

Planificación familiar en mujeres en condiciones de vulnerabilidad social

Family planning for women in vulnerable social

Liliana Franco Hincapié¹, Gabriela María Mora Zapata¹, Ana Lucía Mosquera Hinestroza¹,
Víctor Daniel Calvo Betancur¹

RESUMEN

Introducción: La planificación familiar es un componente esencial en el cuidado de la salud primaria y reproductiva desatendida en poblaciones socialmente vulnerables. **Objetivo:** Evaluar los conocimientos básicos sobre planificación familiar y su aplicación con mujeres en edad reproductiva que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad en un barrio de la ciudad de Medellín, Colombia. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal, en donde se aplicó una entrevista personal semi-estructurada a 100 mujeres elegidas por muestreo abierto. **Resultados:** Las mujeres encuestadas tenían conocimientos básicos sobre la existencia de diferentes métodos de planificación familiar. El 93% de las mujeres no deseaba concebir más hijos, de estas el 38,7% no planificaba en el momento de la entrevista. El 42% tenía un nivel bajo de escolaridad; se halló relación entre este hecho y el número de hijos, donde el 31% de las madres tenía entre 3 y 7 hijos ($p < 0,001$; O.R: 5,8). El 68% de las mujeres tenía vida sexual activa; de estas 69,1% planificaba. El 33% de las mujeres inició su vida sexual antes de los 15 años, además, esto se suma con la no utilización de métodos anticonceptivos, el número de hijos y la no planeación de los embarazos; ($p < 0,02$). **Conclusiones:** El nivel de conocimientos de los métodos de planificación familiar es aceptable, sin embargo, esto no se ve reflejado en el uso. La edad de inicio de relaciones sexuales temprana es un factor determinante de vulnerabilidad, dado que está influenciado por la condición de pobreza de estas mujeres. *Salud UIS 2011; 43 (3): 241-248*

Palabras clave: Planificación familiar, técnicas de planificación, mujeres, vulnerabilidad social

1. Grupo de Investigación en Salud Familiar y Comunitaria. Escuela Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Corporación Universitaria Remington.

Correspondencia: Liliana Franco Hincapié. MSc. Grupo de Investigación en Salud Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina, Escuela Ciencias de la Salud. Corporación Universitaria Remington, Medellín, Colombia. Ed. Coltabaco Torre uno Calle 51 No. 51-27. Teléfono: 511 1000 ext 5606. E-mail: medicina.investiga02@remington.edu.co

Recibido: 13 de Julio de 2011 **Aprobado:** 4 de Agosto de 2011

ABSTRACT

Introduction: Family planning is an essential component of primary health care and reproductive, unattended in socially vulnerable populations. **Objective:** To evaluate the basic knowledge about family planning and its implementation, in women of reproductive age living in poverty and vulnerability in a neighborhood of the city of Medellín, Colombia in 2010. **Materials and Methods:** It was performed a cross sectional study, which applied a semi-structured interview to 100 women elected by open sampling. **Results:** The women surveyed had basic knowledge about the existence of different methods of family planning. 93% of women did not want to conceive more children, the 38.7% of these, did not plan at the time of the interview. 42% had low level of schooling relation was found between this and the number of children, where 31% of the mothers had children between 3 and 7 ($p < 0.001$, OR: 5.8). 68% of the women were sexually active, 69.1% of these planned. 33% began sex before age 15 year old, relating to failure to use contraception, the number of children and not planning pregnancies; ($p < 0.02$). From the women using some form of planning 82% received medical advice for their use, however only 14% belong to the family planning program. **Conclusion:** The level of knowledge of family planning methods is acceptable, however this is not reflected in their use. The age of first sexual intercourse early, is a determinant of vulnerability, because it is influenced by the poverty status of these women. *Salud UIS* 2011; 43 (3): 241-248

