

**PLANIFICANDO MI FAMILIA**

**TRABAJO DE GRADO**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD**

**BOGOTÁ D.C., MAYO DE 2018**

**PLANIFICANDO MI FAMILIA**

**TRABAJO DE GRADO**

**Ps. FERNANDO GERMÁN GONZÁLEZ GONZALEZ**

**ASESOR**

**Danna Julieth Ardila Molina (424321)**

**Aliz Stefany Flórez Virgen (424675)**

**Vivian Natalia Munévar Lozano (423664)**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD**

**BOGOTÁ D.C., MAYO de 2018**



## Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:  
**Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)**

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co/>

### Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

### Bajo las condiciones siguientes:



**Atribución** — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



**No Comercial** — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



**Sin Obras Derivadas** — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

“Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de los autores; la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia ha verificado el cumplimiento de las condiciones mínimas de rigor científico y de manejo ético.”

(Artículo 65 Reglamento Interno)

## **Agradecimientos**

Agradecemos en primer lugar a Dios por la oportunidad que nos dio al realizar este trabajo y culminar con bendiciones todo lo alcanzado. También a todas aquellas personas que de una u otra manera nos ayudaron y acompañaron paso a paso para lograr los objetivos y resultados de la investigación. Agradecimiento sincero al Director de proyecto de grado Fernando G González por su excelente asesoramiento y acompañamiento en cada uno de los procesos realizados para la culminación de este proyecto de grado; a la Universidad Católica de Colombia gracias por la formación y enseñanza en nuestra etapa profesional.

## **Dedicatoria**

Dedicamos este trabajo de grado en primer lugar a Dios que nos brindó la sabiduría, fuerza y paciencia para culminar con esta etapa de nuestras vidas, a nuestras familias principalmente a nuestros padres y hermanos que fueron el motor para lograr éste éxito y que día a día estuvieron apoyándonos y acompañándonos de forma incondicional en cada paso culminado para ser exitosas profesionales en Psicología.

## **Tabla de contenido**

Resumen, 1

Justificación, 3

Los derechos humanos, 23

Fecundidad, 26

Contexto latinoamericano fecundidad, 37

    Fecundidad en adolescentes y pobreza, 39

    Fecundidad alta y trayectoria educativa, 42

    Salud sexual y reproductiva, 43

Índice de pobreza multidimensional, 47

    Número ideal de hijas o hijos para mujeres y hombres actualmente unidos por  
    número de hijas o hijos sobrevivientes, 48

    Tamaño de los hogares y jefatura, 50

    Participación de hombres y mujeres en la toma de decisiones del hogar según  
    características y distribución territorial, 51

    Educación, 51

    Nivel de educación de mujeres y hombres, 52

    Nivel de alfabetismo, 53

    Diferencias socioeconómicas y de género en los niveles educativos, 54

La planificación familiar, 55

    Uso de métodos de anticonceptivos en el pasado, 59

Uso actual de métodos anticonceptivo, 62

Cambios en el uso de métodos, 68

Percepción sobre métodos anticonceptivos por parte de los hombres, 69

Objetivos de la investigación, 71

Objetivo General, 71

Objetivos Específicos, 71

Metodología, 71

Tipo de diseño, 71

Población, 72

Instrumentos, 72

Procedimiento, 73

Resultados, 74

Discusión, 102

Conclusiones, 111

Recomendaciones, 113

Estudio del Mercado, 116

a. Justificación, 116

b. Objetivo General del Estudio de Mercado, 120

c. Objetivos Específicos del estudio de Mercado, 120

d. Presentación del producto, 121

e. Producto, 121

f. Nombre, logo, eslogan, 122



- g. Producto básico, 123
- h. Producto real, 124
- i. Producto ampliado, 125
- j. Factor diferenciador del producto, 125
- k. Clientes – segmentación, 126
- l. Mercado potencial, 126
- m. Mercado objetivo, 127
- n. Mercado meta, 128
- o. Competencia, 150
- p. Directa, 150
- q. Sucedánea, 161
- r. Canal de distribución, 174

Referencias, 176

Apéndices, 184

## **Lista de tablas**

Tabla 1. Tendencias de tasas de fecundidad por edad, pp 8

Tabla 2. Métodos Anticonceptivos, pp 154

Tabla 3. Análisis de la competencia, pp 166

Tabla 4. Matriz DOFA, pp 172

## **Lista de figuras**

- Figura 1. Tasas globales de fecundidad 1990-2015. Pp. 6
- Figura 2. Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. Pp. 21
- Figura 3. Marco teórico. Pp. 22
- Figura 4. Tasa global de fecundidad. Mujeres de 15 a 49 años 1964-2015. Pp. 30
- Figura 5. Mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas de su primer hijo(a). Pp. 41
- Figura 6. Métodos de planificación. Pp. 70
- Figura 7. Grado de satisfacción del contenido en hombres. Pp. 76
- Figura 8. Grado de satisfacción del contenido en mujeres. Pp. 77
- Figura 9. Grado de satisfacción del contenido en la localidad de Usme. Pp. 78
- Figura 10. Grado de satisfacción del contenido en la localidad de Usaquén. Pp. 79
- Figura 11. Grado de satisfacción de la metodología para hombres. Pp. 80
- Figura 12. Grado de satisfacción de la metodología para mujeres. Pp. 81
- Figura 13. Grado de satisfacción de la metodología localidad de Usme. Pp. 82
- Figura 14. Grado de satisfacción de la metodología localidad de Usaquén. Pp. 83
- Figura 15. Grado de satisfacción de la valoración del producto en hombres. Pp. 84
- Figura 16. Grado de satisfacción de la valoración del producto en mujeres. Pp. 85
- Figura 17. Grado de satisfacción de la valoración del producto en la localidad de Usme. Pp. 86
- Figura 18. Grado de satisfacción de la valoración del producto en la localidad de Usaquén. Pp. 87

Figura 19. ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca del producto? Pp. 88

Figura 20. ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca del producto? Según el sexo. Pp. 88

Figura 21. ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca del producto? En la localidad de Usme. Pp. 89

Figura 22. ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca del producto? En la localidad de Usaquén. Pp. 90

Figura 23. ¿Qué probabilidad existe que lo compre? Pp. 91

Figura 24. ¿Qué probabilidad existe que la localidad de Usaquén compre el producto? Pp. 92

Figura 25. ¿Qué probabilidad existe que la localidad de Usme compre el producto? Pp. 93

Figura 26. ¿Qué probabilidad existe que compre el producto? Según el sexo. Pp. 94

Figura 27. Si llegara a comprar el producto, ¿compartiría la información con personas cercanas? Según la localidad de Usme Pp. 95

Figura 28. Si llegara a comprar el producto, ¿compartiría la información con personas cercanas? Según el sexo. Pp. 96

Figura 29. Si llegara a comprar el producto, ¿compartiría la información con personas cercanas? En la localidad de Usaquén. Pp. 97

Figura 30. Si llegara a comprar el producto, ¿compartiría la información con personas cercanas? Pp. 98

Figura 31. ¿Porque no compraría las IPS, SISBEN o EPS los productos? Pp. 99

Figura 32. ¿Porque no compraría las IPS, SISBEN o EPS los productos? En la localidad de Usaqué. Pp. 99

Figura 33. ¿Porque no compraría las IPS, SISBEN o EPS los productos? En la localidad de Usme. Pp. 100

Figura 34. ¿Porque no compraría las IPS, SISBEN o EPS los productos? Según el sexo. Pp. 101

Figura 35. Comprarían el producto PLANIFICANDO MI FAMILIA. Pp. 102

Figura 36. Logo Planificando Mi Familia. Pp. 122

Figura 37. Género participante en la encuesta sobre investigación de necesidades del cliente. Pp. 129

Figura 38. Frecuencia con que los centros de salud adquieren productos de planificación familiar. Pp. 130

Figura 39. ¿Qué lleva a los centros de salud preferir productos de planificación familiar? Pp. 131

Figura 40. Lugares pertinentes para encontrar estos productos de planificación familiar. Pp. 132

Figura 41. ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca de los productos? Pp. 132

Figura 42. Compartiría la información con otras personas acerca de este producto. Pp. 133

Figura 43. ¿Qué género considera más conveniente, que debe estar informado acerca del producto? Pp. 134

Figura 44. ¿Por qué no compraría el producto los Centros de salud en Bogotá? Pp. 135

Figura 45. ¿Indique de 1 a 10 siendo 10 el porcentaje más alto y 1 el más bajo que tan satisfecha estarían los centros de salud con el producto? Pp. 136

Figura 46. Los centros de salud cuánto estarían dispuestos a pagar por los productos. Pp. 137

Figura 47. Género participante en la encuesta sobre el diseño del blog. Pp. 138

Figura 48. Cuál herramienta es más fácil navegar. Pp. 139

Figura 49. Temáticas consideradas a encontrar en el Blog. Pp. 140

Figura 50. Estilo de imágenes que les gustaría ver en el Blog. Pp. 141

Figura 51. Les gustaría que el Blog tuviera un vídeo animado. Pp. 142

Figura 52. Temáticas que le gustaría ver el video. Pp. 143

Figura 53. Colores les gustaría ver en el Blog. Pp. 144

Figura 54. Herramientas para incluir en el Blog. Pp. 144

Figura 55. Pagarían por una suscripción trimestral en el Blog. Pp. 145

Figura 56. Cuánto pagarían trimestral por la suscripción en el Blog. Pp. 146

Figura 57. Género participante en la encuesta sobre el diseño de los folletos. Pp. 147

Figura 58. Temáticas consideradas de interés para elaborar los folletos. Pp. 148

Figura 59. Estructura de los folletos. Pp. 149

Figura 60. Colores que les gustaría ver en los folletos. Pp. 150

Figura 61. Página web de Profamilia. Pp. 151

Figura 62. Página web de Oriéntame. Pp. 152

Figura 63. Página Web de la OMS. Pp. 153

Figura 64. Página web de EPS Salud Total. Pp. 156

Figura 65. Página web Capital Salud. Pp. 158

Figura 66. Página web EPS Sura. Pp. 160

Figura 67. Página web de planificación familiar natural. Pp. 161

Figura 68. Cartilla de Derechos Sexuales Y Reproductivos. Pp. 162

Figura 69. Página Web de saludaio. Pp. 164

Figura 70. Razones para hacerte la vasectomía. Pp. 164

Figura 71. Inyección anticonceptiva para hombres. Pp 165

### **Lista de apéndices**

Apéndice A. Encuesta de estudio de mercadeo, pp 184

Apéndice B. Encuesta sobre el diseño del blog, pp 186

Apéndice C. Encuesta sobre el diseño del Folleto, pp 189

Apéndice D Consentimiento informado para Encuesta, pp 191

Apéndice E. Consentimiento Informado para Entrevista, pp 193

Apéndice F. Encuesta de planificación familiar, pp 195

Apéndice G. Entrevista de planificación familiar, pp 206

Apéndice H. Encuesta de satisfacción, pp 212

Apéndice I. Análisis de encuesta cualitativa y cuantitativa pp 216

Apéndice J. Un blog con la información de planificación familiar, pp 244

Apéndice K. Folletos para hombre, mujer y derechos sexuales y reproductivos con la información de planificación familiar, pp 245





## PLANIFICANDO MI FAMILIA

### Resumen

El presente trabajo de grado abarca temas de interés sobre sexualidad y planificación familiar con énfasis en el género masculino. Es de gran importancia observar cómo hombres y mujeres se posicionan sobre la temática de planificar y construir un futuro para su familia. Se ha evidenciado a través de diferentes investigaciones que el tema de planificar se considera un acto de las mujeres generando así una toma de decisiones incorrecta por parte de la pareja. Se presentaron cuatro productos finales: tres folletos, uno sobre los métodos de planificación para mujeres, el segundo sobre métodos de planificación para hombres incentivando la vasectomía, y el tercero con información de dónde pueden encontrar los métodos anticonceptivos, y el procedimiento para adquirirlos si llegado el caso que su EPS o IPS no se los entregan gratuitamente. Y un blog incentivando a los hombres a que se hagan partícipes de la planificación familiar, en un contexto de derechos humanos sexuales y reproductivos. De acuerdo a las investigaciones realizadas los usuarios manifiestan que no existe información donde se promueva la vasectomía y no se evidencian las rutas donde se pueda acudir, por eso se han diseñado, elaborado y validado estos productos finales, que son de fácil acceso para diferentes estratos socioeconómicos; estos productos promueven la planificación familiar en hombres y rompen mitos que hay sobre la vasectomía. Como recomendaciones finales se deben abordar encuestas directamente a padres de familia, ampliar el número de encuestados frente al producto para fomentar la vasectomía.

**Palabras Clave:** Planificación familiar, Vasectomía, derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos.

### **Abstract**

The present work of degree covers topics of interest on sexuality and family planning with emphasis on the male gender. It is very important to observe how men and women position themselves on the subject of planning and building a future for their family. It has been evidenced through different investigations that the subject of planning is considered an act of women, thus generating an incorrect decision making on the part of the couple. Four final products were presented: three brochures, one on planning methods for women, the second on planning methods for men encouraging vasectomy, and the third with information on where they can find contraceptive methods, and the procedure for acquiring them if the case that your EPS or IPS does not give them to you free of charge. And a blog encouraging men to take part in family planning, in a context of sexual and reproductive human rights. According to the research carried out, the users state that there is no information where vasectomy is promoted and the routes where it can be accessed are not evident, that is why these final products have been designed, elaborated and validated, which are easily accessible for different strata. socio-economic These products promote family planning in men and break myths about vasectomy. As final recommendations, surveys should be addressed directly to parents, expand the number of respondents to the product, promote vasectomy.

**Keywords:** Family planning, Vasectomy, sexual and reproductive rights, contraceptive methods

### **Justificación**

La planificación familiar es un tema social y político que relaciona a las parejas jóvenes y parejas establecidas con hijos, quienes tienen la decisión y libertad de planificar previamente al momento de tener relaciones íntimas. Si la planificación familiar se practica con responsabilidad los ámbitos sociales, económicos y salud de las personas no serán tan afectadas, en la medida que se evita tener una familia numerosa que no se pueda sostener, disminuye la mortalidad infantil, mortalidad materna, los embarazos en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual y deserción escolar (Barandica, 2016).

Este proyecto se realizará con el fin de promover y fortalecer la planificación familiar en los diferentes estratos socioeconómicos, sensibilizando imaginarios socioculturales como la creencia de que es un tema solo femenino la planificación familiar, es primordial en este proyecto dejar referencia con la intención de que un significativo grupo masculino, vean desde otra perspectiva, identifiquen y tomen la decisión sobre su planificación familiar y que el uso de métodos anticonceptivos es una decisión tanto para hombres y mujeres, con el fin de que el hombre influya en la decisión de planificar puesto que existe poca apropiación de la práctica de planificación familiar y uso de los métodos anticonceptivos.

El artículo 42 de la Constitución Política de Colombia de (1991), en uno de sus apartados sostiene que: “La familia es núcleo fundamental de la sociedad. La pareja tiene el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que deseen tener, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores impedidos” (p. 20). Para el

logro de esto, la Resolución 03997 de (1996) expedida por el Ministerio de Salud en el Capítulo II plantea que:

Es obligación de las Entidades Prestadoras del Servicio de Salud (E.P.S) realicen actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las cuales deberán ser ejecutadas por las EPS, por entidades prestadoras del servicio de salud, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades, incluyendo la planificación familiar (p. 2).

La Resolución No. 005521 de (2013) expedida por el Ministerio de Salud en el Capítulo I en el cual plantea la Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, en el artículo 17 menciona que:

En el Plan Obligatorio de Salud está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles (p.9).

Con lo anterior es necesario mencionar que el objetivo principal de este proyecto es promover la planificación familiar con énfasis en la responsabilidad masculina, con el fin de brindar información necesaria y oportuna que los hombres desconocen sobre la planificación familiar y las mujeres también sobre la planificación de los hombres, y empezar a darle sentido al concepto “planificación familiar” y no pensar en planificación

que solo es la mujer la que lo debe hacer, eso solo pensamientos expuestos por la sociedad.

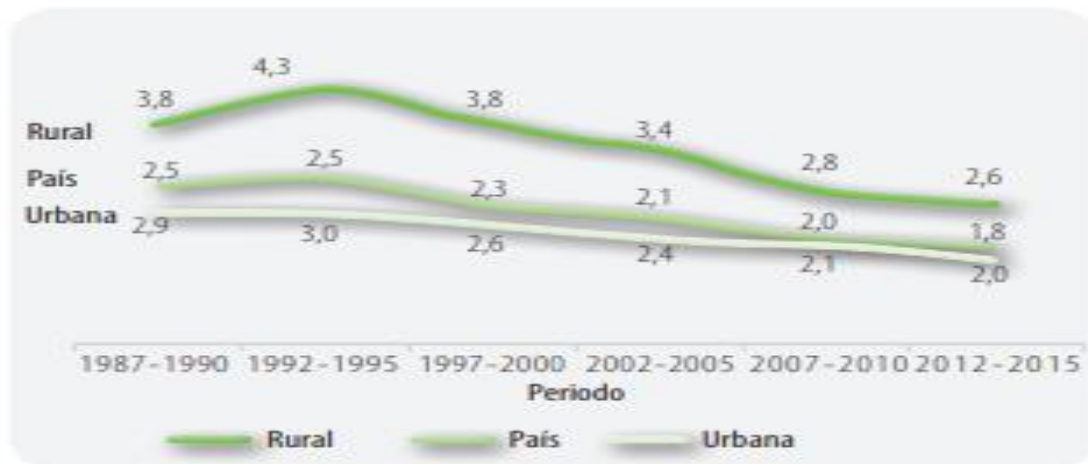
Hay que mencionar además, en el artículo 20 hace referencia al Condón Masculino se plantea que en “El Plan Obligatorio de Salud cubre el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, VIH/SIDA y planificación familiar, de conformidad con las normas que reglamentan la materia” (Resolución 005521 de 2013, p. 9). De la misma forma en el artículo 95. Programas de Protección Específica, menciona:

El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmune prevenibles y disminuir el embarazo adolescente, los factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal (Resolución 005521 de 2013, p. 22).

Aunque toda normatividad está establecida en el área de la salud, la realidad es otra, según los datos recopilados por la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva cada vez es mayor el número de embarazos no deseados, abortos inducidos, la mortalidad materna, y proliferación de enfermedades de transmisión sexual, se evidencia que existe poco acceso a métodos anticonceptivos y orientaciones sobre planificación familiar, sobre todo, en zonas rurales del país, y en zonas urbanas en especial los estratos socioeconómicos bajos (Barandica, 2016).

Por consiguiente, la planificación familiar es un derecho de las mujeres, hombres y parejas. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (EDS) 2015 realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia (2015) el país ha venido experimentándose a finales de la primera mitad del siglo XX el nivel de fecundidad ha disminuido y el patrón de fecundidad ha rejuvenecido, en los años 1960-65 y 1980-85 la fecundidad baja de 6.8 a 3,7 hijos e hijas por mujer, lo que indica que se reduce el 50 por ciento en 20 años, se evidencia en esta encuesta que:

Actualmente la fecundidad se vuelve cada vez más lenta, disminuye 2.6 en 2000 a 2.0 en el 2015, según lo mencionado en las investigaciones, desde hace 15 años para acá la fecundidad disminuye un poco más de medio hijo; la fecundidad para el 2015 está por debajo del nivel de reemplazo 2.1 de hijos por mujer, lo que indica el nivel logrado en el 2010 (p. 266)



*Figura 1.* Tasas globales de fecundidad 1990-2015  
 Fuente: Recuperado de Datos tomados de la EDNS 2015 cambios demográficos Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, (2015, p. 267).

Con relación a la reducción de la fecundidad como se ve en la Figura 1 es quizás el cambio más importante en el contexto de la transición demográfica que ha vivido el país, no solo por sus consecuencias sobre el crecimiento, sino también y, principalmente, por su incidencia en la transformación de la estructura por edad de la población. El descenso fue un poco más notorio en las zonas urbanas que en las rurales.

Así mismo los resultados del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) y Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia las tasas de fecundidad muestran una gran disminución entre 1985 y 2010 y se proyecta que para 2020 sigan disminuyendo. Se estima que para el 2015-2020 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 2,0 hijos (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Con respecto al patrón de fecundidad por edad en el 2015 la ENDS menciona se presenta un pico alto para las edades de 20 a 24 años, lo cual se relaciona con una fecundidad regulada por el control natal, comparando esto anteriormente la fecundidad teniendo un pico a los 25 a 29 años, mientras que la disminución en la fecundidad se presenta por encima de los 25 años.



Tabla 1.  
*Tendencias de tasas de fecundidad por edad*

Edad de la madre al nacimiento.	Tasas específicas de fecundidad para períodos quinquenales que precedieron la encuesta, por edad de la madre al momento del nacimiento, Colombia 2015			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	77	90	95	104
20-24	115	137	136	161
25-29	91	106	116	142
30-34	67	76	88	107
35-39	37	41	57	na
40-44	9	16	na	na
45-49	1	Na	na	na

Fuente: Las tasas específicas de fecundidad por edad están expresadas por 1,000 mujeres. na = No aplica. Recuperado de ENDS, 2015. Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, (2015, p. 268).

Según los resultados que menciona el Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia (2015) el porcentaje de los diferentes años sobre el aumento de fecundidad las diferentes edades son las siguientes: (Ver Tabla 1):

Tendencias de tasas de fecundidad por edad), de 15 a 19 años en el 2000 al 2004 el puntaje es de 77, en los años 2005-2009 el puntaje es de 90, en los años 2010 -2014 el puntaje obtenido es de 95 y de los años 2015 a 2019 el puntaje arrojado es de 104; para las edades de 20 a 24 años para los años 2000-2004 el puntaje es de 115, en los años 2005-2009 el puntaje es de 137, 2010-2014 el puntaje es de 136, 2015 - 2019 el puntaje es de 161; en las edades de 25 a 29 años para los años 2000-2004 el

puntaje es de 91, en los años 2005-2009 el puntaje es de 106, en los años 2010-2014 el puntaje es de 116, 2015-2019 el puntaje es de 142, 30 a 45 años en el 2000-2004 se obtiene un puntaje de 67, 2005-2009 el puntaje es de 76, 2010-2014 el puntaje de fecundidad arrojado es de 88, 2015-2019 el puntaje es de 107; 35 a 39 años para el 2000-2004 el puntaje es de 37, 2005-2009 el puntaje es de 41, 2010-2014 el puntaje de fecundidad es de 57, edades de 40 a 44 el puntaje arrojado en el 2000-2004 es de 9. 2005-2009 el puntaje es de 16 (p. 267).

En cuanto a los diferentes estratos socioeconómicos según los resultados de la ENDS 2015, mencionan la gran marca a nivel de fecundidad en el país, la fecundidad en las zonas rurales, en las regiones menos desarrolladas, en los quintiles de bajos ingresos en cuanto a riquezas y con menor nivel de educación en el año 2015 y arrojan una puntuación de hijos e hijas de 3,9 algo similar en la década de 1980; la fecundidad en las mujeres con alta educación que viven en zona urbana y en quintil más alto en riqueza presentan bajos niveles de fecundidad, arrojando datos de ella de 1.3 hijos e hijas (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Por consiguiente, la Iglesia Católica abordó el crecimiento demográfico desde su doctrina social. Ya en 1930, la encíclica *Casti Connubii* de Pio XI rechazó que el Estado controlara la decisión de los esposos sobre cuántos hijos debían tener, inclusive ante argumentos asociados con la salud de la madre o con la situación económica de las familias. Siguiendo al Génesis, esta institución afirmaba que los hijos debían poblar la tierra y ayudar así al crecimiento de la Iglesia (López, 2016, 248).

Si bien el uso de anticonceptivos era más frecuente en los países que contaban con una tasa de fecundidad más baja, su incorporación no significó una reducción de los abortos voluntarios. Ni siquiera la penalización de esta conducta sirvió para disminuir esa tendencia. En el caso de Colombia el problema ya empezaba a generar inquietud.

Hernán Mendoza Hoyos, director de la División de Estudios de la Población (DEP) afirmó en una ponencia presentada en Nueva York en 1967 que los hospitales de Cali registraban un aborto por cada tres embarazos sin complicaciones, siendo esta la primera causa de muerte en mujeres entre 15 y 34 años. Más del 60 % de los abortos inducidos se presentaban en mujeres con siete o más embarazos (López, 2016, p. 248).

La conclusión era por tanto que el número ideal de hijos era alcanzado y mantenido mediante abortos inducidos. Las primeras mujeres en adoptar métodos de planificación familiar fueron las de las ciudades capitales; la información y la disponibilidad de los mismos no alcanzaron en ese momento a las zonas rurales (López, 2016).

A pesar de los esfuerzos de entes privados como Profamilia y de programas implementados por el Estado y Ascofame, la anticoncepción era prácticamente desconocida para las colombianas de bajos recursos. Gran parte de ellas no sabían qué era el “ritmo” o cuáles opciones eran aceptadas moralmente por la Iglesia católica. También debe considerarse la oposición por parte de ciudadanos católicos, de la misma Iglesia y de sectores de la izquierda colombiana a la ejecución de esos programas (López, 2016).

En cuanto a la educación juega un papel crucial como determinante de los comportamientos reproductivos y como el principal vehículo para que las personas y sus hogares puedan superar los círculos de pobreza y exclusión, junto con la anticoncepción, la educación es el principal determinante del cambio en el comportamiento reproductivo experimentado en el país en las últimas décadas, con claras implicaciones sobre el riesgo de embarazo, el uso de anticoncepción, la fecundidad, la mortalidad y la salud infantil (Barandica, 2016).

De esa manera la ENDS 2015 muestra por nivel educativo y quintil de riqueza:

Una mujer de 15 a 49 años sin educación tiene 2,4 veces más el nivel de fecundidad que una mujer que si ha tenido acceso a la educación ya que su nivel puntúa 2.2 en cuanto a su fecundidad; es importante mencionar que las mujeres que viven en zonas rurales tienen 1.4 el nivel de fecundidad de una mujer que vive en zona urbana y una mujer que vive en la región Atlántica tiene 1.6 el nivel de fecundidad de una que vive en la región Central, según las investigaciones realizadas en cuanto a las subregiones, se encuentra que Medellín es una de las ciudades con menor fecundidad en el 2015 su nivel de fecundidad de 1.1 de hijos e hijas por mujer; por otro lado la subregión de la Guajira, Cesar, Magdalena tienen una fecundidad de 3,1 hijos e hijas por mujer, lo que indica que es tres veces más que en Medellín y es similar este nivel al año 1995 (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015, p. 268).

Es decir que la fecundidad varía de acuerdo al nivel socioeconómico que se tenga, debido a que influye el acceso a la educación como antes se había mencionado y esto

como característica del nivel de educación que se encuentre o se llega a obtener, por lo tanto, a mayor nivel de educación obtenido menor fecundidad, y de acuerdo con los resultados con el desarrollo socioeconómico regional a mayor desarrollo menor fecundidad.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2017) la necesidad insatisfecha de planificación familiar en los países en desarrollo, por ejemplo, suele ser mayor entre las mujeres del 20% de los hogares más pobres. Sin acceso a métodos anticonceptivos, las mujeres pobres, en particular las que tienen menor escolaridad y viven en áreas rurales, están más expuestas a la fecundidad no deseada. Esto puede traer como consecuencia riesgos para la salud y tiene repercusiones económicas en su curso de vida posterior. La falta de capacidad para decidir si desean quedarse embarazadas, cuándo o con qué frecuencia, puede limitar su acceso a la educación, retrasar su incorporación a la fuerza de trabajo remunerada y reducir sus ingresos. Por tanto, ampliar la disponibilidad y accesibilidad de la información y los servicios dará pie a mejores resultados en el ámbito de la salud reproductiva.

Así mismo según lo expuesto por la ENDS 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia (2015) las características socioeconómicas de los hogares y las personas son factores que intervienen en la inequidad en cuanto al estado de salud reproductiva y salud sexual en Colombia, buscan contribuir a que el nivel de pobreza disminuya.

Según Dimas, Valencia y Guerrero (2015) en observatorio de la Secretaría de Desarrollo Económico los resultados arrojados en la encuesta Multipropósito para la localidad de Usme, muestra que la pobreza pasó de 8,5 en el 2011 a 6,7 el 2014.

La percepción de pobreza bajo 6,3 puntos porcentuales, 32 de cada 100 personas en este territorio se considera pobre. La localidad de Usme es el tercer territorio local de Bogotá con mayor tasa de informalidad laboral; en referencia y sustento a lo anterior se evidencia que diferentes familias no cuentan con los ingresos suficientes para subsistir lo cual indica que su calidad de vida es bastante crítica. Al realizar el análisis pertinente, es importante resaltar que a las familias numerosas se les dificulta suplir sus necesidades básicas y que en muchas ocasiones los hijos son los más afectados porque no cuentan con la alimentación adecuada y necesaria, algunos niños no tienen acceso a educación, son descuidados por sus padres. Se busca sensibilizar a los padres y madres de familia, brindándoles otra visión o perspectiva en cuanto a la planificación familiar y fecundidad, para generar conciencia en cuanto al bienestar de sus hijos y en el futuro que quieren brindarles (Dimas et al., 2015)”.

Con relación a las observaciones que se realizaron en el sector de USME durante nuestro nivel de práctica en el segundo periodo académico 2017, se llegó a tener contacto con mujeres por medio de consultas y programas itinerantes (atención a la comunidad) del programa de responsabilidad Social de la Universidad Católica de Colombia. La comunidad relata que sus familias están compuestas por más de dos hijos y que sus recursos económicos son escasos, ya teniendo el conocimiento y el contacto real con población vulnerable genera el total interés en contribuir en cuanto a la

planificación familiar tanto para hombres y mujeres queriendo lograr que los diferentes estratos y más las poblaciones vulnerables que, por falta de conocimiento, información, recursos económicos o en la mayoría de casos por que los hombre no identifican la importancia de la planificación familiar por parte de ellos dejando a la mujer solamente como la responsable de esto.

Como se mencionó anteriormente para este proyecto se deben tener en cuenta las sugerencias o planteamientos de dos autores Santos y Clapis (2010) quienes mencionan que la información que se brinda sobre la planificación familiar es fundamental e importante, ya que posibilita al usuario a ejercer sus derechos, reconocer métodos anticonceptivos a realizar elecciones de autonomía.

El uso de métodos anticonceptivos fuera de Colombia; según investigaciones realizadas en los Estados Unidos, evidencian cambios significativos, el mayor aumento en el uso fue entre los usuarios de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC), incluidos el dispositivo intrauterino y el implante (del 6% al 14%) en casi todos los grupos de población de mujeres usuarias de anticonceptivos, mientras que el mayor descenso se produjo entre los usuarios de la esterilización, del 37% al 28%, con mujeres de bajos ingresos que impulsan la disminución de la esterilización femenina y mujeres de ingresos más altos impulsando el declive en la esterilización de un compañero como método primario. Se observaron aumentos moderados en el uso de la abstinencia y la planificación familiar natural. La mayoría de los cambios en el uso de anticonceptivos recientes se han producido entre los métodos más efectivos: la esterilización y los LARC. Las diferencias en las características del usuario específicas

del método subrayan la importancia de garantizar el pleno acceso a la amplia gama de métodos disponibles (Kavanaugh & Jerman, 2018).

Según este estudio “el 95% de los embarazos no deseados ocurren entre mujeres que usan su método de manera inconsistente o incorrectamente, o no usa ningún método (realizado por Kavanaugh & Jerman, 2018, 14).

Otros estudios realizados en África, como el de Hyttel, Rasanathan, Tellier & Taremwa (2012) evidencia que la necesidad insatisfecha de planificación familiar en Uganda figura entre las más altas del mundo. En 2011, solo un 14.1% de las mujeres casadas usaban anticonceptivos inyectables, el método más disponible. Datos recientes indican que la principal razón por la cual existe una necesidad insatisfecha no es falta de acceso, sino temor e inaceptabilidad de los efectos secundarios.

La importancia de este proyecto es que va dirigido a los hombres en cuanto a que los estudios sobre salud sexual desde la perspectiva masculina fueron pocos o han sido pocos; las políticas y servicios de salud, centran su atención en las necesidades de la mujer, situación que limita la participación y la identificación de las necesidades de los hombres frente a esta problemática. La inclusión de la diversidad cultural y de género, especialmente de la perspectiva masculina, constituye un reto para el diseño integral de Programas y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia (Ochoa & Vásquez, 2012).

Con respecto a los resultados de la ENDS 2015 si es posible estimar la fecundidad de los hombres, sino que solo se ha estimado indicadores de fecundidad para las mujeres; en este caso Jiménez, Aliaga y Rodríguez (2011 como se citó en el Ministerio



de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015) mencionan la imposibilidad de realizar indicadores a los hombres se debe a la subvaloración de la importancia de la salud reproductiva del hombre, solamente porque las mujeres son a las que se les ha asignado esa responsabilidad de la planificación familiar, llevan a su hijo en el vientre y experimentan el nacimiento.

Por otra parte, Torres & Vergara (2012) plantean que Colombia es un país que ha tenido una muy buena aceptación en cuanto a la planificación familiar a diferencia de los otros países latinoamericanos; mencionan que el uso de métodos como la vasectomía o ligadura de trompas, se ha consolidado como el método de preferencia por las mujeres que se encuentran en unión libre, casadas.

Mientras que la ENDS (2010 citada por Jiménez et al., 2011) es importante, aunque casi no se menciona la planificación familiar en cuanto a los hombres, plantean que se puede destacar la frecuencia de los hombres que se practican la vasectomía, en la actualidad ya que se ha evidenciado que los hombres se han concientizado un poco más del tema de planificación familiar y por ello están optando por métodos de planificación seguros hacia su pareja aportado a su desarrollo y protección.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS 2007) indican la necesidad insatisfecha de la planificación familiar, el mal uso de los métodos o el no uso de ellos cada vez aumenta más el 48 por ciento de los embarazos registrados en los últimos cinco años fueron no deseados. Para este proyecto es indispensable promover y fortalecer la salud sexual reproductiva.

Se busca fortalecer, prevenir y sensibilizar a las madres y los padres de familia con el fin de que comprendan la información que se quiere dar a conocer la cual se implementa para el buen manejo y conocimiento sobre la planificación familiar; se brindara la información necesaria sobre la importancia de la planificación familiar para los diferentes estratos socioeconómicos inclinándose más por estratos bajos que es donde se presenta un alto nivel de fecundidad y la importancia que tiene la planificación familiar por parte de algunos de los dos (hombres y mujeres), que si no se toma la decisión de planificar, aumentará el número de integrantes de la familia.

Una de las prioridades es trabajar con los padres (hombres) de familia y poder romper ese tabú o machismo de que la planificación es solo para las mujeres. Es importante tener claro que para algunas familias de estos estratos no es importante el número de hijos que se llegue a tener o no se tiene acceso al servicio de salud, no conocen sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, y no cuentan con los recursos económicos, en otros casos deciden no tener a sus hijos y prefieren abortar poniendo en riesgo su vida y quitando el derecho a la vida de un ser indefenso.

También se ha visto una necesidad de trabajar sobre sesiones completas de servicios de salud y asesoramiento, PROFAMILIA estableció un servicio legal hace 10 años. Aunque al principio no estaba del todo claro por qué tenía sentido incluir servicios legales en una organización que estaba principalmente orientada a la salud, se hizo cada vez más evidente que era de crucial importancia para entender las necesidades de las mujeres como un todo, y particularmente para entender sus necesidades en relación con la sexualidad y la reproducción en el contexto del ejercicio fundamental de sus derechos.

Si tuviéramos que hacer una contribución a la realización de los derechos sexuales y reproductivos, que incluyen trascender el concepto de salud sexual y reproductiva, era entonces necesario trabajar hacia la realización de aquellos derechos. Poder disfrutar de los derechos sexuales y reproductivos implica la posibilidad de ejercer la propia autonomía y libertad de elección, y una forma de hacerlo posible fue proporcionar los medios para reclamar los derechos de uno y buscar remedios cuando han sido violados (De La Espriella, 2014).

Según UNFPA (2014) en Colombia y América Latina, es importante en estas poblaciones vulnerables resaltar una buena salud sexual y reproductiva, ya que es un beneficio mental, y físico, donde el individuo, disfrutará de una vida sexual satisfactoria, y ser libre de decidir si lo hace o no. El UNFPA (2014) menciona que los problemas con la salud reproductiva corresponden a una de las principales causas de una pésima salud entre mujeres y niñas en edad fértil; las mujeres en estado de pobreza sufren de manera desproporcionada embarazos no deseados, abortos riesgosos, infecciones de transmisión sexual.

Basándonos en las investigaciones internacionales:

La evidencia de las últimas tres Encuestas demográficas y de salud (DHS) en Nigeria muestra un lento progreso en la adopción de la planificación familiar (PF), a pesar de las intervenciones programáticas. Si bien las barreras socioeconómicas y religiosas siguen existiendo, los factores psicosociales, como las percepciones negativas de anticoncepción por parte de los compañeros masculinos, pueden influir

tanto en la demanda como en el uso del PF conyugal. (Adanikin, Mcgrath & Padmadas, 2017, p, 56).

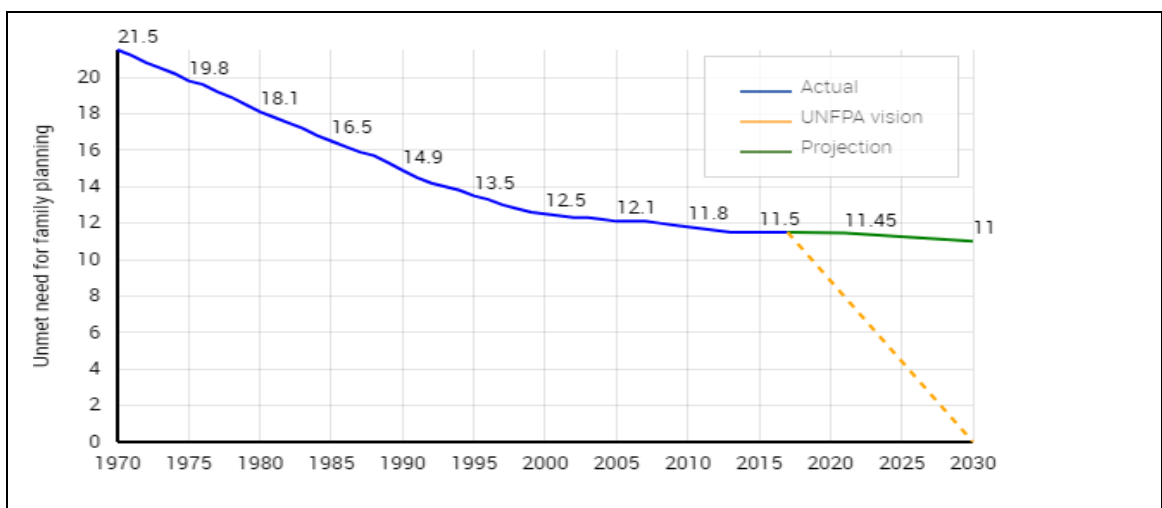
Por otra parte, esta investigación muestra la opinión de los varones quienes opinan que el uso de los anticonceptivos es un negocio de mujeres, “dos de cada cinco hombres informaron que las mujeres que usan planificación familiar pueden volverse promiscuas, especialmente los hombres mayores, los que no tienen educación formal, los musulmanes y los residentes de las zonas rurales y del norte (Adanikin et al., 2017, p. 57).

Basándonos en otra investigación realizada a nivel internacional en Pakistán donde confunden vasectomía con castración, siendo esta última la remoción quirúrgica de los testículos, hecho que les asusta, y no deja de ser interesante que los varones de los estratos más bajos son los que aprecian con mayor rapidez los beneficios de la primera (Ebrahim, 2012).

Según esta investigación se ha logrado evidenciar que los hombres no creen que sea un problema de ellos, coincidió el ex presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Pakistán y actual presidente del Foro Nacional de Salud de las Mujeres. Syed (como se citó en Ebrahim, 2012) quien explicó que se asocia la vasectomía con la impotencia. Es un asunto vergonzoso para los hombres, quienes suelen recurrir a los clérigos, la mayoría de los cuales se oponen al control de la natalidad. Como la población de Pakistán aumenta con rapidez y los métodos de planificación familiar enfocados en las mujeres fracasan, los expertos tratan de promover la vasectomía como método de control de la natalidad. La población de Pakistán es de 193.560.000

habitantes, un aumento de 3.690.000 personas, 1.864.459 mujeres y 1.958.504 hombres respecto al año anterior, cuando la población fue de 189.870.000 personas. 016, la población masculina ha sido mayoría, con 99.244.837 hombres, lo que supone el 51,37% del total, frente a las 93.958.639 mujeres que son el 48,63%.

Con la presente investigación se espera beneficiar a las familias, mujeres y hombres, que deseen y opten por tener una relación más estable y una adecuada comunicación en su hogar. Como menciona UNFPA (2014) el acceso a una planificación familiar segura y voluntaria es un derecho humano. Con respecto a la planificación familiar es fundamental para la igualdad de género.



*Figura 2.*

#### Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Fuente: Para el 2030 disminuir en la insatisfacción en materia de planificación familiar con el propósito de mejorar las vidas de las parejas, mujeres, hombres y jóvenes los derechos humanos y la igualdad de género. Recuperado de <https://www.unfpa.org/strategic-plan>

En la actualidad UNFPA (2018) saca un plan estratégico en el cual se titula Strategic Plan (2018-2021) menciona “imagine un mundo donde cada embarazo sea deseado cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo” (p. 1). Ese es el mundo que pretendemos alcanzar. Por lo tanto, el objetivo es lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, hacer efectivos los derechos reproductivos y reducir la mortalidad materna a fin de acelerar los avances en la agenda del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), con el propósito de mejorar las vidas de las parejas, mujeres, hombres y jóvenes lo que harán posible las dinámicas demográficas, los derechos humanos y la igualdad de género. (Ver figura 2).

Como se mencionó anteriormente la planificación familiar es fundamental para un desarrollo sostenible, en las parejas en donde la planificación ya va ser una decisión de los dos en bienestar de los dos. Las mujeres, hombres adolescentes y jóvenes tienen derecho a tomar sus propias decisiones informadas e informados sobre la anticoncepción.

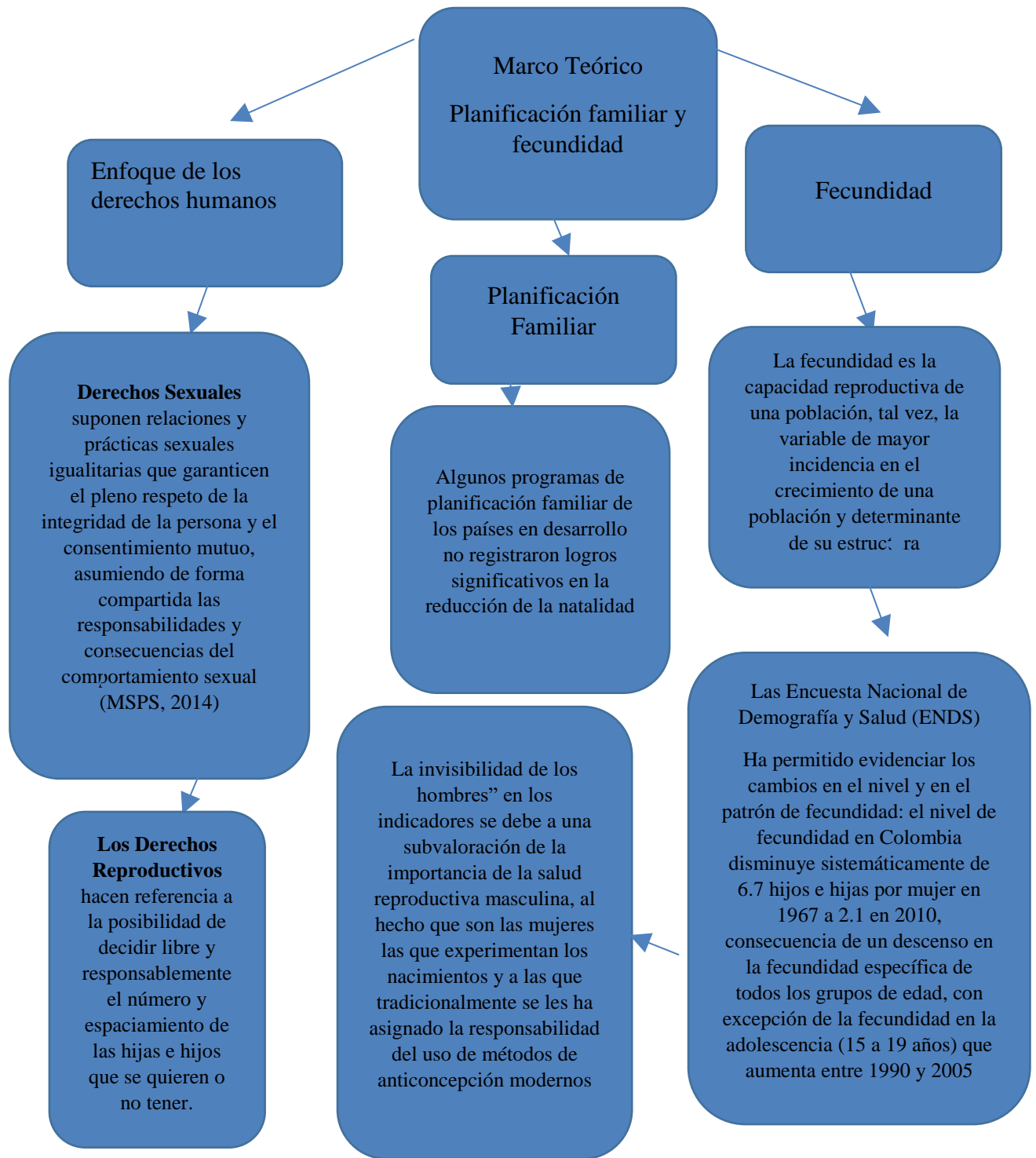


Figura 3. Marco teórico de planificación familiar Fuente. Elaboración propia

## **Marco teórico**

### **Los derechos humanos**

En la búsqueda de la redefinición del desarrollo social en general y del desarrollo humano en particular y lógicamente, en la redefinición de la esencia y formas de la política social, surge el enfoque de Derechos Humanos; es también producto de la reformulación de las intervenciones para el desarrollo, las cuales estaban centradas en la identificación y satisfacción de las necesidades básicas de las poblaciones más vulnerables, sin embargo, actualmente se promueven prácticas basadas en el reconocimiento de que toda persona es titular de derechos. Es así como hablar de derechos implica hablar de sujetos de derechos y de responsabilidades en relación al ejercicio y garantía de los mismos (Pérez-Royo, 2015).

Con respecto al Fondo de la Población De Las Naciones Unidas (UNFPA, 2014) menciona que “los derechos humanos son esenciales para todas las personas y deben protegerse, respetarse y cumplirse en todas ellas: hombres, mujeres, personas casadas y no casadas, y personas de todas las edades, independientemente de su condición o identidad” (p. 1).

De esa manera los Derechos Humanos abarcan los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de Naciones Unidas aprobados por consenso en el Programa de Acción Cairo 1994 (UNFPA, 2004).



