

## Capítulo 4

---

# Historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali, 2018

---

**Luz Adriana Meneses Urrea  
Dolly Villegas Arenas  
Francisco Javier Loba Viáfara**

### **Cita este capítulo:**

Meneses Urrea LA., Villegas Arenas D. y Loba Viáfara FJ. Historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali.,2018. En: Zambrano Bermeo RN. y Marín Muñoz JA. (eds. científicos). *Mujeres, Salud y Cotidianidad. ¿Iguales o diferentes?*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp 99-117..



---

## Capítulo 4

### Historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali, 2018

---

**Luz Adriana Meneses Urrea\***

<https://orcid.org/0000-0002-7327-2635>

**Dolly Villegas Arenas\*\***

<https://orcid.org/0000-0002-1584-7955>

**Francisco Javier Lobo Viáfara\*\*\***

<https://orcid.org/0000-0003-2394-9289>

#### RESUMEN

##### Objetivo General

Describir la historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten a un programa de tamización de citología cervicouterina en Cali.

##### Metodología

Estudio observacional descriptivo de corte transversal; la información se obtuvo de la base de datos del programa de tamizaje de citología cervicouterina de una institución pública de Cali. Los datos corresponden a mujeres que asistieron al programa durante el periodo comprendido entre julio 2018 y junio de 2019. Mediante cálculo del tamaño de la muestra a través del programa statcal de Epi Info versión 7.2.4.0 se obtuvo una muestra representativa de 658 registros de usuarias. Se estudiaron variables relacionadas con la historia sexual y variables de la salud reproductiva. Se realizó un análisis descriptivo de las variables. El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética.

\* Universidad Santiago de Cali  
Cali, Colombia

✉ [luz.meneses.00@usc.edu.co](mailto:luz.meneses.00@usc.edu.co)

\*\* Universidad Santiago de Cali  
Cali, Colombia

✉ [dolly.villegas00@usc.edu.co](mailto:dolly.villegas00@usc.edu.co)

\*\*\* Universidad Santiago de Cali  
Cali, Colombia

✉ [francisco.loboa00@usc.edu.co](mailto:francisco.loboa00@usc.edu.co)

## **Resultados**

De las 658 mujeres, la mediana 31 años, con historia sexual de menarca a los 13 años, sexarca a los 17 años, más de la mitad aceptó relación con dos o más parejas al inicio de las relaciones sexuales, el 48,2% planificaba. En la categorización del tamizaje 2018 - 2019 se reportó como negativa para lesión intraepitelial o malignidad en el 70,7% de las mujeres.

Conclusiones: Los resultados ofrecen información valiosa de salud pública que permite la identificación de conductas de riesgos con relación a la salud sexual y reproductiva de la mujer para disfrutar de una sexualidad libre, responsable y segura.

**Palabras clave:** sexualidad, tamizaje, reproducción, embarazo y fertilidad.

## **Abstract**

### **General Objective:**

To describe the sexual and reproductive history of clients attending a cervical smear screening program in Cali.

### **Methodology**

Cross-sectional, descriptive, observational study. Information was obtained from the database of the cervical cytology screening program of a public institution in Cali. The data corresponds to women who attended the program during the period July 2018 to June 2019. By calculating the sample size through Epi Info's statcalc program version 7.2.4.0, a representative sample of 658 user records was obtained. Variables related to sexual history and reproductive health variables were studied. A descriptive analysis of the variables was carried out. The project was approved by the Ethics Committee.

### **Results**

Of the 658 women, the median age was 31 years, with a sexual history of menarche at 13 years, sexarche at 17 years, more than half accepted relationship with two or more partners at the beginning of sexual relations,

48.2% planned. In the screening categorization 2018 - 2019 was reported as Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy in 70.7% of the women.

**Keywords:** Sexuality, screening, reproduction, pregnancy, fertility.

### **Conclusions**

The results provide valuable public health information that allows the identification of risk behaviors related to women's sexual and reproductive health in order to enjoy a free, responsible and safe sexuality.

## **INTRODUCCIÓN**

La salud sexual y reproductiva así definida tiene su origen en la "Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas" (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Fue en esta conferencia donde se acuñó por primera vez este término. Por lo tanto, se hace necesario definir la salud sexual y reproductiva. La salud sexual es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones<sup>2</sup>. Lo que implica el disfrute de una vida sexual libre de riesgos, placentera y con capacidad de decidir libremente procrear o no, cuándo y con qué frecuencia<sup>1</sup>.