Keywords: Family planning, planning techniques, women, social vulnerability

RESUMO

Introdução: A planificação familiar é um componente essencial no cuidado da saúde primária e reprodutiva desconsiderada em populações socialmente vulneráveis. **Objetivo:** Avaliar os conhecimentos básicos sobre o planejamento familiar e a sua aplicação em mulheres na idade reprodutiva que estejam em situação de pobreza e vulnerabilidade num bairro da cidade de Medellín, Colômbia; 2010. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo de corte transversal, onde foi aplicada uma entrevista pessoal semi-estruturada em cem mulheres eleitas por amostragem aberta. **Resultados:** As mulheres entrevistadas tinham conhecimentos básicos sobre a existência de diferentes métodos de planejamento familiar. O 93% das mulheres não desejavam conceber mais filhos, destas o 38,7% não usava métodos de planejamento familiar no momento da entrevista. O 42% tinha baixo nível de escolaridade; encontrou-se relação entre este dado e o número de filhos, onde o 31% das mães tinham entre três e sete filhos ($p < 0,001$; O.R: 5,8). O 68% das mulheres tinham vida sexual ativa; destas 69,1% usavam métodos de planejamento familiar. O 33% iniciou a sua vida sexual antes dos 15 anos, tendo relação com o não uso de métodos de planejamento familiar, o número de filhos e o não planejamento da gravidez; ($p < 0,02$). Das mulheres que usavam algum método de planejamento familiar, o 82% recebeu conselho porem somente o 14% pertencem ao programa de planejamento familiar. **Conclusão:** O nível de conhecimentos dos métodos de planejamento familiar é aceitável, porem isto não esta se refletindo no seu uso. A idade de inicio das relações sexuais de forma prematura é um fator determinante de vulnerabilidade, devido a que isto esta influenciado pela situação de pobreza destas mulheres.

Palavras chave: Planejamento familiar, técnicas de planejamento, mulheres, vulnerabilidade social

INTRODUCCIÓN

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solo de ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia^{1,2}; esta es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones; no se limita al periodo reproductivo de una persona, y está estrechamente relacionada con diversos factores socioculturales, las funciones características de uno u otro sexo y el respeto y la protección de los derechos humanos, en especial los relacionados con la sexualidad y las relaciones interpersonales¹. La planificación familiar es considerada un componente esencial en el cuidado de la salud primaria y reproductiva, juega un papel principal en la morbi-mortalidad materna y del recién nacido, y en la transmisión de enfermedades sexuales³; del mismo modo, trae beneficios para la salud de las mujeres, de los niños, de la familia y de la comunidad en general⁴⁻⁶.

La utilización de anticonceptivos reduce la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres al prevenir los embarazos no deseados y los de alto riesgo; además reduce la necesidad de abortos practicados sin garantías de inocuidad^{4, 6, 7}. Se ha estimado que si se evitaban todos los embarazos de alto riesgo, la mortalidad materna podría reducirse hasta en un 25 %⁴; además, se ha considerado que cada año se podrían evitar 100.000 defunciones maternas en todo el mundo, si todas las mujeres que dicen que no desean tener más hijos pudieran dejar de tenerlos⁸; de igual manera se ha calculado que al ampliar los servicios anticonceptivos para atender las necesidades de las parejas que desean evitar el embarazo, se podrían evitar cada año hasta 850.000 defunciones de niños menores de cinco años⁴.

La planificación familiar trae beneficios para la salud de la familia y de la comunidad, al facilitar a las parejas los medios para tener hogares menos numerosos y más sanos; por otro lado, reduce la carga económica y emocional de la paternidad⁴.