De hecho, los DSR forman parte de un continuo de derechos humanos, el cual incluye el derecho a la vida, la salud y la educación, el derecho a la igualdad y a la no discriminación, y el derecho a decidir el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y el momento de tenerlos (UNFPA, 2014)

En cuanto a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 celebrada en El Cairo, confirma como DSR:

El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de los medios necesarios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, y el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia (Departamento Nacional de Planeación-DNP.2012, p. 19).

A la vez, el avance en el conocimiento sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos ha permitido a la comunidad internacional constatar que la superación de la pobreza, el fortalecimiento de la democracia, la erradicación de la violencia y el logro del desarrollo sostenible son posibles si se garantiza el pleno desarrollo de los derechos tanto de mujeres como de hombres (Pérez-Royo, 2015)

Por lo tanto, los Derechos Sexuales suponen relaciones y prácticas sexuales igualitarias que garanticen el pleno respeto de la integridad de la persona y el consentimiento mutuo, asumiendo de forma compartida las responsabilidades y consecuencias del comportamiento sexual (UNFPA, 2014). Por su parte, los Derechos

Reproductivos hacen referencia a la posibilidad de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de las hijas e hijos que se quieren o no tener (Pérez-Royo, 2015).

Para el ejercicio pleno de los DSR se debe contar con los medios para ello, tanto en materia de información como de acceso a servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva de calidad. Por lo tanto, para dar cuenta de la promoción y garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la ENDS 2015 incorporó nuevas temáticas que dan cuenta de los conocimientos, prácticas y actitudes en materia de sexualidad y reproducción de la población colombiana (Pérez-Royo, 2015)”.

El enfoque de derechos reconoce que los DSR se relacionan con comportamientos que se encuentran en el plano de lo íntimo y lo individual, por lo cual, cualquier acción que se emprenda deberá ser planteada en un escenario de corresponsabilidad social y personal, que permita la formulación y el desarrollo de un proyecto de vida conducente a la realización personal, respetando la autonomía y a la vez promoviendo el ejercicio responsable de los derechos (DNP, 2012).

Estos están relacionados con los ingresos, pobreza, la cobertura y acceso oportuno a servicios públicos, la oportunidad de participar en las decisiones públicas y el ejercicio de la democracia, los legados culturales que trascienden las instituciones, las comunidades, el macro entorno social, las normas sociales sobre la sexualidad, la feminidad, la masculinidad, las relaciones de pareja o la participación de las niñas(os) y adolescentes en los procesos de decisión e identidad social, de la existencia de oportunidades de desarrollo personal y alternativas de vida y la atención de la

comunidad a los DSR, a la prevención de su vulneración y la adecuada valoración de los mensajes transmitidos a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's), así como en aspectos estructurales como la pobreza o la permanencia escolar y la existencia de opciones para la generación de ingresos (DNP, 2012).

### **Fecundidad**

Una de las grandes preocupaciones del mundo moderno es la concentración de la población en las ciudades, fenómeno que se ha incrementado a comienzos del siglo XXI y que es generalizado tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. En unos y en otros, las causas pueden variar según el comportamiento de las economías o acordes con los procesos culturales que identifican las regiones, los países y las ciudades. (Castrillón & Casas, 2011).

La fecundidad es la capacidad reproductiva de una población, tal vez, la variable de mayor incidencia en el crecimiento de una población y determinante de su estructura por edad. En demografía, el término “fecundidad” se refiere, casi siempre, al número de hijos e hijas que una mujer tendría a lo largo de su período reproductivo (generalmente entre los 15 a 49 años) si se comportara de acuerdo al patrón de fecundidad por edad y no estuviera afectada por la mortalidad (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015)”.

Por otra parte la fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para estimar el crecimiento de la población de un país; el DANE (2007) señala “dos medidas principales para medir la fecundidad en un territorio como: las Tasas

Específicas de Fecundidad por edad, que miden la estructura de la fecundidad; y la Tasa Global de Fecundidad” (p. 5), que según Enciso (2008) “es la relación del número de nacimientos, con el de mujeres de 15 - 44 años de edad (edad fértil), dando una visión de cuántos niños están naciendo por cada mil mujeres capaces de procrear” (p. 8).

Flórez (2000) afirma que prevalecen “otras medidas que ayudan a establecer la coherencia en los resultados, ellas son: la Tasa Bruta de Natalidad, las Tasas Bruta y Neta de Reproducción, la edad media de la fecundidad, entre otras” (p. 33). Esto nos muestra que la determinación de la transición de la fecundidad “el paso de un régimen de fecundidad natural a uno de control deliberado de la fecundidad” Flórez, (2000, p. 34) se deben a dos factores que surgen de la realidad social y económica del país:

El primero se sustenta en el hecho de que la inmigración, que tiene una significativa presencia en determinados países, donde los nuevos pobladores tienen una formación específica de educación en los comportamientos sexuales, los cuales se orientan a la limitación de la reproducción, El segundo factor se presenta en los restantes países donde hay dos características: se encuentran las clases sociales calificadas como estratos altos, las cuales tienen acceso a todos los niveles de educación y formación intelectual, realidad que los forma en parámetros de conductas sexuales, que por sí solas planifican la anticoncepción, y la otra, se encuentran las amplias masas de los sectores populares con un bajo nivel cultural y corrientemente en situación precaria (Cadavid, Gálvez & Vélez, 2004 como se citó en Arce , Rodríguez & Garavito, 2012, p. 29).

Miro (2003 como se citó en el Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015) al respecto menciona que:

A finales de 1960 algunos programas de planificación familiar de los países en desarrollo no registraron logros significativos en la reducción de la natalidad, por lo que se empezó a discutir si el desarrollo socioeconómico podría reducir las Tasas de Natalidad al cubrir las necesidades de las familias numerosas, o si la estabilización demográfica era un requisito previo para el desarrollo, tal y como se discutió en la III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Bucarest 1974. Allí se adoptó el Plan de Acción Mundial sobre Población, dentro del cual se estableció la soberanía de las naciones en los temas de población, se reconoció el derecho a la libre decisión del número y del momento en que se tienen las hijas y los hijos, se prioriza la promoción de la situación de la mujer y se acordaron acciones para la reducción de la mortalidad, particularmente la mortalidad infantil (p. 52).

En esta misma encuesta el Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia (2015) cita en su aparte de Antecedentes otros dos estudios:

Buscando respuestas al debate sobre reducción de la natalidad y desarrollo, con el apoyo económico del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia Internacional para el Desarrollo del pueblo de los Estados Unidos (USAID, por sus siglas en inglés) se puso en marcha el Programa Mundial de Encuestas de Fecundidad (WFS) coordinado por el Instituto Internacional de Estadística, para ayudar a los países en vías de desarrollo a llevar a cabo encuestas comparables a

nivel internacional sobre la fertilidad humana y sus determinantes. Durante el período comprendido entre 1972 y 1984, el Instituto Internacional de Estadística colaboró con 65 países en la realización de encuestas nacionales por muestreo sobre fecundidad y planificación familiar (Cleland, 1989) (p. 52).

En 1980 se encontró que, pese a los notables avances en la reducción de la Tasa de Fecundidad, a partir de 1976 empezó a desacelerarse y a ser evidente la alta necesidad insatisfecha de anticoncepción. Es así como el 43 por ciento de las mujeres expuestas a embarazo y que no deseaban más hijos, no estaban usando método anticonceptivo. En ese momento se llama a las entidades gubernamentales y a otras nacionales e internacionales a aunar esfuerzos para estudiar a profundidad los componentes de la necesidad insatisfecha de planificación familiar (Ochoa, 1981) (p. 52).

El Documento CONPES 147 del DNP (2012) también hace un estudio al respecto arrojando el siguiente informe

Con respecto de Colombia la tasa de fecundidad general ha disminuido, pasando de 91 nacimientos por mil mujeres a 74, sin embargo, la fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años presentó un incremento cercano al 30% entre 1990 y 2005, del 70 por mil a 90 por mil, y aunque en el año 2010 disminuyó a 84 nacimientos por mil, todavía continúa siendo alta (p. 9).



*Figura 4.* Tasa global de fecundidad. Mujeres de 15 a 49 años 1964-2015

Fuente: ENDS 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia (2015, p. 268).

Por consiguiente, en Colombia, el nivel de fecundidad ha disminuido sistemáticamente de 6.7 hijos o hijas por mujer en 1967 a 2.1 en 2010. Para la ENDS 2015 se reporta una tasa global de fecundidad de 2 hijos por mujer. (Ver Figura 4).

La fecundidad es mayor en la zona rural, en las regiones menos desarrolladas, en los quintiles más bajos de riqueza y en los de menor nivel de educación. Mientras que las mujeres más educadas, las del quintil más alto de riqueza, las que viven en la zona urbana o en las regiones más desarrolladas tienen niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (2 hijos o hijas por mujer) (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Los diferenciales de la fecundidad se presentan por nivel educativo y quintil de riqueza. Es así como mientras una mujer de 15 a 49 años sin educación tiene en promedio 3.9 hijos o hijas, una mujer con educación superior tiene en promedio 1.6. Por su parte, una mujer en el quintil de riqueza más bajo 2.8 hijos y una mujer en el quintil

de riqueza más alto tiene en promedio 1.3 (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Con lo anterior es importante mencionar y analizar que, a pesar del bajo nivel de fecundidad logrado en 2015, el promedio nacional esconde grandes diferenciales por desagregaciones geográficas o socioeconómicas: la fecundidad es mayor en la zona rural, en las regiones y departamentos menos desarrollados, en quintiles más bajos de riqueza y niveles más bajos de educación. Los diferenciales sociales más amplios se observan por nivel educativo, con un rezago aproximado de 35 años en el descenso de la fecundidad entre las mujeres más y menos educadas: en 2015, las mujeres más educadas tienen niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (1.6 hijos e hijas).

Con el descenso de la fecundidad en todo el mundo, la participación de las mujeres de 25 a 54 años en la fuerza de trabajo ha aumentado en prácticamente todas las regiones a lo largo de los últimos 20 años (UNFPA, 2017).

El descenso en el nivel de fecundidad ha estado acompañado de un rejuvenecimiento del patrón de fecundidad, logrando una forma típicamente asociada a un mayor control natal. Sin embargo, el inicio del rol reproductivo no parece haber cambiado en el país en los últimos 10 años, situándose alrededor de 21.7 años entre las mujeres de 25 a 49 años. No obstante, el inicio del rol reproductivo es más tardío a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas: mayor urbanización, región de mayor desarrollo, mayor nivel educativo y mayor quintil de riqueza. El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 menciona que estas diferenciales socioeconómicos claramente reflejan, y refuerzan, los diferenciales



observados en el nivel de fecundidad, y propenden por esfuerzos para que se garanticen los derechos sexuales y reproductivos a todos los grupos de personas y sectores sociales, como se reconoce en la Agenda 2030, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y en la política nacional (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

La ENDS 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia (2015) por primera vez permite identificar diferenciales por sexo en fecundidad, evidenciando grandes diferencias entre mujeres y hombres. Según los resultados se analizan e indican que las mujeres inician más temprano su rol reproductivo, a nivel nacional inician prácticamente 6 años más temprano (21.5 años en las mujeres vs 27.4 años en los hombres). Esto lleva a que el porcentaje sin hijos e hijas sea mayor en los hombres que en las mujeres, y el número promedio de hijos e hijas a cada edad sea mayor en las mujeres que en los hombres, aunque el diferencial tiende a desaparecer con la edad. El 35.6 por ciento de las mujeres y el 52.7 por ciento de los hombres de 13 a 49 años no tienen hijos e hijas. El mayor diferencial por sexo en el número promedio de hijos e hijas se observa en el grupo de edad 15 a 19 años (0.16 vs. 0.02), mientras que el menor está en el grupo de edad 45 a 49 años donde el diferencial es mínimo (2.78 vs. 2.55). Así, la rapidez al final del período reproductivo es similar por sexo. El inicio más tardío del rol reproductivo en los hombres que en las mujeres, se mantiene para todas las desagregaciones, siendo mayor el diferencial en los grupos de menor nivel social: menor educación y quintil de riqueza.

Aunque es posible estimar también la fecundidad masculina, los indicadores de fecundidad se han calculado históricamente sólo para las mujeres. Según Jiménez et al (2011), “la invisibilidad de los hombres” en los indicadores se debe a una subvaloración de la importancia de la salud reproductiva masculina, al hecho que son las mujeres las que experimentan los nacimientos y a las que tradicionalmente se les ha asignado la responsabilidad del uso de métodos de anticoncepción modernos. Esta situación, a su vez, ha reforzado el hecho de que las fuentes de información se hayan dedicado a recolectar datos sobre fecundidad sólo para las mujeres, perspectiva esta que no se hombres en la ENDS 2015 facilita su inserción en las acciones de promoción, abordaje, exigibilidad y garantía de los Derechos sexuales y Reproductivos (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

De los determinantes sociales de la fecundidad, y del embarazo en la adolescencia, los resultados resaltan la importancia de la educación y de factores interpersonales como la familia, la pareja y los pares. En este contexto, se recomienda reforzar las políticas encaminadas a disminuir la deserción escolar y generar oportunidades para ampliar las perspectivas y los proyectos de vida de la población adolescente. El descenso de la prevalencia de la maternidad y el primer embarazo en las adolescentes sugiere que el conjunto de políticas públicas en Salud Sexual y Salud Reproductiva, dirigidas a los adolescentes como la estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia definida en Documentos CONPES) 147 del DNP (2012), el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de la Ciudadanía (PESSC), y los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ)- está en el camino correcto.

Por lo tanto, se debe asegurar que la implementación de dichas políticas sea efectiva, especialmente a nivel local y en las regiones de menor nivel de desarrollo donde se observan los niveles más altos de prevalencia del embarazo en la adolescencia. Dado que el efecto de los embarazos que no terminan en nacido vivo sobre la medición de la prevalencia del embarazo en las adolescentes no es despreciable, especialmente en la adolescencia tardía, se recomienda tener en cuenta este indicador en el monitoreo e implementación de la política. (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

El plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, (2013) establece las siguientes metas de DSR:

a) Para el año 2022, el 80% de las entidades territoriales cuenta por lo menos con un espacio intersectorial que coordina la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

b) Para el año 2022, el 100% de las entidades nacionales, departamentales y el 80% de las municipales, incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo y aseguran la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales) víctimas del conflicto armado, entre otros.

c) Para el año 2022, el 80% de las instituciones educativas públicas garantiza que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuentan con una educación sexual laica, basada

en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial.

d) Para el año 2022, por lo menos el 90% de las personas a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y derechos reproductivos, acceden a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los mismos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Mediante las siguientes estrategias:

a) Cuenta los determinantes sociales para erradicar las violencias de género y violencias sexuales, prevenir las ITS VIH Sida y la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, promover la salud sexual y reproductiva de adolescentes y garantizar la salud materna.

b) Coordinación interinstitucional e intersectorial para garantizar el desarrollo de acciones articuladas para cumplir con los fines del Estado Social de Derecho relacionados con la sexualidad, en el marco del ejercicio de la ciudadanía.

c) Coordinación intersectorial, y comunitaria para el desarrollo de políticas públicas que promuevan el diseño e implementación de estrategias de movilización social a nivel de instituciones públicas, privadas y comunitarias, dirigidos al ejercicio del derecho a la libre elección de la maternidad y a una maternidad sin riesgos con enfoque diferencial.

d) Desarrollo de acciones de información, educación y comunicación, fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre, autónoma, sin estigma ni discriminación por motivos de género, edad,

discapacidad, pertenencia étnica, orientación sexual, identidad de género en el marco del ejercicio de los Derechos sexuales y Reproductivos (DSR).

e) Información, Educación y Comunicación para el acceso y uso de servicios de salud, como un derecho y movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la IVE, parto y puerperio.

f) Diseño e implementación de estrategias sectoriales e intersectoriales de movilización social, información, educación y comunicación, para la promoción de la equidad de género en los diferentes ámbitos y espacios de la vida cotidiana: laborales, educativos, institucionales, comunitarios, con enfoque de derechos, género y diferencial para la construcción de nuevas masculinidades y feminidades, la transformación de creencias, imaginarios y normatividades culturales que legitiman las violencias de género y limitan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la igualdad entre hombres y mujeres.

g) Desarrollo normativo para el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población.

h) Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población.

i) Creación de mecanismos interinstitucionales para garantizar el acceso a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los derechos a quienes les han sido vulnerados

sus DSR, luchando contra la impunidad y posicionando estas violaciones como un intolerable social e institucional.

j) Empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los DSR, así como en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos.

k) Fortalecimiento del compromiso social de los medios de comunicación en la promoción del respeto y garantía de los DSR, la igualdad entre hombres y mujeres, la equidad de género, a través de un lenguaje incluyente no sexista, que cuestione las creencias y estereotipos que legitiman la discriminación, el estigma y las violencias de género y violencias sexuales.

l) Desarrollo e implementación de políticas, planes, programas y proyectos que garanticen el derecho a la educación, recreación, cultura, y al trabajo digno con igualdad de oportunidades y entornos equitativos que permitan la autonomía económica y condiciones de vida digna, especialmente para las mujeres, jóvenes, población LGBTI, población rural y víctimas del conflicto armado. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

### **Contexto latinoamericano fecundidad**

Estimativos realizados por Naciones Unidas señalan que, en la segunda mitad del siglo XX, se presentó un descenso en la fecundidad en gran parte de los países en vías de desarrollo. Hennig (2003) señala que durante el periodo 1950-2000 el número de países que presentaban una tasa total de fecundidad superior a 5 hijos por mujer disminuyó de

130 a 47, mientras que el número de países que presentaba una tasa inferior o igual a 2,1 hijos por mujer, aumentó de 5 a 63 países. Resalta además que por primera vez el nivel de fecundidad de un número sustancial de países estará por debajo de 2,1 hijos, que normalmente es considerado un nivel de reemplazo generacional. Durante el siglo actual, y para el 2050, se espera que 3 de cada 4 países localizados en las regiones menos desarrolladas tengan niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo.

“En particular, los países de América Latina y del Caribe (ALC) han experimentado un proceso de transición de la fecundidad desde los años 60” (Flórez, 1994 como se citó en Flórez & Soto, 2007, p. 19).

La información disponible permite observar que el descenso de la fecundidad se inició en la segunda mitad de los años sesenta en la mayoría de países de la región, aunque los cambios más profundos se presentaron en la década siguiente. La tasa total de fecundidad como un todo permaneció constante en los quinquenios 1950-1955 y 1960-1965 en niveles aproximados a 6 hijos por mujer. No obstante, esta cifra se redujo notablemente a 3,7 hijos entre 1985-1990 (Salazar, 2003 como se citó en Flórez & Soto, 2007, p. 19).

“Entre 1980 y 2000 las tasas de fecundidad continuaron disminuyendo, y esto ubica a Colombia entre los niveles más bajos, después de Brasil. Para el periodo 1995- 2000”, (Flórez & Soto, 2007, p. 19). Según el estudio de Schkolnik (2003) Colombia ha desarrollado una transición demográfica plena o está en progreso, al igual que todos los países de la región que ha mostrado una reducción de la fecundidad.

### **Fecundidad en adolescentes y pobreza**

La fecundidad en la adolescencia es un fenómeno de grandes implicaciones al nivel personal y social, más aún cuando ocurre a edades tempranas en la adolescencia. Desde el punto de vista individual, las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son amplias, siendo en su mayoría de carácter negativo, tanto para el niño como para la madre, y mucho más cuando este ocurre en las edades tempranas de la adolescencia y fuera del matrimonio. Los riesgos de salud, la deserción escolar, la pérdida de oportunidades de ingresos futuros, el rechazo familiar y social, las dificultades emocionales, físicas y aún financieras, son algunas de las consecuencias para la joven madre. En general, la fecundidad alta en la adolescencia, y con mayor fuerza en la adolescencia temprana, está claramente asociada al truncamiento de la trayectoria educativa y a limitaciones en el ámbito laboral de la adolescente en su vida futura (Rodríguez 2003 como se citó en Flórez et al, 2004) y quien a su vez afirma:

Aunque se trate de descendencias finales poco numerosas, si su procreación tiene lugar a una edad muy joven persiste la colisión entre reproducción y acumulación de activos educativos y laborales, amén de una carga para la cual suele haber menos preparación a dichas edades (p.43).

Por tanto, un determinante de la tasa de fecundidad son los estratos socioeconómicos, por ejemplo: las adolescentes del estrato alto “permanecen más tiempo en el sistema educativo, se insertan más tarde en el mercado laboral, e inician más tarde sus actividades sexuales y reproductivas” Flórez et al., (2004, p.68) en cambio las adolescentes de estrato bajo muestran una deserción de educación a partir de



los 12 años, lo cual conlleva la inserción en el mercado laboral a temprana edad y 13% de ellas ha iniciado sus roles reproductivos a los 17 años, mientras en el estrato alto menos de 4% lo ha hecho (Flórez, et al., 2004).

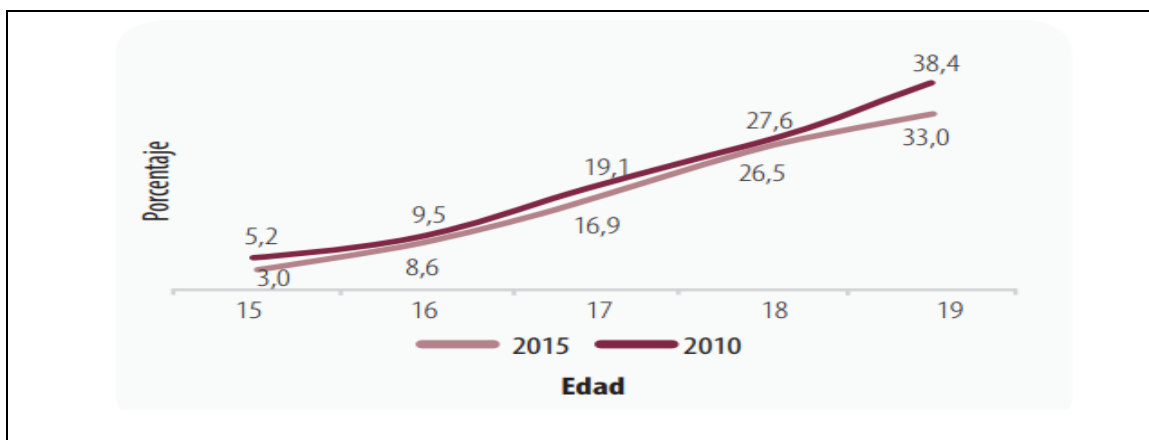
Contrario al comportamiento de la fecundidad total, la fecundidad en las mujeres menores de 20 años, o fecundidad adolescente, no muestra un comportamiento consistente a lo largo de América Latina y el Caribe. En algunos países el descenso ha sido casi insignificante, mientras que en otros aumenta y/o se mantiene constante desde 1970. En países como República Dominicana, México, Ecuador y Perú, ha mostrado un descenso permanente, aunque mucho más lento que el observado en la fecundidad total. En otros países, como Colombia y Brasil, ha descendido muy poco o ha permanecido casi constante, e inclusive evidencia una tendencia creciente en la última década 3 (Singh, 1998; Flórez & Núñez, 2000). En particular, Colombia muestra una tasa de fecundidad adolescente relativamente alta y en aumento frente al conjunto de países de la región Caribe, o frente a Centroamérica, Suramérica y Norteamérica. Aun si se compara el comportamiento de Colombia en las últimas dos décadas frente a sus vecinos latinoamericanos más próximos, se puede observar que aunque presenta menores niveles de fecundidad adolescente que Brasil, Guatemala y República Dominicana (Salazar, 2003), tiene mayores niveles que Haití, Perú y Bolivia, y con una tendencia creciente. (Flórez & Soto, 2007, p. 20).

De acuerdo a Flórez et al., (2004):

no sólo la tasa de fecundidad entre las adolescentes muestra una tendencia creciente, sino también hay un aumento en las mujeres que ha tenido un hijo

durante la adolescencia, lo cual se debe al hecho de que los nacimientos fuera del matrimonio son generalmente no planificados y no deseados (p. 10),

La mayoría de las madres adolescentes solteras son principalmente de baja condición socioeconómica, esto implica que aumentan los efectos negativos del embarazo adolescente, tanto a corto como a largo plazo, llevando a que se reproduzca el círculo vicioso de la pobreza.



*Figura 5.* Mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas de su primer hijo(a) ENDS 2015

Fuente: Recuperado de ENDS, 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social (2015, p. 40)

El descenso del porcentaje de adolescentes madres o embarazadas del primer hijo o hija entre 2010 y 2015 se presentó en todos los niveles de desagregación: edad, zona, región, nivel educativo y quintil de riqueza, siendo mayor entre las mujeres de 19 años. El mayor descenso se da en los grupos de adolescentes más favorecidos socialmente: en los quintiles alto y más alto de riqueza, en el nivel superior de educación, en la zona urbana y en las regiones más desarrolladas; esta disminución

diferencial por grupos sociales lleva a que en 2015 se amplíen las brechas socioeconómicas. El porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años del quintil bajo de riqueza madres o embarazadas por primera vez es 5.8 veces el porcentaje observado en las adolescentes de la misma edad del quintil alto de riqueza; la prevalencia de la maternidad o primer embarazo entre las adolescentes con educación primaria es 5.2 veces la de aquellas con educación superior. El mayor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas, 41.8 por ciento, se encuentra entre las adolescentes con el menor nivel educativo (primaria), mientras que el menor porcentaje, 4.7 por ciento, se observa en las adolescentes del quintil más alto de riqueza.

### **Fecundidad alta y trayectoria educativa**

Según algunos estudios realizados para cinco países la probabilidad de no estar asistiendo a la escuela a los 17 años de edad es significativamente mayor cuando se trata de madres adolescentes, y en general aumenta con el número de hijos; más aún la asociación es persistente, aunque se controlan variables como la situación socioeconómica o la condición étnica. En casi todos los países el estrato socioeconómico pareciera contrarrestar poco o nada al “efecto salida” derivado de la reproducción temprana, pues por lejos es en este estrato donde se verifican las mayores razones de disparidad entre madres y no madres. La probabilidad de no asistir a la escuela es muy alta con independencia con estrato socioeconómico de la muchacha. Las disparidades de probabilidad de estar fuera del sistema escolar son agudas cuando se combina el efecto de la variable fecundidad y de alguna variable social o étnica; “En Panamá, por ejemplo, una muchacha sin hijos tiene solo un 16% de probabilidad de no asistir a la escuela

mientras que una con dos hijos, de estrato bajo tiene un 95% de probabilidades de estar fuera del sistema escolar” (Rodríguez, 2004, p. 46).

### **Salud sexual y reproductiva**

Las profundas brechas sociales y geográficas en el nivel de fecundidad, y en el inicio del rol reproductivo, evidencian la necesidad de priorizar los temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva, y de influir en los determinantes próximos y distales, en los departamentos, regiones, y grupos sociales menos favorecidos. Esta recomendación está en línea con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018 de priorizar los temas de salud pública para el cierre de brechas socioeconómicas en el país.

Con respecto a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo establece una conexión clara entre la salud reproductiva, los derechos humanos y el desarrollo sostenible. Cuando no se satisfacen las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, se priva a las personas del derecho a elegir opciones cruciales sobre su propio cuerpo y su futuro, lo que produce un efecto dominó en el bienestar de sus familias y de las futuras generaciones. Y, dado que las mujeres son las que dan a luz a los hijos y las que en muchos casos son también responsables de alimentarlos, las cuestiones relativas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos no pueden separarse de las relativas a la igualdad de género. Y, por efecto acumulativo, la negación de estos derechos agrava la pobreza y la desigualdad basada en el género (UNFPA, 2014).

Así mismo una buena salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo.

Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia (UNFPA, 2014).

Para mantener la salud sexual y reproductiva, las personas necesitan tener acceso a información veraz y a un método anticonceptivo de su elección que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable. Deben estar informadas y empoderadas para auto protegerse de las infecciones de transmisión sexual. Y cuando decidan tener hijos, las mujeres deben disponer de acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano (UNFPA, 2014).

Todas las personas tienen derecho a elegir sus opciones preferidas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

La salud reproductiva es una cuestión que preocupa a las mujeres y a los hombres durante toda la vida, desde la infancia hasta la vejez. La evidencia según UNFPA (2014) demuestra que la salud reproductiva en cualquier etapa es vital tiene un efecto profundo sobre la salud en las fases posteriores de la vida de las personas, la educación integral en materia de salud sexual, la planificación familiar, la atención prenatal y el parto sin riesgo, los servicios para prevenir las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH) y los servicios que facilitan el diagnóstico y el tratamiento tempranos de las enfermedades que afectan a la salud reproductiva.

Para fomentar la salud reproductiva a lo largo del ciclo vital, deben reforzarse los servicios en una gran diversidad de sectores, desde los sistemas de salud y educación hasta, iniciativas encaminadas a promover la salud sexual y reproductiva.

Ahora bien, diversos estudios hablan de la importancia de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los hombres y el impacto negativo que tienen en el deterioro, no solo en el bienestar de las mujeres sino en ellos mismos; además reportan falta de compromiso y vinculación responsable con la salud, el autocuidado y la sexualidad. (Ochoa & Vásquez, 2012)”.

En Colombia la SSR de los hombres ha sido recientemente tema de preocupación; aunque existen limitaciones para su comprensión desde la perspectiva de derechos sexuales, equidad de género, comportamiento afectivo y acceso a los servicios en salud sexual; se han abordado a los hombres en dos sentidos: como vía para comprender no sólo su salud, sino también la salud de las mujeres y como sujetos de derecho que requieren atención específica.

La mayoría de investigaciones ha estudiado a los hombres desde una perspectiva de déficit de participación en salud sexual, en lugar de aproximarse a su sentir; los estudios hacen énfasis en la escasez de servicios y programas orientados a las expectativas del género masculino, a la baja participación de los hombres en los mismos, la poca capacitación como usuarios, y la carencia de personal idóneo para brindar servicios entre otros (Ochoa & Vásquez, 2012, p. 16)

Resultados de estudios como lo mencionan Ochoa y Vásquez (2012) muestran que en las instituciones de salud, el (95 %) del personal no ha recibido capacitación en salud sexual, el (96 %) no tiene servicios independientes para hombres y el (91 %) no tiene adecuaciones para prestarles servicios a ellos; también, es importante mencionar que la producción científica sobre la sexualidad de los hombres ha sido escasa, una

investigación sobre DSR en Colombia, entre 1994 y 2004, reportó en su estado del arte sólo 2 artículos que trataran directamente la salud de los hombres. Las políticas de salud en Colombia, están encaminadas a mitigar aspectos nocivos relacionados con los comportamientos masculinos y las dificultades en las relaciones de poder; las mujeres demandan mayor responsabilidad frente a la maternidad, el aborto y la infecundidad, derivada de las infecciones de transmisión sexual (ITS) provocada por sus parejas.

De esta manera se dificulta el abordaje de la SSR en los hombres ya que son vistos como transgresores y no como sujetos de derecho. Resultados de la investigación muestran las dificultades que padecen los hombres para asumir su sexualidad de manera positiva y respetuosa frente a ellos mismos y las mujeres (Ochoa & Vásquez, 2012).

La salud y los derechos sexuales y reproductivos son un componente fundamental de los derechos humanos del bienestar de las personas, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que evita riesgos de enfermedad y muerte; y pidió el acceso universal atención de salud reproductiva. También definió reproductiva para incluir el derecho de todas las personas y parejas a la información, la educación, los medios para decidir el número y el momento de los nacimientos, y los medios para alcanzar el más alto nivel de sexual y salud reproductiva, libre de coerción, violencia y discriminación (Singh, Darroch, Ashford & Vlassoff, 2014).

*La atención de la salud sexual y reproductiva puede brindar enormes beneficios para individuos, familias y sociedades, pero siguen existiendo grandes lagunas en los servicios. Al igual que con otros tipos de atención médica, personas que necesitan servicios la mayoría son los menos capaces de acceder a ellos, y las barreras de uso son complejas y multifacéticas conductual, social, económico y sistémico. Por lo tanto, se deben hacer mejoras tanto en la cobertura y la calidad de los servicios para tener el mayor efecto en los resultados de salud (Singh et al., 2014).*

### **Índice de pobreza multidimensional**

La ENDS 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia (2015) introduce por primera vez un nuevo criterio para la clasificación socioeconómica de los hogares y la población, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), desarrollado para Colombia por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el cual a partir de la información de características de la población y las viviendas, determina la privación en diferentes dimensiones del bienestar y los derechos”.

La información de la ENDS permite obtener 14 de 15 indicadores contemplados en la definición, quedando excluido el indicador de desempleo de larga duración, para el que la ENDS no incluye información. Las zonas rurales son las que tienen mayores privaciones relativas (comparadas con el promedio nacional) en casi todas las dimensiones del IPM. Las carencias más apremiantes son las que se presentan en el bajo logro educativo (82.2% de los hogares, frente a 48.4% del promedio nacional), las fuentes de aguas mejoradas (31.7% contra 9%), la eliminación de excretas (31.4% frente a 11.5%), en materiales inadecuados de los pisos (21.5% contra 6%), y en material



predominante de paredes (69.1% frente a 18.6%) (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

**Número ideal de hijas o hijos para mujeres y hombres actualmente unidos por número de hijas o hijos sobrevivientes**

El número ideal de hijas o hijos para todas las mujeres de 13 a 49 años y para las de 15 a 49, fue de 2.2 para el 2015, evidenciando una diferencia de 0.4 puntos por zona de residencia, siendo este estimado relativamente mayor para la zona rural (2.5), frente a la zona urbana (2.1). Para las mujeres en unión, el número ideal de hijas o hijos fue de 2.4, y por zona de residencia fue de 2.7 en zona rural y de 2.3 en zona urbana.

El número ideal de hijas o hijos reportado para todas las mujeres de 15 a 49 años, en la zona rural es de 2.5 hijos, lo cual evidencia un leve aumento en comparación a la ENDS 2010 (2.4). Específicamente para las mujeres que se encuentran actualmente en unión la cifra se mantiene en 2.7 hijas o hijos, en relación a lo hallado en 2010. Para el total de mujeres se evidencia un promedio de dos hijas o hijos como número ideal (52.2%) seguido por tres hijos (17%) y un hijo (15.6%) ((Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Tanto en la zona urbana como en la rural se reportó un mayor porcentaje en la categoría de dos hijas o hijos (53.1% y 48.4% respectivamente). En la zona urbana, la siguiente categoría más reportada se concentra en uno y tres hijas o hijos con un 16.4 por ciento, mientras que en la zona rural el segundo mayor porcentaje de distribución es de tres (19.1%) ((Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Referente al número deseado de hijas o hijos en relación al número de hijas o hijos sobrevivientes, se destaca que los porcentajes principales por categorías son cuando corresponde el número de hijas o hijos ideal con el número de hijas o hijos que tiene la mujer, exceptuando las mujeres que declaran un número ideal de dos hijas o hijos, pero reportan no tener ninguna o ninguno (58%), una hija o hijo (58.8%), seguido por dos hijas o hijos (56.7%) y cuatro hijas o hijos (36.8%). Esto se reporta de manera similar en la zona rural y urbana, la zona rural el porcentaje más frecuente de las mujeres que desean tener dos hijas o hijos son quienes no tienen hijas o hijos (61.1%) seguido por una hija o hijo (58.6). El número ideal de hijas o hijos para todos los hombres en el grupo de edad de 13 a 49 años es de 2.4 a nivel nacional, lo cual aumenta en los hombres actualmente en unión (2.7 hijas o hijos). Se observan diferencias por zona de residencia: 2.4 en zona urbana y de 2.7 en rural. Lo reportado para hombres es relativamente menor en comparación con lo reportado para mujeres, dado que de manera general los hombres de 13 a 49 años declaran 2.4 hijas o hijos en promedio (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

En los hombres, al igual que en las mujeres, el número ideal reportado es dos (53.5%) seguido por tres (20.1%) y uno (10.3%). En los hombres que residen en la zona urbana y similar a aquellos que residen en la zona rural, al igual que en las mujeres, se reporta una concentración porcentual en el número de hijas o hijos sobrevivientes con el mismo número de deseados, exceptuando aquellos hombres que no tienen, pero desean tener dos, tanto en la zona urbana como en la rural (59.7% y 56.9% respectivamente) (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Se observa, al igual que en el caso de las mujeres, dos hijas o hijos como el número ideal a tener por la mayoría de los hombres con dos hijas o hijos sobrevivientes o menos y, una relación directamente proporcional del número ideal a tener con el número de sobrevivientes, donde el número ideal se correlaciona con el número de sobrevivientes al momento de la encuesta, para aquellos con tres, cuatro y seis hijas o hijos. Al comparar el número ideal de hijas o hijos entre todas las mujeres (2.2) y todos los hombres (2.4) se encontró que la diferencia es estadísticamente significativa con un 95 de confianza (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

### **Tamaño de los hogares y jefatura**

Asociado con el avance en la transición demográfica, principalmente con el descenso de la fecundidad, así como también con los cambios en la composición familiar, se viene observando un descenso marcado del tamaño de los hogares. El promedio de personas por hogar captado por la ENDS 2015 en el total del país es de 3.5 y es prácticamente igual para las zonas urbanas (3.5 personas por hogar) y rurales (3.6 personas por hogar). Este promedio viene en descenso: en 2010, era 3.8 personas por hogar y en 2005, era de 4.1 personas por hogar. El descenso en el período 2010 a 2015 fue más importante en las zonas rurales que en las urbanas: disminuyó de 3.9 a 3.6 (7.7%) en las primeras y de 3.7 a 3.5 (5.4%) en las segundas (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

### **Participación de hombres y mujeres en la toma de decisiones del hogar según características y distribución territorial**

Las frecuencias de participación en las decisiones son mayores para las mujeres casadas o unidas, que para las mujeres alguna vez unidas y para las solteras, las frecuencias de participación crecen con el número de hijos hasta los tres a cuatro, pero cuando tienen cinco o más hijos, las frecuencias de participación disminuyen. La participación de las mujeres es sistemáticamente inferior cuando pertenecen al quintil más bajo de riqueza. La región Atlántica es donde la mujer reporta menor frecuencia de participación, en todos los tipos de decisión, excepto en la de cocinar.

El hecho que, a diferencia de la fecundidad del grupo de 15 a 19 años, la fecundidad en todas las demás cohortes haya descendido de manera sistemática en los países de la subregión andina, según lo destaca el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA-2007), significa que las mujeres andinas siguen iniciando su reproducción a edades tempranas, y es posteriormente cuando empiezan a aplazar o detener su fecundidad, principalmente a partir de los 2 o 3 hijos/as (Vélez, 2012).

### **Educación**

Si no se cubren las necesidades de planificación familiar se puede tener un elevado costo social que incluye el aumento de la deserción escolar a causa de un embarazo no planificado. En las niñas que abandonan la escuela se observa una menor productividad del trabajo y, por ende, menor crecimiento de su economía; así como una estimación de menor ingreso futuro en el mercado del trabajo en comparación con las que tienen un nivel de escolaridad completo (Gutiérrez, 2013).

En Latinoamérica, si bien los factores económicos para el abandono escolar son importantes, también se mencionan frecuentemente el embarazo y la maternidad. Está comprobado que el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres y niñas aumenta el acceso a la educación, muchas adolescentes con un embarazo se ven obligadas a abandonar la escuela. Por otro lado, las chicas que van a la escuela utilizan más los métodos anticonceptivos (Gutiérrez, 2013).

### **Nivel de educación de mujeres y hombres**

De la población masculina de 6 y más años, el 60.9 por ciento no ha alcanzado a completar la educación secundaria, y el promedio de años de educación que alcanza en su vida llega solo a 7.6. La proporción de población masculina que completa la secundaria es 17.9 por ciento y la que llega a la educación superior es el 20.5 por ciento. El porcentaje que no alcanza a completar la secundaria es menor para las mujeres (57.9%) y, aunque el porcentaje de mujeres que tiene secundaria completa (17.4%) es prácticamente igual al de los hombres, el de quienes llegan a educación superior (24.2%) es mayor que el de los hombres; lo que se confirma con un promedio también superior (8.0) de años de educación (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Después del uso de la anticoncepción, el nivel educativo de las mujeres se ha identificado como la variable que más ha influido en el cambio del comportamiento reproductivo en Colombia. Así mismo, el nivel educativo de los hombres también influye de manera importante en el cambio reproductivo (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

### **Nivel de alfabetismo**

El alfabetismo es una condición educativa básica sin la cual las personas pueden estar sometidas a drásticas limitaciones para desempeñar tareas cotidianas simples, incluyendo las relacionadas con su propio cuidado, la nutrición de los hijos y el saneamiento de sus hogares. El 82.7 por ciento de las mujeres colombianas ha alcanzado un nivel educativo de secundaria o superior y por tanto sabe leer y escribir. Otro 15.2 por ciento no ha alcanzado ese nivel, pero también saben leer y escribir y solo el 2 por ciento de las mujeres no sabe leer ni escribir. El analfabetismo de las mujeres del área rural es superior al de las mujeres del área urbana: 6.2 por ciento contra 0.9 por ciento. El nivel de analfabetismo de los hombres de 13 a 49 años (3%) es superior al de las mujeres del mismo rango de edad. Es mayor en la zona rural que en la urbana: 8.2 por ciento contra 1.3 por ciento (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

El acceso a información y proveedores de métodos anticonceptivos se recogió para determinar si los hombres recuerdan y reportan haber escuchado por medios de difusión masiva visual y escrita como radio, televisión, periódicos y revistas información sobre métodos anticonceptivos. El nivel de recepción de estos mensajes permite planear futuros esfuerzos de difusión de información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva y evaluar los actuales programas.

Asociado a la retención y reporte de información en medios masivos, es importante determinar si los hombres reportan haber tenido espacios de discusión sobre métodos anticonceptivos con personal de la salud. La principal fuente de información sobre

métodos anticonceptivos entre los hombres de 13 a 49 años fue la televisión, seguido de periódicos, revistas o internet y radio. Los porcentajes oscilan entre el 45 y 70 por ciento con variaciones en el orden de importancia entre los grupos de hombres según estatus marital. Solo hasta el 10.5 por ciento de hombres independientemente de su estatus conyugal y actividad sexual reportan haber hablado sobre anticoncepción con un profesional de salud. Se observan diferencias entre la zona rural donde solo alcanza el 7.2 por ciento, así como aquellos hombres con nivel primario de educación (3.4%) o sin educación formal (4.3%).

De forma similar se observa que solo hasta un 20.9 por ciento de hombres independientemente de su estatus marital y actividad sexual reportan haber oído hablar sobre anticoncepción en la EPS. Los niveles más bajos los reportan los hombres en zona rural y sin educación formal (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

### **Diferenciales socioeconómicos y de género en los niveles educativos**

La proporción de población femenina que no tiene educación es sustancialmente mayor en los estratos socioeconómicos bajos y disminuye marcadamente a medida que se avanza hacia los estratos socioeconómicos más altos. Lo mismo sucede con la proporción de población que solo alcanza hasta la secundaria incompleta. Por el contrario, las proporciones de mujeres que alcanzan los niveles más altos de educación, específicamente secundaria completa y educación superior, aumentan al pasar de estratos socioeconómicos bajos a estratos socioeconómicos altos de riqueza. En cuanto a los hombres, la proporción de quienes alcanzan la educación superior en el quintil más

alto es 15 veces superior a la del quintil de riqueza más bajo, mientras que en el caso de las mujeres esa brecha es de 10 veces (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

### **La planificación familiar**

Uno de los grandes avances en Colombia que contribuyó a mejorar la situación de las mujeres por el acceso a su educación y conocimiento de la salud sexual y reproductiva fue la planificación familiar, una práctica y un movimiento promovido por la revolución femenina que se puso de moda en toda Latinoamérica a mediados de los años sesenta. Fue en esta época que nació Profamilia con el objetivo principal de mejorar las condiciones de salud sexual y salud reproductiva de los hombres y las mujeres colombianas, especialmente en aquellos temas relacionados con los embarazos no deseados o los efectos negativos del uso de anticonceptivos de manera clandestina o no confiable (Castrillón & Casas, 2011).

Según lo mencionado en el artículo por Panamá City (2012) la planificación familiar como un derecho del ser humano trae beneficios económicos por tanto todos debe tener acceso a esta. En la actualidad, 222 millones de mujeres carecen de anticoncepción. UNFPA calcula que se requieren 4.100 millones de dólares para cubrir las necesidades de esta población. Este cálculo se produce después de que una cumbre sobre planificación familiar realizada hace cuatro meses en Londres logró recaudar 4.600 millones de dólares en compromisos de los países donadores y de la Fundación Bill y Melinda Gates. El informe señala que lograr que la planificación familiar voluntaria esté disponible para todos en los países en desarrollo reduciría los costos de la



atención médica materno infantil en 11.300 millones de dólares al año. Cubrir las necesidades de anticoncepción no sólo reduciría los costos de salud, sino que permitiría a las mujeres jóvenes realmente planear el trabajo, la escuela y los hijos en sus propios términos. Finalmente, señala el informe, esto permite a las mujeres hacer mayores aportaciones a la economía, incrementar la productividad e impulsar el desarrollo.

Beneficios de la planificación familiar según World Health Organization (2012) se da en las madres y los bebés son más saludables cuando se evitan los embarazos de riesgo. Las familias más pequeñas significan más dinero y comida para cada niño. Los padres tienen más tiempo para trabajar y estar con la familia. Retrasar el primer o el segundo embarazo permite que los jóvenes permanezcan en la escuela.

Cosas para considerar, muchos jóvenes necesitan anticonceptivos para retrasar el embarazo. Idealmente, mujeres y hombres jóvenes deben esperar hasta al menos 18 años o haber terminado los estudios, y están listos antes de tener hijos. Después de tener un hijo, es más saludable esperar al menos 2 años para tratar de quedar embarazada nuevamente. Tener más de 4 hijos hace que el parto sea más arriesgado (OMS, 2012).

A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados, o las opciones son limitadas. El miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja plantea barreras formidables. El temor a efectos colaterales e inquietudes relacionadas con la salud frenan a mucha gente; otros no conocen las opciones

anticonceptivas y su utilización. Existen una serie de anticonceptivos orales combinados son píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas, éstos también son conocidos como la píldora, funcionan previniendo la liberación de óvulos. La efectividad depende de la usuaria (OMS, 2012).

Si bien la población mundial envejece, no podemos dejar de reconocer que hacer uso de la planificación familiar es una estrategia que las personas tienen a su alcance para gozar no solo de una adecuada salud sexual y reproductiva, sino también de una herramienta fundamental para su propio desarrollo y el de la sociedad. Derecho que debe ser respetado.

Por un tema de equidad en salud, no solo debemos disminuir la necesidad insatisfecha de planificación familiar, sino también reducir la brecha existente entre los métodos anticonceptivos modernos ofrecidos por el sector privado y el sector público. Deuda de muchos años que debe ser asumida totalmente por el Estado. Es fundamental y deber del Estado tener políticas claras de planificación familiar, respetar la autodeterminación de hombres y mujeres cuando deciden planificar su vida reproductiva, y el derecho que tienen de no tener interferencias en su decisión, así como en el acceso y disponibilidad a la más amplia gama de métodos anticonceptivos.

Gage (1998) además afirma que el proceso de toma de decisiones sobre los determinantes próximos de la fecundidad está sujeto a una serie de regulaciones sociales. En Colombia, se espera que, por ejemplo, el inicio de actividad sexual de las mujeres se posponga lo más posible e incluso que ocurra en el contexto de una relación estable.

