



FACTORES ASOCIADOS DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL CON LA TOMA
DE CITOLOGÍA EN COLOMBIA.

YULY MARCELA SÁNCHEZ RINCÓN

TRABAJO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

BOGOTÁ, 2020

FACTORES ASOCIADOS DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL CON LA TOMA
DE CITOLOGÍA EN COLOMBIA.

AUTOR:

YULY MARCELA SÁNCHEZ RINCÓN

DIRECTOR:

ANGELA MARÍA PINZÓN RONDÓN

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO (ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA
SALUD), DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA.

BOGOTÁ D.C, 2020

RESUMEN

Fundamento: El Cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte en las mujeres del mundo. La citología ha permitido realizar un diagnóstico oportuno disminuyendo su mortalidad, sin embargo, algunas mujeres continúan sin tener acceso a la misma. El objetivo de este artículo es explorar si existe un factor asociado entre la toma de citología y la pobreza multidimensional en Colombia.

Métodos: Análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2015. Se incluye información de 22 446 mujeres entre 21 y 49 años que haya iniciado su vida sexual y que no tuvieran Histerectomía. Se presenta estadística descriptiva de la muestra y se calcularon medidas de asociación entre la toma de citología vaginal y la pobreza multidimensional crudas y ajustadas a partir de modelos de regresión logística.

Resultados: se realizó unas frecuencias donde el 95,7% de ellas se la realizan la citología y el 86,1% obtuvieron el resultado. Los modelos ajustados muestran la toma de citología está asociada con la edad, el estado civil, lugar de residencia, el quintil de riqueza (muy pobre, pobre y medio) y con la pobreza multidimensional: logro educativo (OR: 0,95; IC95%: 0,92-0,98); condiciones de la niñez (OR: 0,66; IC95%: 0,5-0,86); aseguramiento (OR: 0,83; IC95%: 0,78-0,89); empleo formal (OR: 1,32; IC95%: 1,07-1,62) y acceso a los servicios públicos (OR: 1,19; IC95%: 1,09-1,29).

Conclusiones: Este estudio muestra la asociación tanto beneficiosa como dañina de las dimensiones de la pobreza multidimensional con la toma de la citología.

Palabras Claves. Citología, Pobreza, Cáncer, inequidad, desigualdad.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer de cérvix es un tipo de cáncer que se produce en las células que revisten el cuello uterino, afectando principalmente la unión de los epitelios escamoso y columnar del exocérvix y endocérvix(1). Esta enfermedad es causada por el Virus del papiloma Humano (VPH), el cual es transmitido sexualmente infectando casi el 75 % de la población sexualmente activa entre los 20 y 25 años de edad en el mundo(2). En mujeres mayores de 30 años la presencia del VPH indica generalmente una infección persistente que aumenta el riesgo de desarrollar neoplasias del cuello uterino y cáncer(2), algunos virus del papiloma humano producen verrugas en las zonas afectadas y se conocen como bajo riesgo, en cambio el VPH 16 y 18 se consideran de alto riesgo(3).

El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte en las mujeres a nivel mundial(4), de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), este cáncer es el más frecuente y mata a más mujeres que cualquier otra forma de cáncer, principalmente en África subsahariana, Asia, parte de Centroamérica y Suramérica(4). En el año 2014 se estimó que de 530 232 casos nuevos, 453 531 de ellos se presenta en países en desarrollo, por ejemplo, en Guayana, Nicaragua, Honduras, El salvador, Bolivia, Paraguay, Perú, Venezuela y Guatemala(5). Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en el año 2014 refirió que en el mundo 9 de 10 mujeres, vivían y murieron en países de bajos y medianos ingresos, en cambio en los países de altos ingresos fueron 1 de cada 10 mujeres(4).

En Colombia, según el boletín de información del año 2018 de la Cuenta de alto costo, el cáncer de cuello uterino (CCU) ocupó el cuarto lugar entre los tumores malignos priorizados para la Cuenta de Alto Costo (CAC) en la población total y el segundo entre las mujeres, con un total de 15 159 pacientes afectadas, 2 128 casos nuevos y 1 002 total de pacientes fallecidas, siendo la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres(6).

