

# CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, EN YOPAL, CASANARE, COLOMBIA, 2009

Oneida Castañeda Porras<sup>\*</sup>  
Néstor Gerónimo Ortega<sup>\*\*</sup>  
Yolima Reyes<sup>\*\*\*</sup>  
Omar Segura<sup>\*\*\*</sup>  
Lina Morón Duarte<sup>\*\*\*</sup>

## Resumen

**Introducción:** la salud sexual y reproductiva (SSR) es un estado general de bienestar físico-mental-social. Entender los factores de riesgo sexual o que llevan a Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), permite intervenirlos para mejorar dicho estado.

**Métodos:** estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) con muestreo probabilístico por conglomerados estratificado y multietápico, en 2812 pobladores entre 10-69 años, ubicados en zonas urbana y rural; se solicitó consentimiento y asentimiento informados según normativa.

**Resultados:** 2241 pobladores urbanos (84%) y 426 rurales (16%) contestaron la encuesta. La primera relación sexual en hombres fue 15 (rango=10-25) y en mujeres 17 (rango=10-38). 92% de los encuestados está informado sobre ETS; sólo 47(1,7%) recibieron tratamiento.

**Conclusión:** se encontraron debilidades en los CAP sexuales que inciden en una experiencia riesgosa de la sexualidad e incremento de factores de riesgo para ETS. Se recomendó ampliación de acciones de fortalecimiento en promoción de la SSR y educación sexual integral acorde a la normativa colombiana.

**Palabras clave:** educación sexual, conocimientos actitudes y prácticas en salud, políticas públicas de salud.

\* Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo: Servicio de Epidemiología Aplicada, Instituto Nacional de Salud, Profesional en entrenamiento, Cohorte 2009-2011, Colombia. Segura Morón & Castañeda Asesores en Salud.

\*\* Médico, Epidemiólogo de Campo, Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Instituto de Salud Carlos III, Tutor, España

\*\*\* Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo: Servicio de Epidemiología Aplicada, Instituto Nacional de Salud, Tutor, Cohorte 2009-2011, Colombia. Segura Morón & Castañeda Asesores en Salud

# KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH, IN YOPAL, CASANARE, COLOMBIA 2009

## Abstract

**Introduction:** *the sexual and reproductive health (SSR) is a general state of physical-mental and social well being. Understanding the sexual risk factors that lead to sexually transmitted diseases (ETS), allows the intervention of such factors, in order to improve this state.*

**Methods:** *study of Knowledge, attitude and practices (CAP) with a probabilistic sampling by stratified and multiphase conglomerates in 2812 people between the ages of 10 – 69, located in urban and rural areas; an informed consent and approval was requested, according to the norm.*

**Results:** *2241 of the urban population (84%) and 426 of the rural population (16%) filled out the survey. The first sexual relation among men was at the age of 15 (range 10 – 25) and in women at the age of 17 (range 10 – 38). 92% of the survey is informed in regards to ETS; Only 47 (1.7%) received treatment.*

**Conclusion:** *weaknesses were found in the sexual CAP that fall into a risky sexual experience and increase the risk factor for ETS. It was recommended to expand the action to strengthen the forces and promote the SSR, as well as complete sexual education according the Colombian norms.*

**Keywords:** sexual education, knowledge, attitudes and health practices, public health policies.

# CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL E REPRODUTIVA, EM YOPAL, CASANARE, COLOMBIA, 2009

## Resumo

**Introdução:** a saúde mental e reprodutiva (SSR) é um estado geral de bem-estar físico-mental-social. Entender os fatores de risco sexual ou que levem a Enfermidades de Transmissão Sexual (ETS), permite intervenções para melhorar tal estado.

**Métodos:** estudo de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) com amostra probabilística por conglomerados estratificados e multiplásmico, em 2812 habitantes entre 10-69 anos, localizados em zonas urbanas e rurais. Solicitou-se consentimento e assentimento, informados segundo normas.

**Resultados:** 2241 cidadãos urbanos (84%) e 426 rurais (16%) responderam à pesquisa. A primeira relação sexual em homens foi 15 (nível = 10,26) e nas mulheres, 17 (nível = 10,38). 93% dos pesquisados estão informado sobre ETS; só 47 (1,7%) receberam tratamento.

**Conclusão:** encontram-se debilidades nos CAP sexuais que incidem em uma experiência arriscada da sexualidade e incremento de fatores de risco para ETS. Recomendou-se ampliar as ações de fortalecimento em promoção da SSR e educação sexual integral de acordo com a normativa colombiana.

*Palavras chave:* educação sexual, conhecimentos, atitudes e práticas em saúde, políticas públicas em saúde.

## Introducción

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) – concepto creado en la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (ICPD, 1994) – se define como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con la sexualidad (1-3); entendida ésta como la capacidad de disfrutar nuestra vida sexual y decidir libremente sobre aspectos reproductivos. Es un derecho fundamental de mujeres y hombres, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR) plenamente. Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número de hijos y el intervalo entre gestaciones; el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles; la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos; el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo

en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (4).

No obstante, son muchos los obstáculos que atentan contra este derecho humano a la salud. La pobreza y las desigualdades sociales ejercen un impacto negativo en la capacidad de las instituciones de salud para promover la SSR y de los individuos para acceder a una mejor calidad de vida en ese ámbito. En el terreno sociocultural, la persistencia de modelos patriarcales se convierte en un serio obstáculo a la Salud Sexual y Reproductiva (5).