A pesar del aumento en la utilización de anticonceptivos en muchos países en desarrollo; acercándose, en algunos casos, a los niveles de los países desarrollados,

existen necesidades de planificación familiar desatendidas entre las adolescentes, las mujeres adultas solteras sexualmente activas y las casadas (incluidas las que viven en concubinato). En general se registran anualmente unos 80 millones de embarazos involuntarios o no deseados, de los que sólo algunos se deben a fallas anticonceptivas, puesto que no existe ningún método eficaz al 100%¹. Lo anterior se refleja en que cada año se interrumpen unos 45 millones de embarazos involuntarios, 19 millones de estos abortos son peligrosos. El 40% del conjunto de los abortos peligrosos se da en jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. Según las estimaciones, los abortos peligrosos cobran cada año la vida de 68.000 mujeres, lo que representa el 13% del total de defunciones relacionadas con el embarazo^{1,4}. Debido a las cifras anteriores, la salud reproductiva ha sido motivo de preocupación constante en el orden mundial^{2,9}; en este sentido los objetivos de Desarrollo del Milenio incluyen entre sus metas específicas mejorar la salud materna, reducir la mortalidad materna y combatir el VIH/SIDA^{1,10}.

Colombia no ha sido ajena a esta problemática, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2010), la tasa global de fecundidad en Colombia ha venido disminuyendo desde mediados de los años sesenta; en el 2010 dicha tasa fue de 2.1 hijos por mujer; sin embargo, el 52% de los hijos nacidos en Colombia durante los últimos años no fueron planeados o deseados, y si este porcentaje de hijos no deseados se hubiese podido evitar, cada mujer tendría un promedio de 1.6 hijos¹¹. Adicionalmente, en el año 2007 fue reportado que 75.6 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos mueren en Colombia por causas asociadas a la maternidad¹².

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, enunciada por el Ministerio de 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 la violencia familiar y sexual, a la reducción del embarazo adolescente y a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA^{13, 14}. Además, los planes de desarrollo de las entidades territoriales; el caso de “Medellín compromiso de toda la ciudadanía 2004-2007” y “Medellín Solidaria y Competitiva 2008-2011”, también han desarrollado el componente educativo en salud sexual y reproductiva¹⁴⁻¹⁶; a pesar de que se han realizado grandes esfuerzos a nivel local, se siguen presentando falencias en cuanto a

salud sexual y reproductiva se refiere, presentándose principalmente en las comunidades más deprimidas y con mayor vulnerabilidad social de la ciudad; donde se reportan más embarazos no deseados (principalmente en adolescentes), mayor desconocimiento de las prácticas de planificación familiar, aumento de las enfermedades de transmisión sexual, incremento de la tasa de fecundidad y familias más numerosas^{17,18}.

Es bien conocido por la sociedad nacional e internacional que algunos barrios de la ciudad de Medellín (Antioquia- Colombia), han estado excluidos durante años del resto de la ciudad, por ser escenarios de conflictos y de riesgo social, por sus altos índices de pobreza y desempleo, carencia de espacio público, bajos niveles de escolaridad, hacinamiento, alto riesgo de contaminación ambiental, conflicto armado, narcotráfico, violencia familiar y diversas situaciones por las que atraviesan los barrios marginados de las grandes ciudades de América Latina. Además, su población es altamente vulnerable a problemas relacionados con la sexualidad, la reproducción, la explotación sexual y laboral, la discriminación de género; afectando principalmente a las mujeres^{19,20}. En estos sectores las mujeres son las que aportan muchas veces el sustento básico de supervivencia para toda la familia; a pesar de las discriminaciones a las cuales son sometidas; es necesario entonces intervenir en las vulnerabilidades a las que se ven expuestas, como es el caso de la planificación familiar; dado que es un elemento que se relaciona con el bienestar social de la mujer^{20,21}. Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue describir algunos conocimientos básicos sobre planificación familiar y su aplicación, en mujeres en edad reproductiva que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad en un barrio de la ciudad de Medellín, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Observacional descriptivo de corte transversal.

Universo de estudio

Mujeres en edad fértil, de un barrio con condiciones de pobreza y de riesgo social, del norte de la ciudad de Medellín en el año 2010.

Plan de recolección de la información

Previo consentimiento informado se realizó una entrevista personal y semi- estructurada a 100 mujeres elegidas por muestreo abierto, a quienes se explicaron los objetivos y alcances del estudio; identificando componentes sociodemográficos, aspectos de vida sexual, conocimiento y uso de métodos de planificación familiar. De igual forma, las unidades de análisis hacen parte del programa en Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Corporación Universitaria Remington, las cuales conviven en condiciones de vulnerabilidad social; ya que son mujeres expuestas a violencia familiar, conflicto armado, narcotráfico, desplazamiento forzoso, pobreza y bajo nivel de escolarización.

