

# Salud Pública de Medellín

Volumen 3 # 1, enero - junio 2008 - ISSN 1909-1265

**Medellín**es  
solidaria y competitiva



Alcaldía de Medellín  
Secretaría de Salud



**Alcaldía de Medellín**  
**Secretaría de Salud**

**Volumen 3 No. 1**, enero - junio de 2008  
ISSN 1909-1265

Alonso Salazar Jaramillo  
**Alcalde**

Luz María Agudelo Suárez  
**Secretaria de Salud**

Héctor Mario Restrepo Montoya  
**Subsecretario de Gestión Administrativa**

Sonia Ester Bedoya Muñoz  
**Subsecretaria de Salud Pública**

Gloria Inés Garro Cossio  
**Subsecretaria de Planeación**

Silvia Henao Henao  
**Subsecretaria de Aseguramiento**

Luz María Agudelo Suárez  
**Editor**

#### **Comité Editorial**

Francisco Luis Ochoa Jaramillo. Mg. Epidemiología (Colombia)  
Liliana Patricia Montoya Vélez. Mg. Epidemiología (Colombia)  
Isabel Cristina Vallejo Zapata. Esp. Epidemiología (Colombia)  
Marta Lía Valencia Arenas. Mg. Epidemiología (Colombia)  
Liliana Acevedo Arenas. Estadística (Colombia)  
Ángela María Segura Cardona. Ph.D. Epidemiología (Colombia)  
Adriana Arango Martínez. Mg. Epidemiología (Colombia)  
Juan Esteban Valencia Zapata. Esp. Economía (Colombia)  
Yolanda Torres de Galvis. Mg. Salud Pública (Colombia)

#### **Diseño, diagramación e impresión**

Editorial Artes y Letras Ltda.

#### **Corrección de estilo**

J Molina

### **Comité Científico**

José María Maya Mejía. Mg. Salud Pública (Colombia)  
Jorge Julián Osorio Gómez. Mg. Salud Pública (Colombia)  
Hernán García Cardona. Mg. Salud Pública (Colombia)  
Cesar Augusto Giraldo Giraldo. Esp. Patología (Colombia)  
Javier Antonio Gutiérrez Rodas. Mg. Docencia Universitaria (Colombia)  
Sergio Augusto Vélez Castaño. Esp. Epidemiología (Colombia)  
Carlos Enrique Cárdenas Rendón. Esp. En Gerencia de la Seguridad Social (Colombia)  
Germán González Echeverri. Ph.D. Epidemiología (Colombia)

### **Información general de la revista**

La Revista Salud Pública de Medellín presenta artículos científicos en el campo de la salud colectiva. Su aporte se orienta a los diferentes condicionantes, tanto del sector salud como de otros sectores que estén involucrados con la salud de las poblaciones, con el objeto de que sirvan tanto en la definición de estrategias, como en la toma de decisiones y contribuyan a impactar positivamente en la calidad de vida de la ciudadanía.

### **Salud Pública de Medellín**

Revista de la Secretaría de Salud  
Municipio de Medellín  
Volumen 3 No. 1, enero - junio de 2008

Portada y contracaratula  
Fotografías por María del Rosario Jiménez Gómez

La revista Salud Pública de Medellín publica artículos con base en la revisión anónima por pares y se adhiere a las políticas, criterios y recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas

### **Canje**

Calle 44 # 52-165 - Piso 4  
Centro Administrativo La Alpujarra -Palacio Municipal-  
Secretaría de Salud Municipio de Medellín  
Subsecretaría de Salud Pública  
Dirección electrónica: [secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co)  
Precio del ejemplar en 2008: \$15.000  
Precio de la suscripción en 2008: \$25.000

**Derechos reservados de autor.** Queda prohibida la reproducción parcial o total del material gráfico y editorial de la publicación sin previa autorización escrita del editor. Las opiniones y comentarios aquí expresados son responsabilidad exclusiva del autor o autores del artículo y no comprometen a la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín.

# Contenido

---

5	Editorial Luz María Agudelo Suárez
7	<b><i>Artículos de investigación científica y tecnológica</i></b> Salud sexual y reproductiva en adolescentes de Medellín, 2006 Sexual and reproductive health in adolescents of Medellín, 2006. Juan de Dios Sandoval, María de los Ángeles Rodríguez Gázquez, Gabriel Iván García González, Nancy Eliana Gallo Restrepo
27	Percepciones de la usuarias del servicio de citología en unidades prestadoras de la ESE Metrosalud de la zona nororiental de Medellín, 2006 Perceptions from users of the cytology service in medical hospital units of the north-east zone of Medellín, Metrosalud ESE, 2006. Marleny Valencia Arredondo, Walter Salas Zapata, Aurelio Mejía Mejía, Lucía Tamayo, Jairo Humberto Restrepo
37	Condón: uso y creencias en la población del centro de Medellín en 2005 Condom: Use and believes among the population in downtown Medellín, 2005. María del Rosario Romero Contreras, Carlos Mario Piedrahíta, María Ochoa, Carmen Esperanza Vargas Romero
47	Evaluación de resultados inmediatos del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín en 2007 Evaluation of immediate results of the project Actions of information, education and communication in sexual and reproductive health for Medellín in 2007. Nancy Eliana Gallo Restrepo, Astrid Natalia Molina Jaramillo

63	Caracterización de la población adolescente atendida en la consulta de planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual del proyecto Sol y Luna Characterization of the adolescent population assisted on planning and prevention of sexual transmission diseases in the Sun and Moon project . John Jairo Zuleta Tobón
75	Comportamiento de la fecundidad en Medellín, 2006 Fecundity behavior in Medellín, 2006. Doris Cardona Arango
87	<b>Artículo de reflexión</b> Política local en salud sexual y reproductiva como respuesta a la situación de salud en Medellín, 2008-2011 Local policies in sexual and reproductive health as a response to the health situation. Medellín, 2008-2011. Rita Elena Almanza Payares
103	<b>Artículo de reflexión no derivado de investigación</b> La utopía de los discursos y la salud de colectividades Utopia of speeches and the communities health. Jorge Julián Osorio Gómez
109	Información para los autores Information for authors

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida de las personas y de la sociedad. En consecuencia, la salud sexual y reproductiva (SSR) debe ser entendida más como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de enfermedad o de padecimientos en los aspectos relacionados con la sexualidad.

En Medellín, desde la Administración Municipal, se han realizado una serie de acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, encaminadas a mejorar la SSR y a promover el ejercicio de los derechos sexuales reproductivos de la población, haciendo énfasis en la reducción de los factores de riesgo y de vulnerabilidad, la promoción de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.

La SSR es uno de los objetivos prioritarios en salud para el período 2007-2010, contenido en el Plan Nacional de Salud Pública; y es además un componente importante en el Plan Municipal de Salud 2008-2011 que lidera la Alcaldía de Medellín desde su Plan de Desarrollo *Medellín es solidaria y competitiva*.

Para impactar este componente, la Secretaría de Salud de Medellín se ha propuesto las siguientes metas para el presente cuatrienio: cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, reducción del embarazo adolescente, prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual -incluyendo el VIH/SIDA-, detección y atención de la violencia doméstica y sexual, detección temprana del cáncer de cuello uterino y reducción de las tasas de mortalidad materna evitable.

Las estrategias propuestas para alcanzar estas metas están relacionadas con acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, coordinación intersectorial e interinstitucional, fortalecimiento de la gestión institucional y de la participación social, desarrollo de la investigación científica en el tema y potenciación de las redes sociales de apoyo.

Con esta edición de la revista Salud Pública de Medellín, la Secretaría de Salud busca compartir los resultados de algunos estudios y de los proyectos de intervención y evaluación, relacionados con este tema.

**Luz María Agudelo Suárez**  
Secretaría de Salud



# Artículos de investigación científica y tecnológica

## Salud sexual y reproductiva en adolescentes de Medellín, 2006

Sexual and reproductive health in adolescents of Medellín, 2006

Juan de Dios Sandoval<sup>1</sup>, María de los Ángeles Rodríguez Gázquez<sup>2</sup>,  
Gabriel Iván García González<sup>3</sup>, Nancy Eliana Gallo Restrepo<sup>4</sup>

Forma de citar: Sandoval JD, Rodríguez M, García GI, Gallo NE. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de Medellín, 2006. Rev Salud Pública de Medellín 2008;3(1):7-25.

Investigación cofinanciada por: Banco Interamericano de Desarrollo y la Secretaría de Salud de Medellín. Esta publicación es producto de los resultados de la línea de base sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes 2006 del proyecto Prevención del embarazo en adolescentes (Sol y Luna) de la Secretaría de Salud de Medellín.

CAPULETO

Repetiré sólo lo que antes dije. Mi hija es aún extranjera en el mundo, todavía no ha pasado los catorce años, dejemos palidecer el orgullo de otros dos veranos antes de juzgarla a propósito para el matrimonio.

PARIS

Algunas más jóvenes que ella son ya madres felices.

CAPULETO

Y esas madres prematuras se marchitan demasiado pronto.

**Romeo y Julieta**

Acto I, escena II

**William Shakespeare, 1594**

### Resumen

**Introducción:** Actualmente el embarazo adolescente es un problema de salud pública en la ciudad de Medellín, ante lo cual la administración municipal ha diseñado diferentes estrategias de intervención, que pretenden impactar esta problemática. **Objetivo:** Establecer una línea de base para la posterior evaluación del impacto del programa *Salud sexual y reproductiva en adolescentes en Medellín*. **Metodología:** Estudio descriptivo de tipo corte transversal, en el que se tomaron muestras representativas de tres grupos de adolescentes: un grupo de estudio, donde se realizó una intervención pre-

<sup>1</sup> Magíster en Epidemiología

<sup>2</sup> Ph.D. en Salud Pública. Directora de Investigación de la Corporación Universitaria Lasallista. E-mail: marodriguez@lasallista.edu.co

<sup>3</sup> Especialista en Administración de Servicios de Salud. Gerente de ASCODES.

<sup>4</sup> Psicóloga



ventiva, y dos grupos control: uno en las comunas 6,7,8 y 13 de Medellín, y otro en las comunas 1, 18 y 20 de la ciudad de Cali. **Resultados:** La tasa de embarazo en los adolescentes, de los grupos de estudio y de control 1 de Medellín se estimó en 4,8 % y 1,9 % respectivamente, siendo de 4,0 % en el grupo control de Cali. Una de cada diez adolescentes de los grupos de estudio y de control 1, ya han sido madres. En cuanto a la interrupción del embarazo alguna vez en la vida, el 2 % del total de mujeres lo ha hecho. Uno de cada cinco jóvenes no utilizó métodos de anticoncepción en la primera relación sexual, por no considerar el riesgo de embarazo. Los métodos anticonceptivos más utilizados por los adolescentes son el condón, la píldora y la inyección. En este estudio, menos de uno de cada cinco adolescentes manifestaron haber tenido en el último año al menos una consulta médica en salud sexual y reproductiva. En los jóvenes de nuestra investigación, la mediana del número de veces que se ha utilizado este servicio fue de dos. A nueve de cada diez jóvenes que asistieron a consulta a estos servicios se les informó acerca de los métodos de anticoncepción. **Conclusión:** Un porcentaje importante de la población adolescente tiene conductas de riesgo en salud sexual y reproductiva, por lo que se deben implementar estrategias de intervención que propicien el desarrollo de hábitos saludables en la materia.

## Palabras clave

*Salud sexual y reproductiva, adolescente, embarazo en adolescencia, Medellín, anticoncepción.*

## Abstract

**Introduction:** Currently, pregnancy in adolescents is a matter of public health in the city of Medellín, to which the municipal administra-

tion has designed different strategies of intervention that foster the impact of this problem. **Objective:** To establish a baseline that serves for further evaluation of the impact of Sexual and reproductive health (SRH) program in the adolescents of Medellín. **Methodology:** This is a descriptive transversal study in which representative samples of three groups of adolescents were taken: a group for study, in which a preventive intervention action was done and other two control groups: one in the communes 6, 7, 8 and 13, and another in the communes 1, 18 and 20 in the city of Cali. **Results:** The pregnancy rate in adolescents of the groups for study and control 1 in Medellín was estimated between 4,8 % and 1,9 % correspondingly, finding a 4,0 % in the control group from Cali. One out of every ten adolescent girls of the groups of study and control 1 has already been a mother. When it comes to the interruption of pregnancy at any time in their lives, a 2 % of the total women have done it. One out five teenagers didn't use any birth control methods at the time of their first sexual intercourse because they never took into account the risk of pregnancy. The most used contraceptive methods used by adolescents are condoms, the pill and "the injection". In this study, less than one adolescent out of a group of five, stated having had less than one medical consultation in SRH. Among the adolescents of our research, the median of the number of times they used this service was two. And, to nine out of each ten that had gone to consultation were informed about contraceptive methods. **Conclusion:** An important percentage of the teenage population has risk behaviours in the matter of sexual and reproductive health, reason why strategies of intervention, which encourage the development of healthy practices, should be implemented.

## Key words

*Sexual and reproductive health, adolescent, pregnancy in adolescence, Medellín, contraception.*

## Introducción

Nunca antes en el mundo se había contado con una población tan numerosa de adolescentes en edad de incorporarse al mercado del trabajo y a la vida reproductiva (1). Muchos de los adolescentes pueden no ser conscientes de los riesgos que conlleva el ser activos sexualmente, y es así como este grupo necesita servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en donde puedan aclarar las preguntas sobre las formas de evitar un embarazo no deseado, y de cómo disminuir los riesgos de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA (2-4).

Los adolescentes durante el embarazo son considerados un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo porque a nivel físico su cuerpo aún está en proceso de formación, sino también por las implicaciones sociales y psicológicas que conlleva la gestación (5,6), que no sólo afecta a la joven madre, sino que tiene consecuencias también en el padre adolescente, los hijos y familiares, y en la sociedad en general. Actualmente, el embarazo adolescente es considerado un grave problema de salud pública, debido a su aumento considerable, y a que es la población más pobre y vulnerable de la sociedad la que está sufriendo con mayor frecuencia este problema (7,8).

La Secretaría de Salud de Medellín registró durante el año 2005 un total de 8 341 embarazos en adolescentes -cinco de cada cien casos ocurrieron en niñas de 10 a 14 años- (9), lo que significa una tasa de fecundidad específica para las mujeres de 10 a 19 años de 46,08 nacimientos por cada 1 000 mujeres de esta edad, la que es considerada una tasa de fecundidad moderada en ese grupo etáreo. En la ciudad, los adolescentes entre los 14 y 19 años están teniendo su primera relación sexual antes de los 15 años, con el agravante de que uno de cada dos de estos jóvenes no utilizó en

esa primera vez ningún método de anticoncepción (MAC) (10) y que sólo una de cada cinco adolescentes colombianas con vida sexual activa utiliza métodos de planificación, calculándose en un 16 % la demanda insatisfecha de planificación familiar en este grupo (11), indicador que habla por sí solo de la urgencia de implementar programas de promoción y prevención, así como de facilitar el acceso de los jóvenes a servicios de SSR de calidad, acordes con sus necesidades.

Desde hace aproximadamente dos años, la administración municipal de la ciudad de Medellín ha venido trabajando en estrategias para una sana SSR de los adolescentes, a través de la Red de prevención de embarazo en la adolescencia, liderado por la primera mujer; dicha red pretende intervenir esta problemática partiendo de una concepción holística, esperando un alto impacto social para la zonas de la ciudad donde es mayor el problema, y que además cuentan con alta vulnerabilidad psico-social por razones económicas y de conflicto socio político. El programa *Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Medellín* es la estrategia que se ha fijado para reducir esta problemática, y para evaluar el impacto de dicha intervención es necesario partir de una línea de base que muestre cómo es la situación inicial en las comunas priorizadas, con el fin de estimar el efecto de las acciones adelantadas por este programa. Nuestra investigación pretendió, por tanto, describir esa línea de base antes de realizar la intervención, la que servirá para la posterior evaluación del impacto del programa.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de tipo corte transversal con el objeto de que sirviera de línea de base para una medida preventiva de intervención, como es el programa de SSR en adolescentes. El diseño incluyó el estudio de

tres grupos, para su futura evaluación post-intervención, así:

*Grupo de estudio:* personas entre 10 y 19 años de edad de la zona 1 de Medellín (comunas 1, 2, 3 y 4), quienes serán objeto de las acciones preventivas del programa SSR en adolescentes de Medellín.

*Grupo control 1:* Personas entre 10 y 19 años de edad de las comunas 6,7,8 y 13 de Medellín, quienes serán objeto de intervención parcial de

las acciones preventivas del programa SSR en adolescentes de Medellín.

*Grupo control 2:* Personas entre 10 a 19 años de edad de las comunas 1, 18 y 20 de la ciudad de Cali, y que NO serán objeto de las acciones preventivas del programa SSR en adolescentes de Medellín.

La población estimada para cada grupo se presenta en el cuadro 1.

**Cuadro 1. Población estimada de 10 a 19 años y comunas seleccionadas por grupo de estudio**

Grupo de estudio	Ciudad	Comunas (nombre)	Población estimada de 10 a 19 años
Intervención	Medellín	1 (Popular) 2 (Santa Cruz) 3 (Manrique) 4 (Aranjuez)	91 751
Control 1	Medellín	6 (Doce de Octubre) 7 (Robledo) 8 (Villa Hemosá) 13 (San Javier)	108 565
Control 2	Cali	1 18 20	85 717

Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados trietápico (12,13), estratificado por comunas y ciudad, aleatorio simple por barrios dentro de cada comuna, aleatorio sistemático entre las manzanas dentro del barrio y, finalmente, aleatorio simple, dentro de las manzanas, para la selección de los hogares. Se utilizó una selección muestral con probabilidades desiguales proporcional al tamaño de la población. La distribución proporcional al tamaño se hizo también para la estratificación por comunas y por ciudad.

Las etapas fueron:

- Los distintos barrios dentro de cada comuna.

- Las manzanas dentro de cada barrio.
- Las viviendas dentro de cada manzana.

La probabilidad de selección se otorgó en cada vivienda, para lo cual se partió del censo de las comunas, barrios, manzanas con probabilidades de las etapas de este muestreo trietápico mediante aplicación sucesiva del supuesto de independencia entre los niveles de complejidad (cuadro 2).

Como fuentes de información de la población necesarias para los cálculos del muestreo se utilizó información oficial publicada en los Anuarios Estadísticos de Medellín (14) y Cali

(15). Del primero se obtuvieron las estimaciones de población del 2002, haciendo correcciones proyectadas a 2006, y para la ciudad de Cali se tomaron las estadísticas demográficas del 2005.

Las unidades de muestreo fueron las comunas, los barrios, las manzanas, los hogares, y la unidad elemental de muestreo fue el hogar, y finalmente el adolescente y su familia.

**Cuadro 2. Estimación de la probabilidad para la población de Medellín**

Nivel de complejidad	Frecuencia	Prob. de selección
Ciudad (CI)	Nº ciudades (Cali y Medellín) (CI <sub>i</sub> ) (selección proporcional a la población)	$\frac{CO_i}{C} = 1$
Comuna (CO)	Nº comunas seleccionadas de la ciudad (CO <sub>i</sub> ) (selección proporcional a la población)	$\frac{CO_i}{C} = 1$
Barrio dentro de la comuna k (B)	Nº de barrios seleccionados (B <sub>k</sub> ) (selección aleatoria)	$\frac{B_k}{B}$
Manzanas existentes dentro del barrio j (M)	Nº de manzanas seleccionadas en el barrio (M <sub>i</sub> ) (selección aleatoria)	$\frac{M_j}{M}$
Hogares existentes dentro de la manzana i (H)	Nº de hogares seleccionados dentro de la manzana (H <sub>i</sub> ) (selección aleatoria)	$\frac{H_i}{H}$

Para la estimación del tamaño de la muestra se tuvieron en cuenta dos tipos de poblaciones: las poblaciones de jóvenes y las poblaciones de los barrios dentro de cada grupo de estudio.

1. Con un nivel de confianza de 95 %, precisión de 2,5 % y una proporción de embarazo en adolescentes promedio en las comunas (1, 2, 3 y 4) de 9,4 % (16), una población de 91 751 para la comunas 1, 2, 3, 4; un efecto de diseño por el muestreo por conglomerado trietápico de 2,0 se estimó un tamaño de muestra de 1 042. Con una tasa de no respuesta del 5 %, para un total de 1 095.
2. Con un nivel de confianza de 95 %, precisión de 2,5 % una proporción de embarazo en adolescentes promedio en las 4 comunas (6, 7, 8 y 13) de 7,3 % (16), una pobla-

ción de 99 930 para la comunas 6, 7, 8 y 13; un efecto de diseño por el muestreo por conglomerado trietápico de 2,0 se estimó un tamaño de muestra de 830, con una tasa de no respuesta del 5 %, para un total de 872.

3. Con un nivel de confianza de 95 %, precisión de 2,5 % y una proporción global de embarazo en adolescentes de 7 % en Cali (17) una población de 46 185 para la comunas 1, 3, 18, 20; un efecto de diseño por el muestreo por conglomerado trietápico de 1,5 se estimó un tamaño de muestra de 795. Una tasa de no respuesta del 10 %, para un total de 875.

Finalmente, la muestra total correspondió a 2 842 hogares que tuvieran adolescentes. Esta muestra fue repartida proporcionalmente entre las comunas que conformaban el grupo de estudio y los dos de control.

Adicionalmente, en cada comuna se seleccionaron en forma aleatoria los barrios, las manzanas y las viviendas.

En el cálculo del tamaño de la muestra entre los barrios dentro de los tres grupos se procedió de la siguiente manera: se hizo un censo del número de barrios dentro de cada una de las tres poblaciones objetivos, los que se denominarán las tres subpoblaciones  $N_1$ ,  $N_2$  y  $N_3$  de barrios. Posteriormente se tomó una muestra de tamaño  $n_1$ ,  $n_2$  y  $n_3$  del total de barrios, por lo que utilizó un nivel de confianza de 95 % que la prevalencia estimada de embarazo en adolescentes no supere a la esperada en más del 10 %, para ello se empleó la fórmula de muestreo aleatorio simple (MAS), con corrección para poblaciones finitas.

El tamaño de muestra de manzanas por barrio se hizo de 4 manzanas por barrio y un total de viviendas por manzana que osciló entre 5 y 20 viviendas, dependiendo de la proporción de muestra que tenía el respectivo barrio. Para la selección del hogar o casa dentro del barrio se procedió a través de muestreo sistemático por manzanas y muestreo aleatorio simple de hogares a encuestar. Las unidades de muestreo fueron las comunas del grupo de estudio y de los dos controles, así como los barrios, manzanas y hogares. Las unidades elementales de muestreo fueron: el adolescente y su familia.

El control de los sesgos de información se hizo mediante capacitación previa de los encuestadores y supervisores de cómo obtener la información de manera más clara y confiable. Adicionalmente, se utilizaron instrumentos estandarizados y evaluados por expertos. Los adolescentes que participaron en el estudio lo hicieron en forma voluntaria, contando con su consentimiento verbal. La información suministrada fue confidencial. Para los análisis estadísticos univariados y bivariados se utilizó el software SPSS 14.1®

## Resultados

### Aspectos generales

Durante los meses de septiembre y octubre de 2006 se encuestaron 2 844 hogares, cada uno con un adolescente entrevistado, cuya distribución por tipo de grupo puede apreciarse en el cuadro 3. El cumplimiento del número de hogares encuestados superó el 100 % del número mínimo calculado para la muestra en los tres grupos.

Cuadro 3. Porcentaje de cumplimiento del número de hogares a encuestar por grupo

Grupo	Hogares estimados	Hogares encuestados	Porcentaje de cumplimiento
Estudio	1 042	1 098	105,4
Control 1	830	869	104,7
Control 2	795	877	110,3
<b>Total</b>	<b>2 667</b>	<b>2 844</b>	<b>106,6</b>

En el cuadro 4 se puede ver que los adolescentes de los tres grupos de investigación coinciden en varios aspectos: tienen una mediana de edad entre los 14 años y 15 años, un poco más de la mitad son mujeres, nueve de cada diez son solteros, están estudiando secundaria y el tipo de familia más frecuente es la nuclear. Cuando se consultó a los jóvenes el tipo de régimen en salud, el subsidiado fue más frecuente en los tres grupos, superando el 50 %. Las aspiraciones para el futuro de los adolescentes encuestados son, en su orden, estudiar, trabajar y tener seguridad económica, tener hijos y, por último, casarse.

### La adolescencia y la sexualidad

Los aspectos que se detallan a continuación pueden ser consultados en el cuadro 5. En esta

Cuadro 4. Características generales de los adolescentes, según grupo

Característica	Grupo		
	Estudio	Control 1	Control 2
Edad mediana (años)	14	14	15
Distribución por sexo ( % )			
Hombres	44,9	46,5	45,7
Mujeres	55,1	43,5	53,8
Estudian ( % )	75,1	84,2	71,2
Estrato socioeconómico predominante	2	2	3
Tipo de familia ( % )			
Nuclear	45,6	41,9	52,3
Monoparental materna	20,3	15,1	19,2
Monoparental paterna	2,2	0,7	3,6
Padrastral	2,5	2,6	2,9
Madrastral	0,6	0,1	0,3
Extensa	10,3	13,6	7,8
Extendida	15,2	18,4	6,5
Simultánea	0,3	0,8	2,9
Grupo fraterno	0,7	1,3	0,6
Otra	2,3	5,5	3,9
Proporción de hogares con ingresos menores a un salario mínimo	62,6	40,8	50,5
Régimen de afiliación ( % )			
Subsidiado	51,4	32,5	36,6
Contributivo	43,3	64,3	53,4
Especial	0,7	0,2	1,3
Vinculado	4,5	2,9	8,8
Aspiración del adolescente para los próximos años			
Estudiar	90,3	93,9	94,2
Trabajar	74,7	69,6	83,7
Casarse	34,0	28,6	36,3
Tener hijos (as)	44,8	36,8	45,6
Tener seguridad económica	82,4	72,3	83,8

investigación, al momento de aplicar la encuesta, el 39,6 % de los adolescentes del grupo control 2 habían tenido relaciones genitales alguna vez en la vida versus un 37,1 % del grupo de estudio y un 29,3 % del grupo control 1.

De estas personas que alguna vez habían tenido relaciones genitales -sin diferenciación por grupo-, casi la mitad tenía una pareja estable para tener relaciones sexuales -con la que compartían una relación que tenía una mediana de un año de duración-; también en los tres grupos se observó que la mediana de personas

con las que habían tenido relaciones en la vida era de dos.

### La primera relación sexual

La edad mediana en que se tuvo la primera relación sexual fue de 14 años en los dos grupos de Medellín, siendo un año mayor en el grupo control de Cali. Por sexo, la situación fue igual en los tres grupos de comparación, con 14 años para los hombres y 15 años para las mujeres. También en cada uno de los grupos, seis de cada diez adolescentes tuvieron su primera relación

genital con su novio(a), seguido en frecuencia por el amigo o la amiga. Es preocupante que el 4 % de los adolescentes se inicien en las relaciones genitales con los parientes (cuadro 5).

Las principales razones para tener la primera relación genital fueron el amor y la curiosidad, en los tres grupos, sumando estas dos causas resumen el 80 % de los motivos para los tres grupos. Aunque no es una cifra alta, llamó la atención, que alrededor del 1 % de los encuestados manifestaron que esa primera relación genital la tuvieron por presión.

Cuando se discriminó por sexo, las principales razones que motivan a los adolescentes a tener su primera relación sexual prácticamente sin distinción en cuanto a lugar de importancia según el grupo de comparación, fueron: en los hombres, el primer lugar es la curiosidad, después el placer y, en tercer lugar, el amor. En cambio, en las mujeres, primero es el amor, el placer es el segundo y tercero es el placer.

Las principales razones para mantener relaciones genitales en la actualidad son muy semejantes en los tres grupos: la primera es el amor (dos de cada cinco); siguiéndole con la mitad de la frecuencia el placer y el amor más el placer.

### Relaciones genitales y consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

En esta investigación se pudo apreciar que el 25 % de los jóvenes ha tenido en su vida relaciones genitales bajo efectos del alcohol, no existiendo, prácticamente, diferencias por sexo.

### Sexo de los compañeros sexuales

En más de un 95 % de casos los adolescentes de los tres grupos de investigación que tienen vida sexual activa tienen relaciones genitales con personas del sexo opuesto, otro 3 % las tiene con personas del mismo sexo y el 2 % restante las realiza con personas de ambos sexos.

### Violencia sexual

En este estudio relataron haber tenido relaciones genitales forzadas o en contra de la voluntad el 0,9 % del grupo de estudio, 1,2 % del grupo control 1 y 1,7 % del grupo control 2, donde son otras personas diferentes a la familia las responsables del hecho. Por sexo, las mujeres tuvieron el doble de frecuencia que en los hombres (1,6 % versus 0,7 %). La mediana de veces en que este tipo de hecho ocurrió fue de 1.

Cuadro 5. Aspectos relacionados con la adolescencia y la sexualidad, según grupo

Aspecto	Grupo		
	Estudio	Control 1	Control 2
Han tenido relaciones genitales en su vida (%)	37,1	29,3	39,6
Edad mediana para la primera relación genital	14	14	15
Han tenido relaciones bajo efecto del alcohol (%)	26,7	26,9	28,9
Han tenido relaciones bajo efecto de drogas psicoactivas (%)	5,6	6,7	5,5
Han tenido relaciones genitales con más de un compañero sexual (%)	5,1	7,1	3,8
Han tenido relaciones genitales forzadas (%)	0,9	1,2	1,7
En la primera relación utilizaron MAC (%)	37,9	38,4	40,6
Utilizaron MAC* en la última relación genital (%)	60,0	57,4	56,5

\* MAC: Métodos anticonceptivos

### **Uso de métodos anticonceptivos (MAC)**

El cuadro 6 muestra las proporciones que obtuvieron cada una de las características evaluadas para el apartado de uso de los anticonceptivos.

### **Uso de MAC en la primera relación genital**

Se observó que, sin presentarse diferencias por grupo, sólo dos de cada cinco jóvenes manifestaron haber tenido esta precaución.

### **Frecuencia de precauciones para evitar un embarazo durante las relaciones genitales**

Cuando se preguntó a los jóvenes con vida sexual activa la frecuencia con que utilizaban algún MAC para evitar el embarazo, se encontró que tan solo el 26,3 % del grupo de estudio, un 23,5 % del grupo control 1 y un 35,5 % del grupo control 2 lo hacían *siempre*, y que uno de cada cinco adolescentes *nunca* los tiene en cuenta.

### **Uso de MAC en la última relación genital**

También se encontró preocupante el hallazgo de que tan solo tres de cada cinco adolescentes con vida sexual activa, manifestaran haber utilizado algún MAC en la última relación sexual, hecho que habla del alto riesgo que está teniendo esta población de un embarazo no deseado.

### **Fuentes de información sobre MAC**

Los jóvenes han conocido o escuchado mencionar especialmente tres tipos de MAC, que son en su orden: los preservativos (nueve de cada diez), las pastillas (siete de cada diez) y las inyecciones (seis de cada diez).

### **Prevalencia anual de uso de MAC en los jóvenes**

Coincidiendo con lo expresado en el apartado de conocimiento de MAC, los métodos más utilizados son, en su orden: los preservativos, las pastillas y las inyecciones. Llama la atención que la píldora del día después, que es uno de los MAC más recientes, empiece a figurar en este listado.

### **Medios de información sobre tipo de MAC y su uso**

Cuando se preguntó sobre los medios que tenían los adolescentes para informarse acerca del tipo y uso de los MAC, se encontró que las personas que funcionaron más frecuentemente como fuente de este tipo de conocimiento fueron: los profesores, seguidos por los padres y los amigos. Cuando se discrimina por medio masivo, se aprecia que la televisión y la radio llevan la delantera, seguida por los folletos y las revistas.

### **Conocimiento de lugares donde se pueden obtener MAC**

Los lugares más conocidos por adolescentes donde pueden obtener MAC son: las farmacias (cuatro de cada diez, la nombraron), seguida por instituciones de salud como hospitales, clínicas y centros de salud, y los supermercados, donde casi la mitad de los adolescentes conocen que hay expendio en estos sitios. Otra cifra que llama la atención es que el 12 % del grupo de estudio, el 15 % del grupo control 1 y el 22 % del grupo control 2, hayan enunciado al colegio como lugar de obtención de MAC. Otros lugares reportados fueron: los graneros y tiendas, los moteles y los dispensadores de condones en baños públicos (discotecas, centros comerciales, bares).



Cuadro 6. Aspectos relacionados con la adolescencia y los MAC, según grupo (%)

Aspecto	Grupo		
	Estudio	Control 1	Control 2
Prevalencia actual de uso de MAC			
Preservativo	57,3	81,8	64,2
Pastillas	23,3	17,7	40,1
Inyecciones	13,7	7,8	25,9
Norplant	1,0	1,0	1,4
Óvulos	1,0	1,0	1,4
Crema vaginal	0,4	0,5	0,5
Ritmo	2,9	2,6	4,7
Retiro	3,1	4,2	3,8
DIU	3,5	1,0	7,5
Píldora del día después	1,8	2,6	1,9
Medio de información de MAC			
Los padres	56,0	64,3	64,7
Un familiar	37,7	32,5	37,9
Un profesor(a)	67,2	77,6	78,1
Un médico (a) o un enfermero (a)	19,2	20,0	42,9
Amigo (a)	39,7	35,9	43,4
Farmaceuta	8,2	5,0	13,1
Otra persona	13,4	10,9	14,4
Radio	23,8	16,2	35,9
Televisión	38,2	40,5	59,6
Internet	11,6	11,8	21,8
Cine	3,3	1,8	11,4
Revistas	19,8	15,3	38,0
Prensa	14,8	11,7	29,9
Folletos	21,9	16,3	39,9
Conocimiento de lugares donde obtener MAC			
Hospital / Clínica	44,7	48,2	54,9
Centro de salud del gobierno	43,7	45,2	50,9
EPS o ARS	28	35,6	46,2
Consultorio médico particular	24,4	30	40,0
Profamilia	41,8	54	55,9
Farmacia	79,1	85,1	71,7
Colegio	12,5	16	19,1
Supermercado	42,1	48,1	44,8

## Los servicios en SSR

### Consulta a SSR en el último año

El 19,1 % de los jóvenes del grupo control 2, residentes en Cali, manifestaron haber tenido en el último año al menos una consulta médica en SSR, versus un 10,5 % del grupo de estudio y otro 13,0 % del grupo control 1; se puede apreciar que por sexo, la proporción fue mayor en los hombres de los tres grupos de comparación, siendo 2 la razón hombre/ mujer para los grupos de Medellín y de 1,3 para el grupo control de Cali.

### Número de veces que ha usado un servicio de SSR

La mediana del número de veces que se ha utilizado algún servicio de consejería u orientación en SSR en el último año, fue de dos consultas en cada uno de los grupos de comparación. Esta mediana también fue igual en las mujeres y en los hombres de los grupos de estudio y control 1, pues en los del grupo control 2 fue una vez.

### Opinión acerca de la consulta a SSR

Aproximadamente siete de cada diez adolescentes que utilizaron el servicio de SSR opinaron que el servicio era bueno o excelente, en los tres grupos de comparación, calificando en igual proporción la atención del personal. A nueve de cada diez jóvenes que asistieron a consulta a estos servicios se les informó acerca de los MAC.

### Razones para no acudir a los servicios de consejería en SSR

Las causas más importantes por las que los adolescentes no acudieron a los servicios de SSR durante el último año fueron: *no haber necesitado el servicio, el no conocimiento de estos servicios, la vergüenza, la pereza y la falta de tiempo.*

### Formas de resolver la necesidad de consejería en MAC

Los adolescentes que tenían necesidades en consejería en SSR lo han resuelto de una forma acorde con las personas que les proveen información en este tema, como ya se dijo arriba, son ellos: los padres, los amigos y los profesores. Se pudo apreciar que la pareja es un nuevo protagonista de esta información y que es preocupante que un poco más de uno de cada cinco adolescentes no hizo nada por resolver la necesidad.

### El embarazo adolescente

En el cuadro 7 se pueden apreciar las proporciones, por grupo, de las características de las que se hablan en esta sección.

### Embarazo actual

Al momento de aplicar las encuestas, del total de mujeres que se entrevistaron, se encontraban en embarazo el 4,8 % de las jóvenes del grupo de estudio, un 2,2 % del grupo control 1 y un 4,0 % del grupo control 2, encontrándose en los tres grupos que un 1 % de las adolescentes no sabían si se encontraban en gestación. El riesgo de estar en embarazo en las mujeres con vida sexual activa fue de 13,8 % en el grupo de estudio, de 8,3 % en el grupo control 1, y de 12,0 % en el grupo control 2.

### Proporción de adolescentes que ya han sido madres

Es preocupante el porcentaje de adolescentes que ya han sido madres. En el cuadro 7 se observa que esta proporción fue mayor en el grupo de estudio (11,9 %), seguido por los grupos de control 2 y 1 (11,2 % y 7,1 %, respectivamente). Nueve de cada diez de estas madres habían tenido un hijo vivo, y la restante tenía dos.

## Interrupción del embarazo en la adolescente

La proporción del total de adolescentes que confiesan haber abortado alguna vez en la vida fue de 2,5 % en el grupo de estudio, 2,3 % en el grupo control 1 y de 1,7 % en el grupo control 2. Esta proporción, teniendo en cuenta como denominador únicamente las mujeres que han tenido vida sexual activa, es de 16,1 % en el

grupo de estudio, de 17,0 % en el grupo control 1 y de 15,5 % en el grupo control 2.

De la totalidad de adolescentes que han tenido abortos, y sin diferencias por grupo, el 85,3 % ha sido en una vez, otro 11,8 % ha sido dos veces y un 2,9 % ha abortado en tres ocasiones. En el último año la proporción de adolescentes que abortaron fue alrededor del 0,6 %.