Abordar la prevención de los comportamientos de riesgo, en general, supone asumir dos dificultades: la complejidad del comportamiento humano y la imposibilidad de eliminar totalmente los riesgos inherentes al hecho de vivir. El estudio de los comportamientos sexuales de riesgo para la salud, presenta además la característica añadida de pertenecer al ámbito más íntimo de la privacidad del individuo, lo que dificulta acceder a su conocimiento y así propiciar su modificación (6).

Para fomentar comportamientos preventivos, es importante conocer y entender los conductas de riesgo sexual e identificar las variables que los favorecen y sobre las que se puede intervenir. Si bien, la existencia de factores de riesgo no supone la certeza que el daño se vaya a producir, sí nos indica una mayor probabilidad que ocurra, y por lo tanto la necesidad de atenderlos. Cuanto mayor sea el conocimiento sobre los factores que favorecen la seguridad sexual, mayores serán las posibilidades de intervenir para su eliminación o minimización. Estas intervenciones optimizarán sus resultados si se enmarcan en estrategias integrales que tengan en cuenta variables como la

edad, género o contexto sociocultural y socioeconómico de los destinatarios (6).

La implementación de una política integral de SSR en Colombia, busca mejorar la SSR y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados como son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (7), los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales; así como la existencia de estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos desfavorables para el desarrollo integral de la sexualidad, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas. Este objetivo se apoya en las estrategias nacionales determinadas para este fin, entre éstas: a) promover la investigación en SSR como mecanismo de toma de decisiones políticas y técnicas; b) desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la SSR, como factor fundamental para la toma de decisiones; y, c) desarrollar acciones que vinculen a diversos sectores e instituciones para impactar los problemas de la SSR (8).

En la actualidad el decreto 3039 de 2007 “Plan Nacional de Salud Pública” (PNSP) (9) plantea como una de las 10 prioridades de salud pública mejorar la Salud Sexual y Reproductiva, establece las metas nacionales y las estrategias

y define entre las responsabilidades de los municipios el realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de salud de la población en su territorio y la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores de su territorio (10), mediante el establecimiento de las líneas de acción para el abordaje de los problemas en SSR: a) maternidad segura; b) planificación familiar; c) Salud Sexual y Reproductiva en la población adolescente; d) cáncer de cuello uterino; e) prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS – VIH/SIDA); y, f) violencia doméstica y sexual. Por lo anterior se hace indispensable conocer los comportamientos de riesgo en la población frente a esta prioridad nacional, con el fin de implementar medidas de impacto que permitan el mejoramiento de los indicadores de la política nacional y promover el ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos y deberes en Salud Sexual y Reproductiva.

El Plan de Salud Pública Municipal, “*Con enfoque de Protección Social*” del Plan de Desarrollo “Yopal Vive el Cambio”, correspondiente al período 2008-2011 (11), establece los objetivos y metas en salud, en coherencia con la situación de salud del municipio, las políticas nacionales y las políticas sociales transversales de otros sectores a través de intervenciones colectivas con enfoque en la promoción de la salud y calidad de vida, prevención de riesgos, entre otros, y, plantea las metas del subprograma de Salud Sexual y Reproductiva: a) reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 9,9 x 100.000 nacidos vivos en cumplimiento de cobertura de mortalidad infantil; b) establecer línea de base de mortalidad por cáncer cervicouterino y operación en un 90% de un sistema de vigilancia de morbilidad; c) mantener

por debajo de 0.7% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años; d) intervenir en un 100% las gestantes con VIH, para impactar coberturas en mortalidad infantil; y, e) reducir o mantener por debajo de 74,3 la tasa de fecundidad general en mujeres de 15 a 49 años.

El Plan de Intervenciones Colectivas 2008 del municipio de Yopal, incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el PNSP, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del SGSSS que se contratan con Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas en el área de influencia, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa, siempre y cuando éstas cumplan las condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS (10).

Al carecer de líneas de base confiables para el diseño de estrategias acertadas, la Empresa Social del Estado (ESE) Salud Yopal, como ejecutora natural, en cumplimiento de sus funciones y con la necesidad de disponer de datos confiables -desde una perspectiva epidemiológica- para planear, proyectar y evaluar el impacto de futuros programas de prevención y promoción de la SSR, coordinó este estudio con el propósito de caracterizar los comportamientos sexuales e identificar algunos factores de riesgo para la Salud Sexual y Reproductiva de la población sexualmente activa del municipio, a través un estudio de Conocimientos, Actitudes

y Prácticas (CAP), en la perspectiva de mejorar las medidas e intervenciones en la política de Salud Sexual y Reproductiva, especialmente en la prevención de la mortalidad infantil en el municipio.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio con abordaje descriptivo retrospectivo de corte transversal, denominado *de encuesta transversal* (12-14), con muestreo probabilístico por conglomerados estratificado y multietápico.

El muestreo fue probabilístico, pues los sujetos tenían una probabilidad de selección conocida y mayor que cero; se estratificó de acuerdo a los grupos de edad, por conglomerados zonales y polietápico por la selección. La razón de masculinidad fue de 0,996, por lo que la probabilidad de escogencia fue del 50% para ambos sexos. Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta la distribución del área urbana del municipio de Yopal conformada por 5 comunas compuestas por 99 barrios, y del área rural compuesta por 10 corregimientos y 116 veredas.

