	1. _	0. _	2. _	1. _	0. _	2. _

11. ¿En el desplazamiento para llegar al servicio de **ATENCIÓN BÁSICO EN SALUD**, usted utiliza más de un medio de transporte?

0. ☐ No

1. ☐ Si

2. ☐ NS/NR

12. ¿Cuál(es) utiliza más frecuentemente?

1. ☐ Moto 2. ☐ carro 3. ☐ bus 4. ☐ Bicicleta 5. ☐ a pie

13. ¿En cuánto tiempo llega al lugar de la atención en salud?

1. ☐ Menos de 30 minutos 2. ☐ menos de 1 hora

3. ☐ De 1 a 4 horas 4. ☐ De 5 a 8 horas

14. ¿En los últimos 6 meses, cuando ha tenido algún problema de salud, ha consultado al médico general?

1. ☐ Si

2. ☐ No

3. ☐ No han tenido algún problema de salud

4. ☐ NS/NR

Si su respuesta es sí, responda la pregunta 15 a la 18.

15. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general?

a. ☐ No aplica porque no ha sido atendido

b. ☐ El mismo día

c. ☐ Menos de 1 semana

d. ☐ De 2 a 4 semanas

e. ☐ De 1 a 3 meses

f. ☐ De 4 a 6 meses

g. ☐ Más de 6 meses

16. ¿El médico general le brindó la atención necesaria para su problema de salud?

1. ☐ Si

0. ☐ No

2. ☐ NS/NR

17. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general o medicina especializada) fue:

1. ☐ Muy Buena
2. ☐ Buena
3. ☐ Mala
4. ☐ Muy mala
5. ☐ NS/NR

18. ¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio? (**Puede marcar varias opciones**)

1. ☐ Trámites excesivos y/o dispendiosos
2. mala atención del personal administrativo (vigilante, recepcionista, cajera, etc.).
3. mala atención del personal asistencial (médicos, enfermeras etc.)
4. falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial o administrativo.
5. Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial o administrativo
6. Condiciones deficientes de infraestructura, dotación y/o mobiliario
6. ☐ Falta de oportunidad en la atención
7. ☐ Otro. ¿Cuál? _____

19. ¿Cuál fue la razón principal por la que no consultó al médico general?

1. muchos trámites para la cita.
2. falta de dinero para pagar el transporte y/o copagos
3. citas distanciadas en el tiempo
4. mal servicio
5. consulto antes y no le resolvieron el problema
6. no confía en los médicos
7. falta de tiempo
8. el centro de atención queda lejos
9. Otra. ¿Cuál? _____

20. Si no consultó, ¿de qué manera resolvió su situación de salud?

1. ☐ Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista
2. ☐ Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona
3. ☐ Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)
4. ☐ Usó remedios caseros
5. ☐ Se autorrecetó
6. ☐ Consultó a médico particular

7. I__I No hizo nada

ANEXO C: PERMISO DE AUTORIZACION DE INSTRUMENTO

