

**SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES
EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O DESPLAZAMIENTO
BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS – CENTRO DE
SALUD ALFONSO LÓPEZ, POPAYÁN 2011**

DIANA ANDREA GARCÉS VIDAL
YENNI TATIANA MUÑOZ CÓRDOBA
CLAUDIA MILENA OROZCO CHAMORRO
DANIEL MAURICIO RINCÓN FERNÁNDEZ

POPAYÁN
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
INVESTIGACIÓN III
2012

**SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN
CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O DESPLAZAMIENTO BENEFICIARIAS
DEL PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS – CENTRO DE SALUD
ALFONSO LÓPEZ, POPAYÁN 2011**

Elaborado por:

DIANA ANDREA GARCÉS VIDAL
YENNI TATIANA MUÑOZ CÓRDOBA
CLAUDIA MILENA OROZCO CHAMORRO
DANIEL MAURICIO RINCÓN FERNÁNDEZ

Trabajo de Investigación

Asesora

MARÍA DEL SOCORRO CHÁVEZ G.
Enfermera Magister Enfermería Materno - Infantil

POPAYÁN
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
INVESTIGACIÓN III

2012

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedicamos con especial cariño...

A Dios por todas las bendiciones recibidas y por la fortaleza

A las madres, en especial a las nuestras que cada día apoyan nuestras luchas y

batallas y nos impulsan a seguir caminando a lo largo del camino del triunfo

A las madres participantes que fueron parte fundamental en el desarrollo y logro

de nuestro proyecto, y a todas aquellas madres que aportaron positivamente en

nuestro proceso académico

Ya que todas ellas se convierten en testigos de que el esfuerzo y la dedicación

que nos permitieron perseverar en la ejecución de este trabajo, serán los

elementos que nos otorgaran este nuevo éxito en nuestra vida académica.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestros más nobles agradecimientos a todas aquellas personas y entidades que con esmero impulsaron el aprendizaje en el transcurso de este ejercicio académico, mediante el trabajo permanente:

A nuestra asesora, la Enf. Esp. Mg. María del Socorro Chávez por guiarnos e impulsarnos a cumplir con nuestra labor cada vez mejor

A la Enf. Omaira Espinosa por su valiosa colaboración

A la Enf. Gladys Mera por su significativo aporte

A todas las Mujeres en condición de desplazamiento y/o vulnerabilidad que accedieron a contribuir en este trabajo y con su apoyo permitieron el progreso de esta investigación

Al Centro Universitario de Salud “Alfonso López” y todos sus funcionarios, por su incondicional apoyo y colaboración

A todas las personas e instituciones que de alguna forma hicieron posible que este trabajo de investigación hoy culmine y sea una realidad, muchas gracias.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	17
OBJETIVOS.....	20
OBJETIVO GENERAL.....	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1. MARCO DE REFERENCIA	21
1.1 ANTECEDENTES.....	21
1.2 CONCEPTUALIZACIÓN.....	24
1.2.1 Desplazamiento y Vulnerabilidad	24
1.2.2 Salud sexual y reproductiva	27
1.2.3 Programa Mundial de Alimentos – PMA.....	29
1.2.4 Factores de riesgo y factores protectores	30
1.2.5 Practicas de autocuidado	36
1.2.6 Autoexamen de seno.....	37
1.2.7 Citología vaginal	37
1.2.8 Infecciones de transmisión sexual.....	40
1.2.9 Población en condiciones de vulnerabilidad.....	44
1.3 MARCO POLÍTICO Y LEGAL.....	45
1.4 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA GEOGRÁFICA	48
2. METODOLOGÍA.....	52
2.1 TIPO DE ESTUDIO	52
2.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.....	52
2.2.1 Universo	52
2.2.2 Muestra	53
2.2.3 Tipo de muestreo	54
2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	55
2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	55

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	56
2.5.1 Descripción general de los instrumentos.....	56
2.6 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	58
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	58
3. RESULTADOS	61
3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.	61
3.2 PRÁCTICAS DE AUTO CUIDADO.....	70
3.3 FACTORES DE RIESGO / FACTORES PROTECTORES DE LA SSR	79
3.4 RESULTADOS DE LA CITOLOGÍA CERVICO-UTERINA	90
4. DISCUSIÓN	92
5. CONCLUSIONES.....	101
6. RECOMENDACIONES	103
BIBLIOGRAFÍA.....	105
ANEXOS.....	115
ANEXO A: VARIABLES Y SU NIVEL DE MEDICIÓN	115
ANEXO B: INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO DATOS DE LAS PARTICIPANTES	120
ANEXO C: INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO.....	123
ANEXO D: INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS PARTICIPANTES	123
ANEXO E: CONSENTIMIENTO INFORMADO	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de las mujeres beneficiarias del PMA, centro de salud Alfonso López, Popayán.	62
Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de las mujeres desplazadas beneficiarias del PMA, centro de salud Alfonso López, Popayán.	66

LISTA DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Distribución porcentual de las mujeres según grupos de edad (años)	61
Figura 2. Distribución porcentual de las mujeres según el régimen de afiliación al SGSSS en relación con la condición de vulnerabilidad o desplazamiento.	67
Figura 3. Distribución porcentual de las mujeres según la ocupación actual en relación con el nivel de estudios.	68
Figura 4. Distribución porcentual de las mujeres según el ingreso mensual en relación con el nivel de estudios alcanzados	68
Figura 5. Distribución porcentual de las mujeres según conocimiento del autoexamen de seno	70
Figura 6. Distribución porcentual de las mujeres según conocimiento del autoexamen de seno en relación con el nivel de estudios alcanzados	70
Figura 7. Distribución porcentual de las mujeres que conocen el autoexamen de seno según su práctica	71
Figura 8. Distribución porcentual de las mujeres según la frecuencia de realización del autoexamen de seno	71
Figura 9. Distribución porcentual de los antecedentes de la toma de citología.	72
Figura 10. Distribución porcentual de los antecedentes de la toma de citología en relación con el nivel educativo	72
Figura 11. Distribución porcentual de las mujeres según la frecuencia de la toma de citología	73
Figura 12. Distribución porcentual de las mujeres según la fecha de la última citología	74
Figura 13. Distribución porcentual de las mujeres según el resultado de la última citología	74

Figura 14. Distribución porcentual de las mujeres según la razón de desconocimiento del resultado de la citología	75
Figura 15. Distribución porcentual de las mujeres según la razón para no realizarse la citología	76
Figura 16. Distribución porcentual de las mujeres según la asistencia a recibir atención en salud	76
Figura 17. Distribución porcentual de las mujeres según la fecha de la última atención en salud	77
Figura 18. Distribución porcentual de las mujeres según el motivo de la última atención en salud	77
Figura 19. Distribución porcentual de las mujeres según la edad de inicio de la vida sexual	79
Figura 20. Distribución porcentual de las mujeres según la edad de inicio de la vida sexual en relación con el nivel de estudios alcanzados	79
Figura 21. Distribución porcentual según la edad de la primera pareja sexual	80
Figura 22. Distribución porcentual de las mujeres según el número de parejas sexuales	80
Figura 23. Distribución porcentual de las mujeres según el número de parejas sexuales respecto a la edad de inicio de la vida sexual	81
Figura 24. Distribución porcentual de las mujeres según el número de parejas sexuales en el último año	82
Figura 25. Distribución porcentual de las mujeres según la existencia de pareja sexual actual	82
Figura 26. Distribución porcentual de las mujeres según el uso de métodos anticonceptivos	83
Figura 27. Distribución porcentual de las mujeres según el uso de métodos anticonceptivos en relación con el nivel educativo.	83
Figura 28. Distribución porcentual de las mujeres según el método anticonceptivo que están usando	84

Figura 29. Distribución porcentual según la frecuencia de uso del condón	85
Figura 30. Distribución porcentual según la forma de uso del condón	85
Figura 31. Distribución porcentual según la decisión de usar métodos anticonceptivos	86
Figura 32. Distribución porcentual de las mujeres según la asistencia a control por planificación familiar	86
Figura 33. Distribución porcentual de las mujeres según la asistencia a control por planificación familiar en relación con el régimen de SGSSS al que pertenecen	87
Figura 34. Distribución porcentual de las mujeres según el número de embarazos	87
Figura 35. Distribución porcentual de las mujeres según el número de embarazos en relación con la edad de inicio de la vida sexual	88
Figura 36. Distribución porcentual de las mujeres según el número de partos	88
Figura 37. Distribución porcentual de las mujeres según el número de cesáreas	89
Figura 38. Distribución porcentual de las mujeres según el número de abortos	89
Figura 39. Distribución porcentual de los resultados de las citologías cérvico uterina	90
Figura 40. Distribución porcentual según el tipo de alteración en la citología	90
Figura 41. Distribución porcentual según otros hallazgos en la citología cérvico uterina	91

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
Anexo A Variables y su nivel de medición	115
Anexo B Instructivo del instrumento datos de las participantes	120
Anexo C Instructivo del instrumento resultados de pruebas de laboratorio	123
Anexo D Instrumento para la recolección de datos de las participantes	124
Anexo E Consentimiento informado	128

ABREVIATURAS

ACNUR	Alto comisionado de las naciones unidas para los refugiados.
AGC	Células glandulares atípicas.
ASC – US	Células epiteliales atípicas de significado indeterminado.
CODHES	Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
IDP´s	Desplazados internos.
L – SIL	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización no gubernamental
PMA	Plan Mundial de Alimentos
RHO	Reproductive health Outlook (perspectiva de salud reproductiva).
RUPD	Registro único de población desplazada
SSR	Salud sexual y reproductiva.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia adquirida
WAS	Word Association of Sexology (Asociación Mundial de Sexología)

TITULO: SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O DESPLAZAMIENTO BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS – CENTRO DE SALUD ALFONSO LÓPEZ, POPAYÁN 2011*

RESUMEN

Objetivo: determinar la situación de salud sexual y reproductiva en las mujeres en situación de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos (PMA) en el Centro de Salud Alfonso López, Popayán 2011.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal. A través de muestreo aleatorio simple se encuestó y tomó la citología vaginal a 151 mujeres del total de beneficiarias del PMA.

Resultados: participaron 151 mujeres entre 16 y 71 años. El 47% eran desplazadas, donde el conflicto armado fue la principal razón (69%); la edad promedio de inicio de vida sexual fue de 15 a 19 años (68%); el 70% utiliza un método de planificación familiar, el de mayor uso es la ligadura (34%), seguido del DIU (dispositivo intrauterino) con un 16%. Como barreras para el tamizaje rutinario de citología se mencionó el miedo como la principal. 10 de las citologías cervico uterinas realizadas presentaron alteraciones: 6 con ASC-US; 2 alteraciones en células endocervicales; 1 L-SIL y 1 AGC. Además se encontró vaginosis en un 42% e inflamación en un 35%.

Conclusión: la baja escolaridad puede contribuir al déficit de autocuidado de la salud sexual y reproductiva. Es de vital importancia implementar estrategias educativas que aporten conocimientos a las mujeres para mejorar su estado de salud.

* Trabajo de investigación

PALABRAS CLAVES

Salud sexual y Reproductiva; Grupos de Riesgo; Vulnerabilidad; Planificación Familiar; Autocuidado, Citología; Test de Papanicolaou

**TITLE: SITUATION OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE STATUS OF WOMEN
IN CONDITIONS OF VULNERABILITY OR DISPLACEMENT BENEFICIARIES
OF THE WORLD FOOD PROGRAMME - ALFONSO LOPEZ HEALTH CENTER,
POPAYÁN 2011**

ABSTRACT

Object: to determine the sexual and reproductive health situation of women in situations of vulnerability and/or displacement that benefit from the World Food Programme (WFP) in the Alfonso López Health Center, Popayán 2011. **Methodology:** a descriptive, quantitative research of cross section has been realized. Through fortuitous sample surveys, the vaginal cytology of 151 women, out of all beneficiaries of the WFP, have been consulted and taken. **Results:** 151 women between the age of 16 and 71 participated. 47% of which are displaced, where armed conflicts were the main reason (69%); the average age of starting an active sex life lies between 15 and 19 (68%); 70% uses birth control methods, whereas the most frequently applied one is ligature (34%), followed by the DIU (intrauterine device) with 16%. As a barrier for the screening routine of cytology, fear was mentioned as the main reason. Ten of the cervix cytologies showed irritations: six with ASC-US; two irritations in endocervical cells; one L-SIL and one AGC. Furthermore, vaginosis was found in 42% and inflammation in 35% of the cases. **Conclusion:** the low level of education might contribute to the deficit of self-care with respect to the sexual and reproductive health. It is of vital importance to implement educative strategies that provide women with information in order to improve their state of health.

KEYWORDS

Sexual and Reproductive Health; Risk Groups; Vulnerability; Family Planning (Public Health); Self Care; Cell Biology; Pap. Senerar.

INTRODUCCIÓN

Como consecuencia del Conflicto armado que vive nuestro país, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias que alteran drásticamente el orden público;^{1,2,3} durante el primer semestre de 2011: 89.750 personas (cerca de 17.950 familias) fueron desplazadas^{4,2}

Según informes de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional de la Presidencia de la República de Colombia para la atención a la población desplazada hay cerca de 20.559 personas en situación de desplazamiento en la capital del Cauca, población que se ve muy afectada, no solo por el traumatismo que significa el desalojo de sus viviendas, sino por la adaptación a un nuevo hábito de vida en la ciudad, que termina sometiéndolos en muchos casos, a prácticas como la mendicidad, el trabajo informal, el hurto y la prostitución.⁵

¹ República de Colombia. Ministerio De La Protección Social. LEY 387 DE 1997 18 de julio de 1997. DEL DESPLAZADO Y DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO Artículo 1º [en línea] [20 de Noviembre de 2010] disponible en: [http://mps.minproteccionsocial.gov.co/pars/cajaherram/documentos/Biblioteca/CompendioNormativo/Ley_387.pdf]

² ACCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Agencia presidencial para la Acción social y la cooperación internacional. Desplazamiento forzado en Colombia. 2010 [en línea]. [01 de diciembre de 2010] disponible en: [<http://www.cancilleria.gov.co/wps/wcm/connect/7f9823004218ec40afefef9089330988/Informe+Desplazamiento+Forzado+en+Colombia+-+Feb+2010+-+PER.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=7f9823004218ec40afefef9089330988>]

³ NACIONES UNIDAS. SEMINARIO REGIONAL SOBRE DESPLAZAMIENTO INTERNO EN AMÉRICA. CIUDAD DE MÉXICO, 2004 [en línea] [20 de Noviembre de 2010] disponible en [<http://www.brookings.edu/fp/projects/idp/conferences/MexReportSpanish.pdf>]

⁴ ACCIÓN SOCIAL COLOMBIA. EL DESPLAZAMIENTO FORZADO ¿EN QUÉ VAMOS?. Expulsión de personas primer trimestre de 2011. Boletín de Prevención. Observatorio Nacional de Desplazamiento Forzado. Volumen 3, n° 03. Marzo de 2011. Páginas 1-3.

⁵ ABELLA HERRERA, WILLIAM EFRAÍN. DESPLAZAMIENTO: EL CAUCA EN CRISIS. 29 octubre de 2007 [en línea]. [20 de Noviembre de 2010] disponible en [<http://www.unicauca.edu.co/columna.php?idn=971>]

Como consecuencia del desplazamiento las familias experimentan un deterioro abrupto de sus condiciones de vida; la falta de oportunidades de empleo para personas cuyas capacidades se centran en labores agrícolas, hacen que la generación de ingresos se incline hacia la economía informal. A su vez los escasos recursos familiares traen como consecuencia condiciones de pobreza, ambientes poco apropiados de vivienda (93% habita en un bien prestado, un 6% en alquiler y tan sólo un 1% es dueño de su residencia)⁶, lo que incrementa el estrés, la tensión y por ende la violencia intrafamiliar, donde las principales víctimas son las mujeres.

El desplazamiento forzoso converge hacia problemas sociales de gran magnitud asociados con la marginalidad, el hacinamiento, la exclusión social, la vulneración de derechos fundamentales, el abuso sexual y el maltrato a mujeres y menores de edad. Aunado esto a la fragilidad de las redes sociales tales como acceso a servicios de salud, educación y recreación, nos da una comunidad altamente vulnerable en su binomio salud-enfermedad.^{7,12}

En el contexto colombiano, la vulnerabilidad social de las mujeres en situación de desplazamiento está relacionada con elementos previos al momento de la expulsión, entre los que se encuentran: la baja escolaridad, el relativo aislamiento geográfico y social de las comunidades, las diferencias en las relaciones establecidas a partir de la condición de género y la subordinación a las decisiones masculinas. En momentos posteriores al desplazamiento esta situación empeora, debido a que las condiciones socio-económicas conllevan a una exposición a

⁶ CONSULTORÍA PARA LOS DERECHOS HUMANOS Y DESPLAZAMIENTO. Prensa CODHES. Quito. Ecuador. 12 de septiembre de 2011. [en línea]. [31 de Marzode 2012] disponible en [http://www.codhes.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1078]

⁷ ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA. Migración y población desplazada [en línea]. [20 de Noviembre de 2010] disponible en [<http://www.onusida.org.co/desplaz.htm>]

factores de riesgo manifestados en una mayor prevalencia de vulneración de la salud sexual y reproductiva.⁸

El interés del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca y específicamente del grupo de investigación “Salud Sexual y Reproductiva (SSR)”, fue el motivo para plantear el presente proyecto que tiene como propósito conocer el perfil epidemiológico de la población femenina beneficiaria del programa mundial de alimentos del centro de salud Alfonso López. Esta información actualizada, confiable y concisa se constituye en la línea de base para la formulación de programas de promoción y prevención en la población femenina víctima del desplazamiento.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la situación actual de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento vinculadas al Programa Mundial de Alimentos en el Centro de Salud Alfonso López de Popayán – Cauca, 2011?

⁸LOPEZ ZULIMA ET AL. Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y sida en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia. Junio de 2010, [en línea]. [27 de noviembre de 2010] disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000100003&lang=pt]

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la situación de salud sexual y reproductiva en las mujeres en situación de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos (PMA) en el Centro de Salud Alfonso López, Popayán 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar socio-demográficamente la población de mujeres desplazadas y/o vulnerables, que son beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas.
2. Identificar los factores de riesgo y los factores protectores relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
3. Valorar las prácticas de auto-cuidado de la salud sexual y reproductiva que tienen las mujeres.
4. Establecer la prevalencia de alteraciones en la citología de cuello uterino.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 ANTECEDENTES

El número total de personas bajo el amparo del alto comisionado de las naciones unidas para los refugiados (ACNUR) a finales de 2006 alcanzó la cifra de 32.9 millones^{9,10}, y Colombia es el país que encabeza el escalafón con el mayor número de desplazados. De acuerdo con el Registro Único de Población Desplazada (RUPD), en Colombia 843.818 hogares han sido expulsados de 1.109 municipios y corregimientos departamentales, aproximadamente 3.684.315 personas se han reconocido como desplazados que corresponde al 7.3% de la población.

Hacia finales de 2008 el Gobierno de Colombia ya había registrado más de 2,8 millones de desplazados internos en el país. Organizaciones no gubernamentales como la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) consideran que la cifra real de desplazados por el conflicto armado interno desde mediados de los años 80 supera los 4 millones de personas.¹¹

Según la Encuesta Nacional en Demografía y Salud 2010-, se resaltan los siguientes aspectos:¹²

⁹GUTIÉRREZ, Antonio. Alto Comisionado para los Refugiados de las Naciones Unidas. “Los Complejos Desplazamientos Mundiales Exigen Nuevas Estrategias.” Comunicado de prensa [en línea]. [02 de diciembre de 2010] disponible en: [http://www.acnur.org/index.php?id_pag=6887]

¹⁰ACNUR. Protegiendo a los Refugiados. Los desplazados internos en el mundo. [en línea] [20 de Noviembre 2010] disponible en [http://www.acnur.org/index.php?id_pag=169]

¹¹MIGRACIÓN Y DESPLAZAMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [en línea] [20 de Noviembre de 2010] disponible en [http://www.parlatino.org.ve/paginas/comision_derechos_humanos/_doc/MIGRACION%20Y%20DESPLAZADOS.pdf]

¹² PROFAMILIA, MIN.PROTECCIÓN SOCIAL, BIENESTAR FAMILIAR, USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Informe de prensa. Colombia. Febrero de 2010. [en línea] [18 de

- Entre las mujeres en edad fértil (MEF) solamente hay 2% sin educación; 10% con primaria incompleta y 12% ha terminado la primaria; 26% tiene secundaria incompleta y 25% ha terminado la secundaria. El 24% de las mujeres tiene educación superior en el año 2010 en comparación con 20% en el año 2005 y 15% en el año 2000. En el departamento del Cauca estas cifras se expresan de la siguiente manera: 1.6% (sin educación), 18.9% (primaria incompleta), 15.6% (primaria completa), 26% (secundaria incompleta), 20.9% (secundaria completa), 16.9% (educación superior), 1,204 (número de mujeres entrevistadas), 7.9 (mediana de años de educación).
- Hay casi 8% de mujeres que no está estudiando porque quedaron embarazadas; las proporciones aumentan en todos los niveles de educación con relación al año 2005, excepto entre aquéllas que tienen secundaria incompleta y secundaria completa. La proporción más alta de abandono por embarazo (10%) se da entre las mujeres que tienen secundaria completa.
- Las decisiones en las cuales las mujeres en unión estable tienen la última palabra son las relacionadas con su propia salud (76% en el 2010 y 74% en el 2005). El tener relaciones sexuales es generalmente decidido junto con el esposo/compañero (71% de los casos).
- El 81% de las mujeres está de acuerdo en negarse cuando el esposo/compañero tiene alguna infección de transmisión sexual (ITS), 79% cuando la mujer ha tenido recientemente un parto, 79% cuando el marido tiene otras mujeres y 77% cuando ella se siente cansada o indispuesta. Estos resultados están bastante por debajo (10 o más puntos porcentuales) de lo observado en el 2005.¹³

Marzo de 2010] disponible en
[\[http://encuestaprofamilia.com/images/stories/documentos/Profamilia-Informe-Prensa-2010.pdf\]](http://encuestaprofamilia.com/images/stories/documentos/Profamilia-Informe-Prensa-2010.pdf)

¹³ ENDS 2010. Capítulo 4 páginas 77, 80, 81, 96, 102.