Estas expectativas y restricciones sociales hacen que su ocurrencia se asocie con una serie de significados psicológicos y sociales (Vargas, Henao & González, 2007).

“No hay lugar en el mundo en que los varones participen más que las mujeres en la anticoncepción”, es lo que menciona Gutmann (2009) en un estudio que realizó de planificación familiar, en su estudio comenta que los métodos altamente eficaces de anticoncepción para mujeres se han tornado muy accesibles, y las mujeres se han vuelto la meta principal de las campañas de planificación familiar de las últimas décadas, las decisiones sobre control de la natalidad se han producido cada vez más en una cultura anticonceptiva femenina (Gutman, 2009).

Los varones han sido intencional e inadvertidamente marginados de la responsabilidad de evitar embarazos, incluso por la industria farmacéutica, instituciones nacionales de planificación familiar, instituciones religiosas, agencias multilaterales y fundaciones. Por medio de una historia de la anticoncepción masculina y de investigaciones etnográficas sobre vasectomías en Oaxaca, México, pretende explorar las experiencias de varones en culturas anticonceptivas femeninas contemporáneas. La baja tasa de participación masculina en la anticoncepción en Oaxaca es resultado de estructuras globales e ideologías articuladas en las premisas modernistas de sexualidades dicotómicas, legitimadas a través de tópicos biológicos erróneos (Gutman, 2009).

En Colombia en 1995 sólo era reconocido como método de planificación familiar por el 0,7 por ciento de la población y en el 2015 aumentó su prevalencia al 3,6 por ciento, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2015), ese estudio, elaborado cada cinco años por el Ministerio de Salud y con la colaboración de

Profamilia a partir de miles de encuestas en todo el territorio nacional, demostró además que en hombres unidos ese método sube al 5,5 por ciento y que es la población entre los 45 y los 49 años (6,7 %) la que más se la práctica.

Llama la atención también que quienes más se hacen la vasectomía son los hombres que aún no tienen hijos (6,1 %), mientras que entre los que tienen 3 o 4, ese porcentaje se reduce a la mitad, según la ENDS. En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, el 5,5 por ciento de los hombres actualmente unidos se han realizado la vasectomía, cifra que ha venido aumentando en comparación con la del 2010 (3,4 por ciento). Así mismo, durante el 2016, Profamilia realizó en el país más de 15.000 vasectomías (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015)

Son varias las razones de esta alza, pero en general los que más consultan en el país son los hombres entre los 50 y los 59 años de edad (18,7 por ciento). Por nivel socioeconómico, los hombres que pertenecen al nivel más alto reportan mayor acceso a la vasectomía con un 10,6 por ciento, frente al 0,6 por ciento de hombres en el nivel más bajo. (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

En Bogotá, la ENDS arrojó que 4 de cada 100 hombres tienen la vasectomía, un porcentaje muy bajo por una cirugía en la que el hombre recibe anestesia local y su recuperación no es muy larga. (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

### **Uso de métodos de anticonceptivos en el pasado**

Los porcentajes reportados de uso de métodos anticonceptivos en el pasado reflejan diferencias sustanciales, estadísticamente significativas, entre mujeres y hombres. Es

importante resaltar que estas reflejan la invisibilidad histórica de los hombres en materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Tradicionalmente, las políticas y acciones en uso de métodos anticonceptivos se han enfocado en las mujeres, y entre ellas, recientemente se ha enfatizado en el grupo de las más jóvenes (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Entre las mujeres en unión marital, los métodos anticonceptivos modernos más usados son los siguientes: el condón masculino, los inyectables y la píldora. La esterilización femenina alcanza el 34.9 por ciento en promedio entre los diferentes grupos de edad y supera el 45 por ciento para las mujeres mayores de 34 años (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015, p. 48).

Según menciona Fernández y Ruidiaz (2014) en los programas de planificación familiar y el control de natalidad se debe identificar previamente todos los mitos y creencias que generan, en este caso el procedimiento quirúrgico masculino vasectomía para constar que los hombres gocen de una buena salud reproductiva. Para los citados autores la salud reproductiva es “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no es simplemente la ausencia de enfermedades o dolencias” (p.23).

Es importante resaltar la gran contribución de estos programas de planificación familiar, ya que se promovería más la planificación en el género masculino y así dar fin a las creencias que se tiene sobre esta.

Actualmente, la vasectomía es considerada un procedimiento complejo que afecta la vida sexual de los hombres debido a la falta de información, lo que implica la poca utilización de los métodos de anticoncepción en la población masculina. Se estima

que el costo de la vasectomía es aproximadamente cinco veces menor al costo de la esterilización tubárica (Fernández & Ruidiaz, 2014, p. 23)

En torno a la práctica de la vasectomía, aún existe una serie de mitos y prejuicios con respecto a una supuesta pérdida de virilidad o vigor sexual entre aquellos varones que se atrevan a realizarse dicha intervención quirúrgica menor. Además, existen varias dudas sobre este método, lo cual se ha visto reflejadas significativamente en la poca participación de los hombres en el mismo; son muchos los hombres que tienen diferentes puntos de vista acerca de la realización de la vasectomía, así como mitos y creencias que dificultan que se lleve a cabo este procedimiento. Esto podría generar que la población masculina tenga poca responsabilidad a la hora de escoger un método anticonceptivo que sea beneficioso para ella y sus parejas, teniendo en cuenta que la vasectomía es un procedimiento simple, que involucra menos riesgos que la ligadura de trompas. (Fernández & Ruidíaz, 2014).

El mito más común se refiere al desempeño sexual, no existe la posibilidad de que se presenten problemas con la erección peneana debido a una vasectomía. El mito machista que asocia la impotencia a la vasectomía expresa el miedo de que la masculinidad esté vinculada a los órganos genitales y que cualquier intervención sobre ellos pueda perjudicar el desempeño sexual (Fernández & Ruidiaz, 2014).

Es importante resaltar que entre todas las adolescentes de 13 a 19 años el uso en el pasado de algún método anticonceptivo moderno no supera el 50 por ciento y el 25 por ciento de algún método tradicional. Este grupo de mujeres incluye las nunca unidas, no activas sexualmente y sin experiencia sexual lo cual debe considerarse al interpretar

estos porcentajes de reporte de uso en el pasado de anticonceptivos (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

El impulso para extender la planificación familiar ha traído consigo grandes avances científicos dirigidos a mejorar la salud y el bienestar de la persona y a evitar las consecuencias de las altas tasas de crecimiento de la población, de ahí la necesidad de tener métodos de anticoncepción más accesibles. El concepto de planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y parejas a regular su fertilidad, fundamentado en las áreas de la salud, los derechos humanos y la demografía. A pesar de la evolución en las políticas y los programas de planificación familiar en todo el mundo, existen grandes áreas geográficas en las que todavía no se cumplen las necesidades mínimas. Las razones son múltiples, incluyen motivos económicos, pero también ideológicos o religiosos. Las técnicas anticonceptivas modernas buscan la interrupción del proceso de la concepción actuando en el óvulo, espermatozoides, fertilización o implantación y con métodos o técnicas que modifican los hábitos sexuales de las parejas. Antes se denominaban métodos de abstinencia periódica o planificación familiar natural, que ahora se llaman planificación familiar basada en el conocimiento de la fertilidad (Haghenbeck, Rodrigo & Herrera, 2012).

### **Uso actual de métodos anticonceptivo**

El uso actual de métodos anticonceptivos es el indicador más importante de este capítulo en términos de comparabilidad internacional y de seguimiento a las metas nacionales establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y alineadas hacia el Objetivo número 5 y 6 de las metas del Milenio y las metas 3.7 y 5.6 de los ODS de

Mejorar la Salud Sexual y Salud Reproductiva. Este indicador se define como el porcentaje de mujeres/hombres que reportan uso actual (30 días antes de la encuesta) de algún método anticonceptivo, de algún método anticonceptivo moderno y de algún método anticonceptivo tradicional. El cuestionario individual para mujeres y hombres pregunta al individuo si actualmente la persona o su pareja sexual estaban usando un método anticonceptivo y cual. Esta información se presenta en el Cuadro 8.3.1 para las mujeres y 8.3.2 para los hombres, por tipo de método, grupos de edad y desagregada para tres grupos según estatus marital y actividad sexual, consistente con el indicador de conocimiento y de uso pasado de métodos anticonceptivos (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Al comparar entre la ENDS 2010 y la 2015, se encontró que el aumento en los porcentajes reportados de uso actual para las mujeres unidas de 15 a 49 años es estadísticamente significativo con un 95 por ciento de confianza para algún método (79.1 a 81%) y algún método anticonceptivo moderno (72.9 a 75.9%). Entre las mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años, el aumento reportado en uso actual de algún método anticonceptivo (81.6 a 82.5%) no es significativo, pero sí lo es para algún método anticonceptivo moderno (75.1 a 77.7%) con un 95 por ciento de confianza (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Se destaca que el país alcanzó ambas metas propuestas para los ODM. Primero, las mujeres en unión (75.9%) y las sexualmente activas sin unión (77.7%) superaron la meta de prevalencia de uso actual de métodos modernos del 75 por ciento. Segundo, las adolescentes entre 15 a 19 años alcanzaron una prevalencia de 76 por ciento de uso de



algún método moderno entre las sexualmente activas sin unión. La meta de los ODM era de 65 por ciento para las adolescentes sexualmente activas tanto unidas como no unidas (DPN, 2014), y se observa que en 2015 la prevalencia fue de 72 por ciento superando el objetivo. Se resalta que de haber definido esta meta de los ODM por separado para las adolescentes de 15 a 19 años en unión y las sexualmente activas no unidas, las primeras no habrían alcanzado la meta (60.5%) mientras las segundas la sobrepasan (76%) (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

La prevalencia de uso actual entre todos los hombres, hombres unidos y los que son unidos sexualmente activos. Para los hombres en unión, los métodos modernos de anticoncepción de uso actual más reportados fueron los siguientes: inyección (14.8%) (Mensual 10% y trimestral 4.8%), condón masculino (8.7%) y la píldora (7.3%).

De acuerdo a un estudio realizado en Universidades públicas y privadas se analizan tres categorías que fueron comunes con las participantes: La primera tiene que ver con la “facilidad de obtener” el método, es decir las mujeres consideran que la decisión de utilizar un método está relacionada con la facilidad de comprarlo o que la empresa promotora de salud (EPS) se lo suministre. En ese sentido, la píldora y los inyectables siguen siendo los más utilizados ya que cumplen con estos requisitos: los reciben de la EPS, o si lo tienen que obtener prefieren que sea a un precio asequible para ellas. Sin embargo, existe una ambigüedad dado que algunas consideran que “entre más barato sea el método menos seguro es”. La segunda subcategoría encontrada en los datos, es la seguridad que ofrece la utilización de un método en especial. Las mujeres entrevistadas consideran que si bien la píldora o los inyectables no son métodos “agradables” de

utilizar, sí representan una protección segura ya que para ellas es importante la regularidad en el sangrado menstrual, pues muchas son usuarias del dispositivo intrauterino (DIU), de anticonceptivos orales o de inyectables combinados que no producen con frecuencia ausencias menstruales (más frecuentemente con métodos de sólo predestinas), lo que para ellas es un signo inequívoco de no estar embarazadas. Dicen que, aunque el DIU y los métodos combinados son incómodos, tienen efectos secundarios o causan dolor (DIU, inyectables) pero aun así prefieren tener este tipo de sensaciones a no tener menstruación. Teniendo en cuenta este aspecto, si bien es cierto que las mujeres consideran los implantes e inyectables trimestrales como “métodos muy seguros y muy buenos”, sobre todo por sus características de uso, estos les generan temor a su utilización por suprimir en algunos casos el sangrado menstrual. Como tercera subcategoría emergente de los datos, se encuentra la utilización del método según la edad de la mujer. Aunque éste no fue un aspecto que se indagó directamente, sí fue evidente que la utilización de los métodos evoluciona de acuerdo a la edad de la mujer. Consideran ellas que una mujer adolescente y nulípara utilizaría o utiliza algún método “flexible” como las píldoras o los inyectables, en cambio una mujer joven con un hijo utiliza o utilizará un método más “fijo” en el tiempo como un dispositivo intrauterino o implantes y una mujer adulta propiamente dicha y multípara utilizará o utiliza un dispositivo intrauterino o un método permanente. Un aspecto relevante que surgió es que algunas las mujeres adolescentes y adultas jóvenes que participaron no han utilizado métodos hormonales anticonceptivos, sólo métodos de barrera, específicamente el condón y, algunas, espermicidas. Sin embargo, cuando se les pregunta si han utilizado

algún anticonceptivo dicen que “no”, es decir, en las mujeres entrevistadas, el condón no representa un anticonceptivo sino un método de protección contra infecciones de transmisión sexual. Además, se tiene la creencia de que cuando la pareja es estable y “se lleva un tiempo largo con esa persona no hay necesidad de seguir utilizándolo” (Gómez & Pardo, 2010, p.35).

Según un estudio realizado en Cartagena en el 2013, los resultados arrojados reportaron que las edades de los participantes oscilan entre 20 - 49 años, de nivel económico bajo y medio, y nivel educativo técnico y profesional. Hallazgos similares expresa Córdoba en su investigación, según la cual la edad de los pacientes que se realizaron la vasectomía estuvo en promedio de 36.6 años; es un dato importante para conocer las razón donde se concentra y se refleja la mayor preocupación por parte de los hombres por controlar su vida sexual reproductiva; En los hallazgos encontrados sobre los mitos y creencias, el 93,33 % manifiesta que no afecta el placer propio o de la pareja, al igual que la impotencia sexual y tampoco genera eyaculación precoz. Ante esto se evidencia que existe un grado de aceptación y conocimiento sobre el procedimiento. (Fernández & Ruidiaz, 2014, p.27).

En contraste con lo anterior, en lo que concierne a la planificación familiar de acuerdo con los resultados se puede afirmar que los hombres consideran que la responsabilidad recae únicamente sobre su pareja. La explicación de esto se basa en algunas teorías que plantean que la sexualidad en los varones se comprende como un ejercicio de poder y la refieren a una masculinidad obsesiva, la cual expone como ideología una personificación del poder de los hombres sobre la mujer; se ha encontrado

que la presencia de los hombres en los hechos relacionados con la regulación de la fecundidad y la reproducción es poca, pues consideran que de esto se encarga la mujer, y rechazan generalmente el asumir responsabilidades en el ámbito reproductivo la mayor parte de estos hombres son de edades relativamente jóvenes, y que hacen parte de un “cambio generacional” en el cual predominan ideas de mayor apertura en lo concerniente a la sexualidad y a que la mayoría de decisiones se toman en pareja. (Fernández & Ruidiaz, 2014).

La esterilización femenina tuvo la prevalencia más alta para el grupo de 13 a 49 años (30.4%) y de 13 a 59 años (33.1%), esto es consistente con lo reportado por las mujeres, a pesar de ser métodos que no son físicamente visibles y cuyo reporte depende de la comunicación sobre el tema de anticoncepción entre la pareja. Para los hombres sexualmente activos sin unión marital, los métodos modernos de anticoncepción de uso actual más reportados fueron los siguientes: condón masculino (46%), inyección (14.9%) (mensual 13.5% y trimestral 1.4%) y píldora (11.4%). Al igual que los resultados encontrados para los hombres en unión, los resultados para este grupo también son consistentes con lo reportado por las mujeres sexualmente activas sin unión marital para los métodos modernos inyección y píldora. El uso actual de condón masculino reportado es diferente comparado a lo reportado por las mujeres. El porcentaje total informado para uso actual de condón masculino es más de 5 veces mayor entre los hombres sexualmente activos sin unión marital comparados con los hombres en unión. Esta diferencia da cuenta de dinámicas culturales en el uso de métodos de anticoncepción de barrera en los

hombres dentro y por fuera de una unión marital. Es importante resaltar que, al comparar los niveles de uso actual entre mujeres y hombres de 13 a 49 años en unión marital, se encontraron diferencias significativas con un 95 por ciento de confianza para uso actual de algún método (80.9 y 82.7% respectivamente) y no se encontraron diferencias significativas por algún método moderno (75.9 y 76.7% respectivamente). Al comparar los niveles de uso actual entre mujeres y hombres de 13 a 49 años sexualmente activos sin unión marital, las diferencias fueron significativas tanto para uso de algún método (82.5 y 89.6% respectivamente) y de algún método moderno (77.7 y 86.5% respectivamente). (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015, p. 54).

### **Cambios en el uso de métodos**

La prevalencia de uso de cualquier método se incrementó en 15 puntos porcentuales entre 1990 y 2015. Para los métodos anticonceptivos modernos el aumento en este mismo período de tiempo fue de casi 20 puntos porcentuales. Al principio el incremento era mayor y posteriormente se fue reduciendo, lo cual es lógico, puesto que cada vez es más difícil porque se está en niveles máximos, si se tiene en cuenta que existen mujeres que están buscando un embarazo y otras están lactando o tienen problemas de fertilidad.

En el mismo período, la participación porcentual de los métodos tradicionales disminuyó del 11.4 al 5 por ciento. La esterilización femenina se ha incrementado en 14 puntos porcentuales y existen grandes posibilidades de que esta tendencia continúe; el 70 por ciento de las mujeres colombianas no quieren tener más hijos y muy seguramente gran parte de ellas son potenciales demandantes de este método.

En 1990, la píldora era el segundo método con una participación del 14.1 por ciento mientras que en 2015 la prevalencia de uso se ha reducido a la mitad con un 7 por ciento. La participación porcentual de la inyección era en 1990 de sólo 2.2 por ciento y para 2015 es de 14.2 por ciento, una ganancia de 12 puntos porcentuales. El uso del condón masculino pasó del 2.9 al 5.8 por ciento, pero el aumento fue mayor entre las mujeres que no están casadas o unidas, pero con una vida sexual activa. El DIU en 1990 tenía una prevalencia del 12.4 por ciento entre las mujeres casadas o unidas y se ha reducido al 4.7 por ciento. Estos cambios para el DIU resaltan disminución de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada. Por el contrario, los implantes han aumentado relativamente entre 1995 y 2015 del 0.7 a 0.54 por ciento. (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015, p. 56).

### **Percepción sobre métodos anticonceptivos por parte de los hombres**

Las percepciones de aprobación o rechazo sobre métodos anticonceptivos son permeadas por patrones sociales y culturales que pueden convertirse en barreras o ventajas frente a temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva y en esta medida pueden influenciar el uso y reporte de uso de métodos anticonceptivos en los hombres. El cuestionario para hombres se aproxima a esta dimensión y pregunta si la anticoncepción es un asunto de hombres o solo mujeres y si el uso de métodos anticonceptivos se relaciona con promiscuidad en las mujeres. Se observa de forma generalizada, entre todos los hombres, alta aprobación frente al uso de métodos anticonceptivos por parte de sus parejas. Este patrón es evidente por zona urbana (95.8%) y rural (92.9%), por

regiones con porcentajes entre el 90.8 por ciento en el Atlántico y el 97.2 por ciento en Bogotá. Se destaca que los hombres sin educación formal reportan los porcentajes más bajos (85.8%). Este comportamiento se mantiene tanto para hombres en unión, como para aquellos no unidos sexualmente activos (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).



Figura 6. Métodos de planificación  
Fuente: de Organización Mundial de la Salud (s.f.).

## **Objetivos**

### **Objetivo General de la investigación**

Promover la planificación familiar en los diferentes estratos socioeconómicos con énfasis en la responsabilidad masculina en la planificación familiar.

### **Objetivos Específicos de la investigación**

1. Diseñar un blog para personal de salud y estratos socioeconómicos que tengan fácil acceso a internet.
2. Diseñar folletos para ser entregados a población vulnerable con difícil acceso a internet y personal de salud.
3. Promover y fortalecer a través del blog y folletos la planificación familiar en los diferentes estratos socioeconómicos.
4. Incentivar y promover la planificación familiar al género masculino a través del blog y folletos.

## **Metodología**

### **Tipo de diseño**

Para llevar a cabo este proyecto se plantea una investigación de tipo descriptivo definido como la intención del análisis que se orientó a la descripción del fenómeno social en cuestión, en la medida que se “busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010 p., 103). Considerando que se quiere buscar las características esenciales de diferentes estratos socioeconómicos, para así



generar un impacto y promover la información del concepto de la planificación familiar con énfasis en la responsabilidad masculina.

### **Población**

La población a estudiar son madres y padres de diferentes estratos socioeconómicos escogidos al azar con una muestra de 10 participantes comprendidos entre los 20 y 60 años de edad y que tengan más de dos hijos. Como criterios de inclusión que deben ser madres o padres de familia de las localidades de Usme y Usaquéen de esta manera se excluyeron a todos aquellos padres y madres de familia que tuvieran las siguientes características: Padre y madre de familia menor de 20 años o mayores a 60 años, que tengan menos de dos hijos y que vivan en localidades distintas a Usme y Usaquéen.

### **Instrumentos**

- Encuesta Cuantitativa para identificar las necesidades y características del producto para los clientes en el estudio de mercado (ver Apéndice A, Apéndice B y Apéndice C).
- Consentimiento Informado. Se sugiere a cada participante diligenciar para las dos técnicas cualitativas y cuantitativas (ver Apéndice D y Apéndice E).
- Cuestionario. Es un instrumento de medición con 28 ítems que corresponde a una categoría para su previo análisis. El cuestionario de 28 ítems consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir, las preguntas son cerradas algunas

abiertas y contienen categorías o alternativas de respuestas son delimitadas. Algunas son dicotómicas (dos alternativas de respuestas) y otras de varias alternativas de respuestas (ver Apéndice F).

- Entrevista semiestructurada (ver Apéndice G).
- Folletos de planificación familiar para la distribución en la localidad de Usme y Usaquén.
- Un blog con la información de planificación familiar.
- Encuesta de satisfacción del diseño de los productos y su aprobación en la sociedad (ver Apéndice H).

## **Procedimiento**

### **Fase 1**

En esta fase se terminará el marco teórico y se harán las respectivas correcciones en la metodología de estudio, así como la elaboración y validación de los instrumentos planteados.

### **Fase 2**

Realización del Estudio de Mercado y aplicación de los instrumentos (ver Apéndice A, Apéndice B y Apéndice C) para establecer los clientes, usuarios y diseños de los productos.

### **Fase 3**

Se llevará a cabo la entrevista y la encuesta a 4 participantes distribuidos de las localidades de Usme y Usaquén. Las tres investigadoras abordarán a cada uno de los posibles participantes y los invitara a realizar el ejercicio del proyecto. Una vez que cada

uno de los sujetos acepte ser participante en el proyecto se le entregará impreso un consentimiento informado para que sea leído y planteen las dudas pertinentes a la encuesta y una vez que éstas sean resueltas por los investigadores se procede a firmarlo.

Se realiza la Entrevista Semiestructurada con los sujetos que acepten ser participantes del proyecto se le entregará impreso un consentimiento informado para que sea leído y planteen las dudas pertinentes a la entrevista y una vez que éstas sean resueltas por los investigadores se procede a firmarlo. Los resultados se pueden ver en el Apéndice I.

#### **Fase 4**

Diseño del blog (Apéndice J) y los respectivos folletos (Apéndice K) a partir del conocimiento de la población.

#### **Fase 5**

Se hará la validación del blog y de los folletos elaborados anteriormente.

#### **Fase 6**

De acuerdo a los resultados obtenidos las investigadoras elaborarán el blog y los tres folletos respectivos con la información registrada.

#### **Fase 7**

Elaboración de los resultados, conclusiones y recomendaciones del estudio.

### **Resultados**

La población a la que se les aplicó el instrumento final de los productos tres folletos distribuidos de la siguiente manera (uno para hombre, uno para mujer y uno de derechos sexuales) y el blog, fueron tomadas al azar solicitándoles la participación para

la aplicación del instrumento; se realizaron las encuestas (ver Apéndice H) a doce participantes, tres mujeres de la Localidad de Usme, tres mujeres de la localidad de Usaquén, tres hombres de la Localidad de Usme y tres hombres de la localidad de Usaquén, donde ellos firmaron el respectivo consentimiento informado y a su vez se les realiza la presentación del blog y de los folletos, con el fin de evaluar y calificar los productos, esto se realiza para conocer si éstos fueron satisfactorios o si por el contrario es aconsejable realizar mejoras para el producto.

Se evidencia una completa y activa participación de los actores para el procedimiento que se realizó; luego de recoger la información presentada por parte de los participantes se realizan las tabulaciones de las respuestas dadas por los participantes; a continuación, se presentan los resultados detallados por cada categoría y pregunta:

### **Encuesta de satisfacción**

### **Calificación del contenido de los productos Planificando mi familia**

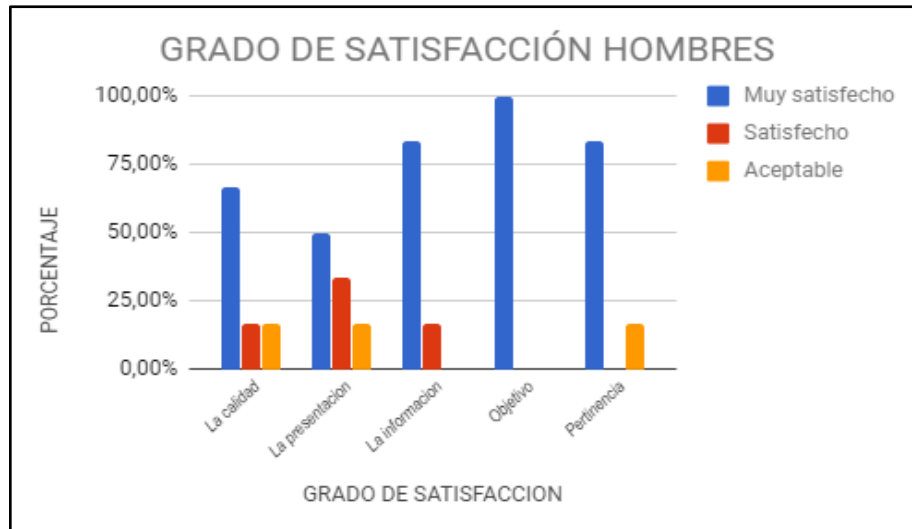


Figura 7. Grado de satisfacción del contenido en hombres.

En la encuesta de satisfacción de la validación de los productos Planificando mi familia (Folletos y Blog), con la participación de 6 hombres que actualmente residen en las localidades de Usme y Usaquén; se evidencia en la gráfica de satisfacción de contenido que el género masculino el 70% se encuentra muy satisfecho en cuanto a la calidad, el 20% satisfecho y aceptable; la presentación el 50% muy satisfecho y el 20% aceptable; la información el 80% se encuentran muy satisfechos, el 20% satisfecho; en objetivo el 100% de los hombres se encuentran muy satisfecho; en el ítem de pertinencia el 80% está muy satisfecho y el 20% satisfecho. Lo anterior es el resultado general del folleto y blog.



*Figura 8.* Grado de satisfacción del contenido en mujeres.

En la encuesta de satisfacción de la validación de los productos Planificando mi familia (Folletos y Blog); se evidencia en la gráfica de satisfacción en las mujeres en cuanto a la calidad, el 70% de las mujeres están muy satisfechas, el 20% satisfechas y aceptable; en la presentación, el 70% se encuentran satisfechas y el 20% muy satisfechas y aceptable; en la información, el 50% satisfecha el 30%, satisfecha y el 20% aceptable; en objetivo, el 80% muy satisfechas y el 20% satisfecho y aceptable; en el ítem de pertinencia, el 70% muy satisfecha y el 20% satisfecho y aceptable. Lo anterior es el resultado general del folleto y blog.

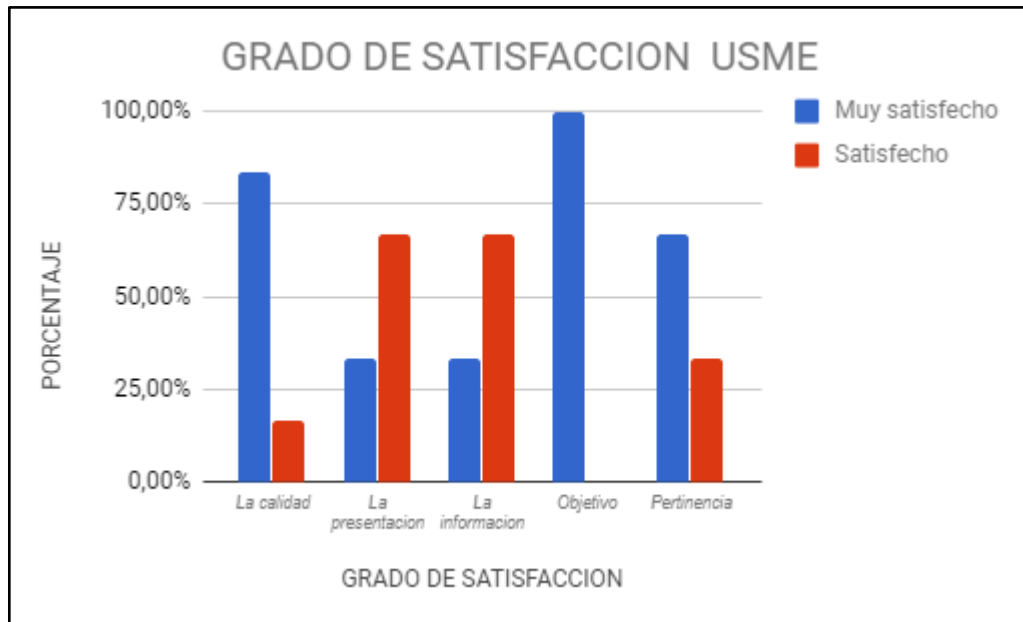


Figura 9. Grado de satisfacción del contenido en la localidad de Usme.

En la gráfica 9de de satisfacción de la localidad de Usme, se evidencia en cuanto a la calidad, el 80% de ellos se encuentran muy satisfechos y el 20% satisfechos; en la presentación, el 30% de la localidad se encuentran muy satisfechos y el 70 % satisfechos;, en el ítem de la información, el 30% se encuentran muy satisfechos y el 70 % satisfechos,; en el objetivo, el 100% se encuentra muy satisfecha la localidad; en la pertinencia de los temas, el 70% se encuentra muy satisfecho y el 30 % satisfecho. Lo anterior es el resultado general del folleto y blog.

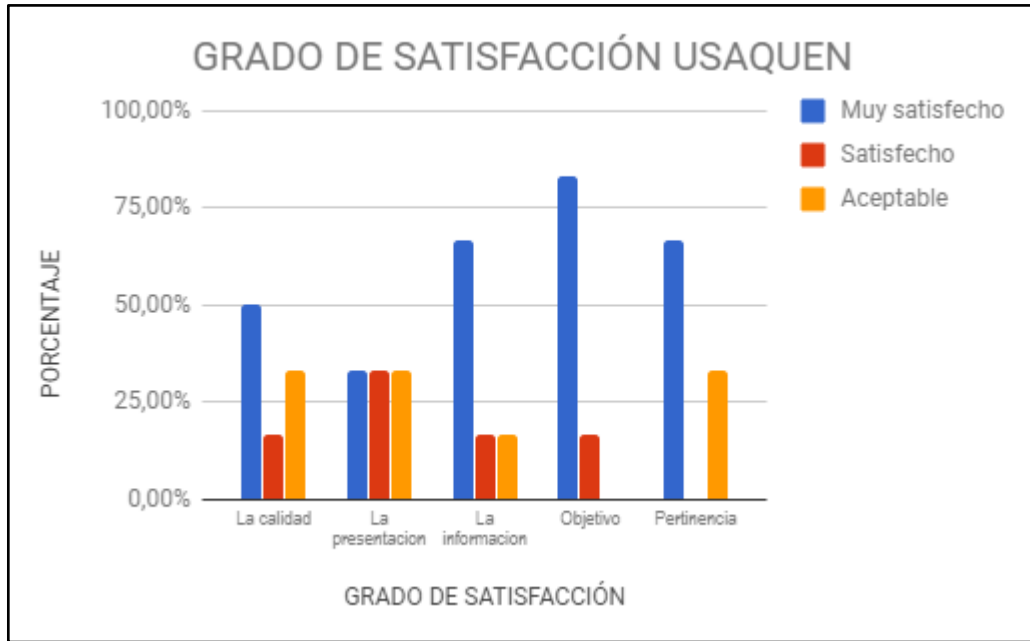
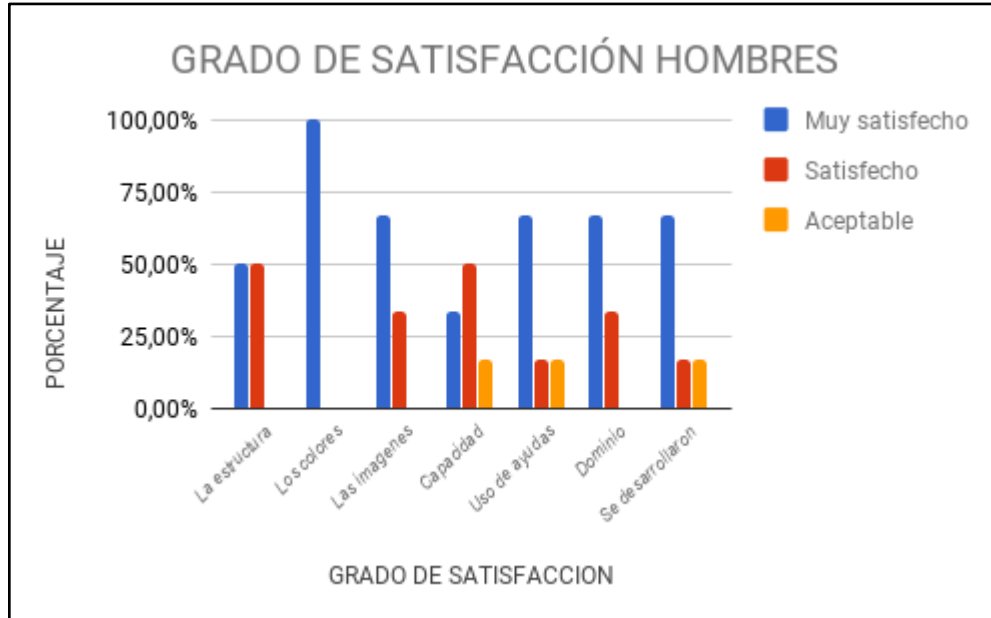


Figura 10. Grado de satisfacción del contenido en la localidad de Usaquén.

En la gráfica 10, de satisfacción de la localidad de Usaquén, en cuanto al grado de satisfacción de la calidad, el 50% están muy satisfechos, el 20% satisfechos y el 30% es aceptable; la presentación, la puntuación es del 30% en muy satisfecho, 30% satisfecho y aceptable para la localidad; en el ítem de información, el 70% se encuentra muy satisfecho, el 20% se encuentra en satisfecho y aceptable; en objetivo, el 80% se encuentra muy satisfecho y el 20% satisfecho; en el ítem de pertinencia de los temas, el 70% están muy satisfechos y el 30% aceptable. Lo anterior es el resultado general del folleto y blog.



**Metodología**



*Figura 11.* Grado de satisfacción de la metodología para hombres.

En la encuesta de satisfacción de la validación de los productos Planificando mi familia (Folletos y Blog), con la participación de 6 hombres que actualmente residen en las localidades de Usme y Usaqué, se evidencia en la figura 11 que la estructura utilizada en los productos es muy satisfecho con un 50%; en los colores se encuentra muy satisfecho con un 100%; en las imágenes los participantes se encontraron satisfechos con un 30% y muy satisfechos con un 70%; en la capacidad para transmitir ideas, los participantes se encuentran satisfechos con un 50% , en la metodología del uso de ayudas, los participantes mencionan un 70% muy satisfechos; en el dominio del tema, los participantes calificaron con un 60% muy satisfechos contra un 40% que menciona fue aceptable el dominio del tema en los productos, y un 70% menciona que el

desarrollo del tema es muy satisfecho contra un 30% describe fue aceptable el desarrollo del tema planificación familiar.

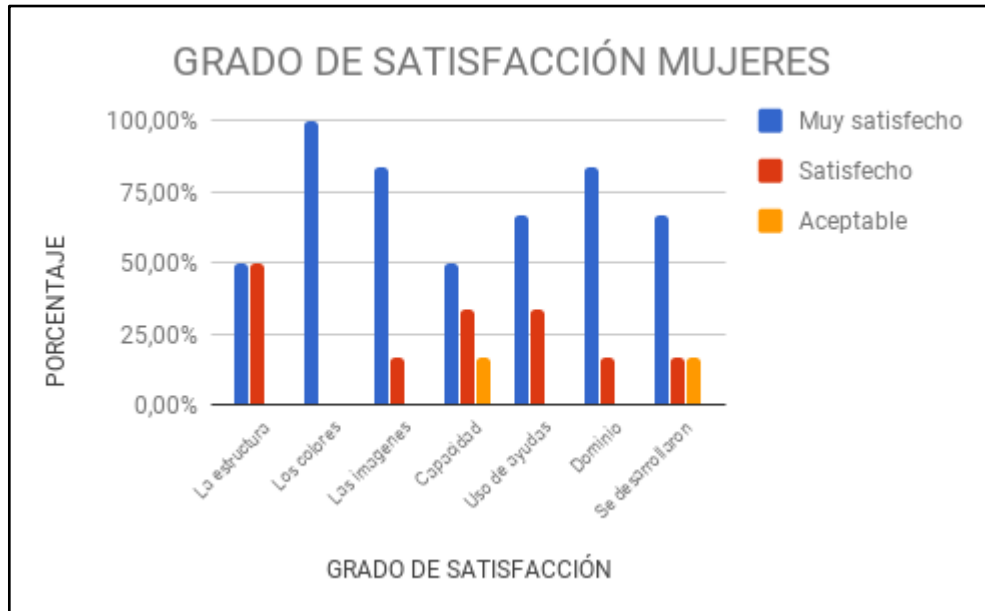


Figura 12. Grado de satisfacción de la metodología para mujeres.

En la encuesta de satisfacción de la validación de los productos Planificando mi familia (Folletos y Blog), con la participación de 6 mujeres que actualmente residen en las localidades de Usme y Usaquén, se evidencia en la figura 12 que la estructura utilizada en los productos es muy satisfecho con un 50% el otro 50% menciona que se encuentra satisfecho con la estructura de los productos; en los colores se encuentra muy satisfecho con un 100%; en las imágenes, las participantes se encuentran muy satisfechas con un 76% y satisfechas con un 20%; en la capacidad para transmitir ideas, las participantes se encuentran satisfechas con 50% contra un 40% satisfecho y un 10% aceptable; en la metodología del uso de ayudas, las participantes mencionan un 70%

muy satisfechos y un 20% satisfecho; en el dominio del tema, los participantes calificaron con un 60% muy satisfechos contra un 30% satisfechos, y un 70% menciona que el desarrollo del tema es muy satisfecho un 10% dice que satisfecho y un 10% menciona que aceptable.

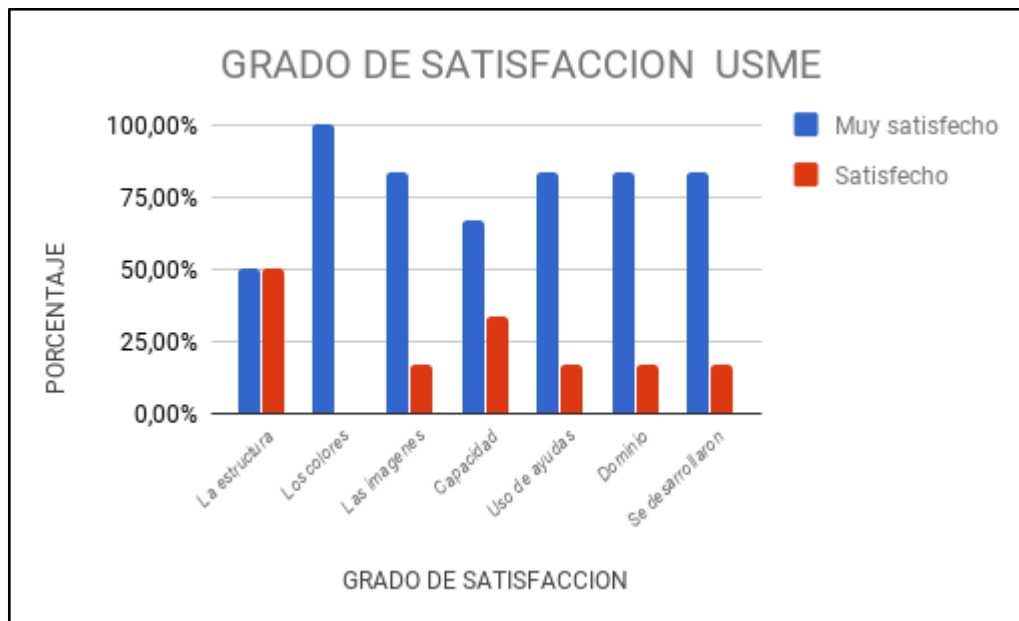


Figura 13. Grado de satisfacción de la metodología localidad de Usme.

En la encuesta de satisfacción de la validación de los productos Planificando mi familia (Folletos y Blog), con la participación de 6 personas de las cuales 3 de sexo femenino y 3 de sexo masculino que actualmente residen en la localidad de Usme, se evidencia en la figura 13 que la estructura utilizada en los productos es muy satisfecho con un 50%, y satisfecho con un 50%; en los colores, se encuentra muy satisfecho con un 100%; en las imágenes, los participantes se encontraron satisfechos con un 20% y

muy satisfechos con un 76%; en la capacidad para transmitir ideas los participantes se encuentran satisfechos con 30% satisfechos, y muy satisfecho con un 70%; en la metodología del uso de ayudas, los participantes mencionan un 70% muy satisfechos y un 20% satisfechos; en el dominio del tema los participantes, calificaron con un 76% muy satisfechos y un 24% satisfechos; un 70% menciona que el desarrollo del tema es muy satisfecho y un 30% menciona que satisfechos.

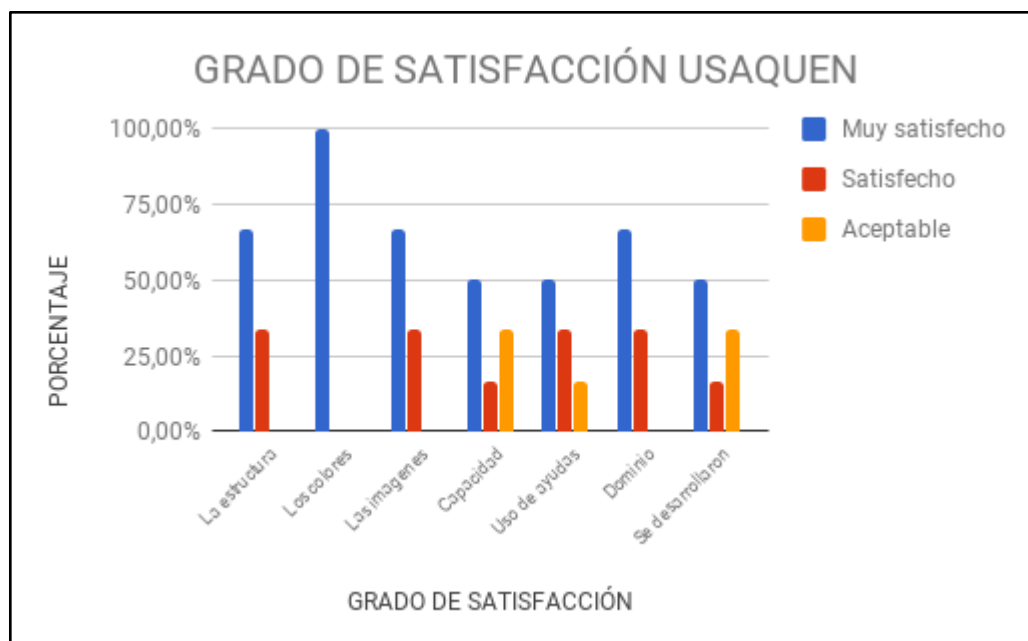


Figura 14. Grado de satisfacción de la metodología localidad de Usaquén.

En la encuesta de satisfacción de la validación de los productos Planificando mi familia (Folletos y Blog), con la participación de 6 personas de las cuales 3 de sexo femenino y 3 de sexo masculino que actualmente residen en la localidad de Usaquén se evidencia en la figura que la estructura utilizada en los productos es muy satisfecho con un 55%, y satisfecho con un 30%; en los colores, se encuentra muy satisfecho con un

100%; en las imágenes, los participantes se encontraron satisfechos con un 30% y muy satisfechos con un 60%; en la capacidad para transmitir ideas, los participantes se encuentran satisfechos con 20%, y muy satisfecho con un 50%, y aceptable un 30%; en la metodología del uso de ayudas, los participantes mencionan un 50% muy satisfechos, el 30% satisfecho y el 20% aceptable; en el dominio del tema, los participantes calificaron con un 76% muy satisfechos; y un 50% menciona que el desarrollo del tema es muy satisfecho, un 30% de los participantes menciona que es aceptable y el 20% menciona que es satisfecho, por lo tanto, se evidencia la diferencia con la figura 13 de la localidad de Usme, se podría decir que en la localidad de Usaquéen existe una mayor exigencia de contenido y vocabulario para el conocimiento que ellos manejan.

**Valoración**

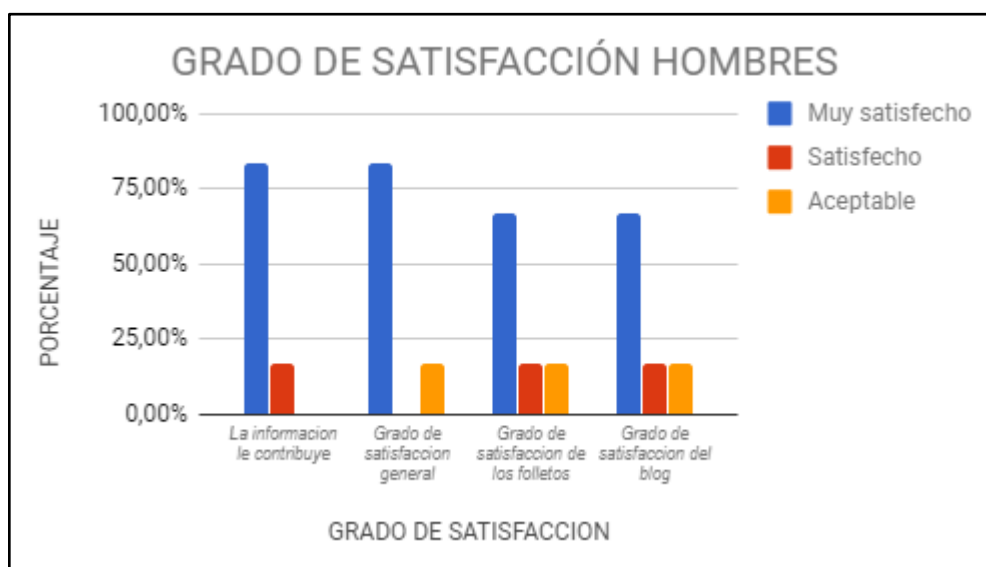


Figura 15. Grado de satisfacción de la valoración del producto en hombres.