Análisis estadístico

Se utilizaron distribuciones absolutas y relativas para las variables cualitativas e indicadores de resumen para las variables cuantitativas. Además se aplicó la prueba de independencia Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables cualitativas; donde un valor p inferior de 0.05 se consideró estadísticamente significativo. La sistematización, el procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS versión 17.0.

Consideraciones éticas

Esta investigación se clasificó de acuerdo con la declaración internacional de Helsinki, el informe Belmont y la resolución colombiana 8430 de 1993 del Ministerio de Salud como una investigación sin riesgos biológicos, fisiológicos, psicológicos, y sociales para las participantes.

RESULTADOS

Características socio demográficas de la población

Se entrevistaron un total de 100 mujeres en edad reproductiva, con un promedio de edad de 26,6±9 años. El 52% de las mujeres realizó estudios superiores (técnicas y/o tecnologías), el 6% había cursado al menos un grado de secundaria, el 4% había cursado algún grado de la básica primaria y un 38 % no tenía ningún grado de escolaridad. El 25 % de las mujeres no tenía hijos, 44% tenía 1 ó 2 hijos y 31% tenía entre 3 y 7. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos escolaridad media-alta y baja, con respecto al número de hijos, siendo 5,8 veces más probable tener más de

dos hijos, si se tiene nivel de escolaridad de primaria o inferior ($p < 0,001$).

Vida sexual

El 32% de las mujeres manifestó no tener vida sexual activa y el 7% aún no había comenzado su vida sexual; siendo estas últimas menores de 18 años. El 52% inició su vida sexual entre los 15 y 20 años, el 29% entre los 10 y los 15 años y 4% antes de los 10 años de edad. El inicio de la vida sexual temprana está relacionado de manera significativa con la no utilización de métodos anticonceptivos ($p = 0,001$), el número de hijos ($p = 0,014$) y la no planeación de los embarazos ($p = 0,024$).

Conocimientos y uso de métodos de planificación familiar

El método de planificación familiar más conocido es el condón con un 94%, seguido de las inyecciones con un 91%, las píldoras con un 87% y el dispositivo intrauterino con un 76%. Es importante mencionar que una mujer reconoció el agua con limón como método de planificación familiar y que un 17% de las mujeres encuestadas no sabía que los métodos de planificación familiar son gratuitos.

El 59% utiliza algún método de planificación familiar en la actualidad; con respecto a lo anterior se encontró relación significativa con la vida sexual activa ($p < 0,003$), tener más de 2 hijos ($p = 0,007$) y la edad

de inicio de las relaciones sexuales. (Tabla 1). De las mujeres que se encontraban planificando, el 40,7% se había realizado una tubectomía, sin embargo la mayoría de estas no la reconocían como método de planificación familiar. Otros de los métodos más utilizados fueron la inyección con un 16,9%, seguido por las píldoras y el condón, cada uno con un 15,2% y finalmente el DIU con un 7%.

Los métodos de planificación más utilizados durante la vida por las mujeres de esta zona vulnerable fueron las píldoras con un 47%, seguido del condón con un 34%, y la inyección con un 22% un 18% refiere no haber utilizado nunca algún método.

El 30% de las mujeres admitieron haber tenido embarazos no planeados y el 93% de las mujeres no deseaban concebir más hijos, señalan como principal razón no tener posibilidades laborales (30%), de estas el 38,7% no planificaban. De las mujeres que planificaban, únicamente el 23,7% pertenecía al programa de planificación y el 82% recibió asesoría médica para el uso de su método actual; además, sólo un 31% de las mujeres había tenido alguna vez una cita médica de ingreso al programa de planificación familiar. Cabe anotar que el 56% de ellas están afiliadas a una EPS-S y sólo el 5% pertenecen al programa de planificación familiar.