- Las adolescentes presentan una tasa de 84 nacimientos por cada mil mujeres.
- A mayor educación menor es el nivel de fecundidad con una diferencia de casi 3 hijos entre las mujeres sin educación y aquéllas con educación superior.
- La mediana de la edad al primer nacimiento es de 21.6 años para las mujeres de 25 a 49 años de edad, mientras cinco años atrás estaba en 21.8 años.
- Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada: 16% ya son madres y 4% está esperando su primer hijo.¹⁴
- Cuatro de cada cinco mujeres (80%) que tienen dos hijos vivos ya no quieren tener más o están esterilizadas.¹⁵
- El uso del condón como práctica segura fue solamente mencionado por el 76% de las que nunca han tenido relaciones sexuales.
- Ocho de cada diez de las mujeres encuestadas (81%) considera que pueden negarse a tener relaciones si el esposo tiene ITS. Cuanto más educada la mujer mayor es la probabilidad de rechazar a tener relaciones si el esposo o compañero tiene ITS y pedir usar el condón (95 por ciento entre las mujeres con educación superior versus apenas 52 por ciento entre aquéllas sin educación).
- Entre las mujeres que tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses, solamente el 34 por ciento usó condón en la última relación sexual; y entre

¹⁴ ENDS 2010. Capítulo 5 página 124

¹⁵ ENDS 2010. Capítulo 8 página 176

todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses, solamente el 40 por ciento.¹⁶

- El 3 por ciento de las mujeres en edad fértil que han tenido relaciones sexuales manifestó haber tenido una ITS en los últimos 12 meses. Este resultado representa un incremento sobre el resultado de 2005.

1.2 CONCEPTUALIZACIÓN

1.2.1 Desplazamiento y Vulnerabilidad

Uno de los fenómenos más alarmantes del mundo actual, parece ser el de los éxodos de poblaciones enteras, desarraigadas de sus lugares de origen y residencia por motivos bélicos, que se ven forzados a buscar nuevos lugares de refugio para salvarse y reconstruir sus vidas por fuera del fragor de las batallas y lejos del control autoritario de gobiernos o grupos armados que intentan la exclusividad del poder en sus territorios y que prefieren perder ciudadanos antes que convivir con las diferencias culturales, étnicas, religiosas o políticas.¹⁷

Los desplazados son personas o grupos de personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus hogares, lugares de residencia habitual, o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente

¹⁶ ENDS 2010. Capítulo 12 página 306, 318

¹⁷ GIRALDO NARANJO, Gloria. "El desplazamiento forzado en Colombia. Reinención de la identidad e implicaciones en las culturas locales y nacionales". *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona N° 94 (1), 1 de agosto de 2001. [en línea] [27 de Noviembre de 2010] disponible en: [<http://www.ub.es/geocrit/sn-94-37.htm>]

amenazadas, con ocasión de los efectos del conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, situaciones de violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente.^{18,19,20}

El Gobierno Nacional a través de la Dirección General para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior o la entidad que esta delegue, declarará que se encuentra en condición de desplazamiento aquella persona desplazada que solicite tal reconocimiento mediante el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 32 de la Ley 387 de 1997 descritos en el capítulo del marco legal del proyecto.

En cuanto a la vulnerabilidad se entiende como:

El Proceso multidimensional que confluye en el nivel de riesgo o probabilidad que afronta una familia o individuo de ser herido, lesionado o dañado, perder la vida, sus bienes, propiedades y su sistema de sustento (esto es, su medio de vida) ante una posible catástrofe, cambio o permanencia de situaciones externas y/o internas. Dicho nivel guarda también correspondencia con el grado de dificultad para recuperarse después de tal catástrofe²¹.

¹⁸ Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo. "Desplazados internos. [en línea]. [27 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/74>]

¹⁹ REPUBLICA DE COLOMBIA. DECRETO NUMERO 2569 DE 2000 diciembre 12. TITULO II: Condición de desplazado - Artículo 2º [en línea]. [27 de Noviembre 2010] disponible en: [http://sucre-sucre.gov.co/apc-aa-iles/35376663323638663062376636613264/DECRETO_2569_DE_2000___POBLACION_DESPLAZADA.pdf]

²⁰ REPUBLICA DE COLOMBIA. LEY 387 DE 1997. Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado, T I T U L O I. Artículo 1º. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://mps.minproteccionsocial.gov.co/pars/cajaherram/documentos/Biblioteca/CompendioNormativo/Ley_387.pdf]

²¹ NACIONES UNIDAS. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. Seminario Internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe Santiago de Chile, 20 y 21 de junio de 2001. VULNERABILIDAD SOCIAL: NOCIONES E IMPLICANCIAS DE POLÍTICAS PARA LATINOAMERICA A INICIOS DEL SIGLO

Añadiendo algunos elementos más a esa idea básica, Chambers la define como “la exposición a contingencias y tensión, y la dificultad para afrontarlas”²². Pérez nos complementa al decir que “la vulnerabilidad tiene por tanto dos partes: una parte externa, de los riesgos, convulsiones y presión a la cual está sujeto un individuo o familia; y una parte interna, que es la indefensión, esto es, una falta de medios para afrontar la situación sin pérdidas perjudiciales.”²³

El concepto de vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico social de carácter traumático. En este sentido, el manejo de habilidades, recursos y estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento.²⁴

“Podrán constituir causas de vulnerabilidad, entre otras, las siguientes: la edad, la discapacidad, la pertenencia a comunidades indígenas o a minorías, la victimización, la migración y el desplazamiento interno, la pobreza, el género y la privación de libertad.”²⁵

XXI [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/8283/GBusso.pdf]

²² Chambers, R. (1989), "Vulnerability, Coping and Policy", en IDS Bulletin, vol. 20, nº 2 (monográfico: Vulnerability: How the Poor Cope), Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton (Inglaterra), abril, pp. 1-7 [en línea]. [20 de Noviembre 2010].

²³ PEREZ DE ARMIÑO, Karlos. Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo. Vulnerabilidad [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/228]

²⁴ ROBERTO PIZARRO. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. S E R I E estudios estadísticos y prospectivos. División de Estadística y Proyecciones Económicas. Santiago de Chile, febrero de 2001. Publicación de las Naciones Unidas [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/6553/lcl1490e.pdf]

²⁵ Reglas de Brasilia sobre acceso a la Justicia de las personas en condición de vulnerabilidad [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.cumbrejudicial.org/c/document_library/get_file?uuid=6fe6feca-4300-46b2-a9f9-f1b6f4219728&groupId=10124]

Uno de los problemas prioritarios de atención en poblaciones desplazadas, en minorías, por la forma como puede afectar las oportunidades de desarrollo integral de todas las personas, es la vulnerabilidad frente a las ITS-VIH/SIDA y embarazos no planeados o no deseados, componentes de la Salud Sexual y Reproductiva.

1.2.2 Salud sexual y reproductiva

La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo y con sus funciones y procesos en todas las etapas de la vida, no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. Implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. Requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.²⁶

²⁶ - Reproductive Health Outlook (RHO) en Español. Definición de Salud Reproductiva de la OMS. [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.icmer.org/RHO/html/definicion_.htm]

Se refiere a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, en la mujer, desemboca en la menopausia y el climaterio y, en el hombre, en la andropausia. En el plano colectivo, es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales. Incluye, aparte de la planificación de la familia, la educación sexual, la maternidad sin riesgo, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la atención a las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, la incorporación de la perspectiva de género y la atención de todas las necesidades relacionadas con la reproducción de la especie humana y el cultivo de su potencial.

La salud reproductiva constituye el eje principal de la promoción y protección de la salud.²⁷

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social, donde también se busca el acceso a los servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.²⁸

- Definición de Salud Reproductiva de la OMS. Lucía Mazarrasa Alvear, Sara Gil Tarragato [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en:

[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf]

²⁷La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano. Revista Panamericana de Salud Pública vol. 4 n. 3 Washington Sept. 1998 [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000900015]

²⁸ REPUBLICA DE COLOMBIA. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Bogotá, febrero de 2003 [en línea]. [27 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf]

1.2.3 Programa Mundial de Alimentos – PMA

Es una agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que distribuye alimentos para apoyar proyectos de desarrollo, refugiados de larga duración y personas desplazadas. También proporciona comida de emergencia en caso de desastres naturales o provocados por el hombre.

El Programa Mundial de Alimentos es la organización de ayuda humanitaria más grande del mundo que lucha contra el hambre mundialmente.

La visión de esta agencia, fundada en 1962, es la de un mundo en el cual cada hombre, mujer y niño tenga acceso en todo momento a la alimentación necesaria para llevar una vida activa y saludable. Se trabaja en pro de esa visión con agencias hermanas de las Naciones Unidas en Roma: la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), así como gobiernos, socios de la ONU y ONGs.

El PMA enfoca su asistencia a 375.000 personas víctimas del conflicto interno colombiano, enfocándose principalmente en mujeres, niñas y niños que se encuentran en los programas de recuperación nutricional, asentamientos de comunidades desplazadas a través de cocinas comunitarias, niños en edad preescolar y escolar, madres embarazadas o en periodo de lactancia y niños menores de dos años.

Esta operación provee también asistencia alimentaria a grupos poblacionales vulnerables a través de actividades de alimentos por trabajo o capacitación, entre

los que se encuentran proyectos de construcción de infraestructura en saneamiento básico y actividades de alfabetización.²⁹

1.2.4 Factores de riesgo y factores protectores

Los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones precarias de SSR son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales. Además de estos factores, existen estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en su contexto específico. Para modificar estas ideas asociadas a la sexualidad y la reproducción, la sola divulgación de información ha demostrado ser insuficiente, por lo que se “requieren mecanismos capaces de lograr la adquisición y el desarrollo de las competencias necesarias para mejorar la SSR de manera que tengan sentido para las personas individualmente y en términos de convivencia social”.³⁰

Los factores protectores para la salud sexual y reproductiva son aquellas condiciones o entornos que contribuyen al desarrollo de un individuo, como persona, sea hombre o mujer, capaces de vigorizar la habilidad para reducir los riesgos asociados al ejercicio autónomo de su sexualidad y proceso reproductivo,

²⁹Salud y desplazamiento Colombia y países vecinos. PMA Programa Mundial de Alimentos [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.disaster-info.net/desplazados/instituciones/datosinstitucion.php?idinstit=321>]

³⁰REPUBLICA DE COLOMBIA.POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Bogotá, febrero de 2003. [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf]

así como de potenciar una vivencia placentera, saludable y digna en estos ámbitos de la vida.

Trabajar sobre la base de potenciar los factores protectores de la salud sexual y reproductiva de las personas significa reconocer, en primer término, que las vivencias sexuales y las decisiones reproductivas no son ajenas al proceso vital como un todo, sino más bien se integran y desarrollan en un contexto social, relacional y cultural del que las personas formamos parte.

En este sentido, los factores protectores no son sólo capacidades individuales o condiciones internas, sino también capacidades colectivas, oportunidades sociales o condiciones relacionales que operan en el ambiente para favorecer una vivencia saludable y gratificante en el ámbito reproductivo y sexual.

Del mismo modo, intervenir la salud sexual y reproductiva desde lo promocional, implica trabajar con la salud de las personas, confiando en las potencialidades de los seres humanos para fomentar su salud, y fortaleciendo sus capacidades y habilidades para la toma de decisiones en el plano sexual y reproductivo, contribuyendo así a la autogestión individual y colectiva.

Fortalecer las habilidades de protección de hombres y mujeres en el plano sexual y reproductivo, se traduce también en reconocer los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Mujeres y hombres tienen derecho a una vivencia sexual y reproductiva grata, placentera y libre de riesgos, así como acceso a información y medios que nos permitan tal vivencia.

La atención en salud sexual y reproductiva, desde este enfoque, implica fortalecer aquellas condiciones individuales y sociales que operan manteniendo la salud y bienestar, al mismo tiempo que controlar y evitar los riesgos.

Ello hace necesario ampliar la búsqueda de información, más allá de condicionantes biomédicas individuales hacia factores de orden relacional, cultural y del entorno, de forma de obtener todos los antecedentes necesarios a la hora de evaluar la condición de salud sexual y reproductiva de nuestros usuarios y usuarias.

La indagación sobre factores protectores y de riesgo para la salud sexual y reproductiva, implica entonces una mirada integral de las personas, como lo son la 1) Esfera individual, 2) Relacional-interaccional y 3) Cultural.

1) Esfera individual

En la esfera individual se puede considerar podremos aquellos factores de orden genético, patologías o antecedentes mórbidos de origen orgánico, como también aquellas condicionantes individuales relacionadas con habilidades, destrezas, actitudes o capacidades que pudiesen constituirse en factores de riesgo o protectores para la salud sexual y reproductiva.

Entre los factores de riesgo asociados a la SSR en el ámbito individual es posible identificar: Infecciones de transmisión sexual, Prácticas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA y ETS, Niveles bajos de autoestima, Falta de autonomía en la acción y toma de decisiones, Incapacidad de autocontrol, impulsividad y baja tolerancia a la frustración.

Se reconocen como factores protectores de la SSR en el ámbito individual, los siguientes: Prácticas sexuales protectoras, Abstinencia o utilización de medidas de protección contra las ITS, VIH/SIDA y embarazo no deseado, Concepto positivo de sí mismo, Autonomía acorde a la edad, Responsabilidad en términos de conocimiento y manejo de las consecuencias de sus conductas, Interiorización de límites y normas, Habilidades para la resolución de problemas, Autocontrol

emocional y conductual, Habilidades sociales: asertividad, petición de ayuda, habilidad para decir no, habilidades de negociación sexual, Capacidad para reconocer y expresar sentimientos, Tolerancia a la frustración, Presencia de metas personales y proyecto de vida.

2) Esfera relacional-interaccional

En la esfera relacional- interaccional, es posible identificar, aquellas características que adoptan las relaciones con otros, tanto en términos de formas de vinculación como tipos y calidad de las relaciones que un sujeto establece con su entorno afectivo cercano y su entorno relacional inmediato (grupos sociales de pertenencia, ámbito laboral o educacional)

2.1 Familia

Entre los factores de riesgo para la SSR en el ámbito familiares posible identificar: Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento emocional de sus miembros, Ausencia de modelos genéricos y afectivos, Ausencia de límites y normas claras, respecto del cuidado del propio cuerpo, el pudor, la intimidad, Incoherencia en la supervisión: excesiva exigencia en determinados aspectos y excesiva tolerancia en otros, Exceso de protección; disciplina severa, restricción de espacios sociales, Falta de reconocimiento y aceptación del/la hijo/a, Ausencia de participación y disfrute en el uso del tiempo libre, Alcoholismo y/o drogadicciones de alguno de los miembros de la familia, Situación de estrés de la familia por problemas económicos, de pareja, presencia de violencia intrafamiliar, etc.

Se reconocen como factores protectores de la SSR en el ámbito familiar, los siguientes: Límites y normas claras, Reconocimiento y aceptación del hijo/a, Experiencias de refuerzos positivos ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia; apoyo para superar los fracasos, Ambiente familiar afectivo, Cohesión del grupo familiar, Rechazo a las conductas de riesgo y

refuerzo de conductas protectoras, Modelos de conducta positiva en los padres (o cuidadores), Roles claros y presencia de modelos sexuales, Supervisión y procedimientos de control adecuados sobre sus conductas, Seguimiento y apoyo en el rendimiento y asistencia escolar, Participación y disfrute en el tiempo libre familiar, Adecuado estilo de resolución de conflictos (no violento), ambiente de humor y calidez.

2.2 Relaciones con el grupo de iguales

Entre los factores de riesgo para la SSR asociados al grupo de pertenencia es posible identificar: Excesiva dependencia del grupo, Inclusión en grupos proclives a la trasgresión y con actitudes tendientes al riesgo, Oportunidades para incurrir en conductas problemáticas, Exposición y valoración de modelos que manifiestan conductas de riesgo, Dificultad para establecer relaciones interpersonales, Escaso desarrollo de habilidades sociales, Pautas culturales de diversión asociadas a “descontrol”, Escasez de alternativas de uso del tiempo libre.

Se reconocen como factores protectores de la SSR asociados al grupo de iguales, los siguientes: Capacidad crítica y desarrollo del criterio propio frente a la presión de los pares, Toma de decisiones personales, Habilidades para el desarrollo de relaciones de respeto, tolerancia y solidaridad, Inclusión en grupos con ausencia de conductas desadaptativas, Participación en grupos y sentido de pertenencia, Red amplia de amigos, que otorguen contención emocional, Competencia social para establecer relaciones interpersonales, Acceso a actividades y recursos positivos para el ocio y otras actividades informales.

2.3 Relaciones asociadas ámbito educacional y/o laboral

Entre los factores de riesgo para la SSR asociados al ámbito educacional y/o laborales posible identificar: Dificultades de adaptación, Sensación de inutilidad y desmotivación, Ambientes autoritarios o jerárquicos, Ausentismo y pasividad,

Ausencia de modelos de referencia en los profesores/tutores, Experiencia de poca competencia: fracaso escolar y abandono temprano de los estudios, Falta de preparación y de oportunidades; intereses y niveles de aspiración bajos, Ausencia de programas de educación, consejería y atención en Salud sexual y reproductiva. Se reconocen como factores protectores de la SSR asociados al ámbito educacional y/o laboral, los siguientes: Integración escolar y/o laboral, Adecuado rendimiento y auto concepto positivo, Integración grupal, sentido de pertenencia, Interiorización de normas y adaptación grupal, Relaciones cercanas con los profesores, buena comunicación, Experiencias de reforzamiento positivo ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia: apoyo a superar los fracasos, Valoración institucional/organizacional de la Salud sexual y reproductiva, Presencia de programas de educación, consejería y atención en Salud sexual y reproductiva

3) Esfera social y cultural

Las características presentes en el entorno físico, social y cultural, en términos de condiciones de vida, oportunidades de desarrollo, estilos de vida, así como valoración y significados culturales asociados a la sexualidad (valores culturales, creencias y mitos populares), pueden constituirse en riesgos o factores protectores para la SSR.

Entre los factores de riesgo para la SSR asociados al ámbito social y culturales posible identificar: Situación socioeconómica precaria, Hacinamiento, Aislamiento geográfico, Problemas de integración e inclusión social, Desestructuración social, Ausencia de apoyo social: escasos recursos comunitarios, Degradación de la zona (barrios conflictivos del entramado urbano), Accesibilidad a sustancias ilícitas y tráfico de drogas, Ausencia de espacios recreativos, Desigualdad en la relación entre los géneros, Dificultades de acceso a servicios de salud, Discriminación social, Presencia de mitos y creencias erróneas en torno a la sexualidad.

Se reconocen como factores protectores de la SSR asociados al ámbito social y cultural, los siguientes: Organización social adecuada, Cohesión social en el barrio, Relaciones positivas de vecindad, Apoyo social y protección a niñas/niños y adolescentes, Recursos comunitarios suficientes, conocimiento y accesibilidad a los mismos, Accesibilidad a servicios de Salud, Integración e inclusión social, Oportunidades educativas y laborales, Tolerancia a la diversidad.³¹

El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud.

1.2.5 Practicas de autocuidado

El autocuidado es un conjunto de prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autoreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral. Por lo tanto, un autocuidado en la salud de la mujer trabaja por el autodescubrimiento, la autoestima, la autoconstrucción del cuerpo y la salud, el fortalecimiento de la capacidad para decidir sobre su cuerpo, los afectos, las opciones y la sexualidad, el empoderamiento y el protagonismo de la mujer como sujeto.³² Dentro de las prácticas de autocuidado en la salud de la mujer están:

³¹ ORTEGA S, Renata. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud Sexual de Usuari@s de Atención Primaria [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.scribd.com/doc/15875695/FACTORESPROTECTORESYPDERIESGOPARALASS1#open_download]

³² JARAMILLO VÉLEZ, Diva Estella; URIBE JARAMILLO, Tulia María. LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER: UN COMPROMISO DEL PERSONAL DE SALUD. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Mayo de 1998 [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGeneroCache/Pagina_DesarrHumano_000494.html]

1.2.6 Autoexamen de seno

Este examen consiste en la palpación detallada de cada seno para detectar la aparición de alguna alteración o anomalía.

Es muy importante que se realice cada mes con el fin de que la mujer se familiarice con la apariencia y consistencia de sus senos.

Si presenta algún cambio en sus senos o axilas se debe consultar³³.

- Aparición de una masa o inflamación en los senos.
- Irritación, hoyos o pliegues en la piel.
- Dolor, enrojecimiento, descamación o hundimiento del pezón.
- Secreciones o líquidos que no sean leche materna.

1.2.7 Citología vaginal

Es una prueba de tamizaje mediante la cual se analizan las células del cuello del útero de la mujer para detectar o descartar la presencia de células anormales. Con la ayuda de un espéculo vaginal que permite visualizar mejor el cuello del útero (cérvix), el profesional de la salud recoge una muestra de células cervicales que posteriormente son analizadas en el laboratorio.

Las mujeres deben practicarse la citología con el esquema 1-1-3³⁴; esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año para eliminar los posibles falsos negativos, si esta segunda citología es normal se debe citar a la mujer para otra citología en tres años y

³³ SEXUALIDAD CUADERNILLO ESTUDIANTIL. PROFAMILIA [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.profamilia.org.co/images/stories/cuadernillos/sexualidad_p.pdf]

³⁴ República de Colombia. Ministerio de Salud. RESOLUCIÓN 412 DE 2000. Anexo 1. Tomo I. Guías de Detección temprana del cáncer de cuello uterino. p 113.

mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo. Es fundamental hacerse este examen y reclamar el resultado. Para la práctica de la citología se debe tener en cuenta la ausencia de la menstruación y una vez finalice el periodo menstrual se debe esperar tres días.¹⁷

La citología cervical o cérvico-vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer cérvico uterino, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. Algunos datos indican que programas bien organizados de búsqueda citológica de cáncer, han disminuido la mortalidad por este cáncer hasta en un 70%.

Además de la detección de lesiones premalignas y malignas, la citología vaginal proporciona información sobre el estado hormonal de la paciente y presencia de microorganismos. La fortaleza del método se basa en décadas de experiencia en su uso, bajo costo, alta especificidad y que las lesiones identificadas pueden ser fácilmente tratables.³⁵

1.2.7.1 Anormalidades de células epiteliales

- **Células escamosas**
 - a) Células escamosas atípicas de significado indeterminado (CEASI)
 - b) Lesión Escamosa Intraepitelial (LEI)
 - c) Carcinoma de células escamosas

³⁵VARELA MARTÍNES, Silvana. Citología Cervical. RevMedHondur 2005; Vol 73:131-136. [en línea]. Consultado en Noviembre 20, 2010 en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>

- **Células glandulares y estromales**
 - a) Células endometriales benignas de tipo epitelial
 - b) Células endometriales benignas de tipo estromal
 - c) Células glandulares atípicas (AGC)
 - d) Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
Neoplasia maligna compuesta por células de tipo endocervical.
 - e) Adenocarcinoma endometrial
 - f) Adenocarcinoma extrauterino

1.2.7.2 Cambios celulares benignos

Infección

- a) *Trichomonas vaginalis*
- b) Organismos fungoides morfológicamente compatibles con *Candida spp.*
- c) Predominio de cocobacilos compatible con alteración de la flora vaginal
- d) Bacterias morfológicamente compatibles con *Actinomyces spp.*
- e) Cambios celulares asociados con virus Herpes Simplex.

Cambios Reactivos

Los cambios reactivos celulares son aquellos de naturaleza benigna asociados con inflamación (incluye cambios reparativos), atrofia con inflamación (vaginitis atrófica), radiación, uso de DIU, y otros.