Los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad para mujeres en edad fértil. Debido a que una vez se inicia la actividad sexual la mujer tiene riesgos de embarazos no deseados, infecciones y alteraciones cervicales. Es así como los servicios de salud deben permitir el acceso a esta población a asesoría en anticoncepción y tamización de cáncer de cérvix.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015, el 31.1% de las mujeres entre 20 a 24 años tuvieron su primera relación antes de los 15 años, el promedio de hijos fue de 2.2, el 80.9% usó algún mé-

todo anticonceptivo y el 94% de las mujeres entre 21 y 69 años se había tomado la citología <sup>3</sup>.

La investigación es un estudio descriptivo de corte transversal con mujeres que consultaron al programa de tamización cervicouterina de una entidad de salud, donde se logró conocer la historia sexual y reproductiva que permita identificar los factores de riesgo y los actores en salud para plantear intervenciones en busca de mejorar los indicadores en salud sexual y reproductiva.

## **MARCO REFERENCIAL**

La sexualidad es un aspecto de interés no solo para la persona, la pareja, y la familia sino en general para las comunidades; los países cada vez muestran mayor interés en la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y han legislado en este sentido, reconociendo en este tema influencia en la satisfacción de las personas, el desarrollo, la realización personal, social y económica.

De acuerdo con Zapata et al, la sexualidad es un concepto polisémico, es decir tiene muchos significados, es polivalente, se puede utilizar para muchas cosas, reproducción, placer, control, poder y aun en ocasiones puede dañar; así mismo la sexualidad es cambiante de acuerdo con los cambios en el desarrollo de las personas y a lo largo de la historia <sup>4</sup>.

La OMS 2020, define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Se requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluta libertad para decidir de una manera responsable e informada <sup>5</sup>.

La salud sexual y reproductiva tiene un alcance social, cultural y biológico, pretende el bienestar integral de la persona, de allí la importancia de ejercer una sexualidad saludable, responsable y satisfactoria conociendo los riesgos y la forma de prevenirlos.

En la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, en la declaración de los derechos sexuales y reproductivos, 1997, se afirma que los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Teniendo en cuenta que la salud es un derecho fundamental declaró entonces que la salud sexual debe ser un derecho humano básico <sup>6</sup>.

La declaración menciona y promueve once derechos sexuales a saber:

1. El derecho a la libertad sexual
2. El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual
3. El derecho a la privacidad sexual
4. El derecho a la equidad sexual
5. El derecho al placer sexual
6. El derecho a la expresión sexual emocional
7. El derecho a la libre asociación sexual
8. El derecho a hacer opciones reproductivas, libres y responsables
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico
10. El derecho a la educación sexual comprensiva
11. El derecho al cuidado de la salud sexual

En Colombia la “Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos” se estructura a partir del Plan Decenal de Salud. Considera la sexualidad como una dimensión humana necesaria para el desarrollo de las potencialidades de las personas, de los grupos y las comunidades, y le otorga prioridad en las acciones de salud pública, involucrando la participación y el compromiso sectorial, transectorial y comunitarios hacia una sexualidad plena, libre, responsable; de tal forma que progrese en la supe-

ración de paradigmas relacionados con la salud sexual, para que la población viva su sexualidad dentro de un marco de derecho, y en este sentido espera que en el año 2021, la población colombiana evidencie avances en el reconocimiento y efectiva realización de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

La política plantea las acciones relacionadas con la promoción, protección, atención y reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la atención primaria en salud como es la promoción de los derechos reproductivos y equidad de género y la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derecho; teniendo como objetivos la promoción y mantenimiento de la salud, la gestión del riesgo y el restablecimiento de derechos a los niveles nacional, departamental y local. Como estrategias se plantean las siguientes: fortalecimiento de la gestión de sector salud, generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados, movilización social, gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y gestión de conocimiento.

## **METODOLOGÍA**

Estudio observacional descriptivo de corte transversal, la información se obtuvo de la base de datos del programa de tamizaje de citología cervicouterina de una institución pública de Cali. Los datos corresponden a mujeres que asistieron al programa durante el periodo comprendido entre julio 2018 y junio de 2019. En total fueron 76.185 usuarias.