El 86% del total de las mujeres no pertenecía al programa de planificación familiar, de estas un 30% respondieron

Tabla 1. Distribución absoluta y porcentual de la utilización de métodos de planificación y su relación con diferentes situaciones personales y circunstanciales. Medellín, 2010.

Variables	Utiliza métodos de planificación familiar % (na)		Valor p
	Si	No	
Vida sexual activa	Si	69,1 (47)	0,003
	No	37,5 (12)	
Grado de escolaridad	Media o Alta	60,3 (35)	0,453
	Baja	57,1 (24)	
Deseo de concebir más hijos	Si	28,6 (2)	0,098
	No	61,3 (57)	
Grupo de edad de inicio de relaciones sexuales	≤ 15 años	51,5 (17)	0,001
	> 15 años	70 (42)	
Más de un hijo	Si	72,0 (36)	0,007
	No	46,0 (14)	
Embarazos no planeados	Si	63,3 (19)	0,363
	No	57,1 (40)	
Sabe que los métodos de planificación familiar son gratuitos	Si	62,7 (52)	0,086
	No	41,2 (7)	

^a Tamaño de la muestra

no estar en él por desconocimiento, un 18% porque no les gustaría, 14% por creencias religiosas y el 38% restante por otra razón; de estas el mayor porcentaje (15%) refirió tener la tubectomía, 6% dio como respuesta “pereza”, 5% no hacerlo porque aún no había tenido relaciones sexuales, 4% respondieron que por falta de tiempo y el 8% restante dio otras razones.

Con respecto al método de preferencia, el 24% prefieren la tubectomía, el 20% las píldoras, 17% el condón, 15% la inyección, 9% afirmó que no les gustaba ningún método y el 15% prefieren otros métodos.

DISCUSIÓN

En el año 2005, los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada por Profamilia concluyeron en la siguiente frase... “Fracasó la educación sexual en Colombia”..., han pasado 6 años y el panorama es similar, especialmente con las comunidades más vulnerables; los altos índices de pobreza y desplazamiento son causa de hacinamiento y, esto aumenta el riesgo de abusos sexuales, específicamente en mujeres adolescentes, quienes todavía ignoran los procesos físicos y mentales que regulan la vida sexual, esto sumado a las dificultades para acceder a programas educativos dedicados a temas de planificación, todo lo anterior las hace inseguras e incapaces de asumir con responsabilidad, racionalidad y coherencia toda una serie de matices sociales que se desarrollan en su medio.

La presente investigación se realizó en un barrio en condiciones de pobreza y vulnerabilidad del norte de la ciudad de Medellín, este estudio mostró un bajo nivel educativo en las mujeres en edad reproductiva; donde el 42% de ellas tenía niveles de escolaridad iguales o inferiores a básica primaria, excluyéndolas de programas de educación en planificación familiar, impartidos dentro de las instituciones educativas formales¹³, que a pesar de mostrar limitaciones pedagógicas, dado los altos índices de abortos y embarazos no deseados en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, han impactado de manera positiva en las instituciones educativas de la ciudad de Medellín^{14, 15, 22}. Lo anterior se refleja en la relación significativa encontrada entre el grado de escolaridad y el número de hijos, siendo coherente con los resultados de la ENDS 2010, donde se reporta que las mujeres con menor nivel educativo tienden a tener más hijos¹¹. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre el grado de escolaridad y la utilización de métodos anticonceptivos, ni con la planeación de los embarazos.

Según la ENDS 2010 la edad promedio de la primera relación sexual para las mujeres entre 25 y 49 años fue de 18 años y la proporción de este grupo que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años fue de 11%¹¹. En este estudio el 33% de las mujeres inició la vida sexual antes de los 15 años, un valor superior, pero coherente con la vulnerabilidad social de esta población; dado que aunque se ha reportado que en Colombia la actividad sexual comienza entre los 11 y los 18 años, es más común que comience a edades más tempranas en las grandes ciudades y entre las comunidades con mayor riesgo social, marginación y pobreza²³.