- a) Cambios reactivos celulares asociados con inflamación
- b) Cambios reactivos celulares asociados con atrofia, con o sin inflamación
- c) Cambios celulares reactivos asociados con radiación

d) Cambios celulares reactivos asociados al uso de dispositivo intrauterino (DIU)³⁶

El origen real de la citología es el estudio de las células cérvico vaginales para buscar lesiones cancerosas o precancerosas pero como ganancia secundaria nos permite evaluar la presencia de infecciones genitales por bacterias, hongos, virus y parásitos. Algunos de ellos adquiridos por trastornos de la flora vaginal habitual y otras consideradas enfermedades de transmisión sexual.³⁷

1.2.8 Infecciones de transmisión sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son aquellas infecciones que se transmiten principalmente mediante relaciones sexuales (vaginales, anales y orales) desprotegidas (sin condón) con una persona infectada. Las ITS son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad y discapacidad a largo plazo en el mundo y puede causar la muerte. Tienen consecuencias médicas y psicológicas graves para millones de hombres, mujeres y niños en el mundo. Existen más de 20 tipos de microorganismos que pueden transmitirse por la vía sexual. Muchas de estas infecciones de distinto origen etiológico tienen síntomas y signos parecidos, por ejemplo el flujo vaginal en la mujer o el flujo uretral en el hombre; la úlcera genital en ambos sexos y el dolor abdominal bajo en las mujeres, entre los más comunes. Algunas ITS más conocidos son la gonorrea, sífilis y el chancro blande. Se estima que a nivel mundial 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual ocurren cada año.

³⁶ MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO EN CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA. MINISTERIO DE SALUD. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Serie de Normas Técnicas N° 43. Dra. María Luz Miraval Toledo Dra. Cecilia Morón Cortijo, Departamento de Patología Centro Nacional de Laboratorios de Salud Pública, 2005. [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.scribd.com/doc/2029271/MANUAL-DE-CITOLOGIA-CERVICO-UTERINA>]

³⁷GINECOWEB. Control anual: la citología cervico-vaginal. Dr. Ricardo Gómez Betancourt [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.ginecoweb.com/0citologia.html>]

La transmisión de las ITS es mayormente por vía sexual (tener relaciones sexuales con una persona infectada sin usar condón), aunque algunas ITS como la hepatitis B y la sífilis (muy escaso) se puede transmitir también por transfusiones de sangre y por vía vertical (de madre a hijo antes o durante el parto). Una forma de evitar la transmisión de una ITS es no tener relaciones sexuales con una persona infectada: sin embargo, muchas personas pueden estar infectadas y no tener síntomas, entonces no saben que están infectadas y pueden transmitir la infección sin saberlo. Por eso, el método más seguro para evitar una ITS es usar siempre un condón en cada relación sexual casual o con pareja inestable. Otros métodos de evitar la transmisión de una ITS es tener una sola pareja que no tenga una ITS y ser mutuamente fieles o practicar la abstinencia sexual.³⁸

El término médico para una infección vaginal es “vaginitis.” Las 3 causas más comunes de las infecciones vaginales son las infecciones por hongos, la vaginosis bacteriana, y la tricomoniasis. También se pueden producir secreciones vaginales si se tiene una infección en el cuello uterino con gonorrea o Chlamydia. Hay otras causas de infecciones vaginales que son menos comunes. Cada tipo de vaginitis es causado por un tipo diferente de germen u organismo y, por consiguiente, debe tratarse de manera diferente.³⁹

Que una persona esté contagiada con una ITS no necesariamente significa que también esté infectada por el VIH. Sin embargo, continuar practicando el comportamiento riesgoso que causó la infección de transmisión sexual aumenta la probabilidad que en el futuro la persona contraiga el VIH.

³⁸ Organización Panamericana de la Salud Infecciones de transmisión sexual ITS-VIH SIDA [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161705>]

³⁹ Center of young Women’s Health. Children’s Hospital Boston. Infecciones vaginales. 10/6/2005 [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.youngwomenshealth.org/spvag.html>]

La infección por el VIH y otras ITS están relacionadas no solo por comportamientos comunes, sino también por mecanismos biológicos. La presencia de otras ITS aumenta tanto la susceptibilidad como la probabilidad de contagio del VIH. Las personas que están infectadas por enfermedades de transmisión sexual tienen mayor probabilidad de contraer el VIH, que las personas que no están infectadas, si se exponen al virus mediante el contacto sexual. Si una persona infectada con el VIH también está infectada con otra enfermedad de transmisión sexual, tendrá mayor probabilidad de transmitir el VIH mediante el contacto sexual, en comparación con otra persona infectada con solo el VIH.⁴⁰

La salud sexual y reproductiva con enfoque de derecho tiene un origen reciente en la "Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo" (CIPD) de El Cairo, en 1994, en donde se formuló por primera vez. Posteriormente, en 1995, la Plataforma de Acción de la "Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer", en Beijing, reitera estos derechos, los cuales, en síntesis, se refieren a los derechos de las mujeres a tener control y a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos referentes a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva. Estos derechos implican así una práctica autónoma en las decisiones acerca de la sexualidad, libres de represión, exclusión y violencia, y las responsabilidades sobre el comportamiento sexual y sus consecuencias.

La guerra, los desastres naturales y los desplazamientos forzados se cobran un alto precio en la salud reproductiva de las adolescentes y las mujeres.

Hace una década las ayudas prestadas a las personas en situación de vulnerabilidad eran brindadas con el fin de suplir necesidades básicas de las personas como lo son la nutrición, agua y saneamiento, albergue y protección, sin olvidar la atención primaria en salud; sin tener en cuenta que la mayoría de las

⁴⁰ NPIN. Centro Nacional de Prevención e Información. Las ETS, el VIH/SIDA y la tuberculosis: Hacer la conexión SIDA [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.cdcnpin.org/scripts/espanol/ets/s_connect.asp]

muerres presentadas en este tipo de población eran por una mala atención a las madres gestantes en el momento del parto.

El riesgo de embarazo no deseado e infección de transmisión sexual aumenta pronunciadamente en los campamentos de personas desplazadas, siendo en este caso muy poca la ayuda brindada y la educación sobre la prevención de este tipo de sucesos.

Los inmigrantes y las personas desplazadas en muchas partes del mundo tienen un acceso limitado a la atención de la salud reproductiva y pueden estar expuestos a grandes riesgos para su salud y sus derechos reproductivos. Los servicios deben ser especialmente sensibles a las necesidades de cada mujer y cada adolescente y tener en cuenta su situación, muchas veces de impotencia, prestando particular atención a las que son víctimas de violencia sexual.⁴¹

Las mujeres en edad de procrear constituyen un 25% de las decenas de millones de refugiados y personas internamente desplazadas a causa de guerras, hambre, persecución o desastres naturales. De esas mujeres, una de cada cinco probablemente esté embarazada. El descuido de la salud reproductiva en situaciones de emergencia tiene graves consecuencias, entre ellas embarazos no deseados, defunciones de madres y lactantes susceptibles de prevención y propagación de las ITS, incluido el VIH/SIDA.

Debido a esto la CIPD afirmó que el derecho de una buena salud reproductiva se aplica a todas las personas y en todos los momentos; derechos básicos para las parejas e individuos a decidir libremente como y el número de hijos que deseen tener, espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos.

⁴¹ UNFPA. EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2004: Salud reproductiva para comunidades en crisis. [en línea]. [21 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch10/index.htm>]

La CIPD para el año 2015, invita a todos los países a mejorar sus programas de salud reproductiva, mediante el sistema primario en salud; donde se incluya: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular la atención de la salud materno-infantil y la promoción de la lactancia materna; prevención y tratamiento de la infertilidad, interrupción del embarazo.

En Colombia, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, enunciada por el Ministerio de la Protección Social en 2003, perfiló los primeros lineamientos para la práctica de los derechos sexuales y reproductivos haciendo referencia a una maternidad segura, a la detección del cáncer cérvico-uterino, a la problemática de violencia familiar y sexual, a la reducción del embarazo adolescente y a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Esta política se fundamenta en los principios de derechos humanos, en la equidad social y de género, en el empoderamiento de las mujeres y la cualificación de la demanda, en la focalización y en la calidad para la prestación de los servicios.

1.2.9 Población en condiciones de vulnerabilidad

Además de aquellos diferenciales en la situación de salud que dependen de la variación en el grado de desarrollo regional y local, se destacan los diferenciales de grupos poblacionales que comparten por condiciones étnicas, culturales o sociales, mayores vulnerabilidades que las observadas en la población general. En este sentido son de gran relevancia algunas condiciones observadas en población en situación de desplazamiento forzoso, grupos étnicos y población con discapacidad, como los que se destacan a continuación.

Para el caso de la población en situación de desplazamiento forzoso, además de la problemática de la salud mental y la vulnerabilidad que deriva de la carencia de vivienda, saneamiento básico y seguridad alimentaria y nutricional, destacan los riesgos en salud sexual y reproductiva y situación de salud de la infancia. Así por ejemplo, la tasa total de fecundidad en las mujeres desplazadas por conflicto armado en 2005 fue de 4,2 hijos por mujer, es decir 1,8 hijos más que el promedio nacional en el mismo año. Más de una tercera parte de las mujeres de 15 a 19 años en situación de desplazamiento ya son madres (28,4%), o están embarazadas de su primer hijo (5,2%), lo que da un total de 33,6%, cifra mucho más alta que la del promedio nacional en la ENDS 2005 que fue de 20,5%.⁴²

En el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 se proponen los Objetivos de las Prioridades Nacionales en Salud para el Periodo 2007 – 2010. Su segundo objetivo hace referencia al Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva. Se busca el cumplimiento de este objetivo mediante diferentes acciones y entre ellas se destaca el desarrollo de estrategias de identificación de poblaciones vulnerables y de inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva.

1.3 MARCO POLÍTICO Y LEGAL

Colombia es un país con una legislación recomendable y con un marco de políticas muy amplio en materia de desplazamiento interno y SSR. Sin embargo, hay claras discrepancias entre lo que dice la ley y lo que se hace a nivel

⁴² República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto número 3039 de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Capítulo IV. Situación de Salud. Población en condiciones de vulnerabilidad [en línea]. [21 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/SaludP%C3%BAblica.aspx>]

departamental y local, lo cual menoscaba los derechos de los cerca de tres millones de desplazados que existen.⁴³

La política Colombiana está regida por la Constitución Política del año 1991, está a su vez estipula en su artículo 2, la obligación del estado de garantizar los derechos y deberes del ciudadano y en los artículos 3, 11, 13, 15, 16, 21, 48 y 49, plasman los derechos fundamentales tales como el derecho a la igualdad, la integridad, la intimidad, la honra, al buen nombre, la salud y seguridad social.⁴⁴

En relación a esto, la política nacional de salud sexual y reproductiva recopila los compromisos internacionales adquiridos por Colombia en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

Como líneas de intervención, la política se SSR determina las siguientes:^{45, 46}

- ♦ De protección específica: Atención del parto, Atención al recién nacido, Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.
- ♦ De detección temprana: Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y el desarrollo (menores de 10 años), Detección temprana de las alteraciones del embarazo, Detección temprana del cáncer de cuello uterino, Detección temprana del cáncer de seno, Atención a personas con infecciones

⁴³Kälin, Walter. Representante del secretario General de las naciones unidas para los derechos de las personas desplazadas. "EN COLOMBIA EL MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL PARA BRINDAR ASISTENCIA A LOS DESPLAZADOS ES BUENO, PERO SU NO IMPLEMENTACIÓN AFECTA LOS DERECHOS DE LOS DESPLAZADOS". Visita oficial a Colombia del alto Comisionado para los derechos humanos de las NO en junio de 2006 [en línea].[20 de Noviembre 2010] disponible en:

<http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/relatoresespeciales/2006/ConclusionesRelatorDesplazamiento.pdf>

⁴⁴ CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA 1991 TITULO I [en línea].[20 de Noviembre 2010] disponible en: <http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>

⁴⁵ República de Colombia. Ministerio de Salud. RESOLUCIÓN 412 DE 2000. ARTICULOS 8 Y 9 [en línea].[27 de Noviembre 2010] disponible en: http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo/resolucion_412_2000.pdf

⁴⁶ Naciones Unidas. Centro de información. CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER 1979 [en línea].[20 de Noviembre 2010] disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/mujer/conv.htm>

de transmisión sexual y VIH/SIDA, Atención al menor, adolescente y mujeres maltratadas.

- ♦ Igualmente se definen las guías de atención de enfermedades de interés en salud pública, dentro de las cuales nos interesan: Enfermedades de transmisión sexual (infección gonocócica, sífilis, VIH/SIDA), Menor y mujer maltratados, Lesiones preneoplásicas de cuello uterino.

Desde el ámbito jurídico, nuestro país cuenta con legislación aplicable a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la implementación de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud para la población desplazada, como lo estipula la sentencia t-028 de 2004, la cual obliga a todas las autoridades, de todos los niveles, a tomar medidas efectivas para la realización completa de la ley 387 de 1997 por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia de la república de Colombia.⁴⁷

Artículo 32. De los beneficios consagrados en esta ley. Tendrán derecho a recibir los beneficios consagrados en la presente ley, las personas colombianas que se encuentren en las circunstancias previstas en el artículo 1º de esta ley y que cumplan los siguientes requisitos:

- *Que hayan declarado esos hechos ante la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, las Personerías Municipales o Distritales, o cualquier despacho judicial de acuerdo con el procedimiento de recepción de cada entidad*
- *Que además, remitan para su inscripción copia de la declaración de los hechos de que trata el numeral anterior a la Dirección General Unidad Administrativa Especial para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior, o a la oficina que esta entidad designe a nivel departamental, distrital o municipal.*⁴⁸

⁴⁷ Congreso de la República de Colombia. LEY 387 DEL 18 DE JULIO DE 1997 [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/avre/2003/guiaatpsico/08_c07referencias.htm

⁴⁸ REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 387 de 1997.

La misma ley define estas personas como [aquellas] *“que se ha[n] visto forzada[s] a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas”*

1.4 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA GEOGRÁFICA

El Municipio de Popayán se encuentra localizado al sur occidente de Colombia formando parte del departamento del Cauca.

La distribución de la población urbana del Municipio de Popayán se divide en nueve (9) comunas, declaradas mediante acuerdo municipal del 6 de julio de 1989. Las nueve comunas están constituidas aproximadamente por 282 barrios, que han sido agrupados para el análisis según sus características socioeconómicas

Comuna 1: El estrato medio-alto de la población domina en esta comuna, con mayor control de la propiedad de la tierra y una baja densidad, 48 habitantes por hectárea. Aquí se localiza el 4.6% del total de la población urbana de Popayán.

Comunas 2 y 3: El nivel socioeconómico en esta comuna es el medio-bajo y se ubica el 25% de la población urbana de Popayán. En lo que respecta al porcentaje construido por comuna, solo el 34% del área total de la comuna dos (2) se encuentra construida y el 65% en la comuna tres (3). En cuanto a la participación de la población total de la Ciudad, la comuna dos (2) cuenta con un 13.7% y una densidad de 123 habitantes por hectárea, la comuna tres posee una población del 11.3% y una densidad de 148 de habitantes por hectárea.

Comuna 4: Esta comuna es la segunda más poblada en cuanto al número de habitantes se refiere, 30533 que representan el 15% del total de la población, con una densidad de 121 habitantes por hectárea, La mayor parte de sus áreas están desarrolladas, el 91% del área total de la comuna está construida. La mayoría de estos barrios pertenecen a los estratos 3, 4 y 5. En esta comuna se concentran gran parte de las actividades necesarias para el desarrollo de otras comunas.

Comunas 5 y 6: Estas comunas presentan un desarrollo heterogéneo, el 19.1% de la población urbana se ubica en esta zona, con una densidad distribuida de la siguiente manera 15640 habitantes que representan el 7.7% de la población y con una densidad de 248 habitantes por hectárea en la comuna cinco, siendo la segunda comuna más densificada de la Ciudad y donde se encuentra más del 100% del total del área construida, ya que hay desarrollos fuera del perímetro urbano. En la comuna seis se ubica el 11.4% del total de la población, con una densidad de 192 habitantes por hectárea y un porcentaje de área construida del 53%. En estas comunas se encuentran barrios pertenecientes a los estratos 1 y 2, con problemas de desarrollo económico y social para el sector. Algunas zonas de estas comunas presentan alta concentración de habitantes, hay otras zonas no consolidadas las cuales al determinar el uso del suelo, se debe prohibir el desarrollo y declarar zonas desprotección.

Debido al bajo costo del suelo y por su relativa cercanía al centro de la Ciudad podría tender a sobre poblarse, lo que ocasionaría problemas desde el punto de vista ambiental y urbanístico para el desarrollo de la Ciudad. En la comuna 6 hay presencia de contaminación de las fuentes hídricas, malos olores y proliferación de vectores a causa de la ubicación del matadero y la plaza de ferias.

Comuna 7: Esta comuna presenta condiciones de mayor densidad con respecto al resto de la Ciudad en sus áreas más desarrolladas, (265 habitantes por hectárea, en su mayoría ocupados por estratos socioeconómicos bajos) existen en

ella sectores que carecen de las condiciones mínimas de vida y se ubican aquí la mayoría de barrios subnormales de la Ciudad. En esta comuna se ubica el 16.3% de la población urbana total de Popayán con un porcentaje de área construida del 74% del total de metros cuadrados que posee la comuna. Afectada por la quebrada Pubús y el río Ejido, que constituyen un problema para los pobladores que habitan sobre las riberas de estas dos corrientes, conformándose en zonas de alto riesgo. Las partes baja presentan problemas por el mal manejo de aguas lluvias que descienden de los barrios altos, lo que implica problemas ambientales y de riesgo para la población. Las fuentes de trabajo son escasas para abastecer la demanda del sector, existen algunos talleres de ebanistería y pequeñas microempresas.

Comuna 8: En su gran mayoría los barrios de esta comuna pertenecen a los estratos 2 y 3. Cuenta con un sector de desarrollo comercial ubicado en la Esmeralda comprendido entre las calles 4, 5, 6 y 7 entre carreras 17 y 19, donde hay servicios bancarios, almacenes, restaurantes, bodegas, etc., que dinamizan el sector, población aproximada de 24726 habitantes, que equivalen al 12.2%, con una densidad de 201 habitantes por hectárea y un porcentaje del total de su área construida del 93%.

Comuna 9: Esta comuna alberga 15810 habitantes que corresponden al 7.7% del total de la población, con una densidad de 197 habitantes por hectárea. Se caracteriza por presentar bajos ingresos económicos, y sobresalen los estratos 2 y 3, el 46% de su área total se encuentra construido.⁴⁹

El barrio Alfonso López, ubicado en la comuna 6 de la ciudad de Popayán – Cauca, en el se localiza el Centro de Salud Alfonso López. Hasta el año 2000

⁴⁹ PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL. MUNICIPIO DE POPAYAN. CAPITULO VIII DIMENSION SOCIAL. [en línea].[20 de Diciembre 2010] disponible en: <http://www.crc.gov.co/files/ConocimientoAmbiental/POT/popayan/8%20SOCIAL.pdf>

existían en el sector 2541 familias en 374 viviendas distribuidas en 20 manzanas, familias que en su mayoría están conformadas por madres cabeza de familia.⁵⁰

Este barrio ha sido históricamente marginado y estigmatizado por la sociedad payanesa, que considera a esta zona del oriente de la ciudad como de alta peligrosidad, pues se afirma que la mayoría de las personas que viven allí son ladrones, drogadictos y desplazados que se ganan la vida delinquiendo.

El barrio enfrenta problemáticas concretas como bandas juveniles, delincuencia común, drogadicción y prostitución, además del hacinamiento provocado por el aumento en el número de sus habitantes, tras la llegada de varias familias desplazadas por el conflicto armado.⁵¹

⁵⁰ PROPUESTA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON HABITANTES DE Y EN CALLE DEL BARRIO ALFONSO LÓPEZ DE LA CIUDAD DE POPAYÁN 2005. DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA FUNDASER ULAF – POPAYÁN [en línea]. [3 de Enero de 2011] disponible en: www.descentralizadrogas.gov.co/tratamiento/memorias/PRESENTACION_EVENTO_POPAYAN.ppt

⁵¹ Buenas Prácticas Para Superar El Conflicto. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fortalecimiento del tejido social en el barrio Alfonso López de Popayán. [en línea]. Consultado en Enero 3, 2011 en: http://www.saliendodelcallejon.pnud.org.co/buenas_practicas.shtml?x=7566

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

El área de estudio se enfocó en el diagnóstico de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos - Centro de Salud Alfonso López. El sujeto de estudio o unidad de análisis son las madres de los niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimentos.

2.2.1 Universo

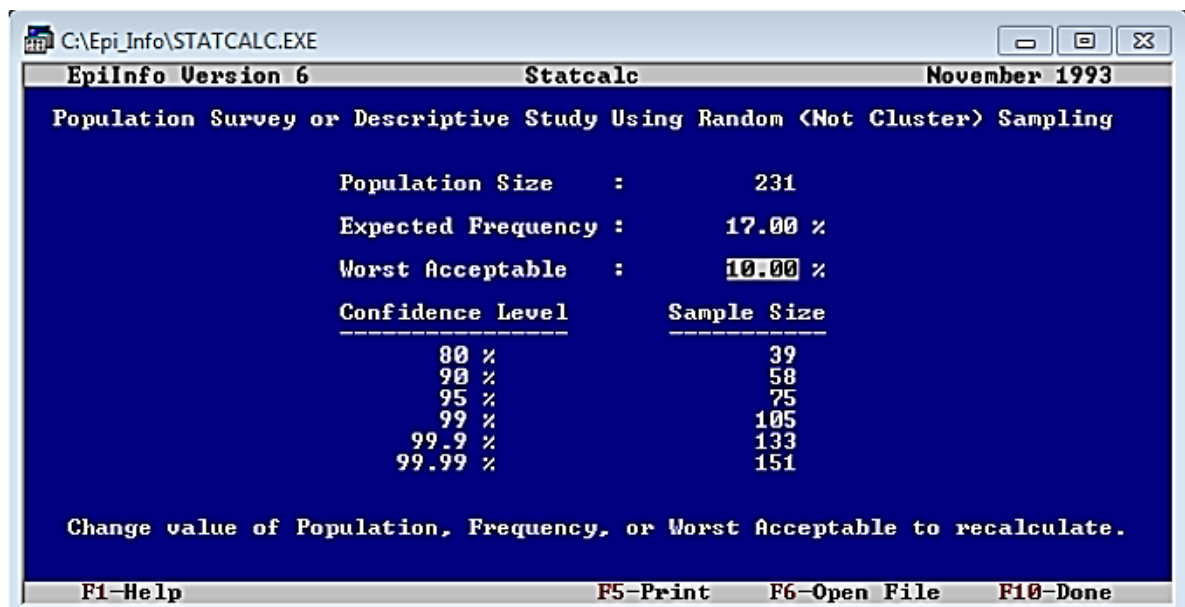
Grupo total de mujeres desplazadas o en condición de vulnerabilidad beneficiarias de Programa Mundial de Alimentos - Centro de Salud Alfonso López de Popayán que cumplieron con todos los criterios de inclusión.