Cuadro 7. Embarazo y aborto en las adolescentes, según grupo (%)

Característica	Grupo		
	Estudio	Control 1	Control 2
<b>Embarazo</b>			
Embarazo actual en total de la población femenina	4,8	2,2	4,0
Embarazo actual en población femenina que tiene vida sexual activa	13,8	8,3	12,0
Han sido madres	11,9	7,1	11,2
<b>Aborto</b>			
Han abortado en la vida	2,5	2,3	1,7
Han abortado en el último año	0,6	0,5	0,7

## Discusión

### Aspectos generales

En esta investigación se encontró en los tres grupos de comparación condiciones de pobreza comunes para la gran proporción de los hogares encuestados: una predominancia de estrato 2, subsistiendo uno de cada dos hogares con ingresos menores de un salario mínimo. La situación anterior coincide con la que vive actualmente toda América Latina (18) y Colombia (11), donde la mayoría de las familias las encabezan las mujeres, condición que tiene una implicación negativa para los jóvenes, por la relación que tiene con la pobreza (19).

Las características generales de los adolescentes de esta investigación son, entre otras: tie-

nen una mediana de edad de 14 años, un poco más de la mitad son mujeres, en su mayoría están estudiando, y entre los que dejaron de estudiar, en aproximadamente uno de cada cinco la causa ha sido el embarazo. Sus aspiraciones para el futuro son, en orden, estudiar, trabajar y tener seguridad económica, tener hijos y, por último, casarse.

Lo anterior se considera un aspecto positivo para esta población, pues está bien documentado que las creencias y prácticas asociadas a la maternidad y a la paternidad como asuntos centrales en los proyectos de vida de los adolescentes, así como la búsqueda de reconocimiento, afirmación social y de afectividad por la vía de la maternidad, son factores que presionan ejercicios de la sexualidad temprana, el embarazo y la maternidad (20-23). Cuando hay

un proyecto de vida que prioriza alcanzar determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que el joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo (11,24,25).

También está bien documentado cómo la retención dentro del sistema escolar es una variable predictiva de ciertos resultados de salud reproductiva, tales como embarazo, tamaño reducido de la familia, actividad sexual tardía y uso de los MAC (18,26,27). Los adolescentes con historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento escolar, pueden encontrar en un embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar (10,28-31).

En esta investigación se encontró que una de cada dos familias es nuclear, siguiéndole en frecuencia la monoparental materna. La relación que tienen los adolescentes de este estudio con su familia es descrita como satisfactoria; los miembros familiares son para los jóvenes una fuente de apoyo, seguridad y protección, calificándose la comunicación que hay entre ellos como muy buena. Lo anterior ha sido documentado como factor protector por varios autores, quienes han reportado la calidad de vida familiar y la adecuada comunicación con los padres está asociada con el tipo de conductas reproductivas (10,23,32).

### **La adolescencia y la sexualidad**

Pasando al tema de las experiencias sexuales, incluyendo la genitalidad, se encontró que aproximadamente uno de cada tres adolescentes en esta investigación habían tenido alguna vez en la vida este tipo de experiencia, cifra que fue inferior a la encontrada por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005 (43 %) (11) y a la reportada en Estados Unidos por el Sistema de vigilancia epidemiológica de estilos de vida en jóvenes (46 %) (33), pero que fue mayor a la reportada en España (12 %) (34) y en México (12 %) (35).

La edad mediana en que se tuvo la primera relación sexual en los grupos de estudios fue de 14 años para los hombres y 15 años para las mujeres, siendo menor a la reportada en Antioquia (19 años) (11), Estados Unidos (17 años) (36) o México (16 años) (35).

En esta investigación se pudo apreciar que uno de cada cuatro adolescentes ha tenido en su vida relaciones genitales bajo efectos del alcohol, esta proporción fue superior a la cifra encontrada en jóvenes en Estados Unidos (37) y Medellín (38) - en ambos casos en un 23 %-, y, también, cinco de cada cien de nuestros adolescente tuvieron relaciones sexuales bajo el efecto de drogas psicoactivas. Estos dos factores de riesgo son importantes porque se asocian fuertemente con embarazo adolescente, por la tendencia al descuido en la protección durante la relación (39,40).

El consumo de alcohol y drogas en la adolescencia, y tener relaciones genitales, son parte de los comportamientos riesgosos que los jóvenes confunden con madurez, y que dichas situaciones pueden conducir a daños en la salud que pueden durar la vida entera (1,10,18,39,40).

Otro factor de riesgo como la participación en relaciones genitales con más de un compañero sexual tuvo una frecuencia baja en los grupos de estudio (entre 4 y 7 %). Este factor ha sido asociado por varios autores a historia de abuso sexual por un adulto (41-45).

En esta encuesta se indagó por el antecedente de ciertos aspectos relacionados con la violencia sexual. En el grupo de jóvenes, de un 1 % a un 2 % relataron haber tenido relaciones genitales forzadas o en contra de la voluntad en su mayoría con desconocidos-, teniendo las mujeres el doble de riesgo que los hombres. La anterior situación puede estar relacionada también con condiciones de explotación sexual, incluyendo la prostitución (23).

## Uso de MAC

En el estudio de Agudelo en Medellín (10), uno de cada dos jóvenes no utilizaba métodos de anticoncepción en la primera relación sexual, por no considerar el riesgo de embarazo; en esta investigación la proporción fue menor: uno de cada cinco. Según la ENDS 2005, las adolescentes colombianas emplean menos la planificación familiar, con respecto al resto de las mujeres, pues sólo el 20 % de las adolescentes con vida sexual activa utiliza métodos de planificación (11). Para esta investigación, y en los tres grupos de comparación, la cifra fue el triple.

Los MAC más utilizados por los adolescentes de los grupos de estudio son el condón, la píldora y la inyección -que coincide con el orden encontrado por la ENDS del 2005 (11), y con el reportado en jóvenes de Estados Unidos (46). Llamó la atención que la píldora del día después, que es uno de los MAC más recientes, empezara a figurar en el listado de MAC utilizados por este grupo.

Cuando se preguntó sobre los medios que tenían los adolescentes para informarse acerca del tipo y uso de los MAC, se encontró en esta investigación que las personas que funcionaron más frecuentemente como fuente de este tipo de conocimiento fueron: los profesores, seguidos por los padres y los amigos. Cuando se discriminó por medio masivo, se encontró que la televisión y la radio llevan la delantera, seguida por los folletos y las revistas. Es bien conocida la importante influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente, que además de ofrecer información sobre los MAC, ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una explícita sobrevaloración del sexo sin compromiso afectivo (7,47,48).

Cuando se les preguntó a los jóvenes acerca de los lugares donde se podían obtener MAC,

los sitios más conocidos fueron la farmacia, seguida por las instituciones de salud y los supermercados. En estos últimos, es común la venta de condones en los stands del botiquín familiar, y la venta de casi todos los MAC en las farmacias que hay dentro de muchos de ellos.

## Servicios en salud sexual y reproductiva

En este estudio menos de uno de cada cinco adolescentes manifestaron haber tenido en el último año al menos una consulta médica en SSR. En los jóvenes de nuestra investigación, la mediana del número de veces que se ha utilizado este servicio fue de dos. A nueve de cada diez jóvenes que asistieron a consulta a estos servicios se les informó acerca de los MAC.

Las razones más predominantes de los adolescentes para no haber acudido a los servicios de SSR durante el último año fueron: *no haber necesitado el servicio*, seguida *por el no conocimiento de estos servicios, la vergüenza, la pereza y la falta de tiempo*.

En Medellín son escasos los servicios creados especialmente para SSR, y entre ellos, los que tienen estrategias especiales para captar a los adolescentes y realizar una labor preventiva en el tema de SSR (49-52). Unido a lo anterior, los adolescentes son, en general, reacios a consultar en estos servicios, y a ello contribuyen varios factores como la posición de invulnerabilidad y omnipotencia; pero también, por otra parte, la realidad de nuestros servicios "poco amigables" en el sentido de no hacerlos sentirse cómodos, seguros, atendidos en forma adecuada y por derecho propio (53-55). Cuando los servicios se prestan, en ocasiones son rechazados por los adolescentes a causa de actitudes de juzgamiento y falta de apoyo del personal de salud, denotando falta de preparación para la prestación del servicio (55).

La consejería es un elemento crucial en la educación y seguimiento del adolescente en SSR,

al ayudar a que esta población realice sus propias elecciones sobre salud sexual y planificación familiar, y que las pongan en práctica. La buena consejería tendrá como resultado adolescentes más satisfechos, y con menores riesgos de embarazo adolescente, de ITS y de VIH/SIDA.

### **El embarazo adolescente**

El embarazo adolescente es actualmente considerado un problema de salud pública que hay que priorizar, especialmente en los sectores más pobres y vulnerables (7). Adicionalmente, es fuente de preocupación en los jóvenes de Medellín (56), por ser una experiencia difícil que afecta a los padres adolescentes, a sus hijos (as), a sus familiares y a toda la sociedad en sí.

En el momento de la encuesta, la tasa de embarazo en los adolescentes de los grupos de estudio y de control 1 de Medellín se estimó en 4,8 % y 2,2 % respectivamente, siendo de 4,0 % en el grupo control de Cali, cifras que son un poco menores a la reportada por Agudelo para las adolescentes de Medellín en el año 2005 (5,6 %) (10).

Aunque no se trata del mismo indicador, podría decirse que la tasa de embarazo para el grupo de estudio, que es la zona nororiental de Medellín, podría asemejarse a la tasa de fecundidad específica de este municipio en las mujeres de 10 a 19 años (4,6 nacimientos por cada 100 mujeres de esta edad), reportada por la Secretaría de Salud Pública de Medellín para 2005 (9).

Las tasas de embarazo obtenidas para los grupos de estudio y control 2 estarían dentro del rango de *moderadas* -según las categorías propuestas por Singh y Darroch (57)-, mientras que sería *muy baja* la estimada para el grupo control 1.

Discriminando por grupo étnico, las tasas de embarazo obtenidas para el grupo de estudio se parecen también a las de Medellín en mujeres de 10 a 14 años (0,7 % versus 0,6 %) y de 15 a 19 años (8,7 % versus 8,1 %).

Es importante recordar aquí que una de cada diez mujeres adolescentes de los grupos de estudio y de control 1, ya han sido madres -cifra que es la mitad de la reportada por Profamilia en la ENDS 2005 para Colombia (58)-, como también el hecho de que una de cada cinco madres de los jóvenes encuestados hubieran tenido su primer hijo durante la adolescencia. El ser hija de una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven, ha sido asociado por diversos autores como factor de riesgo para embarazo adolescente (10,18,59).

Se indagó también sobre la interrupción del embarazo en la vida de la adolescente, encontrándose cifras alrededor del 2 % del total de mujeres, para los tres grupos. Teniendo en cuenta exclusivamente las mujeres que han tenido vida sexual, la proporción de mujeres que han tenido al menos un aborto en la vida asciende a 15 %, cifra que es la mitad de la reportada para Medellín en un estudio similar, realizado en el 2005 (10).

### **Conclusiones**

- Las características de los adolescentes son, entre otras: tienen una mediana de edad de 14 años, un poco más de la mitad son mujeres, en su mayoría están estudiando.
- En cuanto a las experiencias sexuales, se encontró que aproximadamente uno de cada tres adolescentes en esta investigación habían tenido alguna vez en la vida este tipo de experiencia, siendo 14 años la edad

mediana en que se tuvo la primera relación sexual.

- En el grupo de jóvenes, de un 1 % a un 2 % relataron haber tenido relaciones genitales forzadas o en contra de la voluntad- en su mayoría con desconocidos-, teniendo las mujeres el doble de riesgo que los hombres.
- En el momento de la encuesta, el porcentaje de embarazo en los adolescentes, de los grupos de estudio y de control 1 de Medellín, se estimó en 4,8 %, 2,2 % respectivamente, siendo de 4,0 % en el grupo control de Cali. Una de cada diez mujeres adolescentes de los grupos de estudio y de control 1 ya han sido madres.
- Alrededor del 2 % del total de mujeres, alguna vez en la vida, han interrumpido un embarazo.
- Uno de cada cinco jóvenes no utilizaron métodos de anticoncepción en la primera relación sexual, por no considerar el riesgo de embarazo. Los MAC más utilizados por los adolescentes son el condón, la píldora y la inyección.
- Con mayor frecuencia los padres son la fuente de información acerca del tipo y uso de los MAC. Por medio masivo, se encontró que la televisión y la radio son los mayores proveedores acerca de los dos temas.
- La farmacia, las instituciones de salud y los supermercados, son los sitios que los jóvenes más conocen para adquirir los MAC.
- En este estudio, menos de uno de cada cinco adolescentes manifestaron haber tenido en el último año al menos una consulta médica en SSR. En los jóvenes de nuestra investigación, la mediana del número de veces que se ha utilizado este servicio fue de dos. A nueve de cada diez jóvenes que asistieron a consulta a estos servicios se les informó acerca de los MAC.

## Referencias

1. Andino N. Salud y estilos de vida saludables de los y las jóvenes adolescentes. Working papers series CST/LAC No 12. UNFPA, 1999.
2. Sadik N. Salud Reproductiva y derechos reproductivos. Fondo de Población de las Naciones Unidas. [Fecha de acceso 20 de octubre de 2007]. URL disponible en: <http://www.unfpa.org>
3. Sadik N. Los jóvenes, en situación de riesgo y necesitados de información y servicios. Fondo de Población de las Naciones Unidas. [Fecha de acceso 20 de octubre de 2007]. URL disponible en: <http://www.unfpa.org>
4. Palma I, Abarca H, Moreno C. Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y el Caribe: Hacia una nueva síntesis de enfoques. Working Papers Series CST/LAC No. 14. UNFPA, 2002.
5. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Resultados Antioquia y Medellín. Bogotá: Profamilia; 2006.
6. Guzmán J, Falconier M, Hakkert R, Contreras J. Políticas de población para adolescentes: diagnóstico de situación y políticas de salud sexual y reproductiva. Working Papers Series CST/LAC No. 9. UNFPA, 2000.
7. Gutiérrez M. El embarazo adolescente. [Sitio en Internet] [Fecha de acceso 15 de octubre de 2006]. URL disponible en <http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo-en-adolescentes.shtml?monosearch>
8. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Embarazo en la adolescencia. [Sitio en Internet] [Fecha de acceso 20 de octubre de 2006]. URL disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/teenagepregnancy.html>
9. Vallejo C, Arrieta L, Vargas A, Acevedo L, Cárdenas E. Pacto por la Salud Pública en Antioquia. Avances en Medellín hasta el 31 de diciembre de 2005. Salud Pública de Medellín 2006;1(1):33-62.

10. Agudelo L. Redescubrir. Una mirada a la salud de las y los jóvenes. Prevalencia de embarazo adolescente, síntomas sugestivos de ITS, consumo y adicción a sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en mujeres de 14 a 19 años de Medellín. Medellín: 2005.
11. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Resumen. Bogotá: Profamilia; 2006.
12. Bautista L. Diseños de Muestreo Estadístico. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1998.
13. Cochran W. Sampling techniques. 3 ed. New York: Wiley; 1977.
14. Departamento de Planeación Metropolitana. Anuario Estadístico Metropolitano. Medellín: 2002.
15. Departamento Administrativo de Planeación. Cali en cifras 2005. Santiago de Cali: Impresora Feriva S.A.; 2005.
16. Secretaría de Salud de Medellín. Situación de Salud de Medellín, indicadores básicos 2005. Medellín; 2006.
17. Flórez C. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Pan de Salud Pública* 2005;18(6):388-402.
18. Schutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington: OPS; 2003.
19. Panamerican Health Organization, World Health Organization. Promotion of sexual health recommendations for action. Guatemala: OPS/OMS; 2000.
20. Red de prevención del embarazo adolescente. Memoria del trabajo realizado por la Red de prevención del embarazo adolescente durante los años 2004, 2005 y 2006 (primer semestre). Medellín; 2006.
21. Ministerio de Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2003.
22. Issler J. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina* 2001;(107):11-23.
23. Rosengard C, Pollock L, Weitzen S, Meers A, Phipps M. Concepts of the advantages and disadvantages of teenage childbearing among pregnant adolescents: A qualitative analysis. *Pediatrics* 2006;118(2):503-510.
24. Issler J. Op cit.
25. Santelli J, Beilenson P. Risk factors for adolescent sexual behavior, fertility, and sexually transmitted diseases. *J Sch Health* 1992; 62(7):271-279.
26. Magnani R, Seiber E, Vereau D. Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Perú. *Studies in Family Planning* 2001;32(1):53-66.
27. Behrman J, Duryea S, Székely M. Decomposing fertility differences across world regions and over time: Is improved health more important than women's schooling?. IDB-OCE Working Paper No. 406; 1999. [Fecha de acceso 20 de octubre de 2007]. Disponible en URL <http://ssrn.com/abstract=223583>
28. Wartenberg L. Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia. Bogotá: CIDS, Universidad Externado de Colombia y UNFPA; 1999.
29. Felice ME, Feinstein RA, Fisher M, Kaplan DW, Olmedo LF, Rome ES, Staggers BC. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Contraception in adolescents. *Pediatrics*. 1999;104(5 Pt 1):1161-1166.
30. Dearden K, Hale C, Alvarez J. The educational antecedents of teen fatherhood. *Br J Educ Psychol* 1992;62(Pt 1):139-147.
31. Elster AB, Lamb ME, Tavare J. Association between behavioral and school problems and fatherhood in a national sample of adolescent youths. *J Pediatr* 1987;111(6 Pt 1):932-936.



32. Pantelides E. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Argentina: Centro de Estudios de Población (CENEP); 2006.
33. The Alan Guttmacher Institute. Facts on American Teens' Sexual and Reproductive Health- Sexual activity. The Alan Guttmacher Institute 2006 September [Fecha de acceso 15 de octubre de 2006]. URL disponible en: <http://www.guttmacher.org/>
34. Issler J. Op cit.
35. Menkes C, Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Papeles de población 2003;(35):233-263.
36. The Alan Guttmacher Institute. Facts on American Teens' Sexual and Reproductive Health- Sexual activity. The Alan Guttmacher Institute 2006 September [Fecha de acceso 15 de octubre de 2006]. URL disponible en: <http://www.guttmacher.org/>
37. Centers for prevention and control disease. Trends in the prevalence of sexual behaviors. National youth risk behavior survey: 1991-2005. [Fecha de acceso 15 de octubre de 2006]. URL disponible en: [http://www.cdc.gov/HealthyYouth/YRBS/pdf/trends/2005\\_YRBS\\_Sexual\\_Behaviors.pdf](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/YRBS/pdf/trends/2005_YRBS_Sexual_Behaviors.pdf)
38. Ibid.
39. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Op cit.
40. Spingarn R, DuRant R. Male adolescents involved in pregnancy: associated health risk and problem behaviors. Pediatrics 1996; 98(2):262-268.
41. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. Fam Plann Perspect 1992;24(1):4-11.
42. Stevens-Simon C, Reichert S. Sexual abuse, adolescent pregnancy, and child abuse: a developmental approach to an intergenerational cycle. Arch Pediatr Adolesc Med 1994;148(1):23-27.
43. Fiscella K, Kitzman H, Cole R, Sidora K. Does child abuse predict adolescent pregnancy?. Pediatrics 1998;101(4 Pt 1):620-624.
44. Pierre N, Shrier L, Emans S, DuRant R. Adolescent males involved in pregnancy: association of forced sexual contact and risk behaviors. J Adolesc Health 1998;23(6):364-369.
45. Luster T, Small S. Sexual abuse history and number of sex partners among female adolescents. Fam Plann Perspect 1997;29(5):204-211.
46. The Alan Guttmacher Institute. Facts on American Teens' Sexual and Reproductive Health- Sexual activity. The Alan Guttmacher Institute 2006 September [Fecha de acceso 15 de octubre de 2006]. URL disponible en: <http://www.guttmacher.org/>
47. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Op cit.
48. Guzmán D. Programa de salud de salud sexual y reproductiva para Antioquia. Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2003.
49. Burstein GR, Lowry R, Klein JD, Santelli JS. Missed opportunities for sexually transmitted diseases, human immunodeficiency virus, and pregnancy prevention services during adolescent health supervision visits. Pediatrics 2003;111(5 Pt 1):996-1001.
50. Remez L. Providers do not fully use adolescent well-care visits to discuss sexual health - Digests. Perspectives on sexual and reproductive health 2003;35(4).
51. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Actuacions preventives a l'adolescència. Guia per a l'atenció primària de salut. Barcelona; 2004.
52. Rand CM, Auinger P, Klein JD, Weitzman M. Preventive counseling at adolescent ambulatory visits. J Adolesc Health. 2005;37(2):87-93.
53. Garita C, Diaz M, Sequeira M. Manual de consejería en salud sexual para los y las adolescentes. Programa atención integral a la ado-

- lencia de la Caja Costarricense de Seguro Social. [Fecha de acceso 15 de octubre de 2006] URL disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/consej.html>
54. Feldman E. Contraceptive care for the adolescent. *Prim Care* 2006;33(2):405-461.
55. World Health Organization. Adolescent Sexual and Reproductive Health. [Fecha de acceso 15 de octubre de 2006]. URL disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/adolescent/index.html>
56. Agudelo L. Redescubrir. Una mirada a la salud de las y los jóvenes. Prevalencia de embarazo adolescente, síntomas sugestivos de ITS, consumo y adicción a sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en mujeres de 14 a 19 años de Medellín. Medellín; 2005.
57. Singh S, Darroch JE. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Fam Plann Perspect.* 2000;32(1): 14-23.
58. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Resultados Antioquia y Medellín. Bogotá: Profamilia; 2006.
59. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Op cit.



# Percepciones de la usuarias del servicio de citología en unidades prestadoras de la ESE Metrosalud de la zona nororiental de Medellín, 2006

Perceptions from users of the cytology service in medical hospital units of the north-east zone of Medellín, Metrosalud ESE, 2006.

Marleny Valencia Arredondo<sup>1</sup>, Walter Salas Zapata<sup>2</sup>, Aurelio Mejía Mejía<sup>3</sup>, Lucía Tamayo<sup>4</sup>, Jairo Humberto Restrepo<sup>5</sup>

Forma de citar: Valencia M, Salas W, Mejía A, Tamayo L, Restrepo J. Percepciones de la usuarias del servicio de citología en unidades prestadoras de la ESE Metrosalud de la zona nororiental de Medellín, 2006. Rev Salud Pública de Medellín 2008;3(1):27-35.

Este artículo es un producto de la investigación "Estudio de costo-efectividad de tres estrategias de tamizaje en la vigilancia epidemiológica de cáncer cervicouterino y lesiones premalignas en la zona nororiental de la ciudad de Medellín", financiada por la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Antioquia (Convenio Inter administrativo 4800000875 de 2005) y realizada por el Grupo de Citología Ginecológica y Prevención del Cáncer Cervicouterino y el Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia.

Percepciones de la usuarias del servicio de citología en unidades prestadoras de la ESE Metrosalud de la zona nororiental de Medellín, 2006

## Resumen

**Objetivo:** Identificar y analizar algunas percepciones de las usuarias del servicio de citología de la ESE Metrosalud en la zona nororiental de Medellín.

**Metodología:** Se realizó una encuesta a 1 519 mujeres del régimen subsidiado o vinculadas, que entre noviembre de 2005 y abril de 2006 solicitaron el servicio de citología en las unidades hospitalarias de Santa Cruz, Concejo de Medellín y Manrique, y en el centro de salud Pablo VI. Se indagó sobre el conocimiento de los horarios de atención y entrega del resultado, su satisfacción con la atención y el conocimiento de activida-

<sup>1</sup> M.Sc. en Salud Pública. Grupo de citología ginecológica y prevención del cáncer cervicouterino, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Dirección electrónica: mvalen@quimbaya.udea.edu.co

<sup>2</sup> Bacteriólogo. Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia.

<sup>3</sup> Economista. Grupo de Economía de la Salud, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.

<sup>4</sup> Ph. D. en Ciencias Médicas. Grupo de citología ginecológica y prevención del cáncer cervicouterino, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia.

<sup>5</sup> M.Sc. en Gobierno y Asuntos Públicos. Grupo de Economía de la Salud, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.

des educativas. **Resultados:** Las mujeres consideran adecuado el horario para la toma de la citología, aunque existe un gran desconocimiento respecto al horario de entrega de resultados. Existe muy poca información respecto a actividades educativas. El servicio en general fue evaluado de manera satisfactoria, y más del 95 % de las mujeres recomendaría practicarse la citología en la unidad a la que asiste. **Conclusión:** Se hacen recomendaciones para mejorar los programas de prevención del cáncer de cuello uterino.

### Palabras clave

*Neoplasias del cuello uterino, diagnóstico precoz, citología, satisfacción del paciente.*

### Abstract

**Objective:** To identify and analyze some perceptions of the cytology service users of the north-eastern zone of Medellín at Metrosalud. **Methods:** A survey was carried out to 1 519 women from the subsidized/Medicare regimens, who from November 2005 to April 2006 asked for the cytology service at the hospital units of Santa Cruz, Concejo de Medellín and Manrique, and the Public Health Center Pablo VI. It was enquired about the overall knowledge on attention times, results time, satisfaction of attention and the information about educational activities. **Results:** These women considered the schedules for the sample taking to be appropriate, though there is no information at all about the schedules for the return of their results. There is very little information related to educational activities. The service given, seen as a whole, was evaluated as satisfactory, and more than 95% of the women would recommend using this cytology service in the hospital unit they attend. **Conclusion:** It makes recommendations for

improving prevention programmes cervical cancer.

### Key words

*Uterine cervical neoplasm, early diagnosis, cytology, patient satisfaction.*

## Introducción

Algunos países desarrollados han logrado reducir en casi dos terceras partes la incidencia y la mortalidad por cáncer cervicouterino (CaCu) gracias a la implementación organizada de programas de detección precoz (1,2). No obstante, para Colombia esta tarea es aún más difícil debido a que factores como la pobreza y el aislamiento de algunos sectores de la población han multiplicado el riesgo de desarrollar la enfermedad (3).

Entre las características que tiene un programa con calidad de prevención del CaCu se encuentran el manejo de una alta cobertura, la capacidad de captación de la población objetivo y de hacerle seguimiento a las mujeres con lesiones (4); pero para garantizar cobertura y calidad se deben satisfacer las expectativas de las usuarias, así como aumentar el grado de conocimiento que ellas y el personal de salud tienen sobre el CaCu (5). De ahí el creciente interés de los prestadores de servicios de conocer algunos aspectos relacionados con la calidad del servicio.

Es así como la observación sobre la calidad del servicio a partir de la percepción que tienen las usuarias del mismo, brinda una información valiosa que contribuye al mejoramiento de los servicios de salud en general, beneficiando no sólo a los mismos prestadores sino también a las usuarias, puesto que con ello se busca la satisfacción de sus expectativas. Además del

conocimiento de las usuarias sobre la enfermedad, uno de los factores que más afecta la utilización de los servicios de prevención del CaCu en lugares de bajos recursos es la falta de conciencia que tienen las mujeres del autocuidado y por ende de la preocupación por su propia salud (6,7). De otra parte, desde una perspectiva económica, la percepción sobre el servicio es un factor que determina la posibilidad de obtener atención, ya que la predisposición frente al sistema de prestación de servicios es un factor fundamental en el acceso potencial (8).

El objetivo de este artículo fue identificar algunas percepciones de las usuarias pertenecientes al régimen subsidiado o clasificadas como vinculadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- sobre los servicios de citología prestados por las unidades de la ESE Metrosalud en la zona nororiental de Medellín, mediante contrato de la Secretaría de Salud de Medellín.

## **Metodología**

En el marco de la encuesta adelantada como parte de la investigación "Estudio de costo-efectividad de tres estrategias de tamizaje en la vigilancia epidemiológica de cáncer cervicouterino y lesiones premalignas, en la zona nororiental de la ciudad de Medellín" se realizaron preguntas concretas respecto al conocimiento que las mujeres tenían de los horarios de atención, el tiempo que transcurre entre la toma de la citología y la entrega del resultado, su satisfacción con la atención y el conocimiento que tienen sobre las actividades educativas de la unidad prestadora.

La población de referencia la conformaron las mujeres del régimen subsidiado o vinculadas, que fueran mayores de 25 años y las menores de 25 años que hubieran iniciado actividad

sexual y que acudieron a la toma de citología entre noviembre de 2005 y abril de 2006 en las unidades hospitalarias de la zona nororiental de la ciudad. Se excluyeron las mujeres que en el momento del estudio se encontraran en seguimiento por diagnóstico de algún tipo de lesión cervical, mujeres histerectomizadas, en tratamiento para CaCu o cualquier otro tipo de cáncer, así como las usuarias que no accedieron a participar en el estudio. A todas las participantes en la investigación se les explicó, de manera clara y sencilla, los objetivos y los detalles de su participación. Una vez informadas, y al aceptar su participación, se les pidió que firmaran un documento de consentimiento informado. La investigación, según la Resolución 8430 de 1993, se clasifica como de riesgo mínimo (Literal b, del artículo 11, capítulo II). La encuesta fue realizada por estudiantes de Microbiología y Bioanálisis de la Universidad de Antioquia debidamente capacitados y estandarizados.

## **Resultados**

### **Caracterización de la población**

La edad de las mujeres estuvo entre los 13 y 75 años, con promedio y desviación estándar de  $37,8 \pm 15,3$  años. Por grupos de edad, una tercera parte de las participantes se ubicó en el rango de 20 a 34 años (35,8 %), seguido del grupo entre 35 y 49 años (31,9 %), mientras el 21,2 % fueron mayores de 50 años y 10,6 % menores de 20 años. Con relación al estado civil, que puede sugerir la estabilidad económica y socioafectiva de las mujeres, se destaca la unión libre en el 30 % de ellas, mientras el 9 % es madre soltera, el 9 % viuda y el 23 % se encuentra soltera, el 7 % separada y el 20 % restante es casada. Por su parte, respecto al grado de escolaridad, que se constituye en un factor determinante de la marginación y desigualdad de las mujeres y en un momento de-

terminado influye sobre la accesibilidad de éstas a los programas de salud y a prácticas de autocuidado, las participantes en la encuesta tenían un promedio de escolaridad de 6,3 años (DS=3,6), y el 5,2 % de ellas reconocieron ser analfabetas. El 45,1 % habían cursado algún grado escolar hasta quinto de primaria y el 46,8 % hasta la secundaria completa. Solo el 2,9 % ha realizado estudios técnicos y universitarios, mientras que el promedio de Medellín es de un 10 % (9).

Según la clasificación del Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN), la cual permite tener una idea de las condiciones socioeconómicas de las mujeres que acuden al servicio de citología, se encontró que el 84 % pertenecía al nivel 1 ó 2 (29 % y 55 %, respectivamente), mientras un bajo porcentaje al nivel 3 (10,2 %), y el resto estaban catalogadas como población desplazada o en proceso de ingresar al SISBEN, situación acorde con la clasificación socioeconómica de la zona que presenta un alto índice de pobreza. Esta situación se refleja en la actividad económica y ocupación de las mujeres, que en un 59,6 % son amas de casa, el 17,2 % empleadas, el 4,2 % estudiantes y el 17,6 % desempleadas, esta última cifra de por sí alta, se agudiza al sumarla con la de amas de casa, es decir, aproximadamente el 80 %, son mujeres dependientes económica-

mente. Las mujeres que se consideraron empleadas desempeñan labores como trabajadoras independientes, empleadas en empresas y empleadas domésticas. Según la dependencia económica, en el 11,5 % de los casos la familia depende totalmente de ellas y parcialmente en el 10 %, es decir, las mujeres son responsables del sostenimiento económico en el 20 % de los hogares.

### **Percepción sobre los servicios de citología**

La muestra se distribuyó de la siguiente forma entre las unidades hospitalarias en las que se adelantó el estudio: 654 mujeres pertenecían a la unidad hospitalaria de Santa Cruz (incluyendo el Centro de Salud San Pablo) (43 %); 409 a la del Concejo de Medellín (27 %); y 456 a la UPSS Manrique (30 %).

### **Sobre los horarios de atención**

Partiendo de que el horario de atención puede ser una barrera para que las mujeres con múltiples ocupaciones accedan al servicio, se les preguntó en primer lugar cómo consideran el horario que les ofrece la institución de salud para la toma de la citología. Al respecto, el 74,2 % de las mujeres que acudieron a los tres centros consideraron que el horario de atención es bueno, con un comportamiento similar entre los centros (cuadro 1).

**Cuadro 1. Percepción del horario que le ofrece la institución de salud para la toma de la citología**

UPSS	Excelente %	Bueno %	Regular %	No apropiado %	No lo conoce %
Santa Cruz	6,3	76,9	5,1	2,6	9,2
Concejo de Medellín	5,6	72,9	7,8	1,7	12,0
Manrique	9,9	71,5	7,2	0,7	10,8
Total	7,2	74,2	6,5	1,8	10,4

En cuanto al horario para la entrega del resultado, se destaca el gran desconocimiento sobre el mismo, ya que el 53,5 % de las usuarias

manifestó no conocer dicho horario. El comportamiento en cada uno de los centros es bastante similar (cuadro 2).

**Cuadro 2. Percepción de las usuarias sobre el horario que le ofrece la institución de salud para la entrega del resultado**

UPSS	Excelente %	Buena %	Regular %	No apropiado %	No lo conoce %
Santa Cruz	2,5	30,1	14,5	3,7	49,2
Concejo de Medellín	1,5	27,4	4,7	1,0	65,5
Manrique	2,2	32,5	13,2	3,5	48,7
Total	2,1	30,1	11,5	2,9	53,5

**Oportunidad en la entrega de resultados**

Se preguntó a las mujeres sobre el tiempo que transcurre entre la toma de muestra y la entrega del resultado y se encontró que 39,9 % de ellas no sabe cuánto tiempo tarda entre uno y otro momento. El 44,3 % dice que el resultado tarda entre 15 y 30 días, mientras que un 11,9 % cree que demora menos de 15 días. El 4 % cree que se demora más de un mes. Esta distribución es similar en los tres centros. De igual manera se indagó si las usuarias reclaman el resultado, encontrándose que el

94,8 % de las mujeres que se habían hecho la citología lo reclaman y el 5,2 % no.

**Conocimiento de actividades educativas**

Con respecto a las actividades educativas el 59,5 % de las mujeres afirman que no tienen información sobre ellas. Analizando por institución, se encontró que en donde se reportó un mayor porcentaje de respuestas negativas fue en Manrique, seguido del Concejo de Medellín y finalmente Santa Cruz (cuadro 3).

**Cuadro 3. Información sobre actividades educativas**

UPSS	Sí tiene información %	No tiene información %	No sabe %
Santa Cruz	43,1	40,1	16,8
Concejo de Medellín	12,0	68,2	19,8
Manrique	7,7	79,6	12,7
Total	24,1	59,5	16,4

De las mujeres que tienen información, el 77 % corresponden a Santa Cruz, lo cual coincide con el hecho de que de las tres UPSS, ésta es la única que cuenta con talleres educativos diarios sobre prevención de CaCu y cáncer de mama. Analizando cómo consideran los temas las mujeres que conocen sobre las actividades educativas o han asistido a ellas, se encontró que en general el 99 % considera los temas adecuados, comprensibles y se les resuelven las

dudas. Esta tendencia se conserva para los tres centros.

**Evaluación del servicio**

Explorando la percepción que tienen las mujeres que han utilizado el servicio en los últimos 3 años, el 73,4 % evalúa como buena la toma de muestras mientras que sólo el 1,5 % de ellas lo considera deficiente (cuadro 4).



**Cuadro 4. Percepción de la atención recibida durante la toma de la citología\***

UPSS	Excelente %	Buena %	Aceptable %	Deficiente %
Santa Cruz	20,5	73,2	5,1	1,3
Concejo de Medellín	21,1	72,4	4,3	2,2
Manrique	17,5	74,9	6,6	1,1
Total	19,8	73,4	5,3	1,5

\* Si se ha realizado al menos una citología en los últimos tres años en esta institución de salud.

El comportamiento en cada uno de los centros no presenta grandes diferencias respecto al valor promedio. También se indagó entre las mujeres que se han realizado la citología si recomendarían a otras mujeres realizarse la citología en esta institución, a lo que el 97,2 % respondió afirmativamente. El comportamiento por centro de atención es similar: el 98,3 % recomendaría realizarse la citología en la Uni-

dad de Santa Cruz, el 97 % en la Unidad Concejo de Medellín y el 96 % en Manrique.

Evaluando la percepción de las usuarias de la institución con respecto a la atención en general se observó que el 19 % están muy satisfechas, el 65,3 % satisfechas y el 15,7 % poco satisfechas o insatisfechas. En Manrique y Santa Cruz reportaron mayor insatisfacción aunque como puede observarse en el cuadro 5 los resultados son bastante similares.

**Cuadro 5. Percepción sobre la atención en general en la institución de salud**

UPSS	Muy satisfecha %	Satisfecha %	Poco satisfecha %	Insatisfecha %
Santa Cruz	19,1	64,7	13,6	2,8
Concejo de Medellín	18,7	67,9	11,9	1,6
Manrique	19,6	64,1	12,6	3,8
Total	19,1	65,3	12,9	2,8

## Discusión

Al parecer el horario no representa para la mayoría de las mujeres una barrera de accesibilidad al servicio de citología. Probablemente ello se debe a que la mayoría de ellas no trabajan o son amas de casa, lo que les proporciona algo de flexibilidad para adaptarse al horario de la toma de muestra. Ahora bien, aunque el 94,8 % de las mujeres reclaman el resultado, y ello refleja que las usuarias reconocen la importancia de hacerse la citología, se nota que casi el 40 % no sabe cuánto tiempo tarda la

entrega del mismo y más de la mitad no conocen el horario de dicha entrega.