Se incluyeron los registros de las mujeres entre 25 y 69 años y las menores de 25 años con vida sexual activa afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado; se excluyeron 171 registros que se identificaron como incompletos o no congruentes. Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra mediante el programa statcalc de Epi Info versión 7.2.4.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos de América) teniendo en



cuenta los siguientes parámetros: frecuencia de exposición 50%, margen de error aceptado 5% y nivel de confianza 99%, se obtuvo una muestra de final 658 registros de usuarias.

La selección de los registros se realizó mediante muestreo aleatorio simple. Además de la edad, se estudiaron variables relacionadas con la historia sexual, tales como: edad de la primera menstruación, edad de inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, antecedentes de citología cervicouterina, vacuna contra VPH; también se describen aspectos de su salud reproductiva tales como estado de gestación, edad en el primero y último embarazo, número de embarazos, partos, cesáreas, abortos.

Los datos fueron digitados y procesados en el sistema estadístico Excel y posteriormente procesados en el programa estadístico Epi Info versión 7.2.4.del CDC. El análisis estadístico se realizó mediante la descripción de la población; para las variables continuas se calcularon medidas de tendencia central como medias, medianas, medidas de dispersión y categorización. Las variables categóricas se reportan con frecuencias absolutas y relativas.

El proyecto se realizó teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993, y de acuerdo con las implicaciones éticas corresponde a un estudio *sin riesgo*, ya que por tratarse registros no se realizó intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales; el proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali, mediante Acta No 05 del 20/03/2020.

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos de esta investigación muestran que, del total de 658 usuarias, el promedio de edad fue de 31 años, con una desviación estándar de  $\pm 13$ , la moda y la mediana de 24 años respectivamente.

La tabla 2, muestra el comportamiento de las variables relacionadas con la historia sexual de las mujeres. El promedio de edad de la primera menstruación fue de 13 años,  $\pm 2$  años, (9 - 19 años), el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17 años,  $\pm 3$  años, (9 - 51 años), más de la mitad de las mujeres aceptó haber tenido dos o más parejas al inicio de las relaciones sexuales (66,0 %) y el 3,0% refieren haber tenido dos o más parejas en el último año. El 11% refieren estar vacunadas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y con relación a los antecedentes de infección de transmisión sexual, 52 mujeres admitieron haber padecido alguna ITS, lo que representa el 8,0%; de estas en orden de frecuencia, predominó el VPH (48,1%), Sífilis 21,2%, Clamidia 17,3%. El comportamiento de estas infecciones se observa en la tabla 3.

**Tabla 2. Historia sexual de las mujeres**

VARIABLE			
<b>Edad primera menstruación</b>	Promedio 13 años	97	15%
<b>Edad primera relación sexual</b>	Promedio 17 años	28	4%
<b>N° de parejas al inicio de la relación</b>	1 o menos	224	34%
	2 o mas	434	66%
<b>N° de parejas en el último año</b>	1 o menos	638	97%
	2 o mas	20	3,0%
<b>Vacuna VPH</b>	Si	72	11%
	No	502	76%
	No reporta	84	13%

<b>Antecedentes de ITS</b>	Si	52	8%
	No	514	78%
	No reporta	79	12%
	No sabe	13	2%

Fuente: Historia Sexual y reproductiva de usuarios que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali, 2018

**Tabla 3. Mujeres según antecedentes de ITS**

<b>ITS</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
VPH	25	48,1%
Sífilis	11	21,2%
Clamidia	9	17,3%
VIH	3	5,8%
Gonorrea	2	3,8%
Otra	2	3,8%
Total	52	100%

Fuente: Historia Sexual y reproductiva de usuarios que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali, 2018

En la tabla 4, se muestran aspectos de salud reproductiva. Se observa que al momento de la tamización de la citología cervicouterina el 48,2% manifestó uso de algún método de planificación familiar. El 3,3% se encontraba en estado de gestación, el 56,1% refirió gestaciones previas, el promedio de embarazos fue 2 y de partos 1. El 52,1% refiere uno o dos embarazos y el 61,5% de las personas 1 o 2 partos.