2.2.2 Muestra

Se incluyeron un total de 151 mujeres madres de niños beneficiarios del PMA, con cada una de ellas se diligenció el instrumento y se le realizó la toma de la citología cervico uterina

El cálculo de la muestra se realizó mediante el programa estadístico Epiinfo versión 6 con los siguientes datos:

- TAMAÑO DE LA POBLACIÓN: total de madres dentro del programa = 231
- FRECUENCIA ESPERADA: proporción de mujeres afectadas por desplazamiento que nunca se habían realizado una citología = 17%⁵²
- NIVEL DE CONFIANZA: máximo error esperado = 10%



⁵² UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. OPS. Salud y desplazamiento en Colombia. 2002-2003. Página 23.

Según los cálculos realizados, el tamaño de la muestra para la aplicación del instrumento fue de 151 sujetos para un nivel de confianza del 99% y un margen de error del 10%.

2.2.3 Tipo de muestreo

Inicialmente se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple por sorteo, por medio de balotas se eligieron aleatoriamente las 151 participantes del estudio de un total de 231 madres. Por medio de un listado facilitado por la coordinadora del centro de salud Alfonso López se prosiguió a contactar a las madres escogidas a través de una llamada telefónica para acordar el día y hora en el cual se realizaría la socialización de los objetivos del proyecto, la firma del consentimiento informado y el diligenciamiento del instrumento, además se acordaba la fecha en que se realizaría la toma de la citología.

Posteriormente se inició la toma de citologías, para lo cual por medio de una llamada telefónica se contactaba de nuevo a las participantes para recordarles su asistencia.

Fue en ese momento en que numerosas madres escogidas presentaban variedad de inconvenientes para asistir a la toma de la citología y muchas de ellas, a pesar que fueron contactadas en diferentes ocasiones, no asistieron al procedimiento, motivo por el cual se decidió reemplazar las madres que no asistieron a la toma de la citología por otras madres que aceptaran la realización de la citología.

2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Madres de familia o tutores de los niños inscritos en el Programa Mundial de Alimentos en la modalidad de Cambio de Alimentos por Capacitación que funciona en el Centro de Salud Alfonso López de Popayán durante el periodo 2010-2011.
- ✓ Mujeres que aceptaron participar voluntariamente en el estudio después de ser informadas del propósito y metodología del mismo y lo validen mediante el consentimiento informado.
- ✓ Participantes que estuvieran asistiendo en forma regular al programa de capacitaciones.
- ✓ Madres con capacidad física y mental para responder las preguntas y para decidir libremente su participación en el estudio.

2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Madres que terminaron el período de tiempo para estar en el programa
- ✓ Que hubieran sido excluidas del Programa Mundial de Alimentos.
- ✓ Madres con información incompleta para la búsqueda (esto incluye dirección de residencia y número telefónico)
- ✓ Mujeres que se negaron a participar de la investigación.

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

2.5.1 Descripción general de los instrumentos

Se elaboraron dos instrumentos de recolección de la información los cuales fueron sometidos a prueba de expertos y prueba piloto.

El primer instrumento (Anexo D) fue diseñado para identificar los datos socio demográficos, las prácticas de autocuidado y las conductas protectoras y de riesgo que ejerce la mujer con relación a su salud sexual y reproductiva, mediante el uso de preguntas que midan los indicadores, esta sección se evaluó mediante 39 ítems, el cual contiene preguntas dicotómicas, estructuradas y abiertas, las cuales se dividieron en tres áreas:

Capítulo 1: Datos Generales (Socio demográficos)

Capítulo 2: Prácticas De Autocuidado

Capítulo 3: Factores De Riesgo/ Factores Protectores Para La Salud Sexual y Reproductiva.

Se realizó una encuesta dirigida por parte de los investigadores a las participantes. Las entrevistas se hicieron de manera individual en un sitio que garantizó la privacidad de cada una de las mujeres.

El segundo instrumento se diseñó para consignar los resultados de la citología de cuello uterino. Este fue de uso exclusivo de los investigadores y consta de 4 ítems donde se buscó conocer si la prueba fue negativa o positiva y en el caso de ser positiva el tipo de alteración que se presentó (citología vaginal) además de

documentar si se presentan otro tipo de hallazgos en la citología vaginal, mediante preguntas estructuras donde se marcara con X la opción que corresponda.

La recolección de información relativa a la encuesta, se hizo mediante entrevista dirigida por parte de los investigadores. Las entrevistas se hicieron de manera individual en un sitio que garantizó la privacidad de cada una de las mujeres

Toda la metodología fue sometida a una prueba piloto en la cual se citó a mujeres que cumplían con los criterios de inclusión, pero que no hacían parte de la muestra. Se seleccionaron como parte de la prueba a las madres que recientemente habían ingresado o iban a hacer parte del programa como beneficiarias. Ellas fueron citadas al centro de salud para la aplicación de los instrumentos y la toma de la muestra de citología cervico-uterina. Esta prueba piloto permitió hacer modificaciones a la metodología y correcciones a los instrumentos para garantizar la buena calidad de la recolección de la información.

Se coordinó con la directora del Programa Mundial de Alimentos del Centro de Salud Alfonso López de Popayán, solicitándole autorización para la aplicación de las encuestas y la realización de la citología de cuello uterino. Por vía telefónica se citó a las madres seleccionadas en el muestreo, además de los días de entrega de mercados, para la aplicación de la encuesta y la toma de muestras.

Tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se aplicó el cuestionario a las mujeres seleccionadas en la muestra, brindando información general sobre el porqué de su aplicación y previa firma del consentimiento informado.

2.6 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos recolectados mediante el instrumento para recolección de la información de las mujeres participantes y el instrumento para recolección de datos de laboratorio fueron introducidos y procesados para conformar la base de datos mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19.

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La coordinadora del Grupo Salud Reproductiva y coautora del presente trabajo, fue la persona encargada de apoyar el proceso para garantizar la idoneidad y rigor metodológico y ético

Para el desarrollo de esta investigación se incluyó las normas bioéticas internacionales vigentes como son el código de Núremberg, la declaración de Helsinki y el reporte de Belmont. El actual estudio se amparará bajo las normas consideradas en el artículo 1502 del Código Civil Colombiano, la Ley 23 de 1981, el decreto 3380 de 1981 y la resolución N – 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la cual se instauran las normas científicas técnico administrativas para la investigación en salud. Conforme a lo dispuesto en el artículo 11 de esta resolución, este estudio se clasifica en: Investigación con riesgo mínimo, es decir que es un estudio prospectivo que emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en exámenes de laboratorio como la citología cervicouterina en la cual se introducirá un instrumento (espéculo) en la vagina y la abrirá ligeramente para observar el interior de la cavidad vaginal, se procede a tomar una muestra de células del canal cervico uterino, raspando suavemente en su exterior con una espátula AYRE.

Se obtendrá el Consentimiento Informado por parte de las personas que cumplen con los criterios de inclusión, instaurada por el artículo 14 de la resolución mencionada anteriormente, donde se les presenta en forma clara y completa la realización del estudio, la justificación y los objetivos de la investigación, los beneficios que pueden adquirirse, los procedimientos que se emplearon, las molestias o riesgos esperados, la garantía de obtener respuesta a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y negarse a participar en el estudio y la seguridad que la información será manejada con confidencialidad.

Se cumplió con los principios éticos fundamentales como son el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, respeto, confidencialidad.

AUTONOMÍA: para satisfacer este principio se respetó la voluntad de elegir o decidir de forma libre y voluntaria su participación en el estudio así como la libertad de brindar la información sobre los conocimientos, prácticas y desempeño de la salud sexual y reproductiva.

BENEFICIENCIA Y NO MALEFICENCIA: con este proyecto se buscó el bien de los sujetos que participan porque sus resultados servirán para plantear estrategias educativas que faciliten el ejercicio de una adecuada salud sexual y reproductiva en este grupo poblacional. Fue necesario obtener información para conocer la situación real de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento.

JUSTICIA: se garantizó este principio teniendo en cuenta que cualquier persona tiene derecho a participar en esta investigación, sin discriminación alguna y se le brindo un trato digno y justo a quien suministro la información.

RESPECTO: se respetó la voluntad de participar en el estudio, así como la libertad de retirarse del mismo, no se tuvo ningún tipo de discriminación, la información que brindó la participante fue utilizada solo para el cumplimiento de los objetivos de este estudio.

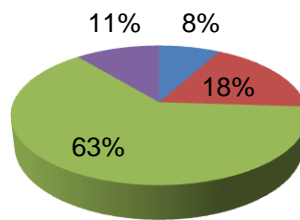
CONFIDENCIALIDAD: se garantizó a las participantes de este estudio que no se requiere su identidad. El instrumento utilizado tendrá un código, la información fue utilizada solo para esta investigación, los resultados serán dados a conocer a las directivas universitarias, se publicarán en revistas científicas y serán presentados en eventos científicos o académicos. En ningún caso se revelará la identidad de las participantes. Los instrumentos fueron aplicados por los investigadores Diana Andrea Garcés Vidal, Yenni Tatiana Muñoz Córdoba, Claudia Milena Orozco Chamorro y Daniel Mauricio Rincón Fernández; en compañía de la docente asesora María del Socorro Chávez. Una vez estén diligenciados serán custodiados por la Enfermera María del Socorro Chávez.

3. RESULTADOS

3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.

Figura 1. Distribución porcentual de las mujeres según grupos de edad (años)

■ 15 - 19 años ■ 20 - 24 años ■ 25 - 49 años ■ Mas 50 años



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

La mayoría de mujeres del estudio 63% (95 mujeres), pertenecen al grupo de edad de 25 a 49 años, etapa reproductiva. Los otros grupos etarios, tuvieron representaciones bajas como puede apreciarse en la figura 1.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de las mujeres beneficiarias del PMA, centro de salud Alfonso López, Popayán.

<i>Indicador</i>	<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Estado civil		
Unión libre	89	59
Soltera	35	23
Casada	14	9
Separada	9	6
Viuda	4	3
Lugar de nacimiento (Municipio)		
Zona Centro	91	60
Zona Sur	36	24
Municipio otro departamento	17	11
Zona Norte	3	2
Zona Oriente	3	2
Zona Occidente	1	1
Situación actual		
Desplazada	71	47
Vulnerable	80	53
Carné de Salud		
Si	122	80,8
No	29	19.2
Régimen de salud		
Subsidiado	111	74
Vinculado	29	19
Contributivo	11	7
Número de personas que conviven		
De 1 a 3 personas	76	46
De 4 a 6 personas	59	39
7 y más personas	16	11

Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de las mujeres beneficiarias del PMA, centro de salud Alfonso López, Popayán. Continuación...

Indicador	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Convivencia		
Familia extensa	73	48
Familia nuclear	57	38
Familia monoparental	19	12
Familia reconstituida	1	1
Otra	1	1
Tipo de vivienda		
Propia	68	45
Arrendada	57	38
De familiares	24	16
De amigos	2	1
Estudios realizados		
Secundaria incompleta/Completa	38/32	25/21
Primaria completa/Incompleta	25/28	16/18
Técnicos	14	9
Otros	9	6
Analfabeta no lee	4	2
Analfabeta lee	1	1
Ocupación actual		
Desempleada	69	46
Trabajador independiente	34	23
Subempleado	29	19
Estudiante	12	8
Comerciante	3	2
Estudia y trabaja	2	1
Otro tipo de trabajo	2	1
Ingreso familiar		
Menor de 1 smmlv	96	64
1 smmlv	41	27
2 – 3 smmlv	14	9

Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

El 59% (89 mujeres) de las mujeres se encuentran en unión libre, seguidas de las solteras con un 23% (35 mujeres), y están casadas el 9% (14 mujeres).

La mayoría de mujeres nacieron en municipios de la zona centro 60% (91 mujeres), un 24% (36 mujeres) son originarias de los municipios de la zona sur y el 11% (17 mujeres) son nacidas en municipios de otros departamentos.

El 53% (80 mujeres) se encuentran en situación de vulnerabilidad y el 47% (71 mujeres) están registradas como desplazadas.

El 82% (122 mujeres) de las mujeres tienen carné que cubre los servicios de salud, de ellas el 74% (111 mujeres) pertenece al régimen subsidiado. El mayor porcentaje de afiliación lo registra Caprecom EPS con un 39.5% (49), seguido de Salud Vida 16% (20), y Salud Cóndor 13,4% (15), porcentajes menores corresponden a Emssanar, Asmet Salud, AIC y Otras EPS.

Las mujeres del estudio conviven en su mayoría con 1 a 3 personas 46% (76), seguidas de las que conviven con 4 a 6 personas 39% (59) y 7 y más 11% (16).

En relación con el tipo de familia, la mayoría manifestaron tener familia extensa 48% (73 mujeres) seguida de la familia nuclear en un 38% (57 mujeres). Son cabeza de hogar el 12% (19 mujeres).

Respecto al tipo de vivienda que habitan las mujeres participantes y sus familias en un 45% (68 mujeres) es propia y un 38% (57 mujeres) tiene vivienda en arriendo.

El nivel académico que han alcanzado las mujeres participantes del estudio en su mayoría es la secundaria incompleta con un 25% (38 mujeres), seguido de secundaria completa con un 21% (32 mujeres); primaria incompleta con un 18%

(28 mujeres) seguido de primaria completa con un 16% (25 mujeres); las mujeres con estudios técnicos corresponden al 9% (14 mujeres) y aquellas con otro tipo de estudios, como los universitarios, corresponden al 6% (9 mujeres). Se encontró un 3% de mujeres que no tenían ningún tipo de escolaridad (5 mujeres).

El 46% de las mujeres participantes se encontraba desempleada en el momento de aplicación de la encuesta (69 mujeres), un 23% eran trabajadoras independientes (34 mujeres), 19% son subempleadas (29 mujeres), se encontró además que un 8% de las mujeres son estudiantes (12 mujeres) y un 1% estudia y trabaja simultáneamente (2 mujeres).

En cuanto al ingreso familiar mensual, en su mayoría corresponde a menos de 1 smmlv con el 64% (27 mujeres), solo el 27% (41 mujeres) tienen ingresos de un salario mínimo mensual y muy pocas tienen ingresos de entre 2 a 3 smmlv. (Tabla 1).

Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de las mujeres desplazadas beneficiarias del PMA, centro de salud Alfonso López, Popayán.

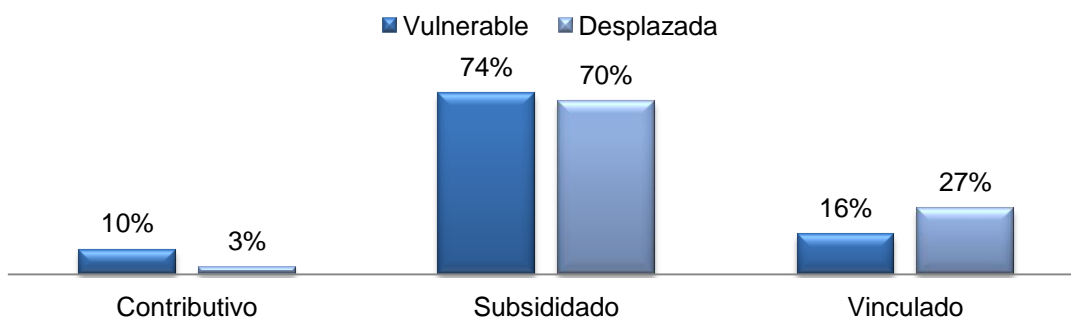
<i>Indicador</i>	<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Lugar de procedencia (Municipio)		
Zona centro	30	42
Zona sur	26	37
Municipio de otro departamento	12	17
Zona Norte	2	1
Zona Occidente	1	1
Lugar de procedencia (Departamento)		
Cauca	59	83
Nariño	4	6
Otro Departamento	4	6
Valle	3	4
Putumayo	1	1
Tiempo de Permanencia en la ciudad		
Hace 8 o más años	28	39,4
Hace 4 a 7 años	23	32,4
Hace 1 a 3 años	20	28,2
Motivo del desplazamiento		
Conflicto armado en general	49	68
Falta de oportunidades	11	16
Otra Razón	11	16

Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Con relación a la procedencia de las mujeres desplazadas se encontró que un 42% (30 mujeres) fueron desplazadas de municipios de la zona centro del Departamento del Cauca, 37% (26 mujeres) fueron desplazadas de municipios de la zona sur, 17% (12 mujeres) de municipios de otros departamentos como Nariño, Valle, Putumayo. Muy pocos porcentajes corresponden a desplazamientos de la zona norte, occidente y zona oriente con un 3%, 1% y 0% respectivamente.

El tiempo de permanencia en Popayán fue reportado entre 8 y más años en el 39,4% (28 mujeres); 4 a 7 años en el 32,4% (23 mujeres) y 1 a 3 años para el 28,2% (20 mujeres). El 68% (49 mujeres) registradas como desplazadas, manifestaron que el motivo del desplazamiento fue el conflicto armado general y el 16% (11 mujeres) por falta de oportunidades y otras razones. (Tabla 2).

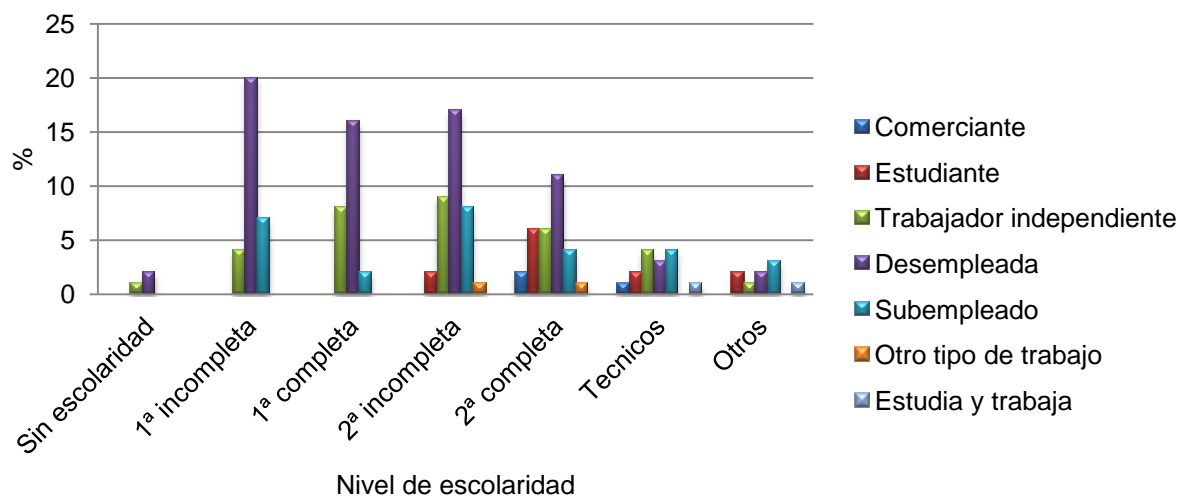
Figura 2. Distribución porcentual de las mujeres según el régimen de afiliación alSGSSS en relación con la condición de vulnerabilidad o desplazamiento.



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

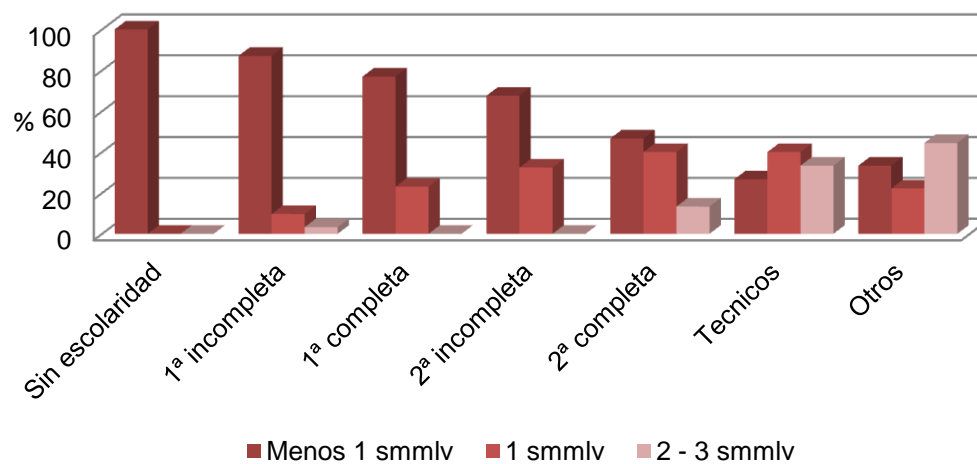
Del total de mujeres en condición de desplazamiento (71 mujeres, 47%), 70% de ellas (50 mujeres) pertenecen al régimen subsidiado, un 27% son vinculadas del SGSSS y tan solo un 3% (2 mujeres) pertenecen al régimen contributivo. Respecto a las mujeres en condición de vulnerabilidad, en total 80 mujeres, el 74% de ellas (59 mujeres) pertenecen al régimen subsidiado, 16% de ellas (13 mujeres) son vinculadas del SGSSS y un 10% (8 mujeres) pertenecen al régimen contributivo, siendo así que el principal régimen de afiliación al SGSSS es el Subsidiado entre las mujeres encuestadas (74%, 111 mujeres). (Figura 2).

Figura 3. Distribución porcentual de las mujeres según ocupación actual en relación con el nivel de estudios.



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Figura 4. Distribución porcentual de las mujeres según el ingreso mensual en relación con el nivel de estudios



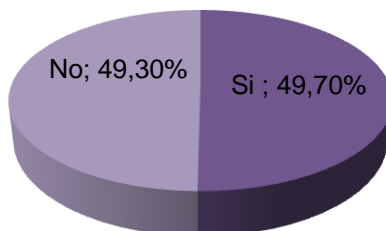
Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Al comparar el tipo de ocupación o trabajo de las mujeres participantes del estudio con el nivel de estudios alcanzados se puede observar que el nivel de desempleo disminuye a medida que el nivel de escolaridad aumenta de primaria a estudios técnicos. (Figura 3).

De la misma manera a medida que mejora el nivel educativo de las mujeres el ingreso mensual de sus familias también mejora. (Figura 4)

3.2 PRÁCTICAS DE AUTO CUIDADO

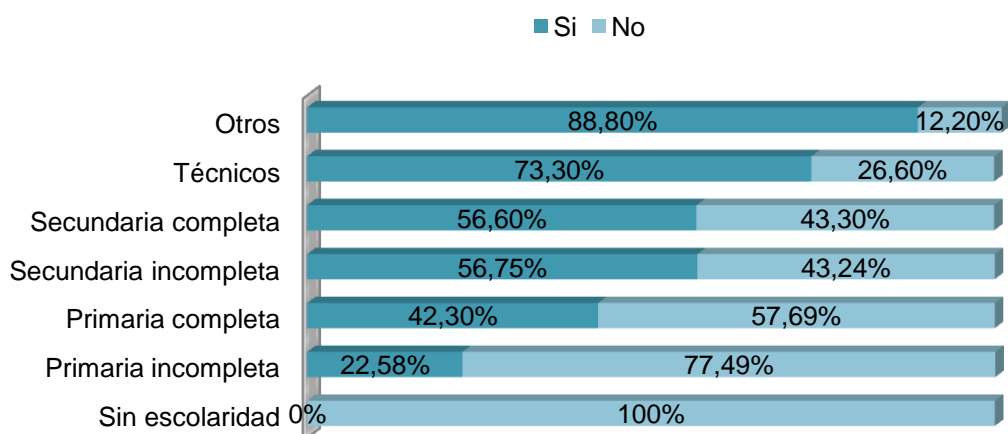
Figura 5. Distribución porcentual de las mujeres según conocimiento del autoexamen de seno



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

De las mujeres encuestadas el 49,7% (75 mujeres) tenía conocimiento a cerca de auto examen de mama y un 49,3% (76 mujeres) desconocía la forma de hacerlo. (Figura 5).