Se adaptó un método de muestreo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (15). La OMS ha establecido que bajo sus estándares de aplicación, se obtiene una precisión del 10% alrededor de una prevalencia estimada del 50%. No obstante, para el desarrollo de este estudio se estimó un nivel de confianza de 95%, prevalencia esperada de 50% (al no conocerse la prevalencia), con una precisión deseada de 5% y un efecto de diseño de 1,5. A continuación, se tomó el total de la población entre los 10 y 69 años de edad (proyección 2009 del DANE) en la zona

**Cuadro 1.** Distribución de la muestra por intervalo de edad y conglomerado

Intervalo edad	población total objetivo (Dane 2009)	tamaño muestra*	total muestra con efecto diseño (1,5)	Zona urbana 85,71 %	Zona Rural 14,2 9%	Zona Urbana (25 Conglomerados)	Zona Rural (5 Conglomerados)
10 14	12.624	373	559	479	80	19	16
15 19	11.989	372	558	479	80	19	16
20 34	32.464	380	570	488	81	20	16
35 49	23.129	378	567	486	81	19	16
50 69	11.469	372	558	478	80	19	16
<b>Total</b>	<b>91.675</b>	<b>1.875</b>	<b>2.812</b>	<b>2.410</b>	<b>402</b>		

\*Ajustado para poblaciones finitas

urbana y rural del municipio de Yopal (Cuadro 1).

***Criterios de selección de los conglomerados.***

*Identificación de los conglomerados.*

Se seleccionaron 25 conglomerados con probabilidad proporcional al tamaño de la población, a partir de la sectorización del casco urbano, y cinco en la zona rural utilizando el criterio del Programa Departamental de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV). Los conglomerados se identificaron con dos dígitos, correspondiendo el primer dígito al número de la comuna y el segundo al sector (*cluster*) identificado por el programa ETV. En cada sector se escogió un promedio de 19 individuos en la zona urbana y 16 en la zona rural por intervalo de edad.

*Cálculo del Intervalo de muestreo de conglomerados.* Se dividió la población total a encuestar en el área urbana entre el número de conglomerados, igual a 25, y se eligió el primer dígito. El intervalo

fue de 9 (2.410/25) para seleccionar sistemáticamente los conglomerados del marco de muestreo. En la zona rural se escogieron los cinco conglomerados restantes por conveniencia del investigador.

*Elección del primer conglomerado.* Se eligió un número al azar generado en el intervalo entre 1000 y 9999 por Open Epi Random Program (16). Se escogió el primer y tercer dígito del número correspondiente a una columna y a una fila de la tabla determinada por dos números elegidos al azar entre 1 y 20 (o el siguiente hacia abajo si el primero no cumplía criterio y así sucesivamente). Se eligió como primero al número 16, correspondiente al sexto clúster de la Comuna 1 del área urbana del municipio.

*Selección de los siguientes conglomerados.* Se realizó sumando el número del intervalo de muestreo al número que identificaba al primer conglomerado elegido y así sucesivamente.

### ***Criterios de selección de los participantes por vivienda***

Los participantes se seleccionaron de las viviendas visitadas así: en la primera vivienda visitada en que se encontrara más de una persona en el rango de edad seleccionado, se aplicaba la encuesta solo a una, y así sucesivamente por cada rango de edad. La siguiente casa visitada sería la tercera contada a partir de la anterior, en el sentido de las manecillas del reloj y así sucesivamente hasta terminar la submuestra requerida de acuerdo con los rangos de edad establecidos.

### ***Criterios de inclusión del individuo participante***

Persona entre los 10 - 69 años de edad residente en el área urbana o rural del municipio de Yopal, que manifestara su interés de participar en la encuesta. Si era menor de edad debía contar con el permiso de los adultos responsables.

### ***Técnicas de recolección***

Se aplicó el instrumento de recolección previamente diseñado con las variables a estudiar: edad, sexo, afiliación al SGSSS, nivel de escolaridad, afiliación al SGSSS, estado civil, comportamiento sexual, infecciones de transmisión sexual, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, número de hijos y embarazos. A cada uno de los participantes se les explicó el objetivo de la encuesta y se solicitó su consentimiento para su aplicación.

### ***Capacitación de los encuestadores***

Los encuestadores fueron entrenados por un profesional experto en trabajo de campo. Teniendo en cuenta que este tipo de estudios basan buena parte

de su información en la manera como se adelanta la encuesta y el uso de los instrumentos, se realizó una jornada de entrenamiento y aplicación de criterios uniformes para el manejo de la encuesta, sus variables y además el registro correcto de las respuestas en el formulario. Adicionalmente, se realizó un simulacro en campo con el fin de evaluar el manejo de la muestra, el instrumento y la técnica de aplicación para estandarizar el instrumento y corregir los inconvenientes que se pudieron detectar.

### ***Prueba piloto***

Con el fin de probar el instrumento de campo y estimar tiempos y rendimientos en la aplicación, se realizó una prueba piloto en uno de los barrios de la Comuna 4 del municipio de Yopal.

### ***Crítica y codificación***

El diligenciamiento de las encuestas fue supervisado y revisado por personal entrenado para tal fin, con el propósito de detectar inconsistencias en la información y establecer códigos no aplicables.