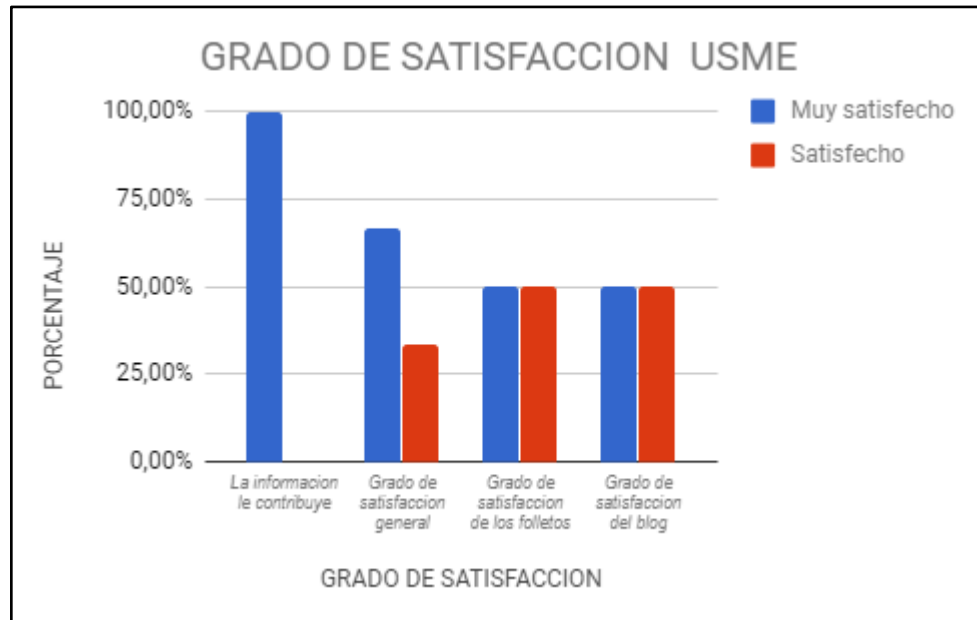
Al analizar las encuestas de los seis participantes se evidencia que los hombres muestran un 77% de muy satisfecho en que la información le contribuye y un grado de satisfacción general,, un 60% un grado de satisfacción en los folletos y en el blog, mientras que un 18% manifiesta que la información le contribuye, en cuanto a folletos y blog son satisfactorios, y el mismo porcentaje 12% manifiesta un grado de satisfacción general, grado de satisfacción en los folletos y en el blog de manera aceptable.



Figura 16. Grado de satisfacción de la valoración del producto en mujeres.

Al analizar la gráfica 16, encontramos que el sexo femenino se siente en un 100% muy satisfecho con la información que encuentra;, en un 65% muy satisfecho ve un grado de satisfacción general, un 28% muy satisfecho con el grado de satisfacción en los folletos y un 17% de satisfacción en el blog;, un 50% ve un grado de satisfacción en los folletos y un 27% de satisfacción en general y un mientras que un 12%

aproximadamente se siente insatisfecho y se siente muy satisfecho con el blog mientras que un 65% aproximadamente se siente satisfecho con el blog.



*Figura 17.* Grado de satisfacción de la valoración del producto en la localidad de Usme.

En la localidad de Usme se observa que el 100% se siente muy satisfecho con la información que contribuye, un 60% muy satisfecho con grado de satisfacción general, un 50% con grado de satisfacción en los folletos y en el blog. Un 30% se siente satisfecho con el grado de satisfacción en general y un 50% satisfecho con el grado de satisfacción en folletos y blog.

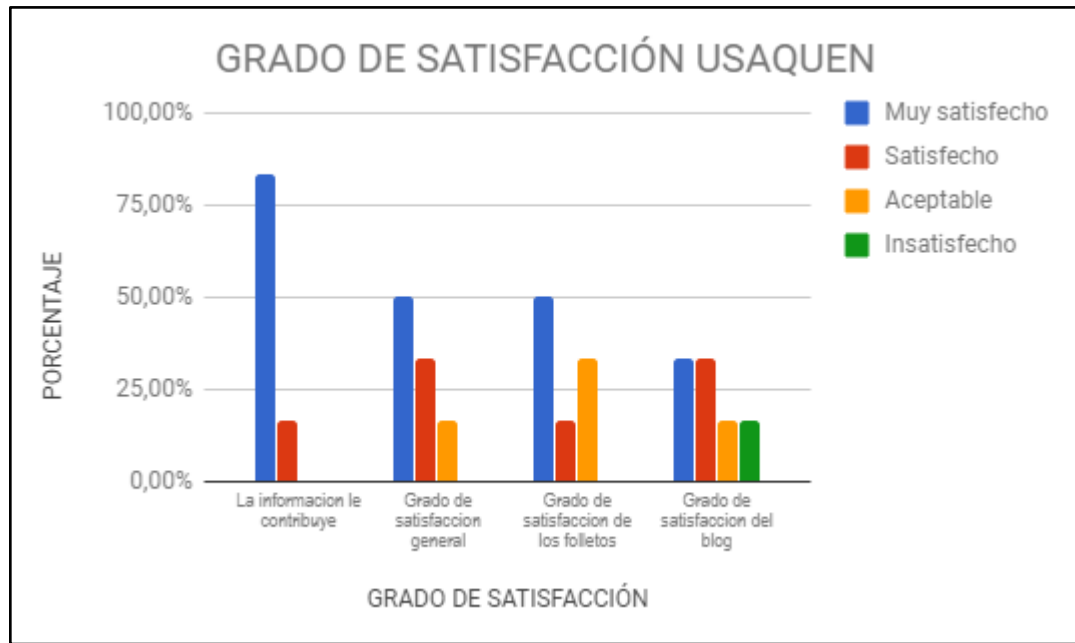


Figura 18. Grado de satisfacción de la valoración del producto en la localidad de Usaquén.

En el grado de satisfacción de Usaquén se evidencia que se sienten en un 77% muy satisfechos con la información que le atribuye, en un 50% muy satisfechos en el grado de satisfacción general y en el grado de satisfacción de los folletos, un 27% muy satisfechos en el grado de satisfacción del blog, un 15% de satisfecho en la información le contribuye, un 27% de grado de satisfacción general, un 15% de satisfecho en el grado de satisfacción de folletos, un 27% de satisfacción en el blog, un 27% de aceptable los folletos, un 15% de aceptable el blog y un 15% insatisfecho por el blog.



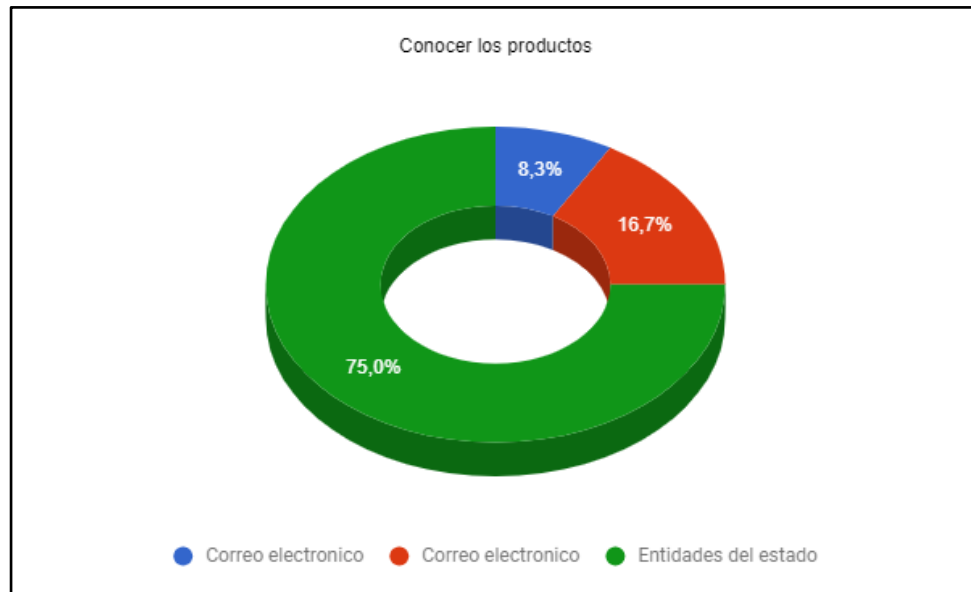


Figura 19. ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca del producto?

En la gráfica 19 se evidencia que el producto se les gustaría que se diera a conocer por medio del estado en el 75%, el 16.7% por medio de redes sociales y el 8.3% por medio de correo electrónico que se diera a conocer.

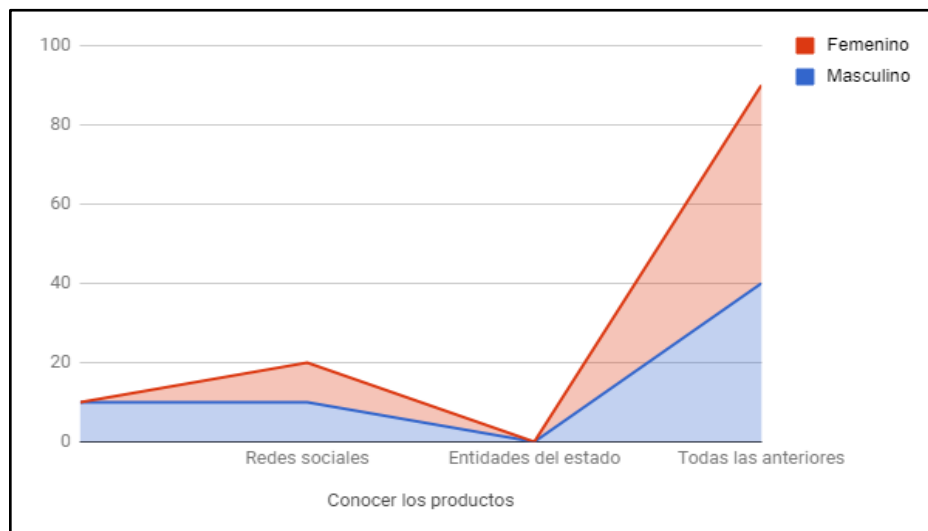
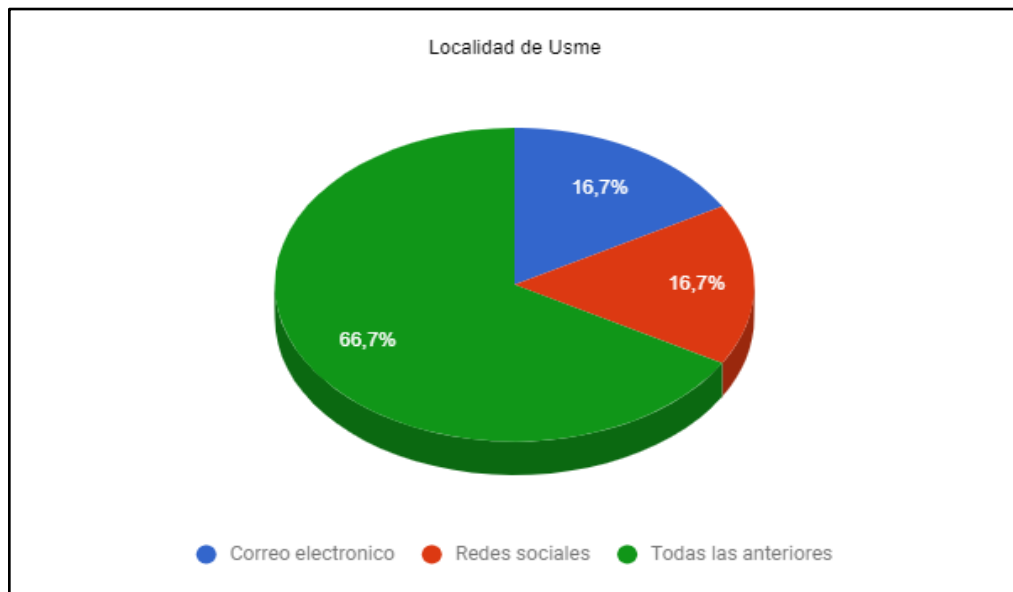


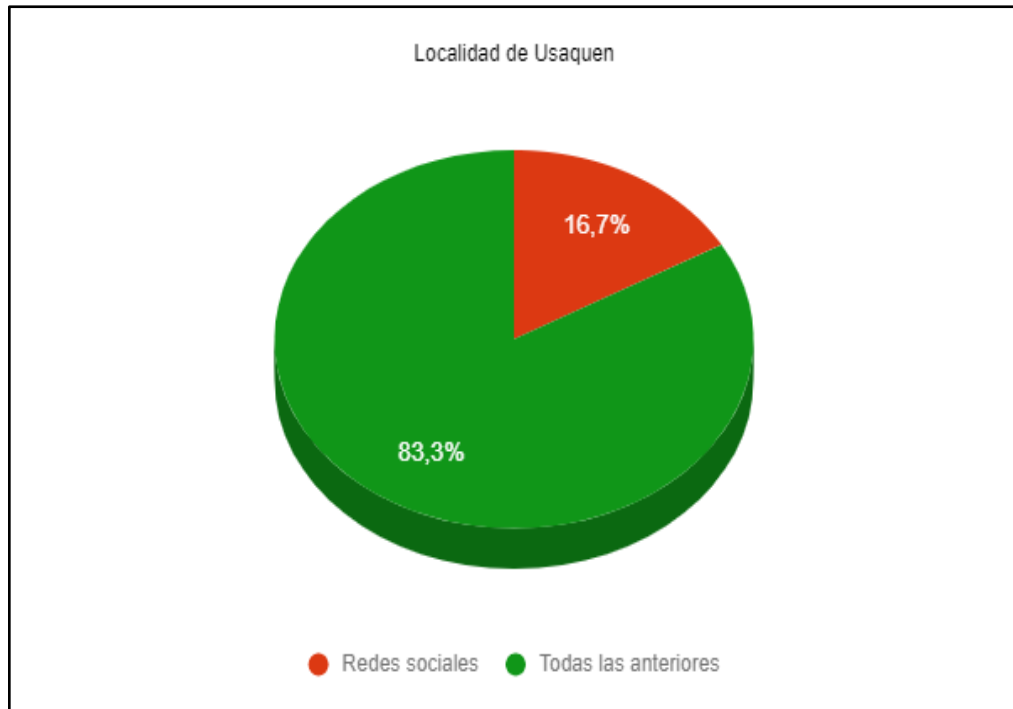
Figura 20. ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca del producto? Según el sexo.

En la gráfica 20, se evidencia que los hombres en un 15% mencionan dar a conocer el producto por medio de redes sociales, el 20 % de las mujeres por medio de las redes sociales, el 90% de las mujeres y el 40% de los hombres opinan que se debe dar a conocer por medio del estado y el 40% de los hombres manifiestan dar a conocer el producto también por medio de este.



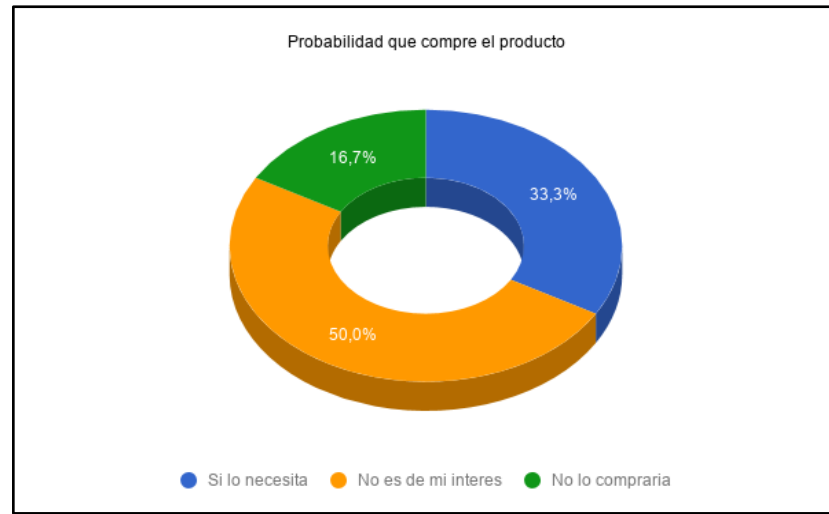
*Figura 21.* ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca del producto? En la localidad de Usme.

En la gráfica 21, se evidencia que el 66.7% de las personas encuestadas en la localidad de Usaquén, manifiesta que el producto se debería dar a conocer por todos los medios mencionados en este ítem (correo electrónico, redes sociales, entidades del estado), el 16 % de la localidad menciona que por medio de correo electrónico y el 16% por medio de redes sociales.



*Figura 22.* ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca del producto? En la localidad de Usaquén.

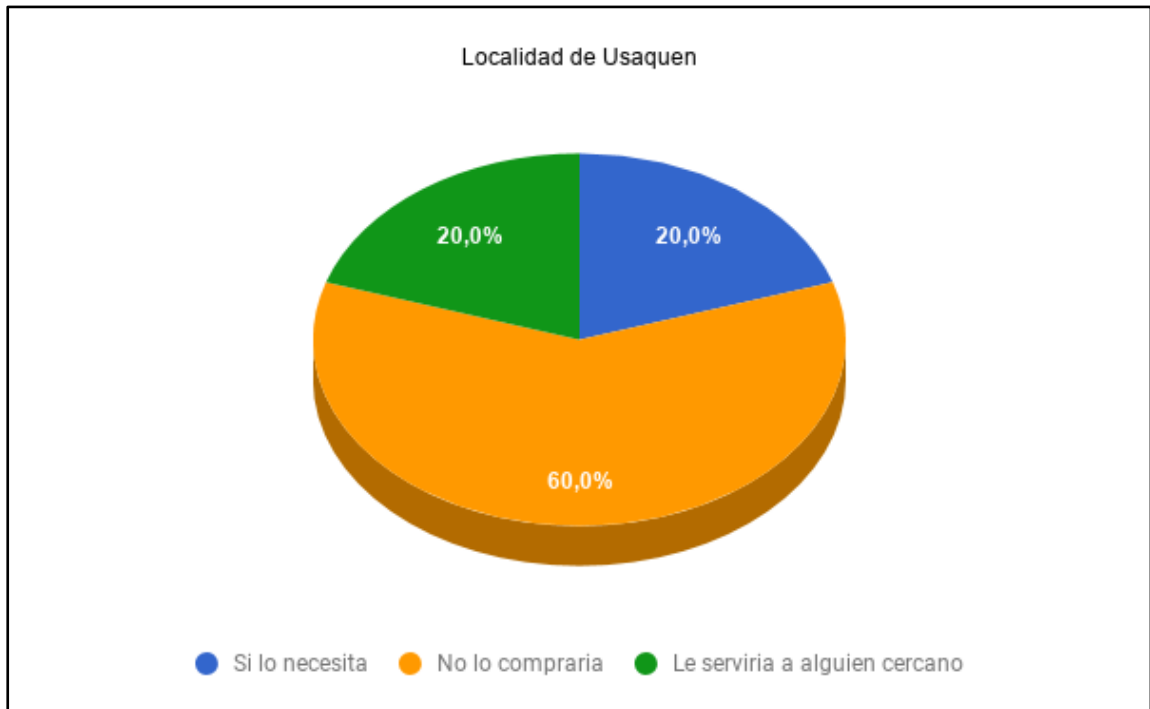
En la gráfica 22 de las personas encuestadas en la localidad de Usaquén, manifiestan que los medios para dar a conocer los productos el 83.3% está de acuerdo con todas las diferentes opciones (correo electrónico, redes sociales, Entidades del estado.), el 16% eligen que por medio de redes.



*Figura 23. ¿Qué probabilidad existe que lo compre?*

Con la participación de 12 personas; 6 fueron de sexo femenino y 6 de sexo masculino que actualmente residen en las localidades de Usme y Usaquén, se realiza la validación de los productos, con respecto a la figura 23 se evidencia las posibles opciones por las cuales comprarían el producto, un 50% menciona que no lo compraría debido a que no es de su interés; es importante mencionar que las personas no perciben aún ese conocimiento e importancia de lo que trae estar informado de la planificación familiar, siguen pensando que todo lo saben y que ellos mismos lo controlan; el estigma de que “eso no me pasa a mi” fue con los que nos encontramos se manifestó en las encuestas. Aunque las personas no tienen el conocimiento de la vasectomía de lo que sucede y de varios métodos anticonceptivos, siguen con la idea de que es una información que no les interesa, el 33% de los participantes al darse cuenta que no tenía mucho conocimiento de la planificación familiar o del procedimiento de la vasectomía

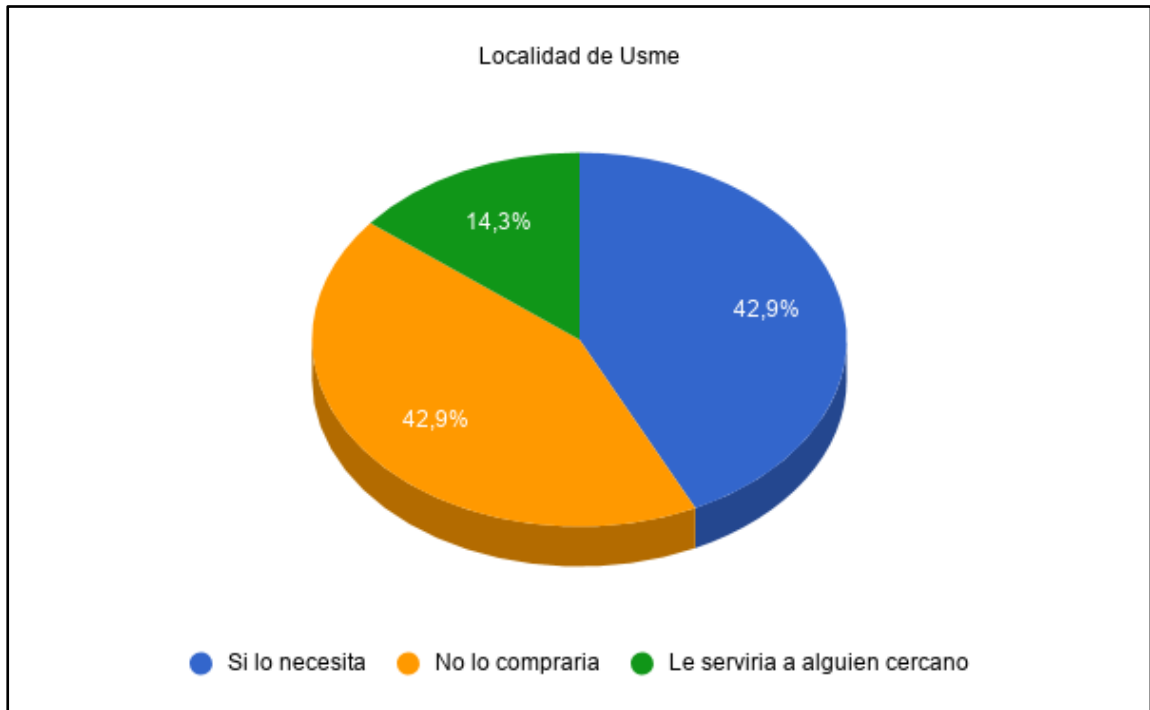
decide que es de su interés por lo tanto lo necesita y si hay una posible compra, mientras que el 16,7% definitivamente no lo compraría.



*Figura 24. ¿Qué probabilidad existe que la localidad de Usaquén compre el producto?*

Con la participación de 6 personas; 3 fueron de sexo femenino y 3 de sexo masculino que actualmente residen en la localidad Usaquén, se realiza la validación de la productos, en la figura 24 se observa que las personas entrevistadas en la localidad de Usaquén, no están interesadas en el producto con un 60% , esta localidad mencionan que usan la herramienta que tienen la más segura y confiada como lo es la EPS o IPS;, por otro lado, un 20,0% mencionan que lo compraría ya que le servirá a alguien cercano, no lo compraron para ellos si no para otras personas, estos padres de familia que nos dijeron esto lo ven como una base para enseñar a los hijo a que establezcan y planear mejor su

misión cuando tengan una relación y así controlar esos embarazos no planeados ya que las primera relaciones casi siempre ocurren por no tener conocimiento de cómo planificar.



*Figura 25.* ¿Qué probabilidad existe que la localidad de Usme compre el producto?

Con la participación de 6 personas; 3 fueron de sexo femenino y 3 de sexo masculino que actualmente residen en la localidad Usme, se realiza la validación de los productos, en la figura 25 de la localidad de Usme se evidencia un empate con 42,% los participantes mencionan que no lo comprarían, y con un 42,9% los participantes se refieren a que si lo necesitan ya que no están muy informados de la planificación familiar y les gustaría una plataforma donde se informen y estén actualizados en estos temas debido a que el conocimiento que ellos tienen de la planificación familiar casi

siempre es hacía por personas cercanas y no por especialistas en los temas; por otro lado, se habla de la demora en las citas de planificación esto hace que las personas no adquieran un conocimiento más seguro y confiado además que aclare sus dudas para una planificación segura. Es evidente la diferencia con la figura 24 anterior de la localidad de Usaquén donde el 60,0% mencionan que no es de su interés estar actualizados o tener plataformas seguras de la planificación familiar ya que tiene la facilidad de la IPS; por otra parte, un 20,0% mencionan que lo compraría ya que le serviría a alguien cercano, no lo compraron para ellos si no para otras personas, estos padres de familia que nos dijeron esto lo ven como una base para enseñar a los hijos a que establezcan y planear mejor su misión cuando tengan una relación y así controlar esos embarazos no planeados ya que las primeras relaciones casi siempre ocurren sin el uso de métodos anticonceptivos por no tener conocimiento de cómo planificar.

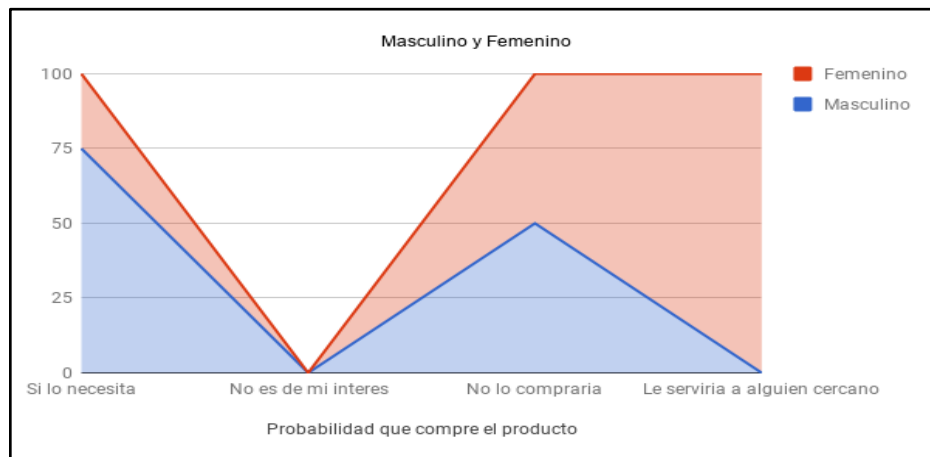
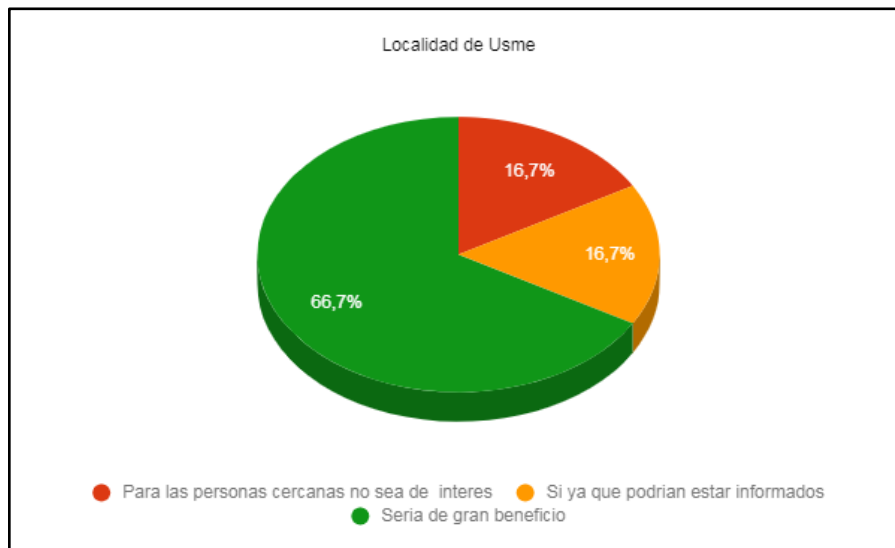


Figura 26. ¿Qué probabilidad existe que compre el producto? Según el sexo.

Con la participación de 12 personas; 6 fueron de sexo femenino y 6 de sexo masculino que actualmente residen en las localidades de Usaquén y localidad de Usme,

se realiza la validación de los productos, en la figura se evidencia como el 100% de las mujeres ve el producto como una necesidad para su conocimiento de estar actualizada e informada sobre la planificación familiar o que le servirá a alguien cercano este producto; como madres que piensan en sus hijos e hijas y en la sociedad que cada vez está avanzando más rápido en tecnología, en experimentación, en libertad y autonomía; y, por otro lado, cómo la participación del hombre es más baja, un 75% menciona que si lo necesita y un 50% menciona que no lo compraría que ya que no son temas de su interés.



*Figura 27.* Si llegara a comprar el producto, ¿compartiría la información con personas cercanas? Según la localidad de Usme.

Se evidencia en un 66.7% que en la localidad de Usme compartirán la información, porque creen que es de gran beneficio, un 16.7% creen que para las personas cercanas no es de interés y si ya que podrían estar informados acerca del objetivo del producto.



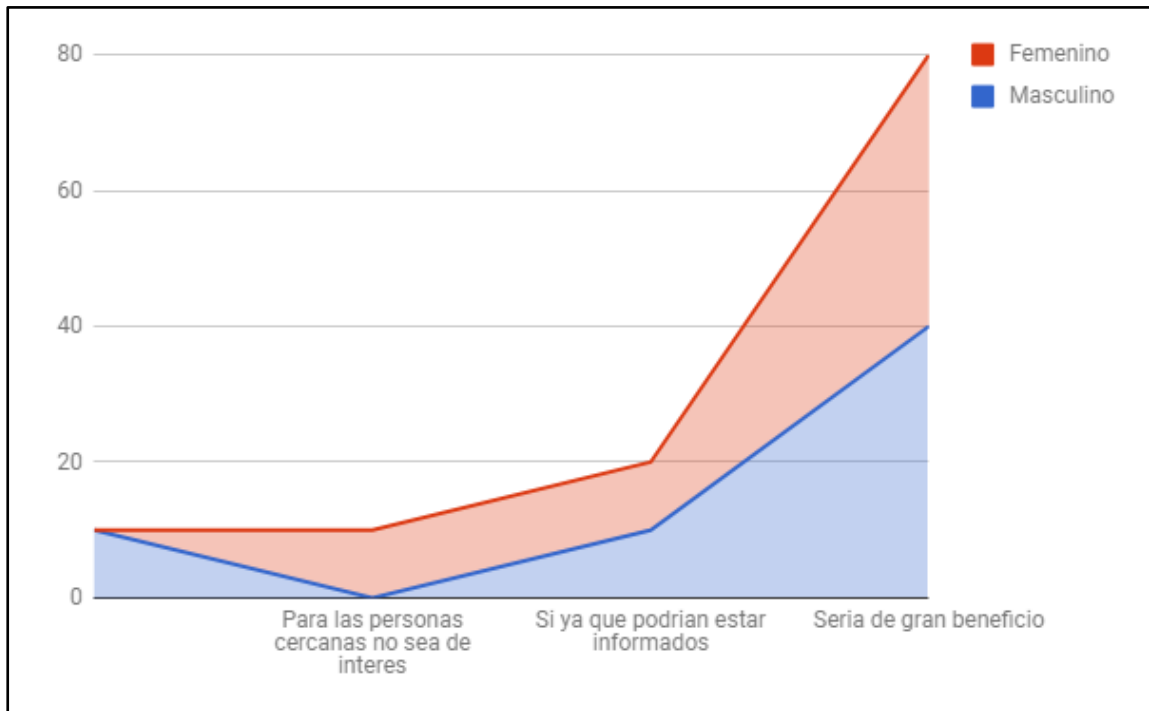
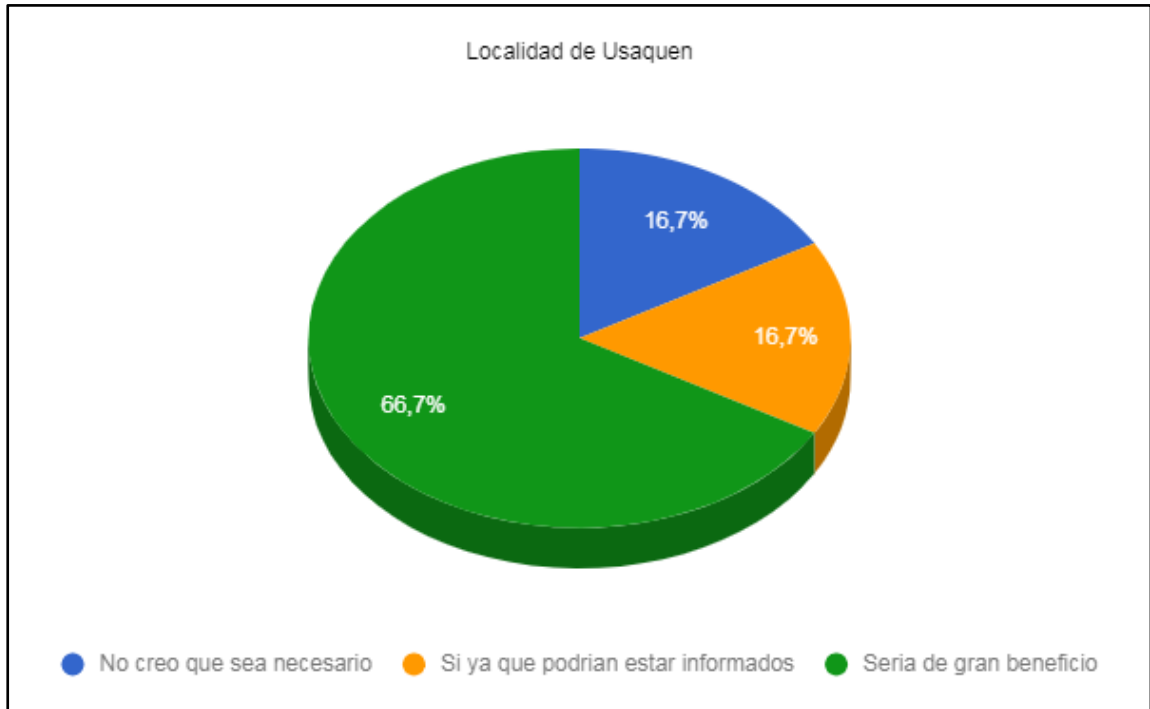


Figura 28. Si llegara a comprar el producto, ¿compartiría la información con personas cercanas? Según el sexo.

Se analiza que el sexo femenino con un 17% manifiesta que no comparte la información para las personas cercanas porque piensa que no sea de interés, un 15% dice que sí ya que podrían estar informados, y un 68% dice que sí porque es de gran beneficio. Se evidencia que en el sexo masculino si la comparten porque podrían estar informados en un 18% y un 82% si lo comparten porque sería de gran beneficio.



*Figura 29.* Si llegara a comprar el producto, ¿compartiría la información con personas cercanas? En la localidad de Usaquén.

Se evidencia en un 66.7% que en la localidad de Usme compartirán la información porque creen que es de gran beneficio, un 16.7% creen que para las personas cercanas no es de interés y si ya que podrían estar informados acerca del objetivo del producto.



*Figura 30.* Si llegara a comprar el producto, ¿compartiría la información con personas cercanas?

Un 66.7% informa que la comparten porque podrían estar informados, un 16.7% dicen que no porque para las personas cercanas no sería de interés, y un 8.3% dicen que comparten la información porque creen que es de gran beneficio y no creen que se necesario.



Figura 31. ¿Porque no compraría las IPS, SISBEN o EPS los productos?

Se evidencia en la gráfica que un 66.7% no compraría los productos porque piensan que la información ya existe en diferentes medios de comunicación, y un 33.3% manifiesta que por recursos económicos no los compraría.

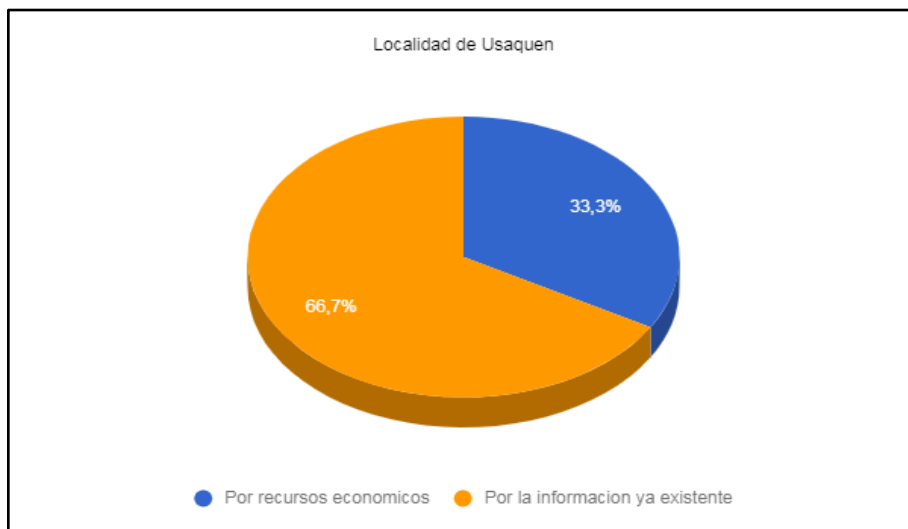
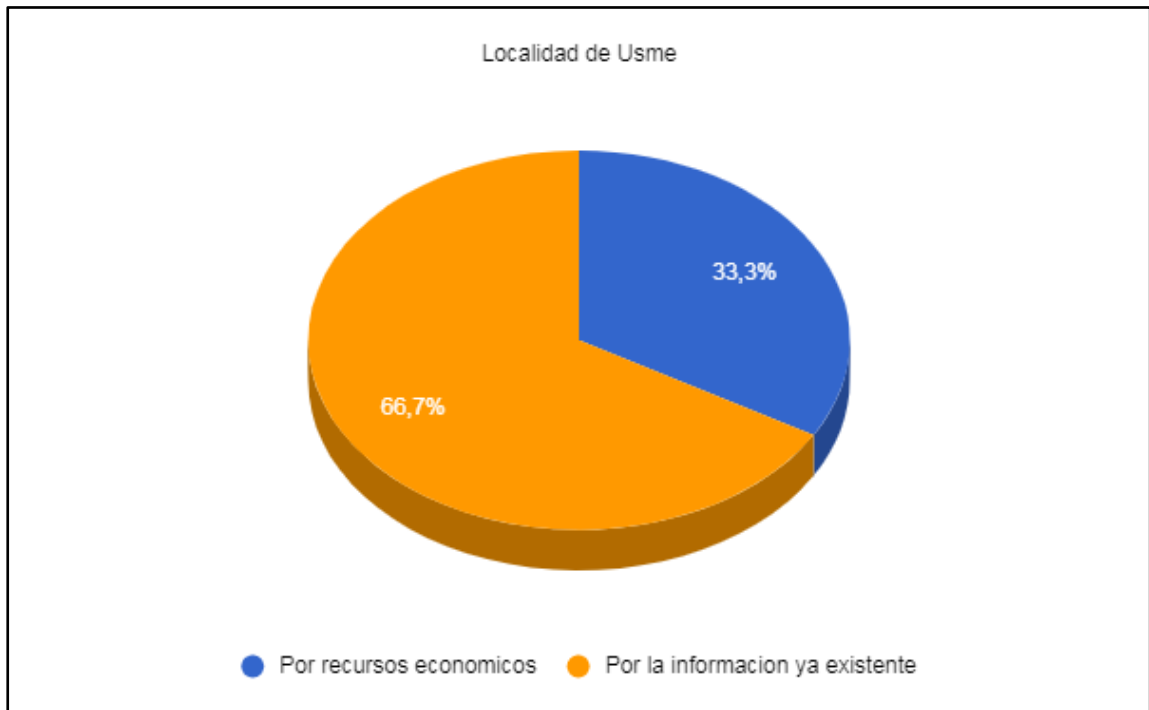


Figura 32. ¿Porque no compraría las IPS, SISBEN o EPS los productos? En la localidad de Usaquéen.

Se evidencia en la gráfica que en la localidad de Usaquéen un 66.7% no compraría los productos porque piensan que las informaciones ya existen en diferentes medios de comunicación, y un 33.3% manifiesta que por recursos económicos no los compraría.



*Figura 33.* ¿Porque no compraría las IPS, SISBEN o EPS los productos? En la localidad de Usme.

Se evidencia en la gráfica que en la localidad de Usme, un 66.7% no compraría los productos porque piensan que la información ya existen en diferentes medios de comunicación, y un 33.3% manifiesta que por recursos económicos no los compraría.

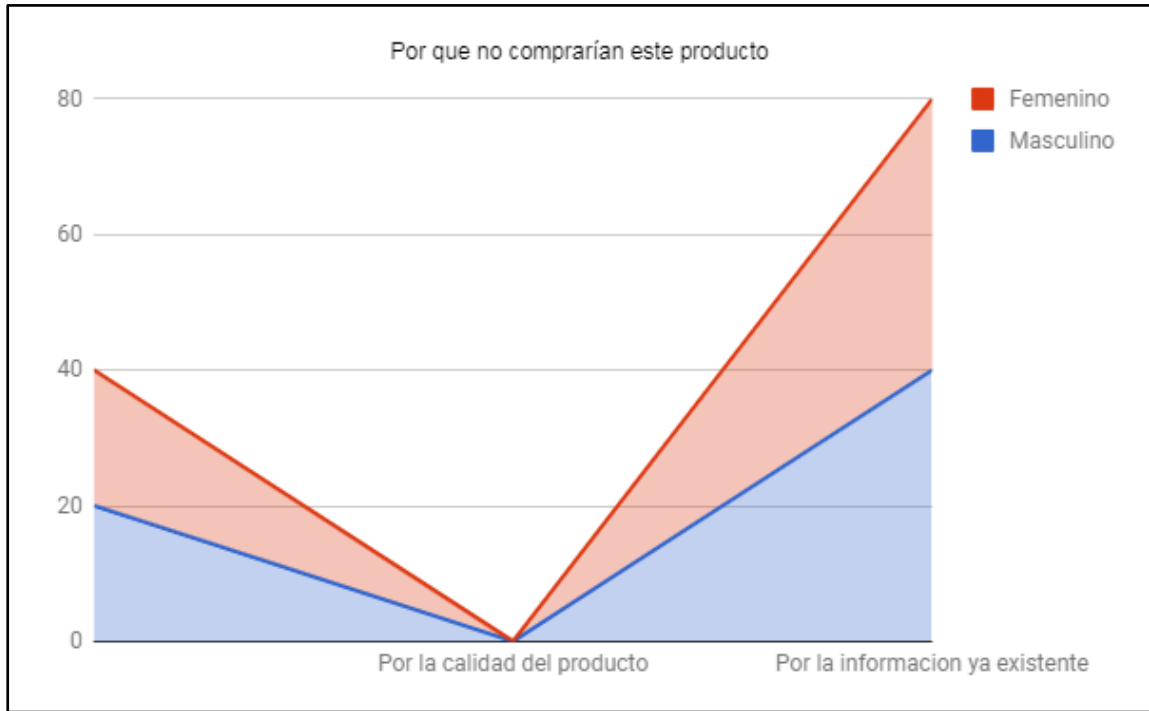


Figura 34. ¿Porque no compraría las IPS, SISBEN o EPS los productos? Según el sexo.

Se evidencia que los usuarios no comprarían el producto manifestando que en el sexo femenino un 80% informa que la información ya existe mientras que el sexo masculino manifiesta que la información ya existe con un 20%.



*Figura 35.* Comprarian el producto PLANIFICANDO MI FAMILIA.

En la figura 35 se evidencia que los participantes de la encuesta, hombres y mujeres de las localidades de Usme y Usaquén, siendo usuarios de nuestros productos no pagarían por ver o por tener información de estos productos respecto a lo anterior mencionan todos que debería ser gratis siendo este un beneficio para la sociedad y controlar la natalidad.

### **Discusión**

Este proyecto se realizó con el fin de promover y fortalecer la planificación familiar en los diferentes estratos socioeconómicos, sensibilizando imaginarios socioculturales como la creencia que la planificación familiar es un tema femenino. Con respecto a lo anterior se diseñaron tres folletos “*Como hombre planifico mi familia*” *Como mujer planificó*” y “*Planifico mi familia*” y un blog *Planificando mi familia* para la localidad

de Usme y Usaquéen, que tiene la intención que un significativo grupo masculino, vean desde otra perspectiva, identifiquen y tomen la decisión sobre su planificación familiar y que el uso de métodos anticonceptivos es una decisión tanto para hombres y mujeres, con el fin que el hombre influya en la decisión de planificar puesto que existe poca apropiación de la práctica de planificación familiar y uso de los métodos anticonceptivos.

Para la elaboración y de este proyecto se apoyó en la normatividad establecida en el área de la salud como El artículo 42 de la Constitución Política de Colombia de (1991), en uno de sus apartados sostiene que: *“La familia es núcleo fundamental de la sociedad. La pareja tiene el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que deseen tener, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores impedidos”* (p. 20). Para el logro de esto, la Resolución 03997 de (1996) expedida por el Ministerio de Salud en el Capítulo II plantea que:

Es obligación de las Entidades Prestadoras del Servicio de Salud (E.P.S) realicen actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las cuales deberán ser ejecutadas por las EPS, por entidades prestadoras del servicio de salud, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades, incluyendo la planificación familiar (p. 2).

Por otro lado, el marco teórico de nuestro trabajo abarca toda la información relacionada con los métodos de planificación, las diferentes investigaciones por parte de la ENDS en especial la del año 2015 que ha realizado acerca de los métodos de



planificación y su uso en cuanto al nivel educativo, el quintil de pobreza, la socio demografía, entre otros.

En esta investigación para la validación de los productos Blog y Folletos de *planificado mi familia* se tuvieron en cuenta tres variables para el análisis de resultados: el estrato socioeconómico, el nivel educativo y el sexo. A nivel general la creación de los productos (Blog y folletos) *PLANIFICANDO TU FAMILIA*, se evidenció una gran aceptación de los productos por parte de los hombres y mujeres de las dos localidades seleccionadas para aplicar este proyecto, en los resultados obtenidos se observa gran satisfacción en cuanto al contenido, metodología y valoración siendo esto primordial para fortalecer y promover los objetivos propuestos en este proyecto. Pero era necesario evaluar los resultados frente a lo expuesto en el marco teórico con el fin de ampliar más el conocimiento que tienen las personas acerca de la vasectomía.

De acuerdo a nuestra justificación la planificación familiar es un tema social y político que relaciona a las parejas jóvenes y parejas establecidas con hijos, quienes tienen la decisión y libertad de planificar previamente al momento de tener relaciones íntimas. Lo anterior se puede evidenciar en los resultados obtenidos, los hombres y mujeres de las dos localidades (Usme y Usaquén) determinan que los medios por los que deben tener acceso a estos productos o información es responsabilidad del Estado que son ellos los encargados de brindar la información respectiva porque es un derecho fundamental.