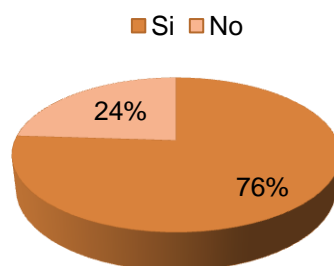
Figura 6. Distribución porcentual de las mujeres según el conocimiento del autoexamen de seno en relación con el nivel de estudios alcanzados



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Al comparar el conocimiento acerca del autoexamen de seno con el nivel de escolaridad obtenido por las mujeres participantes se encontró que de las mujeres sin ningún grado de escolaridad, el 100% (3 mujeres) no tenían ninguna clase de conocimientos acerca del autoexamen de seno. A medida que aumenta la escolaridad aumenta el conocimiento sobre ésta práctica. (Figura 6).

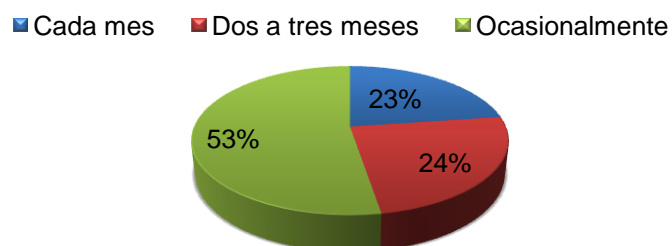
Figura 7. Distribución porcentual de las mujeres que conocen el autoexamen de seno según la practica



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

De las mujeres que tenían conocimiento sobre el autoexamen de seno: 49,7% (75 mujeres), el 76% (57 mujeres) sí lo practica y un 24% (18 mujeres) no lo practica. (Figura 7).

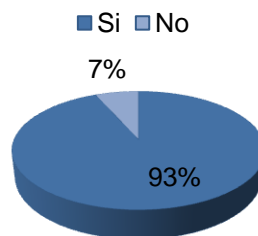
Figura 8. Distribución porcentual de las mujeres según la frecuencia de realización del autoexamen de seno



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Del total de mujeres que si se practican el autoexamen de seno (76%, 57 mujeres), un 53% se lo realiza ocasionalmente, un 24% se lo realiza cada 2 a 3 meses y únicamente el 23% (13 mujeres) se lo practica cada mes de acuerdo a lo que recomiendan las guías de atención. (Figura 8).

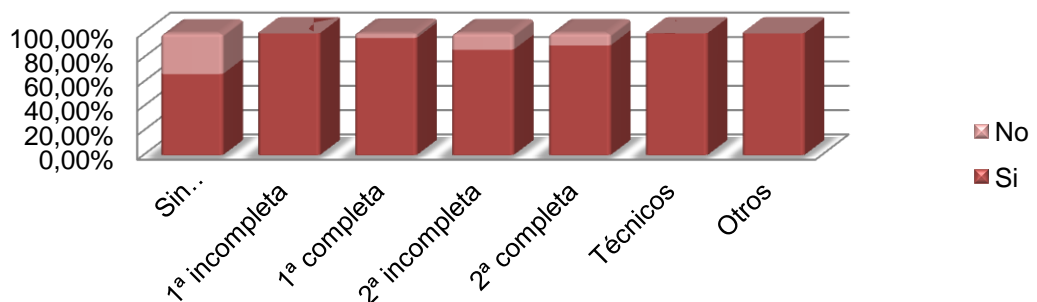
Figura 9. Distribución porcentual de los antecedentes de la toma de citología



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Respecto a la realización previa de la citología cérvico uterina se encontró que de 151 mujeres encuestadas la gran mayoría, 93% (141 mujeres) se habían hecho la citología cérvico uterina alguna vez en su vida y un 7% (10 mujeres) nunca se habían realizado dicho examen. (Figura 9).

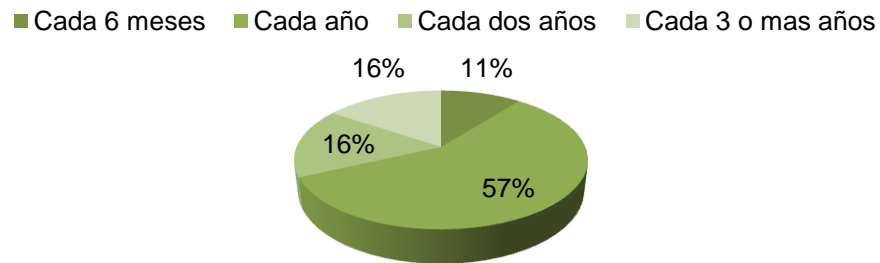
Figura 10. Distribución porcentual de las mujeres según citología previa en relación con el nivel educativo.



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

La mayoría de mujeres que no se han realizado una citología cérvico uterina previamente son aquellas que tienen un nivel de escolaridad bajos (Figura 10).

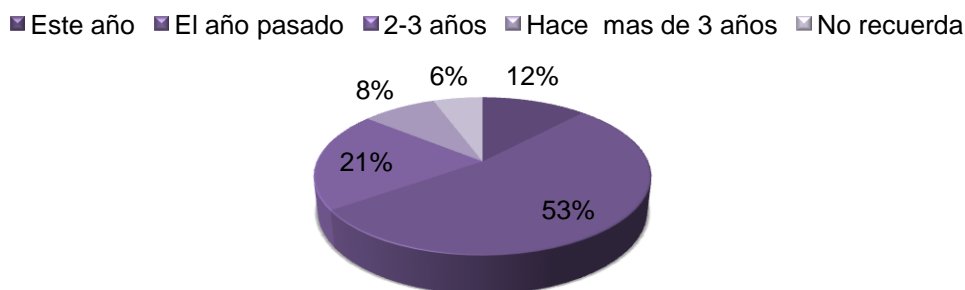
Figura 11. Distribución porcentual de las mujeres según la frecuencia de la toma de citología



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Respecto a la frecuencia de la toma de citología cérvico uterina se encontró que de las mujeres que se realizan la citología, un 57% (81 mujeres) se la realizan cada año, un 16% (23 mujeres) se realizan la citología cada 2 años, el 16% de las mujeres se realizan la citología cada 3 o más años y un 11% (15 mujeres) se realizan la citología cada seis meses. (Figura 11).

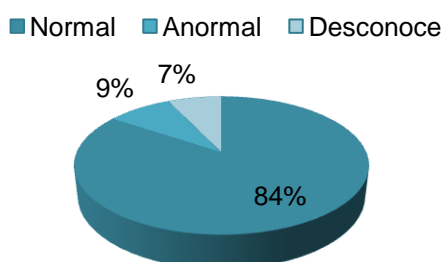
Figura 12. Distribución porcentual de las mujeres según la fecha de la última citología



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Respecto a la fecha de realización de la última citología, un 53% de las mujeres aseguró que fue el año anterior a la fecha de aplicación de la encuesta, un 21% se había realizado la citología hace 2 a 3 años, un 12% se había realizado la citología el año de la aplicación de la encuesta, un 8% se había realizado la citología hacia 3 o más años y un 6% no recuerda cuando se fue la fecha aproximada de su última citología. (Figura 12).

Figura 13. Distribución porcentual de las mujeres según el resultado de la última citología

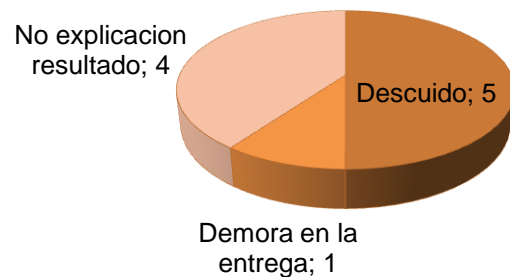


Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

En relación con el resultado de la última citología que las mujeres se habían realizado, un 84% refirió que el resultado había sido normal, un 9% refirió que su

resultado fue anormal y un 7% desconoce el resultado de su última citología. (Figura 13).

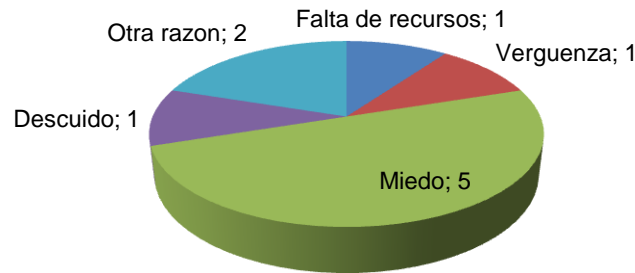
Figura 14. Distribución porcentual de las mujeres según la razón de desconocimiento del resultado de la citología



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

De las 10 mujeres (7%) que desconocen el resultado de su última citología, 5 mujeres refieren que lo desconoce por descuido, 4 mujeres lo desconocen porque no le explicaron el resultado de la citología y una mujer lo desconoce porque se presentó demora en la entrega del resultado por parte de la entidad responsable. (Figura 14)

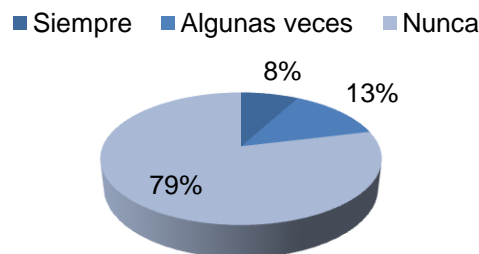
Figura 15. Distribución porcentual de las mujeres según la razón para no realizarse la citología



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Se encontró que de las 10 mujeres (7%) que nunca se habían hecho tomar una citología cervico-uterina, 5 mujeres (50%) no lo había hecho por miedo, 2 mujeres (20%) no se la ha realizado por otra razón y 2 mujeres (20%) no se la ha realizado por vergüenza y descuido respectivamente. (Figura 15).

Figura 16. Distribución porcentual de las mujeres según la asistencia a recibir atención en salud

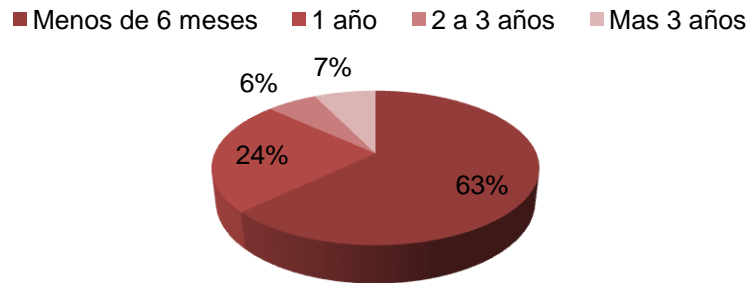


Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

El 79% (151 mujeres) nunca asisten a consulta médica a pesar de no tener ninguna dolencia, el 13% (20 mujeres) asisten solo algunas veces sin tener

ninguna dolencia y solo 8% (12 mujeres) siempre asisten a control médico aun sin tener ninguna dolencia (Figura 16).

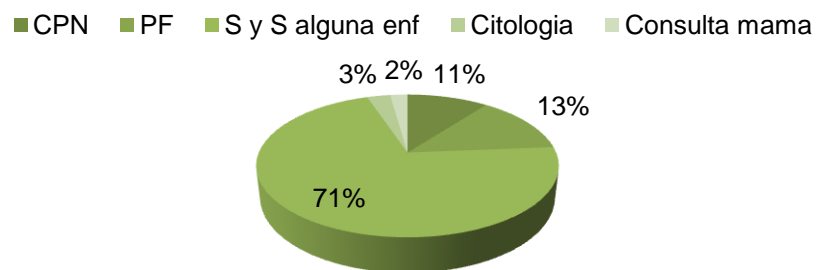
Figura 17. Distribución porcentual de las mujeres según la fecha de la última atención en salud



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

El 63% (95) de las mujeres encuestadas había asistido a recibir atención en salud en un periodo menor a 6 meses antes de la encuesta y un 7% (11 mujeres) dejó pasar más de tres años sin recibir algún tipo de atención médica (Figura 17).

Figura 18. Distribución porcentual de las mujeres según el motivo de la última atención en salud

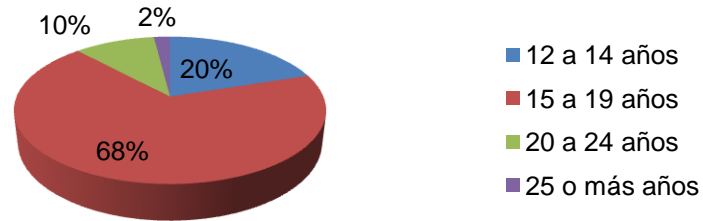


Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

El principal motivo de consulta con el 63% (96 mujeres) corresponde a signos y síntomas de alguna enfermedad; seguido por la consulta en planificación familiar con un 13% (18 mujeres), por otro motivo el 11% (16 mujeres); por control prenatal el 9% (14 mujeres), para tomarse la citología un 3% (4 mujeres) y para examen de mama el 2% (3 mujeres). (Figura 18).

3.3 FACTORES DE RIESGO / FACTORES PROTECTORES DE LA SSR

Figura 19. Distribución porcentual de las mujeres según la edad de inicio de la vida sexual

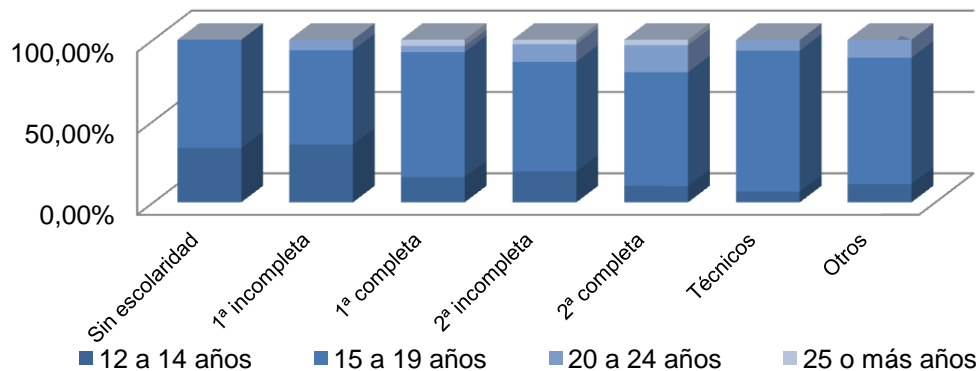


Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Respecto a la edad de inicio de la vida sexual, se encontró que la mínima edad de inicio de vida sexual fue 9 años de edad y la edad máxima de inicio de vida sexual fue 26 años, con un promedio de 17, 6 años.

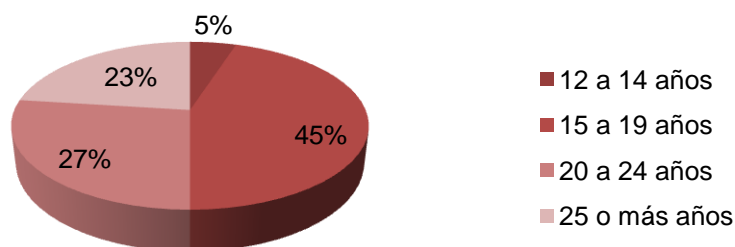
Se encontró que la mayoría de las mujeres, 68% (103 mujeres) inició su vida sexual entre los 15 y 19 años de edad y el 20% (29 mujeres) entre los 12 a los 14 años de edad. (Figura 19).

Figura 20. Distribución porcentual de las mujeres según la edad de inicio de la vida sexual en relación con el nivel educativo.



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

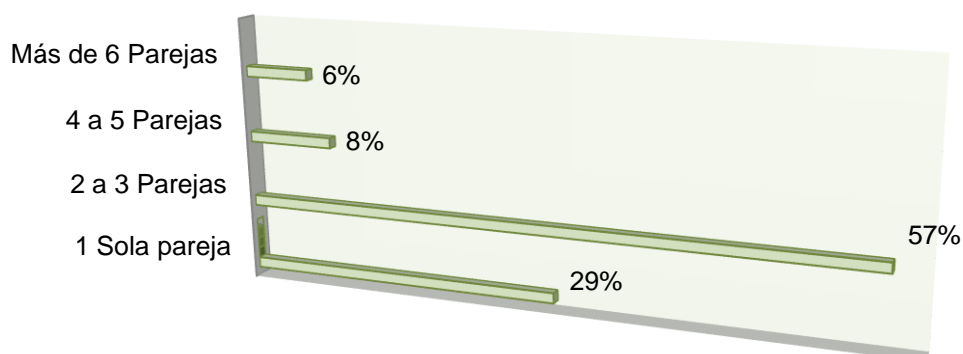
Figura 21. Distribución porcentual según la edad de la primera pareja sexual



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Respecto a la edad del primer compañero sexual con quienes las mujeres iniciaron su vida sexual, se encontró que la mínima edad de los compañeros fue de 12 años de edad y la edad máxima de los compañeros fue de 38 años, con un promedio de edad de 24,3 años; la mayoría de las parejas de las mujeres encuestadas tenían entre 15 a 19 años de edad correspondientes al 45% (68 mujeres) y el 27% (41 mujeres) estaban entre 20 a 24 años de edad. (Figura 21).

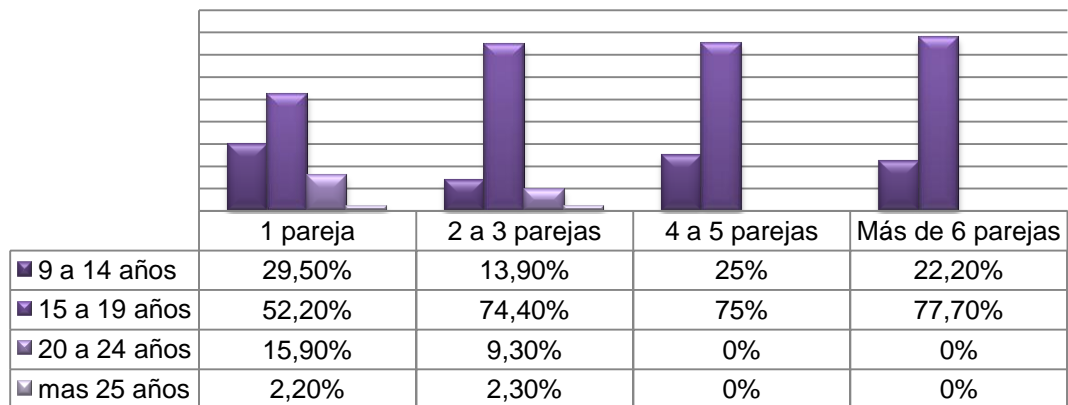
Figura 22. Distribución porcentual de las mujeres según el número de parejas sexuales



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

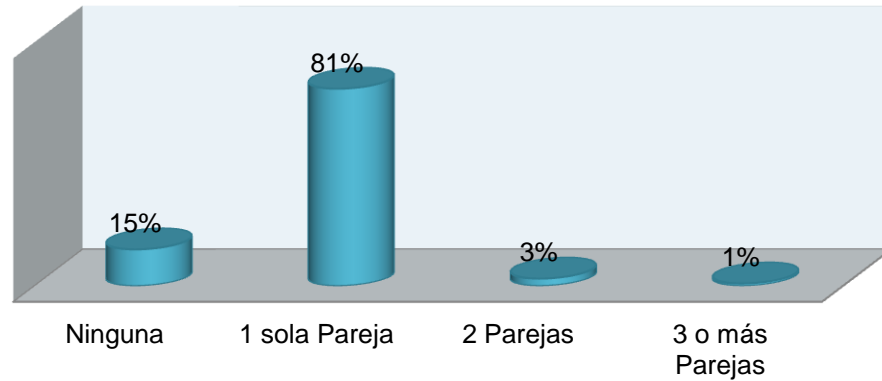
En el estudio se encontró como valor mínimo de número de parejas sexuales una pareja y un valor máximo de más de 50 parejas sexuales, con un promedio de 10 parejas sexuales. El 6% (9 mujeres) han tenido más de 6 parejas sexuales hasta la actualidad, 8% (12 mujeres) han tenido entre 4 y 5 parejas sexuales, la mayoría de las mujeres, un 57% (86 mujeres) han tenido de 2 a 3 parejas y solo el 29% (44 mujeres) han tenido una pareja sexual en toda su vida. (Figura 22).

Figura 23. Distribución porcentual de las mujeres según el número de parejas sexuales respecto a la edad de inicio de la vida de vida sexual



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

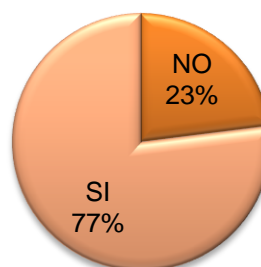
Figura 24. Distribución porcentual de las mujeres según el número de parejas sexuales en el último año



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

En el último año, el 81% (123) de las mujeres tuvo una sola pareja sexual y solo el 15% de todas las mujeres no tuvo ninguna pareja sexual en este año, el 3% (4 mujeres) han tenido 2 parejas sexuales en el último año y el 0,7% (1 mujer) ha tenido 5 parejas sexuales en lo corrido del último año. El 77% (117 mujeres) refieren tener pareja sexual actual contra el 23% (34 mujeres) que no tienen. (Figura 24).

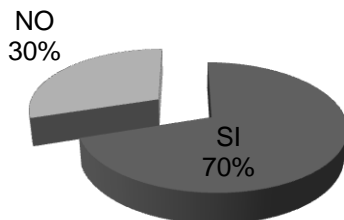
Figura 25. Distribución porcentual de las mujeres según la existencia de pareja sexual actual



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Al indagar a cerca de la existencia de pareja sexual en la actualidad se encontró que un 77% de las mujeres tenían actualmente pareja sexual y un 23% no tenían. (Figura 25)

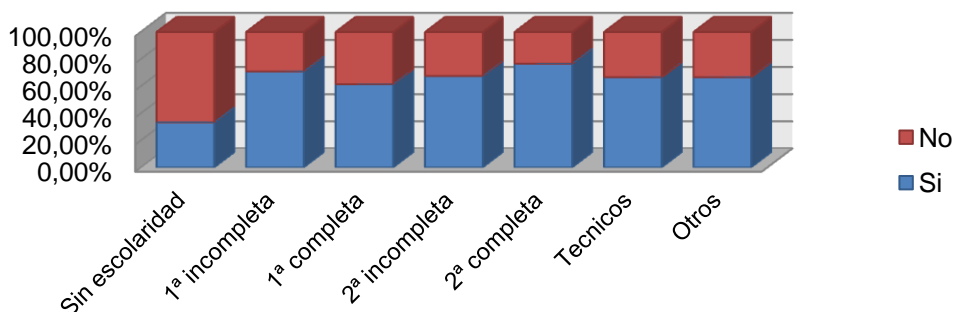
Figura 26. Distribución porcentual de las mujeres según el uso de metodos anticonceptivos



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

De la totalidad de mujeres encuestadas un 70% de las mujeres actualmente utilizan ellas o sus parejas algún tipo de método anticonceptivo, mientras que un 30% manifestó no utilizar ningún método anticonceptivo en la actualidad. (Figura 26).