Se emplearon las 2811 encuestas de la muestra, de acuerdo con la selección de conglomerados por rango de edad. Durante el proceso de sistematización de la información se depuró la base de datos, quedando finalmente un total de 2667 (95%) registros para analizar.

### ***Procesamiento y análisis***

La sistematización de los datos se realizó en Microsoft Access® versión 2000 y se importó al programa estadístico Epi Info® 3.5.1 para la realización del análisis de los datos. En el plan de análisis se establecieron como variables discriminantes cada una de las preguntas de

la encuesta aplicada en forma individual. Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables contenidas en el instrumento de recolección de la información y se calculó la prevalencia de los conceptos objeto de estudio.

### **Control de sesgos**

Los sesgos de información se controlaron mediante la estandarización del instrumento estructurado para la recolección de los datos. Los sesgos de selección del inicio de los sitios para la aplicación de la encuesta por cada sector, se disminuyeron a través del muestreo aleatorio de acuerdo con los sectores zonales identificados en las cinco comunas del área urbana del municipio. En cada una de ellas existen diez sectores en que se ha dividido la estrategia de prevención de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y cinco corregimientos. Los grupos de edad se constituyeron en objeto individual de investigación estratificada debido a sus características comunes. Por sus características comunes, los sectores en las comunas de la zona urbana y las veredas del municipio se equipararon a los conglomerados en el método.

Durante la recolección de la información, así como en el proceso de digitación por parte del personal entrenado, se realizó la verificación en campo, tanto del método como de la consistencia de los formularios, acorde con las variables que integraban el instrumento.

### **Consideraciones éticas**

El estudio se ajustó a lo establecido en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, cuyo artículo 11, numeral b, clasifica este tipo de estudio como de *riesgo mínimo*, dado que se

emplearon registros de datos a través de procedimientos comunes de recolección de información a través de la aplicación de una encuesta poblacional. Además prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los participantes (17).

Se solicitó el consentimiento a los participantes y sus representantes si eran menores de edad, dando información clara y fácilmente comprensible sobre los objetivos de la investigación, así como la voluntariedad de participar en ésta. El consentimiento se estableció mediante la firma de la encuesta aplicada por parte del participante.

## **Resultados**

En cuanto a las características generales de los encuestados, el 84% (2241) correspondió a la zona urbana y el 16% (426) restante al área rural (Cuadro 2). La edad de los participantes era en promedio 27 años con un rango de edad entre 10 a 69 años. El 65,9% (1758) de los encuestados correspondió a mujeres y el 34,1% (909) hombres; con relación al estado civil, el 47,8% (1274) correspondió a solteros; 22,1% (590) a uniones libres; 12,9% (345) a casados; 3,6% a viudos y 0,7% (19) no respondió. El promedio de edad de inicio de convivencia fue de 20 años con un rango de 16 a 38 años.

Respecto al nivel de escolaridad en preescolar el 1,3% (35); primaria 26,5% (761); en secundaria 55,1% (1.470); tenía el nivel de técnico o tecnólogo el 5,2% (139); en universidad estaba el 5,8% (156); postgrado el 0,9% (23), y con ningún nivel educativo el 3,1% (83). La afiliación al sistema general de seguridad social en salud mostró que el 30,7% (819)

**Cuadro 2.** Distribución de la población por género y grupos de edad, Yopal 2009

Grupo de edad	Mujer	%	Hombre	%	Total	%
10 a 14	284	52,5	257	47,5	541	20,3
15 a 19	308	61,4	194	38,6	502	18,8
20 a 34	421	74,0	148	26,0	569	21,3
35 a 49	386	74,8	130	25,2	516	19,3
50 a 69	345	66,3	175	33,7	520	19,5
Sin dato	14	73,7	5	26,3	19	0,7
Total	1.758	65,9	909	34,1	2.667	100,0

perteneía al régimen contributivo, el 48,7% (1299) en el régimen subsidiado, 7,2% (193) correspondía a vinculados y el 3% (80) pertenecía al régimen especial.

La edad de la primera relación sexual en los hombres se estableció con una media de 15 años (rango 10 a 25 años); de ellos, 29% usó condón en su primera relación y 71%, no. La edad promedio de la primera relación sexual en las mujeres fue de 17 años (rango 10 a 38 años) y el 71% refirió haber usado condón en esa relación. El 71% de los encuestados refirió haber tenido relaciones sexuales con penetración (pene-vagina, pene-boca o pene-ano), y de ellos, 31,4% correspondió a hombres y 68,5% a mujeres.

En cuanto a las relaciones sexuales en el último año, el 66,4% refirió que había sostenido relaciones sexuales con el cónyuge, el 21,4% con el novio o prometido, el 6,8% con el amigo, el 2,8% con un compañero casual, el 2,4% con el ex esposo o novio y el 0,4% con trabajadores sexuales y parientes; el 20% de los hombres y el 17,2% de las mujeres con relaciones en el último año, dijo haber usado condón en su última relación sexual.

En cuanto a la pregunta sobre haber tenido relaciones sexuales con alguien diferente a la pareja habitual en los últimos 12 meses, el 11,1% de las mujeres y 52,5% de los hombres respondió que sí. En cuanto al número de personas diferentes, incluido el cónyuge o compañero actual, con las que se habían tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, el promedio tanto en hombres como en mujeres fue de una persona diferente en un rango de 1 a 5 en mujeres y de 1 a 10 en hombres; en esa misma pregunta, pero relativa a los últimos 30 días, el promedio fue de una persona tanto para hombres como para mujeres, en un rango de 1 a 8 en hombres y de 0 a 4 en mujeres.