En las investigaciones realizadas y al analizar el cuadro comparativo sobre los diferentes Centros de Salud a los cuales los usuarios pueden asistir para tomar la decisión sobre el método de planificación que puedan utilizar; encontramos que en los lugares como Profamilia, Oriéntame, Planificación familiar y la Organización Mundial de la Salud, Capital Salud, Abcd, se evidencia que un gran porcentaje de los folletos, blog y páginas web no hacen énfasis en la responsabilidad del hombre en planificar y menos en que se practiquen la vasectomía, sino se dirigen a la planificación familiar en general, adicionalmente observamos que los folletos que presentan estos Centros tienen información de los métodos de planificación pero no mencionan las diferentes redes de apoyo o rutas que deben seguir los usuarios, si llegado el caso los Centros de salud se niegan en regalar o promocionar éstos métodos de planificación.

Por estas justificaciones en éste proyecto se realizaron diferentes instrumentos para lograr identificar qué opinan los usuarios sobre los productos inicialmente descritos los cuales los pensamos como producto final. En los resultados arrojados se evidencio que en el 50% de hombres y mujeres de las dos localidades no comprarían el producto, se aclara que posiblemente una de las causas del por qué no lo harían es por desconocimiento de la información. Otro motivo es el estigma que “eso no me pasa a mi” lo manifestado en las entrevistas.

También se logró evaluar que las personas no cuentan con el conocimiento suficiente sobre los beneficios que trae la vasectomía y otros métodos anticonceptivos, y señalan que la información no es de su interés. Basándonos en nuestro estudio de

mercadeo es un producto con características importantes y que aportará positivamente a la sociedad como: Disminuir la fecundidad, infecciones de transmisión sexual en los diferentes estratos socioeconómicos y promover la vasectomía.

En la creación de los productos se brindó información sobre la planificación familiar siendo ésta fundamental e importante, la planificación para mujeres, para hombres y las rutas de atención si llegado el caso su Centro de Salud le niega el servicio. Esto posibilita al usuario ejercer sus derechos, reconocer los métodos anticonceptivos y hacer su mejor elección individualmente o en pareja.

En los resultados obtenidos desde los ítems de valoración de nuestra encuesta final, se evidencia que los participantes del sexo femenino y masculino de las localidades de Usme y Usaquéen manifiestan que están muy satisfechos con la información obtenida en los productos finales. Al igual en las preguntas que abarcan si el usuario compartiría la información descrita en los productos, hay un alto índice que lo haría porque muchas personas se benefician de ésta. Sin embargo, opinan que la información ya existe y directamente el usuario no compraría los productos.

En la evaluación realizada para verificar el impacto de los productos en cuanto al contenido de estos, los resultados finales en el sexo masculino y femenino fueron de gran satisfacción, lo que podría indicar un gran avance en comenzar a promover la planificación familiar en hombres.

En cuanto a las localidades Usme y Usaqué, los resultados fueron favorables ya que las opiniones fueron de satisfacción en el contenido. En esta muestra de población opinan que los productos se deberían dar a conocer por medio del Estado y redes sociales para que sea más efectivo su conocimiento y lograr así responsabilizar y concientizar al género masculino que sean partícipes en la planificación familiar.

En la evaluación realizada en los ítems de la metodología que usamos para la estructura de los productos se evaluó la comprensión del blog y folletos, el dominio y conocimiento del tema en el blog y en los folletos, entre otros (ver Apéndice H, Encuesta de satisfacción).

En los resultados y en la observación que se realizó a los usuarios se evidenció que un 50% consideró que la estructura utilizada fue muy satisfactoria siendo agradable y de fácil comprensión, con respecto al otro 50% menciona que es aceptable, (ver figura 12) y hacen observaciones a los productos. Con respecto a lo anterior el 50% que lo considero aceptable (ver figura 13) residen en la localidad de Usaqué ya que existe una mayor exigencia de contenido y vocabulario para el conocimiento que ellos manejan, se evidenció que hombres y mujeres de esta localidad tienen y manejan un mayor conocimiento respecto a la planificación familiar a diferencia de la localidad de Usme, por lo tanto la localidad de Usaqué no ve nuestros productos innovadores y llamativos posiblemente esto se debe a que en esta localidad se dirige a la fuente principal como Centros de Salud, para adquirir conocimiento seguro y confiado sobre la planificación familiar. Basándonos en la información obtenida durante toda la ejecución de este

proyecto, es importante tener en cuenta que en los estratos altos el nivel de fecundidad es menor ya que cuentan con un nivel educativo y poder adquisitivo altos lo cual beneficia el tema de la planificación familiar.

Con respecto a la localidad de Usme acepta el producto pero no lo compraría, considera que a través de nuestros productos se informan de métodos anticonceptivos que no sabían el procedimiento de la Vasectomía; se sentirían seguros encontrar una página confiable para sus preguntas, así estarían informados de las novedades de planificación familiar, esta localidad manifiesta no tener tanto conocimiento debido a la demora de las citas de planificación familiar que pueden llegar a tardar hasta seis meses, y esto hace que el tratamiento que usen o quieran usar se retrase, para mayor información revisar (Apéndice I, análisis de conocimiento de planificación familiar en la localidad de Usme y Usaquéen).

Con respecto a nivel educativo por la exigencia de una buena estructura en los productos mencionada por la localidad de Usaquéen, se evidencia que esta localidad manifiesta manejar palabras más técnicas fuera del léxico común. Por el contrario la localidad de Usme menciona que entre más sencillo será más fácil la comprensión y más impacto tendría. Así mismo, el nivel educativo influye de manera importante en el cambio reproductivo.

Si no se cubren las necesidades de planificación familiar se puede tener un elevado costo social que incluye el aumento de la deserción escolar a causa de un embarazo no planificado. En las niñas que abandonan la escuela se observa una menor productividad

del trabajo y, por ende, menor crecimiento de su economía; así como una estimación de menor ingreso futuro en el mercado del trabajo en comparación con las que tienen un nivel de escolaridad completo (Gutiérrez, 2013).

Con respecto a lo anterior si la planificación familiar se practicará con responsabilidad los ámbitos sociales, económicos y salud de las personas no serán tan afectadas, en la medida que se evita tener una familia numerosa que no se pueda sostener, disminuye la mortalidad infantil, mortalidad materna, los embarazos en adolescentes, infecciones de transmisión sexual y deserción escolar.

Con relación a los recursos económicos podemos decir que la planificación familiar lo estimula y la mejora el nivel de vida. Los países con menores tasas de fecundidad han experimentado mayor productividad, más ahorro y más inversión. (Gutiérrez, 2013).

En Latinoamérica, si bien los factores económicos para el abandono escolar son importantes, también se mencionan frecuentemente el embarazo y la maternidad. Está comprobado que el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres y niñas aumenta el acceso a la educación, muchas adolescentes con un embarazo se ven obligadas a abandonar la escuela. Por otro lado, las chicas que van a la escuela utilizan más los métodos anticonceptivos (Gutiérrez, 2013).

Es importante en estas poblaciones vulnerables resaltar una buena salud sexual y reproductiva, ya que es un beneficio mental, y físico, donde el individuo, disfrutará de una vida sexual satisfactoria, y ser libre de decidir si lo hace o no. El UNFPA (2014) menciona que los problemas con la salud reproductiva corresponden a una de las

principales causas de una pésima salud entre mujeres y niñas en edad fértil; las mujeres en estado de pobreza sufren de manera desproporcionada embarazos no deseados, abortos riesgosos, infecciones de transmisión sexual.

Para el ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSR) se debe contar con los medios para ello, tanto en materia de información como de acceso a servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva de calidad. Por lo tanto, para dar cuenta de la promoción y garantía de los DSR, la ENDS 2015 incorporó nuevas temáticas que dan cuenta de los conocimientos, prácticas y actitudes en materia de sexualidad y reproducción de la población colombiana.

El enfoque de derechos reconoce que los DSR se relacionan con comportamientos que se encuentran en el plano de lo íntimo y lo individual, por lo cual, cualquier acción que se emprenda deberá ser planteada en un escenario de corresponsabilidad social y personal, que permita la formulación y el desarrollo de un proyecto de vida conducente a la realización personal, respetando la autonomía y a la vez promoviendo el ejercicio responsable de los derechos (DNP, 2012).

Estos están relacionados con los ingresos, pobreza, la cobertura y acceso oportuno a servicios públicos, la oportunidad de participar en las decisiones públicas y el ejercicio de la democracia, los legados culturales que trascienden las instituciones, las comunidades, el macro entorno social, las normas sociales sobre la sexualidad, la feminidad, la masculinidad, las relaciones de pareja o la participación de las niñas(os) y adolescentes en los procesos de decisión e identidad social, de la existencia de oportunidades de desarrollo personal y alternativas de vida y la atención de la

comunidad a los DSR, a la prevención de su vulneración y la adecuada valoración de los mensajes transmitidos a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's), así como en aspectos estructurales como la pobreza o la permanencia escolar y la existencia de opciones para la generación de ingresos (DNP, 2012).

Así mismo una buena salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

### **Conclusiones**

La ENDS 2015 manifiesta que si es posible estimar la fecundidad de los hombres, sin embargo solo se ha estimado indicadores de fecundidad para las mujeres; en este caso Jiménez, Aliaga y Rodríguez (2011 como se citó en el Ministerio de Salud y de Protección Social & Profamilia, 2015) mencionan la imposibilidad de realizar indicadores a los hombres se debe a la subvaloración de la importancia de la salud reproductiva del hombre, solamente porque las mujeres son a las que se les ha asignado esa responsabilidad de la planificación familiar, llevan a su hijo en el vientre y experimentan el nacimiento. Esto es validado en las encuestas y entrevistas realizadas ya que se demuestra que el hombre no planifica; mientras que la responsabilidad recae



sobre la mujer, debido a esto se evidencian embarazos no deseados o familias numerosas sin suficientes ingresos para sostenerse.

Por otra parte, esta investigación muestra la opinión de los varones quienes opinan que el uso de los anticonceptivos es un negocio de mujeres, “dos de cada cinco hombres informaron que las mujeres que usan planificación familiar pueden volverse promiscuas, especialmente los hombres mayores, los que no tienen educación formal, los musulmanes y los residentes de las zonas rurales y del norte (Adanikin et al., 2017, p. 57).

Encontramos que se habla de fecundidad y de métodos anticonceptivos ambos tienen relación uno va ligado al otro; si nacen muchos bebés en una familia de bajos recursos es posible que no vivan en condiciones óptimas: sin embargo, vemos aún cómo en muchos lugares éste tema es muy complejo y le dejan la responsabilidad a la mujer; con los productos finales se desea que esta percepción cambie pero se observa que es necesario que se aborde más información sobre la vasectomía a nivel mundial por lo descrito anteriormente y sólo basándonos en los folletos y el blog no se logrará que esta idea cambie.

La planificación familiar permite a las familias que cuenten con métodos que contribuyan a limitar su tamaño, para lograr una mejor distribución de sus recursos, no deja de lado a la persona como individuo, que tiene todo el derecho de hacer uso de los métodos anticonceptivos más efectivos para tener una mejor salud sexual, un disfrute sexual sin riesgos y, por ende, una mejor salud reproductiva. Por lo tanto, se involucra directamente con todos los elementos que forman parte de una población: la persona, la

familia, las comunidades y los países, y eso le permite insertarlo en un concepto amplio de salud sexual y salud reproductiva incorporado en el nuevo paradigma de población.

En cuanto a los diferentes estratos socioeconómicos según los resultados de la ENDS 2015, mencionan la gran marca a nivel de fecundidad en el país, la fecundidad en las zonas rurales, en las regiones menos desarrolladas, en los quintiles de bajos ingresos en cuanto a riquezas y con menor nivel de educación, en el año 2015 y arrojan una puntuación de hijos e hijas de 3,9 algo similar en la década de 1980; la fecundidad en las mujeres con alta educación que viven en zona urbana y en quintil más alto en riqueza presentan bajos niveles de fecundidad, arrojando datos de ella de 1.3 hijos e hijas (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015). Esto se evidenció en la Localidad de Usme, entre menos recursos económicos y menos educación las familias tienen más hijos, mientras que las personas con un poco más de ingresos y estudio como en la localidad de Usaquén se observa más conocimiento al respecto de los métodos de planificación.

### **Recomendaciones**

Este proyecto estuvo dirigido a promover y sensibilizar a los hombres en la planificación familiar, superar el estigma que solo las mujeres deben planificar o tomar las decisiones en la participación de los métodos anticonceptivos, y con respecto a los métodos anticonceptivos definitivos brindar información confiable del proceso de la vasectomía.

Con respeto a lo anterior para una próxima elaboración e investigación de este trabajo se recomienda centrarse en la población que se vaya a manejar sea de sexo masculino, consideramos que así se enriquece más la información que ellos tienen de la vasectomía y la que se les puede brindar.

Las políticas y servicios de salud, centran su atención en las necesidades de la mujer, situación que limita la participación y la identificación de las necesidades de los hombres frente a esta problemática. La inclusión de la diversidad cultural y de género, especialmente de la perspectiva masculina, constituye un reto para el diseño integral de Programas y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia.

Con base en las diferencias que se encontraron en el sexo, estrato económico y nivel de educativo identificados en esta muestra, deben orientarse esfuerzos al desarrollo de programas de gestión social que contribuyan con el mejoramiento de la toma de decisiones anticonceptivas en la pareja, y especialmente en el hombre.

Es necesario desarrollar programas formativos, de información y verdadera atención integral que les permita a las personas incrementar su nivel de conocimientos y bienestar en general.

Desarrollar un proceso de información, educación y comunicación que facilite y promueva que los hombres y mujeres desarrollen habilidades para la negociación y uso del preservativo.

La relación entre nivel educativo y uso de métodos anticonceptivos como el condón, y definitivos como la ligadura de trompas y vasectomía debe ser explicada con más detalle.

En este proyecto el enfrentarnos a las creencias y a la carencia de conocimiento que se tiene por parte de la sociedad y más en localidades de bajos recursos sobre la responsabilidad del hombre en cuanto a la planificación familiar, se evidencia que en las entrevistas realizadas se obtuvieron comentarios u opiniones como “si me realizo la vasectomía dejó de ser más hombre”, “Dejaría de sentir todo lo que siento”, “me volvería precoz”. Se deben realizar primero charlas en los Centros de Salud donde se aclaren estos mitos con el fin de promover la vasectomía y luego de esto se pueden entregar nuestros productos finales para una mejor comprensión. Puesto que vemos que si solo se entregan el producto los hombres podrían llegar a tener muchas dudas al respecto.

Consideramos que fue una experiencia gratificante, se evidencia que en las localidades de Usme y Usaquén los sitios escogidos por nosotras para la realización del estudio de mercado de encuestas y entrevistas, hay todo tipo de población con altos, medianos y bajos recursos y esto a su vez hace que los resultados tengan una alta variación. Y vemos que para lograr cubrir estas poblaciones se necesita de tiempo y para nosotros fue una limitante. También se recomienda abordar otras localidades.

## **Estudio de Mercado**

### **Justificación del estudio de mercadeo**

Este proyecto se realizará con el fin de promover y fortalecer la planificación familiar en los diferentes estratos socioeconómicos, sensibilizando imaginarios socioculturales como la creencia de que es un tema solo femenino la planificación familiar, es primordial en este proyecto dejar referencia con la intención de que un significativo grupo masculino, vean desde otra perspectiva, identifiquen y tomen la decisión sobre su planificación familiar y que el uso de métodos anticonceptivos es una decisión tanto para hombres y mujeres, con el fin de que el hombre influya en la decisión de planificar puesto que existe poca apropiación de la práctica de planificación familiar y uso de los métodos anticonceptivos.

Es importante resaltar que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solo de ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia; esta es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones; no se limita al periodo reproductivo de una persona, y está estrechamente relacionada con diversos factores socioculturales, las funciones características de uno u otro sexo y el respeto y la protección de los derechos humanos, en especial los relacionados con la

sexualidad y las relaciones interpersonales (Hincapie, Zapata, Hinestroza & Betancur, 2011).

La planificación familiar en este nuevo concepto, si bien permite a las familias que puedan contar con metodologías que contribuyan a limitar su tamaño, para lograr una mejor distribución de sus recursos, no deja de lado a la persona como individuo, que tiene todo el derecho de hacer uso de los métodos anticonceptivos más efectivos para tener una mejor salud sexual, un disfrute sexual sin riesgos y, por ende, una mejor salud reproductiva. Por lo tanto, se involucra directamente con todos los elementos que forman parte de una población: la persona, la familia, las comunidades y los países, y eso le permite insertarlo en un concepto amplio de salud sexual y salud reproductiva incorporado en el nuevo paradigma de población y desarrollo, dejando de lado las metas exclusivamente demográficas (Gutiérrez, 2013).

Con relación a los recursos económico podemos decir que la planificación familiar estimula el desarrollo económico y la mejora del nivel de vida. Los países con menores tasas de fecundidad y han experimentado mayor productividad, más ahorro y más inversión. (Gutiérrez, 2013). Este proyecto va dirigido a los padres (hombres) en cuanto a que los estudios sobre salud sexual y reproductiva desde la perspectiva masculina han sido pocos; las políticas y servicios de salud, centran su atención en las necesidades de la mujer, situación que limita la participación y la identificación de las necesidades de los hombres frente a esta problemática. La inclusión de la diversidad cultural y de género, especialmente de la perspectiva masculina, constituye un reto para el diseño integral de

Programas y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia (Ochoa & Vásquez, 2012).

En este sentido hubo un estudio que se realizó para verificar la producción científica sobre la participación masculina en la planificación familiar. En los resultados se hallaron que así se crearon dos grupos temáticos: “la participación masculina en la planificación de la familia” y “el conocimiento y adhesión a los métodos anticonceptivos masculinos”. Se constató que las cuestiones de género permean la participación masculina en la planificación familiar, sea como participante en la idea de proveedor de la familia o en la adherencia escasa a los métodos anticonceptivos (Santana de Brito & Araújo dos Santos).

Según el Ministerio de Salud (2015):

La autonomía reproductiva es un derecho para decidir si las mujeres desean o no quedar embarazadas. Si desean postergar o aplazar su embarazo porque consideran que no es el momento adecuado, pueden realizarlo mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos (p. 1).

Por lo tanto, los hombres con el método de barrera pueden decidir en qué momento, cómo y con quien tener hijos o hijas.

En la actualidad, frente al reto de contar con indicadores que posibiliten el seguimiento de políticas, programas y planes locales de salud sexual y salud reproductiva o la evaluación de los avances de programas orientados a mejorar la información precisa hacia el usuario o la usuaria y el acceso a métodos anticonceptivos, Profamilia utiliza herramientas que permiten identificar las áreas geográficas de

diferentes estratos socioeconómicos y la demanda de métodos anticonceptivos, insatisfecha y satisfecha,, para orientar programas y movilizar recursos hacia la reducción de las barreras de acceso a la salud reproductiva y a métodos anticonceptivos que se presente (Murad, 2015).

Ante las limitaciones que representa el uso de la información de base censal y atendiendo a que en Colombia los desiguales porcentajes de demanda insatisfecha de anticonceptivos se explican tanto por la ausencia de servicios de salud sexual y salud reproductiva y la poca variedad en la oferta de métodos como por la falta de recursos económicos de las personas, la búsqueda de una estrategia para identificar poblaciones con mayor necesidad de servicios de anticoncepción en Colombia se concentró en la exploración de la relación entre la necesidad insatisfecha de anticonceptivos y la pobreza. (Murad, 2015).

El proyecto identifica las necesidades de la población padres (hombres) y madres (mujeres) de Localidad de Usme y Usaqué, con las características que el cliente considere de su interés., de esta manera promover la planificación familiar, por medio de una EPS o IPS que se encuentre dentro de la localidad, se espera promover la planificación familiar con énfasis en la responsabilidad masculina, brindando información necesaria y oportuna que los hombres desconocen, y empezar a darle sentido al concepto “planificación familiar” y no pensar en planificación que solo es la mujer la que lo debe hacer. Para brindar información clara y precisa de la planificación familiar haciendo uso de la entrega de los tres productos se van a entregar tres productos dos folletos y un blog.



Para la verificación del producto se diseñarán y aplicarán tres encuestas, una respecto a los productos teniendo contacto con el cliente (Apéndice A) otra respecto al producto del blog (Apéndice B) este será entregado a SISBEN, EPS o IPS en las localidades de Usme y Usaquén, y dos folletos (Apéndice C) brindando información clara y precisa de la planificación familiar con énfasis en la responsabilidad masculina y así lograr cumplir con las necesidades e interés del usuario con el producto.

### **Objetivo general del mercadeo**

Posicionar en el mercado nuestra marca para promover la planificación familiar masculina en las localidades de Usme y Usaquén en la ciudad de Bogotá.

### **Objetivos específicos del mercadeo**

1. Realizar encuestas para identificar las características y necesidades reales de los productos por medio del contacto directo con el cliente.
2. Determinar los tipos de competencia a los que enfrentará el mercado de este producto.
3. Determinar el tipo de cliente (SISBEN, EPS o IPS) localizadas en las localidades de Usme y Usaquén en la ciudad de Bogotá, para estos productos.
4. Diseñar un folleto sensibilizando la planificación familiar en los padres (hombres) en la localidad de Usme y Usaquén.
5. Diseñar un folleto promoviendo la planificación familiar en los padres (hombres) en la localidad de Usme y Usaquén.

6. Diseñar un Blog para promover y sensibilizar la planificación familiar en la localidad de Usme y Usaquén. Link de blog: <https://planificacionfamil4.wixsite.com/planificomifamilia>

### **Presentación del Producto**

Se realizará una descripción del nombre, logo y eslogan del producto.

#### **Producto**

Nombre del producto: “*Planificando mi familia*”

Los productos que se diseñarán tendrán como título principal *Planificando mi familia*, ya que se pretende generar impacto sobre clientes y usuarios; este consiste en tomar la decisión de optar por la planificación familiar y es una manera de incentivar a los padres (hombres), y que tengan la oportunidad para decidir por ellos y su familia, de esta manera se llevará a cabo el proceso de una toma de decisiones para alcanzar el futuro soñado y a su vez podrá decidir la cantidad de hijos deseados; así mismo se verán los factores internos y externos que pueden influir en la cantidad de hijos o hijas no planeados que se pueden llegar a concebir sino se hace uso de una buena planificación familiar por parte de los dos sexos.

### Logo del producto



Figura 36. Logo Planificando Mi Familia.

### Eslogan del producto

*¿Tú decides cuántos hijos tener?*

Se pretende incentivar a la población dando a conocer que ellos tiene la autonomía y libertad de decidir ¿cuántos hijo e hijas tener?, ¿con quién?, ¿cuál es el momento adecuado para tener hijos o hijas? ; logrando niveles de satisfacción emocional, gozar de una salud apropiada y una buena calidad de vida para todos los integrantes de la familia.

### **Producto básico**

De acuerdo con la justificación planteada se puede evidenciar la importancia y la necesidad de seguir estableciendo estrategias o programas para promover y sensibilizar a los usuarios con el fin de adquirir productos de fácil acceso; donde tendrá la información pertinente para los usuarios que requieren de un servicio específico para la planificación familiar siendo de gran ayuda aclarando todo lo concerniente al proceso que se debe llevar a cabo con la solución de su necesidad, ya que con este blog y folletos se orienta en los métodos de planificación familiar.

Como se mencionó anteriormente se promoverá la planificación familiar masculina en las localidades de Usme y Usaquén. Estos productos explicarán de manera breve y concisa; será innovador porque en los estudios realizados se evidencia que la información suministrada en los diferentes centros de orientación va dirigida principalmente a las mujeres; pero no incentivan al género masculino para iniciar el uso de un método de planificación temporal (condón) o llegar a tomar la decisión de realizarse la vasectomía.

Como beneficio principal es promover y sensibilizar en la localidad de Usme y Usaquén aquellas familias de más de dos hijos a la planificación familiar, incentivando a los hombres a la realización de su proyecto de vida y calidad de vida de igual manera para los integrantes de la familia.

### **Producto real**

Se diseñarán tres productos (Blog, Folletos) de *Planificando mi familia*, se brindará información clara y precisa sobre la planificación familiar con énfasis en la responsabilidad masculina y así lograr cumplir con la necesidad e interés del usuario con el producto.

Los productos que se diseñarán de *Planificando mi familia* son un blog y dos folletos en el siguiente apartado se describe que hace y cómo funciona:

1. Un sitio web que consta del Blog *Planificando mi familia*, en él encontrará información para los usuarios como métodos de planificación familiar con énfasis en los métodos de planificación para hombres promoviendo la vasectomía, se espera impactar en un espacio interactivo donde los usuarios puedan comentar y preguntar las dudas o mitos que existe sobre los métodos de planificación, para esto habrá un experto en orientación sexual el cual cada EPS o IPS pondrá a disposición facilitando así resolver aquellas inquietudes, dudas y prejuicios que se tiene sobre la planificación familiar masculina, por lo tanto será de consulta permanente para orientar e informar sobre ésta temática.
2. Un folleto para promover la planificación familiar y los beneficios que se encuentra en ella, orienta a los usuarios brindando información necesaria y de su interés sobre los métodos de planificación, de igual manera se enfatizará en la vasectomía y habrá un link para que los usuarios puedan observar lo sencillo que es el procedimiento la consulta será a través de SISBEN, EPS o IPS.

3. Un folleto para sensibilizar la planificación familiar en los hombres el cual orienta a los usuarios en los derechos sexuales y reproductivos, se encontrarán historias de vida reales para que los usuarios reflexionen y tomen mejores decisiones en su vida respecto a la cantidad de hijos deseados. La consulta podrá realizarse en el SISBEN, EPS o IPS.

### **Producto amplio**

El valor agregado de los productos que se diseñarán es la información, que habrá donde se incentivará al género masculino a tomar la decisión de realizarse la vasectomía, allí se explicará cómo se realiza el procedimiento, cuánto dura, si trae o no consecuencias, con el fin de cambiar ciertos pensamientos e ideas que se tienen al respecto con éste tema, que en muchos casos a las mujeres les da miedo hablar, o decir no; y terminan ellas utilizando métodos de planificación familiar temporales o realizándose las ligaduras de trompas de Falopio. También se encontrará un link donde explican paso a paso el procedimiento. Como ya se ha explicado anteriormente, la mayoría de centros de salud no los incentivan sino por el contrario dan la información general y no buscan modificar estas decisiones por parte de ellos, por ese motivo el valor agregado es hablar para ellos de forma clara y concisa con los diferentes productos que se elaborarán, folletos y blog.

### **Factor diferenciador de su producto**

Lo que hace que estos productos de *Planificando mi familia* folletos y blog sean diferentes a los demás es la información más clara y concisa respecto a la planificación

familiar dinámica y de fácil entendimiento, es promover y sensibilizar que la responsabilidad no es solo de ellas, y prevenir el embarazo es cuestión de dos. Con lo anterior se busca incentivar al género masculino a la participación de la planificación familiar y tomar la decisión de realizarse la vasectomía, no es solo darles la información general si no también los beneficios que trae a su vida, a su pareja y a su familia evitando la sobrepoblación.

### **Los clientes**

Estos productos de *Planificando mi familia* van dirigidos a compradores como Eps, Sisben e Ips de las localidades de Usme y Usaquén de la ciudad de Bogotá. Se espera que los principales interesados sean usuarios que inicien su proceso de planificación familiar incentivando al género masculino; este producto se promoverá en la localidad de Usme el barrio Yomasa, ya que son poblaciones altamente vulnerables; en la localidad de Usaquén el producto está dirigido para el barrio Toberín.

### **Mercado potencial**

El mercado potencial corresponde a los centros de salud que se encuentran en la localidad de Usaquén en el barrio Toberín y Usme en el barrio Yomasa en Bogotá, beneficiando de ésta manera a estos usuarios, con este producto con el fin de promover la planificación familiar que refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos en diferentes estratos socioeconómicos.

De esta manera se espera expandir el producto en los demás barrios de la localidad de Usaquén: como Verbenal, San Antonio, Lijaca y Villas de Andalucía en la localidad de Usme barrios como: Santa librada, Alfonso López, Casa Loma, El bosque, Bolonia, Compostela y Tocaimita en Bogotá.

Con el éxito y la calidad que tendrán los productos se espera beneficiar a más usuarios logrando así expandir el producto a las demás localidades contactando a clientes que hayan escuchado del producto las localidades que esperamos llegar: Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Fontibón, Kennedy, Teusaquillo, así mismo se espera ampliar nuestro producto por todo Bogotá. Se pretende llegar a los pueblos de Cundinamarca y contactar clientes en esos lugares debido a que en estos sitios habitan usuarios en la gran mayoría campesinos que no tienen facilidad para acceder a éste tipo de información, promoviendo así la planificación familiar.

### **Mercado objetivo**

Para el abordaje de la investigación se van a tener en cuenta los usuarios, parejas que inicien una orientación de planificación familiar de la localidad de Usme y de la localidad de Usaquén enfatizando en el género masculino. Además, se tendrá en cuenta clientes que trabajan en EPS o IPS para el desarrollo de la investigación de esta manera hacerle llegar los productos de *Planificando mi familia* a los usuarios que deseen orientación de planificación familiar el cual se beneficiaran.

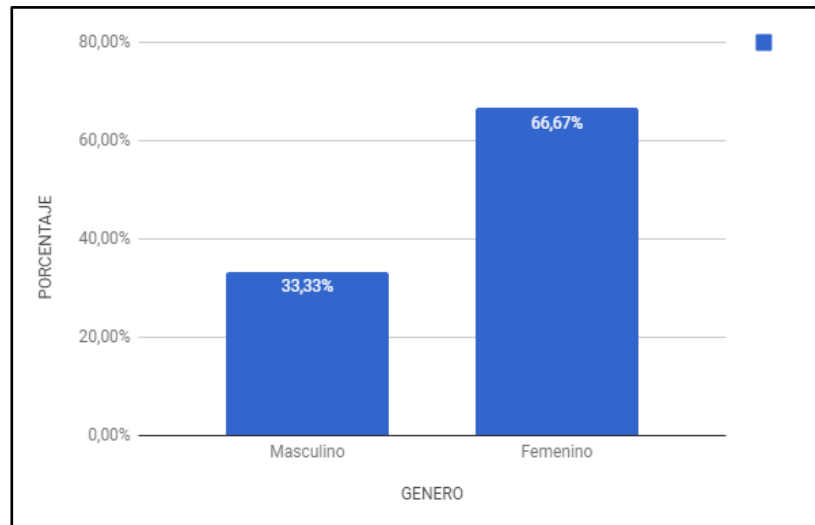


### **Mercado meta**

Estos productos de *Planificando mi familia* el blog y los dos folletos van dirigidos a la localidad de Usme y Usaquéen de la ciudad de Bogotá. Se espera que los principales interesados sean usuarios del género masculino; estos productos se promoverán en la localidad de Usme para el barrio Yomasa en la EPS Capital Salud situada en la Calle 74 B #12-51 sur, con el fin de brindarle una capacitación del blog *Planificando mi familia* y la entrega de dos folletos *Planificando mi familia* donde uno promueve la planificación familiar y el otro sensibiliza, este es un barrio vulnerable, allí el tamaño de las familias es de más de dos hijos o hijas hasta cinco, de ésta manera afecta el factor socioeconómico de la familia para el sustento de tantos hijos/hijas. En la localidad de Usaquéen los productos están dirigidos para el barrio Toberín a la IPS Virrey Solis - Salud Total EPS situada en la Autopistas norte N° 162 - 52, allí el tamaño de las familias es de dos o tres hijos máximo y en el factor socioeconómico de las familias permanecen estables, con el fin de brindarle una capacitación del blog *Planificando mi familia* y la entrega de dos folletos *Planificando mi familia* el cual uno promueve la planificación familiar y el otro sensibiliza.

### **Encuesta sobre investigación de necesidades del cliente**

Para el abordaje de esta investigación se realizó una encuesta (ver Apéndice A) a los clientes de los productos; participaron seis personas profesionales que laboran actualmente en centros de salud, el análisis de los resultados fue:

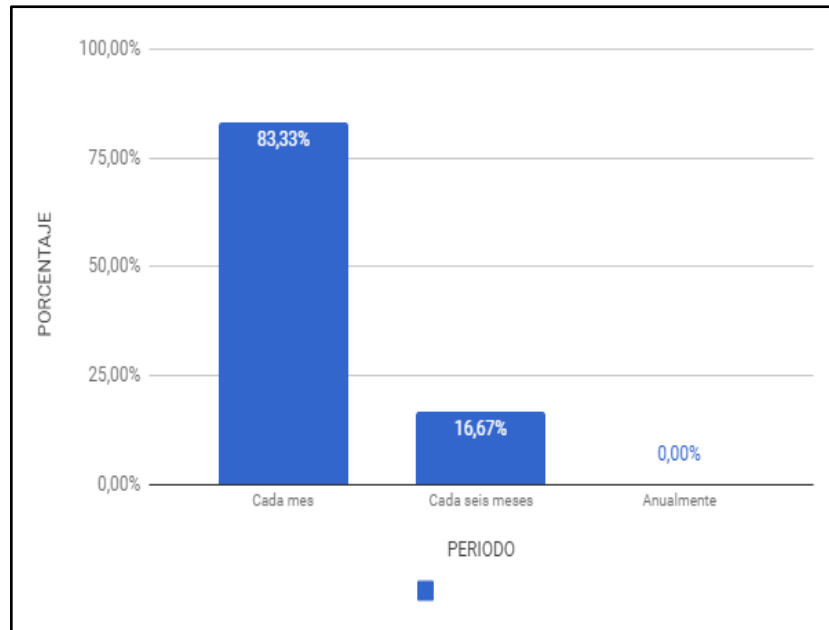


*Figura 37.* Género participante en la encuesta sobre investigación de necesidades del cliente

En la Figura 37 se evidencia la participación del género en la encuesta se realizó a 5 clientes y un usuario del producto, la participación de los hombres fue de un 28% y de las mujeres fue de 61%; el nivel educativo de los participantes y las participantes son profesionales en el área de la salud, 3 participantes profesionales en enfermería, un participante profesional en medicina y un usuario profesional en ingeniería; cada uno de los encuestados tiene hijos.

El análisis de las preguntas fue el siguiente:

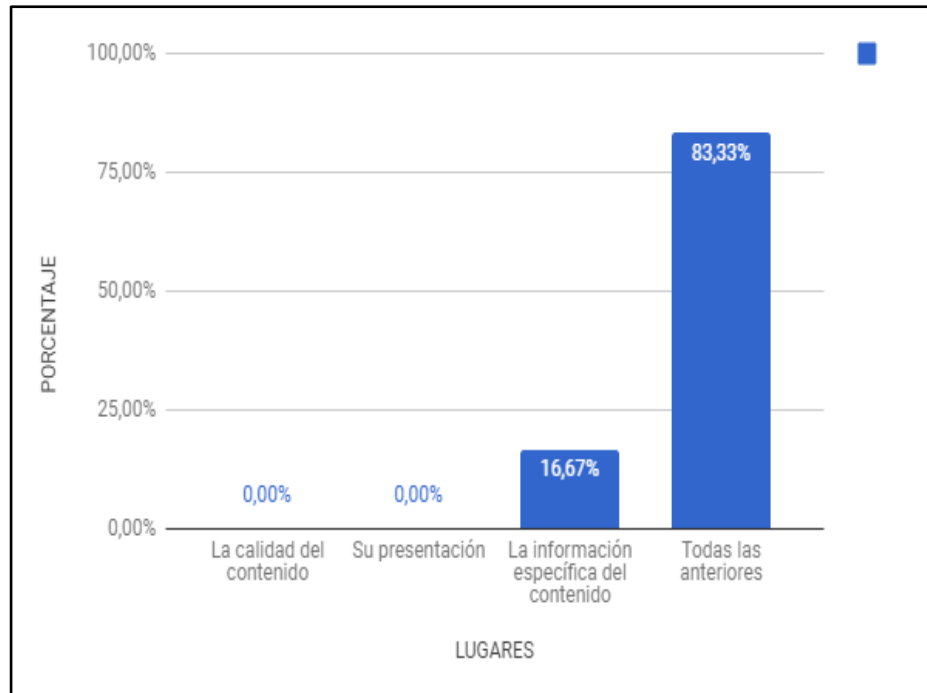
**1. ¿Con qué frecuencia los centros de salud adquieren productos de planificación familiar?**



*Figura 38.* Frecuencia con que los centros de salud adquieren productos de planificación familiar.

Los clientes informan que los usuarios cada mes adquieren productos de planificación familiar en la figura 38 se evidencia con un 83,33% de personas encuestas y un 16,67% cada seis meses. Respecto a estos resultados los productos como el blog propone estar actualizado para innovaciones de planificación de esta manera promoviendo la planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos el uso de anticonceptivos previene la muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados.

## **2. ¿Qué lleva a los centros de salud a escoger productos de planificación familiar?**



*Figura 39. ¿Qué lleva a los centros de salud preferir productos de planificación familiar?*

En la figura 39, se evidencia que los clientes prefieren productos de calidad en su contenido y presentación, de igual manera podrán impactar al usuario brindando información concisa de interés y necesaria para los usuarios que se beneficiarán con este producto, el resultado muestra un 83,33% en productos de calidad, información específica dinámica de fácil comprensión.

### **3. ¿En qué lugares cree pertinente que debería encontrar estos productos?**

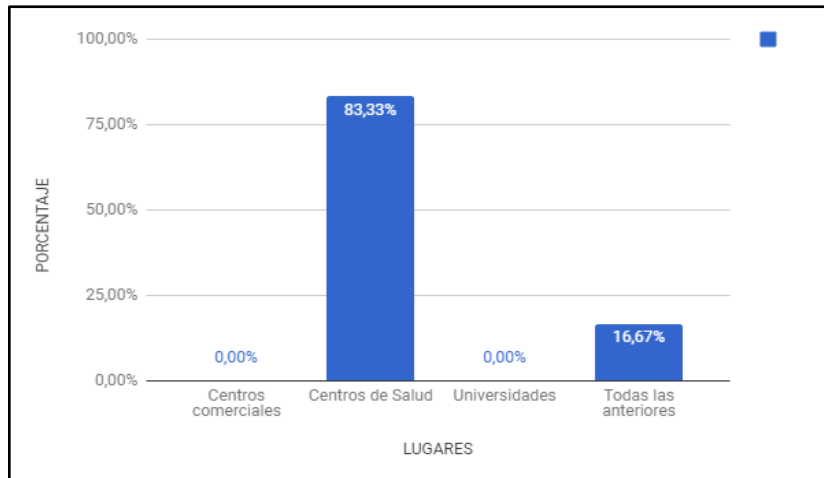


Figura 40. Lugares pertinentes para encontrar estos productos de planificación familiar

En la figura 40 se evidencia que los productos se dejarán directamente con nuestros clientes, es decir, Centros de Salud con un 83,33% garantizando así que los usuarios adquieran nuestros productos y sean beneficiados de ellos es el lugar pertinente y adecuado para los productos.

**4. ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca de los productos?**

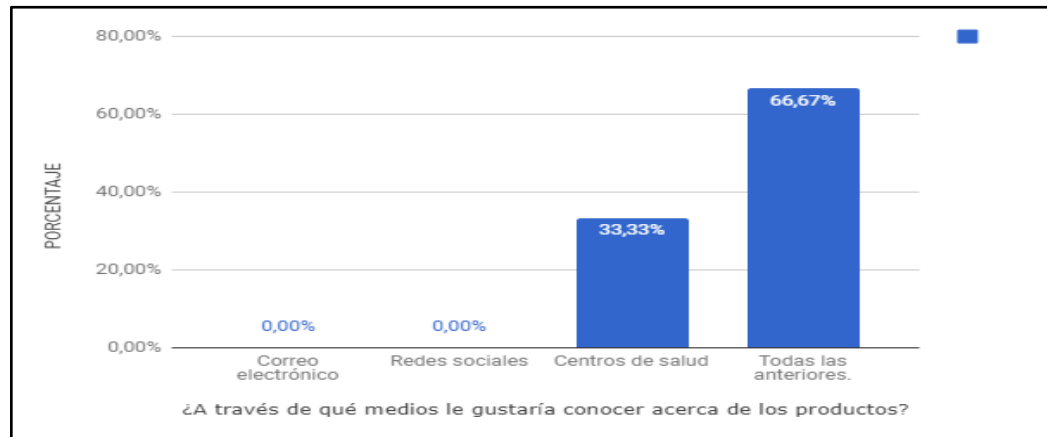


Figura 41. ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca de los productos?

En la figura 41 se observa que a los clientes les gustaría que se realizará una campaña para lanzar los productos vía magnético ya que seleccionaron en un 66,67% que les gustaría conocer los productos por el correo electrónico, redes sociales y centros de salud, con el fin de impactar al usuario y se acerque a nuestros clientes para obtener el producto.

### 5. ¿Si llegara a obtener el producto, compartiría la información con personas cercanas?

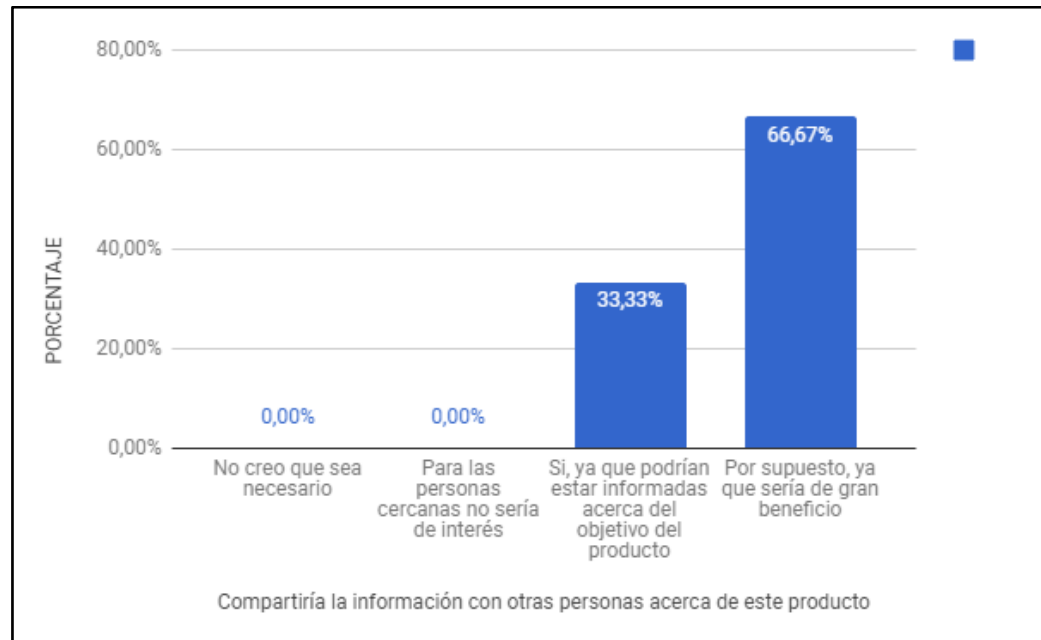
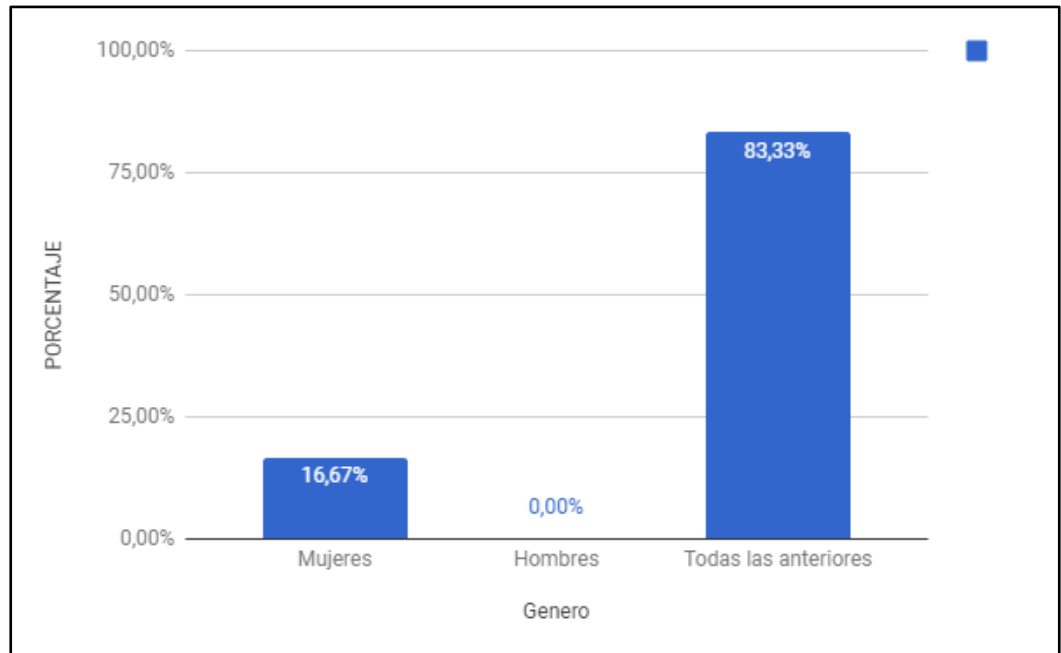


Figura 42. Compartiría la información con otras personas acerca de este producto

En la figura 42 se observa que los productos son de gran interés para las necesidades de los clientes y así mismo satisfacer a los usuarios, se evidencia que los usuarios compartirán la información con otras debido a que lo ven de gran beneficio con un 66,67%.

## 6. ¿Qué género considera más conveniente, que debe estar informado acerca del producto?



*Figura 43.* ¿Qué género considera más conveniente, que debe estar informado acerca del producto?

En la figura 43 se observa que los productos son diseñados para hombres y mujeres por lo tanto los productos quieren promover y sensibilizar ambos géneros que la información llegue de igual manera a los dos como pareja, además se muestra que los encuestados consideran que ambos géneros deben estar informados acerca de la planificación familiar con un 83,33% y borrar el estigma que tiene la sociedad con el 16,67 % como se evidencia en la figura 14 que solo las mujeres deben conocer del tema de planificación familiar.