La citología es una herramienta fundamental para la detección de anormalidades morfológicas de la unión escamo columnar del cuello uterino(7). Este método ha permitido la detección precoz del CCU y para lesiones precancerosas en los países desarrollados en un 75 %, aproximadamente(2), sin embargo en los países en vía de desarrollo la reducción no ha sido la esperada(8). Algunos de los factores que podrían explicar esta diferencia son: la educación, condiciones de trabajo, nivel educativo, tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, dieta mal balanceada(9), edad de la primera relación sexual, número de compañeros sexuales, paridad, antecedentes de la vida sexual de la pareja, no utilizar preservativo, uso de anticonceptivos hormonales y tiempo de la toma de estos(10). También cuando las condiciones sanitarias son malas, la mortalidad por cáncer aumenta y la supervivencia, pero disminuye la calidad de vida de los pacientes (10), esto impacta de manera negativa en la incidencia, prevención, diagnóstico, tratamiento, calidad de vida y en la mortalidad por cáncer, por eso Wagstaff resume esto en una frase” La pobreza engendra la mala salud y la mala salud perpetua la pobreza”(9), un ejemplo de este drama es que en los países pobres son elevadas las tasas de mortalidad por CCU porque tienen menos acceso a los programas de control de cáncer(11).

Dentro de los modelos de análisis para probar la relación entre pobreza y salud, Amartya Sen ve la pobreza de dos maneras, una como escasos ingresos, donde estos ingresos no permiten acceder a una canasta mínima de necesidades vitales, y por otro lado habla de un insuficiente acceso a servicios básicos como alimentación, vestimenta, vivienda, servicios de salud, educación, saneamiento ambiental y estímulos socioculturales(12).

En Colombia, en los últimos años, Samuel Arias en su revisión sistemática evidencio como la población más pobre y vulnerable, que no estén aseguradas a un sistema de salud, tienen

mayor dificultad para acceder a diagnóstico temprano y por ende a un tratamiento oportuno(9).

Por los anteriores factores se ha dado la necesidad de ver la pobreza de una manera multidimensional, que se encarga de estudiar el fenómeno de la pobreza desde un enfoque mucho más completo, de ahí que se pueda mezclar con la pobreza integral, ya que incorpora otros factores además del meramente monetario, tal como el estado de la vivienda, salud, educación, empleo y relaciones sociales(13). Las medidas de pobreza multidimensional (PM) nos revela quienes son los pobres y de qué manera son pobres, para así conocer el nivel de pobreza en las diferentes zonas del país(14), por eso se habla de un índice de pobreza multidimensional (IPM) que nos permite medir las múltiples carencias que experimentan los hogares al mismo tiempo, este índice nos refleja la proporción de personas en una población que son pobres multidimensionales y su número promedio de carencias que cada persona pobre experimenta al mismo tiempo (14).

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de cáncer de cuello uterino en Colombia y los problemas de inequidad en el país, este estudio pretende Determinar si existe asociación entre la toma de citología y la pobreza multidimensional en Colombia 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico de corte transversal utilizando los datos del cuestionario individual del hogar y de la mujer de la Encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDS) para Colombia 2015 (15), la población estudio son mujeres de 21 a 49 años de edad, criterio de inclusión: que hayan iniciado su vida sexual, contestado el cuestionario y como criterio de exclusión: mujeres con histerectomía. para una muestra total de 22 446 mujeres.

Se consideraron 4 variables de citología y se exploró la asociación con las cinco dimensiones de pobreza multidimensional (condiciones educativas, de la niñez, de la salud, del trabajo y de la vivienda), cada una de las variables de citología fue ajustada por grupo de edad en 3 categorías: 21 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años; lugar de residencia: Rural y urbana; estado civil: casada/viven con pareja, viuda, divorciada/ya no viven juntos; etnia: indígenas, afrodescendientes, no pertenece a una etnia, otras; nivel educativo: Primaria, Secundaria y Técnica – Índice de riqueza: Muy pobre, pobre, medio rico, rico.