Al indagar sobre relaciones con penetración anal, el 50,9% de los hombres y el 49,1% de las mujeres manifestaron haber tenido este tipo de relaciones sexuales; de ellos, el 68,3% de los hombres dijo haber usado condón y el 31,7% de las mujeres refirió que su pareja uso condón. En cuanto a la práctica de sexo oral, el 53,2% de las mujeres manifestó haber tenido esta práctica sexual, mientras que el 46,8% de los hombres encuestados adujo haberla practicado; de estos, el 53,4% de los hombres refirió que su

pareja uso condón durante el sexo oral mientras que el 46,6% de las mujeres dijo haberlo usado.

En lo referente a la posibilidad de adquirir un condón por sí mismo cuando se quiere, el 86,3% de los hombres respondió que es factible mientras que el 65,6% de las mujeres respondió que sí era posible.

Respecto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el 92% (2474) de los encuestados refirió conocer o haber oído mencionar alguna ETS, de los cuales con base en el nivel educativo; 56,5% (1399) cursaron secundaria en un rango de edad de 15 a 19 años; 27,0% (667) primaria; 6,2% (153) universidad; 5,5% (135) técnico o tecnólogo; 1,3% (31) preescolar; 0,9% (23) postgrado, y 2,7% (66) sin nivel educativo. Las ETS gonorrea, sífilis, herpes genital y VIH fueron registradas como las más conocidas. El 33,1% de los encuestados mencionó que en alguna de las consultas para el cuidado de la salud general

realizadas durante el último año había recibido información acerca de cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual. De los encuestados, el 1,7% refirió haber sido tratado para alguna enfermedad de transmisión sexual; de estos, el 75,6% fue tratado por gonorrea, el 20% para condyloma y virus de papiloma humano, el 19,8% por herpes genital y el 12,4% refirió recibir tratamiento para VIH (Cuadro 3).

Frente al conocimiento de métodos de planificación familiar, el 40,2% (1074) refirió conocer algún método de planificación; al cruzar su nivel educativo con el conocimiento frente a los métodos de planificación, el último nivel cursado fue: secundaria el 57,8% (621); primaria el 28,2% (303); universidad el 5,2% (56); técnico o tecnólogo 4,7% (50); postgrado 1,0% (11); preescolar 0,6% (6), y sin nivel educativo 2,5% (27). Los métodos más conocidos fueron: el uso de condón con un 85,8%, seguido por la píldora con el 80,1% y la inyección con 77,5%. En cuanto a la

**Cuadro 3.** Frecuencia de enfermedades de transmisión sexual en la población encuestada, Yopal, 2009

Enfermedad o de transmisión sexual	Mujer		Hombre	
	n	%	n	%
Sífilis	2	10,0	2	7,4
Gonorrea	4	20,0	15	55,6
Chancro	0	0,0	0	0,0
Chlamydia/Linfogranuloma	2	10,0	0	0,0
Granuloma inguinal	.		0	0,0
Candidiasis	2	10,0	1	3,7
Herpes genital	1	5,0	4	14,8
Condyloma acuminata/Virus papiloma humano	4	20,0	0	0,0
Tricomoniasis	0	0,0	0	0,0
Hepatitis B	2	10,0	1	3,7
Phthirus pubis/piojo/ladilla/maneto	1	5,0	1	3,7
Sarna	1	5,0	1	3,7
VIH	1	5,0	2	7,4

**Cuadro 4.** Conocimiento en métodos de planificación y su uso, Yopal, 2009

Método de planificación	Conocimiento	%	Utilización	%
Esterilización femenina	1.678	62,9	345	20,6
Esterilización masculina	1.324	49,6	25	1,9
Píldora	2.136	80,1	302	14,1
DIU	1.569	58,8	225	14,3
Inyección	2.075	77,8	377	18,2
Implantes (NORPLANT, JADELLE)	1.468	55,0	81	5,5
Preservativo o condón	2.289	85,8	696	30,4
Espuma, jalea, óvulos	1.107	41,5	128	11,6
Método de amenorrea por lactancia	662	24,8	56	8,5
Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings	945	35,4	169	17,9
Retiro	1.061	39,8	277	26,1
Anticoncepción de emergencia	50	1,9	6	12,0
Otros métodos	0	0,0	0	0,0

relación entre el conocimiento sobre el método de planificación y su utilización, los de mayor uso fueron el uso de condón en el 30,4% de los encuestados, seguido de el retiro habitual del hombre antes de la eyaculación (*coitus interruptus*) en un 26,1% y la esterilización femenina con el 20,6% (Cuadro 4).