En este trabajo se encontró que el inicio de la vida sexual temprana está relacionado de manera significativa con la no utilización de métodos anticonceptivos, la no planeación de los embarazos y el número de hijos. Con respecto a esto, el 30% de las mujeres encuestadas afirman no haber planeado sus embarazos, este valor es bajo si se tienen en cuenta los resultados de ENDS 2010, donde se encontró que el 52 % de los embarazos entre 2005 y 2010 fueron no planeados o no deseados¹¹. Estos resultados deben ser analizados con cautela, puesto que pueden existir sesgos en la información suministrada por las madres; siendo probable el no reconocimiento de un embarazo no planeado, después de haber tenido un hijo.

El porcentaje de uso de métodos de planificación familiar fue de 59%, valor similar al de la población nacional en el 2010 que cuenta con un 61,2%¹¹. A pesar de que 83% de las mujeres encuestadas sabía que los métodos de planificación son gratuitos; el 64% de las mujeres con vida sexual activa no deseaba concebir más hijos, y de estas el 26,6% no planificaba; valor muy alto comparado con los datos reportados por Ashford para el año 2000, donde en Colombia el 83 % de las mujeres casadas entre los 15 y los 49 años no deseaban tener más hijos, sin embargo, el 6% no usa ningún método²⁴, y con los encontrados en la ENDS 2010 donde la demanda insatisfecha en planificación familiar entre mujeres casadas o unidas llega al 7%.

Lo anterior es coherente con el estudio realizado por Profamilia en el 2001 donde se encontró que las mujeres desplazadas por el conflicto armado y/o que viven en áreas marginadas planifican menos¹⁷ y; con otro estudio realizado en el 2004 donde se reportó, que de las mujeres desplazadas entre 15 y 40 años que vivían en pareja, sólo el 70% utiliza algún método de planificación familiar anticonceptivo²³. Estos resultados reflejan que aunque en Colombia los programas de salud reproductiva están

disponibles a través del sistema de salud y los servicios de organizaciones como Profamilia, las mujeres desplazadas y/o marginadas sufren de una carencia de acceso a los servicios de salud médica, particularmente en el área de la salud reproductiva²².

El conocimiento de los métodos anticonceptivos es universal, tanto para la población estudiada como para las mujeres de todo el país, siendo el condón, la inyección y la píldora, los más conocidos en ambos grupos¹¹. Es de resaltar que este conocimiento se refiere muchas veces al hecho de saber que el método existe, pero no al de conocer su correcta utilización; además, sorprende identificar la presencia de mitos urbanos como el de “agua con limón” como método anticonceptivo.

Un 18% de las mujeres del presente estudio refiere no haber utilizado ningún método durante su vida, valor mayor al nacional que cuenta con un 15%¹¹. Los métodos más utilizados durante la vida por las mujeres de este barrio fueron las píldoras con un 47%, seguido del condón con un 34%, los cuales han sido también los más utilizados a nivel nacional¹¹. Los métodos más utilizados en la actualidad por las mujeres entrevistadas y por la población nacional son la tubectomía, la inyección y el condón, con porcentajes muy similares¹¹. Llama la atención la disminución en la utilización de las píldoras en la actualidad, esto puede ser debido a la acogida que han tenido otros métodos anticonceptivos, ya sea por su fácil utilización o por una mayor efectividad^{25, 26}.

De las mujeres que planificaban (59%), únicamente el 23% pertenece al programa de planificación y el 82% recibió asesoría médica para el uso de su actual método de planificación familiar; además, sólo un 31% de las mujeres entrevistadas han tenido alguna vez cita médica de ingreso al programa de planificación familiar, a pesar de que el 56% de las mujeres están afiliadas a una EPS. En el orden nacional los hospitales, clínicas, centros, instituciones o puestos de salud son los principales proveedores de métodos de planificación familiar, ocupando un lugar importante Profamilia y las droguerías¹¹; lo anterior puede explicarse en parte por el desconocimiento que existe con respecto a la obligación legal de las EPS-S de proporcionar los métodos anticonceptivos de forma gratuita, 48% a nivel nacional¹¹ y 17% en la población estudiada.