El 87,5% refiere historia de 1 a 2 cesáreas y el 96,2% historia de 1 o 2 abortos. La edad promedio al primer embarazo fue de 20 años, y con relación a la categorización previa se identificó que en el 68,4% el tamizaje fue reportado negativo para lesión intraepitelial o malignidad y en la categorización del tamizaje 2018 - 2019 se identificó que el 70,7% se reportó como negativa para lesión intraepitelial o malignidad.

**Tabla 4. Historia de salud reproductiva de las mujeres**

<b>VARIABLES</b>			
<b>Planificación familiar</b>	Si	317	48,2%
	No	276	41,9%
	No Aplica	30	4,6%
	No registra	35	5,3%
<b>Estado de gestación</b>	Gestante	22	3,3%
	No Gestante	632	96,0%
	No Reporta	4	0,6%
<b>N° de embarazos (<math>\bar{X}</math>: 2 Embarazos) n: 388</b>	1 -2 embarazos	202	52,1%
	3 o más	186	47,9%
<b>N° de partos (<math>\bar{X}</math>: 1) n:356</b>	1 - 2 partos	219	61,5%
	3 o mas	137	38,5%

<b>N° de cesáreas (<math>\bar{X}</math>: 0)</b> <b>n: 112</b>	1 o 2 cesáreas	98	87,5%
	3 o más	14	12,5%
<b>N° de abortos (<math>\bar{X}</math>: 0)</b> <b>n: 130</b>	1 - 2 abortos	125	96,2%
	3 o más	5	3,8%
<b>Edad primer embarazo (<math>\bar{X}</math>: 20)</b> <b>n: 421</b>	Edad promedio ( 20 años)	40	9,5%
<b>Categorización tamizaje previo</b>	Negativa para Lesión Intraepitelial o Malignidad	450	68,4%
	Anormalidades Celulares Epiteliales	24	3,6%
	No Reporta	142	21,6%
	No Sabe	42	6,4%
<b>Categorización tamizaje 2018 - 2019</b>	Negativa para Lesión Intraepitelial o Malignidad	472	71,7%
	Anormalidades Celulares Epiteliales	26	4,0%
	Sin dato	160	24,3%

Fuente: Historia sexual y reproductiva de usuarios que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali, 2018 - 2019

## DISCUSIÓN

En el estudio realizado a mujeres que consultaron un programa de tamización cervicouterino de la ciudad de Cali, el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17 años,  $\pm$  3 años, (9 – 51 años). En el mismo sentido Gonzales et al en su estudio realizado con adolescentes en Chile encontró que el promedio de inicio de relaciones sexuales fue 16 años<sup>7</sup>. Por otro lado, en Colombia, el promedio de inicio de relaciones sexuales para mujeres fue de 17.7 años<sup>3</sup>. Con relación al promedio de parejas sexuales al inicio de vida sexual es de tres y en el último año una. Betancur et al en su estudio refiere que el número promedio de parejas sexuales fue de 2,86 entre aquellos que han iniciado relaciones con un rango de variación entre 1 y 25 parejas<sup>8</sup>. Méndez et al, refieren que el número de parejas fue de 1,27<sup>9</sup>. Diversos estudios refieren que el inicio de relaciones temprano y el número de parejas inciden en las alteraciones cervicouterinas<sup>10,11</sup>.

Con relación al uso del anticonceptivo el 48% informó que planificaba con algún método. De igual forma Rivet et al, refirió que el 45% de las mujeres había utilizado un anticonceptivo<sup>12</sup>. En un estudio realizado en Bucaramanga – Colombia se encontró que el 52.1% había utilizado un método de planificación<sup>8</sup>. Por otro lado, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia refirió que el uso de método de planificación en mujeres de 15-49 años estuvo entre 81.6 a 82,5%<sup>3</sup>. Con relación a los embarazos, el promedio de gestaciones fue dos. Robles et al refirieron en su estudio que el promedio de partos era dos<sup>13</sup>.

En los antecedentes de infecciones de transmisión sexual se presentó con mayor frecuencia el VPH con 48,1%, seguido de sífilis con 21,2% y clamidia con un 17.3%. Perez-morente et al encontraron que el VPH tuvo una prevalencia de 93 (18,8%) casos, seguido de molluscum contagiosum con 28 (5,6%) y candidiasis con 19 (3,8%)<sup>14</sup>. Para Cordero et al, las más frecuentes fueron candidiasis (65,38%) seguida de sífilis (26,92%)<sup>15</sup>.