De las personas encuestadas, el 42,2% dijo haber utilizado métodos de planificación. El promedio de hijos que las parejas tenían cuando iniciaron la planificación era de 0, con un rango de 0 a 8 hijos. El 44% (1175) de los encuestados actualmente usan métodos de planificación; los de mayor utilización son la esterilización

**Cuadro 5.** Utilización actual de métodos de planificación familiar, Yopal, 2009

Métodos de planificación	Número de personas que lo usan	%
Esterilización femenina	380	14,2
Esterilización masculina	18	0,7
Píldora	97	3,6
DIU	91	3,4
Inyección	187	7,0
Implante(Norplant/Jadelle)	67	2,5
Condón	274	10,3
Espumas, jaleas, óvulos	10	0,4
Amenorrea por lactancia(MELA)	2	0,1
Abstinencia periódica (ritmo)	15	0,6
Retiro	9	0,3
Otro	0	0,0

**Cuadro 6.** Distribución de lugares para la adquisición y prescripción de métodos de planificación, Yopal 2009

Lugar	Adquisición		Prescripción	
	n	%	n	%
Hospital/clínica	456	42,5	202	54,9
Centro/Puesto salud	207	19,3	26	7,1
Droguería de EPS/ARS	78	7,3	4	1,1
Consultorio médico particular	16	1,5	13	3,5
Profamilia	34	3,2	15	4,1
Droguería /farmacia/botica	276	25,7	105	28,5
Supermercado/ tienda	7	0,7	3	0,8

femenina el 14,2%, el uso de condón 10,3% y la inyección el 7% (Cuadro 5).

El 59,2% (1040) de las mujeres encuestadas iniciaron el uso de los métodos de planificación familiar sin haber tenido hijos, factor predominante en las mujeres jóvenes. De ellas cursaron secundaria el 60,2% (626); primaria 25,5% (265); universidad 6,0% (62); técnico o tecnólogo 4,5% (47); preescolar 0,5% (5); postgrado 0,4% (3), y sin nivel educativo 3,0% (31).

Frente a la pregunta hecha a las mujeres sobre si estaban arrepentidas de haberse sometido a la esterilización quirúrgica, el 16,8% de quienes se habían realizado el procedimiento aceptaron haberse arrepentido. Las razones mencionadas fueron: porque su compañero deseaba tener otro hijo, el 53%; porque desean tener otro hijo, 17,1%, y por efectos colaterales, el 9,3%. El 60,3% de las encuestadas sometidas a esterilización respondió que en el momento de realizarse el procedimiento recibió información sobre los efectos secundarios o complicaciones que podía tener con el método, mientras el 39,6% respondió que no. Al 56,7% de las mujeres con esterilización se le

explicó qué hacer si llegaba a presentar efectos secundarios o problemas.

El 16,0% (282) de las mujeres refirió conocer el método del ritmo para determinar en qué días del ciclo menstrual no debe tener relaciones sexuales para no producir embarazo; de ellas, respondieron que el criterio más utilizado era basarse en el calendario el 55,0% (155); la temperatura corporal 1,1% (3); el moco cervical 0,7% (2); temperatura corporal y moco cervical 1,1% (3) ningún sistema específico 39,7% (112), y otros criterios 2,5% (7).

En cuanto a los lugares donde se había obtenido el método de planificación la última vez, el 42,4% respondió que en el hospital o clínica, seguido por la droguería o farmacia, con el 25,7% (Cuadro 6).

A la pregunta de si habían tenido que pagar por el método de planificación, el 56,7% respondió no haber pagado nada, mientras que el 38,5% relató haber pagado la totalidad y el 4,6% una parte del costo. El 53,1% refirió que los costos para adquirir el método de planificación los cubrió la Empresa Prestadora de Servicios o la Administradora de Riesgos

de Salud al que se estaba afiliado; el 38,7% de las personas pagó directamente; en el 6,8%, los gastos fueron cubiertos por la Secretaría de Salud o Alcaldía, y en el 1,9%, el seguro médico de medicina prepagada.

De las mujeres encuestadas que usaban como método de planificación el DIU/NORPLANT/JADELLE, el 58,6% (119) había ido a consulta de control; de este porcentaje, el número promedio de controles realizados desde el momento de la inserción a la fecha de la encuesta fue de tres en un rango de 1 a 15. El sitio de prescripción del método la última vez fue en el hospital/clínica, el 54%; en la droguería/farmacia/botica, el 28%; en el centro/puesto de salud, el 7%, y en Profamilia, el 4% (Cuadro 6).

Con relación a la percepción de los encuestados frente a la atención recibida cuando le prescribieron el método de planificación la última vez, el 59,7% consideró que fue buena; el 20,6% excelente; el 17% la considera regular, y el 2,7% mala. En cuanto al horario de atención, la orientación sobre métodos de planificación familiar, la información recibida sobre el método prescrito, la comodidad de la sala de espera, la limpieza de la sala de espera, el tiempo de espera, el trato del personal administrativo, el trato del personal de enfermería, el trato del médico, las explicaciones del médico y el grado de privacidad en la atención, la percepción fue positiva y se consideró como buena.

## Resultados

Aún cuando el estudio evidenció un buen porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS en el municipio; existe población vinculada, a la cual debe

garantizársele el acceso a la prestación de servicios de salud, mediante los recursos de oferta que recibe la entidad territorial (18).

También se evidenció un alto grado de alfabetismo, lo cual puede facilitar la divulgación de los programas de promoción y prevención de la Salud Sexual y Reproductiva a cargo de las autoridades locales del municipio, en cumplimiento de sus funciones y obligaciones.

Se corroboró lo encontrado en otros estudios respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres, pero en los hombres disminuyó de los 17 años a los 15 años de edad (19). En cuanto a la opción de uso del condón -método de planificación familiar más conocido y más usado- en su primera relación sexual, las mujeres manifiestan mayor frecuencia de uso que los hombres, siendo más fácil de adquirir para ellos.