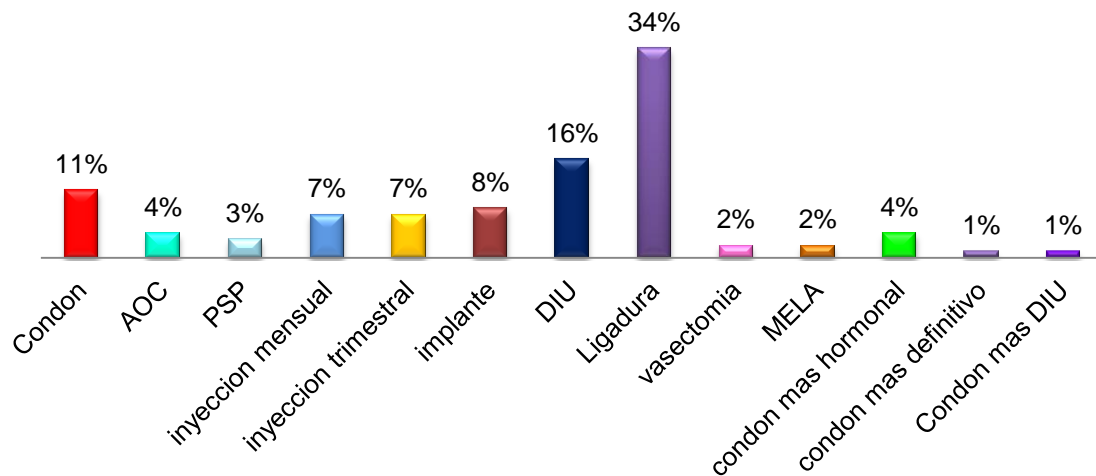
Figura 27. Distribución porcentual de las mujeres según el uso de métodos anticonceptivos en relación con el nivel educativo.



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Al comparar el uso de algún método anticonceptivo en relación con su nivel de estudios se encontró que hay poca diferencia entre la escolaridad y el uso o no de método anticonceptivo. (Figura 27).

Figura 28. Distribución porcentual de las mujeres según el método anticonceptivo que están usando



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

El 70% refiere que utiliza un método de planificación (Figura 19), de los cuales los más utilizados son la ligadura (34%), el dispositivo intrauterino (16%) y el condón (13%) que lo utilizan solo o con otro método como hormonales o definitivo (Figura 28).

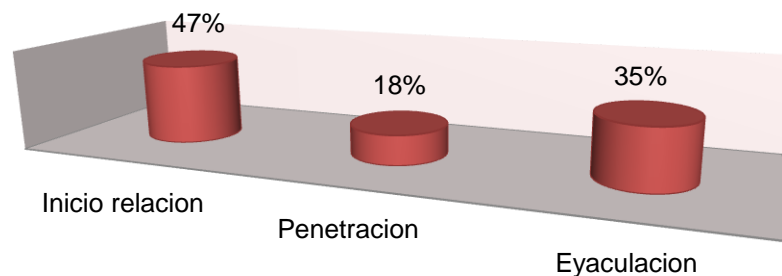
Figura 29. Distribución porcentual de las mujeres que usan el condón según la frecuencia de uso



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

De las mujeres participantes que utilizan el condón como método anticonceptivo, ya sea solo o con otro tipo de método se tiene que de 17 mujeres que utilizan el condón (11,26%) un 59% lo utilizan en todas sus relaciones sexuales y un 41% lo utilizan en algunas de sus relaciones sexuales. (Figura 29).

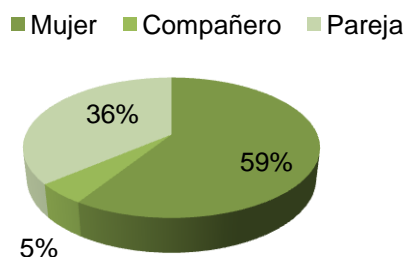
Figura 30. Distribución porcentual según la forma de uso del condón



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Respecto a la forma de uso del condón, las mujeres que lo usan como método anticonceptivo, el 47% lo utiliza desde el inicio de la relación sexual, el 35% lo usa solo en el momento de la eyaculación y finalmente un 18% lo utilizan solo en el momento de la penetración. (Figura 30).

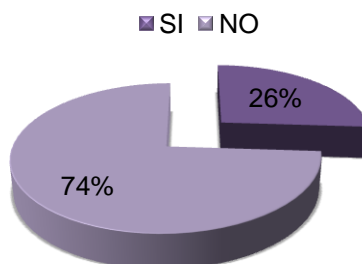
Figura 31. Distribución porcentual según la decisión de usar métodos anticonceptivos



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

De las mujeres que utilizan un método de planificación, 59% (62 mujeres) manifestaron que son ellas quienes tomaron la decisión de planificar, seguida por la decisión conjunta con un 36% (32 mujeres) y por ultimo con un 5% (5 mujeres) es el compañero quien tomo la decisión de planificar. (Figura 31).

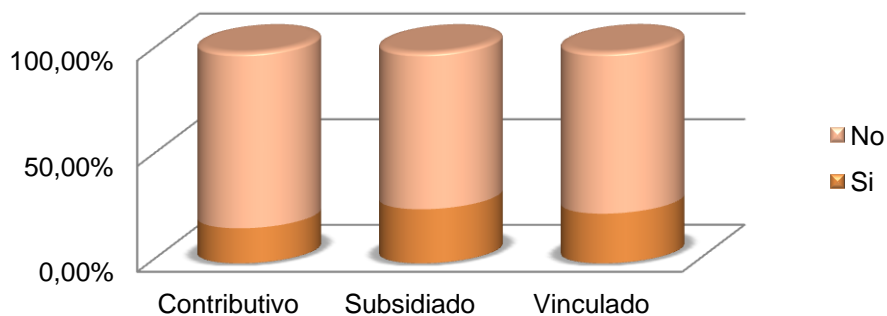
Figura 32. Distribución porcentual de las mujeres según la asistencia a control por planificación familiar



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Del total de las mujeres que usan cualquier tipo de método anticonceptivo solamente el 26% (27 mujeres) de ellas asiste a control de planificación familiar en contraste con un 74% (78 mujeres) que usan métodos anticonceptivos sin asistir a ningún tipo de control médico. (Figura 32).

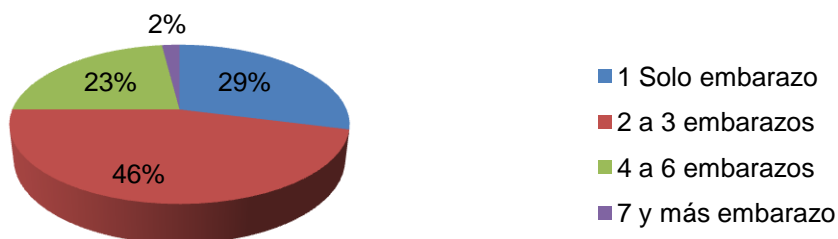
Figura 33. Distribución porcentual de las mujeres según la asistencia a control por planificación familiar en relación con el régimen de SGSSS al que pertenecen



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Del total de mujeres que utilizan algún método de planificación familiar y que asiste a controles en relación con el régimen de SGSSS se encontró que es el régimen subsidiado al que pertenecen las mujeres que mas asisten a control por planificación familiar. (Figura 33).

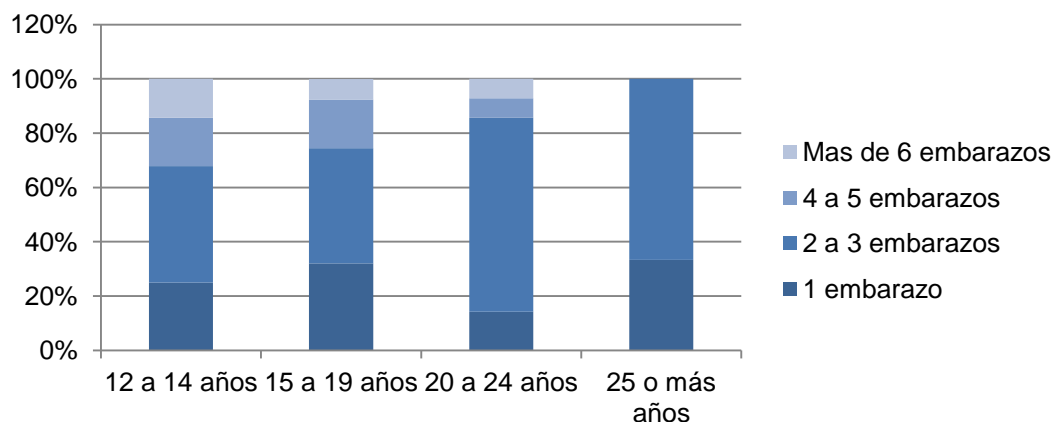
Figura 34. Distribución porcentual de las mujeres según el número de embarazos



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

El 46% de las mujeres han estado en embarazo de 2 a 3 veces, un 29% han tenido solo un embarazo, un 23% han tenido de 4 a 6 embarazos y un 2% han tenido 7 o más embarazos a lo largo de su vida. (Figura 34).

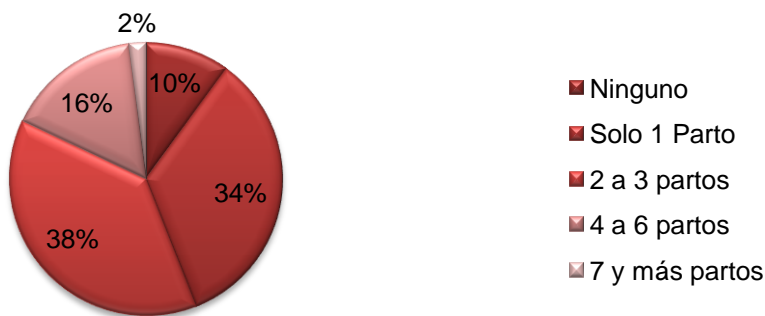
Figura 35. Distribución porcentual de las mujeres según el número de embarazos en relación con la edad de inicio de la vida sexual



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

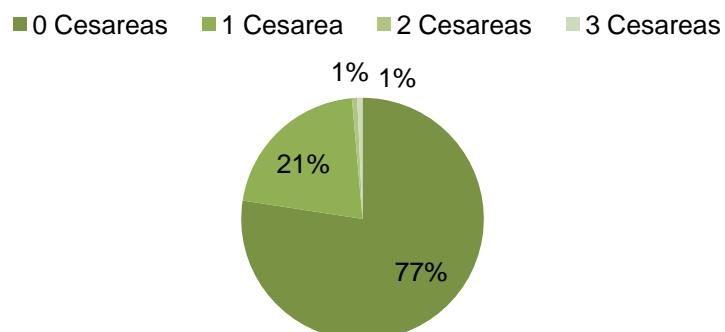
Al comparar el número de embarazos que han tenido las mujeres participantes a lo largo de su vida con la edad de inicio de la vida sexual se encontró que aquellas mujeres con mayor numero de gestaciones (6 gestaciones o más) son aquellas mujeres quienes iniciaron su vida sexual mas tempranamente 12 a 14 años y 15 a 19 años. (Figura 35).

Figura 36. Distribución porcentual de las mujeres según el número de partos



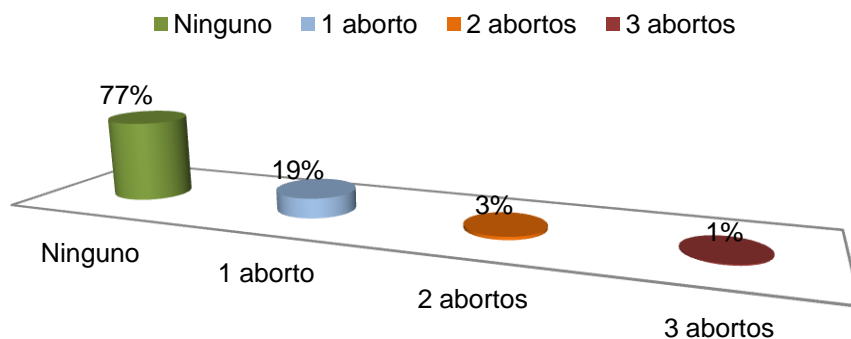
Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Figura 37. Distribución porcentual de las mujeres según el número de cesareas



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Figura 38. Distribución porcentual de las mujeres según el número de abortos

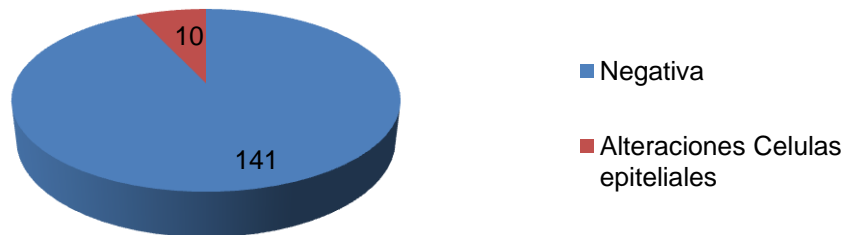


Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

El 23% de las mujeres han tenido uno o más abortos en su vida (Figura 38).

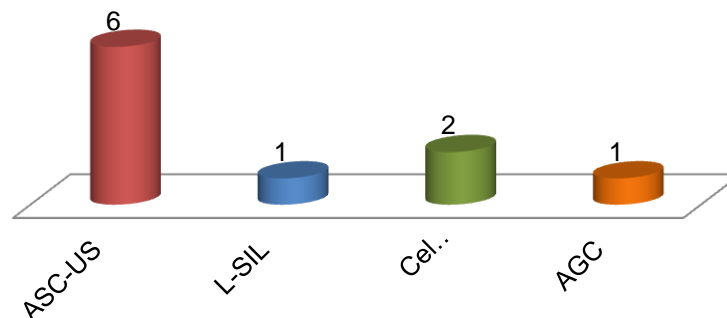
3.4 RESULTADOS DE LA CITOLOGÍA CERVICO-UTERINA

Figura 39. Resultados de la citología cervico-uterina



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

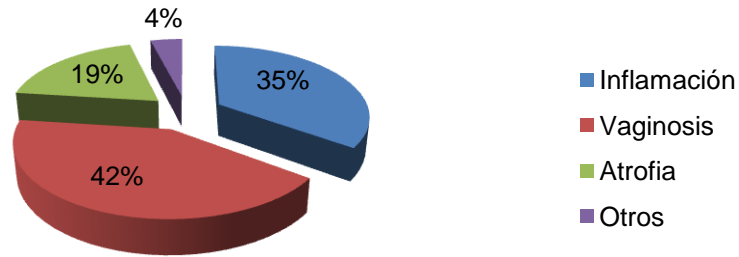
Figura 40. Distribución según el tipo de alteración en la citología



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

A las 151 mujeres a quienes se le realizaron la toma de citología vaginal se encontró que el resultado de dicha prueba fue negativa para alteraciones de células epiteliales en un 141 (93% mujeres) y 10 mujeres (7%) presentaron alteraciones en el resultado (Figura 39), siendo la de mas prevalencia el ASC-US, el cual se presento en 6 mujeres (60%), seguida por Alteraciones en las células endocervicales en 2 mujeres (20%) y por ultimo L-SIL con una mujer y AGC una mujer. (Figura 40).

Figura 41. Distribución porcentual según otros hallazgos en la Citología cervico uterina



Fuente: Base de datos Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos – centro de salud Alfonso López, Popayán 2011

Con respecto a otros hallazgos encontrados en la Citología cervicouterina de un total de 151 citologías 26 de ellas presentaron otros hallazgos, se tiene que en un 42% (11 mujeres) presento alteraciones vaginales sugestivas de vaginosis bacteriana, un 35% (9 mujeres) presento Inflamación del cuello uterino, atrofia en un 19% (5 mujeres) y otros hallazgos en un 4% (1 mujer). (Figura 41).

4. DISCUSIÓN

El programa mundial de alimentos a través del centro de salud Alfonso López entrega alimentos a niños menores de 7 años integrantes de familias en situaciones de pobreza, vulnerabilidad o desplazamiento residentes en la ciudad de Popayán. El programa busca contribuir a la nutrición de los niños a los que además se les hace seguimiento de crecimiento, desarrollo y vacunación. Las madres de estos niños son en una importante proporción cabeza de hogar y tienen diversidad de necesidades insatisfechas, en diferentes ámbitos: social, familiar, económico, afectivo, que de una u otra forma pueden repercutir negativamente en el binomio salud enfermedad, efectos que hasta el momento son en su mayoría desconocidos.

El desplazamiento forzoso por el conflicto armado que vive nuestro país es un drama que se evidencia a diario, independiente del lugar y del momento; esta problemática afecta en gran proporción y de diferentes maneras a la población femenina, quienes en muchos casos deben asumir la responsabilidad económica y la crianza de sus familias, por diversos motivos.

Al explorar acerca de los factores socioeconómicos que caracterizan a las mujeres beneficiarias del PMA se encuentra que es evidente que los factores de riesgo de la salud, guardan una estrecha relación con el nivel socioeconómico.⁵³

En el presente estudio se encontraron factores predisponentes para presentar vulneración de los derechos sexuales y reproductivos en las mujeres desplazadas y/o vulneradas, en especial los de tipo sociodemográfico, como la edad, condición de desplazamiento, tamaño de la familia, escolaridad, ocupación y estado civil, estos hallazgos no difieren de lo informado en estudios (como en la ENDS 2010 desarrollado por Profamilia y Salud y Desplazamiento realizado por la Universidad

⁵³ CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS HOGARES Y DE LA POBLACIÓN. ENDS 2010. Capítulo 3.

de Antioquia y la Organización Panamericana de la Salud aplicados en población desplazada o en condición de vulnerabilidad, los cuales también demostraron que estas condiciones afectan los factores protectores, aunque la dirección del efecto depende mucho del país, el sistema de salud y el tipo de población estudiada.

Al realizar la caracterización socio-demográfica de la población de mujeres desplazadas y/o vulnerables beneficiarias del Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas y comparado estos resultados con los obtenidos en la ENDS 2010 se encuentra que:

En la ENDS las características de las mujeres entrevistadas respecto a la edad, el estado conyugal y la educación:

Las mujeres adolescentes constituyen el 18 por ciento de las mujeres entrevistadas. Los porcentajes en los demás grupos quinquenales disminuyen a medida que aumenta la edad. Es así como las mujeres de 45-49 años solamente representan el 12 por ciento.

Las mujeres solteras representan casi la tercera parte del total (32 por ciento), las casadas la quinta parte, la tercera parte vive en unión libre, el 14 por ciento son separadas o divorciadas y dos por ciento viudas.

Más de la mitad de las mujeres (52 por ciento) tienen educación secundaria. Una quinta parte (24 por ciento) tiene educación superior una mejora con relación a lo observado en el 2005 (20 por ciento).

El 79 por ciento de las viviendas son casas y el 19 por ciento apartamentos. La mitad de las viviendas (51 por ciento) son casas propias y el 28 por ciento casas en arriendo. De los apartamentos, la mayoría son arrendados (13 por ciento).

El número de habitantes habituales de los hogares colombianos en el área urbana en un 23,3% son 4 habitantes y en un 22,9% son tres habitantes.

En la ENDS 2010 se clasificaron los hogares según la tipología de familias utilizada en muchos estudios de familia. Del total de hogares investigados, 10 por ciento son hogares unipersonales, 35 por ciento son hogares nucleares completos, 12 por ciento son hogares nucleares incompletos (faltan el padre o la madre) y 8 por ciento de parejas, jóvenes o viejas, sin hijos en el hogar. Se encontraron 14 por ciento de hogares de familia extensa completa (la pareja con hijos solteros vive con otras personas de la familia, que pueden ser otros hijos con su pareja y/o con hijos); una de cada diez familias son extensas incompletas (el o la jefe sin cónyuge vive con sus hijos solteros y otros parientes); 3 por ciento son extensas de parejas sin hijos en el hogar y otros parientes y 4 por ciento son otros tipos de hogares en que viven el jefe, otros parientes. Finalmente, el 4 por ciento se clasifica como familia compuesta por parientes y no parientes.

En el presente estudio se encontró que:

En el estudio realizado la mayoría de mujeres encuestadas se encuentra en el grupo de edad de 25 y 49 años, un 8% de la población era adolescente, las mujeres en unión libre representan el 59% de la población encuestada, seguida por las mujeres solteras con un 23%.

Respecto al nivel de estudios alcanzados por las mujeres participantes se encuentra que el 25% alcanzó la secundaria pero incompleta y un 15% de las mujeres han alcanzado un nivel de educación técnico o superior, aunque se puede evidenciar que en la medida que el nivel de educación aumenta el porcentaje de desempleo disminuye y el nivel de ingreso aumenta.

Se encontró que un 53% de las mujeres encuestadas se encontraban en situación de vulnerabilidad y el 47% fueron desplazadas de sus lugares de origen encontrándose como mayor zona expulsora la zona centro del departamento del Cauca en un 42%, seguida por la zona sur con un 37%, donde el principal motivo de desplazamiento fue el conflicto armado en general en un 68%.

Los resultados muestran que las mujeres en situación de vulnerabilidad son aquellas que tienen entre 20 y 24 años de edad, con un 62% y las mujeres que han sido desplazadas tienen de 15 a 19 años en un 64%.

Se evidenció respecto a la ocupación actual de las mujeres participantes que el 46% de ellas se encuentra desempleadas, un 23% son trabajadoras independientes y un 9% estudia.

Con respecto al ingreso familiar mensual en un 64% es menor a un SMMLV.

Por otra parte en relación con el tipo de vivienda de las mujeres encuestadas es posible notar que un 45% tienen vivienda propia y un 38% vive en arriendo. Al preguntar ¿con cuántas personas viven? un 46% respondió con una a tres personas, siendo la familia extensa el modelo predominante, hubo un 12% de familias mono-parentales donde son las mujeres las cabeza de familia.

En relación con la afiliación de las mujeres al SGSSS se encontró que el 78% de las mujeres tenían algún tipo de afiliación a algún régimen, siendo el subsidiado aquel que tiene más representantes con el 74% tanto en las mujeres vulnerables como en las mujeres desplazadas.

A cerca del nivel educativo de las mujeres en edad fértil (MEF), según la ENDS 2010, solamente hay 2 por ciento sin educación; 10 por ciento con primaria incompleta y 12 por ciento ha terminado la primaria; 26 por ciento tiene secundaria

incompleta y 25 por ciento ha terminado la secundaria. El 24 por ciento de las mujeres tiene educación superior en el 2010 en comparación con 20 por ciento en el 2005 y 15 por ciento en 2000.