Se realizó un análisis estadístico usando el software IBM SPSS Statistics v25,0 calculando frecuencias absolutas para la caracterización sociodemográfica y de citología. Posteriormente, un análisis de regresión logística binaria de las variables de citología (si realiza la citología y si obtuvo el resultado) y una regresión logística multinomial para (frecuencia con que se realiza la citología y cuál fue el último resultado de la citología) y en las variables de Pobreza Multidimensional (condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y Juventud, trabajo, salud y Acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda), se dejaron como variables de comparación edad de 40 a 49 años, la zona urbana, estado civil divorciada, indígenas educación avanzada y muy rico.

Por último, se realizó un ajuste de regresión logística multivariados IC 95% donde se reunieron todas las variables de caracterización sociodemográfica, de citología y de pobreza multidimensional.

Se tomó consideraciones éticas de la ley estatutaria 1581 de 2012, Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 de 2008 del Ministerio de salud y Protección social. Este estudio se considera sin riesgo porque se utilizaron datos secundarios y conto con la aprobación del comité de ética de la Universidad del Rosario, Los autores no declararon presentar conflictos de interés, ni tener apoyo económico de entidades privadas o comerciales.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 22 446 mujeres luego de aplicar criterios de exclusión, La mayor proporción de ellas se encontraba entre 30-39 años de edad (37,7%), residía en área urbana (74,1%), que se encontraba casada o vivía con su pareja (77,3%), y no pertenecían a una etnia (78,5%), ver tabla 1.

En cuanto a las variables dependientes se encontró que el 95,7% ($n= 21\ 484$) se realizaba la citología, el 86,1% ($n= 19\ 334$) obtuvieron el resultado, el 81,9% ($n= 18\ 381$) su resultado fue normal y el 62,0% ($n= 13\ 924$) se tomaron cada año este examen. ver tabla 2.

En las variables independientes se encontró que el 2,2% ($n= 495$) aprobó 4 años promedio entre los 15 a 24 años de edad, el 91,4% ($n=20\ 524$) no es analfabeta, el 87,5% ($n=19\ 648$) no existe rezago escolar, el 23,4% ($n=5\ 252$) asiste a cuidados de la primera infancia, en el 92,1% ($n=20\ 683$) no se refiere trabajo infantil, el 53,7% ($n=11\ 529$) tiene un empleo informal, el 55,1% ($n=12\ 362$) están afiliados al régimen subsidiado, en cuanto a las condiciones de la vivienda se encontró que 67,1% ($n=15\ 059$) tiene cobertura del servicio de acueducto, el 89,1% ($n=20\ 010$) posee cobertura de alcantarillado, el 17,9% ($n=4\ 024$) y el 7,8% ($n=1\ 759$) tienen carencias en cuanto a los materiales de las paredes y pisos. Ver tabla 3

En la tabla 4 se presenta los modelos de regresión logística binaria y multinomial ajustados con la edad, lugar de residencia, estado civil nivel de riqueza, educación, etnia y las cinco dimensiones de la pobreza multidimensional.

Los datos muestran que la toma de citología está asociada con las mujeres jóvenes de 21 a 29 años (OR: 0,2; IC95%: 0,16 - 0,25) y de 30 a 39 años (OR: 0,72; IC95%: 0,57 - 0,91) comparado con las de 40 a 49 años. El estar casada o vivir con su pareja (OR: 1,21; IC95%:

1,02-1,44) vs las que están divorciadas o que no viven con su pareja; el vivir en la zona urbana (OR: 1,28; IC95%: 1,04 – 1,57) comparada con las que viven en la zona rural; el quintil de riqueza (muy pobre , pobre y medio) comparado con muy rico, la educación primaria comparado con la avanzada y también una asociación con la pobreza multidimensional: logro educativo (OR: 0,95; IC95%: 0,92-0,98); analfabetismo (OR: 0,69; IC95%: 0,56-0,85); condiciones de la niñez (OR: 0,66; IC95%: 0,5-0,86); aseguramiento (OR: 0,83; IC95%: 0,78-0,89); tener un empleo formal (OR: 1,32; IC95%: 1,07-1,62) y tener acceso a los servicios públicos (OR: 1,19; IC95%: 1,09-1,29).