## 7. ¿Por qué no compraría el producto los Centros de salud en Bogotá?

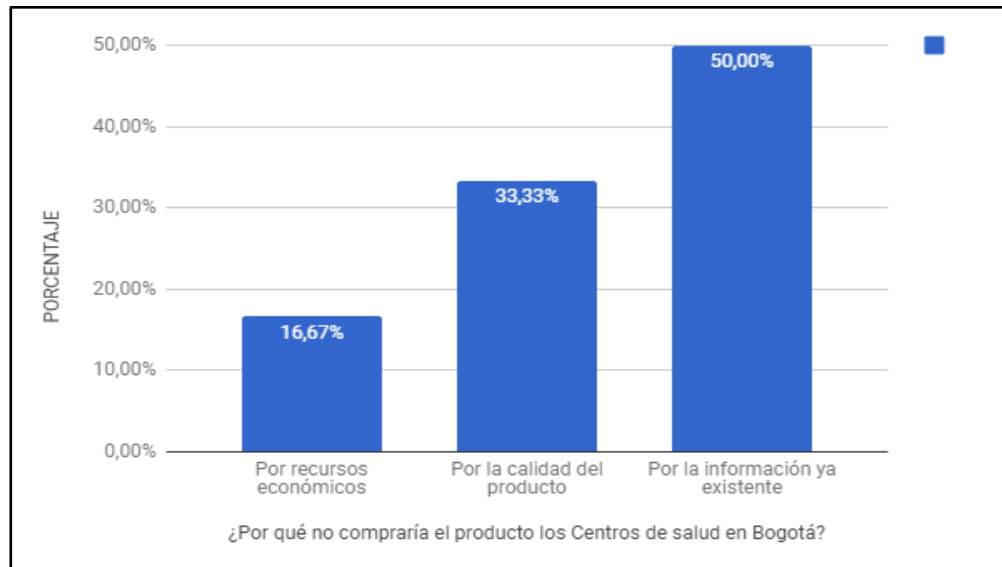


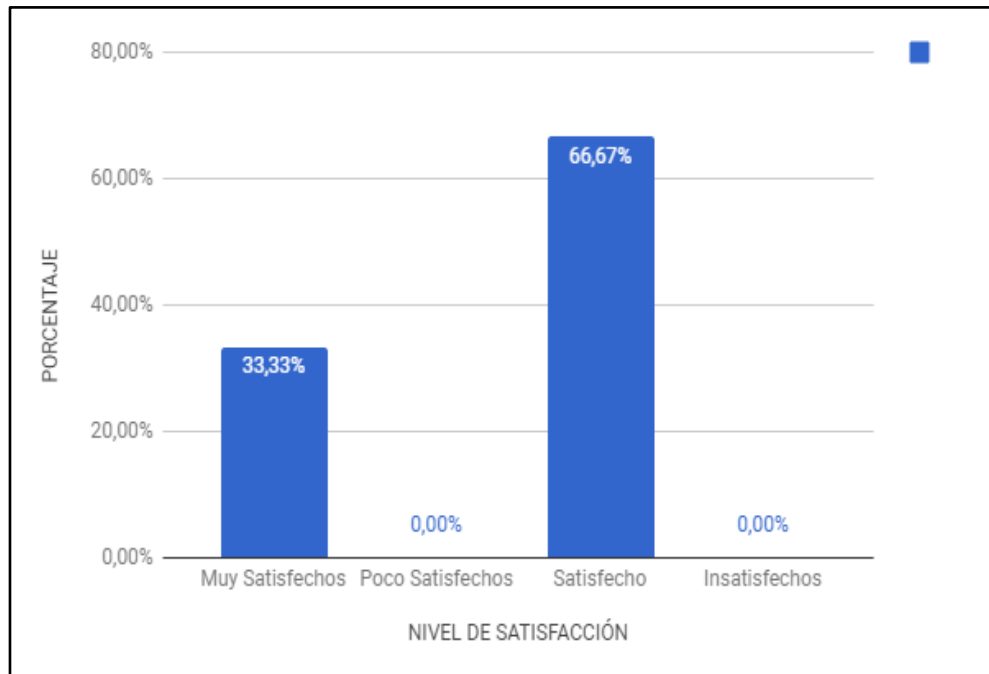
Figura 44. ¿Por qué no compraría el producto los Centros de salud en Bogotá?

En la figura 44

se evidencia que los clientes no comprarían el producto porque consideran que es información que ya existe con un 50,00% por lo tanto se quiere innovar e incluir la participación del hombre basándose en el análisis de competencia; la información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en mayor parte son dirigidos para mujeres excluyendo al hombre en la participación de ésta, por lo tanto nuestros productos quieren impactar y llamar la atención del género masculino, que al momento de adquirir los clientes nuestro producto vean la innovación de promover y sensibilizar la planificación familiar en el género masculino a la participación de esta.

## 8. ¿Indique de 1 a 10 siendo 10 el porcentaje más alto y 1 el más bajo que tan satisfecha estarían los centros de salud con el producto?

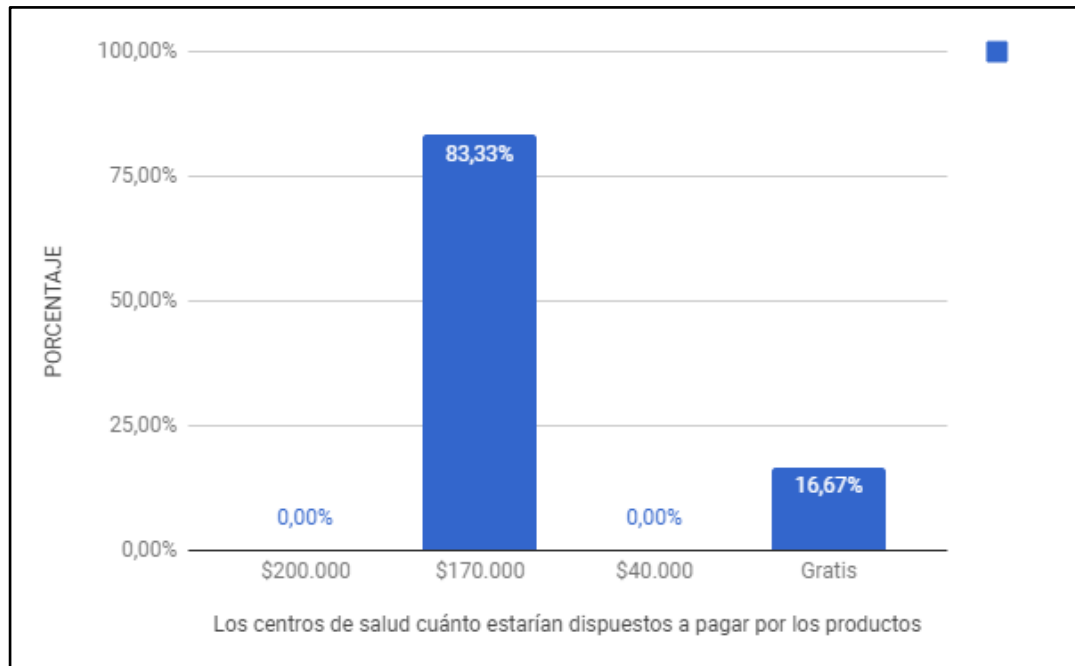




*Figura 45.* ¿Indique de 1 a 10 siendo 10 el porcentaje más alto y 1 el más bajo que tan satisfecha estarían los centros de salud con el producto?

En la figura 45 se observa que los clientes estarán satisfechos con el producto, según los resultados con un 66,67% satisfecho y un 33,33% muy satisfecho por lo tanto se espera que para los usuarios sea una orientación los productos y estén satisfechos con el mismo.

**9. ¿Cuánto estarían dispuestos los centros de salud a pagar por los productos: dos folletos y un blog?**

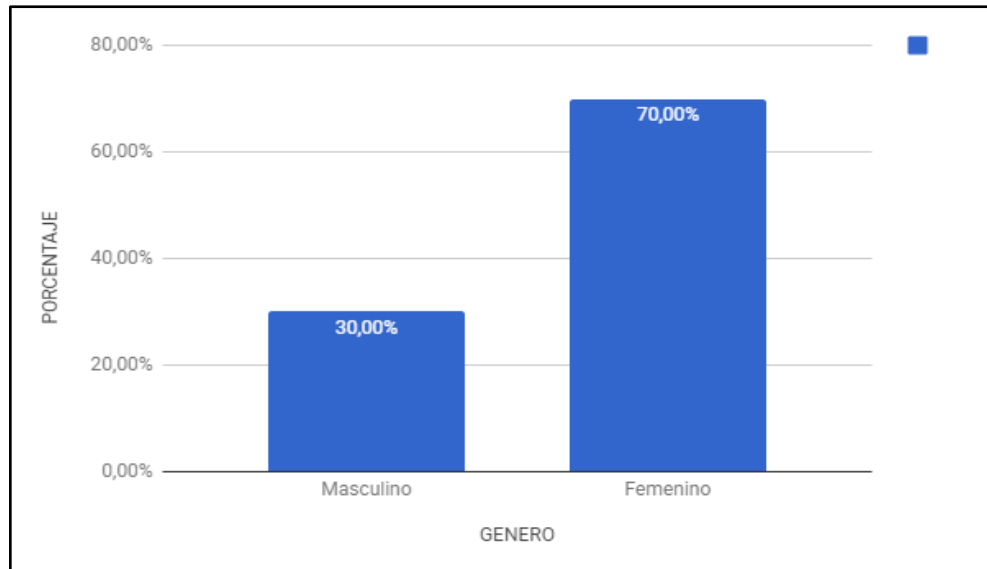


*Figura 46.* Los centros de salud cuánto estarían dispuestos a pagar por los productos.

En la figura 46 se evidencia que los centros de salud con un 83,33% pagarían \$170.000 por los productos que sean diferentes que impacten en el mensaje y la información siendo de interés para los usuarios y un 16,67% espera que sea gratis.

### **Encuesta sobre el diseño del blog**

Para el abordaje de esta investigación se realizó una segunda encuesta (ver Apéndice B) a los clientes con el objetivo de identificar las características y necesidades reales del producto; se contó con la participación de 10 personas, siendo 5 profesionales en el área de salud; 4 profesionales en enfermería y un profesional en medicina, actualmente estas personas laboran en centros de salud; los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes.

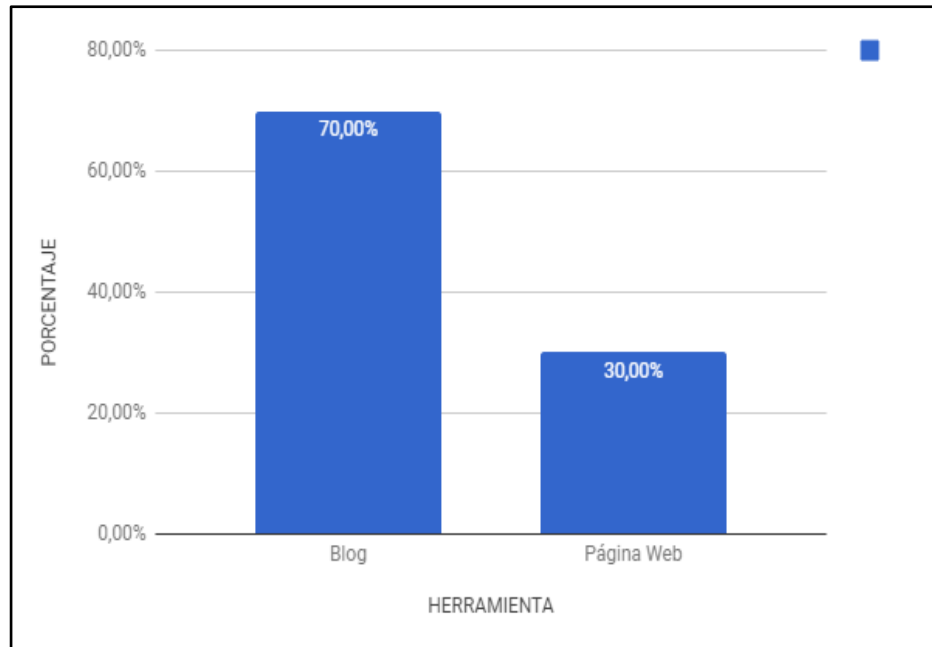


*Figura 47.* Género participante en la encuesta sobre el diseño del blog.

Los resultados obtenidos de los 10 participantes, como se evidencia en la figura 47, el porcentaje de los hombres es del 30% y 70 % mujeres; el nivel educativo en el que se encuentra, 5 de estos profesionales en el área de salud; 4 profesionales en enfermería y un profesional en medicina, rango de edad entre 26 y 35 años.

El análisis de las preguntas fue el siguiente:

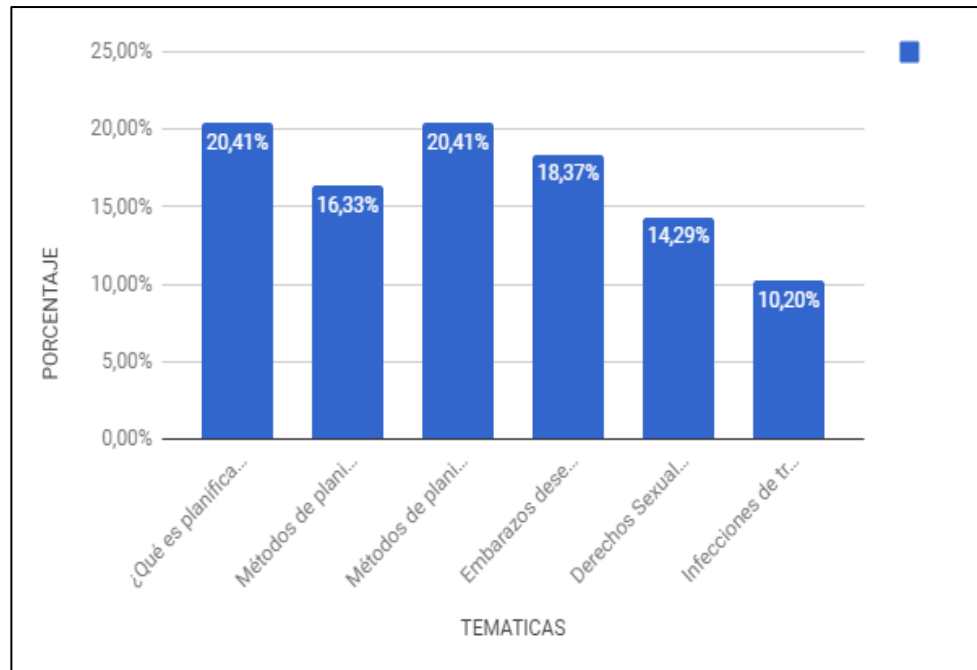
**1. ¿Para usted en cuál herramienta es más fácil navegar?**



*Figura 48.* Cuál herramienta es más fácil navegar.

En la figura 48 los datos obtenidos en cuanto a la herramienta de más fácil navegación que desean manejar los clientes son: el 70% diseño de un blog, y el 30% página web, por ende, se decide implementar el blog.

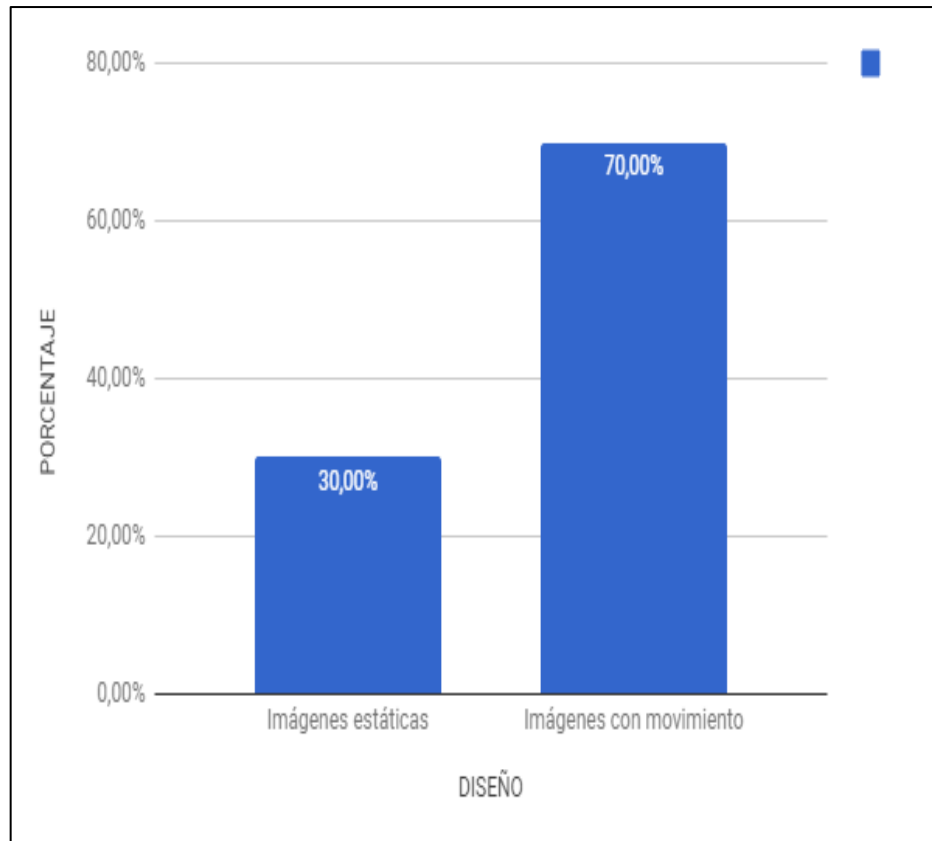
**2. ¿Si encuentra un Blog con el nombre *Planificando Mi Familia* señale ¿qué temáticas considera encontrar**



*Figura 49.* Temáticas consideradas a encontrar en el Blog

En la figura 49 se evidencia las temáticas que se abordarán en el producto para las necesidades e intereses de los clientes, son, ¿qué es la planificación familiar? con un puntaje de 20,4%, Métodos de planificación para mujeres el 16,3%, Métodos de planificación para hombres con un puntaje 20,4%, Embarazo no deseados 18,8%, Derechos sexuales 14,2%, Infecciones de transmisión sexual 10,2%.

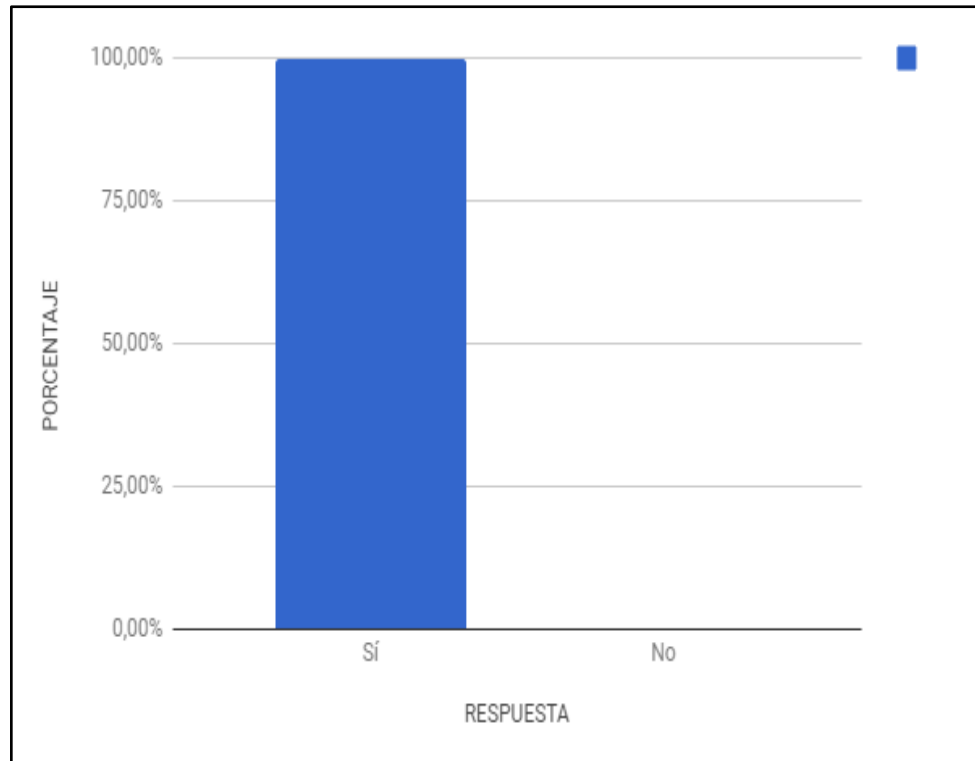
### **3. ¿Qué estilo de imágenes le gustaría encontrar en el Blog?**



*Figura 50.* Estilo de imágenes que les gustaría ver en el Blog

En la figura 50 se obtiene como resultado que las imágenes con movimiento impactan a los clientes y usuarios del producto en un 70% y las imágenes estáticas un 30%.

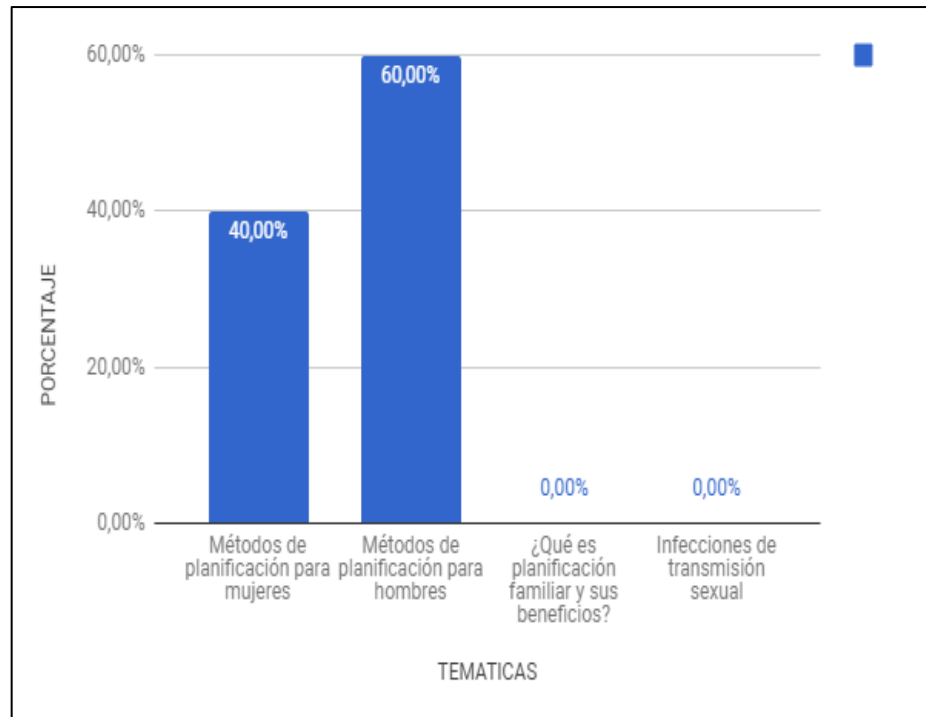
**4. ¿Le gustaría que el Blog tuviera un vídeo temático, animado?**



*Figura 51.* Les gustaría que el Blog tuviera un vídeo animado

Se puede evidenciar en la figura 51 que los resultados arrojados en este ítem el producto dinámico impacta a los clientes y usuarios es del 100%.

**5. ¿Sobre qué le gustaría que tratara el video en el Blog?**



*Figura 52.* Temáticas que le gustaría ver el video

En la figura 52 se puede evidenciar que los clientes y los usuarios les gustaría ver un video innovador que les informe sobre los métodos de planificación masculino en un 60% y métodos de planificación en el 40%.

## 6. ¿Qué colores le gustaría ver en el Blog?



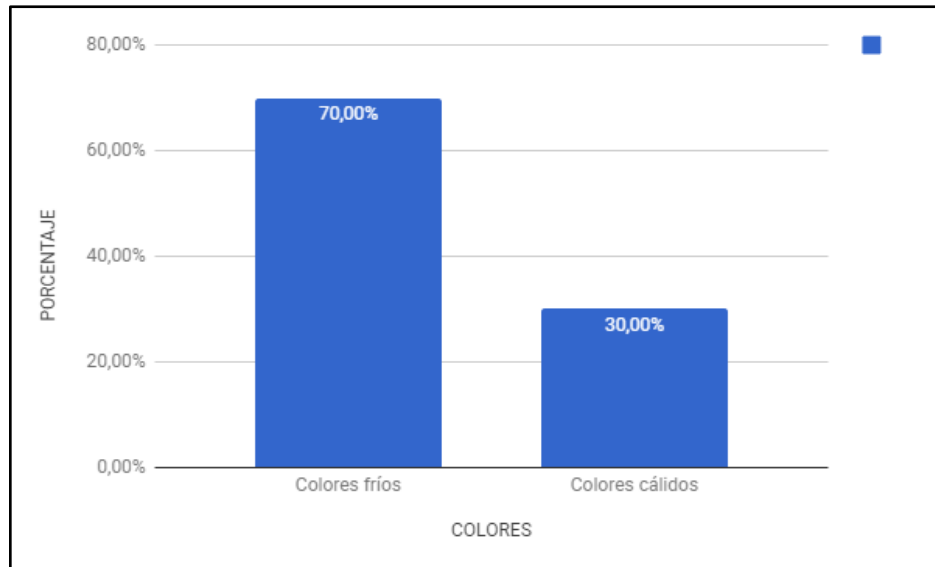


Figura 53. Colores les gustaría ver en el Blog

En la figura 53 se evidencia que los colores preferidos para los clientes y usuarios son colores fríos en un 70% y colores cálidos en un 30%.

**7. ¿Cuáles de las siguientes herramientas le gustaría que se incluyera en el Blog?**

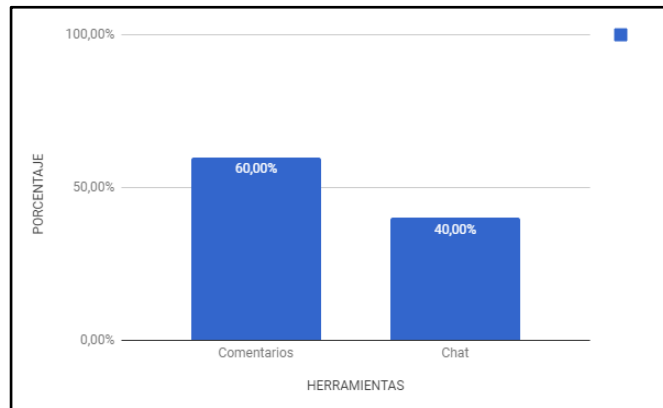
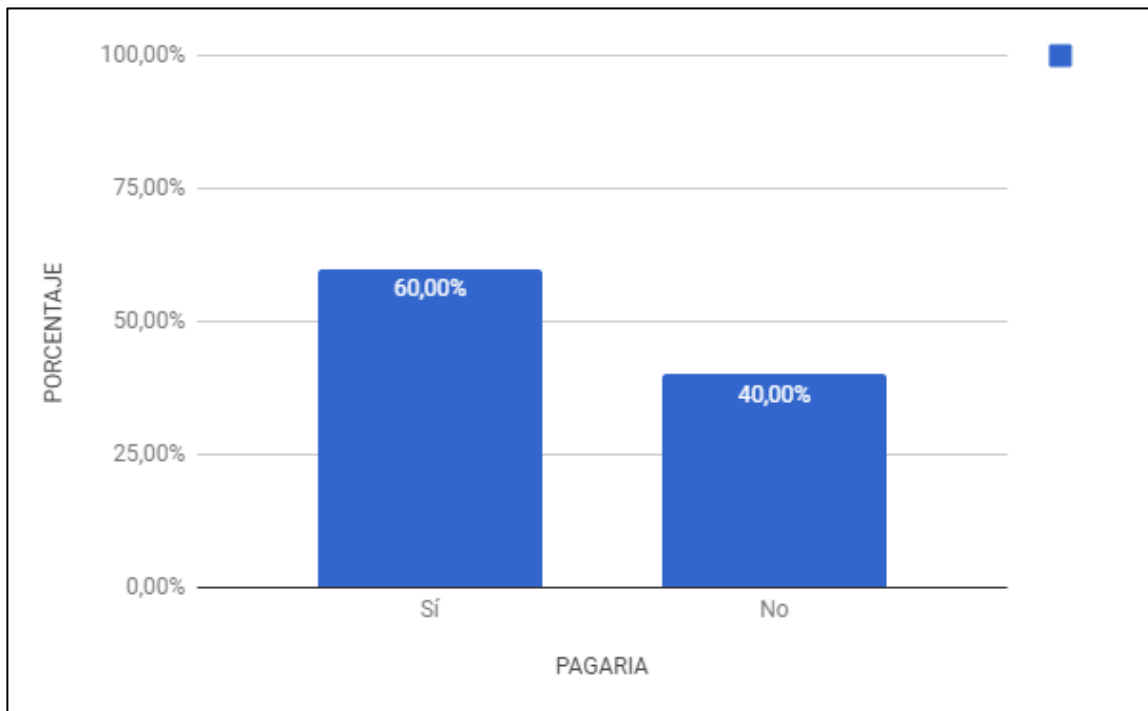


Figura 54. Herramientas para incluir en el Blog

En la figura 54 en el producto se incluye la herramienta de comentarios con el 60%, teniendo como objetivo generar un espacio satisfactorio para el cliente y el usuario al mostrar sus diferentes opiniones y sugerencias.

**8. ¿Pagaría usted por una suscripción trimestral en el *Blog Planificando Mi Familia* para recibir información actualizada en estadísticas, métodos y beneficios de planificación familiar?**



*Figura 55. Pagarían por una suscripción trimestral en el Blog*

En la figura 55 se observa que los clientes pagarían por el producto para recibir información actualizada de métodos de planificación en 60%. y los clientes que no pagarían están en un 40%.

### 9. ¿Cuánto pagaría usted trimestral por la suscripción en el Blog?

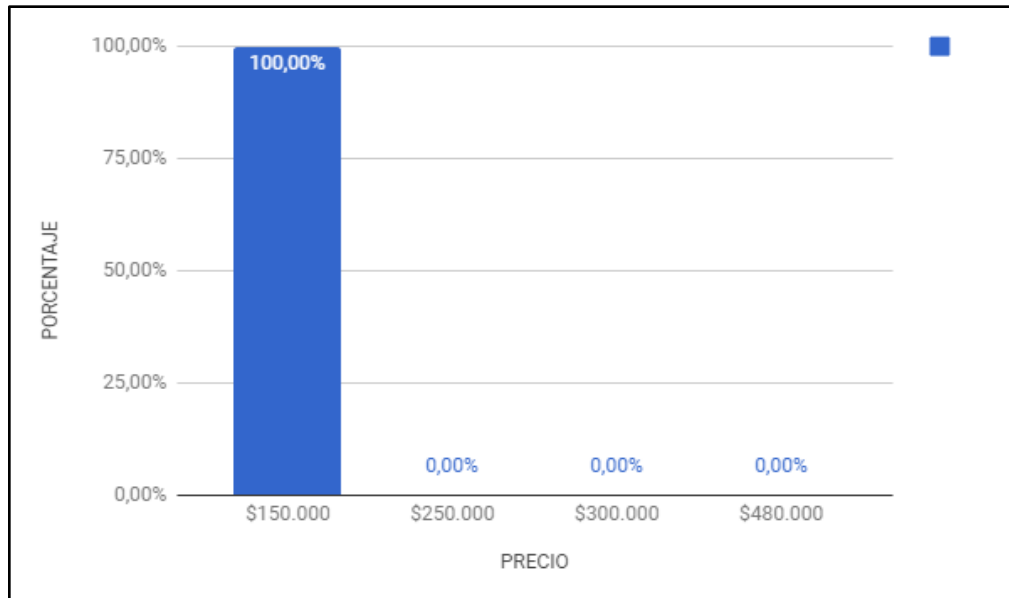
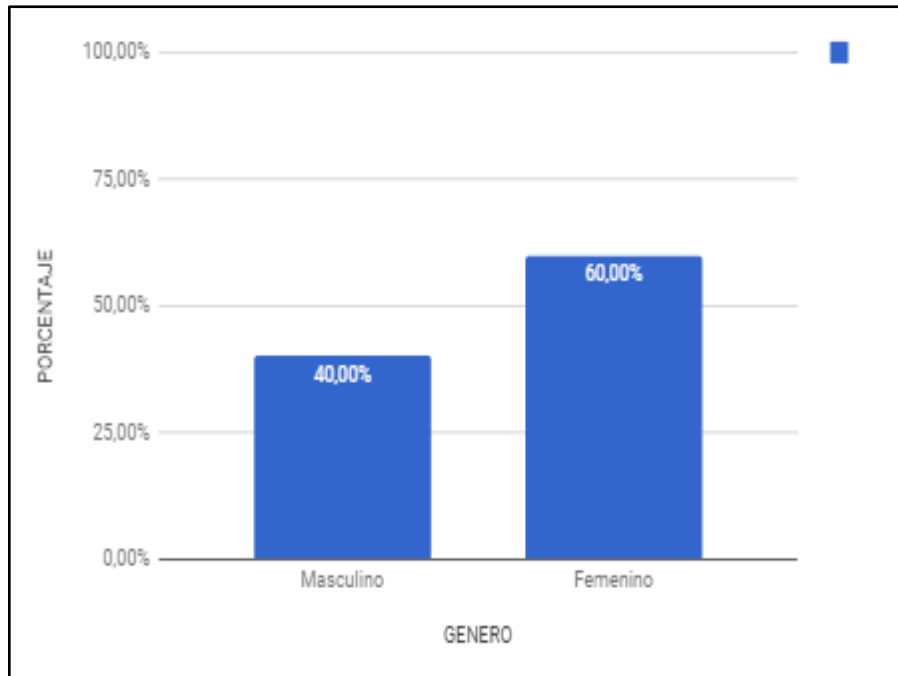


Figura 56. Cuánto pagarían trimestral por la suscripción en el Blog

Se observa en la figura 27 que los clientes llegaron a pagar el recurso más económico sin contar con el contenido y calidad del producto, en el 100%.

### Encuesta sobre el diseño de los Folletos

Para el abordaje de esta investigación se realizó una tercera encuesta (ver Apéndice C) a los clientes con el objetivo de identificar las características y necesidades reales del producto; participaron 10 personas de las cuales 7 son profesionales laboran actualmente en centros de salud; 3 personas usuarios del producto; el análisis de los resultados fue:



*Figura 57. Género participante en la encuesta sobre el diseño de los folletos*

La encuesta se realizó a 10 participantes 40% hombres y 60% mujeres; el nivel educativo de los participantes son 7 profesionales en el área de la salud, 5 son profesionales en enfermería, dos son profesionales en medicina y 3 usuarios con un técnico en ingeniería, los participantes de la encuesta se encuentran en un rango de edad entre 25 y 35 años; cada uno de los participantes tiene hijos.

El análisis de las preguntas fue el siguiente:

- 1. ¿Si le entregan un folleto con el nombre *Planificando Mi Familia* señale ¿qué temáticas considera encontrar? de su interés.**

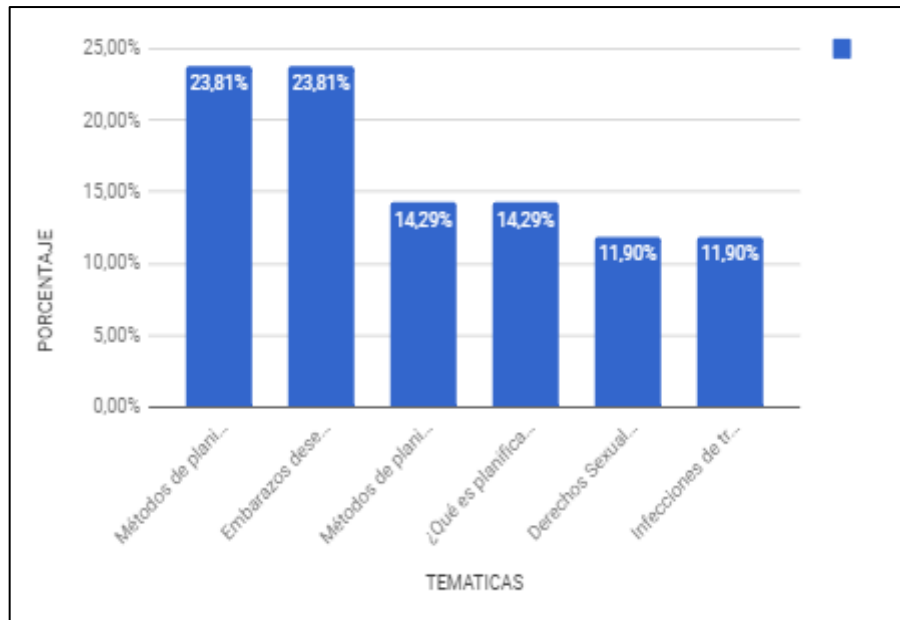


Figura 58. Temáticas consideradas de interés para elaborar los folletos

En la figura 58 se observan las temáticas que se abordarán en los productos para las necesidades e interés de los clientes y los usuarios en este producto desean encontrar métodos de planificación para hombres con un 23.81%, embarazos deseados 23.81%, métodos de planificación para mujeres 14.29% y derechos sexuales y reproductivos 11.90% e infecciones de transmisión sexual 11.90% de esta manera estarán muy satisfechos con el producto.

## 2. ¿Qué le gustaría encontrar en el contenido del folleto para facilitar su comprensión?

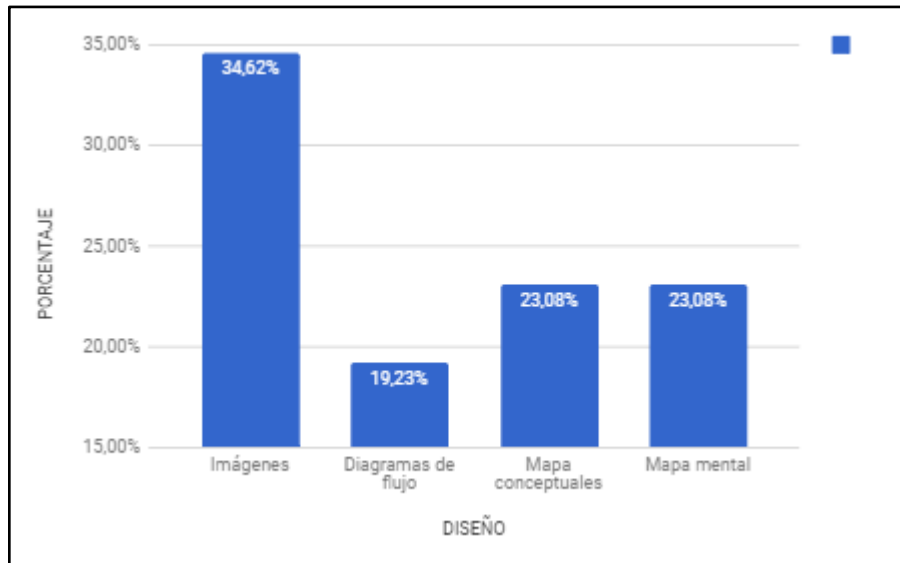
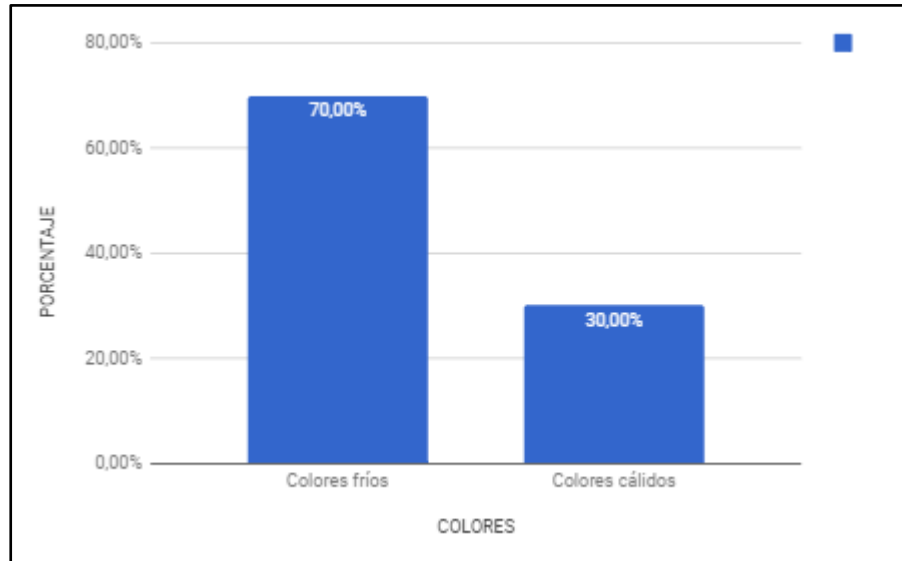


Figura 59. Estructura de los folletos

En la figura 59 se observa que los clientes y usuarios les gustaría ver un producto dinámico y de fácil entendimiento con un porcentaje de imágenes del 34.62%, un mapa conceptual del 23.08%, un mapa mental del 23.08% y diagramas de flujo del 19.23%.

## 3. ¿Qué colores le gustaría ver en los folletos?

Colores que les gustaría ver en los folletos



*Figura 60.* Colores que les gustaría ver en los folletos

Se observa en la figura 31 los colores que más desean ver los clientes en el folleto son los colores fríos con un 70% y para los colores cálidos un 30%.

### **La competencia**

#### **Competencia directa**

La competencia directa a la que se enfrentan nuestros productos finales de *Planificando mi familia* son los centros de salud en Bogotá.

- Profamilia



Figura 61. Página web de Profamilia. Nota: <https://profamilia.org.co/> , 26-marzo-2018

Profamilia IPS es una Institución Prestadora de Salud privada sin ánimo de lucro, que promueve el respeto por el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población colombiana mediante la prestación de servicios de salud, asegurando la calidad y seguridad del paciente.

Profamilia cuenta con un espacio interactivo, una página web el cual contiene todo lo que una persona necesita para informarse sobre la salud sexual y reproductiva; investigaciones en el cual se encuentran las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS), investigaciones a profundidad, concientización sobre el aborto, y métodos anticonceptivos para la mujer, mencionan al hombre con el método anticonceptivo del condón y vasectomía. Cuenta con toda clase de folletos referente al uso y función de los métodos de planificación masculina y femenina.



- Oriéntame



Figura 62. Página web de Oriéntame. Nota: <https://www.orientame.org.co/> 26-marzo-2018

Oriéntame es una organización de beneficio social dedicada a posibilitar a las mujeres el ejercicio de sus derechos a través de la atención de sus necesidades, mediante el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva seguros y con alta calidad humana. (“Oriéntame”).

Tiene una página web el cual solo se encuentran imágenes e información para la mujer como los métodos anticonceptivos que usa la mujer, se encuentra información de embarazos no deseados mencionado el aborto legal, la adopción y los métodos para adoptar haciendo referencia solo a la mujer, como si la responsabilidad y decisión fuera solo de ella, se encuentran programas de prevención y capacitación todos dirigidos hacia la mujer, no toman en cuenta la pareja, su enfoque en Oriéntame es la mujer, es un claro ejemplo que no están teniendo en cuenta la participación del hombre en cuanto al uso de planificación y participación en las decisiones reproductivas.

Esta página cuenta con varios videos de promoción y por supuesto como se venía mencionando antes todos van dirigidos hacia la mujer con nombres como “soy mujer, soy líder” “Tu vida vale mucho” “eliminación de la violencia contra la mujer” por lo tanto en esa sección se encuentran imágenes, videos y folletos diseñados por Oriéntame y organizaciones amigas que promueven la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres. Cuenta con chat interactivo, con citas programadas por medio del chat, por tal motivo ahorra tiempo a las parejas o a las mujeres.

- La Planificación Familiar y la Organización Mundial de la Salud



Figura 63. Página Web de la OMS. Nota: <http://www.who.int/es/> 26-marzo-2018

La Organización Mundial de la Salud es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. (Organización Mundial de la Salud).

La OMS está trabajando para promover la planificación familiar mediante la preparación de directrices basadas en datos científicos (Ver Tabla 2.) sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos y los servicios mediante los cuales se ofrecen; la preparación de normas de calidad y la precalificación de los productos anticonceptivos; y la ayuda a los países para que introduzcan, adapten y apliquen estos instrumentos para satisfacer sus necesidades.

Tabla 2.

*Métodos anticonceptivos*

<b>Método</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cómo funciona</b>	<b>Eficacia para prevenir el embarazo</b>	<b>Observaciones</b>
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98% si se usa de manera correcta y sostenida. 85% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	90% si se usa de manera correcta y sostenida. 79% cómo se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Esterilización masculina	Anticoncepción permanente	Impide que haya	>99% después de la	Tarda en actuar unos 3 meses

(vasectomía)	por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos	espermatozoides en el semen eyaculado	evaluación del semen a los 3 meses. Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen	debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Píldoras anticonceptivas de emergencia (acetato de ulipristal, 30 mg, o levonorgestrel, 1,5 mg)	Son pastillas que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Retrasa la ovulación	Si 100 mujeres tomarán la píldora anticonceptiva de emergencia de progestágeno solo, probablemente una quede embarazada	No altera el embarazo si este ya se ha producido

Nota: La planificación familiar y los anticonceptivos reducen la necesidad de recurrir al aborto, en especial, al aborto peligroso. Tomado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

En la Tabla 2, publicado en la página web de la OMS se describe los métodos anticonceptivos, menciona cómo funcionan, la eficacia para prevenir el embarazo y

escribe la observación según estudios científicos. Lo interesante es cómo menciona cada uno de los métodos anticonceptivos de masculinos y femeninos como se observa en la figura nombra el condón masculino y el condón femenino, menciona la vasectomía junto con la ligadura de las trompas. Por otro lado, se encuentra un reportaje sensibilizando la planificación familiar.

- EPS Salud Total



Figura 64. Página web de EPS Salud Total. Nota: <http://www.saludtotal.com.co/Paginas/Home.aspx> 26-marzo-2018

El Modelo de Atención en Salud, de Salud Total EPS busca identificar, analizar y dar respuesta oportuna a los posibles problemas de salud que puedan presentar nuestros protegidos y sus familias; asegurando dentro de un marco normativo, estrategias fundamentadas en la gestión del riesgo, que articuladas con la prestación de servicios con calidad, en unidades propias de atención y en todos los prestadores de la red

contratada, pretenden organizar, incentivar y orientar a la población al uso de servicios, llegando incluso a lograr cambios comportamentales en estilos de vida y hábitos saludables a los protegidos y sus familias (“Salud Total”).

En la página web de esta EPS menciona la planificación familiar en los servicios de salud como derecho durante el embarazo, define la consulta de Planificación familiar, el cual menciona que es preferiblemente dentro del primer mes posparto que debe y se le asigna automáticamente la cita, con el fin de crear un espacio para la valoración completa de las características y necesidades de cada individuo, para determinar la mejor opción en el control de la natalidad, además de orientación y educación para conocer y evitar las infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA entre otras. La página no contiene más información sobre planificación familiar no contiene imágenes para la motivación de este por ende tampoco menciona los métodos anticonceptivos. Por lo tanto, ese espacio que brinda la EPS es uno de los momentos más apropiados para conocer y divulgar los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, que son los Derechos Humanos llevados al ámbito de la sexualidad, y todas las personas independiente de su género, edad, orientación sexual, raza/etnia o estrato social tiene “derecho” a ellos y así mismo la “obligación” de ejercerlos, respetarlos y exigir su cumplimiento. Por otro lado, Salud Total maneja un boletín magnético de planificación familiar en el describe las características, beneficios y la orientación de una consulta para planificación familiar, contiene mucha información y sus imágenes no impactan al usuario.

- EPS Capital Salud



*Figura 65.* Página web Capital Salud. Nota: <http://www.capitalsalud.gov.co/home#.Wr6BdYjwbIU> 26-marzo-2018

La EPS-S Capital Salud nació de la decisión del Distrito Capital de ofrecer a la ciudad una EPS-S del Régimen Subsidiado ante la realidad que se presentó de baja de oferta y retiro de algunas EPS-S públicas de Bogotá en la década iniciada en el año 2000 (“Capitalsalud”).

Capital Salud EPS-S se creó como una empresa mixta de la que son socios el Distrito con un 89 por ciento y SALUD TOTAL EPS con un 11 por ciento. Los dos socios aportaron capital para la creación de esta EPS e hicieron un acuerdo marco, en cumplimiento del acuerdo del Concejo 357 de 2009 y del Decreto Distrital 46 de 2009 (“Capitalsalud”).