Desde la perspectiva de Salmerón y col (4) y de acuerdo con lo comentado por la OPS (10), el desconocimiento sobre los horarios y días de entrega del resultado obstaculiza la efectividad del programa porque reduce la captación de mujeres por parte del mismo. Esto también es sustentado por el estudio realizado en Soacha, Cundinamarca, donde las mujeres contaban su desmotivación con el programa, puesto que la entrega del resultado se demoraba 1, 2, ó has-

ta 5 meses (11). Según Salmerón (4), las mujeres deben ser informadas en un tiempo estimado de 3 a 4 semanas después de la toma de muestra, pues el no reclamar el resultado o reclamarlo mucho tiempo después, dificulta el seguimiento y tratamiento a dichas usuarias, con el agravante de que muchas de esas mujeres se tranquilizan al pensar que con el hecho de hacerse la citología es suficiente para prevenir el CaCu.

Un factor que influye en este desconocimiento es que tanto el personal médico como paramédico no manejan información adecuada sobre los procedimientos y funcionamiento del programa de citología para las usuarias y de ahí la confusión que reflejan las estadísticas. Conceptos similares se obtuvieron en la investigación de Wiesner y colaboradores (11), donde comentan que los funcionarios ofrecen poca información sobre la citología y los procedimientos subsiguientes y existe una clara desarticulación en la información que se brinda sobre las rutas de atención. Este desconocimiento, en el caso de la presente investigación, puede verse potenciado porque en estas instituciones reclamar el resultado no significa recibir un documento escrito que certifique los hallazgos de la citología, sino una comunicación verbal de los mismos, lo que repercute fuertemente en la capacidad de captación de la institución.

Excepto por la unidad hospitalaria de Santa Cruz, más del 70 % de las usuarias no tenían conocimiento de algún tipo de actividad educativa que se realice con las mujeres que asisten a la toma de muestra. Este desconocimiento no es sorprendente dado que en las unidades de Manrique y Consejo de Medellín no tienen instaurado un programa educativo para estas mujeres o en caso contrario falta divulgación o continuidad. Salmerón y col. sugieren que para garantizar la cobertura y captación de la población en los programas de pre-

vención del CaCu, además de los esfuerzos médicos, deben existir con regularidad campañas de sensibilización para incrementar el grado de conciencia entre las mujeres acerca de los beneficios de participar en los programas, lo que finalmente mejora la efectividad de los mismos. De otro lado, el acompañamiento a estas mujeres con actividades educativas se constituye en la oportunidad que tiene el programa de transformar miedos y nociones erradas que puedan tener las mujeres frente a la prevención, la salud sexual y el mismo CaCu, pues éstos hacen parte de los factores que más afectan la utilización de los servicios de prevención (6).

Cabe destacar dos aspectos positivos del servicio de citología de las tres unidades hospitalarias que hicieron parte del estudio. El primero es la satisfacción de las mujeres frente a los horarios ofrecidos, que dada su calidad de amas de casa y desempleadas no representa un obstáculo para practicarse la citología. El segundo, es la satisfacción que existe entre las mujeres frente a la atención en las unidades hospitalarias, en la cual se observó que en general las mujeres están muy satisfechas o satisfechas con respecto a cómo son atendidas en las diferentes unidades en las cuales se realizó el estudio.

En cuanto a la recomendación que ellas harían a otras mujeres de hacerse la citología es necesario tener en cuenta que ello no sólo se deriva de un buen servicio sino también de la importancia que para las mujeres reviste dicha prueba. Como puede verse, las mujeres consideran que la atención en general en estas instituciones es buena y los porcentajes de insatisfacción son bajos.

Es menester aclarar que en este estudio tratamos de observar la calidad del programa a través de las percepciones de las mujeres que asisten a él. Un futuro estudio sobre calidad

de la atención debe trascender la percepción y evaluar condiciones más específicas de la relación usuaria - prestador, pues la calidad de la atención, vista como otro de los grandes factores que afectan la utilización de los servicios de prevención del CaCu, está determinada por la manera como el prestador se comunica con la usuaria, la información que le suministra, las circunstancias bajo las cuales se da esa comunicación, la privacidad en el momento de la toma de muestra, el tiempo dedicado por el prestador a atender preguntas, entre otros aspectos (6,11,12).

Otra alternativa que es necesario explorar es identificar las percepciones que sobre el CaCu, la citología y la prestación de los servicios de salud tienen las mujeres que no se han hecho la citología. Las percepciones aquí presentadas tienen origen en las mujeres que asisten al servicio de citología, y si se requiere aumentar la cobertura, focalizar recursos en la población que más necesita del diagnóstico precoz y reducir el CaCu, el dar una mirada a las mujeres que no se han hecho la citología proporcionaría información bastante pertinente.

Finalmente, se resaltan las siguientes recomendaciones con el propósito de mejorar los programas de prevención del CaCu y que se ajustan a la situación encontrada en las unidades de Metrosalud que hicieron parte de este estudio:

- Trabajar con líderes comunitarios para desarrollar estrategias innovadoras con mujeres de difícil captación y que están en alto riesgo desde el punto de vista de la poca o nula asistencia a la realización de la citología y de presencia de factores de riesgo.
- Desarrollar sistemas de información efectivos que faciliten el contacto y seguimiento de las mujeres que están dentro del programa.
- Preparar al personal de la institución para el desarrollo de habilidades comunicativas que le permitan aconsejar y entender los intereses, temores, derechos e ideas que tienen las mujeres sobre la prevención del CaCu y enfatizar la importancia de la figura del "cliente satisfecho".
- Mejorar la divulgación de las actividades educativas de cada centro, respecto a la importancia de la citología y prevención de factores de riesgo. En caso de no existir, proponer su creación. Este tipo de información puede entregarse a la mujer por ejemplo cuando asista a otro tipo de servicios médicos en la unidad.
- Informar a las mujeres sobre cuándo reclamar el resultado de la citología. En caso de no reclamarlo, contactar a la mujer, lo cual es particularmente importante cuando el resultado sea anormal.

### Agradecimientos

Los autores agradecen a la Secretaría de Salud de Medellín y a la Universidad de Antioquia por los recursos aportados para la financiación de la investigación; a las mujeres participantes en la investigación; al personal de salud, administrativo y técnico de Metrosalud; y a los estudiantes de Microbiología y Bioanálisis de la Universidad de Antioquia que colaboraron en la realización de la encuesta.

### Referencias

1. Aguilar JA, Leyva AG, Angulo D, Salinas A, Lazcano EC. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. Rev Saude Publica 2003;37(1):100-106.

2. Parking M. Los números del cáncer de cuello uterino en Europa. *HPV Today*. 2006;(8):1-3.
3. Sherris JD; Herdman C. Prevención del cáncer cervical en comunidades de escasos recursos. *Outlook* 2000;18(1):1-8.
4. Salmerón J, Lazcano EC, Perez R, del Rio I, Torres I, Hernandez M. Proposal to institutionalize criteria and quality standards for cervical cancer screening within a health care system. *Cad Saúde Pública* 1998;14(Suppl 3):67-75.
5. Lazcano E, Alonso P, Ruiz J, Hernández M. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development. *Salud Pública Mex*. 2003; 45(Suppl 3):S449-S462.
6. Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, Agurto I. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low resources settings. *Salud Pública Mex* 2003;45(Suppl 3):S408-416.
7. Capurro I, Rojo J, Pino T. Programa de detección y control de cáncer de cuello uterino en servicio salud Araucania sur. *Rev Chil Obstet ginecol* 2002;67(2):114-120.
8. Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimension of access to medical care. *Health Services Research* 1983;18(1):49-74.
9. Municipio de Medellín. Encuesta de Calidad de Vida 2005. [Sitio en Internet] [Fecha de acceso 2 de marzo de 2007]. URL disponible en: <http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/datosEstadisticos/calidadvida2005.jsp?idPagina=845>
10. Lewis J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS; 2004.
11. Wiesner C, Vejarano M, Caicedo J, Tovar S, Cendales R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Publica* 2006;8(3):185-196.
12. Gómez AJ. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental. *Salud Pública Mex* 2001;43(4):279-288.



# Condón: uso y creencias en la población del centro de Medellín en 2005

Condom: Use and beliefs among the population in downtown Medellín, 2005

María del Rosario Romero Contreras<sup>1</sup>, Carlos Mario Piedrahita<sup>2</sup>, María Ochoa<sup>3</sup>,  
Carmen Esperanza Vargas Romero<sup>4</sup>

Forma de citar: Romero M, Piedrahita CM, Ochoa M, Vargas CE. Condón: uso y creencias en la población del centro de Medellín en 2005. Rev Salud Pública de Medellín 2008;3(1):37-46.

Este artículo es producto del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud de Medellín.

## Resumen

**Introducción:** El proyecto *Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín* de la Secretaría de Salud, realizó a finales del 2005 un sondeo al azar con 5 293 hombres y mujeres habitantes, trabajadores o transeúntes del centro de la ciudad, con el objetivo de conocer las creencias predominantes sobre el preservativo masculino o condón y su frecuencia de uso, como parte del establecimiento de una línea de base sobre la situación en salud sexual y reproductiva, que comprendía además de ésta, otras variables. **Resultados:** Se muestran bajos niveles de uso del condón: hasta un 65 % de la población reconoce que *nunca* lo utiliza o que lo hace sólo a veces, y ambos comportamientos son de alto riesgo. Predomina en la población una *actitud* que no favorece el uso del preservativo masculino y los *conocimientos* sobre qué es el condón y cómo se usa correctamente son escasos. Se nota mayor familiaridad y frecuencia de uso del condón en los hombres, en comparación con la exi-

<sup>1</sup> Especialista en Educación Sexual. Coordinadora proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín. Convenio Secretaría de Salud - ESE Metrosalud. E-mail: mariadelrosarioromero@yahoo.com

<sup>2</sup> Abogado. Investigador proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín. Convenio Secretaría de Salud - ESE Metrosalud.

<sup>3</sup> Socióloga. Auxiliar de Investigación proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín. Convenio Secretaría de Salud - ESE Metrosalud.

<sup>4</sup> Bióloga. Asistente, proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín. Convenio Secretaría de Salud - ESE Metrosalud.

gencia que de él hacen las mujeres, entre la población joven y entre las personas con mayor nivel de escolaridad. **Conclusión:** Se tiende a ver el condón como un método para evitar embarazos, desconociendo su importancia como método de prevención frente al contagio de infecciones de transmisión sexual.

### Palabras clave

*Condón, infecciones de transmisión sexual, virus de la inmunodeficiencia humana, embarazo no deseado, violencia sexual, Medellín.*

### Abstract

**Introduction:** The project Actions of information, education and communication towards sexual and reproductive health (SRH) for Medellín designed by the Health Secretariat, carried out a random screening in 2005 with 5,293 men and women either inhabitants, workers or passers-by downtown, with the purpose of getting to know the prevalent beliefs about the condom and its frequency of use, as a part of the establishment of a baseline that could count for the situation of SRH, that other than this, contemplated other variables. **Results:** Low levels of condom use are shown: up to a 65% of the population admits that they never use it or that does only sometimes, and both behaviors are of high risk. An attitude prevails in the population which does not favor the use of the masculine preservative; moreover, there is a vast lack of knowledge on what a condom is and how it is properly used. A greater familiarity and frequency of use of condom is noticed in men, compared to the exigency that women do about its use, both, among the young population and the people with higher level of schooling. **Conclusion:** People tend to see condoms as a method to avoid pregnancies, unknowing its importance as a method for preventing sexually transmissible diseases (STDs).

### Keywords

*Condom, sexually transmitted diseases, human immunodeficiency virus, unwanted pregnancy, sex offenses, Medellín.*

### Introducción

El proyecto Salud sexual y reproductiva (SSR) para el centro de Medellín realizó una intervención de nueve meses a partir de octubre de 2005 en el centro de la ciudad, con el fin de sensibilizar a la población sobre la prevención de riesgos relacionados con la vida sexual en tres aspectos: la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, la disminución de embarazos no deseados y la erradicación de la violencia sexual. Para ello desarrolló actividades de información, educación y comunicación, llegando a la gente de manera personal y colectiva, utilizando estrategias lúdicas, amables y recreativas. Los componentes de este proyecto han sido: la concertación dirigida al logro de un *pacto por la salud sexual y reproductiva*; visitas a establecimientos abiertos al público y puestos de información itinerantes en espacios de gran afluencia de transeúntes con quienes se realizan conversaciones directas para informar y escuchar inquietudes; obras de teatro callejero; presencia en medios de comunicación; divulgación mediante impresos, eventos públicos y distribución gratuita de condones.

El condón o preservativo masculino es un método anticonceptivo de barrera que, bien utilizado y mientras cumpla con unas condiciones de calidad en su fabricación, evita los embarazos no deseados y es, además, el único método efectivo para prevenir el contagio de ITS y VIH. Sin embargo, en el imaginario popular prevalecen algunas creencias que influyen en la negativa de los hombres para usarlo y en el

temor de exigirlo por parte de las mujeres. La más generalizada de estas creencias es que el condón resta sensibilidad o reduce el placer en el momento del coito.

Especialmente los siguientes grupos poblacionales están en riesgo de un embarazo o adquirir una ITS por no usar habitualmente el condón:

1. Mujeres y hombres que viven en pareja estable, creyendo que ninguno de los dos tiene relaciones extraconyugales, y que no usan o no exigen condón para no crear sospechas de infidelidad o por demostrar confianza en el otro o la otra.
2. Quienes ya no están en edad reproductiva y no usan el condón pues consideran que no van a ocasionar un embarazo; generalmente no piensan en la protección frente a las ITS.
3. Jóvenes de ambos sexos que inician relaciones sexuales coitales y suponen que por ser la primera vez, no hay riesgo de embarazo. También creen que una persona con buena apariencia es sana y no les contagiará una ITS.
4. Quienes no tienen dinero para comprar el preservativo y se arriesgan a relaciones sexuales sin usarlo.
5. Aquellas personas que usan un método anticonceptivo -especialmente ligadura de trompas, vasectomía y píldora anticonceptiva- y piensan que por ello ya están libres de todo riesgo.
6. Personas en ejercicio de prostitución que usan condón con algunos clientes pero no con quienes las obligan, o les pagan más; entre las mujeres en prostitución se da el

caso de usarlo con los clientes pero nunca con su pareja (esposo o compañero permanente). Varias de ellas han sido infectadas, no por un cliente, sino por su marido o compañero.

Sobre el uso y las creencias en torno al condón no se habían realizado anteriormente estudios específicos con la población del centro de la ciudad de Medellín. En el presente artículo exponemos los resultados del sondeo realizado durante los dos primeros meses de actuación del Proyecto con habitantes, comerciantes o transeúntes del centro de Medellín.

## Metodología

Durante los meses de diciembre de 2005 y enero de 2006 el proyecto SSR realizó un sondeo sobre conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al uso del condón o preservativo masculino para visualizar con una muestra aleatoria, pero representativa de la población que converge en el centro de la ciudad, si se usa o no el condón, la frecuencia de uso y las razones que se expresan para usarlo o no. Se cruzaron estas variables con las de sexo, edad y nivel de escolaridad con el fin de observar posibles diferencias y características particulares. La información fue recolectada por el grupo de visitadores del Proyecto a través de encuestas especialmente diseñadas para los objetivos planteados.

## Resultados

El total de población sondeada fue de 5 293 personas; de éstas el 40,1 % fueron mujeres, el 59,1 % hombres y el 0,8 % de la población sondeada no respondió la pregunta referente al sexo. La edad de la población sondeada osciló entre los 10 y los 75 años.



### Frecuencia de uso del condón

Frente a la pregunta si usa o exige el uso del condón, el 34,3 % de las personas encuestadas respondieron "siempre"; el 34,4 % dijo que usaba o exigía el condón "a veces" y para el 30,6 % la respuesta fue "nunca". Aunque los datos sobre uso del condón masculino con la frecuencia *siempre*, *a veces* o *nunca*, están bastante parejos y ninguno alcanza una superioridad relevante, la suma de los porcentajes referidos a conductas de riesgo (*a veces* y *nunca*) resulta en 65 %, lo cual denota una práctica poco recurrente o nula del uso del condón (gráfico 1).

### El uso del condón en hombres y en mujeres

Comparando este comportamiento según el sexo, se encontró que el 68 % de las mujeres y el 63 % de los hombres no usan condón o lo hacen de vez en cuando. Las mujeres, en la mayoría de sus encuentros sexuales, no usan condón, y los hombres, en la mayoría de sus encuentros sexuales, lo usan a veces. En el caso de las mujeres, el "uso" se refiere a la exigencia de utilización del condón a sus compañeros sexuales (gráfico 2).

### Uso del preservativo masculino, según la edad

Los porcentajes más elevados de uso del condón se encontraron en los rangos de 20 a 25 y de 36 a 45 años, y los más bajos, en las personas de 56 a 65, 10 a 14, y 66 a 75 años, respectivamente. En todos los rangos de edad se encontraron personas que manifestaron no usar *nunca* el condón, *usarlo a veces*, o *siempre*. Las respuestas más altas para *el no uso del condón* las dieron quienes están en un rango de edad de 66 a 75 años (65,8 %), las personas de 56 a 65 años, quienes expresaron en un 49,7 % *no usar nunca* el condón, y los adolescentes de 10 a 14 años (44,4 %). Quienes expresan en

Gráfico No. 1.  
Frecuencia de uso del condón (%)

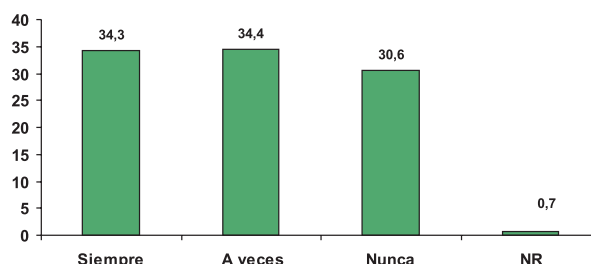
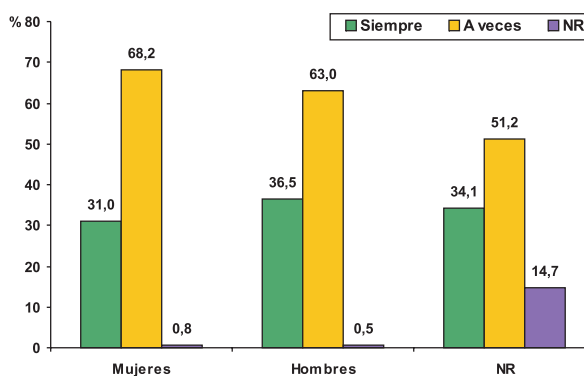


Gráfico No. 2. Distribución según sexo



mayor medida usar siempre el condón son los jóvenes de 15 a 19 años (43,9 %), seguidos de los de 20 a 25 (35,7 %) y de 26 a 30 años (35,2 %).

### Grado de escolaridad y uso del condón

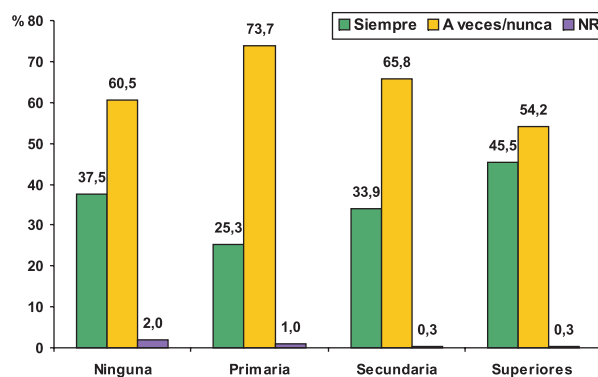
Se encontró un mayor uso del condón en el grupo de personas con niveles superiores de estudio. El 46,2 % de los universitarios expresaron que lo usan *siempre* y el 63,6 % de los estudiantes de postgrado también. Un menor uso es manifestado por quienes no han tenido acceso al sistema escolar de manera satisfactoria: el 52,6 % de las personas que alcanzaron hasta primero de primaria, comentaron que *nunca* usan el condón; lo mismo dijo el 57,1 %

de quienes llegaron hasta segundo de primaria.

Llama la atención que aún en personas con niveles altos de formación se perciban porcentajes representativos de no uso del condón o uso poco frecuente del mismo: para el nivel universitario este porcentaje fue de 53,1 % y para el nivel de postgrado de 36,4 %.

Entre quienes no accedieron al sistema escolar, el 37,5 % dijo usar *siempre* el condón y el 60,5 % expresó no hacerlo *nunca* o a *veces*. Así mismo, del total de personas que se encuentran en un nivel básico de formación (primaria) el 25,3 % indicó usar el condón *siempre*, y el 73,7 % a *veces* o *nunca*. Entre quienes tienen un nivel de escolaridad medio (secundaria) el 33,9 % contestó que *siempre* usa el condón, y el 65,8 % que lo usan a *veces* o *nunca*. Finalmente, del total de quienes obtuvieron estudios superiores (técnico, universitario y postgrado) el 45,5 % dice usar condón *siempre* y el 54,2 % a *veces* o *nunca* (gráfico 3).

Gráfico No. 3. Distribución según escolaridad



### Escolaridad, edad y uso del condón

Al realizar un cruce de variables más complejo para analizar el nivel de escolaridad en relación con la edad de la población sondeada, y a

su vez el uso o no del condón, pudo verse que, no necesariamente quienes tienen menor nivel de escolaridad corresponden a las franjas de los menores en edad; por el contrario, muchas de las personas que no han estudiado, son adultas. Sólo puede verse una excepción en relación con la edad y el grado de escolaridad en el rango de 10 a 14 años, quienes en su totalidad han recibido algún tipo de educación, pero aún no han alcanzado estudios superiores.

Un dato relevante es que del total de la población sin ningún grado de escolaridad, entre 36 a 45 años, el 100 % dice *nunca* usar condón. Igualmente sucede con la población de 66 a 75 años que no ha pasado por el sistema escolar. Del total de la población entre 56 y 65 años que no ha estudiado, el 66,7 % dice usar *siempre* el condón. En esta misma franja de edad, de quienes poseen estudios superiores, el 50 % dijo *nunca* usar condón.

### Escolaridad, sexo y uso del condón

Al cruzar estas variables, en todos los casos es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres que responden *siempre* usar el condón. Para todos los casos, la mujer responde *nunca*, en el uso del condón, en mayor proporción que el hombre. Sólo en el nivel de escolaridad nula para ambos, la tendencia se invierte: 21,4 % de las mujeres dice nunca frente al 40 % de los hombres que afirma lo mismo.

### Argumentos mencionados por quienes dicen que nunca usan el condón

Los argumentos más recurrentes tanto en hombres como en mujeres que dicen *nunca* usar el condón, se refieren a tener una pareja estable, ser fiel, no ser promiscuo y confiar en la pareja.

En el caso de las mujeres, muchas expresaban que "a él no le gusta usar condón". Algunas muje-

res afirmaron inicialmente que no les gustaba a ellas, pero finalmente demostraban estar influenciadas por la necesidad de complacer el gusto del hombre. Otras mujeres expresaron argumentos como "ser virgen", no tener relaciones sexuales con hombres -posiblemente es el caso de mujeres lesbianas-, o no usar condón por "ser estéril" o "usar otros métodos de planificación". Con estos dos últimos argumentos se olvida el riesgo de las ITS, lo cual se encontró frecuentemente en las mujeres que participaron en el sondeo. Finalmente, algunas dicen ser alérgicas al látex y varias desconocían completamente lo que es un condón.

Entre los hombres, la "razón" más repetida es que no les gusta porque disminuye su sensibilidad: "se siente más placer y emoción sin el condón". Agregan algunos que les "maltrata", es "desagradable", "maluco" e "incómodo". Incluso llegan a decir que les provoca impotencia. Otros hombres dicen que no usan el preservativo porque ya se hicieron la vasectomía, o porque su pareja "planifica", olvidando la protección frente a las ITS. Algunos nunca usan condón porque les da "pereza" o les da "pena" o nunca han ensayado usarlo. Una serie de argumentos tiene que ver con la baja frecuencia de relaciones sexuales o la avanzada edad. Alguien dijo: "en mis tiempos no existían esas enfermedades".

Se adujo con mucha frecuencia el problema económico como causa de no poder usar el condón: "no hay dinero", "no he podido comprarlo, si hago milagros para vivir". Finalmente, algunos esgrimen argumentos de tipo subjetivo o moral, por ejemplo: "porque sin condón es más serio", "nunca uso condón porque soy cristiano y llevo una vida muy sana".

### **Argumentos mencionados por quienes dicen que sólo a veces usan el condón**

Las respuestas más numerosas se expresan al respecto de relaciones con personas diferen-

tes a la pareja estable: "con personas diferentes a mi cónyuge sí hay que utilizarlo", "cuando soy infiel", "cuando se echa la canita al aire", "depende con quién".

Otras argumentaciones tienen que ver con el acceso oportuno e inmediato al condón o con condiciones de olvido: "no lo cargo a la mano", "a uno se le olvida cargarlo porque en la billetera no se puede llevar", "en el momento del acto a veces no lo tenemos", "cuando se presenta la oportunidad no siempre lo tengo", "si lo tengo a la mano lo uso y si no, no", "se me olvida usarlo", "no me acuerdo de pedirlo", "dejo de usarlo cuando estoy borracho".

Un buen número de opiniones giran en torno a la falta de información, el desconocimiento y la creencia de que "hay muchas otras formas de protegerse". Otras razones de usar el condón sólo en ciertas ocasiones, tienen que ver con la falta de ingresos -"no siempre hay plata"- o con la falta de costumbre.

Se nota en un cierto número de hombres la tendencia a dejar en manos de las mujeres la decisión o la exigencia del uso del condón.

En el caso de una trabajadora sexual se expresa una situación que les ocurre a muchas en el sector de prostitución en pobreza: "Los hombres dicen que si es con condón entonces no, y una tiene que comer y pagar donde vivir".

### **Argumentos mencionados por quienes dicen que siempre usan el condón**

Las respuestas más frecuentes se refieren al uso del condón como método anticonceptivo de barrera: "lo uso para no tener hijos", "para no quedar embarazada", "porque no planifico con otras cosas", "porque es el método de planificación más seguro", "porque todavía no tengo edad para cargar con un niño".

Otra serie de argumentos muestran una ganancia en cuanto a la actitud de autoestima y

autocuidado: "*mi vida vale mucho*", "*me quiero*", "*me cuido y me valoro*". Se menciona en este sentido el uso del condón siempre, como "un acto de vida" o para incrementar la calidad de vida, por salud, protección, seguridad, prevención e higiene.

Unas cuantas razones son de tono negativo: "*desconfío de mi pareja*", "*le tengo miedo a la muerte*", "*tengo miedo de que me vuelvan a infectar*".

Sólo muy pocas personas expresan razones que muestran consciencia de doble protección: "*por cuidarme de un embarazo y de enfermedades*", "*es la única forma de prevenir enfermedades venéreas y embarazos no deseados*".

## **Discusión**

Las cifras resultantes de *no uso o de uso poco frecuente del condón* evidencian una desprotección alta de la población sondeada que converge en el centro de Medellín, lo que implica que se encuentra en riesgo de contagiarse de alguna ITS y/o VIH y de tener embarazos no deseados -en caso de no usar métodos anticonceptivos-.

El porcentaje de *no uso del condón o uso poco habitual* del mismo, es un poco más alto en mujeres que en hombres. Para el caso femenino la respuesta más reiterada *para el no uso del condón* fue el "tener una pareja estable" o "a mi pareja no le gusta". Sólo en muy pocos casos se manifestó ser ella a quien no le gustaba tener relaciones sexuales con preservativo. En muchas ocasiones, cuando el hombre decide no usar el condón porque manifiesta que no le gusta, la mujer -aunque no esté de acuerdo- tampoco lo exige; puede entonces presumirse que la conducta de riesgo en el sexo femenino se debe a que ella, además de sus propias razones para el uso nulo o poco recurrente del condón, depende de los motivos que da su pareja, en una clara manifestación de la cultura machista, por

la cual la mujer -la mayoría de las veces- ha asumido su sexualidad subordinada a la de su pareja masculina. Esta subordinación se observa también en parejas homosexuales que repiten los modelos de dominación de la pareja heterosexual patriarcal.

Si bien son muchos los prejuicios que tienen hombres y mujeres acerca del condón, son los hombres quienes más lo utilizan; para el hombre, el condón y la vasectomía son sus únicas formas de anticoncepción, mientras que la mujer puede planificar con múltiples métodos, pero descuida la exigencia del uso del condón, y por lo tanto, está más desprotegida frente al riesgo de ITS.

Las franjas de edad más desprotegidas son las de 46 años hasta los 75, junto con los adolescentes de 10 a 14 años; luego están las personas entre 15 y 30 años y los adultos de 31 a 45. Puede concluirse que en todos los grupos de edad hay una fuerte tendencia a no usar condón. Por supuesto, en aquellos rangos de edad en que esta tendencia se profundiza, son los extremos del ciclo vital: cuando apenas se inicia la vida sexual o cuando ésta empieza a disminuir.

Las personas entre 56 y 75 años argumentan que ya no tienen vida sexual activa y si la tienen, conservan una pareja estable, planifican con otro método o creen no necesitar el uso del condón; incluso manifiestan que es una práctica nueva para ellos, a la cual no están acostumbrados y por consiguiente, no le hallan importancia. Por su parte, los adolescentes de 10 a 14 años no han iniciado su vida sexual o tienen una sexualidad poco activa, desconocen el uso del condón, o -como ellos mismos argumentan- no lo usan porque "el momento de emoción no deja pensar", les da "pena" sacarlo o pedirlo en el momento del acto sexual, o caen en "el descuido" o el olvido de necesitar protección.

Los grupos encuestados entre 15 y 30 años parecen estar más familiarizados con el preservativo y tener mayor conciencia de la necesidad de prevenir embarazos no deseados e ITS. Aunque esto pudiera ser alentador pues muestra que la población con mayor vida sexual está mejor informada y realiza prácticas sexuales más seguras que la que tiene una vida sexual menos activa, los porcentajes de *siempre* usa condón no alcanzan a superar la suma de los "a veces" y "nunca"; tal es el caso de los jóvenes de 15 a 19 años, donde, si bien el 43,9 % manifestó usar siempre el condón, el 56 % dijo hacerlo a *veces o nunca*.

Si se tiene en cuenta que la población juvenil tiene gran actividad sexual y que de esta población, en Medellín, el 86 % pertenece a los estratos uno, dos y tres (1), cobra importancia el argumento encontrado en el sondeo, sobre no uso del condón por motivos económicos y porque no hay acceso fácil a su compra, pues "no hay suficientes dispensadores" o "quedan muy lejos". Esta situación también es señalada por la población adulta en situación de desempleo, pobreza o indigencia.

Para más de la mitad de la población sondeada, de todas las edades, el condón no se aprecia como indispensable ni se tiene incorporada su utilización en la cotidianidad de la vida sexual.

La población que vive y transita en el centro de la ciudad es diversa. Esto se evidencia por ejemplo en el nivel de escolaridad de la población sondeada pues se encontraron desde personas con cero escolaridad hasta aquellas que habían recibido formación de postgrado; sin embargo, la mayor franja sondeada, la cubren quienes han finalizado el bachillerato, lo que implica un nivel medio que supone el acceso a información cualificada con respecto a la sexualidad. Aunque pasar por el sistema escolar y universitario no garantiza la práctica del

uso del condón, sí facilita el acercamiento a temas y conocimientos distintos que pueden convertirse en dinamizadores de la práctica del uso del preservativo; a su vez, ese conocimiento hace posible una mayor capacidad de decisión.

Hay que tener en cuenta que las tendencias observadas en las cifras del cruce de las variables escolaridad, edad y frecuencia de uso del condón responden a la mayor posibilidad de pareja estable en ciertas edades y al haber alcanzado ciertos grados de profesionalismo y un equilibrado nivel de ingresos, lo cual favorecería el compromiso sexual de largo plazo con una persona, y en este sentido, una cierta garantía de fidelidad y autocuidado mutuo. Esto hace creer a las personas en dicha situación, que no necesitan el uso permanente del condón en las relaciones sexuales con su pareja. Sin embargo, dado que el sistema patriarcal vigente estimula y tolera un modelo de masculinidad basado en el prestigio de tener relaciones sexuales con varias mujeres, la vida conyugal flota en un ámbito de engaño riesgoso para la salud sexual y reproductiva: "si le pido a mi esposo el uso del condón, eso quiere decir que estoy desconfiando de él", "si uso condón con mi señora, ella va a sospechar que yo tengo relaciones extramatrimoniales".

## Conclusiones y recomendaciones

La población en general, de ambos sexos, tiene bajos niveles de uso del condón, llegando a 65 % quienes reconocen que nunca lo utilizan o que sólo a veces lo hacen; ambos comportamientos son de alto riesgo. La *práctica* del uso del condón es bastante baja y presenta la característica de ser ocasional (depende de la pareja sexual, de la facilidad de tenerlo en la circunstancia en que se presente la oportunidad, de la memoria o del dinero). Las personas sondeadas, en su mayoría, dijeron que no acos-

tumbran llevarlo consigo como un implemento personal y de primera necesidad. Es necesario, en las campañas educativas reforzar la idea del uso habitual y constante del condón, como parte de los objetos personales indispensables.

*Los conocimientos* sobre qué es el condón y cómo se usa correctamente, son escasos; aunque hay mayor familiaridad con el condón entre la población joven y en las personas con mayor nivel de escolaridad. A mayor nivel de escolaridad, mayor conocimiento y uso del condón. Su utilización aumenta significativamente en las personas que han tenido estudios de bachillerato (o secundaria) hasta el nivel técnico, universitario y de postgrado. Sin embargo, se evidencia la necesidad de incrementar en la población escolarizada una educación sexual con perspectiva de equidad de género para crear conciencia con respecto a la necesidad del uso habitual del condón como un medio de prevenir el contagio de las ITS y el VIH, lo mismo que el reconocimiento de la violencia que implica el embarazo no deseado; además, es necesario capacitar a la población escolarizada como multiplicadora de la promoción en SSR.

*Las actitudes* con respecto al uso del condón, en la mayoría de población, no son favorables: muchas personas, especialmente los hombres, sienten aversión al preservativo y asumen el riesgo que implica no protegerse. Al considerar que es desagradable, que le resta sensibilidad y pasión al acto sexual - así conciben su necesidad o posean conocimientos frente al peligro de su no uso-, se niegan a utilizarlo en la práctica. Es necesario entonces, transformar las actitudes adversas y estimular una actitud positiva, con respecto al condón en la población masculina.

En los adultos mayores predomina una actitud de rechazo; no les gusta usar el condón o no les parece importante usarlo; en las franjas de

edad entre los 15 y 30 años, que tienen una vida sexual activa, el porcentaje de uso del condón aumenta un poco en relación con las otras categorías de edad. Sin embargo, no es suficiente la apropiación del uso del condón entre adolescentes. Se requiere actuar entonces, tanto en grupos de adultos mayores como entre adolescentes y jóvenes, con metodologías adecuadas para cada edad.

Es una tendencia en la población sondeada ver el condón como un método para evitar embarazos, desconociendo su importancia como método de prevención de las ITS y la doble protección que brinda. Inferimos que el embarazo no deseado es concebido como un riesgo más temido y cercano que el contagio de una ITS. También la poca resonancia del riesgo de contagio se debe, en parte, a que es un tema todavía vergonzante y secreto, aún cuando represente un peligro público: de "eso" poco se habla y poco se conoce. Además, se presume la seguridad de la relación sexual por el tiempo que se lleva con la pareja o por su buen aspecto físico, sin considerar necesarios los exámenes médicos; y los imaginarios frente a lo que puede representar una persona "sana" se convierten en derroteros para creer saber quién puede tener una ITS y con quién tener o no una relación sexual con condón. Las personas que utilizan anticonceptivos se descuidan en el uso del condón y terminan optando por él como último recurso, sólo en los casos excepcionales en que no están con su pareja sexual habitual; incluso hay quienes descargan la responsabilidad de planificación en su pareja femenina, sin contar con el factor de riesgo que implica delegar la propia sexualidad en otro. Si en materia de contagio de ITS vía penetración sexual hay poca protección, más aún en el caso del sexo oral, o de cualquier otro acto sexual que no implique riesgo de embarazo, puesto que frente a estas situaciones hay mayor desconocimiento de la forma de transmisión y menor concepción del riesgo. Es necesario,

entonces, brindar mayor información pública sobre las ITS.

Existe un imaginario social que asocia el condón a la promiscuidad; ésto lleva a no usarlo con la pareja ya que puede denotar desconfianza, es decir, no se confía en la fidelidad del otro. Por lo mismo, el condón es muy usado a veces; es decir, en el caso de relaciones esporádicas o con personas desconocidas. Es necesario crear estrategias pedagógicas apropiadas para incidir en el autocuidado en SSR en las parejas estables.

Es relevante la referencia del público al *no uso del condón*, debido a la falta de información, de costumbre y de dinero.

El sondeo realizado indica que las acciones del proyecto Salud sexual y reproductiva responden a una necesidad sentida, por esto se enfatiza en la invitación "*Ponete el condón, hacelo por vos*" y se ofrece un breve mensaje informativo sobre la forma correcta de utilizar el preservativo. El camino de la información pública en SSR es un camino acertado que es necesario seguir para despejar creencias erróneas y convertir en habitual la utilización del condón y los MAC hasta hacer del derecho una costumbre, además de incrementar la decisión pública de no consentir la violencia sexual y denunciarla. A su vez, se requiere continuar con la facilitación de acceso al condón tal y como la Secretaría de Salud lo viene haciendo al colocar dispensadores de preservativos en algunos lugares de la ciudad, con precio favorable.

Después de todo, debemos reconocer también que el desconocimiento no es total y existe un porcentaje relevante de personas que manifiestan la necesidad de protección con el condón; esta actitud es un punto de partida para seguir colocando el discurso sobre el tema en las calles, muros y plazas, con el fin de que revierta a largo plazo en cambios de mentalidad, prácticas y actitudes favorables con relación a la SSR. Para ello, la Administración Municipal debe realizar la inversión social necesaria que permita continuar y reforzar las estrategias y acciones de información, educación y comunicación en SSR para llegar con mayor eficacia a la población en general y a los grupos más vulnerables, la población adolescente y de mujeres. La SSR es un asunto de Salud Pública indispensable para elevar la calidad de vida a partir del compromiso tanto de los gobiernos como de toda la ciudadanía.