En cuanto a si obtuvo el resultado, también existe asociación con las mujeres de 21 a 29 años de edad (OR: 0,6; IC95%: 0,54-0,67), ser muy pobre, con educación primaria, pertenecer a otras etnias (OR: 1,39; IC95%: 1,23-1,57) y el no pertenecer a una (OR: 1,57; IC95%: 1,06-2,33); con algunos ítems de la PM como: condiciones de la niñez, aseguramiento, empleo formal y acceso a los servicios públicos.

Las que obtuvieron un resultado anormal se encontró una asociación de nuevo con las mujeres de 21 a 29 años, con estudio de primaria, secundaria y el acceso a los servicios públicos; las que no sabía cuál fue su resultado, no se encontró ninguna asociación con las características sociodemográficas ni con las de PM. ver tabla 3.

En el resultado de la última citología, se evidencio una asociación con la edad, quintil de riqueza, etnia y con los ítems de la pobreza multidimensional. ver tabla 3.

En cuanto a la frecuencia con que se realiza la citología la que más se asocia con las dimensiones de la pobreza multidimensional (condiciones educativas, salud, trabajo y acceso a servicios públicos) son las que se la practican cada año.

Tabla 1.

Descripción de características sociodemográficas y mujeres que respondieron al cuestionario de citología ENDS 2015 Colombia.

TABLA 1. Descripción características sociodemográficas y mujeres que respondieron al cuestionario de citología (n=22.446) ENDS (2015), Bogotá, Colombia, 2019

	N° Mujeres (%)	realiza la citología		tuvo el resultado de la citología		resultado de la ultima citología			Frecuencia de Citología				
		N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	N° Mujeres (%)	Normal	Anormal	No Se	vez/año	c/año	c/3 años	1 sola vez	otros
EDAD													
21 a 29	6848 (30,5)	6240 (27,8)	608 (2,7)	5601 (24,9)	1247 (5,5)	5308 (27,4)	278 (1,4)	15 (0,07)	701 (3,2)	3694 (17,1)	346 (1,6)	959 (4,4)	540 (2,5)
30 a 39	8460 (37,7)	8248 (36,7)	212 (0,9)	7435 (33,1)	1025 (4,5)	7076 (36,5)	333 (1,7)	26 (0,13)	950 (4,4)	5484 (25,5)	533 (2,48)	514 (2,39)	767 (3,57)
40 a 49	7138 (31,8)	6996 (31,1)	142 (0,6)	6298 (28,05)	840 (3,7)	5997 (31,0)	281 (1,4)	20 (0,10)	808 (3,7)	4746 (22,0)	446 (2,0)	348 (1,6)	648 (3,0)
LUGAR DE RESIDENCIA													
Rural	5809 (25,9)	5479 (24,4)	330 (1,4)	4732 (21,0)	1077 (4,7)	4465 (23,0)	246 (1,2)	21 (0,1)	621 (2,89)	3465 (16,1)	293 (1,3)	597 (2,7)	503 (2,3)
Urbana	16637 (74,1)	16005 (71,8)	632 (2,8)	14602 (65,0)	2035 (9,0)	13916 (71,9)	646 (3,3)	40 (0,2)	1838 (8,5)	10459 (48,6)	1032 (4,5)	1224 (5,69)	1452 (6,7)
ESTADO CIVIL													
casada/vive con pareja	17346 (77,3)	16606 (73,9)	740 (3,2)	14903 (66,3)	2443 (10,8)	14168 (73,2)	683 (3,5)	52 (0,2)	1890 (8,7)	10852 (50,5)	1003 (4,6)	1414 (6,5)	1447 (6,7)
Viuda	459 (2,0)	450 (2,0)	9 (0,04)	413 (1,8)	46 (0,2)	390 (2,0)	22 (0,1)	1 (0,005)	40 (0,18)	318 (1,48)	27 (0,12)	28 (0,13)	37 (0,17)
Divorciada/ya no viven juntos	4641 (20,7)	4428 (19,7)	213 (0,9)	4018 (17,9)	623 (2,7)	3823 (19,7)	187 (0,9)	8 (0,04)	529 (2,4)	2754 (12,8)	295 (1,37)	379 (1,7)	471 (2,19)
ETNIA													
Indigenas	2300 (10,2)	2141 (9,5)	159 (0,7)	1810 (8,1)	490 (2,2)	1705 (8,8)	101 (0,5)	4 (0,0)	264 (1,2)	1227 (5,7)	118 (0,5)	323 (1,5)	209 (1,0)
Afrodescendientes	2222 (9,9)	2110 (9,4)	112 (0,5)	1844 (8,2)	378 (1,7)	1736 (9,0)	98 (0,5)	10 (0,1)	261 (1,2)	1323 (6,2)	125 (0,6)	202 (0,9)	199 (0,9)
No pertenece a una Etnia	17629 (78,5)	16951 (75,5)	678 (3,0)	15416 (68,7)	2213 (9,9)	14688 (76,0)	682 (3,5)	46 (0,2)	1909 (8,9)	11201 (52,1)	1063 (4,9)	1272 (5,9)	1506 (7,0)
Otras	295 (1,3)	282 (1,3)	13 (0,1)	264 (1,2)	31 (0,1)	252 (1,3)	11 (0,1)	1 (0,0)	25 (0,1)	173 (0,8)	19 (0,1)	24 (0,1)	41 (0,2)