En su página web promueve charlas informativas con el fin de brindar información a madres gestantes y lactantes sobre planificación familiar, periódicamente la dirección de Salud Pública de Capital Salud realiza charlas dirigidas a usuarias de este grupo poblacional, se les da a conocer las diversas opciones que existen en cuanto a métodos de planificación, así como la importancia de la inmunización, tanto en la madre como en el pequeño para evitar enfermedades. De acuerdo con Johanna Duarte, enfermera de la dirección de Salud Pública de Capital Salud EPS-S, la idea de realizar estas charlas informativas surgió debido a que los programas de lactancia materna, vacunación y planificación tenían bajas coberturas. “Estas capacitaciones se dictan a usuarias escogidas al azar a quienes se les hace seguimiento durante su etapa de embarazo y posparto y de acuerdo con las necesidades y falencias que ellas presenten se citan para que asistan” señaló la funcionaria. (“Capitalsalud”) A este tipo de charlas informativas se convocan entre 20 y 25 usuarias de las cuales asisten en promedio el 90%, según los resultados se que refleja el interés que despiertan estos temas en las maternas gestantes y lactantes.

- EPS Sura



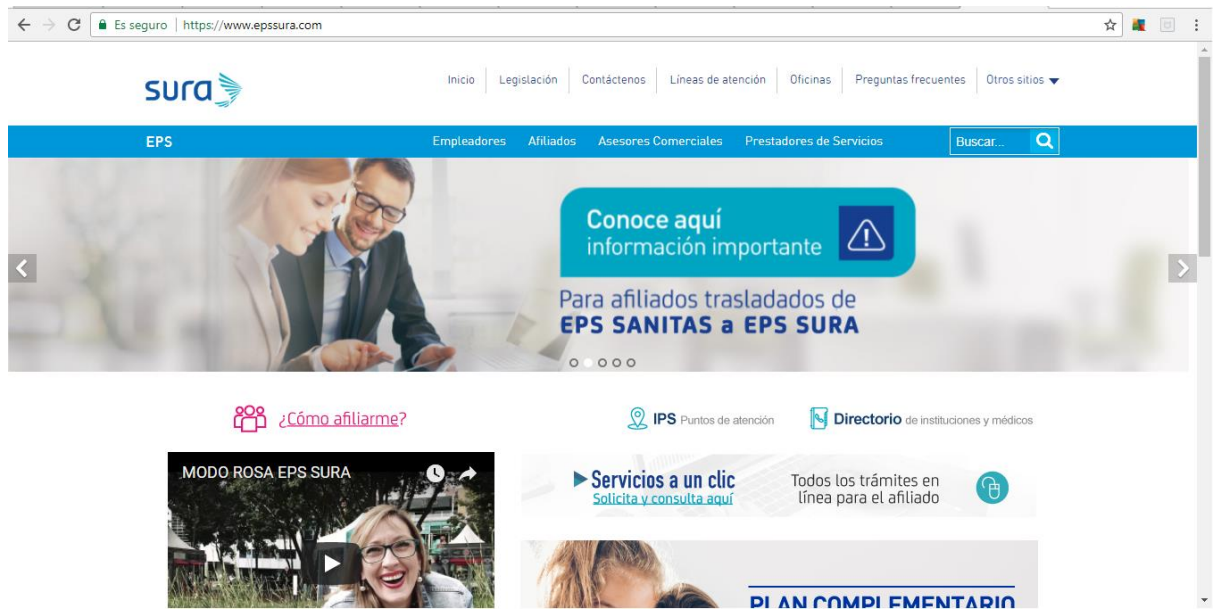


Figura 66. Página web EPS Sura. Nota: <https://www.epssura.com/> 26-marzo-2018

El 31 de enero de 1990 nació la Compañía Suramericana de Servicios de Salud, SUSALUD, como una empresa de Medicina Prepagada. Más adelante, el 16 de marzo de 1995 recibió su aprobación como Entidad Promotora de Salud (EPS) y comenzó su participación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, a raíz del surgimiento de la Ley 100 de 1993. A partir de 2009 Susalud cambia de marca y se convierte en EPS SURA.

EPS SURA como Entidad Promotora de Salud ofrece los servicios de POS y Planes Complementarios de Salud (“epssura”).

En su página web creó un espacio dinámico sobre planificación familiar de forma breve y concisa se obtiene información de métodos anticonceptivos, en él se encuentran mitos y realidades que se han difundido por la sociedad sobre algunos métodos de

planificación familiar por el cual busca aclarar esas dudas que han generado algunos mitos en la sociedad. Esta página maneja información clara y de fácil entendimiento contiene imágenes que llegan a impactar al usuario y los colores que maneja son colores cálidos resaltando conceptos fundamentales de la planificación familiar.

### Competencia Sucedánea

La competencia sucedánea es la competencia indirecta que operan con el mismo mercado, se dirigen a los mismos clientes, pero ofrecen un servicio o producto sustituto o alternativo. (Jácome, 2008)

- Planificación familiar natural



Figura 67. Página web de planificación familiar natural. Nota: <http://www.planificacionfamiliarnatural.es/index.html> 28-marzo-2018

Es una página web que informa de la planificación familiar natural en el cual menciona el método sintotérmico consiste en la determinación del período fértil del ciclo menstrual femenino.

Una página que quiere promover la planificación familiar natural, enfocada solo en las mujeres, en el cual menciona que las mujeres son las que llevan la responsabilidad si quedan embarazadas por no llevar la cuenta según calendario del periodo fértil del ciclo menstrual. (“Planificacionfamiliar”)

La página no cuenta con la participación de los hombres, no tiene imágenes no tiene contenido de vídeos y tampoco tiene contenido de folletos o campañas realizadas.

- Abecé sobre anticoncepción



Figura 68. Cartilla de Derechos Sexuales Y Reproductivos

Nota: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-anticoncepcion.pdf> 28-marzo-2018

Es una cartilla que elabora un Grupo de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos en la dirección de promoción y prevención en el año 2016 y aprueba el Ministerio de salud. (Ministerio de salud, 2016).

Este proyecto menciona los métodos anticonceptivos masculinos y femeninos, realiza una campaña del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de dos videos dirigida a los jóvenes para que decidan cuándo asumir la responsabilidad de la maternidad y la paternidad, menciona los métodos anticonceptivos a que tiene derecho y puede elegir siendo hombre o mujer basándose en la Resolución 5926 de 2014 (Ministerio de salud, 2016).

Este producto menciona los métodos anticonceptivos masculinos y femeninos, métodos de barrera y esterilización. Esta cartilla además de mencionar los métodos anticonceptivos masculinos y femeninos, realiza una campaña del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de dos videos dirigida a los jóvenes para que decidan cuándo asumir la responsabilidad de la maternidad y la paternidad, realiza un video para la mujer y otro video para el hombre es una muestra de cómo este proyecto toma en cuenta el hombre y la mujer como entes diferentes, se encuentra la definición de la planificación familiar mencionando como es la consultoría en Colombia. Menciona los métodos anticonceptivos a que tiene derecho y puede elegir siendo hombre o mujer basándose en la Resolución 5926 de 2014. Este producto maneja gran variedad de videos dinámicos dirigidos a la población adolescente y joven de hombres y mujeres, las campañas que realizan son por medio de videos que la fomentan.

- Saludaio



Figura 69. Página Web de saludaio. Nota: <https://saludaio.com/metodos-de-planificacion-familiar/> 30-marzo-2018

Es un blog creado en el 2017 dirigido para toda la población sin ningún bloqueo el cual brinda información sobre la planificación familiar, incluye volantes (Ver figura 70 y 71)



Figura 70. Razones para hacerte la vasectomía



Figura 71. Inyección anticonceptiva para hombres

Este producto Es un blog de planificación familiar creado para ayudar a aprender más sobre la planificación familiar con el fin de tomar buenas decisiones para su salud reproductiva. En este producto se encuentra la definición de los métodos de planificación femenino y masculino. Este producto incluye dos anuncios dirigidos al hombre con respecto a los métodos anticonceptivos masculinos.

### **Análisis de la competencia**

Se realiza análisis de la competencia el cual se menciona las ventajas y desventajas que tienen los productos de la competencia directa e indirecta con el fin de mencionar que lo diferencia o que hace que nuestros productos finales sean de mejor calidad para las necesidades e intereses de los usuarios.

Tabla 3.  
*Análisis de la competencia*

<b>COMPETENCIA</b>	<b>VENTAJAS</b>	<b>DESVENTAJAS</b>	<b>NUESTROS PRODUCTOS</b> <i>Planificando mi familia</i>
Profamilia	<p>Cuenta con un espacio interactivo, una página web dinámica de fácil acceso el cual contiene información clara y precisa se encuentran imágenes que facilitan la comprensión de la información sobre la salud sexual y reproductiva.</p> <p>Cuenta con toda clase de folletos referente al uso y función de los métodos de planificación masculina y femenina. Estos son dinámicos con información breve para captar la atención del usuario.</p>	<p>En su página web no se incentiva a la planificación familiar. Los folletos para promover campañas o sensibilizando no se encuentran en la página web, para facilitar la información al usuario.</p>	<p>El valor agregado de los productos finales es la información incentivando a la planificación familiar, donde se promueve al género masculino a tomar la decisión de realizarse la vasectomía, esto va incluido en el blog y en un folleto. En el blog se va mencionar los factores externos e internos que influyen en el tamaño de la familia. Adicional a esto el blog tendrá un video incentivando al hombre a los métodos anticonceptivos masculinos. Por otro lado, se sensibiliza por medio de un folleto dinámico y fácil de entender para captar la atención del usuario con los colores, diagramas de flujo imágenes y un link donde se podrá observar lo sencillo que es el procedimiento de la vasectomía.</p>

<p>Oriéntame</p>	<p>Tiene una página web en la cual solo se encuentran imágenes e información para la mujer. Esta página cuenta con varios videos de promoción en esta sección se encuentran imágenes, videos y folletos diseñados por Oriéntame y organizaciones amigas que promueven la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres. Cuenta con chat interactivo, con citas programadas por medio del chat, por tal motivo ahorra tiempo a las parejas o a las mujeres.</p>	<p>No están teniendo en cuenta la participación del hombre en cuanto al uso de planificación y participación en las decisiones reproductivas.</p>	<p>El blog es diseñado para hombres y mujeres, promoviendo la participación de los hombres en la planificación familiar e incentivando a las mujeres para que tengan comunicación con su esposo y los motiven a ellos. El blog tendrá un espacio para comentario y así estar en contacto para dudas con el usuario. Los folletos son diseñados para hombres y mujeres con énfasis en incentivar la participación del hombre en la planificación familiar y en practicarse la vasectomía.</p>
<p>La Planificación Familiar y la Organización Mundial de la Salud</p>	<p>En su página web contiene una matriz que describe los métodos anticonceptivos, menciona cómo funcionan, la eficacia para prevenir el embarazo y escribe la observación según estudios científicos. Lo interesante es cómo menciona cada uno de los métodos de hombres y mujeres como se observa en las imágenes menciona el condón masculino y el condón femenino, menciona la</p>	<p>La página web al verla se ve llena de información por lo tanto no atrae la atención del cliente, no contiene imágenes ni colores. El contenido que se encuentra en la página web no atrapa la atención del usuario, no contiene folletos en su página web.</p>	<p>El blog siendo un espacio interactivo contiene imágenes anuncios para incentivar la planificación familiar, describe los métodos anticonceptivos promoviendo los métodos anticonceptivos masculinos como la vasectomía, además se incluye un video de caricatura promoviendo los métodos anticonceptivos masculinos. Se manejarán folletos</p>



	vasectomía junto con la ligadura de las trompas. Por medio de un cortometraje sensibiliza la planificación familiar.		uno describiendo los derechos sexuales y reproductivos en relación con una historia de vida real. Los folletos serán incluidos en el blog ya que hacen parte del producto.
EPS Salud Total	En la página web describe la consulta de la planificación familiar, contiene un boletín magnético sobre planificación familiar.	La página web no contiene un espacio que describa la planificación familiar, no contiene imágenes que motivan la consulta de planificación familiar. Maneja un boletín magnético de planificación familiar el cual contiene bastante información por esta razón no impacta al usuario.	El blog es diseñado para orientar e incentivar a la planificación familiar, contiene información precisa y de fácil entendimiento es dinámico para mejor comprensión tiene imágenes y un video. Tiene dos folletos que pueden ser vistos de forma magnética a través del blog o de forma directa por medio del cliente. Los folletos son diseñados con información clara y precisa asegurando que el usuario va a leerlo y va generar en una reflexión o impacto que más adelante puede ser orientada en una consulta de planificación familiar.
EPS Capital Salud	Por medio de la página web promueve charlas informativas con el fin de brindar información a madres gestantes y lactantes sobre	En la página web no tiene diseñado un contenido ni orientación sobre planificación familiar. Excluyen la participación del hombre en las charlas	El valor agregado de los productos finales es la información incentivando a la planificación familiar, donde se promueve al género masculino a tomar la decisión de

	planificación familiar, periódicamente se realiza charlas dirigidas a usuarias.	de planificación familiar	realizarse la vasectomía, esto va incluido en el blog y en un folleto.
EPS Sura	Este sitio web diseño un espacio el cual contiene información dinámica, precisa y de fácil entendimiento sobre la planificación familiar y sus métodos anticonceptivos.		El blog será un espacio interactivo y dinámico para el contacto permanente o frecuente con el usuario se implementa una herramienta en la que el usuario pueda comentar inquietudes sobre la planificación familiar. Para el usuario se cuenta con una herramienta en la que el usuario.
Planificación familiar natural	Una página que quiere promover la planificación familiar natural, enfocada solo en las mujeres.	Excluye los métodos anticonceptivos efectivos con un 99% eficaces comprobado científicamente por métodos naturales. Excluye a los hombres. El contenido de la página es información de solo el ciclo menstrual, no contiene imágenes no es dinámica.	Se diseñó un blog, un espacio interactivo promoviendo la planificación familiar, los usuarios tienen libre acceso a comentar sus inquietudes que serán respondidas, para la orientación de la planificación familiar. El contenido va ser dinámico con imágenes y colores del interés del usuario, adicional tendrá dos folletos promoviendo y sensibilizando la planificación familiar.
Abecé sobre anticoncepción	Es una cartilla magnética diseñada para jóvenes de los derechos sexuales y reproductivos,	Esta cartilla y videos son para adolescentes y jóvenes.	Los productos fueron diseñados para ser vía virtual y personalmente como se le facilite al usuario.

	contiene videos para hombres y mujeres en el cual los toma como entes receptores de la información diferente.		
Saludaio	Este este producto incluye dos anuncios dirigidos al hombre con respecto a los métodos anticonceptivos masculinos	Este blog contiene información sencilla y básica de la planificación familiar.	Los productos fueron diseñados con información dinámica y de fácil entendimiento para promover la participación del género masculino en la planificación familiar, el blog es un espacio interactivo en el cual se va estar con contacto permanente con el usuario, y los folletos de promoción y sensibilización serán vía magnético y entregados al usuario personalmente.

*Nota:* Elaboración propia

### **Análisis D.O.F.A del producto**

En este punto es importante establecer un panorama detallado de las fortalezas con las cuales contarán nuestros productos, pero también se hace importante y necesario determinar algunos otros aspectos; para esto, una herramienta adecuada es la elaboración de la matriz DOFA, de acuerdo con Amaya, C. (2010).

El método DOFA es el análisis en conjunto con otros estudios complementarios como son el perfil de amenazas y oportunidades en el medio (POAM), el perfil de competitivo (PC), el perfil de capacidades y fortalezas internas (PCI), y si es posible,

una base de referencia del medio (Benchmarking), entre otros métodos de diagnóstico empresarial, permiten presentar un panorama general de la empresa dentro el medio en el cual se debe mover. (p. 2).

Vale recordar que hoy por hoy, debido a la facilidad de aplicación del análisis DOFA, este también se utiliza ampliamente para estudiar problemas técnicos, críticos en áreas muy distintas para la cual fue diseñado inicialmente. Es así como se aplica con éxito en procesos de planta, logística, penetración de mercados, preparación de portafolios (...) (p. 2).

Tabla 4.

*Matriz DOFA*

<b>DEBILIDADES</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Los hombres no muestran interés por el tema.</li> <li>● No tener el tiempo o no saberlo utilizar para llevar a cabo lo planeado.</li> <li>● El machismo que se sigue evidenciando culturalmente en cuanto a que la planificación familiar.</li> <li>● Las personas que no saben leer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se adiciona información para incentivar a los hombres en la vasectomía, el condón y en los métodos de planificación.</li> <li>● Se está trabajando actualmente en las localidades de Usme y Usaquéen donde se quiere dejar el producto.</li> <li>● El blog será de fácil acceso para la población que desee consultar la información.</li> <li>● Posicionar en el mercado nuestra marca para el beneficio de la población.</li> <li>● Los alcances favorables de la Resolución 5926 de 2014.</li> </ul>

**FORTALEZAS**

- Prevenir y fortalecer la planificación familiar en padres (hombres).
- Contacto directo con los usuarios, para así favorecer sus necesidades en cuanto a la planificación familiar.
- El estudio que se ha realizado en las localidades en el cual se han revisado las falencias que hay sobre el tema.
- La investigación que se ha realizado para llevar a cabo los productos.
- Las preguntas que se realizaron a diferentes clientes sobre el producto, con el fin de realizar las respectivas mejoras.

**AMENAZAS**

- La competencia: Los diferentes centros de salud, las cuñas radiales.
- El machismo que en la actualidad se presenta lo cual no permite modificar ciertas conductas, actitudes y pensamientos en algunos (padres) hombres.
- Que el producto no sea de interés para nuestros clientes.

Fuente. Elaboración propia.

## **Estrategias**

Encontramos diferentes fortalezas que vemos al llevar a cabo nuestros productos finales, es indispensable y necesario conocer la población y lo que piensan acerca del producto; con esta información es más fácil saber llegar al género masculino. Con las investigaciones y la información suministrada de lecturas, datos y textos revisados hace que el panorama sobre este tema sea más amplio y se puedan encontrar más necesidades. Las oportunidades las encontramos a nuestro favor ya que al elaborar folletos con información diferente a la que actualmente se encuentra en los diferentes Centros de Salud de estas localidades hace que sea innovador y llame la atención en las diferentes poblaciones que tendrán acceso a la información.

## **Canales de distribución - Comunicación**

Los productos *Planificando mi familia* será distribuido en la EPS capital salud en la localidad de Usme en el barrio Yomasa; IPS Virrey Solis - Salud Total EPS en el barrio Toberín de la localidad de Usaquén se dejarán los folletos en el área de recepción o de información, se espera hablar directamente con los encargados del área de métodos anticonceptivos, médicos, enfermeras y personal de la salud, tanto profesional como administrativo, de estos centros con el fin de entregarles a ellos los folletos y el blog que se diseñó para que sea más fácil su divulgación; así mismo se le entregarán a las enfermeras jefes para que ellas promuevan y promocionen los folletos y el blog en el momento que dan las charlas de prevención y de sexualidad, facilitando de manera dinámica la comprensión y beneficios de la planificación familiar.

El blog se publicará por internet no va a tener ningún tipo de bloqueo con esto se facilitará el acceso a la información publicada para que la población de la localidad de Usaquén y Usme lo revisen e interactúen sin ningún inconveniente.



### Referencias

- Adanikin, A., Mcgrath, N. & Padmadas, SS (2017). Impact of men's perception on family planning demand and uptake in Nigeria. *Sex Reprod Healthc.*, 14, 55-63.
- Arce Mesa A.F., Liliana Rodríguez, D.L. & Garavito, S.F. (2012). Determinantes de la fecundidad en el Departamento de Antioquia. *Criterio Libre*, 10 (17), 25-51.
- Amaya, C. (2010). El método DOFA, un método muy utilizado para diagnóstico de vulnerabilidad y planeación estratégica. <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/portal/sites/default/files/8.%20M%C3%A9todo%20DOFA%20para%20diagn%C3%B3stico.pdf>
- Barandica, D. (2016). *Imaginario socioculturales de planificación familiar y práctica de métodos anticonceptivos de las madres usuarias del hogar infantil "De Membrillal"*. Trabajo de Grado. Programa de Trabajo Social. Universidad de Cartagena. Colombia
- Cadavid, L., Gálvez, C & Vélez, Juan (2004). *Resistencias al descenso de la fecundidad en América Latina, estudio del caso colombiano*. Université Sorbonne Nouvelle Paris III CREDAL, Universidad de Antioquia, Colombia.
- Castrillón, N & Casas, A. (2011). Bogotá: Ciudad de estadística. Principales resultados de la encuesta distrital de demografía y salud-EDDS 2011 segunda parte. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Planeación. *Boletín*, 36, 1-49-
- Constitución Política de Colombia de (1991). *Revisada y actualizada*. Bogotá: Leyer. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>.

De La Espriella, A. (2014) Implementing Sexual and Reproductive rights in Colombia. *Health And Human Rights*, 2(3), 45-53.

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas -DANE (2007). *Colombia. Estimación de la fecundidad 1985-2005*. Bogotá. Recuperado: [http://www.dane.gov.co/.les/investigaciones/poblacion/conciliacenso/4Fecundidad85\\_05.pdf](http://www.dane.gov.co/.les/investigaciones/poblacion/conciliacenso/4Fecundidad85_05.pdf).

Departamento Nacional de Planeación-DNP (2012). *Documentos CONPES 147 Social* Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Bogotá D.C.: DNP.

Dimas, D.L.; Valencia, A.M. & Guerrero, A.M. (2015). En Usme disminuye la pobreza y la miseria. *Observatorio de desarrollo Económico*. Bogotá D.C.: Secretaria de Desarrollo Económico.

Dos Santos, L. & Clapis, M. (2010). Planificación familiar en unidad de salud de la familia. *Revista Latino A-M enfermagen*, 18 (6), 1-8.

Ebrahim, Z. (2012). *Pakistán busca colaboración de hombres en control de natalidad*. Recuperado de <https://search-proquest-com.ezproxyucdc.ucatolica.edu.co/central/docview/1024698073/9D0E04712184582PQ/19?accountid=45660>. 03 de Marzo de 2018

Enciso, R. (2008). *Departamento de Antioquía. Indicadores: Demografía, Salud, Calidad de vida, educación, violencia y situaciones especiales*. Bogotá: Recuperado de

<http://www.siju.gov/indicadores/downloads/departamentos/caldas/pdf.03> de  
Marzo de 2018

Fernández, S, & Ruidiaz, k. (2014). Percepción de los Hombres Ante la Aceptación o Rechazo de la Vasectomía. Cartagena 2013. *Duazary*, 11, 22-27.

Flórez, E. (2000). *Las transformaciones demográficas en Colombia durante el Siglo XX*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.

Flórez, C.E. & Soto, V. (2007). *Fecundidad adolescente y pobreza Diagnóstico y lineamientos de política*. Bogotá D.C.: Departamento Nacional de Planeación-DNP.

Flórez, E., Vargas, E., Henao, J., González, C., Soto, V., & Kassem, D. (2004). *Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida Bogotá*. Bogotá D.C. CEDE

Gage, A., (1998), Sexual activity and contraceptive use: the components of the decision-making process. *Studies in Family Planning*, 29 (2), 154-166.

Gómez, P. & Pardo, Y. (2010). Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009. Estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 6 (1), 34-44.

Gutiérrez, M. (2013). La Planificación Familiar como Herramienta Básica Para El Desarrollo. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 30(3):465-470.

Gutmann, M. (2009). Planning Men out of Family Planning: A Case Study from Mexico. *Rev Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad* 24(1), 104-124.

- Haghenbeck, F., Ayala, Y. & Herrera, M. (2012) Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. *Ginecol Obstet Mex*;80(4):276-284.
- Henning, S. (2003) *La transición de la fecundidad en el mundo. En: La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Naciones Unidas, CEPAL-Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. (4° ed.). México. Mc Graw Hill.
- Hincapié, L; Zapata, G; Hinestroza, A. & Betancur, V. (2011). Planificación Familiar En Mujeres De Vulnerabilidad Social. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud*, 43(3). 241-248
- Hyttel, M., Rasanathan, J., Tellier, M. & Taremwa, W. (2012). Use of injectable hormonal contraceptives: diverging perspectives of women and men, service providers and policymakers in Uganda. *Reprod Health Matters*, 20(40):148-57.
- Jiménez, M. A., Aliaga, L. & Rodríguez, J. (2011) *Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva*. Santiago de Chile: CEPAL-UNFPA, Serie Población y desarrollo, 97
- Jacome, P. (2008). Estudio de Mercado de papa Prefrita en las Ciudades de Quito y Ambato.  
<https://books.google.com.co/books?id=VbszAQAAMAAJ&pg=PA6&dq=ESTUDIO+DE+>

MERCADO&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjB\_KGfyabMAhWI2T4KHYYiZCG8  
Q6AEITj AI#v=onepage&q=ESTUDIO%20DE%20MERCADO&f=false

Kavanaugh, M.L. & Jerman J. (2018). Contraceptive method use in the United States: trends and characteristics between 2008, 2012 and 2014. *Contraception*, 98(1), 14-21.

López, J. (2016). *Paternidad o procreación responsable: Iglesia católica, acción cultural popular y control de la natalidad en Colombia (1964-1978)*. *Historia y - Sociedad*, (31), 235-267.

Ministerio de salud. (2015). *Abecé sobre anticoncepción*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-anticoncepcion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, (2013). *Plan Decenal de Salud Pública. 2012-2021*. Bogotá D.C.: El Autor. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2015 Tomo I*. Recuperado de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>.

Murad, R. (2015). *Identificación de poblaciones con mayor necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en Colombia*. Bogotá D.C. Asociación Probienestar de la familia Colombia. Investigación en salud y demografía.

Organización Mundial de la Salud. (2007). Guía para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, *Guía 10*, 513-560. Recuperado de: [http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/PlanificacionFamiliar\\_GuiasParaHombresyMujeres\\_guias10.pdf](http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/PlanificacionFamiliar_GuiasParaHombresyMujeres_guias10.pdf)

Ochoa, S., & Vásquez, E. (2012). Salud sexual y reproductiva en hombres. *Revista De Salud Pública. Journal of Public Health*, 14(1), 15-27.

Panama City, (2012) *Acceso a la planificación familiar, un derecho humano: informe de ONU*. Recuperado de: <https://search-proquest-com.ezproxyucdc.ucatolica.edu.co/central/docview/1151836176/1F8316FE2DDB4D72PQ/54?accountid=45660>

Pérez-Royo, J. (2015). *La reforma constitucional inviable*. Madrid: Catarata

Resolución 3997 de 1996 (Octubre 30). Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud.

Resolución 005521 de 2013 (Diciembre 27). Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Bogotá D.C.: Ministerio de Salud. Y Protección

Rodríguez J. (2003). *La fecundidad alta en América Latina y el Caribe. Un riesgo en transición*. Santiago de Chile: CEPAL

- Santana de Brito, R., & Araújo dos Santos, D. (2011). Contextualizing man in family planning: A Bibliographic Study. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 3 (1), 1720-1728.
- Schkolnik, S. (2003) *La fecundidad en América Latina. En: La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Naciones Unidas, CEPAL-Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile
- Singh, S. Darroch, J. Asford, L. & Vlassoff, M. (2014). *Addin It Up the costs and benefits of investing in sexual and reproductive. Health*. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adding%20It%20Up-Final-11.18.14.pdf>.
- Torres, C & Vergara, E. (2012). Características Sociodemográficas de Personas Sometidas a Esterilización Quirúrgica. *Revista CES Salud Pública*, 3(2), 129-140
- UNFPA (2004). *Programa de acción. Aprobado en la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo*. El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994. Recuperado de [http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA\\_sp.pdf](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA_sp.pdf)
- UNFPA (2014). *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
- UNFPA (2017)- *Estado de la población mundial. Mundos aparte la salud y los derechos reproductivos en tiempo de desigualdad*. Recuperado de: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2017\\_ES\\_SWOP\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)

UNFPA (2018) *Strategic Plan (2018-2030)*. Recuperado de:  
<https://www.unfpa.org/strategic-plan>.

Vargas, E; Henao, J. & González J. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de psicología*. 10 (1), 49-63


Vélez, A. (2012) Embarazo en el adolescente una visión desde la dimensión emocional y la salud pública, Crossmark. *Cuidarte Revista de Investigación Programa de Enfermedades UDES*. (S/N). 394-403.

World Health Organization (2012). *A guide to family planning for community health workers and their clients*. Recuperado de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44882/1/9789241503754\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44882/1/9789241503754_eng.pdf) 14 de abril de 2018.



## Apéndice A

### Encuesta de estudio de mercadeo

 <b>UNIVERSIDAD CATÓLICA</b> de Colombia	Encuesta Estudio De Mercadeo 2018	Número del Cuestionario: _____
--	---	--------------------------------------

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD**  
**ENCUESTA ESTUDIO DE MERCADEO**

**Estudiantes: Danna Ardila; Stefany Flórez y Natalia Munévar**

**Profesor Fernando González**

Posicionar en el mercado nuestra marca con productos confiables para promover la planificación familiar masculina de las localidades de Usme y Usaquén en la ciudad de Bogotá. Si desea realizar algún aporte o comunicarse con nosotras lo puede hacer por medio de este correo [asflorez75@ucatolica.edu.co](mailto:asflorez75@ucatolica.edu.co)

#### Identificación

Sexo: Hombre ___ Mujer ___	Edad: _____
Barrio: _____	Estrato: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___
Dirección: _____	Nivel Educativo: _____
Ocupación: _____	Ingresos Económicos: _____
Estado civil: _____	Cuántos hijos tiene: _____

#### 1. ¿Con qué frecuencia los centros de salud adquieren productos de planificación familiar?

- a. Cada mes.
- b. Cada seis meses.
- c. Anualmente.

#### 2. ¿Qué lleva a los centros de salud preferir productos de planificación familiar?

- a. La calidad del contenido.
- b. Su presentación.
- c. La información específica del contenido.
- d. Todas las anteriores.

**3. ¿En qué lugares cree pertinente que debería encontrar estos productos?**

- a. Centros comerciales.
- b. Centros de Salud.
- c. Universidades.
- d. Todas las anteriores.

**4. ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca de los productos?**

- a. Correo electrónico.
- b. Redes sociales.
- c. Centros de salud.
- d. Todas las anteriores.

**5. ¿Si llegara a obtener el producto, compartiría la información con personas cercanas?**

- a. No creo que sea necesario.
- b. Para las personas cercanas no sería de interés.
- c. Si, ya que podrían estar informadas acerca del objetivo del producto.
- d. Por supuesto, ya que sería de gran beneficio.

**6. ¿Qué género considera más conveniente, que debe estar informado acerca del producto?**

- a. Mujeres.
- b. Hombres.
- c. Todas las anteriores.

**7. ¿Porque no compraría el producto los Centros de salud en Bogotá?**

- a. Por recursos económicos.
- b. Por la calidad del producto.
- c. Por la información ya existente.

**8. ¿Indique qué tan satisfecha estarían los centros de salud con el producto?**


- a. Muy Satisfechos.
- b. Poco Satisfechos.
- c. Satisfecho.
- d. Insatisfechos.

**9. ¿Cuánto estaría dispuesto los centros de salud a pagar por los productos dos folletos y un blog?**

- a. \$200.000.
- b. \$170.000.
- c. \$40.000.
- d. Gratis.

## Apéndice B

### Encuesta sobre el diseño del blog

 <b>UNIVERSIDAD CATÓLICA</b> de Colombia	Encuesta Estudio De Mercadeo 2018	Número d el Cuestionario: _____
--	---	---------------------------------------

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD**  
**ENCUESTA ESTUDIO DE MERCADEO**

**Estudiantes: Danna Ardila; Stefany Flórez y Natalia Munévar**

**Profesor Fernando González**

### Encuesta sobre el diseño del blog promoviendo la Planificación Familiar

Posicionar en el mercado nuestra marca Planificando Mi Familia con el diseño de un blog y así promover la planificación familiar masculina de las localidades de Usme y Usaquén en la ciudad de Bogotá. Si desea realizar algún aporte o comunicarse con nosotras lo puede hacer por medio de este correo [asflorez75@ucatolica.edu.co](mailto:asflorez75@ucatolica.edu.co)

#### Identificación

Sexo: Hombre ___ Mujer ___	Edad: _____
Barrio: _____	Estrato: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___
Dirección: _____	Nivel Educativo: _____
Ocupación: _____	Ingresos Económicos: _____
Estado civil: _____	Cuántos hijos tiene: _____

#### 1. ¿Para usted en cuál herramienta es más fácil navegar?

- A) Blog
- B) Página Web

#### 2. ¿Si encuentra un Blog con el nombre *Planificando Mi Familia* señale ¿qué temáticas considera encontrar?

A) Matrimonio:_____	B) ¿Qué es planificación familiar? y ¿Cuáles son sus beneficios?_____
C) Aborto:___	D) Proyecto de vida:_____
E) Métodos de planificación para mujeres: _____	F) Métodos de planificación para hombres: _____
G) Pautas de crianza:_____	H) Estadísticas de planificación familiar:___
I) Embarazos no deseados:_____	J) Embarazos deseados:_____
K) Derechos Sexuales y Reproductivos:_____	L) Infecciones de transmisión sexual _____

**3. ¿Qué estilo de imágenes le gustaría encontrar en el Blog?**

- A) Imágenes estáticas.
- B) Imágenes con movimiento.

**4. ¿Le gustaría que el Blog tuviera un vídeo temático, animado? Si su respuesta es Sí continúe, si su respuesta es No pase a la pregunta 6.**

- A) Sí
- B) No

**5. ¿Sobre qué le gustaría que tratara el video en el Blog?**

A) Métodos de planificación para mujeres: _____	B) Métodos de planificación para hombres: _____
C) ¿Qué es planificación familiar y sus beneficios?_____	D) Infecciones de transmisión sexual _____

**6. ¿Qué colores le gustaría ver en el Blog?**

- A) Colores fríos.  
Cuáles: \_\_\_\_\_
- B) Colores cálidos.  
Cuáles: \_\_\_\_\_

**7. ¿Cuáles de las siguientes herramientas le gustaría que se incluyera en el Blog?**

- A) Comentarios
- B) Chat

**8. ¿Pagaría usted por una suscripción trimestral en el *Blog Planificando Mi Familia* para recibir información actualizada en estadísticas, métodos y beneficios de planificación familiar? Si su respuesta es Sí continúe, si su respuesta es No, Gracias por llenar la encuesta.**


- A) Sí
- B) No

**9. ¿Cuánto pagaría usted trimestral por la suscripción en el Blog?**

- A.     \$150.000\_\_\_\_\_ B) \$250.000\_\_\_\_\_ C) \$300.000\_\_\_\_\_ D) \$480.000\_\_\_\_\_

## Apéndice C

### Encuesta sobre el diseño del Folleto

 <b>UNIVERSIDAD CATÓLICA</b> de Colombia	Encuesta Estudio De Mercadeo 2018	Número del Cuestionario: _____
--	---	--------------------------------------

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD**  
**ENCUESTA ESTUDIO DE MERCADEO**

**Estudiantes: Danna Ardila; Stefany Flórez y Natalia Munévar**

**Profesor Fernando González**

### Encuesta sobre el diseño de los Folletos promoviendo la Planificación Familiar

Posicionar en el mercado nuestra marca Planificando Mi Familia con el diseño de dos folletos y así promover y sensibilizar la planificación familiar masculina de las localidades de Usme y Usaquén en la ciudad de Bogotá. si desea realizar algún aporte o comunicarse con nosotras lo puede hacer por medio de este correo [asflorez@ucatolica.edu.co](mailto:asflorez@ucatolica.edu.co)

#### Identificación

Sexo: Hombre ___ Mujer ___	Edad: _____
Barrio: _____	Estrato: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___
Dirección: _____	Nivel Educativo: _____
Ocupación: _____	Ingresos Económicos: _____
Estado civil: _____	Cuantos hijos tiene: _____

**1. ¿Si le entregan un folleto con el nombre *Planificando Mi Familia* señale ¿qué temáticas considera encontrar? de su interés.**

A) Matrimonio:_____	B) ¿Qué es planificación familiar? y ¿Cuáles son sus beneficios?_____
C) Aborto:___	D) Proyecto de vida:_____
E) Métodos de planificación para mujeres: _____	F) Métodos de planificación para hombres: _____
G) Pautas de crianza:_____	H) Estadísticas de planificación familiar:___
I) Embarazos no deseados:_____	J) Embarazos deseados:_____
K) Derechos Sexuales y Reproductivos:_____	L) Infecciones de transmisión sexual _____

**2. ¿Qué le gustaría encontrar en el contenido del folleto para facilitar su comprensión?**

- A) Imágenes.
- B) Diagramas de flujo.
- C) Mapa conceptuales.
- D) Mapa mental.

**3. ¿Qué colores le gustaría ver en los folletos?**

- A) Colores fríos.  
Cuales: \_\_\_\_\_
- B) Colores cálidos.  
Cuales: \_\_\_\_\_

**Apéndice D****Consentimiento informado para Encuesta****UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA****FACULTAD DE PSICOLOGÍA****CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_,  
identificado/a con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_, como persona natural, confirmo que me han invitado a participar  
de una **Encuesta** que será para fines académicos que se encuentra desarrollando las  
estudiantes Stefany Flórez, Danna Ardila y Natalia Munévar, bajo la dirección del  
docente Fernando Germán González del área de Psicología, como un trabajo de grado,  
parte de los estudios que se encuentra cursando en el programa de pregrado de  
Psicología de la Universidad Católica de Colombia.

Manifiesto que me han explicado que el propósito de este ejercicio académico se realiza  
con el fin de conocer qué conocimiento tienen de la planificación familiar en hombres y  
mujeres, será manejada de manera confidencial y será utilizada sólo con fines  
académicos.

Por tanto, en ninguna publicación en la que se usen mis resultados se mencionara mi  
nombre, a menos que yo lo consienta y autorice por escrito, tal y como lo determina la  
Ley 1090 en sus artículos 23, 29 y 30.



Por lo anterior, CONSIENTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTA ENCUESTA, teniendo claro que tengo la libertad de retirar mi consentimiento de participación de este laboratorio en cualquier momento, como lo determina la Ley 1090 en su artículo 36 inciso i. En constancia firmo a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 2018 \_\_\_\_\_.

Nombre del participante Firma del participante

\_\_\_\_\_

No. De identificación

Nota: Para la elaboración de este consentimiento se tuvo en cuenta la Ley 1090 con sus respectivos artículos e Incisos que formulan el reglamento de ejercicio de la profesión en psicología.

**Apéndice E.****Consentimiento Informado para Entrevista****UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA****FACULTAD DE PSICOLOGÍA****CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_,  
identificado/a con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_, como persona natural, confirmo que me han invitado a participar  
de una **Entrevista** que será para fines académicos que se encuentra desarrollando las  
estudiantes Stefany Flórez, Danna Ardila y Natalia Munévar, bajo la dirección del  
docente Fernando German González del área de Psicología, como un trabajo de grado,  
parte de los estudios que se encuentra cursando en el programa de pregrado de  
Psicología de la Universidad Católica de Colombia.

Manifiesto que me han explicado que el propósito de este ejercicio académico se realiza  
con el fin de conocer qué conocimiento tienen de la planificación familiar en hombres y  
mujeres, será manejada de manera confidencial y será utilizada sólo con fines  
académicos.

Por tanto, en ninguna publicación en la que se usen mis resultados se mencionara mi  
nombre, a menos que yo lo consienta y autorice por escrito, tal y como lo determina la  
Ley 1090 en sus artículos 23, 29 y 30.

Por lo anterior, CONSIENTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTA ENTREVISTA, teniendo claro que tengo la libertad de retirar mi consentimiento de participación de este laboratorio en cualquier momento, como lo determina la Ley 1090 en su artículo 36 inciso i. En constancia firmo a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 2018.

Nombre del participante Firma del participante


\_\_\_\_\_

No. De identificación

Nota: Para la elaboración de este consentimiento se tuvo en cuenta la Ley 1090 con sus respectivos artículos e Incisos que formulan el reglamento de ejercicio de la profesión en psicología

**Apéndice F****Encuesta de Planificación familiar****UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA****FACULTAD DE PSICOLOGÍA****CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD****Estudiantes: Danna Ardila; Stefany Flórez y Natalia Munévar****Profesor Fernando González**

El propósito de esta Encuesta es que es un ejercicio académico se realiza con el fin de conocer qué conocimiento tienen de la planificación familiar en hombres y mujeres, y así promover la planificación familiar en los diferentes estratos socioeconómicos por lo tanto ésta información será manejada de manera confidencial y será utilizada sólo con fines académicos. Si tiene alguna pregunta o algo que agregar puede hacerlo en el siguiente mail [asflorez75@ucatolica.edu.co](mailto:asflorez75@ucatolica.edu.co)

 <b>UNIVERSIDAD CATÓLICA</b> de Colombia	Encuesta 2018 <b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	Número del Cuestionario: _____
--	--	--------------------------------------

**Identificación**

Sexo: Hombre ___ Mujer ___	Edad: _____
Barrio: _____	Estrato: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___
Dirección: _____	Nivel Educativo: _____

Ocupación: _____	Ingresos Económicos: _____
Estado civil: _____	Cuantos hijos tiene: _____

**Actividad sexual.**

- ¿Qué tipo de vínculo afectivo tenía con la persona que tuvo su primera relación sexual penetrativa?

Ninguna: _____	Era un conocido/a: _____
Amigo/a: _____	Era su novio/a: _____
Era un familiar: _____	Otro, ¿cuál?: _____

- ¿Con esa persona con quien tuvo relación sexual penetrativa por primera vez, habló sobre métodos anticonceptivos? En caso de responder NO pase a la pregunta 6, si responde SÍ continúe.

Si: _____	No: _____
-----------	-----------

- ¿Hablaron antes o después de la primera relación sexual penetrativa?

Antes: _____	Después: _____
--------------	----------------

- ¿Cuál método anticonceptivo utilizaron?

Condón masculino:_____	Inyección:_____
Píldora:_____	Píldora del día después:_____
Coito interrumpido:_____	Dispositivo intrauterino:_____
Vasectomía:_____	Yadel:_____
Condón Femenino:_____	Otro, ¿cuál?:_____

5. ¿Dónde obtuvo ese método?

Amigos/as:_____	Farmacia-Droguería:_____
Profamilia:_____	Familiares:_____
EPS:_____	Servicios de salud:_____
Otro, ¿cuál?:_____	

6. ¿Por qué no utilizaron algún método?

No sabían dónde conseguirlos:_____	Les daba pena comprarlos:_____
No conocían de métodos:_____	Fue algo inesperado e imprevisto:_____
Muy caro, costoso:_____	No querían usar:_____

No creían que fuera necesario:_____	La pareja no quería usar método:_____
Otro, ¿cuál?:_____	

**Toma de decisiones.**

7. En sus relaciones sexuales, con qué frecuencia usted ha utilizado métodos anticonceptivos. Si responde entre NUNCA O CASI NUNCA, pase a la pregunta 8 si responde entre ALGUNAS VECES, CASI SIEMPRE O SIEMPRE pase a la pregunta 9.

Nunca:_____	Casi nunca:_____
Algunas veces:_____	Casi siempre:_____
Siempre:_____	

8. ¿Por qué no ha utilizado métodos?

No le gusta, no quiere:_____	No sabe dónde conseguirlo:_____
Le da pena comprarlos:_____	No los conoce:_____
La pareja no quiere:_____	Muy caros, costosos:_____
Otro, ¿cuál?:_____	

9. ¿Cuál método ha utilizado?

Condón masculino:_____	Inyección:_____
Píldora:_____	Píldora del día después:_____
Coito interrumpido:_____	Dispositivo intrauterino:_____
Vasectomía:_____	Yadel:_____
Condón Femenino:_____	Otro, ¿cuál?:_____

**Experiencias de educación sexual.**

10. ¿Cómo obtuvo esa información de educación sexual por primera vez, sobre relaciones sexuales?

Internet:_____	Folletos, cartillas:_____
Campañas de prevención:_____	Familiares:_____
Documentales:_____	Libros o revista:_____
Amigos/as:_____	Profesores:_____
Televisión:_____	Pareja:_____
Charlas-conferencias:_____	Otro, ¿cuál?:_____



11. ¿Has buscado información y orientación sobre temas relacionados con la sexualidad? ¿En dónde? Si entre sus opciones seleccionó SERVICIOS DE SALUD, EPS O PROFAMILIA continúe, si no fue así pase a la pregunta 15.

Internet:_____	Folletos, cartillas:_____
Libros o revista:_____	Familiares:_____
Documentales:_____	Cursos de Sexualidad:_____
Amigos:_____	Profesores:_____
Televisión:_____	Pareja:_____
Charlas-conferencias:_____	Profamilia:_____
Eps:_____	Servicios de salud:_____
Otro, ¿cuál?:_____	

12. ¿Ha obtenido información verbal o escrita? Si seleccionó ESCRITA continúe.

Verbal:_____	Escrita:_____
--------------	---------------

13. ¿Leyó la información que le dieron?

Si:_____	No:_____
----------	----------

14. ¿Ha utilizado la información que le dieron en su vida?

Si: _____	No: _____
-----------	-----------

15. ¿Cuál es la razón por la que no ha visitado un servicio de salud?

No lo ha necesitado: _____	Le da pena pedir servicios: _____
No sabe a dónde ir : _____	El personal de salud no es amable: _____
No confían en el personal de salud: _____	Otro, ¿cuál?: _____

**Conocimiento de métodos anticonceptivos.**

16. Señala los métodos anticonceptivos que conoces

Condón masculino: _____	Inyección: _____
Píldora: _____	Píldora del día después: _____
Coito, interrumpido: _____	Dispositivo intrauterino: _____
Vasectomía: _____	Yadel: _____
Condón Femenino: _____	Otro, ¿cuál?: _____

17. ¿Cuál es el principal método anticonceptivo que usa frecuentemente?

Condón masculino:_____	Inyección:_____
Píldora:_____	Píldora del día después:_____
Coito, interrumpido:_____	Dispositivo intrauterino:_____
Vasectomía:_____	Yadel:_____
Condón Femenino:_____	Otro, ¿cuál?:_____

18. ¿Dónde aprendió a manejar su método anticonceptivo?

Eps:_____	Profamilia:_____
Internet:_____	Documentales:_____
Libros o revistas:_____	Familiares:_____
Amigos/as:_____	Eps:_____
Charlas:_____	Otro, ¿cuál?:_____

19. Indistintamente que sea hombre o mujer, señala qué medida preventiva aplica para protegerse de adquirir alguna infección de transmisión sexual, incluido el VIH/sida en sus relaciones sexuales).

Condón: _____	Coito interrumpido: _____
Ninguna medida	Otro, ¿cuál?: _____

**I. Planificación Familiar.**

20. Conoce o ha oído acerca de formas para planificar la familia.

Si: _____	No: _____
-----------	-----------

¿Qué ha escuchado?

---



---



---

21. ¿En su hogar se ha comunicado con su pareja para planificar con algún método definitivo? Si selecciona SÍ continúe, si selecciona NO siga con la pregunta 24

Si: _____	No: _____
-----------	-----------

Si con qué:

---

No porqué:

---

22. ¿Si lo ha hablado, quién planifica en su hogar?

Yo : _____	Mi pareja: _____
------------	------------------

23. ¿Sabe algo de la planificación familiar en los hombres? ¿Qué sabe

Si: _____	No: _____
-----------	-----------

---



---



---

24. ¿Le gustaría recibir información de la planificación en hombres?

Si: _____	No: _____
-----------	-----------

25. ¿A través de qué medio le gustaría recibir esa información (folleto, cartilla, Blog, charlas)?