La precariedad en sus ingresos económicos no solo condiciona el acceso de las mujeres, a los servicios de salud en general, incluyendo los servicios de toma de citología cervicouterina y planificación familiar, sino también condiciona el acceso a una vivienda adecuada para la familia, además esta situación está relacionada con la dificultad para insertarse en la vida laboral. Muchas de las mujeres desplazadas son de origen rural, poseen un bajo nivel educativo y por desconocer otros oficios identifican pocas opciones para obtener ingresos, lo que incita a las mujeres a vincularse a trabajos domésticos y al sector informal.

Se sabe que el nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus decisiones hacia el tamaño ideal de la familia y la práctica de la planificación familiar. Por otro lado, el nivel de educación está positivamente relacionado con la situación socioeconómica, la cual determina la demanda de servicios de salud y de planificación familiar.

En cuanto a la identificación de los factores de riesgo y los factores protectores o prácticas de autocuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, se encontró que:

Solo la mitad (75) de las mujeres tenían conocimiento sobre la técnica del autoexamen de seno. Y el grupo con mayor porcentaje de desconocimiento de la técnica de autoexamen de mama fue el de 15 a 19 años. De igual manera, aquellas que tenían mayor conocimiento sobre el autoexamen fueron quienes alcanzaron un nivel educativo más alto.

De aquellas 75 mujeres que conocían sobre la técnica de autoexamen de seno, solo el 76% de ellas lo realizaban. En relación con la frecuencia de realización del autoexamen de seno se encontró que la mayoría se realizaban el examen ocasionalmente y solo un 23% lo hacían cada mes.

Cuando se indagó entre las encuestadas si se habían realizado una citología previa un 93% respondió que si lo había hecho y un 7% respondió que no tenía citología previa. Se encontró que un 36% de mujeres adolescentes que no se la había realizado, son el grupo que coincide con una menor escolaridad.

De quienes se realizaron una citología previa, un 57% aseguraron realizarla cada año y respecto al resultado de la última citología refirieron en un 84% que esta fue normal. Se encontró que en las mujeres con 25 o más años un 8% presentó un resultado anormal. Un 7% de las mujeres que se había realizado la citología desconocía su resultado, en donde el principal factor para el desconocimiento fue el descuido en un 50%, seguido por desconocimiento debido a no explicación del resultado en un 40%.

Del 7% de mujeres sin citología previa, la principal razón para no realizarla fue el miedo al procedimiento.

Un 79% de las pacientes nunca asiste a chequeos médicos de rutina, solo lo hace ante la aparición de una dolencia o enfermedad. En un 63% las mujeres consultaron hace menos de 6 meses principalmente porque padecían signos o síntomas de alguna enfermedad general.

Un 13% asistió a control por planificación familiar y solo 2% asistió por presentar alguna molestia de tipo mamario.

Es importante resaltar que la variable régimen de afiliación al SGSSS muestra que las personas afiliadas al régimen contributivo tienen una mayor posibilidad de acceso a los servicios de salud, citologías, consultas medicas, planificación familiar que las no afiliadas a un régimen de seguridad social. En este aspecto hay que destacar que debido a las características socioeconómicas de la población estudiada -vulnerabilidad o desplazamiento (extrema pobreza) – hay pocos casos de afiliación a dicho régimen en el grupo estudiado.

En cuanto a la identificación de los factores de riesgo y los factores protectores o prácticas de autocuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, se tiene que:

La edad mínima de inicio de vida sexual fue 9 años y la máxima 26 años (promedio 17.6 años).

En cuanto al inicio de la vida sexual se observa que un 68% de las participantes iniciaron su vida sexual entre los 15 y los 19 años y un 20% entre 9 y 14 años.

Según la edad del primer compañero sexual se tiene que en un 45% tenían de 15 a 19 años y respecto al número de parejas sexuales que las mujeres han tenido a lo largo de su vida un 57% tuvo de 2 a 3 parejas.

En cuanto al número de parejas sexuales durante el último año, un 81% manifestó haber tenido una sola pareja.

Referente al uso de métodos de planificación familiar se encontró que un 70% de las mujeres encuestadas usaban algún método, siendo los métodos definitivos, especialmente la ligadura, los de mayor elección junto con el dispositivo intra uterino (DIU). Respecto a la decisión de uso de método anticonceptivo son las

mujeres quienes deciden hacerlo en un 59% y de las cuales el 26% asiste a control para planificación familiar.

En relación con los antecedentes ginecoobstétricos un 46% de las encuestadas ha tenido de dos a tres embarazos durante toda su vida. Aquellas que tuvieron más de 6 embarazos iniciaron su vida sexual entre los 12 y los 19 años y tienen un nivel educativo bajo.

En relación con el número de abortos, un 19% de las mujeres ha tenido un aborto. En comparación con lo encontrado en la ENDS 2010:

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) pasó de casi 7,0 hijos por mujer en 1965 a 2,5 hijos a finales del siglo. En veinte años, entre 1965 y 1985, la TGF disminuyó casi 50 por ciento, al pasar de 7,0 a 3,7.

El uso de anticonceptivos por parte de las mujeres en edad fértil pasó de 27 por ciento en 1964 a 72 por ciento en 1995 (Flórez, 2000, p. 55)⁵⁴

Al establecer la prevalencia de alteraciones en la citología de cuello uterino, los resultados obtenidos fueron:

Al realizar la toma de la citología cérvico uterina a las mujeres participantes, se encontró que un 93% no presentó ninguna anomalía en células epiteliales. El 7% restante presentó en un 60% ASC-US, 20% Células endocervicales atípicas, 10% L-SIL y 10% AGC.

⁵⁴ Flórez, Carmen E. (2000). Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX. Bogotá: Banco de la República y Tercer Mundo Editores. COLOMBIA: TENDENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES. ENDS 2010. Capítulo 2

Estas alteraciones se presentaron en mujeres que se habían realizado una citología previa y se presentaron en mujeres mayores de 25 años, en un gran porcentaje mujeres en unión libre y que iniciaron su vida sexual entre los 14 y 20 años, que han tenido entre 1 y más parejas sexuales y actualmente usan la mayoría algún método anticonceptivo, principalmente métodos hormonales.

Dentro de los demás hallazgos citológicos se evidencio un 42% con cambios sugestivos de vaginosis y 35% con inflamación del cuello uterino.

La Organización Mundial de Salud recomienda que la prevención primaria y secundaria sea fundamental en la lucha contra las enfermedades neoplásicas, siendo la educación en salud a la población un pilar importante para tomar conciencia de la necesidad de evaluaciones médicas periódicas para un diagnóstico precoz. El tamizaje o detección precoz de lesiones en la mama y en el cuello uterino ha demostrado reducir la mortalidad del cáncer de mama y del cáncer de cérvix, siendo la mamografía, el autoexamen de mama y la prueba de Papanicolaou en la actualidad, los mejores métodos de tamizaje de elección para estas neoplasias.⁵⁵

⁵⁵ **Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES).** http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832011000100005&script=sci_arttext. An. Fac. med. v.72 n.1 Lima ene./mar. 2011. Anales de la Facultad de Medicina. **Franco Romani¹ ; César Gutiérrez² ; José Ramos-Castillo³**

5. CONCLUSIONES

Según las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, el 89% (134) se encuentran en edad reproductiva, El 59% (89) se encuentran en unión libre y 48% (73) tiene una familia extensa. 71 mujeres (47%) se encuentran en condición de desplazamiento de las cuales 49(68%) lo son a causa del conflicto armado.

Se encuentra un nivel educativo bajo, 98 participantes, representadas en el 65% de la población encuestada, relacionado como un factor de riesgo en la no realización de prácticas de autocuidado como por ejemplo el autoexamen de seno, en donde solo 52% tenían algún conocimiento de esta práctica, de este 52%(79), 111 (74%) si referían que realizaban esta práctica de autocuidado y de estas últimas, el 22% (17 mujeres) lo practican cada mes, que es la recomendación que hacen las guías de atención en Colombia. Se encontró además que esta población de baja escolaridad es la que tiene un inicio de la vida sexual a más temprana edad, 132 (88%) inició su vida sexual antes de los 19 años, edad que está alrededor del promedio nacional de edad de inicio de la vida sexual. En este hecho también se evidenció que las participantes que habían tenido una edad más corta de inicio de vida sexual habían tenido mayor número de compañeros sexuales (138 (92%) de las mujeres de la investigación).

Hay una baja prevalencia de citología anormal en las mujeres en condición de desplazamiento o vulnerabilidad, 10 mujeres (7%) que participaron en esta investigación, se estima que la prevalencia general está entre 5%-8%⁵⁶⁵⁷ dato comparativo con otras investigaciones. Es importante hacer una evaluación de

⁵⁶ Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papilloma virus infection in young women. N Engl J Med. 1998;338:423-8.

otras alternativas diagnósticas complementarias para incrementar la efectividad de los programas de prevención del cáncer cervical.

⁵⁷ 36. Castañeda-Iñiguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública Mex 1998;40:330-8.

6. RECOMENDACIONES

Una condición limitante del presente estudio es la poca adherencia de la población a la prueba de tamizaje para la detección temprana de alteraciones del cuello uterino como lo es la citología, porque las mujeres de esta población utilizan con baja frecuencia este tipo de servicio. Otros aspectos problemáticos son la dificultad para obtener información confiable sobre la vida sexual de las mujeres participantes; no se investigó comportamiento sexual de los compañeros, hábitos nutricionales y sobre otras enfermedades de transmisión sexual.

Se deben crear estrategias para aumentar la adhesión a las prácticas de autocuidado como el autoexamen de mama y la citología cervicouterina en las mujeres de todos los grupos poblacionales; a través de campañas educativas, facilidades en la realización de estas pruebas en los centros de salud y la organización por cada centro de salud de un directorio del sector con la población objeto que ayuden a una mejor captación de las mujeres en edad reproductiva.

Se recomienda a la Universidad del Cauca que a través del Centro de Salud Alfonso López y a Bienestar Estudiantil ofrecer tanto a la comunidad en general como estudiantil mayor acceso a la información a través de campañas educativas que brinden orientación sobre prácticas de autocuidado y métodos de planificación familiar.

Se sugiere al Centro de Salud Alfonso López realizar un adecuado control y seguimiento a las pacientes que acuden, para poder implementar unas estrategias de educación y captación más apropiadas a las necesidades del sector.

Es de vital importancia para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, inculcar las prácticas de autocuidado y una vida sexual sana y responsable, desde

los colegios con niñas de todos los grupos de edades, enfocándose en la promoción de la salud y prevención de una futura enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

ACNUR. Protegiendo a los Refugiados. Los desplazados internos en el mundo. [en línea] [20 de Noviembre 2010] disponible en [http://www.acnur.org/index.php?id_pag=169]

NACIONES UNIDAS. SEMINARIO REGIONAL SOBRE DESPLAZAMIENTO INTERNO EN AMÉRICA. CIUDAD DE MÉXICO, 2004 [en línea] [20 de Noviembre de 2010] disponible en [http://www.brookings.edu/fp/projects/idp/conferences/MexReportSpanish.pdf]

ACNUR La Agencia de la ONU para los refugiados. ¿Qué es el ACNUR? [en línea] [20 de Noviembre de 2010] disponible en [http://www.acnur.org/t3/el-acnur/estructura/que-es-el-acnur/]

República de Colombia. Ministerio De La Protección Social. LEY 387 DE 1997 18 de julio de 1997. DEL DESPLAZADO Y DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO Artículo 1º [en línea] [20 de Noviembre de 2010] disponible en: [http://mps.minproteccionsocial.gov.co/pars/cajaherram/documentos/Biblioteca/CompendioNormativo/Ley_387.pdf]

Desplazados y Desesperados: Evaluación sobre la Salud Reproductiva en la Población Desplazada en Colombia. Versión original en inglés publicada en febrero 2003 por el Reproductive Health Response in Conflict Consortium. Traducida al español y actualizada en marzo de 2004 [en línea] Consultado en Noviembre 20, 2010 en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4831.pdf>

ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA. Migración y población desplazada [en línea]. [20 de Noviembre de 2010] disponible en [<http://www.onusida.org.co/desplaz.htm>]

PACHECO S. Carlos Iván. Derechos sexuales y reproductivos en la población desplazada. *Al tablero* [Periódico electrónico] No. 28, MARZO-ABRIL 2004. Consultada Noviembre 20, 2010. En línea en:<http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-87386.html>

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ZONAS MARGINALES: SITUACIÓN DE LAS MUJERES DESPLAZADAS. 2001. PROFAMILIA [en línea]. Consultado en Noviembre 20, 2010 en: <<http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/profamilia/saludsexual1.htm>>

GUTIÉRREZ, Antonio. Alto Comisionado para los Refugiados de las Naciones Unidas. “Los Complejos Desplazamientos Mundiales Exigen Nuevas Estrategias.” Comunicado de prensa [en línea]. [02 de diciembre de 2010] disponible en: [http://www.acnur.org/index.php?id_pag=6887]

ACCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Agencia presidencial para la Acción social y la cooperación internacional. Desplazamiento forzado en Colombia. 2010 [en línea]. [01 de diciembre de 2010] disponible en: [<http://www.cancilleria.gov.co/wps/wcm/connect/7f9823004218ec40afefef9089330988/Informe+Desplazamiento+Forzado+en+Colombia+-+Feb+2010+-+PER.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=7f9823004218ec40afefef9089330988>]

ABELLA HERRERA, William Efraín. DESPLAZAMIENTO: EL CAUCA EN CRISIS 29 octubre de 2007 [en línea]. [20 de Noviembre de 2010] disponible en [<http://www.unicauca.edu.co/columna.php?idn=971>]

LÓPEZ ZULIMA ET AL. Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y sida en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia. Junio de 2010, [en línea].[27 de noviembre de 2010] disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000100003&lang=pt]

GIRALDO NARANJO, Gloria. El desplazamiento forzado en Colombia. Reinención de la identidad e implicaciones en las culturas locales y nacionales. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona N° 94 (1), 1 de agosto de 2001. [en línea] [27 de Noviembre de 2010] disponible en: [http://www.ub.es/geocrit/sn-94-37.htm]

Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo. Desplazados internos [en línea]. [27 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/74]

REPÚBLICA DE COLOMBIA. DECRETO NUMERO 2569 DE 2000 diciembre 12. TITULO II: Condición de desplazado - Artículo 2° [en línea].[27 de Noviembre 2010] disponible en: [http://sucre-sucre.gov.co/apc-aa-iles/35376663323638663062376636613264/DECRETO_2569_DE_2000__P OBLACION_DESPLAZADA.pdf]

REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 387 DE 1997. Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado, T I T U L O I. Artículo 1° [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://mps.minproteccionsocial.gov.co/pars/cajaherram/documentos/Biblioteca/CompendioNormativo/Ley_387.pdf]

NACIONES UNIDAS. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. Seminario Internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe Santiago de Chile, 20 y 21 de junio de 2001. VULNERABILIDAD SOCIAL: NOCIONES E IMPLICANCIAS DE POLÍTICAS PARA LATINOAMÉRICA A INICIOS DEL SIGLO XXI [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/8283/GBusso.pdf>]

PÉREZ DE ARMIÑO, Karlos. Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo. Vulnerabilidad [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/228>]

ROBERTO PIZARRO. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. S E R I E estudios estadísticos y prospectivos. División de Estadística y Proyecciones Económicas. Santiago de Chile, febrero de 2001. Publicación de las Naciones Unidas [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/6553/lcl1490e.pdf>]

Reglas de Brasilia sobre acceso a la Justicia de las personas en condición de vulnerabilidad [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.cumbrejudicial.org/c/document_library/get_file?uuid=6fe6feca-4300-46b2-a9f9-f1b6f4219728&groupId=10124]

Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Organización Mundial de la Salud (OMS)- Asociación Mundial de Sexología (WAS). Guatemala 19 al 22 de mayo de 2000 [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www2.huberlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/SPANISCH/SALUD.HTM#cont9>]

Reproductive Health Outlook (RHO) en Español. Definición de Salud Reproductiva de la OMS. [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.icmer.org/RHO/html/definition_.htm]

Definición de Salud Reproductiva de la OMS. Lucía Mazarrasa Alvear, Sara Gil Tarragato [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_1_2.pdf]

La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano. Revista Panamericana de Salud Pública vol. 4 n. 3 Washington Sept. 1998 [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000900015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Bogotá, febrero de 2003 [en línea]. [27 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf]

FONDO DE DESARROLLO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA MUJER UNIFEM. Situación de las Mujeres en Colombia. *Informe de UNIFEM, septiembre 2005*. [en línea]. Consultado Noviembre 20, 2010 en: http://www.acnur.org/paginas/index.php?id_pag=4219

PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS – Quienes somos [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://es.wfp.org/qui%C3%A9nes-somos]

Salud y desplazamiento Colombia y países vecinos. PMA Programa Mundial de Alimentos [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en:

[<http://www.disaster-info.net/desplazados/instituciones/datosinstitucion.php?idinstit=321>]

MIRADAS A FONDO Porque tod@s cuentan. Boletín Electrónico del Fondo de Población de las Naciones Unidas – Colombia [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.unfpacolombia.org/docs/newsletter/0236496.pdf>]

REPÚBLICA DE COLOMBIA. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Bogotá, febrero de 2003. [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf]

ORTEGA S, Renata. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud Sexual de Usuari@s de Atención Primaria [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.scribd.com/doc/15875695/FACTORESPROTECTORESYPRIESGOPARALASS1#open_download]

JARAMILLO VÉLEZ, DIVA ESTELA; URIBE JARAMILLO, TULIA MARÍA. LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER: UN COMPROMISO DEL PERSONAL DE SALUD. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Mayo de 1998 [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGeneroCache/Pagina_DesarrHumano_000494.html]

SEXUALIDAD CUADERNILLO ESTUDIANTIL. PROFAMILIA [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.profamilia.org.co/images/stories/cuadernillos/sexualidad_p.pdf]

VARELA MARTÍNES, SILVANA. Citología Cervical. RevMedHondur 2005; Vol. 73:131-136. [en línea]. Consultado en Noviembre 20, 2010 en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO EN CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA. MINISTERIO DE SALUD. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Serie de Normas Técnicas N° 43. Dra. María Luz Miraval Toledo Dra. Cecilia Morón Cortijo, Departamento de Patología Centro Nacional de Laboratorios de Salud Pública, 2005. [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.scribd.com/doc/2029271/MANUAL-DE-CITOLOGIA-CERVICO-UTERINA>]

GINECOWEB. Control anual: la citología cérvico-vaginal. Dr. Ricardo Gómez Betancourt [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.ginecoweb.com/0citologia.html>]

Organización Panamericana de la Salud Infecciones de transmisión sexual ITS-VIH SIDA [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161705>]

Center of young Women's Health. Children's Hospital Boston. Infecciones vaginales. 10/6/2005 [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.youngwomenshealth.org/spvag.html>]

NPIN. Centro Nacional de Prevención e Información. Las ETS, el VIH/SIDA y la tuberculosis: Hacer la conexión SIDA [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.cdcnpin.org/scripts/espanol/ets/s_connect.asp]

CENTRO JOVEN DE ANTICONCEPCIÓN Y SEXUALIDAD. Enfermedades de Transmisión Sexual [en línea]. Consultado en Noviembre 20 de 2010 en <http://www.centrojoven.org/ets.htm>

UNFPA. EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2004: Salud reproductiva para comunidades en crisis. [en línea]. [21 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch10/index.htm>]

República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto número 3039 de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Capítulo IV. Situación de Salud. Población en condiciones de vulnerabilidad [en línea]. [21 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/SaludP%C3%BAblica.aspx>]

Kálin, Walter. Representante del secretario General de las naciones unidas para los derechos de las personas desplazadas. “EN COLOMBIA EL MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL PARA BRINDAR ASISTENCIA A LOS DESPLAZADOS ES BUENO, PERO SU NO IMPLEMENTACIÓN AFECTA LOS DERECHOS DE LOS DESPLAZADOS”. Visita oficial a Colombia del alto Comisionado para los derechos humanos de las NO en junio de 2006 [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: <http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/relatoresespeciales/2006/ConclusionesRelatorDesplazamiento.pdf>

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 TITULO I [en línea]. [20 de Noviembre 2010] disponible en: <http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>

República de Colombia. Ministerio de Salud. RESOLUCIÓN 412 DE 2000. ARTÍCULOS 8 Y 9 [en línea].[27 de Noviembre 2010] disponible en: http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo/resolucion_412_2000.pdf

Naciones Unidas. Centro de información. CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER 1979 [en línea].[20 de Noviembre 2010] disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/mujer/conv.htm>

Congreso de la República de Colombia. LEY 387 DEL 18 DE JULIO DE 1997 [en línea].[20 de Noviembre 2010] disponible en: [http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/avre/2003/guiaatpsico/08_c07referencias.htm]

PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL. MUNICIPIO DE POPAYÁN. CAPITULO VIII DIMENSIÓN SOCIAL [en línea].[20 de Diciembre 2010] disponible en: [<http://www.crc.gov.co/files/ConocimientoAmbiental/POT/popayan/8%20SOCIAL.pdf>]

PROPUESTA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON HABITANTES DE Y EN CALLE DEL BARRIO ALFONSO LÓPEZ DE LA CIUDAD DE POPAYÁN 2005. DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA FUNDASER ULAF – POPAYÁN [en línea].[3 de Enero 2010] disponible en: [www.descentralizadrogas.gov.co/tratamiento/memorias/PRESENTACION_EVENTO_POPAYÁN.ppt]

Buenas Prácticas Para Superar El Conflicto. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fortalecimiento del tejido social en el barrio Alfonso López de Popayán [en línea].[3 de Enero 2010] disponible en: [http://www.saliendodelcallejon.pnud.org.co/buenas_practicas.shtml?x=7566]

PROFAMILIA. SITUACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ZONAS MARGINALES: Situación de las mujeres desplazadas [en línea].[26 de Noviembre 2010] disponible en: [<http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/profamilia/saludsexual1.htm>]

NORIA, A. FABIOLA. MUJERES DESPLAZADAS POR EL CONFLICTO ARMADO [en línea].[26 de Noviembre 2010] disponible en: http://www.ciudadpolitica.com/modules/newbb/viewtopic.php?post_id=1819

ANEXOS

ANEXO A: VARIABLES Y SU NIVEL DE MEDICIÓN

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA O NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
Características socio demográficas de las mujeres en situación de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del PMA	Patrones demográficos de la población a la cual pertenecen.	EDAD	Periodo de tiempo dado de años, desde el nacimiento hasta la fecha, de la mujer participante	RAZÓN	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?
		ESTADO CIVIL ACTUAL	Condiciones de convivencia conyugal o no de cada una de las mujeres participantes	NOMINAL	¿Cuál su estado civil en este momento?
		NIVEL ACADÉMICO	Cada una de las etapas en que se dividen los estudios del sistema educativo alcanzadas por las mujeres participantes.	ORDINAL	¿Qué tipo de estudios ha realizado usted?
		ORIGEN	Lugar donde nació una persona	NOMINAL	¿Dónde nació usted?
		PROCEDENCIA	Lugar de residencia antes de establecerse en el lugar de residencia actual	NOMINAL	¿Dónde vivía usted antes llegar a Popayán?
		PERMANENCIA	Estancia en un lugar durante el tiempo comprendido entre el momento del desplazamiento hasta la actualidad	RAZÓN	¿Hace cuánto tiempo vive en ésta ciudad?
		MOTIVO DEL CAMBIO DE RESIDENCIA	Condición que forzó a trasladarse a un nuevo lugar de residencia	NOMINAL	¿A qué se debe su desplazamiento?
		RELACIONES FAMILIARES	Conducta o destreza social de interacción recíproca entre dos o más personas.	NOMINAL	¿Con quién vive usted actualmente?