## Referencias

1. Encuesta Calidad de Vida, Medellín, 2004. El Colombiano, 5 de febrero de 2006, página 13 a.
2. Proyecto Salud sexual y reproductiva para el Centro de Medellín. Tomo I Sistematización y Evaluación. Convenio 910 de 2005 Secretaría de Salud - ESE Metrosalud, Alcaldía de Medellín.
3. Proyecto Salud sexual y reproductiva para el Centro de Medellín. Tomo II Línea de Base, octubre 2005 a junio de 2006, Convenio 910 de 2005 Secretaría de Salud - ESE Metrosalud, Alcaldía de Medellín.

# Evaluación de resultados inmediatos del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín en 2007

Evaluation of immediate results of the project Actions of information, education and communication in sexual and reproductive health for Medellín in 2007

Nancy Eliana Gallo Restrepo<sup>1</sup>, Astrid Natalia Molina Jaramillo<sup>2</sup>

Forma de citar: Gallo NE, Molina AN. Evaluación de resultados inmediatos del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín en 2007. Rev Salud Pública de Medellín 2008;3(1):47-62.

Este artículo es producto del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud de Medellín.

Evaluación de resultados inmediatos del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín en 2007

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimientos adquiridos por los usuarios del proyecto *Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín*, en materia de uso adecuado del condón, conocimiento de métodos anticonceptivos e identificación, prevención y denuncia de la violencia sexual. **Metodología:** Estudio de carácter mixto, cuantitativo. El componente cuantitativo se realizó con la aplicación de una prueba, antes y después de una experiencia informativa representativa del Proyecto; tuvo una muestra por conveniencia de 299 personas. Se llevó a cabo, también, un acercamiento cualitativo de tipo etnográfico, mediante seis entrevistas a profundidad a usuarios del Proyecto. **Resultados:** El conocimiento del condón es casi universal (98,3 % y 99 % en pre y post), aunque se presentan inconsistencias para su uso adecuado. Los métodos

<sup>1</sup> Especialista en Criminología. Investigadora principal, proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín. E-mail: naeli46@yahoo.es

<sup>2</sup> Psicóloga. Investigadora auxiliar, proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín.



anticonceptivos más conocidos son el condón y las píldoras. Los implantes subdérmicos y el método de emergencia presentan un bajo porcentaje de conocimiento. El uso del condón como mejor forma de protegerse contra infecciones de transmisión sexual es conocido, aunque un 12 % en el postest sigue considerando que tener pareja estable es el mejor método de protección. En el tema de violencia sexual es donde se presentan menores cambios de conocimientos, lo que está asociado a la legitimación sociocultural de la violencia y la falta de credibilidad en la denuncia. La intervención informativa a través de las actividades del Proyecto fue evaluada positivamente, destacándose la conversación con las visitadoras y el obsequio del condón y la cartilla, como las estrategias de mayor agrado. **Conclusiones:** La intervención del Proyecto es efectiva respecto al aumento de los conocimientos de usuarios en un 10 % a 15 % en todas las variables analizadas. El acercamiento cualitativo demostró la mediación de aspectos culturales y subjetivos en la adquisición de conocimientos y en los comportamientos de protección en salud sexual y reproductiva. Respecto a los conocimientos y creencias sobre violencia sexual, no se presentaron variaciones inmediatamente después de recibir la información. Esto señala la necesidad de investigar cuáles estrategias educativas son eficaces para sensibilizar a la ciudadanía en la prevención de todo tipo de violencia sexual.

### Palabras clave

*Estudios de evaluación, estudios de intervención, conocimientos, actitudes y prácticas en salud; salud sexual y reproductiva.*

### Abstract

**Objective:** To evaluate the level of knowledge acquired by the users of the Project Actions of

information, education and communication towards sexual and reproductive health for Medellín, in the matter of proper use of condoms, knowledge of contraceptive methods, and identification, prevention and formal complaints regarding sexual violence.

**Methods:** Mixed type study, quanti-qualitative character. The quantitative component was done with a test application, before and after a representative informative experience of the Project; it had a sample by convenience of 299 people. A qualitative approach of ethnographic type was also carried out, through six interviews in depth to users of the Project. **Results:** The knowledge of condom is almost universal (98.3% and 99% in pre and post), although incoherencies appear on its proper use. The most known contraceptive methods are condoms and pills. The subdermal levonorgestrel implants and the emergency method exhibit a low percentage of knowledge. The use of condom as best way to protect against sexually transmissible diseases (STDs) is well-known, although a 12% in post-test continue considering that having a long-term relationship is the best method of protection. On sexual violence matters, is where minor changes of knowledge appear, which is associated to the socio-cultural legitimating of violence and the lack of credibility in the formal complaints. The informative intervention through the activities of the Project was evaluated positively, standing out the conversation with the representatives (called visitadoras) and the free sample condom and the booklet as the strategies of greater resembling. **Conclusions:** The intervention of the Project is effective with respect to the increase of the knowledge of users in a 10% to 15% in all the analyzed variables. The qualitative approach demonstrated the mediation of cultural and subjective aspects in the knowledge acquisition and the behaviors of protection in sexual and reproductive health. With respect to the knowledge and beliefs on sexual violence, variations did not appear

immediately after receiving the information. This indicates the necessity to investigate which educative strategies are effective to sensitize the citizenship in the prevention of all type of sexual violence.

## Keywords

*Evaluation studies; Intervention studies; Health knowledge, attitudes, practice; Sexual and Reproductive Health.*

## Introducción

El proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín se enmarca en la ejecución del Plan de Desarrollo "Medellín, compromiso de toda la ciudadanía 2004 - 2007" y desarrolla el componente educativo en salud sexual y reproductiva (SSR) del Programa de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Medellín. El Proyecto se inició en octubre de 2005, enfocando acciones en el centro de la ciudad; para el 2006 extendió sus acciones a otros barrios y corregimientos de Medellín. A través de sus acciones de información, educación, comunicación (IEC), el Proyecto pone al alcance de la ciudadanía información básica respecto a tres temas principales: conocimientos en infecciones de transmisión sexual (ITS), métodos anticonceptivos (MAC), incluyendo el condón, y prevención de la violencia sexual.

Implementar un proyecto de esta naturaleza en la ciudad se justifica porque en Colombia según la Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) 2005, el 1 % de las mujeres manifestó tener o haber tenido llagas en sus genitales el último año y el 7 % secreciones; el 1 % de las mujeres informó que le habían diagnosticado una ITS en los últimos doce meses; del 8 % que declaró haber tenido o tener una infección, la tercera parte reportó que la fuente

de contagio había sido su pareja; el 5 %, los baños públicos; el 25 %, otras fuentes y el 40 %, no sabe en dónde se contagió (1). Sólo un 7,1 % de las mujeres en el país utiliza el condón como método de planificación familiar (2). En Medellín, el número de embarazos de adolescentes entre los 10 y 19 años, en el 2005, ascendió a un total de 8 341. Las prevalencias más altas se encuentran en las comunas 1, 2, 3 y 4 (Popular, Santacruz, Aranjuez y Manrique), que a su vez son comunas deprimidas socioeconómicamente en Medellín (3). En esta ciudad, en el año 2005, el 69 % de todos los embarazos en adolescentes entre 14 y 19 fue no deseado (4). En lo que se refiere a la situación de violencia sexual, Antioquia es el departamento del país donde se presentan mayor número de violaciones sexuales contra menores de edad. Actualmente se denuncian el 22 % de los casos, es decir, el 78 % permanece sin conocerse y cada mes se están violando alrededor de diez o quince niños o niñas (5). Para Medellín, el 2,1 % de los jóvenes encuestados ha sufrido un evento traumático por violación, con mayor frecuencia en el estrato socioeconómico bajo, y en particular las mujeres, con un 3,4 % (6).

La agudeza con la que se presentan estos fenómenos en la ciudad ha hecho que crezca el interés en implementar programas de promoción y prevención y la necesidad de evaluar los programas que se dirigen a la intervención sobre estas problemáticas, a fin de determinar su impacto sobre la ciudadanía. La investigación evaluativa es un tipo de investigación que analiza la estructura, el funcionamiento y los resultados de un programa (7) y cobra relevancia en la medida que permite conocer de manera sistemática lo que los programas están haciendo y si efectivamente tienen una incidencia sobre las comunidades beneficiarias. La pregunta por cómo estamos llevando a cabo los proyectos de intervención en salud sexual y reproductiva, y en este caso, por cómo esta-

mos llevando a cabo los proyectos de educación en salud sexual y reproductiva, se vuelve un aspecto central.

En consecuencia, la presente investigación se dirige a reconocer si las actividades y metodologías hasta ahora implementadas por el *proyecto Acciones de IEC en SSR para Medellín*, han sido de utilidad para la adquisición de conocimientos en SSR, considerando que la información es el primer paso para el logro de cambios de comportamiento en una persona. Se pretende, además, brindar herramientas teóricas y metodológicas que permitan a la Secretaría de Salud de Medellín tomar decisiones con relación a la formulación de proyectos en SSR y a la ciudadanía y sus representantes en los cuerpos legislativos, los argumentos en pro de una política de salud sexual y reproductiva integral, sostenible y equilibrada en cuanto a la oferta de servicios con calidad y la educación de carácter preventivo y promocional que actúa también como inductora de demanda de tales servicios.

## Metodología

### **Estrategia cuantitativa**

**Tipo de estudio:** Descriptivo de evaluación de una intervención, con análisis pre y post.

**Población:** Usuarios del proyecto *Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín*, que hayan participado de sus estrategias de IEC.

**Muestra:** Constituida por 299 usuarios del Proyecto, quienes participaron voluntariamente en el estudio, lo que la define como una muestra por conveniencia. La selección se hizo en lugares donde el Proyecto tuvo presencia y con el volumen suficiente de personas para la recolección de información.

**Criterios de inclusión:** Personas de ambos sexos, residentes en Medellín y sus corregimientos, mayores de 12 años, con capacidades de lecto-escritura para diligenciar el instrumento de recolección y que desearan participar en el mismo.

**Criterios de exclusión:** Personas con estado alterado de conciencia por consumo de sustancias psicoactivas o con retraso mental o trastornos psiquiátricos manifiestos que dificultaran el adecuado diligenciamiento del instrumento de medición, y personas no residentes en Medellín durante el último año.

**Información técnica:** En cada lugar elegido para la aplicación de la prueba se realizó un evento, presentando una selección de actividades del Proyecto: conversación con visitadoras, obra de teatro o títeres, un juego callejero, entrega y lectura de material impreso de difusión. Este evento fue llamado *carrusel* y a él se involucraban voluntariamente cierto número de personas las cuales eran señaladas por cintas de identificación y participaban en las cuatro actividades mencionadas. Antes de ingresar al *carrusel* se aplicaba una prueba pre, con el fin de identificar el grado de conocimientos previos del participante; una vez finalizaba la intervención se aplicaba una prueba post. Las diferencias obtenidas al comparar los dos resultados, muestran el impacto logrado con la intervención informativa. El instrumento fue un formulario precodificado, con preguntas cerradas, auto diligenciado pero contando con la asesoría del equipo de trabajo de campo y de una auxiliar de investigación, quien realizó el control de calidad en la recolección de información. Para el diseño del instrumento de recolección de información se retomaron las siguientes fuentes: Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS (1), Redescubrir: una mirada a la salud de las y los jóvenes. Prevalencia de embarazo adolescente, síntoma sugestivo de ITS, consumo y adicción a sustancias

psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en jóvenes de 14 a 19 años en la ciudad de Medellín, 2005 (9) y Add Health, The National Longitudinal Study of Adolescent Health, del Allan Gutmatcher Institute (8).

**Procesamiento de la información:** Los datos provenientes de las encuestas a los beneficiarios se sistematizaron mediante una base de datos diseñada en el programa *Acces 2003* ® y se analizaron en el *software SPSS-10* ®. Los resultados se describen mediante porcentajes.

**Análisis de la información.** Se compararon los resultados obtenidos antes y después de ingresar al *carrusel*, estableciendo diferencias con relación al cambio en la adquisición de conocimientos de usuarios frente a las variables seleccionadas en el estudio. Igualmente, se contrastaron los resultados obtenidos con los de la línea de base realizada por el mismo Proyecto en el año 2006.

**Control de sesgos en el instrumento:** El instrumento de recolección de información pasó por la evaluación y validación de contenido y apariencia por parte de un grupo de expertos en salud pública y SSR, por la revisión del equipo del Proyecto y por una prueba piloto con un 10 % de la muestra que iba a ser seleccionada, todo lo cual permitió afinar su estructura y el método para recolectar la información en terreno.

### **Estrategia cualitativa**

**Tipo de estudio:** Acercamiento cualitativo con técnicas etnográficas de investigación social. Muestra: Intencionada y por conveniencia; compuesta por seis participantes, tres hombres y tres mujeres que pasaron por alguna experiencia IEC del Proyecto, a través del *carrusel* o cualquiera otra de sus actividades.

**Criterios de inclusión:** Usuarios mayores de 15 años quienes voluntariamente desearan

participar en la exploración cualitativa, residentes en Medellín y que tuviera adecuadas facultades mentales para participar de la entrevista.

**Categorías preliminares:** Conocimiento previo del Proyecto, percepción del trato y seguridad brindado por el equipo del Proyecto, preferencia por actividades del Proyecto, satisfacción con las remisiones, evaluación de materiales recibidos, género-sensitividad del Proyecto, accesibilidad y oportunidad del servicio, exploración del cambio de conocimientos específicos sobre salud sexual y reproductiva (ITS, MAC y violencia sexual).

**Técnica de recolección de información:** Entrevista focalizada, con guía semiestructurada.

**Procesamiento de la información:** Se procesó con el programa *Atlas Ti 5.0* ®

**Análisis de la información:** Categorías analizadas por género, análisis y discusión intracategorial, comprensión de los resultados de la aproximación cuantitativa y discusión con los resultados de la línea de base 2006.

### **Consideraciones éticas**

Las condiciones de realización del estudio fueron explicadas a los participantes, lo mismo que su carácter voluntario y confidencial. El uso de la información para fines del estudio fue autorizado por cada participante a través de su firma del consentimiento informado.

## **Resultados**

### **Acercamiento cuantitativo**

Un 59,2 % de los participantes se encuentran entre los 12 y los 30 años. En menor proporción se encuentran personas mayores de 30

años, el 32 %, y el menor porcentaje de usuarios se registra para personas mayores de 51 años, el 9 %. Esto señala que en las actividades del Proyecto participó, en mayor medida, población joven, lo que bien podría explicarse por el tipo de actividades lúdico recreativas que utiliza el Proyecto como estrategia de información. La participación por sexos estuvo distribuida en un 50 % para cada sexo. La orientación sexual que prevaleció fue la heterosexual con un 89 %. Más de la mitad de las personas encuestadas son solteras (52 %), seguidas de un 38,1 % de personas casadas o en unión libre. Esto se correlaciona con que el grupo etáreo de más recurrencia en el estudio fueran personas jóvenes, menores de 30 años. Las personas separadas y las viudas aparecen en porcentajes mucho menores (6 % y 2 %, respectivamente).

El Proyecto impacta principalmente personas de estrato dos (39 %), seguido de los estratos tres y uno (24 % y 20 % respectivamente), con una presencia menor (4 %) en estratos cuatro y cinco. El tipo de seguridad social en salud, que prevalece entre los participantes, es la afiliación al régimen contributivo con un 56 %, seguido de un 39 % de cubrimiento por el SISBEN. Un 5 % señala no tener cobertura en salud (gráfico 1). La distribución, según el nivel de SISBEN al que se encontraban afiliados, quedó en la muestra de la siguiente manera: el 3 % reporta estar en el nivel cero, el 44 % en el nivel uno, el 36 % en el nivel dos, el 5 % en el nivel tres. Un 12 % de las personas entrevistadas dice no saber a qué nivel del SISBEN pertenece.

**Conocimiento previo del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín**

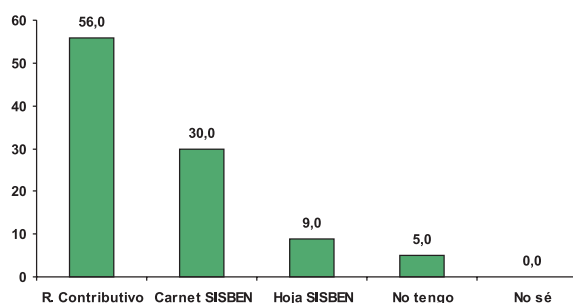
El 58 % de la muestra no conocía previamente el Proyecto; el porcentaje restante se enteró

de él por algún programa de televisión, por un afiche, por los visitadores del Proyecto, por puestos de información y por los juegos callejeros para la educación sexual.

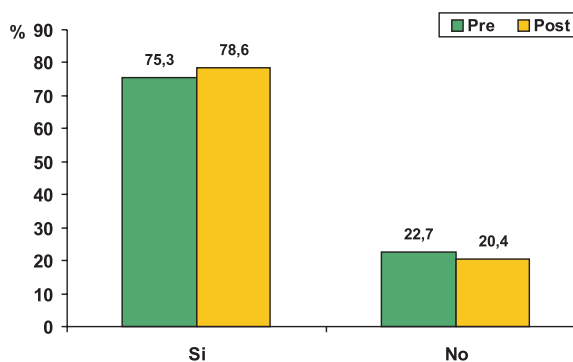
**Conocimientos sobre el condón**

El conocimiento de la existencia del condón es casi universal (98,3 % y 99 % en pre y post respectivamente). El desconocimiento del condón, persiste, luego de las acciones informativas, en sólo 1 % de la muestra. Con respecto al uso del condón los porcentajes son menores (75,3 % y 78,6 % en pre y post); la diferencia que se presenta, de un 3,3 %, se explica por la dificultad que existe en algunas personas con el uso de la palabra que denomina al

**Gráfico 1.**  
Tipo de seguridad social en salud (%)



**Gráfico 2.** Porcentaje de participantes que han utilizado condón alguna vez en su vida

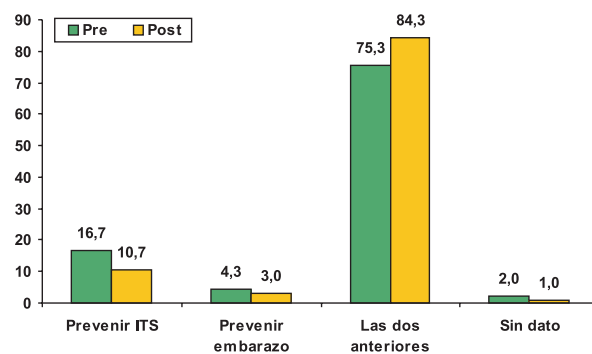


"condón" o "preservativo" o por el efectivo desconocimiento de la relación entre el objeto y su función (gráfico 2).

Las acciones educativas del Proyecto logran un aumento de conocimiento respecto a la función de doble protección del condón en un 9 %. Es importante señalar que un 16,7 % de personas inicialmente consideran al condón únicamente como método de protección contra las ITS, desconociendo su función como MAC. Luego de la intervención informativa, un porcentaje pequeño continúa considerando que el condón tiene un solo uso: como método de protección frente a ITS o en la prevención de embarazos, siendo más frecuente la primera respuesta. Esto con independencia del

énfasis hecho por los informadores del Proyecto, en la doble protección que brinda el condón (gráfico 3).

**Gráfico 3. Percepción de la funcionalidad del condón (%)**



**Cuadro 1. Conocimiento de instrucciones para uso adecuado del condón**

Instrucción	Respuesta Correcta	Pretest (%)	Postest (%)
El lugar más adecuado para guardarlo es la billetera	Falso	68,3	92,6
Abrir el empaque del condón con tijeras o con los dientes	Falso	74	97,7
El condón debe retirarse cuando el pene todavía está erecto	Verdadero	58,2	88
El condón puede reutilizarse en próximas relaciones sexuales, sin ningún riesgo	Falso	94,6	95,3
Hay que evitar cualquier contacto sexual antes de colocarse el condón	Verdadero	79,3	87,6
Apretar la punta del condón, para expulsar el aire, antes de colocárselo	Verdadero	19	95,3

Al analizar las formas adecuadas para hacer uso del condón, el estudio muestra que, en general, la intervención del Proyecto aumenta los conocimientos de los usuarios en las instrucciones evaluadas (cuadro 1). Los resultados en estas variables muestran que, aunque hay un conocimiento casi universal del condón, su correcto uso no es una constante.

**Conocimiento sobre métodos anticonceptivos**

El método anticonceptivo más conocido por la población encuestada es el condón (cuadro

2); se registra un pequeño incremento de su conocimiento como MAC en el postest. Le siguen las píldoras anticonceptivas, la inyección, los métodos quirúrgicos, los óvulos, las tabletas vaginales y espermicidas. En general, esto representa un buen nivel de información. Los conocimientos más bajos están alrededor de la existencia de los implantes subdérmicos y del método de emergencia. Es importante señalar que justamente frente a los métodos que registraron un menor porcentaje de conoci-

miento en el pre test, al pasar por la intervención, presentaron mayores resultados en relación con el cambio de conocimientos, con un

incremento del 24,4 % para el método de emergencia y 22,1 % para los implantes subdérmicos.

Cuadro 2. Métodos anticonceptivos conocidos por la población participante

Método	Pre test (%)	Post Test (%)
Implantes subdérmicos	13,0	35,1
Inyecciones	78,6	82,3
Método de emergencia	21,1	45,5
Pastillas o píldoras	85,3	89,6
Condón	93,3	96,0
Dispositivos Intrauterinos DIU	56,2	65,6
Óvulos, tabletas vaginales, jaleas, espermicidas	60,5	68,6
Ligadura de trompas	67,2	77,6
Vasectomía	63,5	79,6
Ninguno de los anteriores	2,0	1,3

### Conocimiento de ITS

Luego de la intervención informativa del Proyecto la mayoría de los participantes saben que la forma más efectiva de prevenirse contra una ITS es usar condón en todas las relaciones sexuales, presentándose un incremento del 22,1 % en este conocimiento. La frecuencia en la respuesta de tener pareja estable como forma de prevención de ITS es relativamente alta en ambas fases de la prueba, lo que evidencia como ésta es una de las ideas culturales más arraigadas en nuestro contexto. Esta idea se modifica un 13 % a favor del uso del condón al pasar por las actividades informativas. Igualmente, la mayoría de los encuestados, 81,9 % en el pre, y 89 % en el post, saben que ante la sospecha de una ITS se debe ir a consulta médica. En esta variable se observó un incremento de conocimiento de un 7 %.

### Conocimientos sobre violencia sexual

La mayoría de los participantes saben de la existencia de la violencia sexual (91,6 % en pre

y 96,7 % en post), incrementándose este conocimiento en un 5 % luego de las actividades informativas. Inicialmente, un 24 % de la muestra no conoce la definición adecuada de violencia sexual y después de la intervención un 9 % continúa con dificultades para introyectar la nueva información. De las personas que reconocen la existencia de la violencia sexual, un alto porcentaje (75 % en pre y 86 % en post) sabe definirla como un delito contra la dignidad humana, lo que representa un incremento del 11 % en conocimientos después de la intervención. Es significativa la frecuencia de la respuesta que define la violencia sexual como enfermedad mental (10 % y 7 % en pre y post), una idea sociocultural arraigada en nuestro contexto.

El reconocimiento de las formas en las que puede presentarse la violencia sexual está muy relacionado con las creencias y costumbres culturales predominantes (cuadro 3). La cuestión de si el ejercicio de la prostitución constituye o no una forma de violencia sexual, es la única idea errónea que se incrementa después de la

intervención informativa. Un 70,2 % y 75,9 % de personas (en pre y post respectivamente) piensan que ésta es una forma de violencia sexual. Este fenómeno puede resultar porque se confunde "ejercer la prostitución" con "obligar a la prostitución". En las demás variables, si bien se presenta un aumento de conocimientos, siguen manteniéndose cifras significativas de desconocimiento sobre las formas de violencia sexual. Tener relaciones sexuales de forma obligada con el esposo-a no es una situación reconocida universalmente como violen-

cia sexual; un 16 % de entrevistados persiste en que ésta no es una forma de violencia sexual, a pesar de la intervención informativa del Proyecto. Así mismo sucede con el 14 % de las personas informadas, que siguen considerando que el abuso sexual incestuoso no es una forma de violencia sexual. También ocurre esto con los ítems de violación sexual y pornografía infantil donde un 13 % y un 19 % de los usuarios, respectivamente, siguen pensando que no son eventos de violencia sexual, aún después de haber pasado por la intervención informativa.

**Cuadro 3. Reconocimiento de formas de violencia sexual**

Posibles formas de Violencia Sexual	Respuesta correcta	Pretest (%)	Postest (%)
Ejercer la prostitución	No es violencia sexual	70,2	75,9
Acoso sexual en el trabajo	Si es violencia sexual	54,8	73,6
Relaciones sexuales obligadas con el esposo	Si es violencia sexual	68,6	81
Obligar a la prostitución	Si es violencia sexual	63,2	76
Trata de personas con fines de explotación sexual	Si es violencia sexual	62,2	78,6
Incesto o abuso sexual	Si es violencia sexual	69,6	83,3
Relaciones homosexuales	No es violencia sexual	74	87
Pornografía con menores	Si es violencia sexual	61,5	77,6
Violación sexual	Si es violencia sexual	73	84,3

De otro lado, un 81 % y 93,3 % de los usuarios, en pre y post respectivamente, saben los si-

tios dónde pueden denunciar la violencia sexual (cuadro 4).

**Cuadro 4. Reconocimiento de lugares para la denuncia de la violencia sexual**

Lugar	Pretest (%)	Postest (%)
Fiscalía: Unidad de Reacción Inmediata	63,2	86,0
Comisarías de Familia	56,2	69,2
Línea 123	64,2	90,0

**Evaluación de actividades proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín**

El 51 % de los usuarios conoce los dispensadores de condones, aunque sólo un 16 % los ha utilizado. El 98 % respondió que le parecieron buenas las actividades del Proyecto por las



cuales pasó en el carrusel como estrategia educativa. La actividad que gustó más a los usuarios fue la conversación con los visitadores del Proyecto, seguida por la distribución gratuita de condones. La cartilla fue el material que más agradó a los participantes (cuadro 5). Un 98 % piensa que el trato brindado por los funcionarios del Proyecto fue bueno, que sintieron confianza para preguntarles más sobre el tema de SSR y que la información brindada fue suficiente. El 96 % opina que obtuvo información adecuada sobre dónde acudir en caso de tener algún problema relativo a su salud sexual y reproductiva. El 87 % de los usuarios piensa que no debe cambiarse nada al Proyecto.

**Cuadro 5. Material que más gustó a los participantes**

Material	Porcentaje de la muestra
Cartilla	36,2
Condomes	36,2
Calendario	15,1
Afiche	6
Pendones	2,7
Adhesivo	2
Sin dato	1,7

## Acercamiento cualitativo

### Percepción que tuvieron los entrevistados de las estrategias y metodologías del Proyecto

La educación en la calle se ha convertido en un emblema del Proyecto. Los entrevistados expresan que sacar el tema de SSR al espacio público permite cambiar los escenarios tradicionales para la educación en relación con la sexualidad (la casa o el colegio), lo que ofrece más confianza y tranquilidad en el abordaje del tema y permite generar mayor responsabili-

dad frente al tema de la SSR entre la ciudadanía y las instancias gubernamentales.

En opinión de personas jóvenes entrevistadas, la educación en calle saca el tema de la sexualidad del enfoque asistencialista y peligrosa con el que se ha abordado tradicionalmente, a favor de un enfoque de derechos y ciudadanía: "...Ha habido otras ocasiones en las que hemos ido a eventos también en los que nos habla la Alcaldía de ese tipo de temáticas y trabajan como desde el enfoque de asistencia: como ustedes son vulnerables, están en situación de riesgo, vengan, les tenemos la solución, en cambio me parece que ese día fue más como una concienciación permanente de eso, primero a partir de los derechos, si pienso en los derechos, los conocía o no los conocía, usted qué conoce y eso me pareció más importante que el hecho que nos digan: es que se tiene que poner el condón para que prevenga esto, como que se queda nada más en asistencia, pero no en conciencia" (Ent. 3 m. j.).

La metodología de comunicación cara a cara en la conversación protocolaria que brindan las personas "visitadoras" del Proyecto facilita la interacción y hace posible que los sesgos de memoria sean bajos con respecto a la información brindada. Por otro lado, esta estrategia pedagógica es reconocida por quienes fueron entrevistados, como un encuentro de interacción humana, donde las personas son reconocidas en su subjetividad, y no una herramienta de información masiva. Esto hace que los usuarios puedan abordar con más confianza el tema de su SSR: "...Me gustó mucho la asesoría por lo que había dicho ahora, me parece que fue un momento de confianza en la mujer que nos estaba asesorando y ese asunto de jugar, de inventarse diferentes maneras de enseñar, de que a uno no le de miedo preguntar y sentirse que está equivocado" (Ent. 3 m. j.).

En relación al material educativo es importante resaltar que tiene una circulación amplia en las comunidades, pues quienes lo reciben ha-

cen uso de él para multiplicar la información allí recopilada. El afiche, especialmente, se ha vuelto un elemento importante de la imagen del Proyecto, constituyéndose en un elemento gráficamente representativo para la ciudad. Esta imagen ha hecho que el Proyecto adquiera una identidad que se ha ido arraigando culturalmente y que permite la identificación de la gente con el propósito de mejorar su SSR y reconocer sus derechos sexuales y reproductivos.

En opinión de una de las personas entrevistadas, la crítica a los condones proporcionados en los dispensadores estriba en que se cree que *"porque los condones son baratos, son malos"*.

Con respecto a los cuestionarios pre y post, fueron instrumentos bien recibidos; las personas entrevistadas los consideraron una actividad más del carrusel, agradable e interesante; esta actividad de recolección de información fue señalada como una oportunidad de auto evaluación de conocimientos en SSR.

### **¿Qué media la adquisición de nuevos conocimientos en salud sexual y reproductiva?**

El interrogante que guía el desarrollo de esta categoría es: ¿cuáles son los procesos subjetivos que están mediando entre la adquisición de información sobre SSR y la utilización de MAC o preservativo? Estos aspectos subjetivos están enlazados tanto con procesos individuales, como con creencias y costumbres culturales. Abordaremos aquí los que para las personas entrevistadas resultaron más significativos.

Si bien el acercamiento cuantitativo muestra un conocimiento casi universal del condón, existen aún algunas personas que no conocen este método de doble protección: *"...Qué miedo, pues yo no conocía un condón"* (Ent. 5 m a). Igual-

mente, sigue siendo un factor de peso la falta de información sobre los procedimientos para su uso y las actitudes construidas a partir de la cultura, que inhiben el acceso a la información y la puesta en práctica de los conocimientos en SSR. Las actitudes y creencias que están en torno al uso del condón, por ejemplo, son múltiples: la disminución del placer sexual, dar motivos a la pareja para que desconfíe de la fidelidad, no se considera necesario cuando se es casado o se tiene una pareja estable, entre otros. Esto señala la necesidad de investigar más a fondo sobre las actitudes y creencias que median en el uso de métodos de protección en SSR, para dirigir las intervenciones educativas y reflexiones con un fin transformador.

Ciertas situaciones emocionales que experimentan las personas también pueden inhibir el uso de un método de protección. Por ejemplo, en el discurso de uno de los entrevistados, portador de VIH, se trasluce que algunas personas cuando tienen caídas emocionales, tienen conductas que ponen en riesgo a otras personas: *"...A ellos les da depresiones muy altas, cuando no tienen las depresiones altas, normal, ellos trabajan, se van con hombres por ahí y se ponen los preservativos, pero cuando están en la etapa de una depresión les da como rabia con la gente que está a su alrededor, venga el que venga, caiga el que caiga, a uno le da pesar, yo he dejado mucho de salir con ellas porque me da pesar, me da pesar que gente tan inconcientemente caigan ahí"* (Ent. 2 h. a.).

### **Con respecto a la población juvenil**

Se menciona el miedo de los jóvenes para acceder a los MAC, por la satanización que el mundo adulto hace de sus prácticas sexuales y su interés en la SSR: *"...Los pelados conocen los métodos, conocen que existen, pero creo que es lo mismo que me estaba pasando a mí, ese miedo, ese miedo al mundo adulto y que es el único referente que tenemos para la información porque es una generación que ya ha pasado por esas mismas experiencias, no hay un*

*diálogo intergeneracional que permita a los jóvenes que son en este momento los más afectados por estas situaciones preguntarle al mundo adulto porque tampoco hay una buena respuesta del mundo adulto hacia los jóvenes, entonces yo veo que ese es un problema que hay ahí"* (Ent. 3 m j.).

Algunos entrevistados mencionaron la desconfianza que sienten los jóvenes hacia los servicios de salud. La actitud de señalamiento y la poca disposición o ayuda que encuentran en algunas entidades prestadoras de salud, los alejan de la opción de adquirir información e implementar el uso de MAC: "*...Yo insisto en que hay un miedo muy teso en los jóvenes... los jóvenes que tienen enfermedades de transmisión sexual van es a las farmacias... Si a vos te apareció cualquier manchita, cualquier cosa, ellos se preocupan y se timbran, pero es el miedo lo que no les permite acceder y en muchos casos es porque vos vas al centro de salud, te entregan una pastillita, tomate ésta y ya, pero entonces no te ayudan a gestionar para que podás acudir a otro hospital, no hay gestión para eso, creo que en eso también es que radica el problema, los pelados no se sienten acompañados"* (Ent. 3 m. j.).

Las expresiones de algunos entrevistados permiten identificar tres aspectos que intervienen en la credibilidad que se tiene en los servicios de salud. Por una parte, la dificultad para internalizar cognitiva y comportamentalmente la práctica de promoción de la salud; por otro lado, la ruptura de los jóvenes con los servicios de salud a causa de las condiciones en que le son prestados los servicios en SSR: "*... en el Centro de Salud X... por ejemplo, yo no confiaba, porque muchas mujeres se han sentido agredidas allá, es porque van y los médicos le dicen: es que usted se puso a abrir las patas, en esos términos y yo siempre dije: es que yo no siento que el hecho de haber tenido una primera experiencia sexual te vuelva culpable de alguna cosa, por el contrario tenés más derecho de que te cuenten qué tenés que hacer en esos momentos, eso era lo que estaba pasando en mí, un miedo a eso"* (Ent 3 m. j.)

Además, está el hecho de que el personal de salud no esté capacitado o preparado subjetiva y técnicamente, para atender la población joven y sus interrogantes sobre la vivencia de su sexualidad.

### **Violencia sexual: los tránsitos invisibles hacia la denuncia**

El discurso de algunos entrevistados saca a la luz algunos aspectos que están interviniendo en que, aunque se haga énfasis en los procedimientos y sitios para la denuncia de la violencia sexual, ésta todavía no sea una opción de justicia frente a este delito. De un lado, la desesperanza aprendida ante el fenómeno de violencia sexual sigue siendo una constante; por otro lado están las creencias patriarcales sobre el amor, la construcción de la identidad en las mujeres con deficiencias en la consideración de su valía personal, y la cotidianización de la violencia sexual en nuestra ciudad: "*...Las mismas niñas jóvenes de 15-16 años cotidianamente están viviendo escenas de violencia sexual, están siendo agredidas, pero esta es la hora en que ellas no saben que eso es violencia, ellas no se reconocen y ese es el problema, un caso concreto es una chica que me decía en estos días: es que cuando E. viene y no me pega yo siento que ya no le intereso"* (Ent 3 m. j.).

Se suma a esta situación subjetiva una deslegitimización social de la denuncia de la violencia sexual, tanto por los casos de negligencia del sistema judicial como por la tendencia a tomar justicia por las propias manos: (sobre denunciar) "*...no le paré bolas, ella si me explicó pero yo me hice la que... , no le paré mucha importancia, y porque yo digo que si yo veo un tipo en esta cuadra agrediendo un niño, yo le tiro... No, yo le tiro, lo cojo y le tiro, un tipo que coja a un niño de esta cuadra o una niña y se la lleve para un rincón, la agrede, le esté haciendo lo que no le debe hacer y me voy a ir a buscar la ley, mientras voy a buscar la ley, me mata la niña o al niño, yo de una vez le tiro, le mocho la cabeza. (Ent. 2 h. a). ...Yo digo que si esta-*

*mos acá y me doy cuenta que en estos momentos están violando una pelada... Uy, uno lo coge a golpes, uno al que vea lo coge, uno no piensa que lo vamos a denunciar, no, eso es lo más lógico, lo más lógico no, lo más rápido que uno puede pensar... yo lo cojo con un cortaúñas y lo voy picando, y en cada herida le voy echando sal" (Ent. 4 h. j.).*

## **Discusión**

### **Con respecto al incremento de conocimientos en SSR y su relación con actitudes y prácticas**

La intervención en SSR en el medio no se puede desligar del proceso de aprendizaje en el uso de métodos de protección contra ITS, embarazos no deseados y el reconocimiento del fenómeno de violencia sexual en la ciudad. Varios estudios locales (9) han centrado sus esfuerzos en analizar y comprender cuáles son aquellos aspectos culturales que están interviniendo en el logro de la SSR a través de prácticas como el uso del condón, de los métodos anticonceptivos, de los autoexámenes preventivos, entre otros. Estos acercamientos han permitido observar que en el desarrollo de la sexualidad humana participan construcciones subjetivas, sociopolíticas y culturales. Así, por ejemplo, el embarazo adolescente es algo más que un accidente causado por la desinformación y en él intervienen la búsqueda de legitimidad y reconocimiento, las lógicas juveniles del amor, la dimensión afectiva atravesada por la cultura. Sin embargo, los programas de intervención en SSR no pueden dejar de trabajar en la dotación de conocimientos a la ciudadanía; sin la adquisición de nuevos conocimientos en SSR no es posible el cambio de actitudes y la disminución de prácticas de riesgo, para el logro de una sexualidad sana.