Folleto: _____	Cartilla: _____
Blog: _____	Charlas: _____
Documentales: _____	Artículos: _____
Otro, ¿cuál?: _____	

26. ¿Considera usted que existe equidad entre la planificación familiar de mujeres y hombres?

Si: _____	No: _____
-----------	-----------

27. ¿Si usted es hombre le gustaría planificar?

Si: _____	No: _____
-----------	-----------

28. ¿Si usted es mujer le gustaría incentivar a su esposo para que planifique?

Si: _____	No: _____
-----------	-----------

**Apéndice G.****Entrevista Cualitativa****UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA****FACULTAD DE PSICOLOGÍA****CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD****Estudiantes: Danna Ardila; Stefany Flórez y Natalia Munévar****Profesor Fernando González**

El propósito de esta entrevista es que es un ejercicio académico se realiza con el propósito de profundizar en algunos aspectos de la encuesta cuantitativa de historia de vida en el conocimiento de los métodos anticonceptivos así mismo de la planificación familiar en hombres y mujeres, y así promover la planificación familiar en los diferentes estratos socioeconómicos por lo tanto esta información será manejada de manera confidencial y será utilizada sólo con fines académicos. Si tiene alguna pregunta o algo que agregar puede hacerlo en el siguiente mail [asflorez75@ucatolica.edu.co](mailto:asflorez75@ucatolica.edu.co)

**GUÍA PARA LA ENTREVISTA CUALITATIVA****A. Identificación**

Sexo: Hombre ___ Mujer ___	Edad: _____
Barrio: _____	Estrato: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___
Dirección: _____	Nivel Educativo: _____

Ocupación: _____	Ingresos Económicos: _____
Estado civil: _____	Cuantos hijos tiene: _____

**B. Inicio de la actividad sexual.**

- ¿A qué edad fue su primera relación sexual penetrativa?
- ¿Utilizaron algún método anticonceptivo? ¿Cuál? ¿De quién fue la iniciativa de cuidarse? ¿En dónde lo obtuvieron? ¿Quién lo compró? (en caso de que no hubieran utilizado ningún método anticonceptivo, se explora por qué)

**C. Toma de decisiones.**

- Háblame de cómo fue tu actividad sexual con los novios o novias que has tenido: frecuencia, uso de métodos de planificación, cuáles, siempre uso un método de planificación. (en caso de que no hubieran utilizado ningún método anticonceptivo, se explora por qué) ¿Usted buscaba información de métodos anticonceptivos en algún lado? ¿Por qué? ¿Qué lo/a motivo/a informarse sobre los métodos anticonceptivos?

**D. Experiencias de educación sexual.**

- ¿Has buscado información y orientación sobre temas relacionados con la sexualidad, por qué? ¿En dónde?

**E. Primer Hijo/a.**



- ¿Cuántos años tenías cuando llegó tu primer/a hijo/a?
- Si es mujer ¿Habías planeado quedar embarazada? ¿Lo planeaste con él?
- Si es hombre ¿Habías planeado que ella quedara embarazada? ¿Lo planeaste con ella?
- Si es mujer, Cuando confirmaste tu embarazo, ¿pensaste alguna vez en interrumpirlo? Si es hombre, Cuando confirmó su embarazo, ¿pensó alguna vez en interrumpirlo?
- ¿Estaban planificando? ¿con qué estaban planificando? (indagar ¿quién planificaba?, si es mujer indagar ¿hace cuánto planificaba? y ¿cuál método usaba?, si es hombre indagar ¿por qué tú no planificas?) (de no haber planificado ninguno indagar el por qué)

#### **F. Segundo Hijo/a.**

- ¿Cuántos años tenías? si es mujer ¿Este embarazo fue del mismo papá del primer embarazo? si es hombre ¿Este segundo hijo/a es de la misma mama de tu primer hijo/a?
- Si es mujer ¿Habías planeado quedar embarazada? ¿Lo planeaste con él? Si es hombre ¿Habías planeado que ella quedara embarazada? ¿Lo planeaste con ella?
- Si es entrevistada, Cuando confirmaste tu embarazo, ¿pensaste alguna vez en interrumpirlo? Si es un entrevistado, Cuando confirmó su embarazo, ¿pensó alguna vez en interrumpirlo?
- ¿Estaban planificando? ¿Estaban planificando? (indagar ¿quién planificaba?, si es mujer indagar ¿hace cuánto planificaba? y ¿cuál método usaba?, si es hombre

indagar ¿porque tu no planificas?) (de no haber planificado ninguno indagar el por qué).

### **G. Tercer hijo/a en adelante.**

- ¿Cuántos años tenías? si es mujer ¿Este embarazo fue del mismo papá del primer embarazo? si es hombre este segundo hijo/a es de la misma mama de tu primer hijo/a
- Si es mujer ¿Habías planeado quedar embarazada? ¿Lo planeaste con él? Si hombre ¿Habías planeado que ella quedara embarazada? ¿Lo planeaste con ella?
- ¿Consideras que tenían los recursos para tenerlo?
- ¿Estaban planificando? ¿Estaban planificando? (indagar ¿quién planificaba?, si es mujer indagar ¿hace cuánto planificaba? y ¿cuál método usaba?, si es hombre indagar ¿porque tu no planificas?) (de no haber planificado ninguno indagar el por qué).

### **H. Conocimiento de métodos anticonceptivos.**


- ¿Quién considera que sabe más de los métodos anticonceptivos los hombres o las mujeres? ¿por qué?
- ¿De dónde has obtenido información de los métodos anticonceptivos? ¿cómo te ha parecido esa información?
- ¿Qué método anticonceptivo has usado? ¿Cuál te ha gustado, por qué?? ¿Cuál has dejado de usar, por qué?

### **I. Planificación Familiar.**

- ¿Para ti, qué es planificación familiar?
- ¿Consideras que la planificación familiar puede servirte en tu vida, en tu familia, con tu pareja, por qué?
- ¿Quién crees que tiene mayor responsabilidad de la planificación familiar las mujeres, los hombres o por igual, por qué?
- ¿En tu hogar hablas con tu pareja para planificar de manera definitiva (ligadura de trompas de Falopio o vasectomía), y así no tener más hijos? Si la respuesta es No indagar ¿por qué? si la respuesta es sí, ¿cuál creen que es el mejor método para planificar de manera definitiva, ¿por qué?
- ¿Quién planifica en su hogar? ¿por qué? (si es mujer indagar porque ella si es hombre indagar por qué él no)
- ¿La decisión de planificar, por quién fue tomada? y ¿si no lo ha decidido planificar, por qué?
- ¿Te gustaría recibir información de la planificación familiar en hombres? ¿por qué?
- ¿Sabes algo de la planificación familiar en los hombres? ¿Qué sabes?
- Si es hombre ¿Te gustaría planificar? ¿Por qué?
- Si es mujer ¿Te gustaría incentivar a tu esposo para que planifique? ¿Por qué?
- ¿Sabes que es la vasectomía? ¿Consideras que la vasectomía hace parte de la planificación familiar?
- ¿Cómo crees que se realiza la vasectomía en los hombres? ¿qué efectos negativos crees que tiene la vasectomía hará tu vida sexual? ¿Positivos?

- ¿Consideras que existe equidad en la planificación familiar de mujeres y hombres cuando se les da la información?
- ¿Te gustaría recibir información de planificación familiar por medio de un blog y folletos? ¿Qué información le gustaría recibir?

**Apéndice H**  
Encuesta de satisfacción

 <b>UNIVERSIDAD CATÓLICA</b> de Colombia	Encuesta De Satisfacción 2018	Número del Cuestionario: _____
--	----------------------------------	--------------------------------------

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD**  
**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN**

**Estudiantes: Danna Ardila; Stefany Flórez y Natalia Munévar**

**Profesor Fernando González**

Posicionar en el mercado nuestra marca con productos confiables para promover la planificación familiar masculina de las localidades de Usme y Usaquén en la ciudad de Bogotá. Si desea realizar algún aporte o comunicarse con nosotras lo puede hacer por medio de este correo [asflorez75@ucatolica.edu.co](mailto:asflorez75@ucatolica.edu.co)

**Identificación**

Sexo: Hombre ___ Mujer ___	Edad: _____
Barrio: _____	Estrato: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___
Dirección: _____	Nivel Educativo: _____
Ocupación: _____	Ingresos Económicos: _____
Estado civil: _____	Cuantos hijos tiene: _____

Para nosotras es muy importante conocer su opinión sobre los productos *Planificando Mi Familia* ya que permite mejorar las próximas versiones. Es por ello que queremos solicitarle que responda la siguiente encuesta de la forma más objetiva posible. Gracias por su retroalimentación. Por favor, califique su grado de satisfacción en los siguientes

puntos, teniendo en cuenta que el **1 implica el mínimo grado de satisfacción y 5 el máximo (señale con una equis “X”)**

VALORES DE 1 A 5 ( 1: insatisfacción total, 5: satisfacción total)		
<b>CO NT ENI DO</b>	La calidad del contenido.	① ② ③ ④ ⑤
	La presentación de los contenidos.	① ② ③ ④ ⑤
	La información específica del contenido.	① ② ③ ④ ⑤
	Correspondió el tema con el objetivo de los productos.	① ② ③ ④ ⑤
	Pertinencia de los temas tratados.	① ② ③ ④ ⑤
<b>M E T O D O L O G Í A</b>	La estructura de los productos es de modo claro y comprensivo.	① ② ③ ④ ⑤
	Los colores utilizados fueron de su agrado.	① ② ③ ④ ⑤
	Las imágenes utilizadas fueron de su agrado.	① ② ③ ④ ⑤
	Capacidad de los productos para transmitir las ideas.	① ② ③ ④ ⑤
	Uso de ayudas.	① ② ③ ④ ⑤
	Dominio y conocimiento del tema.	① ② ③ ④ ⑤
	Se desarrollaron adecuadamente los temas de los productos.	① ② ③ ④ ⑤
<b>V</b>	La información contribuye a su bienestar personal y familiar	① ② ③

<b>A L O R A C I Ó N  Y  S U G E R E N C I A S   S U G E R E N C I A S</b>		④ ⑤
	Grado de satisfacción general de los productos	① ② ③ ④ ⑤
	Grado de satisfacción de los folletos	① ② ③ ④ ⑤
	Grado de satisfacción del blog	① ② ③ ④ ⑤
	Qué sugerencias tiene para mejorar la calidad de los productos.  ¿Qué otro tema le interesaría incluir en los productos?	
	Observaciones: Describa lo que considere que puede aportar al mejoramiento del producto	

Responda las siguientes preguntas con única respuesta.

**1. ¿A través de qué medios le gustaría conocer acerca del producto?**

- a. Correo electrónico
- b. Redes sociales
- c. Entidades del estado
- d. Todas las anteriores

**2. ¿Teniendo en cuenta el precio del producto, ¿qué probabilidad existe que lo compre?**

- a. Si lo necesitara para conocer las verdades de la planificación familiar.
- b. No es de mi interés.
- c. No lo compraría
- d. Sí sé que a alguien cercano le sería útil.

**3. Si llegara a comprar el producto, ¿compartiría la información con personas cercanas?**

- a. No creo que sea necesario
- b. Para las personas cercanas no sería de interés
- c. Si, ya que podrían estar informadas acerca del objetivo del producto
- d. Por supuesto, ya que sería de gran beneficio

**4. ¿Porque no compraría las IPS, SISBEN o EPS los productos?**

- a. Por recursos económicos
- b. Por la calidad del producto
- c. Por la información ya existente

**5. ¿cuánto estaría dispuesta a pagar por el producto PLANIFICANDO MI FAMILIA?**

- a. 200.000
- b. 170.000
- c. 40.000
- d. No pagaría, debería ser gratis.

**GRACIAS**



## Apéndice I.

### Análisis de encuesta cualitativa y cuantitativa

En la encuesta cuantitativa (Ver Apéndice F) realizada se evidencia la siguiente información:

- Se encuesta a una mujer de 38 años, de estrato dos de la localidad Usme, con tres hijos vivos y uno muerto.
- Se encuesta a un hombre de 46 años, de estrato 3 de la Localidad Usaquéen, con cuatro hijos.

En las categorías encuestadas se evidencia la siguiente información:

**En la actividad sexual:** De la pregunta 1 a la 6 no se evidencia ninguna diferencia en las respuestas.

**Toma de decisiones:** En estas preguntas se evidencia que la mujer no posee información mínima para tomar sus decisiones referentes a la utilización de métodos anticonceptivos; mientras que el hombre evidencia mayor conocimiento en la toma de decisiones sobre este tema.

**Experiencias de Educación sexual:** En esta categoría se evidencia que la mujer ha recibido información por parte de campañas de prevención mientras que el hombre lo ha hecho por medio de sus amigos.

**Consentimiento de métodos anticonceptivos:** Se evidencia que la mujer ha tenido menos acceso a la información sobre métodos anticonceptivos y solo conoce el método que le han practicado en su Eps que es la ligadura de Trompas, mientras que el hombre

tiene más conocimiento sobre los métodos anticonceptivos (condón, píldora, inyección), por medio de documentales.

**Planificación familiar:** En esta categoría se evidencia que la mujer prefiere recibir información en físico es decir folletos, mientras que el hombre prefiere recibir la información por medio de folletos y blog; adicionalmente manifiestan ambos que los métodos de planificación no son equitativos para ambos géneros. Y creen que es necesario que existan más métodos para los hombres.





### Análisis de encuesta cualitativa

#### FICHA TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA

Entrevistada N 1	Entrevistadora: Stefany Flórez	Entrevisto: Jesús Manjarrez Marín
Fecha: 28/03/2018	Hora: 14:00 PM	Duración: 15 minutos
Trascribió: Stefany Flórez,	Condiciones generales de la entrevista: En una sala, con buena iluminación y ventilación asientos confortables.	

Para la siguiente transcripción la profesional en formación de psicología quien realiza la entrevista aparecerá en el guión con la letra A y el entrevistado aparece en el guión con la letra J. (ver apéndice G para la estructura)

A: Buenas noches mi nombre es Stefany Flórez vengo de la universidad católica de Colombia soy estudiante de psicología y quiero ver si ¿me permite hacerle una entrevista?

J: Mmmm Buenas noches, si con mucho gusto.

A: Bueno gracias, para empezar, quiero que me haga el favor y me firmes este consentimiento informado en el cual tú estás de acuerdo que yo te haga esta entrevista ya

que la información será confidencial y usada para fines académicos, acá te lo paso para que lo leas las preguntas son sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar.

J: Listo.

A: Bueno para empezar quisiera saber algunos datos de identificación si me permites, ¿Cómo es tu nombre?

J: Jesús Manjarres Marín

A: ¿Cuántos años tienes?

J: 28 años

A: ¿En qué barrio vives?

J: Santa librada

A: ¿Cuál es la dirección vives?

J: Calle 73D # 8C-13 Este Sur

A: ¿Eso que estrato es?

J: 2

A: ¿Tu nivel educativo cuál es?

J: Bachillerato.

A: ¿Actualmente qué ocupaciones tienes?

J: Trabajo y mis hijos.

A: ¿en qué trabaja?

J: En una bodega de San Andresito San José

A: ¿Cuántos ingresos económicos tienes al mes?

J: \$800.000

A: ¿Tu estado civil actual cuál es?

J: Unión libre.

A: ¿Cuántos años llevas en unión libre?

J: 5 años

A: ¿Cuántos hijos tienes?

J: 3

A: Vale muchas gracias por tus datos, ahora quisiera hacerte preguntas sobre el inicio de su actividad sexual. ¿A qué edad fue tu primera relación sexual penetrativa?

J: Mmmm, 15 años.

A: ¿Utilizaste algún método anticonceptivo?

J: No.

A: ¿Por qué?

J: Pues yo no pensé en eso en ese momento creo que fue más la curiosidad en ese momento, igual uno cuando ya está en ese momento no piensa eso ya que no fue algo planeado, y pues tampoco sabía cómo usar el condón.

A: ¿Qué relación afectiva tenías con la persona que tuviste tu primera relación sexual?

J: Ninguna, éramos amigos.

A: ¿Por qué decidieron hacerlo?

J: yo por curiosidad ella yo creo que por ganas ella era mayor tenía como 18 o 19 años.

A: Listo gracias, ¿Cómo describes esa primera vez?

J: Traumático, pues considero que quede mal porque no sabía mucho solo lo que leía de cuáles son los puntos débiles de una mujer y quede como mal.

A: ¿No pensaste en las consecuencias de no usar algún método anticonceptivo? un embarazo o alguna infección.

J: Mmmm no si ella no me dice nada yo tampoco le digo nada.

A: Bueno. Háblame de cómo es tu actividad sexual con las novias que has tenido, cada cuanto frecuentaban tener relaciones sexuales.

J: Con mis novias bien, no pues jajaja yo creo que cada vez que nos veíamos si nos veíamos todos los días pues todos los días si estábamos todo el día en mi casa pues a veces dos o tres veces lo hacíamos.

A: Vale, en alguno de esos encuentros ¿usaste algún método de planificación?

J: Si, el condón, pero no todas las veces.

A: ¿De 1 a 100 con qué frecuencia lo usaste?

J: El condón como un 30 %.

A: ¿Tú cargas condón?

J: jajajaja no

A: ¿En esos encuentros que no usaste condón que haces para evitar un embarazo?

J: La pastilla del día después o me aseguro de sacarlo antes de eyacular.

A: ¿Porque no usabas algún método anticonceptivo?

J: Porque no lo tenía y pues si se daba lo hacía no lo desaprovechaba.

A: Ok, ¿Tú buscas información de métodos anticonceptivos en algún lado?

J: No

A: ¿Por qué?

J: mmm no sé creó que no me ha interesado y uno se entera de eso por amigos o personas que te cuentan.

A: Entonces a ti nada ¿te motiva para informarte sobre los métodos anticonceptivos por tu parte?

J: No, lo que debo saber mis parceras me lo cuentan, debería buscar por mi parte, pero como existen más métodos anticonceptivos para mujeres que usan ellas entonces no me intereso por informarme.

A: ¿Has buscado información y orientación sobre temas relacionados con la sexualidad?

J: pues si te refieres a poses mmm puntos más sensibles de la mujer sí claro, también sobre las infecciones de transmisión sexual me intriga eso, pero ya

A: ¿por qué?

J: pues para ponerlo en práctica y saber cómo prevenir alguna enfermedad.

A: ¿En dónde buscas esa información?

J: Libros la Eps no que pena.

A: Me dijiste que tienes tres hijos

J: Si

A: ¿Cuántos años tenías cuando llegó tu primer hijo?

J: 16 años

A: ¿Cuántos años tiene tu hijo?

J: 11 años

A: Que lindo, esta. ¿Habías planeado que ella quedara embarazada?

J: No obvio no.



A: Cuando confirmó su embarazo, ¿pensaste alguna vez en interrumpirlo?

J: Si

A: ¿y que decidieron?

J: pues ella decidió tenerlo y yo le dije que bueno que la apoyaba.

A: ¿Estaban planificando?

J: No

A: ¿Por qué tú no planificaste?

J: No pues si antes no había dejado a nadie embarazada pues pensé que no pasaba nada y que yo tenía el control siempre.

A: Bueno para tu segundo hijo ¿Cuántos años tenías?

J: 22 años

A: ¿Esta segunda hija es de la misma mama de tu primer hijo?

J: No.

A: ¿Habías planeado que ella quedara embarazada?

J: No para nada.

A: Cuando confirmó su embarazo, ¿pensaste alguna vez en interrumpirlo?

J: No.

A: ¿Porque con el segundo hijo no y con el primero sí pensó en interrumpirlo?

J: porque sé que es tener un hijo y verlo crecer y esos pequeños no tienen por qué pagar las consecuencias.

A: ¿Estaban planificando?

J: No.

A: ¿porque tu no planificaste?

J: Porque ella era la que planificaba con inyecciones al principio, pero después las citas en donde está afiliada se demoran y pues nosotros no la compramos.

A: Bueno ahora vamos hablar de tu tercera hija ¿Cuántos años tenía?

J: 24 años

A: ¿Esta tercera hija es de la misma mama de tu primer o segundo hijo?

J: Si es la misma mama de mi hija, la segunda.

A: ¿Habías planeado que ella quedara embarazada?

J: jajajajaja no nunca.

A: ¿Consideras que tenías los recursos para tenerlo?

J: mmmm en el momento no, pero se sabía que tocaba trabajar duro de ahora en adelante.

A: ¿Estaban planificando?

J: No

A: ¿por qué?

J: Porque pensamos que no nos volvería a pasar y pues pensé que siempre tenía el control yo.

A: ¿Actualmente están planificando?

J: Si, a mi pareja le colocaron un implante en el brazo por 5 años

A: ¿por qué ahora se lo coloco y no antes de tener el segundo hijo?

J: Pues no se no pensamos que pasara esto tenemos muchos años de relación y hasta ahora se nos presenta esto que quede embarazada.

A: Bueno, ¿Quién consideras que saben más de los métodos anticonceptivos los hombres o las mujeres?

J: Mujeres

A: ¿por qué?

J: Son las que lo usan entonces tienen más información de varios métodos y las que más se preocupan de eso creo yo.

A: ¿Crees que independientemente quien lo use es un beneficio para los dos?

J: sí claro, pero pues no se ella lee y me informa.

A: ¿Qué método anticonceptivo has usado?

J: Condón

A: ¿Te ha gustado?

J: No.

A: ¿por qué?

J: jajajaajaja pues no es lo mismo.

A: ¿Para ti qué es planificación familiar?

J: Que los dos se protejan y que sea de mutuo acuerdo.

A: ¿Consideras que la planificación familiar puede servirte en tu vida, en tu familia, con tu pareja, por qué?

J: Si claro, para traer al mundo hijos en el momento que uno cree correcto que tiene los recursos económicos para mantenerlos.

A: ¿Quién crees que tiene mayor responsabilidad de la planificación familiar las mujeres, los hombres o por igual, por qué?

J: El hombre, aunque debería ser por igual ya que son los dos quien deciden pasar un rato juntos sin protección.

A: ¿En tu hogar hablas con tu pareja para planificar de manera definitiva (ligadura de trompas de Falopio o vasectomía), y así no tener más hijos?

J: Mmmmm, de eso no.

A: ¿Por qué?

J: Pues ella está muy joven yo estoy muy joven y no sabemos si vamos a estar juntos siempre de pronto ella decide irse y tener hijos con otro o yo decido irme y alguna mujer me pida un hijo, entonces no yo creo que no, si nosotros seguimos juntos como pareja y pues ya con 35 años yo creo y ya que tenemos dos hijos si sería una opción, pero por ahora no.

A: ¿Quién planifica en tu hogar?

J: Mi pareja

A: ¿por qué tu no?

J: Para que usar condón con mi mujer y pues lo de la vasectomía no me lo haría aún.

A: ¿La decisión de ella planificar, por quién fue tomada, le consultó?

J: De ella, pues me mencionó y yo le dije súper amor hazle de una.

A: ¿Le gustaría recibir información de la planificación familiar en hombres?

J: Si

A: ¿por qué?

J: Pues porque me falta mucho conocimiento de ese tema mucho.

A: ¿Sabe algo de la planificación familiar en los hombres?

J: vasectomía.

A: ¿Sabes que es la vasectomía?

J: Es cuando le cortan el conducto de no sé qué, jajajaja.

A: ¿Consideras que la vasectomía hace parte de la planificación familiar?

J: si claro.

A: ¿qué efectos negativos crees que tiene la vasectomía para tu vida sexual?

J: pues si quiere tener más hijos en el futuro se verá truncado ese sueño y si es con la pareja que se quiere tener pues se puede complicar.

A: ¿Positivos?

J: Si ya tiene hijos se le puede brindar un buen futuro al hijo que ya se tiene de atenciones económicas.

A: ¿Consideras que existe equidad en la planificación familiar de mujeres y hombres cuando se les da la información?

J: No debido a que las mujeres tienen más métodos que los hombres entonces la información que se da es más para ellas.

A: ¿Te gustaría recibir información de planificación familiar por medio de un blog y folletos? ¿Qué información le gustaría recibir?

J: Si para saber de estos métodos y también saber qué posibilidades tendría mi pareja para planificar.

A: Bueno muchas gracias, por tu tiempo tu colaboración y responder estas preguntas para nuestro trabajo.

J: Con gusto señorita.

### **FICHA TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA**

Entrevistada N 2	Entrevistadora: Stefany Flórez	Entrevista: Gloria Gracia
Fecha: 28/04/2018	Hora: 19:00 PM	Duración: 10 minutos
Trascribió: Stefany Flórez, Danna, Natalia.	Condiciones generales de la entrevista: En una sala, con buena iluminación y ventilación asientos confortables.	

Para la siguiente transcripción la profesional en formación de psicología quien realiza la entrevista aparecerá en el guión con la letra A y la entrevistada aparece en el guión con la letra G. (ver apéndice G para la estructura)

A: Buenas noches Señora mi nombre es Stefany Flórez vengo de la Universidad Católica de Colombia soy estudiante de psicología de último semestre y me encuentro haciendo mi trabajo de grado sobre planificación familiar en familias de la localidad de Usme y de Usaqué y quiero saber si ¿me permite hacerle una entrevista?

G: Buenas noches, si claro yo le colaboro.

A: Bueno gracias, para empezar, quiero que me haga el favor y me firmes este consentimiento informado en el cual tú estás de acuerdo que yo te haga esta entrevista ya que la información será confidencial y usada para fines académicos, acá te lo paso para

que lo leas y si tiene alguna pregunta antes de empezar, la entrevista será grabada para fines académicos y evidencia del trabajo de campo.

G: Ya, empecemos.

A: Bueno, para empezar, quisiera saber algunos datos de tu identificación si me permite, ¿Cómo es tu nombre?

G: Gloria García.

A: ¿Cuántos años tienes?

G: 53 años

A: ¿En qué barrio vives?

G: San Antonio

A: ¿Cuál es la dirección vives?

G: calle 181c #9-30 Andalucía Real

A: ¿Eso que estrato es?

G: 3

A: ¿Tu nivel educativo cuál es?

G: Bachillerato-Técnico.

A: ¿Actualmente qué ocupaciones tienes?



G: Empleada- Administradora de Textiles.

A: ¿Cuántos ingresos económicos tienes al mes?

G: \$2.000.000

A: ¿Tu estado civil actual cuál es?

G: Unión libre.

A: ¿Cuántos años llevas en unión libre?

G: 35 años

A: ¿Cuántos hijos tienes?

G: 3

A: Bueno gracias por tus datos, ahora quisiera hacerte preguntas sobre el inicio de su actividad sexual. ¿A qué edad fue tu primera relación sexual?

G: 17 años

A: ¿Utilizaste algún método anticonceptivo?

G: No

A: ¿Por qué?

G: Pues era la primera vez uno no tiene esa precaución.

A: ¿Tú buscabas información de métodos anticonceptivos en algún lado?

G: Si en la Eps

A: ¿Qué te motiva a informarte sobre los métodos anticonceptivos?

G: Pensando en no quedar embarazada y tampoco extraer una infección de transmisión sexual. A: ¿En dónde buscas esta información?

G: Eps siempre fue en la eps.

A: ¿Cuántos años tenías cuando llegó tu primera hija?

G: 18 años.

A: ¿Habías planeado quedar embarazada?

G: No.

A: Cuando confirmaste tu embarazo, ¿pensaste alguna vez en interrumpirlo?

G: Si.

A: ¿Estabas planificando?

G: No

A: ¿Por qué?

G: Porque no había tenido relaciones estables entonces no planificaba.

A: ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu segundo hijo?

G: 20 años.

A: ¿Este embarazo fue del mismo papá del primer embarazo?

G: Si.

A: ¿Habías planeado quedar embarazada?

G: No

A: Cuando confirmaste tu embarazo, ¿pensaste alguna vez en interrumpirlo?

G: No

A: ¿Estabas planificando?

G: Si, con pastas.

A: ¿hace cuánto planificaba?

G: Dos años con Neoginon se me olvido tomarlas y si no se las toma uno como debe ser pues no hacen efecto en las hormonas.

A: ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu tercer hijo?

G: 30 años

A: ¿Este tercer hijo es del mismo papa de tu segundo hijo?

G: Si

A: ¿Habías planeado quedar embarazada?

G: No

A: ¿Consideras que tenían los recursos para tenerlo?

G: Si.

A: ¿Estaban planificando?

G: Si, con el dispositivo la T seguro se corrió, nunca fui a cita de control para que lo revisaran.

A: ¿hace cuánto planificaba?

G: 8 años.

A: ¿Quién consideras que saben más de los métodos anticonceptivos los hombres o las mujeres?

G: Las mujeres

A: ¿Por qué?

G: Porque las mujeres andamos más enteradas de eso ya que pensamos en que somos las que quedamos embarazadas y la que nos cambia la vida.

A: ¿De dónde has obtenido información de los métodos anticonceptivos?

G: De la Eps

A: ¿Cómo te ha parecido esa información?

G: Muy buena

A: ¿Qué método anticonceptivo has usado?

G: Pastas, dispositivo y por último Romero

A: ¿Cuál te ha gustado, por qué?

G: El Pomeroy porque es el más seguro 100%

A: ¿Por qué dejaste de usar pastas y el dispositivo?

G: Con ellos quede embarazada, y tocaba ir a controles cada mes o tres meses no tenía tiempo.

A: Para ti, ¿qué es planificación familiar?

G: No tener más hijos.

A: ¿Consideras que la planificación familiar puede servirte en tu vida, en tu familia, con tu pareja, por qué?

G: Claro que sí, porque existe un control de natalidad y uno no se llena de hijos y a veces los recursos económicos de uno no son los adecuados como para tener y tener hijos sin pensar en que se le puede brindar a ellos en un futuro si uno a veces no tiene ni para uno mismo.

A: ¿Quién crees que tiene mayor responsabilidad de la planificación familiar las mujeres, los hombres o por igual, por qué?

G: Por igual, porque la responsabilidad debe ser de ambos no de unos solo.

A: ¿En tu hogar hablaste con tu pareja para planificar de manera definitiva (ligadura de trompas de Falopio o vasectomía), y así no tener más hijos?

G: No lo hable yo lo decidí sola.

A: ¿Por qué?

G: No quería tener más hijos tres eran suficientes.

A: ¿Por qué la ligadura de trompas y no la vasectomía?

G: Porque eran tiempos muy machistas.

A: ¿Te gustaría recibir información de la planificación familiar en hombres?

G: No ya para qué, quizás para la gente joven que viene detrás de uno.

A: ¿Sabes algo de la planificación familiar en los hombres?

G: No nunca me interese eso.

A: ¿Te hubiera gustado incentivar a tu esposo para que planifique?

G: Quizás sí, pues la mujer siempre es la que se somete a planificar para el beneficio de los dos, entonces como es el beneficio de los dos él también debería aportar.

A: ¿Sabes que es la vasectomía?

G: Si, sé que es una cirugía que le hacen a los hombres para no tener más hijos.

A: ¿Consideras que la vasectomía hace parte de la planificación familiar?

G: Si claro.

A: ¿Cómo crees que se realiza la vasectomía en los hombres?

G: Sé que le cortan algún conducto algo así no se mas pues la verdad en tiempos anteriores eso no se escuchaba mucho y ahora pues ya para que me intereso en saber.

A: ¿Qué efectos negativos crees que tiene la vasectomía para la vida sexual?

G: No se

A: ¿Positivos?

G: No tener más hijos.

A: ¿Consideras que existe equidad en la planificación familiar de mujeres y hombres cuando se les da la información?

G: No

A: ¿Te gustaría recibir información de planificación familiar por medio de un blog y folletos?

G: No

### **Análisis**

Para obtener la información cualitativa de este estudio se diseñó una guía de entrevista adaptada para hombres y para mujeres. Las preguntas se definieron con el propósito de profundizar en algunos aspectos de la encuesta cuantitativa (ver apéndice

F) con el diseño de una encuesta semiestructura (ver apéndice G) historias de vida. Se pretendió conocer, a través de los relatos y narraciones del hombre y la mujer de la localidad de Usme y Usaquén, el proceso de desarrollo de actividad sexual en base al uso de métodos anticonceptivos. Se hizo categorías para profundizar y sustentar el instrumento cuantitativo como el proceso de toma de decisiones, el inicio de la actividad sexual y demás. La muestra fue de un hombre de la localidad de Usme y una mujer de la localidad de Usaquén. El análisis se llevará a cabo por lo que respondió los entrevistados de la localidad de Usme y de la localidad de Usaquén por cada categoría.

#### **A. Identificación**

Para empezar en la identificación el nivel educativo es más alto en la mujer entrevistada en la localidad de Usaquén por lo tanto también hay un incremento en sus ingresos mensuales adquiridos por su trabajo en comparación con el hombre entrevistado en Usme que su nivel educativo es más bajo con ingresos del mínimo.

#### **B. Inicio de la actividad sexual**

En los dos entrevistados de Usme y Usaquén al tener la primera relación sexual penetrativa por desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos y por curiosidad no usaron ningún método anticonceptivo, con respecto a la edad el entrevistado de Usme inicia dos años antes que la entrevistada de Usaquén su actividad sexual. En investigaciones dadas por la EDS se encuentra que los hombres suelen empezar su primera relación sexual primero que las mujeres.



### **C. Toma de Decisiones**

Se evidencia en esta categoría que el entrevistado de la localidad de Usme no es consciente de las consecuencias secundarias que trae o puede traer a su vida el no protegerse él como hombre, de igual manera el desinterés ante la información de los métodos anticonceptivos, con respecto a la localidad de Usaquén aprovecha su Eps viendo eso como una herramienta para informarse de la manera más segura y confiada.

### **D. Experiencias de educación sexual.**

Esta categoría se relaciona con la visión que cada uno tiene de su vida su proyecto de vida y de esta manera motiva el interés por informarse por protegerse de manera doble de un embarazo no planeado y de las infecciones de transmisión sexual, se evidenció que la motivación por conseguir orientación o información por la entrevistada de la localidad de Usaquén es la EPS única fuente segura y confiada que ve para informarse de la planificación y el entrevistado de la localidad de Usme menciona que la única fuente para él son los libros ya que la Eps le daría pena.

### **E. Primer Hijo/a.**

En esta categoría se evidencia determinantes socioeconómicos en los diferentes eventos sexuales, factores contextuales del hogar nivel educativo y estrato socioeconómico, ya que el estrato bajo es el primero que empieza sus relaciones sexuales a temprana edad sin informarse y no le interesa informarse ya que consideran que ellos tienen el control, en cambio el estrato alto pensando en su proyecto de vida en una misión empieza más tarde su primera relación sexual y de la misma manera no

llegan a tener hijos siendo adolescentes. El entrevistado de la localidad de Usme llega a tener su primer hijo a los 16 años siendo un adolescente y la entrevistada de la localidad de Usaquén su primer hijo fue a los años 18, es importante mencionar que los primeros hijos por lo general no son planeados para ningún de los dos estratos.

#### **F. Segundo Hijo/a**

En esta categoría se evidencia cómo el entrevistado de la localidad de Usme sigue sin tomar conciencia que cuando no hay una planificación puede tener otro hijo no planeado y es lo que sucede, por otro lado en la entrevistada de la localidad de Usaquén se evidencia un comportamiento de información y de planificación pero también hay conciencia que si las cosas no se hacen con orden y control como lo menciona la entrevistada el método anticonceptivo puede fallar qué fue lo que pasó aunque hay un comportamiento de protegerse y evitar quedar embarazada también se evidencia el compromiso con una sola pareja en la entrevistada de la localidad de Usme.

#### **G. Tercer hijo/a en adelante.**

En la entrevista se evidencia que en las dos localidades al considerar tener el tercer hijo y ver los recursos económicos que este le trae y que tiene de dos hijos más, consideran necesario el método anticonceptivo, además se evidencio que depende de la edad y la historia que la persona tenga de su vida decide si planifica con un método definitivo como la ligadura de trompas o la vasectomía o si lo hace con algún método temporal a mediano plazo como lo es el dispositivo o el implante.

Con respecto a la entrevista de la localidad de Usaquéen esta persona vuelve a planificar, pero de nuevo es consciente que debe hacerse seguimiento de los métodos anticonceptivos para que sean efectivos por lo tanto es consciente que si no hay un seguimiento no hay un funcionamiento 100% eficaz en el método anticonceptivo, al tener el tercer hijo es cuando esta persona decide hacerse un método anticonceptivo definitivo que sabe que no le va a fallar.

Con respecto a la localidad de Usme se evidencia que hacen participación del método anticonceptivo a mediano plazo.

#### **H. Conocimiento de métodos anticonceptivos.**

En esta categoría se evidencia que las localidades de Usme y Usaquéen saben cuáles existen, pero no hay conocimiento del uso y funcionamiento de cada uno de los métodos anticonceptivos con respecto a esto se ve la importancia de informar en palabras coloquiales el uso y funcionamiento de cada uno de estos métodos.

#### **I. Planificación familiar**

En esta categoría se evidencia que si las personas tuvieran más conocimiento de la planificación familiar para su vida su pareja y su misión en su vida, sus planes y recursos y lo que le puedan brindar a futuro a sus hijos sería diferente, ya que hay una planeación de lo que quieren y pueden aportar para otras vidas; se evidencia que hay más interés en informarse y tener el conocimiento en la localidad de Usaquéen que en la localidad de Usme por lo tanto la localidad de Usaquéen ven

los centros de salud como una herramienta para informarse de manera segura y confiada, aunque falta más compromiso para evitar embarazos no planeados.

Por otro lado, se evidencia un desconocimiento de la vasectomía en las dos localidades no tiene información de este procedimiento y esto hace que esto no sea como método si no como algo terrible para los hombres por falta de conocimiento de su procedimiento y su curación.

## Apéndice J

### Un blog con la información de planificación familiar

Se seleccionó crear como producto final el blog *PLANIFICANDO MI FAMILIA* con el fin de fortalecer y promover la Planificación familiar del género masculino en los diferentes estratos socioeconómicos, ya que es responsabilidad de ellos al igual que las mujeres este tema, se tuvo en cuenta el fácil acceso a la información para cada usuario que desee beneficiarse con la información. El blog contiene información sobre infecciones de transmisión sexual, embarazo deseado y no deseado, métodos de planificación, derechos sexuales y reproductivos, vasectomía, mitos y beneficios de esta.

**Link:** <https://planificacionfamil4.wixsite.com/planificomifamilia>



## Apéndice K


### **Folletos para hombre, mujer y derechos sexuales y reproductivos con la información de planificación familiar**

Se crearon como productos finales además del blog tres folletos *PLANIFICANDO MI FAMILIA* uno con información exclusiva para hombres. El segundo folleto exclusivo para mujeres y el tercero con información de derechos reproductivos y sexuales; además encontrará el procedimiento para solicitar los métodos anticonceptivos y si su Centro de Salud no se la entrega encontrará información adicional para realizar tutelas o derechos de petición.

**Link:** <https://planificacionfamil4.wixsite.com/planificomifamilia>

**¿SABIAS QUE EN LA EPS E IPS LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SON GRATUITOS?**

*Consulta en nuestro Blog la Resolución 5521 de 2013*




**¿QUÉ DEBER TIENE TU EPS, IPS O CENTRO DE SALUD EN CUANTO A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN?**

1. Consulta de primera vez de planificación familiar (tanto por consulta externa, como por urgencia para anticoncepción de emergencia).
2. Elección y suministro de métodos de planificación familiar.
3. Consulta de control en planificación familiar.

**¿CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE TE PUEDEN OFRECER?**

- Métodos temporales hormonales, orales e inyectables.
- Aplicación y retiro del Dispositivo Intrauterino-DIU.
- Aplicación y extracción del implante subdérmico.
- Anticoncepción de emergencia en casos específicos, por ejemplo por rotura del condón o en caso de violación.
- Esterilización quirúrgica masculina o vasectomía.
- Esterilización quirúrgica femenina, Pomeroy o ligadura de trompas de Falopio.
- Condón masculino de látex.



## PLANIFICO MI FAMILIA

TE INVITAMOS A VER NUESTRO BLOG DONDE ENCONTRARÁS INFORMACIÓN DETALLADA Y PRECISA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

NO TE ARREPENTIRÁS

**BLOG:**


<https://planificacionfamil4.wixsite.com/planificomifamilia>

**¿SI VAS A LA EPS, IPS O CENTRO DE SALUD A SOLICITAR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y TE LO NIEGAN SABES QUÉ DEBES HACER?**

Cualquier negación en la prestación de servicios de salud puede ser denunciada ante la Personería Municipal, la Defensoría del Pueblo o la Secretaría de salud. Igualmente, dentro de los mecanismos de control ciudadano acordes a la Constitución de 1991, una persona puede presentar un derecho de petición, una queja ante la Superintendencia de Salud o una acción de tutela ante cualquier juez de la República.

- Derecho de petición. El artículo 23 de la Constitución Política establece el derecho fundamental a presentar peticiones y a obtener pronta respuesta. En esta medida, los usuarios de los servicios de salud podrán elevar solicitudes respetuosas ante estas entidades y obtener respuesta en los tiempos establecidos por la ley, en este caso 10 días hábiles. Para mayor información consultar: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- Queja. De acuerdo con la Ley 1122 de 2007, la Superintendencia Nacional de Salud puede imponer sanciones a los prestadores de servicios de salud que nieguen servicios o procedimientos y pongan así en peligro la vida del paciente.


- Acción de tutela. Si tu EPS, IPS o servicio de salud habitual se niega a ofrecer cualquiera de los servicios o anticonceptivos descritos, es posible que utilices la acción de tutela para exigir que se ordene el tratamiento o se te suministre información o los anticonceptivos que requieres. En este caso debes presentar la tutela con ayuda de un adulto.




También puedes acudir a la Personería, Defensoría del Pueblo, la secretaria de salud o la Superintendencia de salud.

Para mayor información visita nuestro blog:

<https://planificacionfamil4.wixsite.com/planificomifamilia>



**LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**



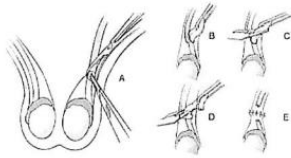
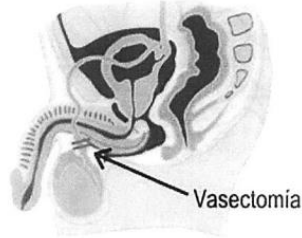
**Tengo derecho a:**

- Decidir cuando estoy embarazada
- Decidir no tener hijos
- Saber sobre métodos de planificación
- Declarar y aclarar mis dudas
- Exigir mi método de planificación
- Conocer y respetar mi cuerpo
- Tener una vida sana y segura
- Saber sobre las infecciones de transmisión sexual
- Recibir orientación sobre la sexualidad
- Recibir información sobre los servicios

**VASECTOMIA**



**NO ES ASI COMO LA PINTAN  
DEJA EL MIEDO Y LOS PREJUICIOS**



**TU VIDA SEXUAL NO CAMBIARÁ  
TU ERECCIÓN TAMPOCO  
PERO SI TENDRÁS MEJORES OPORTUNIDADES PARA TI Y TU FAMILIA**

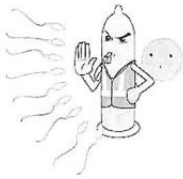
**COMO HOMBRE PLANIFICO MI FAMILIA**

TE INVITAMOS A VER NUESTRO BLOG DONDE ENCONTRARÁS INFORMACIÓN DETALLADA Y PRECISA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
NO TE ARREPENTIRÁS

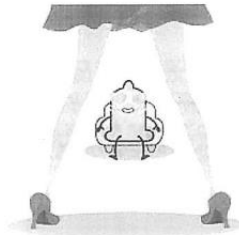
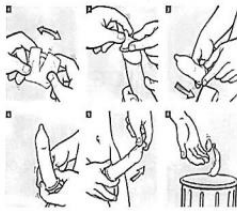
**BLOG:**

<https://planificacionfamil4.wixsite.com/planificomifamilia>

**CONDÓN**



**SI USAS EL CONDÓN BIEN Y EN TODAS TUS RELACIONES SEXUALES, OBTENDRÁS DOBLE PROTECCIÓN: NO TENDRÁS EMBARAZOS NO DESEADOS NI INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, incluido el VIH/SIDA.**



**VASECTOMIA**

La vasectomía es un método quirúrgico anticonceptivo permanente que se realiza al hombre, consiste en impedir el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes. Puede ser realizada "sin bisturí" (técnica de Li) o "con bisturí" (técnica tradicional) ya sea por medio de una punción o una incisión.

**Vasectomía con bisturí**

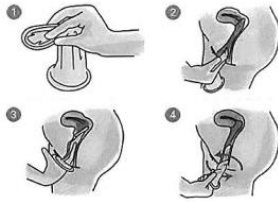
A través de un corte en el escroto (bolsa de los testículos), el cirujano accede a los conductos deferentes, los liga y los corta, bloqueando así el paso de los espermatozoides. También puede cauterizarlos con el bisturí eléctrico.

**Vasectomía sin bisturí**

En lugar de utilizar el bisturí para hacer un corte, simplemente se hace un pequeño orificio con unas pinzas especiales para llegar a ambos conductos deferentes. En primer lugar, el cirujano buscará los conductos deferentes con la palpación del escroto y los sujetará con unas pinzas en forma de anillo. A continuación, con unas pinzas más afiladas, se hace una punción diminuta que permita el acceso a los conductos deferentes para ligarlos o cauterizarlos.



**CONDÓN FEMENIDO**

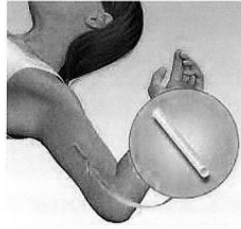


**DOBLE PROTECCIÓN PARA ÉL Y PARA TÍ**

**PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS**



**IMPLANTE SUBDÉRMICO**



**DIU, DISPOSITIVO INTRAUTERINO**



**PROTECCIÓN POR MUCHOS AÑOS**

**COMO MUJER PLANIFICO MI FAMILIA**

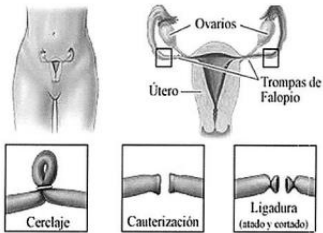
TE INVITAMOS A VER NUESTRO BLOG DONDE ENCONTRARÁS INFORMACIÓN DETALLADA Y PRECISA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

NO TE ARREPENTIRÁS

**BLOG:**

<https://planificacionfamilia4.wixsite.com/planificomifamilia>

**LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO O POMEROY**



**MUJER CUÍDATE VALÓRATE NADIE DECIDE POR TÍ LUCHA POR TUS SUEÑOS**

se han desarrollado completamente. Además, sus bebés corren un mayor riesgo de morir durante su primer año de vida.

Las mujeres mayores se enfrentan a más peligros durante el parto, sobre todo si tienen problemas médicos o si ya han tenido muchos hijos.

El cuerpo de la mujer necesita por lo menos dos años para recuperarse después de cada embarazo.

Una mujer con más de 4 hijos corre un mayor riesgo de morir después del parto debido a sangrado u otras causas.

Si usas anticonceptivos tendrás los hijos e hijas que quieras, tendrás más tiempo para tus hijos y tu pareja, tu calidad de vida será mejor.

Tendrás más oportunidades y tu futuro será más digno.

**Hombres y mujeres construyen su futuro ejerciendo sus derechos sexuales y reproductivos**



Las adolescentes menores de 18 años corren un mayor riesgo de morir durante el parto porque sus cuerpos no