En el estudio el 11% de las mujeres refirió haber recibido la vacuna de VPH. En Colombia en el 2014, a raíz de los sucesos ocurridos en Carmen de Bolívar, en relación a complicaciones presentadas después de la vacunación contra el VPH, mas no confirmadas, las tasas de cobertura de vacunación bajaron pasando de tener una cobertura de vacunación del 98% en la primera dosis en el 2012 a 63.6% en el 2014 <sup>16,17</sup>. En lo reportado por la OPS en las américas la cobertura de vacunación en 2018 varió entre 2% y 97 % <sup>18</sup>. De acuerdo con la estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino se planteó como meta alcanzar una cobertura de vacunación de un 80% <sup>19</sup>. En otro estudio realizado en Canadá solo el 1.3% había recibido la vacuna de VPH <sup>20</sup>. Finalmente, con relación a los resultados de la citología en el último año se reportó el 70,5% negativa para neoplasia. De acuerdo con Lazara et al, el porcentaje de alteración cervicouterina es del 2,5% <sup>10</sup>.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados de la investigación de la historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten a un programa de tamización de citología cervicouterina en la ciudad Cali permiten identificar conductas de riesgo como pueden ser: inicio de relaciones sexuales a temprana edad, tres o más parejas al inicio de la vida sexual, relaciones sin protección de anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, conllevando a embarazos no deseados y alteraciones cervicouterinas entre otras.

Es importante fortalecer desde la atención primaria en salud la información y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el goce de una sexualidad responsable y libre de riesgos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
2. OMS. Salud reproductiva [Internet]. Available from: [https://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)
3. MinSalud, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Profamilia [Internet]. 2015; 2:1–832. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>
4. Zapata Boluda RM, Gutierrez Izquierdo M I. Salud sexual y reproductiva [Internet]. Almeria U, editor. 2016. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zq25CwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=salud+sexual+y+reproductiva&ots=X6y1d94Z5H&sig=-DZsiljzufGz3pPaG4fU5xOS9EV4#>
5. OMS. Salud sexual y reproductiva [Internet]. 2020. Available from: [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](https://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
6. Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología. Declaración Universal de los derechos sexuales y reproductivos 1997. 1997.
7. Gonzalez A EG, Molina G TM. Inicio sexual en contexto de sexo casual y su asociación a comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva en adolescentes. 2019;84(1):7–17. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262019000100007&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000100007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000100007>.
8. Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Montero Torres L. Salud Sexual Y Reproductiva en Adolescentes: La Fragilidad de la Autonomía. Hacia la promoción de la salud. 2016;0121-7577(2462–8425):52–62.
9. Méndez-Ruiz MD, Villegas-Pantoja MÁ, Guzmán-Ramírez V, Santos-Ramírez CJ. Alcohol, edad de la primera relación sexual y número de parejas sexuales en jóvenes mexicanas. Enfermería Clínica [Internet]. 2020; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/>



- article/pii/S1130862120302394
10. Lazara Malagón, Montano, Pérez Sánchez Y, Acuña AM, Adán GFG. Estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva Comparative Study of Risk Factors in Women with Positive Pap. 2015;31(3):286–94.
  11. Cordero Martínez J. Citologías alteradas, edad inicio de las relaciones sexuales, número de parejas y promiscuidad. Rev ciencias médicas La Habana. 2015;21(2):357–70.
  12. Rivet D, Robinson H, Sydora BC, Ross S. Contraception Use and Attitudes Among Women Seeking Pregnancy Termination: Descriptive Cross-Sectional Survey. J Obstet Gynaecol Canada [Internet]. 2020; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216320305442>
  13. Robles-Santos RJ. Factores psicosociales que intervienen en la regulación de la fecundidad en mujeres, Tunja, Colombia, 2014-2016. 2017;4(2):169–87.
  14. Pérez Morente MA, Cano Romero E, Sánchez Ocón MT, Jimenez Bautista F, Hueso Montoro C. Sexuality Risk Factors among People with Suspect of Sexually Transmitted Disease. 2017
  15. Quispe MD. Vista de frecuencia de infecciones de transmisión sexual en pacientes gestantes.pdf.
  16. Ministerio de Salud y Protección Social. Jornada de vacunación VPH [Internet]. 2014. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/JORNADAEVACUNACIONCONTRAELVIRUSDELPAPILOMA HUMANO.pdf>
  17. BS J-C. Descripción de eventos adversos relacionados con aplicación de vacuna contra el virus de papiloma humano en Bogotá. Universidad del Rosario; 2015.
  18. OPS. Promoción de la salud una antología. 1996.
  19. OPS. Actualización en la vacunación contra el VPH en las Américas. 2018. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=actualizacion-en-la-vacuna-vph-lucia-de-oliveira-paho&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=actualizacion-en-la-vacuna-vph-lucia-de-oliveira-paho&Itemid=270&lang=es)
  20. Steben M, Durand N, Guichon JR, Greenwald R, McFaul S, Blake J.