En cuanto al conocimiento de las ETS y de acuerdo con los resultados obtenidos, se puede inferir que en las instituciones educativas del municipio se ha generado un conocimiento importante sobre estas patologías con base en el nivel de escolaridad y la edad de los encuestados; pero con los resultados de la encuesta aplicada, no es posible corroborar el grado de conocimiento y a la vez si conocen las formas de prevención de las ETS.

En lo referente a la prevalencia de Infecciones de transmisión sexual, solo es posible conocer de manera cualitativa aquellas infecciones a las cuales los encuestados fueron alguna vez tratados; siendo la gonorrea la infección más referida, situación que debería ser coherente con el perfil epidemiológico

del municipio y departamento en cuanto a estas patologías referentes para la política local de Salud Sexual y Reproductiva.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, al igual que en Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 (ENDS) (20), se puede concluir que en Yopal el conocimiento de métodos de planificación familiar es universal entre las mujeres y hombres entrevistados, independientemente de su estado civil; los métodos más conocidos son: el condón, la píldora, la inyección y la esterilización femenina. Entre los métodos tradicionales de planificación, el ritmo fue el más frecuentemente mencionado.

La píldora, el condón y la inyección son los métodos anticonceptivos de uso más mencionados entre las mujeres con vida sexual activa, pero que no estaban casadas o vivían en unión libre, lo cual puede ser reflejo del cuidado que la mujer soltera le da a su Salud Sexual y Reproductiva para prevenir embarazos cuando no convive con una pareja estable. La relación del uso del condón como métodos de prevención de ETS, no es posible establecerla a partir del estudio realizado.

En cuanto al análisis de la relación entre el número de hijos que tenían las mujeres cuando usaron por primera vez un método anticonceptivo, se observa una marcada motivación por el espaciamiento del intervalo entre nacimientos y por la limitación del tamaño de la familia, sobre todo teniendo en cuenta que un gran porcentaje de estas mujeres inició el uso de métodos de planificación familiar sin haber tenido hijos, factor predominante en las mujeres jóvenes con un nivel educativo de secundaria, lo que podría explicarse por el conocimiento que pudieron adquirir en la cátedra de SSR

dictada en las instituciones educativas, frente a los métodos de planificación familiar.

En el municipio de Yopal se pudo corroborar el mismo comportamiento hallado a nivel nacional en la ENDS 2005 (20) en lo referente a la esterilización quirúrgica, con mujeres que dijeron estar arrepentidas de haber adoptado este método en un porcentaje incluso mayor que en el nivel nacional. De igual manera, en este estudio la proporción más alta de arrepentimiento se dio entre las mujeres de 35 a 49 años (en el nivel nacional fue 30 a 34 años). Entre las causas de arrepentimiento se mencionaron motivos parecidos a los encontrados en el país, siendo los más frecuentemente citados el deseo de más hijos seguido por el deseo del esposo o compañero de tener otro hijo.

Es importante tener en cuenta que con relación a la utilización de métodos naturales de planificación como el ritmo, un porcentaje muy bajo de las mujeres encuestadas tenía el conocimiento adecuado sobre los días de fertilidad, de lo cual se puede deducir una posible utilización incorrecta de este método, y por ende debilidades en educación sexual.

En lo referente a la fuente de suministro de métodos de planificación, el hospital o la clínica fue la de mayor frecuencia referida, seguida por las droguerías o farmacias, comportamiento éste que es similar en el país según la ENDS 2005.

Entre las dificultades reportadas por los líderes de zona durante los 10 días en los que se aplicó la encuesta se evidenció: negativa de los padres de familia o responsables de los menores entre 10 y 14

años para contestar la encuesta, rechazo de la encuesta en la Zona de Tolerancia ubicada en el clúster 10 de la Comuna 1 y algunos encuestados del rango de edad de 50 a 69 años manifestaron “ser violentados en su vida íntima”.

En síntesis, los hallazgos arrojados por el estudio denotan debilidades en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los hombres y mujeres encuestados, lo que puede estar incidiendo en una vivencia riesgosa de su sexualidad, incrementando los riesgos asociados como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, inmadurez y falta de planeación para la constitución de una familia nuclear, etc.; esto también puede representar un impacto negativo en las metas de reducción de los índices de morbilidad y mortalidad infantil, influidos por condiciones tales como infecciones neonatales, desnutrición, anomalías congénitas, los eventos perinatales, maltrato o abuso infantil u otras afecciones, así como la mortalidad materna y perinatal (21).

El presente estudio es una herramienta importante como línea de base para la formulación de las metas de productos y actividades prioritarias de Salud Sexual y Reproductiva del eje programático de salud pública del Plan de Salud Territorial, incorporando acciones de fortalecimiento en promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, la educación sexual integral en todos los establecimientos educativos del municipio, así como la prevención y atención integral de la sexualidad en los jóvenes y adolescentes.

Es importante recordar la obligación que tienen todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de

dar cumplimiento a las normas técnicas en Salud Sexual y Reproductiva, como punto fundamental para el desarrollo de las acciones de promoción en salud.

De acuerdo al nuevo enfoque por resultados del Plan Nacional de Salud Pública, es necesaria la articulación de los actores del SGSSS presentes en el municipio para que las acciones desarrolladas a través del plan de salud territorial generen el impacto positivo necesario en el perfil epidemiológico del municipio de Yopal, articulando la inversión financiera con los resultados a obtener en beneficio de la población.