El acercamiento cuantitativo demostró que la intervención del proyecto Acciones de IEC en

SSR para Medellín, es efectiva en todas las variables intervenidas, haciendo que los conocimientos de las personas intervenidas aumenten, a la vez que permite aclarar dudas y creencias erróneas en relación con la sexualidad. Es necesario aclarar que los usuarios tienen en general un buen nivel de conocimientos cuando inician la experiencia informativa o carrusel, por lo que no es posible atribuir la totalidad de sus conocimientos en SSR a la intervención; sin embargo, es probado que con la intervención del Proyecto se están alcanzando niveles satisfactorios de cambio de conocimientos en SSR. El conocimiento es un requerimiento para el cambio de actitudes, pero es preciso enfocar también el trabajo sobre otros determinantes de actitudes y habilidades en este tema, lo que constituye un reto. Un estudio de evaluación de un programa de intervención en SSR realizado en Guatemala y Bolivia con jóvenes de la calle lo ratifica en sus resultados: "Al final del proyecto, los niveles de conocimiento son altos, mientras que el uso del condón es bajo, indicando la necesidad de enfocar los proyectos hacia el cambio de prácticas, a través de programación basada en actitudes y proporcionando acceso gratuito a los condones" (10).

La necesidad de implementar estrategias para el trabajo sobre actitudes y habilidades no desacredita las estrategias de intervención destinadas al cambio de conocimientos. Los esfuerzos en esta área han mostrado buenos resultados. Los conocimientos en SSR han aumentado considerablemente por las estrategias del Proyecto desde la primera medición llevada a cabo en 2006 (11), se afirmaba por ejemplo que "...los conocimientos sobre qué es el condón y cómo se usa correctamente, son escasos, aunque hay mayor familiaridad con el condón entre la población joven y en las personas con mayor nivel de escolaridad"; en este estudio del 2007, el conocimiento del condón fue casi universal en la muestra y existió un incremento porcentual

en el conocimiento de todas las instrucciones adecuadas para su correcto uso. El condón está revestido de diferentes representaciones sociales que influyen directamente en el uso o no uso de éste como método de protección y las creencias, temores, prejuicios o desinformación relacionados con su uso, se unen a los demás tabúes que se presentan en relación con la vivencia de la sexualidad. En la desinformación sobre el condón es relevante notar el porcentaje de personas (16,7 %) que aún luego de la información siguen considerando el condón únicamente como método de protección contra las ITS y no contra embarazos.

### **Con respecto a los materiales y actividades del Proyecto**

La línea de base del 2006 mostró que para el público del centro de la ciudad el producto más visto fue un calendario con mensajes de SSR y que la actividad más reconocida fue la visita o conversación directa con los visitadores del Proyecto. Igualmente fue muy visible el afiche con el lema "*Hacelo por vos, ponete el condón*" y los pendones con frases de SSR que se usaron en el trabajo de calle (12). Para el 2007 los materiales que más gustaron fueron: una pequeña cartilla ilustrada con directorio sobre entidades que reciben las denuncias de violencia sexual y las muestras gratis de condón, mientras que el afiche (el mismo del año anterior), ocupó el cuarto lugar en preferencia. La actividad que más gusta, continúa siendo en el 2007, la conversación personal con los visitadores o con las personas que hacen concertación en el Proyecto (46,8 %).

### **El tema de la violencia sexual**

Es el que representa más límites para la intervención del Proyecto, en tanto es donde más ideas erróneas se mantienen después de la intervención, lo que está altamente relacionado con las prácticas y creencias culturales vigen-

tes. Así, prácticas como la prostitución y las relaciones homosexuales continúan siendo señaladas erróneamente como formas de violencia sexual; mientras que el abuso sexual, el incesto y la pornografía con menores, son aún admitidas por los participantes del estudio y no reconocidas como formas de violencia sexual. Cuando se comparan en conjunto los datos sobre este tema se encuentra que, aunque la intervención logra disminuir en porcentajes considerables las ideas de qué es o no es violencia sexual, en términos generales las personas no cambian fundamentalmente su conocimiento, lo que lleva a pensar que la violencia sexual tiene un alto nivel de legitimidad en nuestra sociedad. Este es un aspecto que amerita la realización de estudios más profundos que permitan comprender qué está pasando en nuestra sociedad para que la violencia sexual se siga legitimando y para que su silenciamiento continúe aun cuando se conocen formas de denuncia y posibilidades de atención en salud para las víctimas.

### **Sobre los servicios de salud**

El estudio muestra cómo, especialmente para los jóvenes, persisten barreras que impiden el acceso a información y a servicios en SSR. Se evidencia temor que impide el acercamiento a fuentes de información y atención en SSR, originado en la representación que portan los servicios de salud del mundo adulto con sus mandatos sobre la juventud. De otro lado, la construcción de vínculos entre jóvenes y servicios en SSR se ha visto obstaculizado por el sentimiento de invulnerabilidad ante la enfermedad que es especialmente evidente en los jóvenes; esta situación se presenta de formas diferentes según el género.

También en los resultados de la línea de base del *Proyecto Sol y Luna* de la Secretaría de Salud (13) se plantea que uno de los temores de los adolescentes para ingresar al servicio de salud

es que ellos, que ya han iniciado sus relaciones genitales, deben sentarse a esperar la consulta con otras mujeres adultas quienes, según los jóvenes, hacen un juicio de valor sobre su vida sexual. Igualmente, dicen que sienten desconfianza por el uniforme y la postura de los prestadores de salud, pues se crea una distancia entre ellos y el joven (14). El proceso de deslegitimación con el servicio de salud finalmente deriva en que las farmacias, o el uso de alternativas no médicas, se conviertan en una opción. Ésto determina para los jóvenes la necesidad de que en los servicios de salud haya profesionales aptos en el tema de SSR con jóvenes, que inspiren confianza, que sean espontáneos, que se preocupen por la intimidad de la consulta, que proporcionen el espacio adecuado y que utilicen estrategias lúdico recreativas para abordar el tema. Esto podría explicar la mayor recurrencia de personas jóvenes a las actividades del Proyecto Salud Sexual y Reproductiva, en las que, además de hacer uso del juego para la transmisión de información, brindan lugar a la expresión de asuntos íntimos e infunden confianza, aún en los espacios públicos. Estos espacios abiertos previenen, según la percepción de algunos participantes del estudio, la estigmatización o el señalamiento.

Para los jóvenes, que son la mayoría de participantes de la muestra, la confianza aparece como primer criterio de calidad para calificar positivamente la intervención del Proyecto. Es esta percepción la que hace que la actividad de las visitas o conversaciones personalizadas, se capte más que como un protocolo de información, como un momento de encuentro e interacción humana; el equipo de trabajo da una imagen de seguridad, tiene buen manejo de los temas y disposición para escuchar las preguntas y vivencias de la gente, lo que da tranquilidad para abordar los temas de la sexualidad. Esta atmósfera se convierte en un aspecto fundamental para lograr modificaciones

en los conocimientos de los usuarios e impactar favorablemente sus actitudes frente a su salud sexual y reproductiva.

El proyecto *Acciones de IEC en SSR para Medellín* tiene éxito también en la inducción de la demanda, pues persuade a las personas para que consulten por su SSR; los servicios de salud deben prepararse para atender estas demandas con estructuras amables, dispuestas a recibir y atender a las personas, brindándoles servicios de alta calidad y en concordancia con las necesidades de los distintos grupos poblacionales. En esta medida, es importante señalar que el cambio de conocimientos es un primer paso importante, pero que el objetivo de tener un buen nivel de SSR en la ciudad sólo es posible con adecuadas oportunidades de atención en salud.

## Referencias

1. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2005. Resumen. Bogotá: Profamilia; 2006.
2. Ibid.
3. Secretaría de Salud. Situación de Salud en Medellín, Indicadores Básicos 2005. Medellín: Secretaría de Salud; 2005.
4. Red de jóvenes. Redescubrir, una mirada a la salud de las y los jóvenes. "Prevalencia de embarazo adolescente, síntoma sugestivo de ITS, consumo y adicción a sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en jóvenes de 14 a 19 años en la ciudad de Medellín, 2005. Módulo dos. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Medellín: Multimpresos; 2006.
5. Gobernación de Antioquia. Dirección de comunicación informativa. Boletín de prensa. [Sitio en Internet] [Fecha de acceso 25 de julio de 2007]. URL disponible en: <http://www.gobant.gov.co/noticias/oct22-1132.htm>

6. Red de jóvenes. Op. cit.
7. Briones G. Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales. Argentina: Trillas; 2000.
8. The National Longitudinal Study of Adolescent Health. [Sitio en Internet] [Fecha de acceso 28 de febrero de 2007]. URL disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/projects/addhealth>
9. De la Cuesta C. Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia, 2001.
10. Proporcionando Servicios de SSR a Jóvenes de la Calle en Guatemala y Bolivia. Enero 2005. Flash Informativo IPPF/RHO. [Sitio en Internet] [Fecha de acceso 20 de julio de 2007]. URL disponible en: [http://www.ippfwhr.org/publications/download/serial\\_issues/spotyouth18\\_s.pdf](http://www.ippfwhr.org/publications/download/serial_issues/spotyouth18_s.pdf) 11.
11. Secretaría de Salud. Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para el Centro de Medellín. Tomo II Diagnóstico. Octubre 2005 - junio 2006. Medellín; 2006.
12. Secretaría de Salud - Alcaldía de Medellín. Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para el Centro de Medellín. Tomo I, Evaluación y Sistematización. Octubre 2005 - junio 2006. Medellín; 2006.
13. Gallo N, Sandoval J. Línea de base del Proyecto Sol y Luna para Medellín, Informe Técnico. Medellín: Secretaría de Salud, 2006.
14. Secretaría de Salud. Percepción de los jóvenes, prestadores de servicios de salud, padres y madres sobre los servicios de salud para jóvenes. Medellín: 2005.

# Caracterización de la población adolescente atendida en la consulta de planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual del proyecto Sol y Luna

Characterization of the adolescent population assisted on planning and prevention of sexual transmission diseases in the Sun and Moon project.

John Jairo Zuleta Tobón<sup>1</sup>

Forma de citar: Zuleta JJ. Caracterización de la población adolescente atendida en la consulta de planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual del proyecto Sol y Luna. Rev Salud Pública de Medellín, 2008;3(1):63-74.

Financiación: este trabajo es un producto del proyecto Sol y Luna ejecutado por la Secretaría de Salud, con recursos de la Agencia Española de Cooperación Internacional, mediante convenio 4800002224 de 2007 con el Centro Nacer de la Universidad de Antioquia.

Caracterización de la población  
adolescente atendida en la consulta de  
planificación familiar y prevención de infecciones  
de transmisión sexual del proyecto Sol y Luna

## Resumen

**Introducción:** en Medellín, la maternidad y la paternidad adolescente constituyen una problemática que preocupa e impacta a las familias, a la comunidad y a la sociedad en su conjunto. Los objetivos del presente trabajo son describir las características de la población atendida, presentar la frecuencia de elección de los diferentes métodos de anticoncepción ofrecidos e identificar potenciales características asociadas al embarazo de los adolescentes asistentes al proyecto Sol y Luna. **Metodología:** Se realizó un estudio de corte (cross-sectional). Se incluyó la información consignada en la historia clínica de los adolescentes atendidos en consulta por las profesionales de enfermería del proyecto Sol y Luna, entre el 3 de noviembre de 2006 y el 21 de diciembre de 2007, en 11 instituciones prestadoras de salud de cuatro comunas de la ciudad de Medellín. **Resultados:** Se distribuyeron durante todo el período 57 372 preservativos. En el proyecto

<sup>1</sup> Ginecólogo y obstetra, Epidemiólogo. Docente asociado Universidad de Antioquia. NACER Centro asociado al CLAP/SMR-OMS/OPS de la Universidad de Antioquia. E-mail: jjzuleta@une.net.co



en general, a 1 966 (14,4 %) adolescentes se les recomendó anovulatorios orales combinados, a 1 712 (12,6 %) se les insertó el implante subdérmico, a 987 (7,2 %) se les suministró un preparado parenteral mensual, a 646 (4,7 %) el inyectable trimestral y a 107 (0,8 %) se les aplicó dispositivo intrauterino. Se recomendaron métodos de barrera a 8 124 (59,6 %), de emergencia a 91 (0,7 %), y no se cuenta con información de 7 (0,1 %). Los factores asociados con el embarazo en adolescentes fueron: ser hijo de madre adolescente, el bajo nivel educativo del adolescente, de su padre y de su madre, antecedentes de deserción escolar, el no tener un proyecto de vida, la ausencia de referente adulto, el no estar conforme con la imagen corporal y la autopercepción diferente a la de ser alegre. El proyecto adicionalmente desarrolló actividades con las familias y con las instituciones de salud. **Conclusión:** el proyecto contribuyó facilitando el acceso a diversos métodos de planificación, con buena respuesta por parte de los adolescentes. Se cuenta con características que se deben tener en cuenta al focalizar la población más susceptible de embarazo temprano. El impacto se podrá medir en el mediano y largo plazo, siempre y cuando se garantice la continuidad de las actividades.

### Palabras clave

*Adolescente, anticoncepción, embarazo en adolescencia.*

### Abstract

**Introduction:** In Medellín, the adolescent maternity and paternity constitute a problematic that worries and shocks the families, the community and the society as a whole. The aims of the present project are to describe the characteristics of the assisted population, to present the frequency of election of the

different contraceptive methods offered, and to identify potential characteristics associated to pregnancy of the adolescents that attend the Sun and Moon project. **Methodology:** A cross-sectional study was carried out. The information briefed in the clinical records of the adolescents assisted by the professional nurses of the Sun and Moon project, was included. Such assistance took place between November 3rd, 2006 and December 21st, 2007, in 11 health care institutions of four communes in the city of Medellín. **Results:** 57,372 condoms were handed out during the whole period. In the general project, they recommended combined oral anovulants to 1,966 (14,4%) adolescents, subdermal levonorgestrel implants were inserted to 1,712 teenagers (12,6%), a monthly parenteral preparation was provided to 987 (7,2%), the quarterly injectable to 646 (4,7%), and intrauterine device was applied to 107 (0,8%). Barrier contraceptive methods were recommended to 8,124 adolescents(59.6%), emergency methods to 91 (0,7%), and they do not have any information on 7 of them (0,1%). The factors related to the pregnancy in adolescents were: being a child of an adolescent mother; the low schooling level of the adolescents, their father and their mother; school desertion antecedents; the fact of not having a life project; the absence of a adult as reference; disagreeing with the body image and the self-perception different from being happy. Additionally, the project carried out activities with the families and the health institutions. **Conclusion:** The project contributed facilitating the access to diverse planning methods, with positive answer on behalf of the adolescents. There are characteristics that have to be considered when focusing the susceptible population of an early pregnancy. The impact can be measured in the medium and long terms, as long as the continuity of the activities is guaranteed.

## Key words

*Adolescent, contraception, pregnancy in adolescence.*

## Introducción

Las complicaciones relacionadas con el embarazo están entre las primeras causas de muerte para mujeres entre 15 y 19 años en todo el mundo. Cada año al menos 60 000 adolescentes mueren por problemas relacionados con el embarazo y el parto. Adicionalmente, sus hijos tienen más riesgo de tener bajo peso al nacer y de morir de infecciones y desnutrición antes del primer año. Cada año alrededor de 4,4 millones de mujeres entre 14 y 19 años se someten a abortos inseguros (1). Las influencias de este embarazo temprano tienen implicaciones posiblemente más importantes en aspectos diferentes a los médicos: se trunca el proceso educativo, limita de manera severa los ingresos, la capacidad de tomar decisiones informadas acerca de su vida y las oportunidades de desarrollo personal (1).

En Medellín, la maternidad y la paternidad adolescente constituyen una problemática que preocupa e impacta a las familias, a la comunidad y a la sociedad en su conjunto y, por tanto, constituye una preocupación de salud pública, un tema de ciudad y el escenario propicio para la implementación de una política de población y desarrollo. Todo esto pasa, además, por la consideración de que el asunto del embarazo adolescente tiende a ser una consecuencia derivada de las dificultades que hay en el acceso a la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva (2).

La problemática del embarazo adolescente en Medellín es muy preocupante, especialmente si se tiene en cuenta que la situación se acentúa en las comunas o zonas pobres de la ciudad, es decir, las que tienen los niveles socio-

económicos más bajos (2). Los adolescentes - *personas en el rango de edad de 10 a 19 años*- representan aproximadamente el 17 % de la población localizada en Medellín - Colombia. Según datos de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, durante el año 2006, de los 33 596 nacimientos, producto de mujeres residentes en la ciudad de Medellín, 340 se presentaron en mujeres menores de 15 años y 7 599 en mujeres entre 15 y 19 años, es decir, las adolescentes aportaron el 23,5 % del total de nacimientos de la ciudad (3).

Dentro de las múltiples causas institucionales del problema se encuentra el déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos (2).

El propósito del proyecto Sol y Luna es realizar un proyecto piloto para la disminución de la tasa de embarazo y la promoción de conductas de autocuidado para el control del VIH/SIDA en adolescentes en Medellín. Los objetivos del presente trabajo son: describir las características de la población atendida, presentar la frecuencia de elección de los diferentes métodos de anticoncepción ofrecidos, e identificar potenciales características asociadas al embarazo de los adolescentes que permitan focalizar grupos de adolescentes a priorizar en las intervenciones de anticoncepción y asesoría en infecciones de transmisión sexual.

## Metodología

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de corte (cross-sectional). Se incluyó la información consignada en la historia clínica de los adolescentes atendidos en consulta por las

profesionales de enfermería del proyecto Sol y Luna, entre el 3 de noviembre de 2006 y el 21 de diciembre de 2007, en 11 instituciones prestadoras de salud de cuatro comunas de la ciudad de Medellín. Durante el primer mes se estandarizaron los procesos de atención y se actualizó a las profesionales de enfermería. En seis centros se atendió 3 horas diarias y en los otros cinco se hizo durante 4 horas. Durante el período de vigencia del proyecto se realizaron 12 564 consultas de asesoría, 11 527 a mujeres y 1 037 a hombres. Hubo 13 640 usuarios nuevos del método y se realizaron 16 309 consultas de control. Este informe incluye los casos en los que se diligenció la historia clínica en el formato estandarizado del Sistema Informático del Adolescente (SIA) del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP). A quienes ingresaron al inicio del proyecto no se les diligenció porque aún no se disponía de tal instrumento y la información quedó consignada en las historias de las unidades. Igualmente, a quienes asistieron de manera exclusiva para asesoría, o quienes iban a emplear únicamente métodos de barrera como los preservativos, tampoco se les diligenció este instrumento.

Los datos los obtuvieron las profesionales de enfermería a partir de la anamnesis y el examen físico en las consultas realizadas para la atención en asesoría en planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual. Estos datos se consignaron en una historia clínica estandarizada con respuestas precodificadas. En este formulario se recolecta información sociodemográfica, antecedentes médicos y no médicos -tanto personales como familiares-, aspectos de la conformación familiar, de la vivienda, de la educación, del trabajo, de la vida social, de los hábitos, de la sexualidad y psicoemocionales, y aspectos clínicos del examen físico y del interrogatorio. Un grupo de digitadores transcribió al SIA del CLAP, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP) los

datos consignados en las historias clínicas entregadas por los directores de las diferentes unidades de salud donde se hizo la atención.

Para explorar asociaciones entre algunas características y el no empleo rutinario del preservativo, el inicio precoz de la vida sexual y el embarazo, se categorizaron las variables de la siguiente manera:

- Edad: se dividió en dos grupos, entre 10-15 y 16-20 años, y se tomaron las menores como grupo de referencia para la comparación.
- Madre adolescente: se asumió como grupo de comparación aquellas que reportaron tener una madre adolescente.
- Abuso sexual: se comparó las que tenían el antecedente de abuso sexual contra las que no lo tuvieron.
- Antecedentes judiciales: se asumió como grupo de comparación el que tenía antecedentes judiciales.
- Educación: se asumió como bajo nivel de educación para el adolescente, su padre o su madre tener un nivel inferior al de secundaria.
- Deserción escolar: se tomó como grupo de comparación los que refirieron que habían abandonado el estudio.
- Alcohol o drogas en la familia: se comparó el grupo con antecedente de consumo de licor o drogas psicoactivas en la familia contra el grupo que no tenía tal antecedente.
- Violencia intrafamiliar: el grupo de comparación fue el que reportó presencia de violencia dentro de la familia.
- Maltrato: se tomó como grupo de comparación los que refirieron que habían sufrido maltrato.
- Trastorno psicológico: el grupo de referencia fue el que reportó el antecedente de haber padecido trastornos psicológicos.

- Proyecto de vida: se compararon los que presentan un proyecto de vida confuso o reportan que no tienen tal proyecto contra los que afirman que lo tienen claro.
- Aceptación: se compararon los que se consideran ignorados o rechazados o dicen que no saben como los ve la sociedad contra aquellos que se consideran aceptados.
- Referente adulto: el grupo de referencia o comparación son los que dicen tener un referente adulto, aunque sea alguien por fuera del hogar.
- Imagen corporal: se agruparon los que dicen que su imagen les crea preocupación con los que consideran que tal imagen les impide relacionarse con los demás y se compararon contra los que están conformes con ella.
- Auto percepción: se asumió como grupo de comparación los que reportaron que se auto-percibían como tristes, nerviosos o muy tímidos, en contraposición a los que se autodefinieron como alegres.
- Consumo personal de licor: se consideró consumo de cualquier cantidad de licor versus no consumirlo. Se asumió esta definición debido a que por la edad, estos menores aún no deben estar expuestos a tal elemento.
- Tener problemas escolares: comparado con no tenerlos, según la percepción del adolescente.

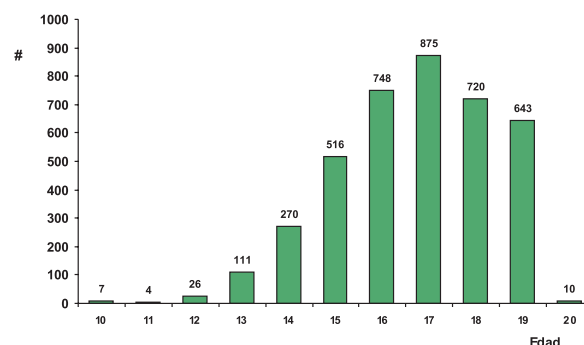
Los análisis se hicieron con el software SIA. Se presenta el resumen de los datos con frecuencia absoluta y porcentaje para las variables cualitativas y con media y desviación estándar o mediana y percentil para las cuantitativas. Se hicieron pruebas de asociación cuyos resultados se presentan en términos de OR con sus respectivos intervalos de confianza del 95 %.

## Resultados

### Descripción de la población atendida

Se cuenta con información completa y suficiente para analizar los datos de 3 940 adolescentes, de los cuales 99,8 % son mujeres y 0,2 % hombres. En el gráfico 1 se presenta la distribución por edad al momento de la consulta de ingreso al proyecto. Ingresaron algunas de 20 años porque al momento de iniciar el proceso de asesoría tenían 19, que era el requisito para ingresar al programa de anticoncepción. El 48,0 % asistieron sin compañía a la consulta y sólo 5,7 % lo hicieron en compañía de su pareja.

**Gráfico 1. Edad de los adolescentes que ingresaron al proyecto Sol y Luna, Medellín 2007**



### Características sociales

En el cuadro 1 se presentan las características más importantes de la población atendida en el proyecto.

### Comportamiento sexual

El 7,7 % de los adolescentes no habían iniciado su vida sexual al momento de la primera consulta al proyecto (gráfico 2). Solo cuatro (0,1 % de los que iniciaron vida sexual) informaron tener relaciones homosexuales y otros cuatro (0,1 %) informaron relaciones bisexua-

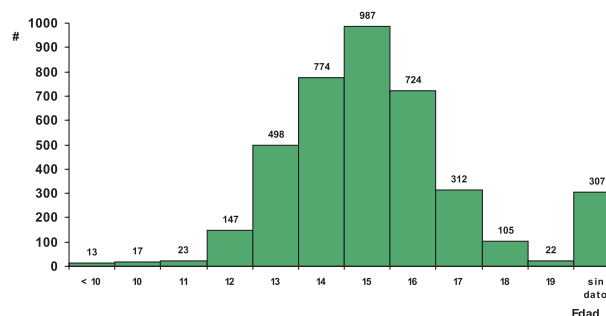
les. En el 2,7 % no se contaba con información con respecto a la actividad o el tipo de relación sexual. 195 (4,9 %) reportaron haber sido víctimas de abuso sexual. Con respecto al número de compañeros sexuales, 69,6 % reportaron una única pareja, 20,7 % reportaron varias y de 5,8 % no se obtuvo información.

**Cuadro 1. Características generales de la población atendida en el Proyecto Sol y Luna, Medellín 2007**

Característica	%
<b>Estado civil</b>	
• Soltero	75,3
• Unión estable	23
• Separado	0,4
• Sin dato	1,3
<b>Nivel educativo</b>	
• Sin escolaridad	0,9
• Primaria	9,0
• Secundaria	75,0
• Universitaria	4,6
• Sin dato	10,5
Educación no formal	8,4
Deserción escolar	33,3
Problemas escolares	9,9
Vive solo	0,3
Vive en la calle	0
Vive en institución	0,03
<b>Trabajo</b>	
• Trabaja	8,8
• Desempleado	3,1
• No trabaja y no busca	84,1
• Buscando trabajo	2

205 jóvenes manifestaron dificultades con sus relaciones sexuales, es decir, el 6,8 % de quienes iniciaron vida sexual e informaron al respecto (de 840 no se cuenta con información al respecto). 88 % manifestaron que tenían necesidades de información sobre sexualidad. El 45,7 % ya habían tenido al menos un

**Gráfico 2. Edad de la primera relación de la población atendida en el proyecto Sol y Luna, Medellín 2007**



embarazo, 42,4 % ya habían tenido al menos un hijo y 7,7 % ya habían tenido al menos un aborto al momento de la consulta

### Infecciones de transmisión sexual

Únicamente 2,8 % reportaron antecedente de alguna infección de transmisión sexual. No se tuvo dato del 4,6 %. Se realizaron 2 034 pruebas de VIH y se realizaron 191 remisiones al médico con diagnóstico de infección actual.

### Aspectos psicoemocionales

Con respecto a la autopercepción, 78,5 % se consideran alegres, 8,6 % muy tímidos, 6,1 % tristes y 2,5 % se consideran nerviosos. Del 2,7 % de los casos no se cuenta con esta información. 91,4 % dicen estar conformes con su imagen corporal, al 6,9 % esta imagen les crea preocupación y al 0,4 % les impide las relaciones con los demás. No se cuenta con información del 1,2 % de los casos.

El 75,3 % tienen una buena percepción de su familia, 16,7 % la consideran regular, 1,2 % mala y 0,3 % informan que no existe tal relación. Para el 6,4 % no se cuenta con tal información. El referente adulto es la madre para 35,3 % de los adolescentes, otro familiar para 10,2 %, el pa-

dre para 3,6 % y para 1 536 jóvenes no existe ningún referente adulto. No se contó con información para el 5,1 %. El proyecto de vida es claro para 74,4 % y es confuso para 18,3 %. Un 4,8 % no reconocen un proyecto de vida y no se cuenta con información del 2,5 %.

### Empleo del condón

Se evaluó el empleo del condón entre los asistentes al proyecto. 20,6 % siempre lo emplean, 47,3 % lo hacen solo a veces, y 26,3 % nunca lo emplean. Adicionalmente se encuentra que de aquellos 813 que reconocen tener varias parejas, el 18,5 % informan que nunca lo usan, el 60,6 % lo usan sólo a veces y sólo el 20,9 % lo emplean siempre. Dentro de las actividades desarrolladas en el proyecto se entregaron 8 687 preservativos con destino a la pareja de la solicitante y durante los talleres y las campañas se distribuyeron otros 57 000, acompañados de un proceso de información y educa-

ción por parte de las profesionales de enfermería sobre la importancia de este método.

### Embarazo en la adolescencia

Se dividió la población en dos grupos, las que ya habían tenido y las que aún no habían tenido embarazo al momento de la consulta. Se identificaron 1 797 adolescentes con antecedente de al menos una gestación y 1 983 sin tal antecedente. En el cuadro 2 se presenta la relación entre múltiples características evaluadas y el hecho de haber tenido al menos un embarazo en esta época de la vida. En este caso los posibles factores de riesgo asociados con el embarazo en adolescentes fueron: ser hijo de madre adolescente, el bajo nivel educativo del adolescente, de su padre y de su madre, antecedentes de deserción escolar, el no tener un proyecto de vida, la ausencia de referente adulto, el no estar conforme con la imagen corporal y la autopercepción diferente a la de ser alegre.

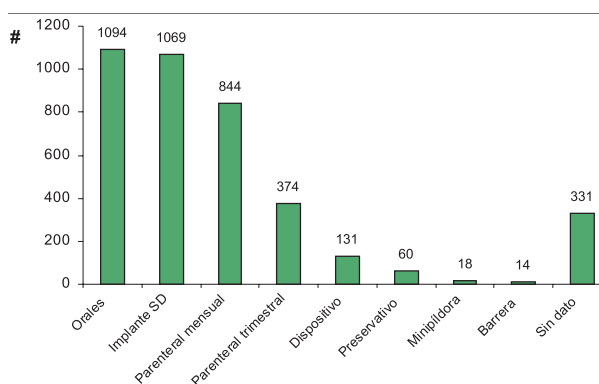
**Cuadro 2. Relación entre algunas características de la población y el embarazo durante la adolescencia de las mujeres atendidas en el proyecto Sol y Luna, Medellín 2007**

Característica	OR	IC 95 %
Tener antecedente de deserción escolar	4,33	3,73-5,03
Nivel bajo de educación	3,02	2,40-3,81
No estar conforme con la imagen corporal	1,90	1,48-2,44
No tener proyecto de vida	1,82	1,56-2,12
Ser hija de madre adolescente	1,82	1,59-2,09
Nivel bajo de educación materna	1,58	1,35-1,85
Nivel bajo de educación paterno	1,58	1,31-1,91
No tener un referente adulto	1,46	1,28-1,67
Autopercepción diferente a alegre	1,45	1,23-1,71
No considerarse aceptado en la sociedad	1,23	0,86-1,75
Tener antecedentes judiciales	1,01	0,44-2,30
Violencia intrafamiliar	1,0	0,81-1,23
Consumo de alcohol o drogas en la familia	0,96	0,83-1,11
Antecedente de maltrato	0,88	0,68-1,14
Antecedente de abuso sexual	0,86	0,64-1,15
Antecedente de trastorno psicológico	0,72	0,53-0,97
Edad (10-15 vs. 16-24)	0,26	0,22-0,31

### Método de anticoncepción recomendado para la población atendida

Se distribuyeron durante todo el período 57 372 preservativos. En el proyecto en general, a 1 966 (14,4 %) adolescentes se les recomendó anovulatorios orales combinados, al 12,6 % se les insertó el implante subdérmico, al 7,2 % se les suministró un preparado parenteral mensual, al 4,7 % el inyectable trimestral y a 0,8 % se les aplicó dispositivo intrauterino. Se recomendó métodos de barrera al 59,6 %, de emergencia a 0,7 % y no se cuenta con información de 0,1 %. En el gráfico 3 se presenta el método elegido para la población incluida en este informe. La relación entre consultas de primera vez y controles fluctuó ente 1:1 y 1:2.7 por centro.

Gráfico 3. Método de anticoncepción recomendado a la población atendida en el proyecto Sol y Luna, Medellín 2007



### Evolución de los métodos de anticoncepción en la población atendida

Para la totalidad de la población atendida durante toda la duración del proyecto, se realizaron 3 862 controles a usuarias de anticonceptivos orales combinados, 2 766 a las usuarias de implantes, 1 481 a las usuarias de parenterales mensuales, 396 a las de parenterales

trimestrales y 123 a las de dispositivo intrauterino. A las usuarias de preservativo se les hizo 7 681 controles, aclarando que en algunos casos este método fue temporal mientras se disponía de algún método diferente o se cumplían los requisitos necesarios (ejemplo, descartar embarazo) para iniciarlo.

Después de las evaluaciones en el control de la población objeto de este estudio, en 84,9 % consultas se decidió continuar con el mismo método, en 8,1 % se cambió por otro, en 0,6 % se suspendió y se detectaron 12 fallas. No se tiene información con respecto a la conducta asumida en 6,25 % de las consultas. Los efectos colaterales fueron la causa de 90 revisiones, se diagnosticaron 26 complicaciones del método y se retiraron 8 implantes.

### Actividades grupales

Como complemento a la atención personalizada, el proyecto realizó una serie de actividades grupales que se describen en el cuadro 3.

### Discusión

Los resultados encontrados permiten caracterizar la población de los adolescentes que acudieron al programa de planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual en un sector particular de la ciudad. Es importante aclarar que este grupo no es representativo de todos los adolescentes de la ciudad, porque los asistentes al proyecto ya están seleccionados por su necesidad de anticoncepción, por su sitio específico de residencia y por sus propias condiciones socioculturales. Para obtener una información extrapolable a toda la población sería indispensable realizar un muestreo al azar, lo cual no se hizo para este proyecto. Aunque esto limita la posibilidad de extrapolar los resultados a esos

**Cuadro 3. Actividades grupales realizadas en el proyecto Sol y Luna, Medellín 2007**

<b>Acciones</b>	<b>Número</b>
Reunión con padres de familia, docentes y/o adolescentes	179
Talleres: expectativas, derechos, autonomía	150
Cineforos	103
Talleres prevención de embarazo	279
Talleres prevención de ITS	144
Taller sobre barreras de acceso a servicios de anticoncepción	41
Talleres sobre otros temas	56
Otras actividades educativas	9
Visitas a instituciones para promoción y coordinación de actividades	12
Participación en programas radiales	45
Visitas de coordinación y promoción a las instituciones	321
<b>Total asistentes a talleres</b>	<b>24 125</b>

otros grupos poblacionales, gana relevancia en que aporta conclusiones específicas para tener en cuenta a futuro cuando se continúe trabajando en estos sectores en particular, pero igualmente permite generar hipótesis a considerar cuando se extiendan estrategias como ésta a esos otros sectores.

Con respecto a las asociaciones encontradas entre los comportamientos y actitudes de los adolescentes y algunos factores sociales, culturales, psicológicos y emocionales, es importante tener cautela en la interpretación de ellos, no se pueden aceptar como factores causales porque por el modelo transversal del estudio es imposible identificar en algunos casos si ellos realmente antecedieron al comportamiento asumido; por ejemplo, aunque se encuentra una fuerte asociación entre deserción escolar y embarazo, puede ser tan válido pensar que el no asistir a la escuela contribuyó a que se tuviera un embarazo debido a la falta de educación o al manejo del tiempo libre como también pensar que la adolescente tuvo que abandonar el estudio debido al embarazo. Es necesario analizar cada uno de los factores bajo esta mirada para extraer unas conclusiones válidas. Adicionalmente se puede dar la situa-

ción de que alguna de las asociaciones encontradas sea explicada por la confusión, por ejemplo, la deserción en sí como factor asociado podría ser explicado realmente por un nivel inferior de educación y no por su efecto directo. Como la intención no es identificar factores causales sino identificar características que permitan delimitar grupos de individuos más susceptibles de una intervención oportuna o con estrategias diferentes, no es necesario realizar ajustes para tales confusiones.

Un primer factor a evaluar es la distribución por sexo. El abrumador predominio de mujeres en la consulta debe llevar a generar estrategias para comprometer en este tipo de proyectos a los hombres. Un programa asumido como de asesoría, acompañamiento y educación debería contar con más hombres y si adicionalmente se tiene en cuenta que también se estaba trabajando con infecciones de transmisión sexual se puede concluir que es necesario mejorar las estrategias de difusión para ampliar la cobertura a ellos. También es importante tener en cuenta la presencia del compañero en la consulta, estudios publicados han demostrado como el hecho de incentivar y permitir su participación en la selección del método mejora



la adherencia al método (4). En el proyecto los varones hicieron parte importante de las actividades programadas por fuera de la consulta: charlas, talleres, visitas y otras actividades.

Un aspecto preocupante es la falta de reconocimiento de la necesidad de la doble protección para anticoncepción y la protección con preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexual. Los adolescentes siguen asumiendo el riesgo, lo que se resalta cuando se aprecia que quienes menos lo emplean son los que reconocen tener mayor número de parejas. Al respecto del empleo del preservativo como método único de planificación, es importante tener en cuenta su alto porcentaje de fallas (5). Este aspecto es repetitivo en múltiples estudios publicados donde se encuentran porcentajes de uso tan bajos como 35 % y máximos de 65 % (6,7). El proyecto suministró un número importante de preservativos y enfatizó en la importancia de la doble protección, tanto en las asesorías personales como colectivas. En el proyecto no se exploraron los motivos para esta falta de empleo del preservativo, sin embargo se reconoce que éstas son relativamente constantes en la mayoría de los países donde se investigado el tema (8).

Igualmente se aprecia la necesidad de información en los temas de sexualidad manifestada por una proporción altísima de asistentes al proyecto, a pesar de las campañas y programas que diariamente se realizan sobre el tema. El proyecto desarrolló múltiples actividades con metodologías variadas para aportar al conocimiento de las diferentes alternativas de anticoncepción y contribuir a llenar este vacío de información,

Definitivamente el enfoque del tema amerita estrategias en múltiples y diversas esferas: es repetitivo en el análisis la influencia de aspectos como la autopercepción, la imagen corporal, la presencia del referente adulto y la presencia o ausencia de un proyecto de vida so-

bre algunos aspectos negativos de la sexualidad como la falta del empleo del preservativo, el inicio precoz de la vida sexual activa y el embarazo en la adolescencia. Aunque estos aspectos no son nuevos, se podría afirmar que las estrategias que se han implementado para impactar positivamente en estos aspectos no han sido suficientemente efectivas y es necesario convertir todos los aspectos teóricos del tema en propuestas coherentes. El cuadro 2, adicional a factores que no tuvieron asociación, presenta otros asociados de manera significativa desde el punto de vista estadístico con estos aspectos negativos, los cuales también se deben tener en cuenta al momento de priorizar intervenciones o de individualizarlas según las necesidades identificadas a partir de las características de cada uno de los adolescentes.