Tabla 2. Frecuencias absolutas de las variables dependientes (citología) 2015 Colombia

Tabla 2. frecuencias de variables de citología		
	N° Muestra (%)	N° (%)
se ha realizado la citología		
SI	22446	21484 (95,7)
NO		962 (4,3)
Obtuvo el ultimo resultado del examen		
SI	22446	19334 (86,1)
NO		3112 (13,9)
Resultado de la ultima citología		
Normal	19334	18381 (81,9)
Anormal		892 (4,0)
No se/No recuerdo		61 (0,3)
Frecuencia de Citología		
mas de 1 vez al año	21484	2459 (11,0)
cada año		13924 (62,0)
cada 3 años		1325 (5,9)
se la ha hecho 1 sola vez		1821 (8,1)
otra		1955 (8,7)

Tabla 3.

Frecuencias absolutas de las cinco dimensiones de la pobreza multidimensional en Colombia 2015.

Tabla 3. frecuencias de las dimensiones de la Pobreza Multidimensional en Colombia.		
	N° Muestra (%)	N° (%)
Condiciones Educativas del Hogar		
<i>logro educativo</i>	4 años promedio	495 (2,2%)
<i>Analfabetismo</i>		
SI	22446	1922 (8,6)
NO		20524 (91,4)
Condiciones de la niñez y Juventud		
<i>rezago escolar</i>		
si	22446	2798 (12,5)
NO		19648 (87,5)
<i>acceso a servicios para el cuidado de la primera infancia</i>		
SI	10323	5252(23,4)
NO		5071(22,6)
<i>Trabajo infantil</i>		
SI	22446	1763 (7,9)
NO		20683 (92,1)
TRABAJO		
SI	16900	5371 (25,0)
NO		11529 (53,7)
SALUD		
<i>Regimen Contributivo</i>		
SI	22428	8235 (36,7)
<i>Regimen Subsidiado</i>		
SI	22428	12362 (55,1)
Acceso a Servicios Publicos y condiciones de la vivienda		
<i>Acceso a fuente de agua mejorada</i>		
SI	22446	15059(67,1)
NO		7387(32,9)
<i>Eliminacion de Excretas</i>		
SI	22446	20010(89,1)
NO		2436(10,9)
<i>Paredes</i>		
SI	22446	18422(82,1)
NO		4024(17,9)
<i>pisos</i>		
SI	22446	20687 (92,2)
NO		1759(7,8)

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en este estudio corroboran que la mayoría de las mujeres se toman la citología, obtienen el resultado y que anualmente se toman el examen, lo confirma la ENDS Colombia 2010 donde el 90% se la ha realizado y se ve incrementado por la edad, el nivel educativo y el quintil de riqueza (11), aunque en este estudio muestra que las mujeres en edad intermedia son las que más se realizan la citología. Pero existe aún mujeres que no se la practican y eso se debe a la incomodidad del examen, vergüenza, mala atención por parte del personal de la salud como lo revela en su estudio Isabel Garcés donde ella lo refiere como barreras de acceso(16). Esto se corrobora con un estudio realizado en el 2010 en la facultad de Salud de la Universidad de Santander revelo que el 91,1% de las universitarias conocen la citología, pero solo el 48,9% de ellas se la han realizado alguna vez, el restante de la población no se la realiza por miedo a la prueba, incomodidad, dolor y vergüenza(17).