- Health Policy a National Survey of Canadian Adults on HPV : Knowledge , Attitudes , and Barriers to the HPV Vaccine. 2019.
21. Batyra E. Cambio de comportamiento en el uso de anticonceptivos después de un parto no planeado en Colombia y Perú. *Guttmacher Institute*. 2020; 46: p. 9-19. from: <https://www.guttmacher.org/es/journals/ipsrh/2020/03/contraceptive-use-behavior-change-after-unintended-birth-colombia-and-peru>
  22. Bakibinga P, Matanda DJ, Ayiko R, et al. Pregnancy history and current use of contraception among women of reproductive age in Burundi, Kenya, Rwanda, Tanzania and Uganda: analysis of demographic and health survey data *BMJ Open* 2016; **6**: e009991. doi: 10.1136 / bmjopen-2015-009991
  23. Chen M, Luo Y, Fu J, et al. Reproductive health status and related knowledge among women aged 20–39 years in rural China: a cross-sectional study. *Reproductive Health* [Internet]. 2020 [citado 4 octubre 2020] ;(1). Disponible en: file:///C:/Users/pc/Downloads/Reproductivo2020Acceso-abierto-a-la-salud-reproductiva.pdf.
  24. Thomas PP, Yadav J, Kant R, et al. Sexually Transmitted Infections and Behavioral Determinants of Sexual and Reproductive Health in the Allahabad District (India) Based on Data from the ChlamIndia Study. *Microorganisms* [Internet]. 2019 1–3. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-2607/7/11/557#cite>
  25. Warzecha D, Szymusik I, Pietrzak B, Kosinska-Kaczynska K, Sierdzinski J, Sochacki-Wojcicka N, Wielgos M. Sex education in Poland - a cross-sectional study evaluating over twenty thousand polish women's knowledge of reproductive health issues and contraceptive methods. *BMC Public Health*. 2019 Jun 3;19(1):689. doi: 10.1186/s12889-019-7046-0. PMID: 31159803; PMCID: PMC6547576.
  26. Lafort, Y., Lessitala, F., Candrinho, B. et al. Barriers to HIV and sexual and reproductive health care for female sex workers in Tete, Mozambique: results from a cross-sectional survey and focus group discussions. *BMC Public Health* 16, 608 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3305-5>
  27. Paschen-Wolff MM, Greene MZ, Hughes TL. Sexual Minority Wom-

- en's Sexual and Reproductive Health Literacy: A Qualitative Descriptive Study. *Health Education & Behavior*. 2020;47(5):728-739. doi:10.1177/1090198120925747
28. Everett BG, Higgins JA, Haider S, Carpenter E. Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling? *Journal of Women's Health* [Internet]. 2019;(28). Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jwh.2017.6866>
  29. Hauck Y, Nguyen T, Frayne J, Garefalakis M & Rock D. (2015) Sexual and Reproductive Health Trends Among Women With Enduring Mental Illness: A Survey of Western Australian Community Mental Health Services, *Health Care for Women International*, 36:4, 499-510, DOI: 10.1080/07399332.2014.973957
  30. Lafort Y, Greener R, Roy A. et al. Sexual and reproductive health services utilization by female sex workers is context-specific: results from a cross-sectional survey in India, Kenya, Mozambique and South Africa. *Reprod Health* 14, 13 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0277-6>