Con respecto al método recomendado, es importante analizar el orden en la frecuencia de recomendación que se tuvo en el proyecto. Al momento de elegir un método anticonceptivo es necesario, adicional a considerar la opinión de la mujer y su pareja, tener un enfoque que contemple la adherencia conocida de las usuarias a cada uno de los métodos, el costo de ellos, la efectividad y el costo-efectividad de los mismos. Es posible que si se evalúa ésto concienzudamente se llegue a la conclusión de que el orden de recomendación no debería ser el que se encontró en este grupo. Aparecen pocas mujeres con el método que posiblemente es el más costo efectivo, el dispositivo intrauterino, y esto posiblemente lo explique la desconfianza natural con respecto al comportamiento sexual en las adolescentes, pero esta situación siempre se debe contemplar en el plano individual y no en el grupal, e igualmente se debe confirmar que no sea por los mitos que tienen tanto la comunidad como el personal de la salud con respecto a dicho método (9,10). Aparece un número importante de adolescentes que emplea anticonceptivos parenterales de sólo progestágeno, lo cual no es lo más recomendado, aclarando que no es

posible, con la información disponible, identificar cuántas están en período de lactancia, donde sí es un método de primera elección. Es importante el lugar que ocupa el implante subdérmico, método altamente costo-efectivo, sin embargo es importante evaluar su evolución en el tiempo y la adherencia de las mujeres a él, aspecto que no se puede conocer con la información recolectada. Esta distribución en la selección del método es bastante diferente a la encontrada en adolescentes de otros países, donde ninguna adolescente emplea los implantes (11).

La información disponible muestra que la educación sexual que discute la anticoncepción no incrementa la actividad sexual (12). En países desarrollados (Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Francia, Suiza) no se aprecia una relación directamente proporcional entre el nivel de actividad y la edad de inicio de la vida sexual y el embarazo en la adolescencia; en cambio aspectos como la falta de uso de los métodos de planificación o el menor empleo de los métodos más efectivos, la falta de aseguramiento en salud, las condiciones familiares desfavorables, la falta de actitudes de apoyo y de apertura hacia la sexualidad, la falta de promoción en educación sexual (y no de la abstinencia sexual) y el no empleo de los medios de comunicación al servicio de la promoción de comportamientos sexuales positivos sí tienen una influencia directa sobre la ocurrencia de estas gestaciones (13). El proyecto Sol y Luna no sólo contribuyó en estos aspectos sino en otros que también marcan diferencia incluso en estos países desarrollados: la falta de acceso a los servicios, la falta de privacidad y exclusividad de los servicios de anticoncepción y la dificultad para la consecución de los diferentes métodos (13). Obviamente el impacto no se puede medir en el corto plazo y se debe garantizar la continuidad de las actividades si se quiere obtener el resultado esperado.

## Referencias

1. World Health Organization. The second decade: improving adolescent health and development. Geneva: WHO; 1998.
2. Alcaldía de Medellín. Proyecto "sol y luna" red de prevención del embarazo adolescente en Medellín - Colombia. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2005.
3. Dirección Seccional de Salud de Antioquia [página en Internet]. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; c2004 [actualizada 2008 feb 19; citada 2008 abr 4]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co>
4. Terefe A, Larson CP. Modern contraception use in Ethiopia: does involving husbands make a difference? *Am J Public Health*. 1993;83(11):1567-1571.
5. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates Jr. W, Stewart GK, Guest F, Kowal D. *Contraceptive Technology*. 17th ed. New York: Ardent Media; 1998.
6. Haignere CS, Gold R, McDanel HJ. Adolescent abstinence and condom use: are we sure we are really teaching what is safe? *Health Educ Behav*. 1999;26(1):43-54.
7. Coleman L. Comparing contraceptive use surveys of young people in the United Kingdom. *Arch Sex Behav*. 1999;28(3):255-264.
8. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet* 2006;368(9547):1581-1586.
9. Chiou CF, Trussell J, Reyes E, Knight K, Wallace J, Udani J, et al. Economic analysis of contraceptives for women. *Contraception* 2003;68(1):3-10.
10. Dardano KL, Burkman RT. The intrauterine contraceptive device: an often-forgotten and maligned method of contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181(1):1-5.
11. Klein JD; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics* 2005;116(1):281-286.

12. Contraception in teenagers. *Drug Ther Bull.* 2002;40(12):92-95.
13. Darroch JE, Frost JJ, Singh S. Teenage sexual and reproductive behavior in developed

countries: can more progress be made? [monografía en Internet]. Washington D.C.: The Alan Guttmacher Institute; 2001 [citado 2008 Feb 5]. URL disponible en: [http://www.guttmacher.org/pubs/covers/euroteen\\_or.html](http://www.guttmacher.org/pubs/covers/euroteen_or.html)

# Comportamiento de la fecundidad en Medellín, 2006

Fecundity behavior in Medellín, 2006

Doris Cardona Arango<sup>1</sup>

Forma de citar: Cardona D. Comportamiento de la fecundidad, Medellín 2006. Rev Salud Pública de Medellín 2008;3(1):75-86.

Las fuentes de información para este estudio fueron suministradas por la Secretaría de Salud de Medellín.

## Resumen

**Introducción:** La fecundidad es uno de los componentes demográficos que más rápidas transformaciones e influencias tiene sobre el volumen y estructura de la población, afectando el tamaño de las nuevas generaciones. **Objetivo:** Analizar el comportamiento de la fecundidad en Medellín en el año 2006, según grupos de edad y comunas en que se encuentra dividida la ciudad. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal, de fuente de información secundaria a partir de 33 590 registros de nacidos vivos consignados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas y ajustados por comuna por la Secretaría de Salud Municipal de Medellín. **Resultados:** El índice de masculinidad registrado fue de 1,04; el mayor número de nacimientos se registró en las comunas Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez, mientras que las de menor participación fueron Laureles, El Poblado y Guayabal. El 3,5 % de las madres no realizaron ninguna consulta prenatal. Las madres presentaron una edad promedio de 25 años, el aporte de las mujeres de 20 a 34 años es equivalente al 64 %, y una de cada cuatro madres era una adolescente menor de 20 años, aumentándose en 400 a lo registrado en el 2005. La fecundidad adolescente fue mayor en las comunas Popular, Villa Hermosa, Santa Cruz, San Javier y Aranjuez. La tasa de reproducción de la ciudad está por debajo del nivel de reemplazo, indicando que en Medellín una generación no alcanza a reemplazarse

<sup>1</sup> Magíster en Epidemiología, Magíster en Salud Pública, Doctoranda en Demografía. E-mail: doris.cardona@gmail.com

a sí misma. **Conclusiones:** La fecundidad en la ciudad de Medellín para el año 2006 mostró indicadores bajos respecto a otras épocas, con una disminución en sus niveles, debido a factores extrínsecos que la afectan indirectamente, como los cambios culturales con la inserción de la mujer en la vida laboral, los recursos económicos de que dispone, los bajos niveles de escolaridad que limitan su capacidad para satisfacer las necesidades básicas, disminución de la nupcialidad y aumento de la convivencia consensuada, y que han dejado huellas en la estructura por edad y sexo de la ciudad, afectando el comportamiento reproductivo, pero también se evidencia el aumento de la fecundidad en adolescentes desde los 12 años y su concentración en las comunas de menores estratos socioeconómico.

### Palabras clave

*Índice de fecundidad, recién nacido vivo, indicadores demográficos.*

### Abstract

**Introduction:** The fecundity is one of the demographic components that has faster transformations and influences on the volume and structures of the population, affecting the size of the new generations. **Objective:** To analyze the behavior of the fecundity in Medellín in the year 2006, according to groups of age and to the communes in which the city is divided. **Methods:** This is a cross-sectional descriptive study, of secondary information source from 33,590 registries of born alive indexed by the National Administrative Department of Statistics (DANE) and fit by commune by the Secretariat of Municipal Health in Medellín. **Results:** The registered index of masculinity was of 1.04; the higher number of births was registered in the Popular, Santa Cruz, Manrique and Aranjuez communes,

whereas those of minor participation were Laureles, El Poblado and Guayabal. 3.5% of the mothers did not attend any prenatal consultation. Mothers presented an average age of 25 years, the contribution of the women of 20 to 34 years of age equivalent to 64%, and one out of four mothers was an adolescent under 20, increasing in 400 the registered in the 2005. The adolescent fecundity was higher in the communes Popular, Villa Hermosa, Santa Cruz, San Javier and Aranjuez. The reproduction rate in the city is below the replacement level, indicating that in Medellín a generation does not reach the level to replace itself. **Conclusions:** The fecundity in the city of Medellín for the year 2006 showed low indicators with respect to other times; with a diminution in its levels, due to extrinsic factors that affect it indirectly. Changes such as cultural changes due to the insertion of women in the labor life, the economic resources she has, the low levels of schooling that limit their capacity to satisfy the basic needs, diminution of the marriage rate and increase of the agreed coexistence. These changes have left tracks in the city's structure by age and sex, affecting the reproductive behavior, but also the increase of the fecundity in adolescents is demonstrated from the 12 years on, and their concentration in the lower socioeconomic level communes.

### Key words

*Fecundity rate, live birth, demographic indicators.*

## Introducción

Las transformaciones sociales y económicas que han tenido lugar en América Latina durante los años 60 y 70 han dejado huella en el perfil demográfico de los países (1). La expansión de la economía ha hecho posible el aumento de los ingresos, los avances médicos, el mejoramiento en el estado nutricional y un

mayor acceso a la atención en salud y a la educación ha influenciado el comportamiento demográfico y acelerado el proceso de urbanización, contribuyendo a mejorar la salud, prolongar la vida, modificar valores, creencias y comportamientos referidos a la vida familiar y al número deseado de hijos (2).

La fecundidad, la mortalidad y las migraciones afectan el crecimiento y la distribución por edades de la población, dando lugar a la disminución, estancamiento o expansión de los diferentes grupos; de estos tres factores, la fecundidad es la que mayor influencia ha tenido en el proceso de cambio demográfico, por su fuerte impacto en el tamaño de las nuevas generaciones. El descenso de la fecundidad en los últimos tiempos es atribuido a factores directos e indirectos; entre los directos se tienen los biológicos que determinan el número de hijos (3) y los culturales con la difusión de métodos anticonceptivos y cambio de mentalidad en el comportamiento reproductivo, acorde con el deseo de tener un menor número de hijos (4); los factores indirectos son del orden socioeconómico, que afectan el comportamiento reproductivo de la población tales como: nupcialidad, edad de casarse, frecuencia de las relaciones sexuales, entre otros (5).

La disminución en el número promedio de hijos por mujer, en la etapa reproductiva de su existencia, afecta el crecimiento de las poblaciones y la estructura de edades, debido a que van llegando a la edad de procreación cohortes de mujeres que han sido producto de menores tasas de fecundidad que en el pasado (5). Es por ello que el control de la fecundidad a través de métodos anticonceptivos, la capacidad de decidir el número y espaciamiento de los hijos, es uno de los logros más importantes a partir de la década de 1960 (6).

Si la fecundidad no hubiese experimentado el importante descenso que se inicia en los paí-

ses más desarrollados en el siglo XVIII, las pirámides poblacionales serían sumamente jóvenes, y seguramente nadie estaría hablando del envejecimiento poblacional, aunque la esperanza de vida hubiese mejorado como lo ha hecho durante todo este tiempo. Por fecundidad se entiende la capacidad efectiva de una mujer, un hombre o una pareja, de producir un nacimiento; la natalidad, por su parte, hace referencia a la producción de nacimientos por el conjunto de una población. Aunque la fecundidad desde la mirada demográfica se relaciona con el nacimiento de un niño, el estudio de ésta debe hacerse teniendo en cuenta cada una de las etapas de este proceso (formación de uniones, gestación, embarazo y parto) (7).

El mantenimiento en la tierra de la vida humana está ligado a los procesos de reproducción; tanto la muerte como el nacimiento son fenómenos naturales, que en cierta manera escapan al control del hombre; aunque esté más en sus manos el influir sobre el nacimiento, ya que el inicio de éste, con la fecundación, es un acto libre y racional, que facilita y favorece el instinto de supervivencia y conservación de la raza humana (8). La reproducción humana es un proceso que puede considerarse como la máxima expresión de la lucha de los grupos humanos por perdurar en el tiempo (7).

La evolución de la vida humana se considera desde dos dimensiones: la biológica y la social. En su afán por perdurar en el tiempo, subsistir y no desaparecer, los grupos humanos se reproducen cotidianamente para mantener la sobrevivencia y prolongar la vida, y se reproducen, con el nacimiento de nuevos individuos que reemplazan a los que van falleciendo, para que no extinga la especie en el tiempo (7). En este proceso reproductivo inciden directamente el tiempo y el espacio en que se desenvuelven los grupos humanos, pero decisiones individuales y colectivas pueden poner en peligro la sobrevivencia del grupo (7).

En América Latina la fecundidad en las últimas décadas ha estado influenciada por cambios demográficos, sociales, económicos, políticos y culturales acelerados con la globalización. Entre los cambios demográficos, el más evidente es el proceso de transición demográfica debido a transformaciones sociales y económicas difíciles de cuantificar; dicha transición da origen a bajo crecimiento poblacional y se consideraba que su culminación coincidiría con el reemplazo generacional (crecimiento nulo), pero se ha visto que la fecundidad puede ir por debajo de la tasa de reemplazo, que conllevaría a un crecimiento negativo y eventualmente a una disminución de la población en números absolutos. La región tiene, en promedio, menos de tres hijos por mujer y hace sólo 35 años era de seis o siete hijos (9).

De los países de América Latina, Cuba y Trinidad y Tobago han descendido por debajo de la tasa de reemplazo, pero una decena de países, incluidos Brasil, México y Colombia, podrían estar muy cerca de alcanzarla, considerando que en el período 1995-2000 registraban tasas globales de fecundidad (TGF) por debajo de tres hijos por mujer y venían en franco descenso. Las causas de dicho fenómeno difieren de las que gobernaron la transición de la fecundidad y aparecen nuevos determinantes, como la alta movilidad residencial y laboral, modernos sistemas de pensiones, proceso de individualización o atomización asociados al feminismo, y relevancia de los valores e ideologías del postmodernismo orientados hacia uno mismo y comprometidos con una lógica del aquí y ahora. (4)

En Colombia, la fecundidad ha registrado un descenso en los últimos diez años pasando de un promedio de siete hijos por mujer en 1965 a tres hijos por mujer en 1995, con un promedio de 2,5 hijos en el sector urbano y 4,4 por en el sector rural. Uno de los factores que hacen pensar que dicho descenso puede revertirse es el hecho que las mujeres entre 15

y 24 años registran un aumento considerable en su número de hijos, sobretodo en las áreas rurales y en los nuevos departamentos del país, influyendo en gran forma las diferencias en el desarrollo económico, social y cultural con el que han crecido, el cual es muy inferior comparado con el de los antiguos departamentos y el de la capital del país (10).

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005 (11), desde 1965 se observa una disminución en la tasa total de fecundidad (TTF), al pasar de siete hijos por mujer a 2,4 en el 2005; y por el contrario, se observó evolución ascendente del embarazo en adolescentes desde 1990, con un 13 %, al 21 % en el año 2005.

En Colombia se ha avanzado en la formulación de marcos normativos y reglamentarios para la salud sexual y reproductiva con un enfoque basado en los derechos; el país se encuentra entre los 151 países en desarrollo que han adoptado medidas para proteger los derechos de las niñas y las mujeres. En el 2002, el Ministerio de la Protección Social realizó un esfuerzo participativo de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que ha situado los temas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en la agenda pública, entre ellos la maternidad segura, la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, el cáncer de cuello uterino, las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA, y la violencia doméstica y sexual (12).

Por considerar que la fecundidad ha sido uno de los componentes demográficos que más rápidas transformaciones e influencias tiene sobre el volumen y estructura de la población, se diseñó un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de analizar el comportamiento de la fecundidad en Medellín en el año 2006, según grupos de edad y comunas en que se encuentra dividida la ciudad.

## **Materiales y métodos**

Estudio descriptivo transversal, de fuente de información secundaria a partir de los registros primarios de nacimiento consignados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) y ajustados por comuna por la Secretaría de Salud Municipal de Medellín (13), equivalente a 33 590 registros de nacidos vivos, con un promedio mensual de 2 799 nacimientos.

Se realizó análisis univariado y bivariado de los nacimientos ocurridos en las 16 comunas de la ciudad según aspectos demográficos de la madre como grupo de edad y sexo, y los indicadores demográficos; también; se obtuvo para la ciudad total las características demográficas de la madre, del padre, del nacido vivo y de los aspectos asistenciales, como tipo de parto, sitio de atención, mes de ocurrencia, tiempo de gestación, entre otros. Los indicadores se compararon entre el total de la ciudad frente a dos grupos de edad específicos: de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, por considerar que el embarazo en adolescentes es un problema latente que va en aumento.

## **Resultados**

### **Nacidos vivos**

Los 33 590 nacidos vivos registrados en Medellín, durante el año 2006, corresponden a las madres residentes en las diferentes comunas y corregimientos de la ciudad. De ellos, el 50,9 % son de sexo masculino y el restante 49,1 % de sexo femenino, con un índice de masculinidad de 1,04. La estatura y el peso promedio de los nacidos vivos fue de 46,3 cm y 3058,3 g, el peso más frecuente fue de 3000 g, el mínimo de 500 y el máximo de 5000 g. El bajo peso al nacer fue del 1 % en ambos grupos.

Según el tiempo de gestación, el 10,6 % nacieron antes del tiempo requerido para la maduración fetal, el 87,7 % terminó su ciclo completo y nació a término, y el 0,3 % fueron nacimientos postérmino. Según el peso al nacer, el 46,6 % de los nacidos pretérmino presentaron un peso de 1 500 a 2 499 g, y la gran mayoría de los nacidos a término y postérmino presentaron al nacer un peso por encima de los 2 500 gramos,.

En el 63,7 % de los nacimientos ocurridos en la ciudad, el tipo de parto fue espontáneo y el 30 % por cesárea. Según el sexo del nacido vivo, fue mayor el número de nacimientos femeninos espontáneos que los masculinos (64,4 % vs 62,5 %), y en partos tipo cesárea, fue mayor para los nacidos del sexo masculino y, los partos instrumentales, fueron similares en ambos sexos (gráfico 1).

Por mes de ocurrencia del nacimiento no se evidencia tendencia durante los meses del año, mostrando un comportamiento estacionario, sólo se observa aumento en el mes de septiembre, equivalente al 9,5 % (3 176) sin diferencias por sexos (gráfico 2).

Las consultas prenatales para control y desarrollo fueron principalmente: siete según el 21 % de las madres, a seis acudió el 17,5 %, ocho veces consultó el 12,5 %, cinco el 11,1 %, nueve el 8 % y cuatro el 7,5 % de las futuras madres. El restante número de madres visitaron los servicios de salud en un rango que va de 1 a 25, llamando la atención que el 3,5 % de las madres que tuvieron nacimientos en el 2006 no realizó ninguna consulta antes del parto.

### **Características de las madres**

Las madres que presentaron alumbramiento en el año 2006, en la ciudad de Medellín, tenían una edad promedio y desviación estándar (DE) de  $25,1 \pm 6,7$  años, siendo la mínima de 12 y la



máxima de 57. El 50 % tenía 24 años o menos y el 75 % tenía 30 años o menos; la edad más frecuente registrada fue de 19 años. Una de cada cuatro madres era una adolescente menor de 20 años (gráfico 3).

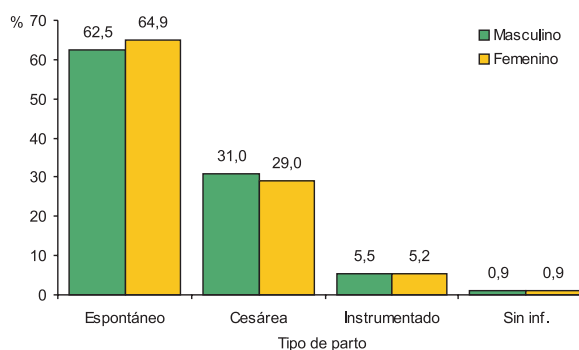
La nupcialidad es un factor determinante próximo de la fecundidad, pero en la ciudad de Medellín se han aumentado los nacimientos en mujeres cuyo estado civil es la unión libre, que fue el 46,1 % y de madres solteras al momento del parto, en 28,3 %; es decir, una de cada cuatro madres tenía condición civil de casada y las tres restantes estaban en unión consensuada o solteras (gráfico 4).

Según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 53,5 % de las madres estaban afiliadas al régimen contributivo y el 40,9 % al régimen subsidiado, agrupándose el 94 % del total de gestantes, en alguno de los dos regímenes de seguridad social (gráfico 5).

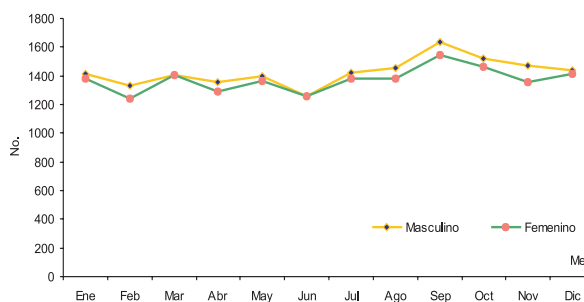
La edad del padre del nacido vivo fue en promedio de 29 años (DE 7,9), siendo la más frecuente de 23, la menor edad registrada fue de 13 y la máxima de 92 años. El 25 % de los padres presentaron una edad máxima de 23 años, el 50 % de 28 y el 75 % de 34 años. Es decir, las mujeres madres presentaron edades inferiores que los padres de los infantes.

La educación, considerado por algunos autores como factor determinante de la fecundidad, mostró que el 81 % de las mujeres madres en el año 2006 tenían como máximo grado de formación el nivel secundario y el 15,6 % con grado universitario. Similar patrón de instrucción educativa se observó en el padre del recién nacido, al presentar el 72 % nivel de formación a nivel de secundaria, pero vale aclarar que de uno de cada cinco padres, no se obtuvo esta información (gráficos 6 y 7).

**Gráfico 1. Porcentaje de nacimientos por sexo según tipo de parto. Medellín, 2006**



**Gráfico 2. Número de nacimientos masculinos y femeninos, según mes de ocurrencia. Medellín, 2006**



**Gráfico 3. Porcentaje de nacimientos según grupo de edad de la madre. Medellín, 2006**

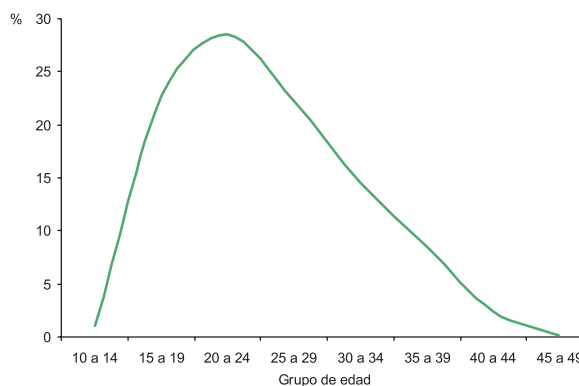


Gráfico 4. Porcentaje de nacimientos según estado civil de la madre. Medellín, 2006

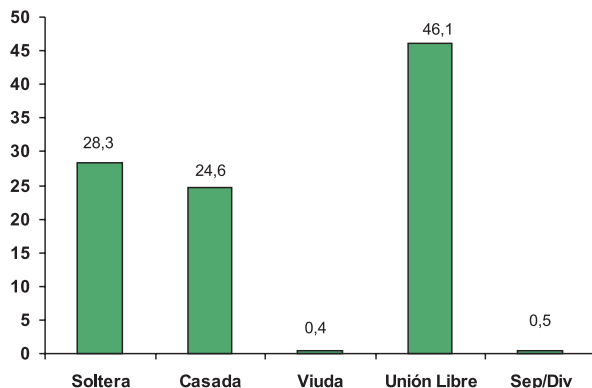
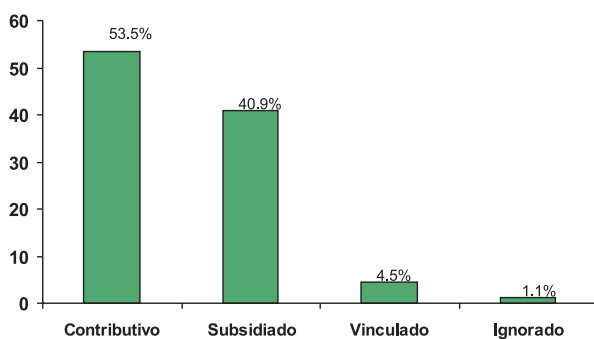


Gráfico 5. Porcentaje de nacimientos según afiliación al SGSSS de la madre. Medellín, 2006



### Fecundidad por comuna

Por lugar de residencia de la madre las comunas que más aportaron nacimientos a la ciudad fueron Aranjuez, Manrique, Popular y Santa Cruz, y las de menor participación fueron Laureles, El Poblado y Guayabal. Se observó un comportamiento similar en las madres adolescentes de 15 a 19 años, puesto que residían principalmente en esas mismas cuatro comu-

Gráfico 6. Porcentaje de nacimientos según nivel de escolaridad de la madre. Medellín, 2006

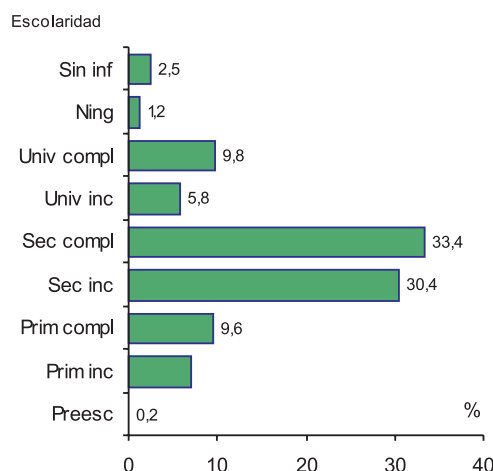
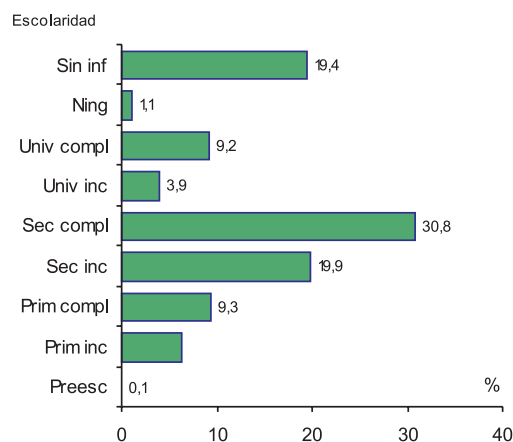


Gráfico 7. Porcentaje de nacimientos según nivel de escolaridad del padre. Medellín, 2006



nas, pero las menores de 10 a 14 años presentan una participación mayor en las comunas Aranjuez, Villa Hermosa y San Javier; y menor que el patrón general, en las comunas Santa Cruz, Doce de Octubre y El Poblado. Vale resaltar que en esta última comuna solo se presentó un nacimiento de una mujer menor de 15 años (cuadro 1).

Cuadro 1. Número y porcentaje de nacimientos totales y adolescentes, según comuna de residencia de la madre. Medellín, 2006

Comuna	Nacimientos Totales*		Madres de 10 a 14 años		Madres de 15 a 19 años	
	No	%	No	%	No	%
C1 Popular	2 882	8,6	41	10,7	953	11,3
C2 Santa Cruz	2 846	8,5	23	6,0	576	6,9
C3 Manrique	2 908	8,7	29	7,6	721	8,6
C4 Aranjuez	3 216	9,6	47	12,3	866	10,3
C5 Castilla	1 945	5,8	25	6,5	460	5,5
C6 Doce de Octubre	2 286	6,8	16	4,2	655	7,8
C7 Robledo	2 459	7,3	28	7,3	552	6,6
C8 Villa Hermosa	2 275	6,8	40	10,4	627	7,5
C9 Buenos Aires	2 516	7,5	19	5,0	567	6,8
C10 La Candelaria	1 168	3,5	10	2,6	213	2,5
C11 Laureles	699	2,1	3	0,8	73	0,9
C12 La América	991	3,0	6	1,6	121	1,4
C13 San Javier	2 536	7,5	41	10,7	724	8,6
C14 El Poblado	794	2,4	1	0,3	38	0,5
C15 Guayabal	819	2,4	3	0,8	146	1,7
C16 Belén	2 036	6,1	14	3,7	401	4,8
Área rural	795	2,4	16	4,2	433	5,2
Sin información	419	1,2	21	5,5	273	3,3
Total	33 590	100,0	383	100,0	8 399	100,0

\* Datos sin homologar

El estado civil de las madres de 10 a 14 años es de solteras en el 72,2 % y un 25,7 % viven en unión consensuada; y su formación educativa es a nivel de secundaria incompleta para un 67,1%. Las madres adolescentes (de 15 a 19 años) son solteras en un 48,9 % y viven en unión libre el 44,4 %, su nivel de formación es de secundaria incompleta en el 56,1 %.

El embarazo adolescente es un problema que afronta Colombia en general, y Medellín, como gran urbe, no es ajena a ello. En los últimos 14 años el país viene presentando un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres: 11 % en 1990, 17 % en 1995 y 19 % en el 2000 (11). En la ciudad de Medellín el embarazo adolescente cobra gran importan-

cia de acuerdo con el número de eventos presentados. Según datos de la Secretaría de Salud de Medellín, en el año 2002 se presentaron 7 021 embarazos adolescentes, equivalentes al 21,6 % del total registrado en la ciudad, 280 eran mujeres entre los 10 y 14 años de edad (14). En el año 2005 el número de partos de mujeres entre 10 y 19 años fue de 8 341, es decir, el 22,9 % de los 33 335 nacimientos del año y de ellos 363 corresponden a menores de 10 a 14 años (15). Para el año 2006 se incrementó la cifra a 8 782 embarazos adolescentes, representando el 23,7 % de los nacimientos del año; con 383 embarazos de mujeres entre 10 y 14 años de edad; por lo que se presentó un aumento en embarazos adolescentes de más de 400 casos entre 2005 y 2006 y cerca de 2 000 casos entre 2002 y 2006 (13).

En cuanto a las tasas de fecundidad en adolescentes, también existen niveles altos en Medellín. En el año 2002, la tasa de fecundidad de adolescentes entre los 15 y los 19 fue de 74,7 nacidos vivos por mil mujeres en este grupo de edad; nivel que es casi el doble de la tasa de fecundidad general (14). Para el año 2005, la tasa de fecundidad general fue de 51,8 por cada mil mujeres en edad fértil entre 15 y 19 años y una tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad (por cada mil mujeres en edad fértil del grupo de edad) de 81 (15). Para el 2006, la problemática del embarazo adolescente se incrementa, especialmente si se tiene en cuenta que la situación se acentúa en las comunas o zonas pobres de la ciudad, es decir, las que tienen los niveles socioeconómicos más bajos (13).

### **Indicadores demográficos**

La tasa bruta de natalidad (TBN) o tasa anual media de natalidad, que representa la velocidad con la que se reemplazan los habitantes, fue para la ciudad de 15,9; es decir, por cada mil personas residentes en Medellín se registraron 16 nacidos vivos, en el año 2006. Por comunas, las tasas más altas se encuentran en Santa Cruz, Popular, Aranjuez y Villa Hermosa; las TBN más bajas están en las comunas Laureles, El Poblado y en la zona rural (Cuadro 2).

La tasa anual de fecundidad general o tasa de fecundidad general (TFG), que representa la relación entre nacidos vivos (NV) y mujeres en edad fértil (MEF), fue de 45,3, que equivale a decir que por cada mil mujeres en edad fértil se registraron 45 nacidos vivos durante el año de estudio. Las comunas Santa Cruz, Popular, Aranjuez y Villa Hermosa presentaron las tasas más altas; de otro lado, en el área rural, Laureles y El Poblado se presentaron las TFG más bajas (cuadro 2).

La tasa global de fecundidad (TGF) para la ciudad fue de 1,7 y equivale al número de hijos que en promedio tendría una mujer de Medellín, de una cohorte hipotética de mujeres, que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. Las comunas donde las mujeres tendrían un mayor número de hijos, en promedio, serían Popular, Villa Hermosa, Aranjuez y Santa Cruz; en las que la TGF fue menor fueron Laureles y el Poblado (gráfico 8).

Al igual que en la ciudad, los indicadores de fecundidad en la población adolescente menor de 20 años, muestran altas tasas en las comunas más pobres de Medellín (Popular, Villa Hermosa, Santa Cruz, San Javier y Aranjuez) y las tasas más bajas se registran en las comunas con niveles socioeconómicos más altos, como Laureles y El Poblado. El aporte a la fecundidad de las menores de 20 años es del 24,5 %, es decir, uno de cada cuatro nacimientos es de una madre adolescente (cuadro 2).

La tasa bruta de reproducción (TBR), considerada como el número de hijas que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil, fue de 0,83. Al estar este indicador por debajo de 1, indica que en Medellín una generación no alcanza a reemplazarse a sí misma.

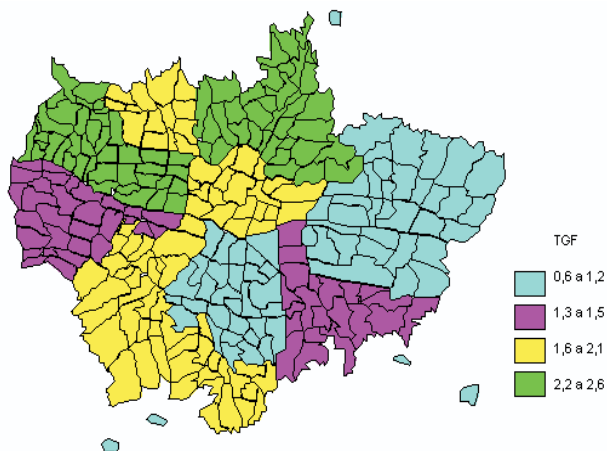
Entre los factores extrínsecos que afectan el nivel de fecundidad de la ciudad, se encuentra la distribución porcentual de las mujeres. En este sentido, la estructura por edad en Medellín es muy regular en cada grupo etáreo y el grupo

Cuadro 2. Indicadores de fecundidad, según comuna de residencia de la madre. Medellín, 2006

Comuna	Indicadores de fecundidad (Medellín)				Indicadores de fecundidad en adolescentes (mujeres entre 10 y 19 años)			
	Nacidos vivos*	TBN	TFG	TGF	# de embarazos	TEF (10-19 años)	TEF (10-14 años)	TEF (15-19 años)
1 Popular	2 918	24,5	70,3	2,6	994	89,2	7,1	176,4
2 Santa Cruz	2 882	31,3	89,7	2,3	599	69,3	5,2	137,1
3 Manrique	2 945	19,5	55,9	1,8	750	52,9	4,0	104,8
4 Aranjuez	3 257	23,5	67,4	2,4	913	70,2	7,0	137,1
5 Castilla	1 970	13,7	38,7	1,4	485	37,8	3,8	74,1
6 Doce de Octubre	2 315	11,7	33,4	1,3	671	38,3	1,8	76,8
7 Robledo	2 490	15,2	42,8	1,6	580	39,5	3,7	77,8
8 Villa Hermosa	2 304	21,5	64,5	2,5	667	80,5	9,6	152,2
9 Buenos Aires	2 548	19,9	58,6	2,2	586	58,0	3,7	113,0
10 La Candelaria	1 183	15,4	45,4	1,6	223	36,8	3,3	70,8
11 Laureles	708	5,9	17,4	0,6	76	8,6	0,7	15,3
12 La América	1 004	10,2	30,1	1,1	127	17,4	1,8	30,8
13 San Javier	2 568	18,7	52,6	1,9	765	71,7	8,3	126,0
14 El Poblado	804	8,3	22,6	0,8	39	5,5	0,3	10,5
15 Guayabal	829	10,6	28,8	1,1	149	23,5	1,0	45,4
16 Belén	2 062	12,6	34,3	1,3	415	31,3	2,1	59,7
Área rural	805	6,0	17,5	0,6	12	16,2	0,0	33,3
<b>Total</b>	<b>33 590</b>	<b>15,9</b>	<b>45,3</b>	<b>1,7</b>	<b>8782</b>	<b>48,1</b>	<b>4,2</b>	<b>92,4</b>

\* Datos homologados  
 TBN: tasa bruta de natalidad  
 TFG: tasa de fecundidad general  
 TGF: tasa global de fecundidad  
 TEF: tasa específica de fecundidad

Gráfico 8. Mapa con la tasa global de fecundidad según comuna. Medellín, 2006



de 20 a 29 años representa el 26,9 %, pero la mayor concentración de la fecundidad se da entre los 10 y 24 años, que aportan el 54 % del total, situación que subestima la fecundidad registrada (cuadro 3).

### Conclusiones

Los nacidos vivos y registrados en la ciudad de Medellín durante el año 2006 fueron 33 590, que corresponden a hijos de mujeres residentes en las diferentes comunas y corregimientos, principalmente Popular, Villa Hermosa, Aranjuez y Santa Cruz, y en menor medida, las residentes en Laureles y El Poblado. Las comunas con

**Cuadro 3. Distribución porcentual de la fecundidad y de la población femenina en edad fértil. Medellín, 2006**

<b>Edad de la madre Grupos etáreos</b>	<b>Distribución % de las mujeres</b>	<b>Distribución % de la fecundidad</b>
10-14	1,1	12,3
15-19	24,5	12,2
20-24	28,4	13,3
25-29	21,7	13,6
30-34	14,0	13,8
35-39	8,5	13,3
40-44	2,7	11,5
45-49	0,2	9,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

menor TGF fueron Laureles y el Poblado. De todos los nacidos vivos, el 50,9 % fueron hombres y el 49,1 % mujeres, con índice de masculinidad de 1,04.