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo anterior las mujeres en edad fértil de este barrio tienen un mayor grado de necesidad

insatisfecha de planificación familiar que la población general; aspectos como la baja escolaridad, el acceso mínimo a los sistemas de salud, los escasos recursos económicos, el desconocimiento de sus derechos en salud sexual y reproductiva en conjunto, hacen a estas mujeres más vulnerables en este aspecto.

A pesar de que se evidencia en un 93% de las mujeres el deseo de no concebir más hijos, debido a que sería un impedimento para laborar y, esto reduciría sus ingresos económicos lo que afectaría a sus familias, el 38,7% de estas no planifica; sumado a esto, un 86% de las mujeres de este estudio no pertenece a ningún programa de planificación familiar, un 30% de ellas argumentan desconocimiento; lo anterior demuestra que todavía los planes en salud pública de las entidades territoriales están en deuda con el bicondicional enseñanza – aprendizaje en los temas de salud sexual y reproductiva para las mujeres en sectores con riesgo social, los cuales no han sido lo suficientemente coherentes y dialogados con las percepciones de ellas.

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación contó con el apoyo económico de la Facultad de Medicina de la Corporación Universitaria Remington.

Se agradece al grupo de mujeres de un barrio del norte de la ciudad de Medellín por hacer parte activa y primordial de esta investigación y, a los estudiantes, docentes y directivos del programa de Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Corporación Universitaria Remington, por su labor continua y constante en las comunidades más vulnerables de la ciudad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Corporación Universitaria Remington aprobó la realización del trabajo; todos las mujeres otorgaron su consentimiento informado verbal para ser incluidos en el estudio.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no hay conflictos de interés en este trabajo.

REFERENCIAS

1. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_spa.pdf
2. <http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm>
3. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/fp_advocacytool_kit.pdf
4. http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_FHE_FPP_95.11_spa.pdf
5. http://bixbycenter.ucsf.edu/publications/files/FPACT_FS_2006_BenefitsofFamilyPlanning_2007_Spanish.pdf
6. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_effects_contra.pdf
7. http://siteresources.worldbank.org/Health_NutritionAndPopulation/Resources/281627-1095698140167/FertilityRegulationsFinal.pdf
8. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud. 1993. Washington, D.C.
9. <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>
10. http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.7_spa.pdf
11. <http://encuestaprofamilia.com/>
12. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/estadisticas/dafault.aspx>
13. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Dirección General de Salud Pública. Política nacional de salud sexual y reproductiva. 2003. Bogotá.
14. Almanza RE. Política de salud sexual y reproductiva como respuesta a la situación de salud en Medellín, 2008-2011. *Salud Pública de Medellín* 2008; 31(1): 87-101.
15. 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. *Revista Salud Pública de Medellín* 2008; 3(1): 47-62.
16. http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/P_desarrollo/P_desarrollo.jsp?idPagina=380
17. http://www.profamilia.org.co/encuestas/04desplazadas/pdf2005/resumen_desplazadas_2005.pdf
18. Cardona D. Comportamiento de la fecundidad en Medellín, 2006. *Revista Salud Pública de Medellín* 2008; 3(1): 75-86
19. http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/I_gestion/obj/img/pdf/moravia.pdf
20. http://www.upc.edu/saladeprensa/al-dia/mes-noticias/la-catedra-unesco-de-sostenibilidad-transforma-un/M3_moravia-UPC-UDEA-ACI-AM.pdf
21. http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/I_gestion/obj/img/pdf/moravia.pdf
22. http://www.senado.gov.co/portalsenado/attachments/645_PL_193_09_S_Educacion_para_el_Desarrollo_de_la_Sexualidad.pdf
23. <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4831.pdf>
24. http://www.prb.org/pdf/UnmetNeed_Spanish.pdf
25. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010; 15 (1): 4-16
26. Trusse J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011; 83(5): 397-404