En este estudio se encontró la asociación entre la toma de citología y la pobreza multidimensional, una de ellas son las condiciones educativas en la que se encuentra el logro educativo y el analfabetismo, estos dos ítems están asociados de manera beneficiosa, lo que quiere decir es que entre mayor nivel educativo va a influir que estas mujeres vean la importancia y se tomen la citología en el esquema indicado para una detección temprana de anormalidad en el cuello uterino; pero hoy en día las mujeres son más educadas que los hombres, inclusive llegan a la educación superior , pero no quiere decir que estén bien informadas acerca de la vacuna contra el VPH y de sus beneficios para prevenir el CCU, lo que podría ayudar disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad en las mujeres(18). Por otro lado Fabián corral refiere que el ser analfabeta tiene un riesgo seis veces mayor de contraer este tipo de cáncer porque se les va a dificultar comprender la necesidad de realizarse una adecuada higiene genital, vencer los tabúes que existe con la toma de citología(19) al

igual que una revisión sistemática que refiere que al comparar las analfabetas con quienes tienen educación universitaria, las mujeres analfabetas tienen mayor riesgo de morir por cáncer de cuello uterino(9). Por eso es de vital importancia educar al paciente, informar a la familia y fomentar la vacunación del VPH sin importar si tiene o no tiene educación.

También se encontró una asociación con las condiciones de la niñez, donde el trabajo infantil y el rezago escolar están relacionados e influye negativamente en que las mujeres se tomen la citología. Pedraza Avella refiere que los niños que trabajan tienen repercusiones negativas en su salud y por ende en la adultez, además si no estudian aumentara el analfabetismo y la pobreza(20).

Por otro lado, se evidencio que el tener acceso a salud ayuda a que las mujeres se tomen la citología y poder detectar anomalías en su cuello uterino, además si el resultado no es favorable podrán acceder a una consulta con el especialista, un buen diagnóstico y tratamiento oportuno; también se debe tener en cuenta a la población que aún no está afiliada al sistema contributivo ni subsidiado, porque el no tener esa cobertura dificultara realizarse el examen en el esquema adecuado. Un estudio realizado en el 2004 en Bogotá mostró también la importancia del acceso a la salud y de aumentar su cobertura con el fin de sensibilizar a las mujeres y sus parejas con el cuidado de su cuerpo, además de realizar brigadas de salud para llegar a aquellas mujeres que no están en ningún régimen de salud(21); lo mismo manifestó un estudio realizado en Medellín y agrego la importancia de realizar campañas de salud para motivar a las mujeres a asistir al servicio de salud e insistir que es totalmente gratis(22).

El no tener un empleo formal está asociado significativamente de manera dañina con la toma de citología, porque la mujer sino tiene los recursos económicos para poder trasladarse al centro de salud, alimentarse mejor hace que este expuesta ante la enfermedad. Esto es

corroborado por German Alberto moreno que refiere en su estudio que el desempleo favorece la carga de la enfermedad, conlleva a la desnutrición y abuso infantil(23).

En cuanto al acceso a los servicios públicos y condiciones de la vivienda también está asociada porque el no tener un adecuado acceso al agua potable trae enfermedades, o vivir en casas que aun tengan paredes en guadua y pisos de tierra conlleva a traer infecciones e influya en la salud de las mujeres.