Los indicadores de fecundidad en la población adolescente, menor de 20 años, muestran altas tasas en las comunas más pobres de Medellín (Popular, Villa Hermosa, Santa Cruz, San Javier y Aranjuez) y las tasas más bajas se registran en las comunas con niveles socioeconómicos más altos, como Laureles y El Poblado. El aporte a la fecundidad es de uno de cada cuatro nacimientos corresponde a una madre adolescente.

La fecundidad en la ciudad de Medellín muestra indicadores bajos respecto a otras épocas y otras ciudades, con una disminución constante en sus niveles, ello debido a factores extrínsecos que la afectan indirectamente, aun con una distribución proporcional de mujeres muy similar en cada grupo de edad, que han dejado huellas en la estructura por edad y sexo de la ciudad, y que afectan el comportamiento reproductivo.

Entre los factores extrínsecos se encuentran: la inserción de la mujer en la vida laboral, los

bajos recursos económicos con que se dispone, niveles de escolaridad con un máximo grado de secundaria que limitan su capacidad para satisfacer las necesidades básicas, disminución en la nupcialidad y aumento de la convivencia consensuada.

## Referencias

1. Schkolnik S. Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud. *Notas de Población* 1996;70:121-147.
2. Centro Latinoamericano de Demografía CELADE. Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Santiago: CEPAL/CELADE; 1996.
3. Vallin J. La Demografía. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE; 1994.
4. Rosero-Bixby L. La fecundidad en áreas metropolitanas de América Latina: la fecundidad de reemplazo y más allá. En: *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Serie seminarios y conferencias No.36. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE; 2004.
5. Centro Latinoamericano de Demografía CELADE. Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Santiago: CEPAL/CELADE; 1996.

- ficas sobre los sectores sociales en América Latina. Santiago: CEPAL/CELADE; 1996.
6. Secretaría de Equidad de género para las mujeres. Política de equidad de género para las mujeres. Medellín: Imprenta Departamental de Antioquia, 2002.
  7. Guzmán J. Fecundidad: métodos y técnicas. Santiago de Chile: CELADE/UNFPA; 1998.
  8. Gran Enciclopedia Rialp. Natalidad. GER [artículo en internet] 1991 [Fecha de acceso 10 de agosto de 2007]. URL disponible en : [http://www.canalsocial.net/GER/ficha\\_GER.asp?id=9741&cat=medicina](http://www.canalsocial.net/GER/ficha_GER.asp?id=9741&cat=medicina)
  9. Schkolnik S. La fecundidad en América Latina. En: La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? Serie seminarios y conferencias No. 36. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE; 2004.
  10. Departamento Nacional de Planeación. El descenso de la fecundidad en Colombia. Boletín Salud Reproductiva 1985-1995 No. 23. Bogotá: DNP; 1999.
  11. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Resultados ENDS-2005. Bogotá: Profamilia; 2006.
  12. Naciones Unidas, Centro de Información Colombia. Situación actual de la salud sexual y reproductiva en Colombia. UNFPA [artículo en internet] 2005 [Fecha de acceso 11 de agosto de 2007]. URL disponible en: <http://www.onucolombia.org/mujer%20unfpa.htm>
  13. Secretaría de Salud de Medellín. Registros de nacimientos, Medellín 2006. Medellín; 2007.
  14. Secretaría de Salud de Medellín. Situación de Salud de Medellín: Indicadores básicos 2002. Medellín; 2003.
  15. Secretaría de Salud de Medellín. Situación de Salud de Medellín. Indicadores básicos 2005. Medellín; 2006.

Artículo de reflexión

# Política local en salud sexual y reproductiva como respuesta a la situación de salud en Medellín, 2008 - 2011

Local policies in sexual and reproductive health as a response to the health situation. Medellín, 2008-2011

Rita Elena Almanza Payares<sup>1</sup>

Forma de citar: Almanza RE. Política local en salud sexual y reproductiva como respuesta a la situación de salud en Medellín, 2008 - 2011. Rev Salud Pública de Medellín 2008;3(1):87-101.

Política local en salud sexual y reproductiva como respuesta a la situación de salud en Medellín, 2008 - 2011

## Resumen

La salud sexual y reproductiva es una de las prioridades de salud pública en el municipio de Medellín. Esta prioridad fue contextualizada en la Cuarta conferencia sobre mujeres (Beijing 1995), Conferencia internacional de Naciones Unidas sobre población y desarrollo (Cairo - Egipto 1994) y en la política nacional de 2003. La salud sexual y reproductiva está enfocada en los siguientes tópicos: maternidad segura, salud sexual y reproductiva en adolescentes y planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA y la violencia doméstica y sexual. Este documento describe la situación de salud en el municipio en cada una de las áreas de la política nacional y local en salud sexual y reproductiva, los determinantes que originan esta situación de salud en la municipalidad, las metas y las acciones para el período de 2008-2011. También se describe las acciones de promoción y prevención en salud en esta área, la prevención primaria, secundaria y terciaria, las estrategias de educación y comunicación, la gestión institucional y el desarrollo de investigación.

<sup>1</sup> Especialista en epidemiología. Secretaría de Salud de Medellín. E-mail: rita.almanza@medellin.gov.co



## Palabras clave

*Política, Salud sexual y reproductiva, neoplasias, violencia doméstica y sexual, planificación familiar, VIH, adolescentes.*

## Abstract

Sexual and reproductive health (SRH) is one of the priorities in public health in the city of Medellín. This priority was contextualized in the 4th Conference on women (Beijing 1995), the International Conference of the United Nations on Population and Development (Cairo, Egypt 1994), and in its National Policy of 2003. SRH is focused on the following topics: safe maternity, sexual and reproductive health in adolescents and contraception (family planning / birth control), sexual transmitted diseases (STD) including HIV / AIDS and domestic and sexual violence. This document describes the health situation in the city in each of the areas of national and local policies of sexual and reproductive health, the root causes of the situation in the municipality, the goals, and the actions for the period comprised between 2008 and 2011. There is also a description of promotion of health and the disease prevention in this area, the primary, secondary and tertiary preventions, communication strategies, institutional management and research development.

## Key words

*Politics, Sexual and reproductive health, neoplasm, domestic violence, sexual violence, family planning, HIV, adolescents.*

## Definición

"La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con

la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual 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 la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos (1)".

El concepto incluye el reconocimiento del derecho de las personas para acceder a una sexualidad plena y enriquecedora como un elemento de bienestar personal y familiar, el reconocimiento del derecho al goce de la sexualidad sin ligarla necesariamente con la reproducción, al número de hijos, al espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, y comprende un componente esencial respecto a la capacidad de los jóvenes para transformarse en miembros bien equilibrados, responsables y productivos en la sociedad (1).

## Antecedentes

La salud sexual y reproductiva con enfoque de derecho tiene un origen reciente en la "Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo" de El Cairo, en 1994 (2), en donde se formuló por primera vez. Posteriormente, en 1995, la Plataforma de Acción de la "Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer", en Beijing (1), 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 relativos a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva. Estos derechos implican así un ejercicio de la autonomía en las decisiones acerca de la sexualidad, libres de coerción, discriminación y violencia, y las responsabilidades sobre el comportamiento sexual y sus consecuencias.

En Colombia, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, enunciada por el Ministerio de la Protección Social en 2003, trazó los primeros lineamientos para el ejercicio 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 (3).

### 1. Maternidad segura

#### Descripción del evento

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE 10), se considera mortalidad materna la muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Por ser un indicador que da cuenta de la calidad de vida de la comunidad y la equidad en términos de derechos humanos, la Secretaría de Salud de Medellín (SSM) a partir del año 2003, priorizó en su propuesta programática la implementación de la vigilancia activa de la mortalidad en este grupo de población.

#### Meta

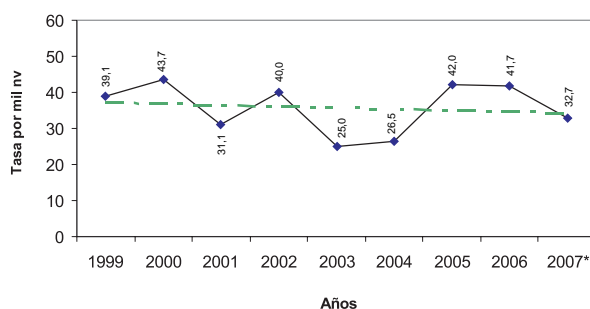
- Reducir a 30 por cada cien mil nacidos vivos la tasa de mortalidad materna evitable.
- Mejorar la cobertura y la calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones.

- Fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal

#### Situación de salud

Los resultados a la fecha son promisorios. En el año 2007 el perfil epidemiológico de la mortalidad materna presenta cambios importantes, ya que no se identificaron casos de muertes por hemorragia posparto en este año, que fue la causa principal de muerte materna en los años anteriores (gráfico 1).

**Gráfico 1. Incidencia de la mortalidad materna en Medellín, 2003-2007**



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

De las 11 muertes maternas ocurridas durante el año 2007, seis se debieron a causas obstétricas directas, cuatro a causas obstétricas indirectas y en un caso no fue posible obtener información porque el certificado lo diligenció el Instituto de Medicina Legal de Bello que no facilitó el resultado de la necropsia. De las seis muertes maternas directas, cuatro se debieron a embarazo terminado en aborto (una muerte debida a embarazo ectópico roto y tres a complicaciones del aborto: un caso por choque hemorrágico, un caso por choque séptico y el otro caso por un choque mixto). Las otras dos muertes maternas directas fueron debidas a eclampsia y un caso por tromboembolismo pulmonar (4) (cuadros 1 y 2).

Cuadro 1. Causas de mortalidad materna en Medellín, 2003-2007

<b>Causas</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Hemorragia posparto	4	4	2	3	0
Abrupcio y placenta previa	0	0	0	3	0
Embarazo ectópico	0	0	1	0	1
Infección obstétrica	1	0	0	1	0
Síndrome hipertensivo asociado al embarazo (SHAE)	0	1	3	1	1
Fenómenos trombóticos	1	2	1	2	0
Aborto inducido	0	1	0	1	3
Otras causas directas	0	0	0	1	0
Indirectas	2	1	7	2	4
Desconocida	0	0	0	2	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>11</b>

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

Cuadro 2. Principales causas de morbilidad obstétrica y de mortalidad materna de las mujeres residentes de la ciudad de Medellín, enero- diciembre 2007

<b>Complicación</b>	<b>Morbilidad obstétrica</b>	<b>Mortalidad materna</b>
	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>
Hemorragia posparto	38	0
Choque hipovolémico por aborto	16	1
Sepsis	7	2
Hemorragia ante o intraparto	6	0
Crisis hipertensiva que requiere UCI	5	0
Eclampsia	3	1
Choque hipovolémico por ectópico	3	1
Ruptura uterina	2	0
Embolismo	2	1
Edema agudo de pulmón	1	0
Indirectas	0	4
Sin información	0	1
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>11</b>

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

### **Causas identificadas a nivel municipal**

- Falta de información masiva sobre la importancia del ingreso temprano a programas de control desde el primer trimestre de embarazo.
- Barreras frente a servicios de consulta y tratamiento especializado de casos.
- Demoras en suministro oportuno de hemoderivados para atención de complicaciones obstétricas.
- Barreras frente a servicios de salud a las maternas por inconsistencias en los sistemas de información.
- Incumplimiento de las guías de atención para el programa de control prenatal.

### **Acciones de la política en el municipio**

Promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR) mediante estrategias de información educación y comunicación. El Plan territorial de salud priorizó el desarrollo de estrategias educativas y de promoción de la salud materno infantil, para incrementar la cultura de prevención. Con esta estrategia el municipio busca sensibilizar y movilizar a los individuos e instituciones hacia un cambio en la conducta fomentando los factores protectores del embarazo y facilitando la identificación de los factores de riesgo para la salud materno- infantil y su intervención desde el autocuidado. Por su parte el estado a través del fortalecimiento de la red y los pactos interinstitucionales busca garantizar el acceso real de las usuarias a la consulta precoz, el control prenatal mensual con calidad y la atención institucional del parto.

*Coordinación intersectorial e interinstitucional.* El actual sistema de salud designa competencias y responsabilidades a los diferentes actores que lo conforman; esta fragmentación obliga al municipio como ente rector a buscar estrategias que propendan por la articulación de los sectores en búsqueda del bien común. Como respuesta a lo anterior el departamento de

Antioquia firmó el Pacto por la salud pública, en el cual participaron las empresas promotoras de salud contributivas y subsidiadas, las instituciones prestadoras de servicio públicas y privadas, y las secretarías locales de salud. A su vez, en Medellín se firmó el Convenio social, pacto a través del cual se hizo seguimiento de las empresas promotoras de salud y de las instituciones prestadoras de servicio en el cumplimiento de las acciones de promoción y prevención. En Medellín, para el cuatrienio 2008-2011 esta iniciativa se consolida en la Alianza por la salud y la vida, en la cual se amplía el número de sectores participantes respondiendo a los requerimientos nacionales establecidos en el Decreto 3039, convocando además de los actores citados, a las universidades y las administradoras de riesgos profesionales.

Esta alianza busca crear espacios de discusión, encuentro y trabajo conjunto con estos actores, y propone entre sus objetivos fomentar la atención sin barreras en todas las instituciones de salud, independiente del asegurador y régimen de seguridad, la cobertura universal en aseguramiento, dinamizar el suministro de hemoderivados, y la realización de controles prenatales con calidad (adherencia a las guías de atención) con el fin de buscar impactar la mortalidad materna evitable en el municipio.

*Desarrollo de investigación.* A través del proyecto Maternidad segura la investigación de los casos de muerte materna y sus determinantes busca estimar la realidad municipal del evento, sus causas, los retrasos que favorecieron las mismas con el fin de orientar las acciones individuales y colectivas necesarias para el impacto de su comportamiento. En Medellín, el estudio realizado es de corte transversal prospectivo, utilizando una metodología mixta de tipo cuantitativa y cualitativa con base en el análisis individual de cada caso de muerte materna.

## **2. Planificación familiar y salud sexual y reproductiva de los adolescentes**

### **Descripción del evento**

Se entienden por adolescente los hombres y las mujeres entre 10 y 19 años de edad. La SSR de este grupo comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Para el municipio de Medellín las intervenciones tempranas, en general, y las relacionadas con la salud sexual y reproductiva, en particular, de los adolescentes, son importantes debido a que en este período, con el inicio de la actividad sexual, se adoptan patrones de comportamiento que tendrán efectos en la salud sexual y reproductiva, los cuales pueden impedir el potencial de desarrollo durante la adultez.

### **Meta**

Reducir en el año 2011 la proporción de embarazos en adolescentes del 25 % (línea de base) a 21 %.

### **Situación de salud**

Según la Encuesta de Demografía y Salud en Colombia 2005 (ENDS, 2005), el 13,7 % de las mujeres entre 15 y 19 años tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad, el 80 % de las mujeres entre 15 -19 años no usa actualmente un método anticonceptivo y solo el 38,2 % de las mujeres entre 15-19 años alguna vez han utilizado cualquier método anticonceptivo.

En Medellín, según un estudio realizado por el programa Sol y Luna, las causas del embarazo en las adolescentes tienen orígenes diversos entre los cuales se pueden citar causas estructurales (socioeconómicas, marginalidad, conflicto armado, desplazamiento), causas indivi-

duales (búsqueda de reconocimiento, creencias y prácticas asociadas a la maternidad y la paternidad) e Institucionales (violencia intrafamiliar y abuso sexual, déficit de servicios de consejerías). Para algunos de estos determinantes el embarazo en este grupo no siempre es "no deseado", sino que las jóvenes ven en el embarazo una respuesta a las necesidades que identifican en este momento de sus vidas.

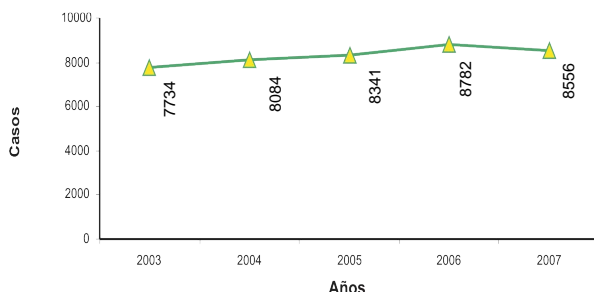
La Secretaría de Salud de Medellín, registró durante el año 2006 un total de 8 782 embarazos en adolescentes. Con una tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años de 3,3 por mil nacidos vivos y una tasa de fecundidad para mujeres entre los 15 a 19 años de 73,2 por mil nacidos vivos. Las mas altas tasas de fecundidad en este grupo se presentaron en las comunas mas pobres de la ciudad como Popular, Villa Hermosa y San Javier (5) (gráfico 2).

En la ciudad, los adolescentes entre los 14 y 19 años están teniendo su primera relación sexual antes de los 15 años, con el agravante de que uno de cada dos de estos jóvenes no utilizó en esa primera vez ningún método de anticoncepción (MAC) (6).

Algunas de las consecuencias identificadas en el embarazo adolescente no se relacionan únicamente con los problemas socio-económicos, los cuales son causa y efecto del mismo (gráfico 3), es importante tener en cuenta otros riesgos que se relacionan con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortalidad y morbilidad infantiles y complicaciones obstétricas para las madres.

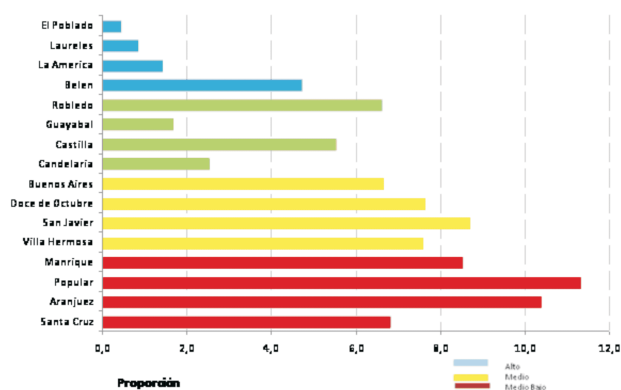
Para 2007, los 8 556 embarazos registrados correspondieron al 26,7 % del total de embarazos del municipio, superando la proporción de embarazos adolescentes registrados durante 2006 que correspondieron al 26,14 %.

**Gráfico 2. Numero de casos de embarazo adolescente, Medellín 2003-2007**



Fuente: Secretaría de Salud Medellín.

**Gráfico 3. Embarazo en adolescentes, según Índice de Desarrollo Humano, Medellín año 2006**



Fuente: Secretaría de Salud Medellín.

**Causas identificadas a nivel municipal**

- Limitada oferta y acceso a servicios de salud con orientación y suministros de anticonceptivos para adolescentes.
- Poco conocimiento de los derechos y deberes en SSR de los adolescentes por parte de los profesionales de la salud.
- La escuela no capacita adecuadamente en SSR, para la prevención.
- Barreras culturales que no permiten el uso de anticonceptivos.

**Acciones de la política en el Municipio**

Promoción de la SSR de los adolescentes mediante estrategias de información educación y comunicación (IEC). Dentro de las acciones propuestas en el Plan territorial de salud se encuentra la de implementar programas de IEC de los métodos de anticoncepción, y de los derechos y deberes en SSR. Debido a las características específicas de este grupo poblacional, el municipio involucra a los adolescentes en la construcción y diseño de las estrategias. Algunas acciones tenidas en cuenta son:

- Acciones de autocuidado centradas en la doble protección.
- Métodos anticonceptivos modernos, acorde con sus necesidades.
- Consejería para que se apropien de la posibilidad de retardar la edad de inicio de las relaciones genitales, la frecuencia con que éstas se tienen, y la edad de la concepción.
- Proyecto de vida donde el autocuidado y la autoestima forman un papel importante.
- Cuestionamiento de los modelos sociales y culturales que posicionan el embarazo precoz como una forma de ganar status o reconocimiento social o afectivo.
- Rechazo de la violencia sexual y doméstica (física y psicológica) como modelo de relación afectiva o de resolución de conflictos.

*Coordinación intersectorial e interinstitucional.* Para el desarrollo de esta estrategia se plantea en la Alianza por la salud y la vida el indicador de reducción de la proporción de embarazo en adolescentes, y se plantea a las instituciones la necesidad de implementar servicios de salud amigables para jóvenes y adolescentes, en la que estos participen de su construcción con una posibilidad de horario que facilite su utilización. Con el sector educativo promover a tra-

vés de la Secretaría de Educación la inclusión del tema SSR en los Planes Educativos Institucionales y el apoyo a programas y proyectos escolares relacionados con la promoción de una vida sana.

### **Fortalecimiento de la gestión institucional**

- El fortalecimiento de la gestión institucional en cuanto a la SSR de los adolescentes está dirigido a la reorientación de los servicios para que realmente sean útiles a este grupo poblacional.
- La ciudad le apuesta a un servicio que ofrezca una oportunidad y acceso real de los servicios a los adolescentes: profesionales y personal de la salud debidamente entrenado en el tema, disponibilidad de una amplia gama de servicios y participación juvenil, social y comunitaria en su construcción y operativización. De igual manera motiva a las instituciones prestadoras de servicios a que dispongan de métodos de anticoncepción de emergencia y suministrarlos cuando existan indicaciones para su formulación, y realizar acciones de canalización hacia los servicios de SSR. Actualmente el municipio cuenta con 11 centros diseñados bajo estos principios.
- El proyecto Sol y Luna iniciado en noviembre de 2006 con el objeto de contribuir a la prevención del embarazo adolescente priorizado en las comunas 1,2,3 y 4.

## **3. Cáncer de cuello uterino**

### **Descripción del evento**

Es un cáncer que comienza en el cuello uterino, la parte inferior del útero y continúa en la parte superior de la vagina, cuyo origen se le atribuye al virus del papiloma humano (PVH) adquirido por transmisión sexual. A nivel mundial, es el tercer tipo de cáncer más común en las mujeres y es mucho menos común en los países con uso habitual de citología vaginal para la detección precoz del mismo.

Por las características que tiene la enfermedad, que permiten su detección oportuna y su forma de transmisión por vía sexual, las acciones para su intervención deben dirigirse a la promoción de factores protectores y a la reducción de factores de riesgo, el fomento del autocuidado mediante la realización de citología cervico vaginal (CCV) desde el inicio de la vida sexual, la detección temprana de este tipo de cáncer en servicios de salud mediante CCV en condiciones de calidad, la continuidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento y el estricto seguimiento al mismo (3) (cuadro 3).

### **Meta**

La meta propuesta en el Plan Territorial de Salud para el Municipio de Medellín es reducir la mortalidad de cáncer de cuello de 6,9 a 5,9 por cien mil mujeres.

### **Situación de salud**

La Secretaría de Salud de Medellín y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de campañas informan de manera permanente acerca de la importancia de la citología como mecanismo para la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

La mortalidad por cáncer de cuello uterino ha tenido un comportamiento fluctuante entre 1999 al 2007. El mayor número de muertes por esta causa se presentó durante el 2004 y el 2005 con 8,5 defunciones por 100 000 mujeres, respectivamente. En el año 2006 se logró impactar la mortalidad por esta causa con una disminución del 54 % en el número de defunciones con respecto el año anterior. Sin embargo, en el año 2007 el número de defunciones se incrementó levemente, representando una tasa de 5,1 por 100 000 mujeres (5) (gráfico 4).

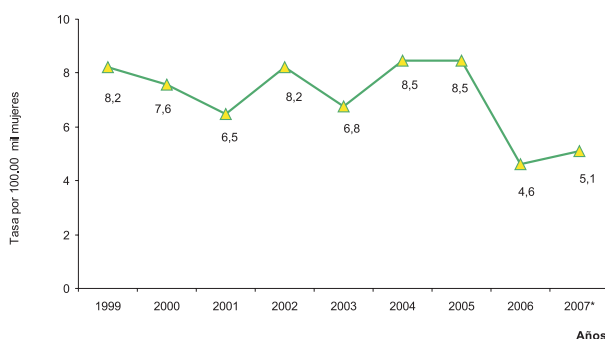
La mujeres entre los 45 a 49 años y los 50 a 54 años aportaron el mayor número de muertes, representando el 17,3 % de las defunciones por

Cuadro 3. Conocimiento y frecuencia de la citología en Colombia, Bogotá, Cali y Medellín, 1990-2005

Área metropolitana	Conoce la citología		Ha tenido una sola		Frecuencia en el 2005		
	1990	2005	1990	2005	Una vez año	Cada 2 años	Rara vez
Bogotá	77,2	99,3	18,1	9,9	54,3	5,6	17,7
Cali	78,0	99,6	14,5	10,8	50,4	3,4	24,6
Medellín	80,4	99,7	23,3	10,1	46,7	4,0	27,6
Colombia	65,9	98,5	20,6	13,1	47,5	4,2	21,6

Fuente: Encuesta Nacional Demografía y Salud, 2005

Gráfico 4. Comportamiento de la mortalidad por cáncer de cuello uterino 1999 a 2007. Municipio de Medellín 2006

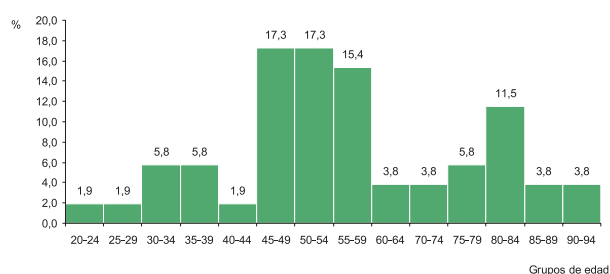


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

esta causa respectivamente, seguidas de las mujeres entre los 55 a 59 años con el 15,4 % de las defunciones. Se presentaron dos muertes por esta causa en mujeres menores de 25 años representado el 1,9 % de las defunciones. Igualmente se presentaron defunciones en mujeres mayores de 70 años (gráfico 5).

La mortalidad por cáncer de cuello uterino prevaleció en las mujeres pertenecientes al régimen subsidiado, aportando el 53,8 % de las defunciones, seguido del régimen contributivo con 31,7 %. Algunos estudios han demostrado que la baja cobertura de citología, la demora

Gráfico 5. Proporción de mortalidad por cáncer de cuello uterino según grupos de edad. Municipio de Medellín, 2006



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

para consultar ante los primeros síntomas y los estados avanzados de la enfermedad se presentan más en las mujeres más pobres. En el contexto del actual sistema de salud no existe una continuidad en la atención y los pacientes deben continuar sus controles en sitios diferentes de la atención inicial de la enfermedad. Esto dificulta evaluar la efectividad de los tratamientos administrados, conocer la supervivencia y saber el efecto que se logra con la modificación de los esquemas terapéuticos. Es importante conocer los costos generados por la atención y conocer si realmente las aseguradoras están ofreciendo los beneficios dentro de la realidad del país (5).



### **Causas identificadas a nivel municipal**

- Desconocimiento de la importancia de la citología como método de detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Barreras culturales frente a la tamización.
- Barreras de acceso en los servicios de salud para la toma de citología.
- Barreras frente a servicios de consulta y tratamiento especializado de casos.

### **Acciones de la política en el Municipio**

*Promoción de la SSR mediante estrategias de IEC.* La Secretaría de Salud a través del Programa salud familiar y comunitaria identifica las usuarias potenciales del servicio y las remite a las instituciones según su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta consejería la realizan teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Promoción del autocuidado.
- Inducción a la demanda de la CCV como principal medio diagnóstico para la detección del cáncer de cuello uterino.
- Información sobre factores protectores.

### **Coordinación intersectorial e interinstitucional**

A través de la Alianza por la Salud y la Vida se propone dinamizar la interacción entre las instituciones para el tratamiento oportuno, el libre acceso a servicios de toma de citología sin pasar por consulta médica; la calidad de los procedimientos diagnósticos y verificar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cada caso. De igual manera con los medios de comunicación, para posicionar en la comunidad la citología periódica como medio diagnóstico eficaz para la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

### **Fortalecimiento y gestión institucional**

La Secretaría de Salud fortalece el sistema de información con el fin de obtener datos confiables y oportunos que den cuenta de la situación real en el municipio y permita focalizar las intervenciones con el fin de obtener un impacto positivo en la situación registrada.

## **4. Enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH SIDA y sífilis congénita**

### **Descripción del evento**

La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE 10), las denomina como infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual e incluye en este grupo la sífilis congénita, precoz y tardía, la infección gonocócica, el linfogranuloma venéreo, el chancro blando, el granuloma inguinal, infección por herpes simple, la tricomoniasis y las ETS no especificadas (7).

La sífilis congénita se define como la infección por sífilis transmitida de la madre al feto durante la gestación ya sea por vía hematogénotransplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Para el sistema de vigilancia epidemiológica, además de la definición anterior, se tiene en cuenta el siguiente criterio: todo caso feto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, independientemente que el recién nacido presente o no signos de enfermedad y del resultado de las pruebas no treponémicas en éste (8).

### **Metas**

- Reducir la prevalencia de sífilis congénita de 3,7 por mil nacidos vivos a 0,5 casos por 1 000 nacidos vivos.
- Mantener la prevalencia de VIH para Medellín por debajo de 1 %.

- Reducir la incidencia de transmisión perinatal VIH de 0,03 a 0,0 por cien mil nacidos vivos.

## **Situación de salud**

### ***Situación de salud de la sífilis congénita en Medellín***

La sífilis congénita es un evento trazador de la calidad y cobertura de los servicios de salud. Un solo caso representa una falla en los programas de promoción y prevención y específicamente en el programa de control prenatal sin desconocer los factores culturales y del acceso que contribuyen a su persistencia. Para el Municipio la intervención de esta problemática es una deuda ética que invita a los sectores involucrados a tener cero tolerancia ante la presencia de casos.

En el año 2004 se presentó un incremento del 60 % en el número de casos respecto al año 2003 con una tasa de 4 por cada 1 000 nacidos vivos. Este incremento podría explicarse por el fortalecimiento de la búsqueda activa institucional, las actividades de vigilancia epidemiológica relacionadas con la enfermedad y la redefinición de caso, entre otros. Para el año 2005, se presentó una leve disminución de la tasa con 3,8 casos por 1 000 nacidos vivos. Sin embargo el número de casos para el año 2006 se incrementó respecto a la línea de base en un 85 %, alcanzando una tasa de 4,3 por 1 000 nacidos vivos para luego descender a una tasa de 3,7 por 1 000 nacidos vivos en el 2007 (gráfico 6).

### ***Situación de salud del VIH SIDA en Medellín***

El comportamiento de la infección en la ciudad es similar al panorama mundial y departamental, en donde la tendencia evidencia el aumento de casos, y aunque en algunos años se presentó un menor número, esto puede corresponder más a una disminución en la

búsqueda y detección de nuevos casos que a un verdadero descenso en la presentación de la infección. En los últimos nueve años las tasas oscilan entre 14,6 y 24 por cien mil habitantes, siendo el 2005 el año con la mayor tasa registrada. Durante los últimos 8 años las tasas municipales superan las departamentales (5) (gráfico 7).

El predominio de la infección sigue siendo masculino; sin embargo, se observa que este comportamiento se está modificando y los casos en mujeres cada vez son más frecuentes, pasando de una relación de 7:1 en 1999 a 5:1 en el año 2006 (gráfico 8).

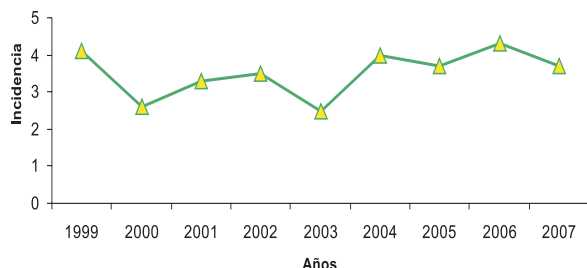
El incremento de los casos en mujeres aumenta el riesgo de transmisión perinatal del VIH, por lo cual se deberá motivar en la embarazada, y en mujeres en consultas pre concepcional, la toma de la prueba para VIH; en caso de un resultado positivo ofrecerles tratamiento médico, intervención en el parto y fórmula láctea, con lo cual se espera disminuir el riesgo de transmisión a menos del 2 % (5).

### ***Causas identificadas a nivel municipal***

A nivel territorial se han identificado los siguientes comportamientos como causas de la situación del VIH/SIDA, sífilis congénita y otras ETS:

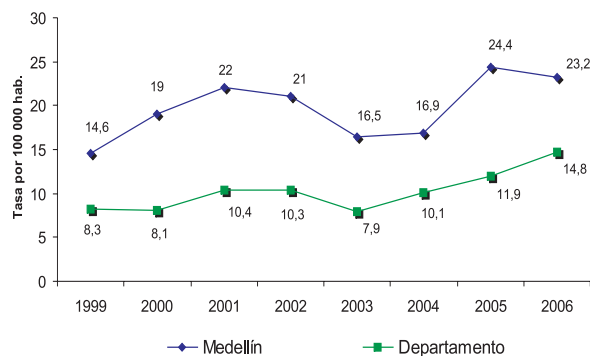
- Prácticas de salud sexual, sin protección debida que hacen posible la transmisión indiscriminada de ITS.
- Falta de búsqueda activa de casos para ingreso a programas.
- Falta de concientización para realizar prueba en población de riesgo.
- Acceso tardío al programa de control prenatal o no acceso a este programa.
- Deficiencias en el conocimiento y la aplicación de las guías.
- Falta de compromiso de los compañeros sexuales para los protocolos de tratamientos.

**Gráfico 6. Incidencia de la sífilis congénita en Medellín, 1999 a 2007**



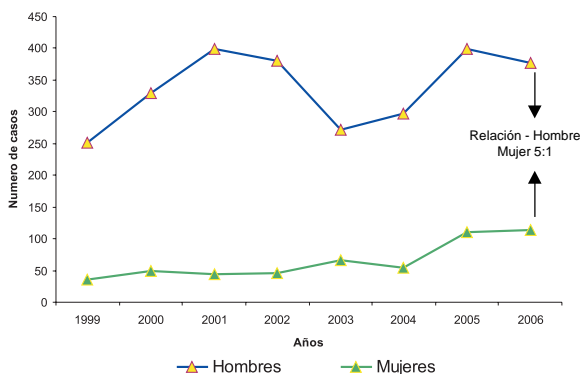
Fuente: Secretaría de Salud

**Gráfico 7. Comportamiento de la incidencia por VIH SIDA. Municipio de Medellín, Departamento de Antioquia. 1999 - 2007**



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

**Gráfico 8. Distribución de los casos según sexo. Medellín, 1999 - 2006**



- Mitos y tabúes frente a la consulta para la curación.
- Tratamiento empírico de ITS por personal no calificado.

**Acciones de la política en el Municipio**

Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva mediante estrategias de IEC. En el Municipio se desarrolla la estrategia información, educación y comunicación a través del programa Salud familiar y comunitaria, en los consultorios de los servicios amigables para jóvenes y adolescentes, a través de los canales de la Alcaldía (correos masivos, publi-hold) y programas institucionales a través de los cuales se busca:

- Desestimular la práctica sexual sin protección.
- Incrementar la cultura de la prevención.
- Empoderar a hombres y mujeres para que utilicen el condón como herramienta de comprobada eficacia para la protección contra las ITS incluido el VIH. En este caso debe trabajarse en el contexto de la responsabilidad y la escogencia de un proyecto de vida con el que cada quien se sienta satisfecho.
- Posicionar el diálogo, el respeto, la honestidad, la solidaridad y la responsabilidad, entre otros valores, en el contexto de la construcción de un proyecto de vida autónomo, como factores que podrían proteger contra las ITS y el VIH/SIDA.
- Promoción para la adecuada utilización de 83 dispensadores de condones con suministro de 362 000 unidades, protegiendo al mismo número de parejas y mas de 41 000 unidades entregadas personalmente a través de los servicios de salud amigables para jóvenes y adolescentes.

**Coordinación intersectorial e interinstitucional**

Por medio de la Alianza por la Salud y la Vida se proponen controles prenatales de calidad

que garanticen la detección y tratamiento oportuno de la gestante y su compañero sexual; a través del proyecto de vigilancia epidemiológica, el seguimiento telefónico a la gestante con serología positiva para sífilis y en las instituciones educativas a través de la estrategia Escuelas y colegios saludables, el fomento de los estilos de vida saludables.

*Fortalecimiento y gestión institucional.* Se realizan auditorias a las instituciones prestadoras de servicio para verificar la administración de vacuna antihepatitis B al recién nacido antes del egreso hospitalario. Inclusión en el Plan Territorial de Salud de acciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH y el compromiso a nivel municipal para la reducción de la prevalencia por sífilis congénita a menos de 1 caso por mil nacidos vivos y la incidencia a 0,5 por cada mil nacidos vivos.

*Desarrollo de investigación.* A través del proyecto Maternidad segura se realiza seguimiento individual de los casos, con análisis de la historia clínica (independientemente del número de instituciones donde se haya realizado el control prenatal) con el fin de determinar la clasificación final de los casos y proponer los planes de mejoramiento a la red prestadora del servicio y demás actores comprometidos con la atención.

## **5. Violencia doméstica y sexual**

### **Descripción del evento**

Es un grave problema de salud que en gran medida se constituye en la manifestación de la violencia de género, partiendo del hecho que la mayoría de víctimas son mujeres. Un solo acto de violencia puede afectar a quien lo sufre durante el resto de su vida y constituye una violación grave a varios derechos humanos fundamentales (3).

La violencia doméstica puede ser física o moral. La violencia moral, como las amenazas, es sinónimo de coacción; es la fuerza moral que ha actuado sobre la voluntad del sujeto y obliga a éste a resolver entre dos posibles, privándole de la libertad de optar. Y la física, hace referencia a los golpes, empujones, a colocarle las manos sobre el cuerpo del sujeto para impedirle el movimiento, maniatarlo, etc.