		CONVIVENCIA	Referente a la vida en común con una o varias personas	NOMINAL	¿Cuántas personas viven con usted?
		RESIDENCIA ACTUAL	Condición en la que habita el lugar donde está actualmente establecida	NOMINAL	¿En qué condición habita la vivienda?
		OCUPACIÓN	Profesión u oficio que desempeña actualmente para ganar el sustento personal o familiar	NOMINAL	¿Cuál es su ocupación actual?
		INGRESOS ECONÓMICOS	Forma de ingresos en dinero recibidas por un oficio u ocupación por parte de uno o varios miembros de la familia	NOMINAL	¿Cuáles son sus ingresos actuales?
Factores de riesgo y factores protectores relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres vinculadas al PMA	Características personales o aspectos del ambiente, capaces de favorecer al desarrollo de la SSR o afectarlo negativamente.	PRACTICA DE LAS RELACIONES SEXUALES	Desarrollar un conjunto de comportamientos eróticos involucrando dos o más personas dentro del coito.	NOMINAL	¿Ha tenido usted relaciones sexuales?
		EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES	Tiempo en años en la cual tuvo la primera relación sexual la mujer participante	RAZÓN	¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?
		EDAD DE SU PRIMER COMPAÑERO SEXUAL	Tiempo en años del primer compañero sexual	RAZÓN	¿Qué edad tenía la persona con la que tuvo su primera relación sexual?
		NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES DESDE EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL	Numero de las personas con las cuales ha tenido relaciones sexuales vaginales, anales y/u orales desde el inicio de su vida sexual	RAZÓN	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido hasta el momento?
		NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES EN EL ULTIMO AÑO	Número de personas con las cuales ha tenido relaciones sexuales vaginales, anales y/u orales, en el último año	RAZÓN	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año?

		USO HABITUAL DEL CONDÓN	Utilización o implementación de preservativo durante la cópula sexual vaginal, anal y/u oral desde el inicio de la vida sexual.	NOMINAL	¿Durante el tiempo que usted está teniendo relaciones sexuales su(s) pareja(s) ha(n) usado condón en las relaciones sexuales?
		PAREJA SEXUAL	Persona con la que se establece una relación o vínculo de carácter sexual	NOMINAL	¿Actualmente tiene pareja sexual?
		USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Utilización o implementación de un medio, una práctica o un agente que evita las posibilidades de fecundación.	NOMINAL	¿Usa(n) actualmente usted o su pareja, algún método anticonceptivo?
		CONTROL POR PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Conjunto de prácticas desarrolladas por la pareja con la orientación de un profesional de la salud orientadas al control de la reproducción	NOMINAL	¿Asiste a control por planificación familiar?
		ELECCIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Implementación de un método anticonceptivo idóneo para las características de la pareja que permita una mejor salud sexual	NOMINAL	¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos usa usted o su pareja?
Prácticas de autocuidado de la salud sexual y reproductiva que tiene las mujeres	Aquellas cuidados que se proporciona la persona para mejorar su condición de	AUTO EXAMEN DE SENO	Examen de las mamas que se realiza una mujer para comprobar la presencia de nódulos u otros cambios	NOMINAL	¿Sabe usted como se hace el auto examen de seno?
		PRACTICA DE AUTO EXAMEN DE SENO	Autoevaluación de las estructuras mamarias, incluyendo los pezones.	NOMINAL	¿Practica usted el auto examen de seno?

beneficiarias al PMA.	bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo y sexual del individuo.	FRECUENCIA DEL AUTO EXAMEN DE SENO	Periodicidad con que se repite el auto examen de seno	RAZÓN	¿Cada cuanto se hace el auto examen de seno?
		CITOLOGÍA CERVICO UTERINA	Estudio de las células mediante un microscopio de una muestra tomada correctamente del cérvix uterino	NOMINAL	¿Se ha hecho hacer la citología cervicouterina?
		FRECUENCIA DE LA CITOLOGÍA CERVICO UTERINA	Periodicidad con que se hace realizar la citología cérvico uterina	RAZÓN	¿Con que frecuencia se realiza la citología?
		ULTIMA CITOLOGÍA CERVICO UTERINA	Última ocasión en que se hizo realizar la citología cérvico uterina	NOMINAL	¿Cuándo fue la última citología?
		RESULTADO DE LA ULTIMA CITOLOGÍA	Ultimo resultado conocido de la citología cérvico uterina	NOMINAL	¿Cuál fue el resultado de la última citología?
		DESCONOCIMIENTO DEL RESULTADO	Ausencia de conocimiento del último resultado de la citología cérvico uterina	NOMINAL	¿Cuál es la razón para desconocer el resultado de la citología?
		ABSTENCIÓN A LA CITOLOGÍA CERVICO UTERINA	Ausencia de la realización de la citología cérvico uterina	NOMINAL	¿Si no se ha realizado la citología, cuál es la principal razón para NO hacerlo?
		CONTROL MEDICO	Obtención de un chequeo médico completo mediante la evaluación de riesgos para la salud	NOMINAL	¿Asiste usted a recibir atención en salud aunque NO tenga alguna dolencia?
		ULTIMA ATENCIÓN EN SALUD	Última ocasión en que asistió a recibir algún tipo de atención en salud	NOMINAL	¿Cuál fue la última vez que asistió a recibir

					atención en salud?
		ULTIMO MOTIVO(S) DE CONSULTA	Ultima razón por la cual asistió a una consulta o requirió asistencia en salud	NOMINAL	¿Cuál fue el motivo o los motivos por los que asistió a recibir atención en salud, la última vez que consultó?

ANEXO B: INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO DATOS DE LAS PARTICIPANTES

SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y/O DESPLAZAMIENTO BENEFICIARIAS DEL PLAN MUNDIAL DE ALIMENTOS – CENTRO DE SALUD ALFONSO LÓPEZ, POPAYÁN 2011

INVESTIGADORES:

DIANA ANDREA GARCÉS VIDAL

YENNI TATIANA MUÑOZ CÓRDOBA

CLAUDIA MILENA OROZCO CHAMORRO

DANIEL MAURICIO RINCÓN FERNÁNDEZ

- Instrucciones para la aplicación de la encuesta

CAPÍTULO I

DATOS GENERALES (SOCIO DEMOGRÁFICOS)

Hace referencia a las variables sociodemográficas, con un total de 12 preguntas algunas estructuradas y otras abiertas:

- ✓ Para las preguntas estructuradas se debe marcar con equis (X) en la respectiva casilla, dependiendo de la calificación que de la entrevistada para el enunciado planteado.

Todas las preguntas deben tener solo una opción marcada. (Preguntas 2, 3, 7, 10, 11, 12).- Se aclara que en algunas preguntas si la respuesta es otro(s), se deberá complementar la respuesta en el espacio abierto ¿Cuál?_____.

- ✓ Las preguntas abiertas tienen el espacio para escribir la información que se solicite a la participante. Ejemplo: ¿donde nació usted? se colocará el nombre del municipio donde nació la participante. ¿Donde vivía usted cuando fue desplazada? Registre el lugar de residencia en el cual vivía la mujer al momento de ser desplazada. Esta información deberá corresponder con los datos que posee la coordinación de acción social para la atención a la población desplazada.(Preguntas 1,4,5,6,8,9)

CAPÍTULO II

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO

Hace referencia a las variables relacionadas con las prácticas de autocuidado que ejerce la mujer con relación a su salud sexual y reproductiva. En este capítulo hay tres tipos de pregunta: dicotómicas (si/no), estructuradas con una sola opción de respuesta y abiertas.

- ✓ Las preguntas dicotómicas (si/no), se debe marcar con equis (X) una de las opciones, según corresponda (preguntas 13, 14 y 16).
- ✓ Las preguntas estructuradas se marcará con equis (X) el número que corresponda de acuerdo a la respuesta obtenida, es importante aclarar que se debe marcar una sola opción y en las que tienen la opción otra (otro), se deberá complementar escribiendo ¿cuál? en el espacio en blanco (preguntas 15, 17, 19, 20, 21 y 22).
- ✓ Las preguntas abiertas tienen el espacio para escribir el dato que se solicite a la participante. Ejemplo: fecha, se escribirá el día, el mes y el año en números arábigos (preguntas 18, 23, 24 y 25).

CAPITULO III

FACTORES DE RIESGO/ FACTORES PROTECTORES PARA LA SSR

Esta parte hace referencia a las variables relacionadas con las conductas protectoras y de riesgo para la salud sexual y reproductiva que tienen las mujeres. En este capítulo hay tres tipos de pregunta: dicotómicas (si/no), estructuradas con una sola opción de respuesta y abiertas.

- ✓ Las preguntas dicotómicas (si/no), se debe marcar con equis (X) una de las opciones, según corresponda (preguntas 26, 32, 33 y 38).
- ✓ Las preguntas estructuradas se marcará con equis (X) el número que corresponda de acuerdo a la respuesta obtenida, es importante aclarar que se debe marcar una sola opción y en las que tienen la opción otra (otro), se deberá complementar escribiendo ¿cuál? en el espacio en blanco (preguntas 31, 34, 35 y 36).
- ✓ Las preguntas abiertas tienen el espacio para escribir el dato que se solicite a la participante. Ejemplo: fecha, se escribirá el día, el mes y el año en números arábigos (preguntas 27, 28, 29, 30 y 37).

Al finalizar quien diligenció la encuesta debe colocar en el espacio correspondiente su nombre completo en letra legible, su firma y documento de identidad. No se le olvide agradecer la atención y respuesta de las personas que brindaron la información.

ANEXO C: INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO

SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y/O DESPLAZAMIENTO BENEFICIARIAS DEL PLAN MUNDIAL DE ALIMENTOS – CENTRO DE SALUD ALFONSO LÓPEZ, POPAYÁN 2011

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE EXÁMENES PRACTICADOS

En esta parte se consignaran los resultados de la prueba de laboratorio realizada a las madres, la citología vaginal. En este capítulo hay dos tipos de pregunta: dicotómicas (si/no) y estructuradas con una sola opción de respuesta.

- ✓ Las preguntas dicotómicas (Negativa/Positiva o Alterada), se debe marcar con equis (X) una de las opciones, según corresponda (preguntas 38, 40 y 41).
- ✓ Las preguntas estructuradas se marcará con equis (X) el número que corresponda de acuerdo al resultado obtenido en caso de que la respectiva prueba este positiva o alterada (preguntas 39 y 42).



SITUACION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y/O DESPLAZAMIENTO BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS – CENTRO DE SALUD ALFONSO LÓPEZ, POPAYÁN 2011.

ANEXO D: INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS PARTICIPANTES

Identificación de la encuesta

No. de encuesta	
-----------------	--

Esta encuesta permitirá recoger información para contribuir al mejoramiento de las acciones de Salud Sexual y Reproductiva, en su comunidad.

Le solicitamos la conteste con absoluta **tranquilidad y** con toda **sinceridad**.

No sienta temor en contestar lo que piensa, siente, o hace; los datos se manejarán de manera confidencial.

El cuestionario es anónimo (sin nombre), por lo cual nadie se enterará de lo que usted responda.

CAPITULO 1 – Datos Generales (Socio demográficos)

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

_____ años

2. ¿Cuál es su estado civil?

2.1	Casado	
2.2	Soltero	
2.3	Unión libre	
2.4	Viudo	
2.5	Separado	

3. ¿Dónde nació usted?

Municipio _____

3.1	Zona Centro	
3.2	Zona Norte	
3.3	Zona Sur	
3.4	Zona Oriente	
3.5	Zona Occidente	
3.6	Municipio otro departamento	

4. ¿Donde vivía usted antes de llegar a Popayán?

4.1. Municipio _____

4.2. Departamento _____

4.3	Zona Centro	
4.4	Zona Norte	
4.5	Zona Sur	
4.6	Zona Oriente	
4.7	Zona Occidente	
4.8	Municipio otro departamento	

5. ¿Hace cuánto tiempo vive en ésta ciudad?

_____ meses _____ años

6. ¿A qué se debe su desplazamiento?

7.1	Conflicto armado en general	
7.2	Falta de oportunidades	
7.3	Otra razón	

Cuál? _____

7. ¿Tiene un carné que le cubra la atención en salud?

1. No 0. Si

Si responde No pase a la pregunta 9 de lo contrario continúe con la pregunta 8.

8. ¿A qué entidad se encuentra afiliado?

9. Régimen de SS

1. Contributivo	2. Subsidiado	3. Vinculado
-----------------	---------------	--------------

10. ¿Con quién vive usted actualmente?

(Mencione la relación o parentesco de las personas con las que vive) _____

11. ¿Cuántas personas viven con usted? _____

12. ¿La casa en la que vive ahora es:

12.1	Propia	
12.2	Arrendada	
12.3	De familiares	
12.4	De amigos	

13. ¿Qué tipo de estudios ha realizado usted?

13.1	Analfabeta	Lee	No lee
13.1	Primaria Incompleta		
13.2	Primaria Completa		
13.3	Secundaria Incompleta		
13.4	Secundaria Completa		
13.5	Técnicos		
13.6	Otros		

Cuál(es) _____

14. ¿Cuál es su ocupación actual?

14.1	Comerciante	
14.2	Estudiante	
14.3	Trabajador independiente	
14.4	Desempleado	
14.5	Subempleado	
14.6	Otro tipo de trabajo	

Cuál? _____



SITUACION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y/O DESPLAZAMIENTO BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS – CENTRO DE SALUD ALFONSO LÓPEZ, POPAYÁN 2011.

15. El ingreso familiar teniendo en cuenta todos los que aportan en su familia actualmente es

15.1	Menos de 1 salario mínimo	
15.2	Un salario mínimo	
15.3	Entre 2 y 3 salarios mínimos	
15.4	Otro	

Cuál? _____

CAPITULO 2 – PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

AUTOEXAMEN DE SENO:

16. ¿Sabe usted como se hace el auto examen de seno?

1. No	<input type="checkbox"/>	0. Si	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

17. ¿Lo practica?

1.No	<input type="checkbox"/>	0. Si	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-------	--------------------------

18. ¿Cada cuánto lo hace?

18.1	Cada mes	
18.2	Cada 2-3 meses	
18.3	Ocasionalmente	

CITOLOGIA CERVICO-UTERINA:

19. ¿Se ha hecho hacer la citología?

1.No	<input type="checkbox"/>	0. Si	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-------	--------------------------

20. ¿Con qué frecuencia se realiza la citología?

20.1	Cada seis meses	
20.2	Cada año	
20.3	Cada dos años	
20.4	Cada tres o más años	

21. ¿Cuándo fue la última citología?

Fecha DD__ MM__ AA__	No Recuerda <input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------------------

22. ¿Cuál fue el resultado de la última citología?

22.1	Normal	
22.2	Anormal	
22.3	Lo desconoce	

23. ¿Si desconoce el resultado cuál es la razón?

23.1	No recibí el resultado por descuido	
23.2	Demora en la entrega	
23.3	No me lo explicaron el resultado	
23.4	Otra razón	

¿Cuál? _____

24. ¿Si no se ha realizado la citología, cuál es la principal razón para NO hacerlo?

24.1	Lo considera innecesario	
24.2	Falta de medios económicos	
24.3	Le da vergüenza	
24.4	Le da miedo el procedimiento	
24.5	Por descuido	
24.6	Otra razón	

¿Cuál? _____

ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD GENERAL:

25. ¿Asiste usted a recibir atención en salud aunque NO tenga alguna dolencia?

1.Siempre	<input type="checkbox"/>	2.Algunas veces	<input type="checkbox"/>	3.Nunca	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

26. ¿Cuál fue la última vez que asistió a recibir atención en salud?

¿Recuerda la fecha? (mes/año) _____
Si no la recuerda ¿Hace cuánto tiempo aproximadamente? _____

27. ¿Cuál fue el motivo o los motivos por los que asistió a recibir atención en salud, la última vez que consultó?

1. _____
2. _____



SITUACION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y/O DESPLAZAMIENTO BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS – CENTRO DE SALUD ALFONSO LÓPEZ, POPAYÁN 2011.

CAPITULO 3 – FACTORES DE RIESGO/ FACTORES PROTECTORES PARA LA SSR

28. ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual? _____ Años

29. ¿Qué edad tenía la persona con la que tuvo su primera relación sexual? _____ Años

30. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido usted hasta el momento? _____

31. ¿Cuántos en el último año? _____

MARQUE CON X SÓLO UNA OPCIÓN, DE ACUERDO A SU REALIDAD.

32. ¿Actualmente tiene pareja sexual?	
0. No <input type="checkbox"/>	1. Si <input type="checkbox"/>

33. ¿Usa(n) actualmente usted o su pareja, algún método anticonceptivo?	
1. No <input type="checkbox"/>	0. Si <input type="checkbox"/>

34. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos usa actualmente, usted o su pareja? (marque con X él que más usan ahora. Puede marcar más de una opción si usted o su pareja usan más de uno)			
34.1	Condón	34.8	Ligadura
34.2	AOC (píldora combinada)	34.9	Vasectomía
34.3	PSP (solo progestina)	34.10	Mela
34.4	Inyección mensual	34.11	Método del ritmo
34.5	Inyección trimestral	34.12	Coito Interrumpido
34.6	Implante(pila)	34.13	Píldora de emergencia
34.7	Dispositivo (DIU)	34.14	Otro ¿Cuál? _____

35. Si respondió que usa el condón, ¿Con que frecuencia lo usa(n) ahora?	
35.1	Siempre
35.2	Algunas veces

36. Cuando utilizan el condón, lo hacen:		
36.1	Desde que comienza la relación sexual	
36.2	Solo al momento de la penetración del pene	
36.3	Solo cuando el compañero va a eyacular	

37. ¿Quién toma la decisión de usar métodos de planificación?		
1. Yo	2. Mi compañero	3. Los dos

38. ¿Asiste a control por planificación familiar?	
1. No <input type="checkbox"/>	0. Si <input type="checkbox"/>

39. Antecedentes ginecoobstetricos			
Fecha de primera menstruación: _____ años			
G:	P:	C:	A:

¡Muchas gracias por su participación!

Nombre del investigador que entrevistó

Firma: _____



SITUACION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y/O DESPLAZAMIENTO BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS – CENTRO DE SALUD ALFONSO LÓPEZ, POPAYÁN 2011.

INSTRUMENTO PARA DATOS DE LABORATORIO

CAPITULO 4 – RESULTADOS DE EXAMENES PRATICADOS: (Sólo para uso de investigadores)

40. - CITOLOGÍA CERVICO UTERINA	
0. Negativa <input type="checkbox"/>	1. Alteración de células epiteliales <input type="checkbox"/>

41. – Tipo de alteración en las células	
41.1	ASC-US Significado indeterminado
41.2	ASC-H Que no pueden excluir H-SIL
41.3	L-SIL HPV NIC-I DisplasiaLeve
41.4	H-SIL Displasia moderada, severa: NIC II y NIC III
41.5	Carcinoma Escamocelular
41.6	C.E.A Células Endocervicales Atípicas
41.7	C.E.A Células Endometriales Atípicas
41.8	A.G.C. Células Glandulares Atípicas
41.9	AdenocarcinomaEndocervical In/situ
41.10	Adenocarcinoma

42. – Otro tipo de hallazgos de la citología vaginal	
42.1	Inflamacion
42.2	Vaginosis
42.3	Atrofia
42.4	Otros

Cuál? _____

ANEXO E: CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes párrafos. Este proceso es el consentimiento informado. Considérese con absoluta libertad para preguntar a los investigadores sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Cuando usted haya comprendido el estudio y si desea participar, entonces se le pedirá que firme el acta de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Según informes de la coordinación de Acción Social del gobierno para la atención a la población desplazada hay cerca de 20.559 habitantes en situación de desplazamiento en la capital del Cauca, población muy afectada, no solo por tener que desalojar sus terrenos, sino a adaptarse a un nuevo hábito de vida en la ciudad, diferente al que desarrollaron toda su vida en sus lugares de origen.

En el contexto social factores como el machismo, la intolerancia y en especial el desplazamiento forzoso, son los que en mayor proporción afectan a la mujer, siendo el último (desplazamiento forzoso), el que arroja elevada información en cuanto a vulneración de la salud sexual y reproductiva.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Plantear una propuesta educativa en Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, que contribuya a disminuir los riesgos y fortalecer los factores protectores que tienen las mujeres que participen en la presente investigación.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar la situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de vulnerabilidad y/o desplazamiento beneficiarias del programa mundial de alimentos (PMA) en el centro de Salud Alfonso López, Popayán 2011.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Esta investigación es cuantitativa, con un diseño descriptivo de corte transversal. Será realizada con 355 madres de los niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimentos que asisten al Centro de Salud Alfonso López, las cuales serán seleccionadas con el muestreo aleatorio simple por sorteo. Los instrumentos que se utilizarán corresponden a una encuesta y un formato para la recolección de los resultados de las pruebas de laboratorio, las cuales fueron diseñadas por los investigadores y sus asesoras. En la encuesta se le preguntará sobre sus características sociodemográficas, prácticas de autocuidado y factores de riesgo o protectores para su salud sexual y reproductiva, además se les realizaron pruebas de laboratorio como la citología cérvico-uterina, no se preguntó su nombre, ni su documento de identidad para la aplicación de la encuesta. La información que usted suministre será utilizada solo para efectos de esta investigación.

BENEFICIOS

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre los resultados de los exámenes practicados a los investigadores.
- La información que usted brinde será confidencial y estará bajo la custodia de la Enfermera María del Socorro Chávez Gómez, cuyo correo electrónico es: msocorro@unicauca.edu.co, y el teléfono donde puede conseguirla en horas de trabajo es 8224465.
- Los deberes a los que usted se compromete, es decir siempre la verdad, buscar aclaración de las dudas que tenga respecto a cualquier punto del estudio y permitir a los investigadores acceder a su información.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado anexo a este documento.
- La realización de las pruebas de laboratorio no genera ningún tipo de riesgo para su salud física.
- No recibirá pago por su participación ni ningún tipo de beneficios de participación directa.

CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, sin embargo mis datos personales serán resguardados con confidencialidad. Convengo en participar en este estudio de investigación de manera libre y voluntaria, recibiré una copia firmada y fichada de esta forma de consentimiento informado.

Firma del participante

Documento de Identidad: Cédula de Ciudadanía____ Tarjeta Identidad____
Número _____

ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL INVESTIGADOR O SU REPRESENTANTE:

He explicado la naturaleza de la investigación, he explicado los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Nombre del investigador
Cédula de ciudadanía No. _____

Firma del investigador
Fecha: día_____ mes_____ año:_____