Las estrategias de información educación y comunicación deben ser ampliadas a la comunidad en general, no sólo a través de la cátedra de SSR implementada en las instituciones educativas, sino a través de la utilización de los medios de comunicación que garanticen el acceso a todos aquellos espacios en los cuales se pueda difundir y reforzar el conocimiento en el área urbana y rural, respecto a una vivencia riesgosa de la sexualidad, que permitan disminuir los riesgos asociados como enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, inmadurez y falta de planeación para la constitución de una familia nuclear, entre otros; y así poder disminuir los índices de morbilidad y mortalidad infantil.

### **Declaración sobre conflicto de interés**

El presente estudio se realizó en cumplimiento del Contrato Interadministrativo 594 de 2008 entre la Alcaldía municipal de Yopal y la ESE Salud Yopal, para la realización de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas.

## Agradecimientos

Los autores desean agradecer a la Alcaldía de Yopal por la planeación y direccionamiento estratégico y a la ESE

Salud Yopal por su contribución en la realización del estudio; igualmente, a la enfermera Alejandra Hernández Ávila por su apoyo en la coordinación del trabajo de campo.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. González FG. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca. *Acta Colombiana de Psicología* 2004, 12, 59-68.
2. Imianowski S, Meneses RF, Ribeiro JP. Análisis de programas de salud sexual/reproductiva para escolares. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar* Julio-Diciembre 2008, Volumen 4, Número 2.
3. Correa S, Jannuzz PM, Alves JE. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. Disponible en la World Wide Web: [http://www.abep.org.br/fotos/Dir\\_Sau\\_Rep.pdf](http://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf) [Consultado 20 de mayo de 2009]
4. IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas Sobre las Mujeres, Beijing 4-15 de septiembre de 1995, Disponible en la World Wide Web: <http://www.geocities.com/clinicagestalt/beijing00.htm> [Consultado abril de 2009]
5. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Poblaciones de las Naciones Unidas, Ministerio de Salud, Promoción de la participación de los hombres en programas de salud sexual y reproductiva, Resumen de informe final febrero de 2004, Nicaragua.
6. Manual de sexualidad, Comportamientos sexuales de riesgo. Disponible en : [http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/3\\_5/3\\_5\\_6/manual\\_2006/bloque5.htm](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/3_5/3_5_6/manual_2006/bloque5.htm) [Consultado abril de 2009]
7. Congreso República de Colombia. Ley por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, Ley 100 de 1993 (diciembre 23).
8. Ministerio de la Protección Social, Política de salud sexual y reproductiva, Colombia, 2003.
9. Ministerio de la Protección Social. Decreto por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública, Decreto 3039 de 2007 (agosto 10).
10. Proyecto de acuerdo por el cual se adopta el Plan de Desarrollo del Municipio de Yopal para el período 2008-2011 “Yopal Vive el Cambio”, Concejo Municipal de Yopal, abril de 2008.
11. Ministerio de la Protección Social. Resolución por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial. Resolución 0425 de 2008 (febrero 11).
12. Fernández S. Tipos de estudios epidemiológicos. *Epidemiología. Conceptos básicos*. En: *Tratado de Epidemiología Clínica*. Madrid; DuPont Pharma, S.A.; Unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: 1995. p. 25-47. Actualización 28/02/2001. Disponible en la World Wide Web: [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos\\_estudios/6tipos\\_estudios2.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios2.pdf). [Consultado marzo de 2009]
13. Hernández M, Garrido F, López S. Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México* 2000, 42; 2: 144-154.
14. Hernández M. *Epidemiología, diseño y análisis de estudios*, Instituto Nacional de Salud Pública. Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V., 2007: 28
15. Merida W, Barrios E. Evaluación de coberturas de vacunación, Comitancillo, San

- Marcos, septiembre 2003, Disponible en la World Wide Web: <http://de-sastres.cies.edu.ni/digitaliza/tesis/t293/seccionc1.pdf> [Consultado abril de 2009].
16. Open Source Epidemiologic Stastics for Public Health, OpenEpi Version 2.3 Disponible en la la World Wide Web: <http://www.openepi.com/Menu/OpenEpiMenu.htm> [Consultado abril de 2009].
  17. Ministerio de Salud. Resolución por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 008430 de 1993 (octubre 4), Colombia.
  18. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo. Hacia un Estado Comunitario. Capítulo 3. Reducción de la pobreza y promoción del empleo y la equidad. Disponible en la World Wide Web: [http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/GCRP/PND\\_2006\\_2010/Capi\\_3\\_FINAL.pdf](http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/GCRP/PND_2006_2010/Capi_3_FINAL.pdf) [Consultado mayo de 2009].
  19. Ruiz AM, Latorre C, Beltrán J, Ruiz J, Beltrán J, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria, Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc 2005: 12(3), 86-93.
  20. Profamilia. Salud sexual y reproductiva, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, Disponible en la World Wide web: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/00resumen/01general.htm> [Consultado mayo de 2009].
  21. Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva, Causas de mortalidad infantil, Disponible en la World Wide Web: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e18%204%20-%202%20Mortalidad%20Infantil.%20Causas%20de%20Muerte.htm](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e18%204%20-%202%20Mortalidad%20Infantil.%20Causas%20de%20Muerte.htm) [Consultado mayo de 2009].