La violencia sexual física o moral es el empleo de la fuerza o amenazas graves mediante la cual se domina a la víctima con el fin de realizar el acceso carnal o acto sexual con ella (9).

### **Metas**

- Garantizar la atención integral a las víctimas de violencia doméstica y sexual, con sistemas adecuados de asesoría y referencia.
- Implementar y fortalecer en el municipio un observatorio de la violencia "para la convivencia" como mecanismo de vigilancia en salud pública de este evento.

### **Situación de salud**

Las cifras de violencia doméstica y sexual hacen evidente el agravamiento de la situación de los derechos humanos de las mujeres. Su incidencia es difícil de medir por el subregistro generado por el silencio de las víctimas y la dificultad para organizar la información debido a la complejidad y multiplicidad de las fuentes.

Según la Encuesta de Demografía y Salud, en Medellín y el área metropolitana, para 2005, el 93 % de mujeres alguna vez unidas experimentaron violencia por parte del compañero, proporción que supera la registrada a nivel nacional y departamental en donde este tipo de violencia alcanzó el 85 % y 94 %, respectivamente. El 41 % de estas mujeres fueron agredidas físicamente por su compañero incluyendo la violación, y un 8 % fueron violadas por otra persona diferente al cónyuge (cuadro 4).

**Cuadro 4. Porcentaje de mujeres alguna vez unidas experimentaron violencia por parte del compañero. Municipio de Medellín, 2005**

Indicadores	Colombia	Antioquia	Medellín y Área Metropolitana
Violencia verbal	26	24	26
Violencia psicológica	33	32	34
Violencia física (incluye violación)	39	38	41
Violencia física resultó en violencia física o psicológica	85	94	96
Otra persona diferente al cónyuge la ha violado	6	8	8

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2005.

**Cuadro 5. Tasa de dictámenes sexológicos por municipio y departamento de Antioquia, 2005-2006**

Municipio	Casos		Tasa	
	2005	2006	2005	2006
Antioquia	2113	2319	37	40
Medellín	956	1042	43	46
Bello	132	122	35	32
Envigado	62	73	35	41
Itagüí	94	33	41	14
La Estrella	5	4	9	7

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2006

Medellín es la ciudad del Valle de Aburrá con las tasas más altas de dictámenes sexológicos. Según la publicación realizada en *Forensis 2006* la tasa de dictámenes pasó de 43 a 46 por cien mil mujeres, superando la tasa departamental que para este mismo período pasó de 37 a 40 por cien mil mujeres. El municipio que registró las tasas más bajas de la región fue La Estrella, que durante 2006 reportó 7 casos por cien mil mujeres (cuadro 5).

### **Acciones de la política en el Municipio**

*Promoción de la SSR mediante estrategias de IEC.* La Secretaría de Salud a través del proyecto Escuelas y colegios saludables, el proyec-

to Salud familiar y comunitaria y los 11 puestos de servicios de salud amigables para jóvenes y adolescentes en salud sexual y reproductiva, orienta a los niños, adolescentes y población general para que asuman actitudes claras de rechazo a la violencia como forma de relación o de resolución de conflictos.

Estas estrategias de IEC se fortalecen en la campaña liderada por la Alcaldía contra las diferentes formas de violencia que busca motivar la denuncia de los casos e invita a los hombres a participar de la prevención de la misma.

### **Coordinación intersectorial e interinstitucional**

- Red PAVIS, comité intersectorial en el cual participan la secretarías de Salud Bienestar Social, Educación, Cultura Ciudadana y de la mujer; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fiscalía, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Unidades de Renovación Social "UNIRES", a través de la atención psicológica en todas las escuelas públicas sobre la prevención familiar en drogadicción y violencia.
- Donación a las IPS por parte del Proyecto Colombia de Ped Kit, que contienen pruebas rápidas de VIH, medicamentos antiretrovirales para profilaxis, y anticoncepción de emergencia con el fin de apoyar el manejo de las víctimas.
- Contratación con la "Fundación Lucerito" para la Atención terapéutica especializada a niñas y niños de 0 a 14 años y su grupo familiar expuestos a abuso sexual.

### Referencias

1. Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Nueva York: Naciones Unidas; 1996.
2. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.
3. Ministerio de Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2003.
4. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano -CLAP- Universidad de Antioquia. Informe final de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Medellín; 2007.
5. Secretaría de Salud de Medellín. Diagnostico de la situación de salud, 2007 Secretaria de Salud de Medellín, Ascodes. Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín 2006 -Línea de Base-. [Fecha de acceso 2 de mayo de 2008]. URL disponible en: [http://www.medellin.gov.co/salud/descargables/13Linea\\_de\\_Base\\_Final\\_agosto\\_8\\_2007.pdf](http://www.medellin.gov.co/salud/descargables/13Linea_de_Base_Final_agosto_8_2007.pdf)
6. Onusida. Campaña mundial contra el SIDA 2002 - 2003. Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Ginebra: Onusida; 2002.
7. Instituto Nacional de Salud. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Sífilis Congénita, Bogotá; 2007.
8. Instituto Popular de Capacitación. Entre la adversidad y la persistencia: derechos humanos en Medellín - 2006. Medellín: Instituto Popular de Capacitación; 2007.
9. OPS/OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima edición. Ginebra, 2003
10. Instituto Popular de Capacitación. Op cit
11. Restrepo Sánchez L. Breviario de definiciones relacionadas con los delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales. [Fecha de acceso 2 de mayo de 2008]. URL disponible en: <http://usuarios.lycos.es/doliresa/index-20.html>
12. Secretaría de Salud. Situación de Salud en Medellín. Indicadores básicos 2005. Medellín; 2006.



# Artículo de reflexión no derivado de investigación

## La utopía de los discursos y la salud de colectividades

Utopia of speeches and the communities health

Jorge Julián Osorio Gómez<sup>1</sup>

Forma de citar: Osorio JJ. La utopía de los discursos y la salud de colectividades. Rev Salud Pública de Medellín 2008;3(1):103-107.

### Introducción

Esta reflexión académica se concentra en analizar la fundamentación y estructuración de los pensamientos transmitidos a las futuras generaciones desde los espacios del conocimiento, los cuales tienen una connotación ideológica y una marcada construcción social, que no necesariamente responden a planteamientos académicos, sino a la expresión de fuerzas sociales dominantes en el entorno. Pretendo plasmar unas bases de entendimiento sobre conceptos ambivalentes o complementarios con los que trabajamos en la actualidad. Para ello parto de la definición sobre lo que podríamos entender como discurso: en lingüística y en las ciencias sociales y cognitivas es una forma de lenguaje escrito (texto) o hablado (conversación en su contexto social, político o cultural), es la expresión de una construcción colectiva que se va forjando a través del tiempo, es constructora de culturas, de modos de actuar en la sociedad y puede ser transmitido por lenguaje formal o informal. En la antropología y la etnografía se habla también de *evento de comunicación*, en la filosofía, por ejemplo con Foucault, un discurso es más bien un sistema de discursos, un sistema social de pensamiento o de ideas.

Durante mi vida académica me he encontrado con docentes, académicos, amigos, y conmigo mismo, quienes plasmamos unos discursos extraordinarios, pero que al momento de estructurarlos se cae en un vacío de ubi-

<sup>1</sup> Magíster en Salud Pública. Grupo Observatorio de la Salud Pública. Decano Facultad de Medicina CES. E-mail: josorio@ces.edu.co



cación y coherencia y se termina haciendo el discurso como un fin, sin profundizar en las implicaciones fácticas del quehacer cotidiano. En el área de la salud es común escuchar discursos sobre igualdad, solidaridad, participación, equidad, pero en la realidad su viabilidad se ve escasamente reflejada. Hoy en día, asistimos a una reaparición de viejos conceptos, pero renovados en su discusión: la salud, lo público, lo ciudadano, la protección; los cuales implican una nueva mirada hacia la estructuración de "modelos" sociales, y con ello hacia la confrontación de algunas ideas que esbozo a continuación:

### **El discurso de la salud**

Hemos enfocado durante mucho tiempo el discurso de la salud hacia lo que afecta el organismo, la hemos reducido a explicaciones físicas, la hemos excluido de las explicaciones sociales, la hemos marginado de las explicaciones hermenéuticas del discurso y llevado a una estructuración de valores sociales que califican de exitosas unas acciones de salud y no exitosas a otras, ésto ha llevado a una gradación de acciones donde se prioriza lo biológico sobre lo cultural y comunicativo en salud.

No todo "lo de salud" es potestad del personal de salud: cuando entendamos que la salud es interacción y comunicación, lograremos crear alternativas de solución que trasciendan las respuestas actuales de hospitales, médicos, quirófanos, etc... y encontraremos soluciones creativas a problemas ya existentes, partiendo de las percepciones sociales e interactuando con los colectivos que es el lugar donde se gesta el bienestar.

La salud es imaginario colectivo, es construcción social amparada en la percepción construida, es la estructuración de valores en el quehacer sistémico, es desarrollo del discurso

y del quehacer; no podemos continuar planteándola desde una variable dependiente, sino desde la resultante de múltiples variables que se interaccionan en nuestro diario vivir. La salud es comunicación, interacción, entendimiento, acción de los paradigmas de la cotidianidad.

Los actores de la salud nos hemos especializado en la forma como abordamos la misma: algunos la explican desde una perspectiva tubular donde todo parte desde lo orgánico o desde la interacción molecular, otros la enfocan desde los condicionantes sociales, otros desde la interacción mental; lo cierto es que en todos hay alguna parte de razón en su explicación, pero todos fallamos en el efecto a desarrollar bienestar desde la satisfacción de unas necesidades como fundamento de un desarrollo desde lo social. Si la miramos desde esta perspectiva, veremos que la salud es un factor clave en toda sociedad, que es parte constitutiva de su tejido y que todos los sectores son responsables de la construcción de la misma a través de un interactuar sistemático que va mediado por la construcción de un lenguaje: el de la calidad de vida: Por lo tanto, un profesional de la salud debería profundizar más en el lenguaje explicativo de las enfermedades para comprender así las explicaciones de su diario quehacer.

### **El discurso de la salud pública**

La salud pública no puede centrarse en lo que hace el "sector oficial" o "los del sector público". Este discurso ha permeado la sociedad y ha ubicado el concepto en un pedestal burocrático donde se valora lo público sobre lo social y se termina por el establecimiento de una cadena de decisiones donde existe un norte y una forma que sólo puede seguirse desde las pautas de lo normativo. Este error nos ha llevado a la creación de programas verticales, a la ejecución de campañas sólo desde el sector

público, al establecimiento de "hospitales públicos" bajo la concepción de calidad, a la exclusión de la sociedad civil como partícipe de la construcción colectiva de decisiones que atañen al ciudadano. La salud pública ubicada desde esta perspectiva puede llevarnos al error de construcción de escenarios de solución que sólo partan desde la perspectiva oficial, ignorando el gran valor de las redes sociales y de las soluciones concertadas, que tienen tanta importancia en la sociedad postmoderna en que vivimos.

La salud pública no es lo que hacen los salubristas, este concepto nos ha llevado a profesionalizar decisiones sencillas y a descalificar iniciativas puntuales bajo el ámbito de una solución que sólo parte desde el conocimiento academicista, con patrones preestablecidos de solución y con recetas locales o importadas que se aplican a toda realidad. La salud pública es la acción que se construye desde todos los actores sociales para la construcción de sociedades más equitativas y justas, es el planteamiento de equidad desde lo social donde se logren prevenir, mitigar y superar los riesgos propios de la sociedad, es la construcción de ciudadanía desde el objeto de derecho, no desde el sujeto de los mismos; por lo tanto la salud pública es una utopía en construcción y como tal tiene su valor intrínseco porque nos ayuda a la construcción de caminos, de formas de acción, de pensamientos colectivos que se agrupan en función de imaginarios contruidos en una realidad que es la vida misma.

La salud pública es más que un ejercicio burocrático, trasciende los perfiles de un cargo y la posición en una administración, lleva hacia la estructuración de una modulación social donde la gente confíe, siga ideas y realice la proyección de escenarios futuros, pero no nos podemos quedar sólo en los planteamientos anteriores: una verdadera salud pública debe

ser interdisciplinaria, debe contar con la fundamentación científica, no ideológica, y debe analizar muy bien las raíces sociales de los conceptos de la salud. .

## **El discurso de la igualdad y la discriminación**

Todos los días nos encontramos con los pregoneros de la igualdad como objetivo último alcanzable, sin importar los medios que se utilicen, creo sinceramente que esta es una utopía, creo que en salud somos constructores de **equidad**, entendida como redistribución para que todo ser humano tenga una calidad de vida adecuada. Sobre este planteamiento deberíamos centrar nuestro quehacer, lograr que toda persona tenga lo suficiente para que su existencia sea agradable, para que disfrute su permanencia terrenal, para que construya felicidad, para que no sea sujeto de discriminación, sólo bajo este planteamiento construiremos "modelos" de seguridad social, de protección social más justos y centrados en salud.

Si la igualdad existiese, los pregoneros de ella deberían tener una coherencia tal que sus discursos estuviesen plasmados en los hechos cotidianos y vemos que no es así, sencillamente porque ésta es una utopía que sólo se alcanza en el discurso, porque en la realidad no tiene expresión, sino comprensión, porque en la vida diaria su comprensión es la equidad misma del día-día, visto esto, en las relaciones que se generan entre todos los actores sociales que no son igualitarias sino equitativas.

## **El discurso de la protección**

Una forma remozada de evolución de la salud pública se nos presenta con la protección social, en donde se plantean la construcción de

redes, el manejo social de los riesgos, la gestión de la vulnerabilidad y la gerencia social como elementos importantes en la construcción de salud.

Sus orígenes se remontan a la crisis de finales de los años noventa, cuando se presentó una gran vulnerabilidad regional a los ciclos económicos e insuficiencia de los mecanismos tradicionales de protección de las familias, con programas financiados que se gestaron separadamente en diferentes instancias del gobierno, instituciones y organismos multilaterales, con buen financiamiento, pero con poco impacto, y al final se llega a la conclusión "trascendental" de que la mayor problemática es la pobreza, el desempleo y el incremento de la desigualdad, no la financiación ni los programas. Por lo que las familias pobres, que son las más vulnerables, se ven forzadas a retirar sus hijos de la escuela y a reducir el consumo de alimentos, lo que afecta la salud y el desarrollo.

Las soluciones propuestas, partiendo de modelos de prestación de servicios tradicionales o de seguridad social, fueron insuficientes para enfrentar los riesgos derivados de una mayor exposición a varios tipos de choques externos. Entonces se buscó una solución lógica a una problemática ilógica: redes de protección social funcionando como un mecanismo de articulación y ejecución de diversos programas, buscando reducir la vulnerabilidad de las familias ante las crisis, ejemplo: programas de generación de empleo, programas de capacitación, programas de subsidios condicionados, familias en acción, familias guardabosques, etc...

La protección social busca las soluciones desde el riesgo mismo a través de mecanismos de articulación social y con una gerencia que se enfoque hacia la construcción colectiva de soluciones, pero creo que este "modelo" desesti-

ma la seguridad social como solución única, ya que parte de un modelo de mercado en función de un contrato laboral, y busca la articulación de los programas de seguridad social y asistencia pública en función de la pobreza, lo cual es una nueva forma de ver las soluciones que podría dinamizar la clásica salud pública de determinantes y de programas.

La protección social viene marchando tímidamente en nuestro país: el Ministerio es de Protección Social, y aunque persisten discursos asistencialistas de seguridad social, se vienen construyendo redes para la superación de la pobreza, se desarrollan subsidios condicionados como familias en acción, familias guardabosques, programas de alimentación, etc, pero los intentos no han generado las soluciones, no se ha construido una coherencia de pensamiento en función de las soluciones.

Debemos entonces superar la baja proporción de la población cubierta con los programas, avanzar hacia una red integrada de cobertura de todos los riesgos sociales a través de una variada gama de organizaciones que atienden riesgos sociales y articulen los programas existentes de una manera permanente, este es el reto que nos depara la realidad y que la academia debe construir.

### Lecturas recomendadas

1. OPS, OMS. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo. Resolución CSP26.R1. Washington, 2002. [Fecha de acceso 8 de abril de 2008]. URL disponible en: <http://www.ops-oms.org/spanish/gov/csp/csp26.r19-s.pdf>
2. Holzmann R, Jorgensen S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la pro-

- tección social y mas allá. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2003;21(1):73-106.
3. OPS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. [Fecha de acceso 8 de abril de 2008]. URL disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
  4. Toussaint E. CNUCED: de la esperanza del nuevo orden económico internacional al repliegue en el contexto de la crisis de la deuda y de la ofensiva neoliberal. [Fecha de acceso 8 de abril de 2008]. URL disponible en: [http://www.cadtm.org/imprimer.php3?id\\_article=808](http://www.cadtm.org/imprimer.php3?id_article=808)
  5. Tejada de Rivero D. Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud 2003.8(2):3-7.
  6. República de Colombia. Decreto 205 de 2003 de 3 de Febrero, por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones. (Diario Oficial, número 45086, de 2003-02-03).
  7. República de Colombia. Ley 789 de 2002 de 27 de Diciembre, por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo. (Diario Oficial, número 45046, 2002-12-27).
  8. República de Colombia. Ley 790 de 2002 de 27 de Diciembre, por la cual se expiden disposiciones para adelantar el programa de renovación de la administración pública y se otorgan unas facultades extraordinarias al Presidente de la República. (Diario Oficial, número 45046, 2002-12-27).
  9. Rousseau JJ. Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres. [Fecha de acceso 8 de abril de 2008]. URL disponible en: <http://www.ucm.es/info/socvi/Aina/Discurso.pdf>
  10. Locke J. Carta sobre la tolerancia. Fecha de acceso 8 de abril de 2008]. URL disponible en: <http://www.hacer.org/pdf/Locke01.pdf>



## Información para los autores

---

La "Revista de Salud Pública de Medellín" publicará manuscritos inéditos discriminados bajo las siguientes denominaciones:

1. **Artículo de investigación científica y tecnológica:** documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de un proyecto de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: introducción, metodología, resultados y conclusiones.
2. **Artículo de reflexión:** presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.
3. **Artículo de revisión sistemática:** documento resultado de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias.
4. **Artículo corto:** documento breve que presenta resultados originales preliminares o parciales de una investigación científica o tecnológica, que por lo general requieren de una pronta difusión.
5. **Reporte de caso:** presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión comentada de la literatura sobre casos análogos.
6. **Revisión de tema:** documento resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular.
7. **Cartas al editor:** posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la revista, que a juicio del Comité Editorial constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.
8. **Editorial:** material escrito por el editor, un miembro del Comité Editorial o un investigador invitado sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.
9. **Traducción:** traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la revista.
10. **Revisión de la normatividad:** resumen, análisis y comentarios sobre la legislación municipal, departamental y nacional, que tengan relación con la Salud Pública.
11. **Documento de reflexión no derivado de investigación**
12. **Reseña bibliográfica:** revisión y comentarios sobre libros, revistas y otro tipo de material, relacionado con el campo de la Salud Pública

Esta revista acoge los "Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se presentan a la revistas biomédicas: redacción y edición de las publicaciones biomédicas" (actualizado a octubre de 2007 y disponible en: <http://www.icmje.org/>). A continuación se ofrecen instrucciones prácticas para elaborar el manuscrito.

**Envío del manuscrito:** los autores deben enviar sus manuscritos a la siguiente dirección electrónica: [secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co)

La Revista de Salud Pública de Medellín acusará recibo del manuscrito mediante correo electrónico. El autor puede solicitar información sobre el estado de su manuscrito a [secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co)

**Derechos de reproducción (copyright):** cada manuscrito se acompañará de una declaración en la que se especifique que los materiales son inéditos, que no han sido publicados anteriormente en formato impreso o electrónico y que no se presentarán a ningún otro medio antes de conocer la decisión de la revista. En todo caso, cualquier publicación anterior, sea en forma impresa o electrónica, deberá darse a conocer a la redacción por escrito. Los autores adjuntarán una declaración firmada indicando que, si el manuscrito se acepta para publicación, los derechos de reproducción son propiedad exclusiva de la Revista de Salud Pública de Medellín.

Se solicita a los autores que proporcionen la información completa acerca de cualquier beca o subvención recibida de una entidad comercial u otro grupo con intereses privados, u otro organismo, para costear el trabajo en que se basa el artículo.

Los autores tienen la responsabilidad de obtener los permisos necesarios para reproducir cual-

## Instrucciones de publicación

quier material protegido por derechos de reproducción. El manuscrito se acompañará de la carta original que otorgue ese permiso; en ella debe especificarse con exactitud el número del cuadro o figura o el texto exacto que se citará y cómo se usará, así como la referencia bibliográfica completa.

**Extensión y presentación:** el texto corrido del manuscrito, sin incluir cuadros, figuras y referencias, no excederá de alrededor de 20 páginas a doble espacio en Microsoft Word. Se deberán usar caracteres de estilo Times New Roman o Arial que midan 12 puntos. Todos los márgenes serán de 2,5 cm.

**Título y autores:** el título debe limitarse a 10 palabras, de ser posible. Debe describir el contenido de forma específica, clara y concisa. Hay que evitar los títulos y subtítulos demasiado generales y el uso de jerga y abreviaturas. Un buen título permite a los lectores identificar el tema fácilmente y ayuda a los centros de documentación a catalogar y clasificar el material. Es necesario que también se coloque el título del artículo en idioma inglés.

En hoja aparte deben ir el nombre y apellido de todos los autores (en el orden en que deseen aparecer), así como la institución donde trabaja cada uno, indicando el título académico más alto, además de su cargo y su afiliación a un grupo de investigación (si existiere). También se debe incluir el correo electrónico y los números de teléfono y de fax del autor encargado de responder a la correspondencia relativa al manuscrito. Asimismo, los agradecimientos deberán colocarse en hoja aparte.

Solo deben constar como autores quienes hayan participado directamente en la investigación o en la elaboración del manuscrito y puedan ha-

cerse públicamente responsables de su contenido. La inclusión de otras personas como autores, por amistad, reconocimiento u otras bases no científicas, constituye una falta de ética. Por estos motivos para cada artículo se pide un límite máximo de ocho autores individuales.

**Resumen:** para el caso de los tipos de publicaciones 1,2,3,4,5,6,9,10 descritos al principio de este documento, cada artículo se acompañará de un resumen estructurado de hasta 300 palabras dividido en las siguientes secciones: a) Objetivos, b) Métodos, c) Resultados y d) Conclusiones. En el resumen no se incluirá ninguna información o conclusión que no aparezca en el texto. Conviene redactarlo en tono impersonal, sin abreviaturas, remisiones al texto principal, notas al pie de página o referencias bibliográficas. El resumen permite a los lectores conocer el contenido del artículo y decidir si les interesa leer el texto completo. De hecho, es la única parte del artículo que se incluye, además del título, en los sistemas de diseminación de información bibliográfica, tales como Index Medicus.

Los autores deberán traducir sus resúmenes al inglés (abstract), con sus respectivas key words.

**Palabras claves:** a continuación del resumen agregue de 3 a 5 palabras claves. Utilice los términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) para las palabras en castellano y su respectiva traducción al inglés. Consultar en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

**Cuerpo del artículo:** los trabajos que exponen investigaciones o estudios por lo general se dividen en los siguientes apartados correspondientes al llamado "formato IMRYD": introducción, materiales y métodos, resultados y discusión. Los trabajos de actualización y revisión bibliográfica y los informes especiales suelen requerir otros títulos y subtítulos acordes con el contenido.

**Notas a pie de página:** estas aclaraciones en letra menor que aparecen enumeradas consecutivamente en la parte inferior de las páginas se

utilizarán para identificar la afiliación (institución y grupo de investigación) y dirección de los autores y algunas fuentes de información inéditas. También sirven para hacer aclaraciones y dar explicaciones marginales que interrumpen el flujo natural del texto, pero su uso debe limitarse a un mínimo.

**Referencias bibliográficas:** estas son esenciales para identificar las fuentes originales de los conceptos, métodos y técnicas a los que se hace referencia en el texto y que provienen de investigaciones, estudios y experiencias anteriores; apoyar los hechos y opiniones expresados por el autor, y proporcionar al lector interesado la información bibliográfica que necesita para consultar las fuentes primarias.

Para los artículos de investigación y revisión la Revista Salud Pública de Medellín, requiere un mínimo de 20 referencias bibliográficas pertinentes y actualizadas en el caso de un artículo científico. Los artículos de revisión tendrán un mayor número de fuentes.

En la Revista Salud Pública de Medellín se utiliza el "Estilo de Vancouver" para la citación de las referencias. La lista de referencias se numerará consecutivamente según el orden de aparición de las citas en el texto. La lista de referencias o la bibliografía se agregará en hojas separadas, al final del manuscrito, y se ajustará a las normas que se describen a continuación. Las referencias en el texto aparecerán como números entre paréntesis al finalizar la idea o texto que requiere el apoyo de la cita bibliográfica, antes del punto o de la coma, tal como se muestra aquí mismo (9). Para aquellas situaciones en donde se mencionan varias referencias deberá hacerse como se muestra en el siguiente ejemplo (13,35-38).

La citación de los artículos en la sección de la bibliografía debe hacerse de la siguiente forma:

**1. Artículos de revistas.** Es necesario proporcionar la siguiente información: autor(es), título del artículo (en su versión original sin tra-



ducir), título abreviado de la revista (tal como aparece en PubMed/Index Medicus) en que este se publica; año; volumen (en números arábigos), número y páginas inicial y final. Toda la información se presentará en el lenguaje original del trabajo citado. Los siguientes son ejemplos que ilustran el "estilo de Vancouver" para la elaboración y puntuación de citas bibliográficas.

**a. De autores individuales:**

Se darán los apellidos e iniciales de los primeros seis autores y, si son más, se añadirá la expresión "et al.". Los nombres de los autores deben ir en letras altas y bajas, no en letras mayúsculas (p. ej., escriba Ramos AG, no RAMOS AG). Ejemplos:

Kerschner H, Pegues JAM. Productive aging: a quality of life agenda. *J Am Diet Assoc* 1998;98(12):1445-1448.

Morán Moguel MC, Aceves Hernández D, Peña Montes de Oca PM, Gallegos Arreola MP, Flores Martínez SE, Montoya Fuentes H, et al. Detección de *Mycobacterium tuberculosis* mediante la reacción en cadena de la polimerasa en una población seleccionada del noroccidente de México. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;7(6):389-394.

**b. Que constan de varias partes:**

Lessa I. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. *Arq Bras Cardiol* 1985;44:255-260.

**c. De autor corporativo:**

Si consta de varios elementos, mencionar de mayor a menor. En revistas publicadas por organismos gubernamentales o internacionales, los trabajos sin autor se pueden atribuir al organismo responsable:

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ*. 1993;27(3):287-295.

Organisation Mondiale de la Santé, Groupe de Travail. Déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase. *Bull World Health Organ*. 1990;68(1):13-24.

**d. Artículo sin autor dentro de una sección regular de una revista:**

Organisation Mondiale de la Santé. Vers l'utilisation de nouveaux vaccins antipoliomyélitiques: memorandum d'une reunión de l'OMS. *Bull World Health Organ*. 1990;68(6):717-720.

**e. Tipos especiales de artículos y otras comunicaciones:**

Se indican entre corchetes.

García Hernández N. ¿Es el marcapaso VI aún vigente? [editorial]. *Arch Inst Cardiol Mex*. 1998;68(3):203-205.

**f. Suplemento de un volumen:**

Guerrero LB de. Vacunas experimentales contra la fiebre hemorrágica argentina. *Medicina*. (Buenos Aires) 1977;37 (supl 3):252-259.

**g. Suplemento de un número:**

Barreiro C. Situación de los servicios de genética médica en Argentina. *Brazil J. Genet*. 1997;20(1 supl):5-10.

**2. Libros y otras monografías:** se incluirán los apellidos e iniciales de todos los autores (o editores, compiladores, etc.) o el nombre completo de una entidad colectiva; título; número de la edición; lugar de publicación, entidad editorial y año. Cuando proceda, se agregarán los números del volumen y páginas consultadas, serie a que pertenece y número que le corresponde en la serie.

**a. De autores (o editores) individuales:**  
Pastor Jimeno JC. Anestesia en oftalmología. Barcelona: Ediciones Doyma; 1990.

**b. Cómo citar la edición:**  
Day RA. How to write and publish a scientific paper. 3.a ed. Phoenix, Arizona: Oryx Press; 1988.

**c. De autor corporativo que es también editor:**  
España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Planificación Sanitaria. Alcohol y juventud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.

**d. Cómo citar un capítulo:**  
Soler C, Tanislowski EC. Pruebas de laboratorio para detectar infección por VIH. En: Sepúlveda Amor J, Bronfman MN, Ruiz Palacios GM, Stanislowski EC, Valdespino JL, eds. SIDA, ciencia y sociedad en México. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1989. Pp. 103-117.

**e. Cómo indicar el número de volúmenes o citar uno en particular:**  
Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Publicación científica 524; 2 vol).

Organización Panamericana de la Salud. Vol II: Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Publicación científica 524).

**f. Cómo citar un volumen que tiene título propio:**  
Kessler RM, Freeman MP. Ischemic cerebrovascular disease. En: Partain CL, Price RR, Patton JA, eds. Magnetic resonante imaging. 2.a ed. Vol. 1: Clinical principles. Philadelphia: Saunders; 1988. Pp. 197-210.

Cowie AP, Mackin R. Volume 1: Verbs with prepositions and particles. En: Oxford dictionary of current idiomatic English. London: Oxford University Press; 1975.

**g. Actas publicadas de congresos, simposios, conferencias, etc:**  
Organización Panamericana de la Salud. Informes finales: 104.a y 105.a Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS; XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana; XLII Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Documento oficial 238).

**h. Informes y documentos completos sin autor:**  
Solo se darán detalles acerca de informes escritos que los lectores puedan solicitar y obtener. Es importante indicar el nombre exacto de la entidad colectiva responsable del documento, más su título completo, ciudad, año y número. De ser posible, se debe dar la fuente del documento. Ejemplo:

World Health Organization. Case management of acute respiratory infections in children in developing countries. Geneva; 1985. (WHO/RSD/85.15).

**3. Otros materiales publicados**  
Deben seguirse en general las indicaciones para citar un libro, especificando su procedencia (autores o entidad responsable), título, denominación común del material, sitio de elaboración o emisión y fecha.

**a. Artículos de prensa:**  
Sánchez Ron JM. La ciencia del envejecimiento [reseña]. El País 1998 10 de enero; sección "Babelia":15 (col. 1).

**b. Materiales en la Internet:**

**Artículos de revista**

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [publicación periódica en línea] 1995. Jan-

Mar [citada 1996 Jun 5]; 1(1):[24 pantallas].  
Hallado en: URL://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm

#### **Sitios en Internet**

Pritzker TJ. An early fragment from Central Nepal. [Sitio en Internet] Ingress Communications. Hallado en: <http://www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html> Acceso el 8 junio 1995.

#### **4. Fuentes inéditas y resúmenes (abstracts)**

No se consideran referencias apropiadas los resúmenes de artículos, los artículos que aún no han sido aceptados para publicación, y los trabajos o documentos inéditos que no son fácilmente accesibles al público. Se exceptúan los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación y aquellos documentos que, aun siendo inéditos, pueden encontrarse fácilmente. En esta categoría se encuentran las tesis y algunos documentos de trabajo de organismos internacionales.

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [tesis doctoral]. St. Louis (MO): Washington University; 1995.

Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. Estrategia global, metas y líneas de acción de la cooperación técnica sobre mujer, salud y desarrollo 1992-1993. Washington, D.C., febrero de 1991. (Documento fotocopiado).

#### **5. Trabajos presentados en conferencias, congresos, simposios, etc.**

Los trabajos inéditos que han sido presentados en conferencias deben citarse en notas al pie de página dentro del texto. Solo deben constar en las referencias si se han publicado en su totalidad (no solo el resumen) en las actas correspondientes u otras fuentes.

Harley NH. Comparing radon daughter dosimetric and risk models. En: Gammage RB,

Kaye SV, eds. Indoor air and human health: proceedings of the Seventh Life Sciences Symposium; 1984 Oct 29-31; Knoxville, Tennessee, Chelsea, Michigan: Lewis; 1985. Pp. 69-78.

World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care; 1978 Sept; Alma-Ata, Kazakstán, old U.S.S.R. Geneva: WHO; 1979.

#### **6. Comunicaciones personales**

Inclúyanse únicamente cuando aporten información esencial no obtenible de una fuente pública. Figuran en el texto entre paréntesis, sin nota a pie de página, de la manera siguiente:

"D. A. Ramírez (comunicación personal, 7 de abril de 1991) observó que . . ."

"Para el análisis de los datos se usó un modelo de regresión logística modificado (S. M. Pereira, comunicación personal, 1996)".

Obténgase de la fuente, sin excepción alguna, verificación por escrito de la exactitud de la comunicación.

**Cuadros:** los cuadros, cuyo propósito es agrupar valores en renglones y columnas fáciles de asimilar, deben presentarse en una forma comprensible para el lector. Deben poder explicarse por sí mismos y complementar —no duplicar— el texto. Los cuadros no deben contener demasiada información estadística porque resultan incomprensibles y confusos.

Cada cuadro debe colocarse en hoja aparte al final del manuscrito y estar identificado con un número correlativo. Tendrá un título breve pero completo, de manera que el lector pueda determinar sin dificultad lo que se tabuló; indicará, además, lugar, fecha y fuente de la información. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida y ser lo más breve posible; debe indicarse claramente la base de las medidas relativas (porcentajes, tasas, índices) cuando estas se utilizan. Se pone "NA" en las casillas correspondientes a datos que no son aplicables;

si falta información porque no se hicieron observaciones, deberán insertarse tres puntos suspensivos. Las llamadas a notas al pie del cuadro se harán mediante letras colocadas como exponentes <sup>a,b,c,etc.</sup>. Dentro de los cuadros, las llamadas deben colocarse en orden consecutivo de arriba a abajo y de izquierda a derecha.

**Figuras:** las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos lineales, mapas, fotografías, etc.) se deben utilizar para destacar tendencias y comparaciones de forma clara y exacta. Deben ser fáciles de comprender y agregar información, no duplicar la que ya se ha dado en el texto. Los títulos de las figuras serán tan concisos como sea posible, pero al mismo tiempo muy explícitos. No se pondrán notas a pie de figura, pero se identificará la fuente si se ha tomado de otra publicación y se obtendrá el permiso por escrito para reproducirla del dueño de los derechos de autor de la publicación original. Si hay espacio suficiente, la explicación de los gráficos o mapas quedará incluida dentro de la propia figura, pero si no es así, se incorporará al título de la figura. Los mapas y dibujos llevarán una escala en unidades del Sistema internacional (SI).

Las fotografías deberán tener gran nitidez y excelente contraste, e incluir antecedentes, escala, fuente de origen y fecha. Cada fotografía estará identificada en el reverso con un número e incluirá un título claro y breve. Esta información se deberá escribir en una etiqueta engomada en el dorso de la fotografía.

El exceso de cuadros, material gráfico o ambos resulta costoso, disminuye el efecto que se desea lograr y ocupa mucho espacio. Es preciso seleccionar estos materiales cuidadosamente y evitar, por ejemplo, dar la misma información en un cuadro y una figura. En general, se aceptan como máximo hasta 3 cuadros y 3 figuras.

**Abreviaturas y siglas:** se utilizarán lo menos posible. La primera vez que una abreviatura o sigla aparezca en el texto, hay que escribir el término completo al que se refiere, seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis, como en el

ejemplo, Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

**Unidades de medida:** se utilizarán las unidades del SI, que se basa en el sistema métrico decimal. De acuerdo con dicho sistema, los símbolos de las unidades no toman la terminación del plural (5 km y no 5 kms) ni van seguidos de punto (10 mL y no 10 mL.). En textos en castellano, los números decimales se expresarán mediante la coma decimal en vez del punto (ejemplo: 3,14). Las cifras deben agruparse en tríos, dispuestos a la derecha y a la izquierda de la coma decimal, y separados entre sí por un espacio simple. Las cifras con porcentaje se expresarán en su respectivo número, luego un espacio y luego el símbolo de porcentaje,

Forma correcta:

12 500 350 (doce millones quinientos mil trescientos cincuenta)

Formas incorrectas:

12,500,350 / 12.500.350 / 12´500.350

Forma correcta en los porcentajes:

58,8 %

Formas incorrectas:

58,8% / 58.8% /58.8 %

**Proceso de selección:** los manuscritos recibidos pasan por un proceso de selección mediante el sistema de arbitraje por expertos en las distintas materias. En una primera revisión, el equipo editorial de la Revista de Salud Pública de Medellín determina si el manuscrito cumple con los criterios generales descritos anteriormente.

En una segunda revisión se examinan el valor científico del documento y la utilidad de su publicación, la cual está a cargo de profesionales expertos en el tema, que revisan los manuscritos de forma independiente y desconociendo el nombre y la filiación de los autores. Cada manuscrito se somete a la revisión de expertos.

En una tercera revisión, basada en los criterios generales, en el valor científico del artículo, en la

utilidad de su publicación y en la opinión de los árbitros, se toma una decisión que puede ser: rechazo; aceptación a condición de que el autor incorpore al texto los comentarios y recomendaciones de los expertos; o aceptación definitiva.

Tras la aceptación condicional los textos revisados se someten a una cuarta revisión para verificar que se hayan cumplido las condiciones señaladas en dicha aceptación; si es así, se aceptan de forma definitiva; de lo contrario, se rechaza el artículo.

Cuando un manuscrito se acepta condicionalmente, a la hora de mandar su versión revisada los autores deben acompañarla de una explicación pormenorizada de los cambios efectuados para acatar las recomendaciones de los expertos. Si están en desacuerdo con alguna de ellas, deben explicar en detalle los motivos.

Toda decisión se comunica por escrito al autor con la mayor rapidez posible. El plazo depende de la complejidad del tema y de la disponibilidad de revisores expertos.