Las limitaciones de este estudio, es que es de corte transversal y que los datos obtenidos fueron basados en lo que las mujeres reportaban, no se tiene certeza de que ellas fueran sinceras a la hora de responder el cuestionario de la ENDS 2015. Las fortalezas son que este estudio aporta información nueva para tener en cuenta a la hora de implementar estrategias y campañas de salud que capten la atención de las mujeres con la importancia de tomarse la citología y de realizársela en los tiempos que deben ser, para poder disminuir a largo plazo las tasas de morbilidad en Colombia por cáncer de cuello uterino. Otra fortaleza es que se muestra en la discusión la importancia de informar de manera adecuada acerca de la vacuna contra VPH, que no se repita lo que paso en el Carmen de bolívar Colombia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Serrano RO, Janeth C, Pérez U, Díaz LA, Rafael Y, Romero D. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino *. 2004;55(2):146-60.
2. Tafurt-Cardona Y, Acosta-Astaiza CP, Sierra-Torres CH. Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia. Rev Salud Publica. 2012;14(1):53-66.
3. MINSALUD, INC. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía para profesionales de la salud. 2014.
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. Vol. 53. 2016. 1-432 p.
5. Dulce M, Ma R. Redalyc. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. Rev medica del Inst Mex. 2015;53(0443-5117).
6. Lizbeth Acuña Merchan, Luis Alberto Soler, Fernando Valderrama, María Teresa Daza, Angela Pérez, Paula Ximena Ramiez Barbosa, Alejandro Niño Bogoya MVV. Día Mundial De La Prevención Del Cancer De Cuello Uterino - 26_06_018. Bol Inf Tec Espec. 2018;4:1-7.
7. Milla Villada RH. Citología cervical. Ginecol y Obstet Mexico. 1998;66(3):351.
8. Piñeros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Cobertura de la Citología de Cuello Uterino y Factores Relacionados en Colombia, 2005.

- Rev Salud Pública. 2007;9(3):327-41.
9. Arias S. Inequidad y cáncer : una revisión conceptual. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009;27(3):341-8.
 10. Aranguren Pulido LV, Burbano Castro JH, González JD, Mojica Cachope AM, Plazas Veloza DJ, Prieto Bocanegra BM. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. Investig en Enfermería Imagen y Desarro. 2017;19(2):129.
 11. Solidoro Santisteban Andrés. Pobreza, inequidad y cáncer. Acta Médica Peru. 2010;27(3):204-6.
 12. infomed red telemática de salud en cuba. revista cubana de salud publica - infomed. Rev Cuba Salud Pública. 1999;40(4):279-85.
 13. Castillo R, Jácome F. Medición de la Pobreza Multidimensional en Ecuador. INEC - Ecuador. 2015;23(106):28.
 14. ¿Qué es la pobreza multidimensional? | MPPN [Internet]. [citado 8 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.mppn.org/multidimensional-poverty/what-is-multidimensional-poverty/>
 15. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015Tomo I.
 16. P ICG, L DCR, Scarinci IC. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2012;30(1):7-16.
 17. Factores Influyentes En La Utilización Del Servicio De Citología En Una Universidad. Rev Cuid. 2010;1(2216-0973):19-25.
 18. Moya-Salazar JJ, Rojas-Zumaran VA. Tendencias en la investigación del

virus de papiloma humano en latinoamérica frente a los países de altos ingresos TT - Human papillomavirus research trends in Latin American compared to high income countries. Rev colomb Obs ginecol. 2017;68(3):202-17.

19. Corral F, Cueva P, Yépez J, Montes E. La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. Bol Of Saint Panam. 1996;121:511-7.
20. Pedraza Avella AC, Ribero Medina R. El trabajo infantil y juvenil en Colombia y algunas de sus consecuencias claves. Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv. 2006;4(1):177-216.
21. Lucumi Cuesta DI, Gomez Gutierrez LF. Accesibilidad a los servicios de salud en la practica de citologia reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. Rev Esp Salud Publica. 2004;78(3):367-77.
22. Zea JHR, Mejía A, Arredondo MV, Acevedo LT, Zapata WS. Accesibilidad a la citologia cervical en Medellin, Colombia en 2006. Rev Esp Salud Publica. 2007;81(6):657-66.
23. Doi O, Moreno-g A, Duarte-g B, Barrientos-guti T, Comunitaria M, Poblacional S, et al. Pobreza multidimensional y determinantes sociales de la salud . Línea de base para dos comunidades vulnerables. 2017;65(2):267-75.