

**AUTONOMÍA DE LA MUJER, Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DEL CUELLO  
UTERINO, EN COLOMBIA 2015.**

**Autores**

**Edna Aurora Sandoval Castaño<sup>1</sup>.**

**Diego Armando Alvarado Otálora<sup>2</sup>.**

**Ángela María Pinzón-Rondón<sup>3</sup>**

---

<sup>1</sup> Odontóloga, Magister en Administración de Salud, investigadora, docente. Candidata a Maestría en Salud Pública Universidad del Rosario.

<sup>2</sup> Enfermero, candidato a Maestría en Salud Pública, Universidad del Rosario.

<sup>3</sup> Médico, Directora Maestría de Salud Pública Universidad del Rosario

## **Resumen del proyecto**

**Objetivo.** Establecer la relación entre la autonomía de la mujer y la realización de la citología de cuello uterino y el conocimiento sobre del virus del papiloma humano (VPH) en Colombia 2015.

**Método.** Se realizó un estudio analítico de corte transversal, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2015, donde se analizaron un total de 22 446 mujeres que respondieron el cuestionario individual frente a la prevención del cáncer de cuello uterino.

**Resultado.** El 4,5% (962) nunca se habían practicado una citología vaginal y el 14,9% (2915) no conocían del Virus del Papiloma Humano (VPH). Existe una fuerte asociación entre la variable de autonomía en decisiones personales con la realización de la citología (OR=1,764 IC 95% 1,265-2,460), y el conocimiento del VPH (OR=1,614 IC 95% 1,317-1,978), al igual que la autonomía en decisiones del hogar, con la con la realización de la citología (OR=2,207 IC 95% 1,044-2,792), y con el conocimiento del VPH (OR=2,067 IC 95% 1,414-3,021).

**Conclusiones:** La variable autonomía predice la realización o no de la citología y el conocimiento por parte de la mujer del VPH. Es un fin y un medio para facilitar mejores resultados en salud En Colombia aún persisten estructuras que definen roles de género y circunstancias bajo las cuales las mujeres tienen o no autonomía para tomar decisiones en especial las mujeres que están en el primer quintil de pobreza, que viven en áreas rurales y que pertenecen a un grupo étnico

**Palabras clave**

Women's autonomy, Cervical cancer, Cancer screening.

## **INTRODUCCION**

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una enfermedad en la cual se forman células cancerosas en los tejidos del cuello uterino (1). Este cáncer, es una de las pocas formas de cáncer en la cual un virus ha sido identificado como la causa más importante: el Virus del Papiloma Humano (VPH) (2). El VPH es un virus de transmisión sexual, del cual se han identificado más de 100 tipos, donde 40 pueden infectar el tracto genital (3). Los genotipos virales se clasifican en alto y bajo riesgo de acuerdo con su capacidad de causar cáncer, los de alto riesgo más comunes son de tipo VPH16 y VPH18 (4).

De acuerdo con Muñoz, la identificación del agente etiológico del cáncer de cuello uterino el VPH ha hecho posible la implementación de medidas de prevención primaria como la vacunación y de prevención secundaria como es la citología de cuello uterino (CUU) para la detección del VPH (5) (6). La citología permite la detección y el tratamiento de la displasia cervical y la identificación del cáncer de cuello uterino en etapa inicial (7), esto debido a que la progresión del cáncer de cuello uterino es relativamente lenta, pasando por varias etapas de lesiones intra epiteliales precancerosas antes de avanzar a su forma invasiva (8).

La citología de cuello uterino fue desarrollada e introducida a final de los años sesenta en Canadá y Estados Unidos, donde se establecieron por primera vez

programas de detección para la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Estos programas incluían la organización de registros de citología, el establecimiento de pautas de frecuencia de detección y el control de calidad de los laboratorios de citología (9). Como resultado de esta estrategia, Estados Unidos cuenta con una tasa de mortalidad por CaCu de 4,1 y Canadá 2,9 por 100.000 habitantes/año para el año 2012 (10),

En la región de América Latina y el Caribe, se presentaron en el año 2012 un total de 28 565 casos de CaCu. La tasa de mortalidad ajustada por edad es de 14,9 por cada 100.000 habitantes/año. La tasa más alta se encuentra en Bolivia con 47,7 y la más baja es la de Chile con 12,8 por cada 100.000 habitantes/año (11,12).

Para el mismo año Colombia presentó 4 661 nuevos casos de CaCu, con una tasa de mortalidad de 8,0 y una tasa de incidencia es de 18,7 por cada 100.000 habitantes/año (13) donde este cáncer es el segundo en incidencia y el segundo en mortalidad entre mujeres, después del cáncer de seno (14).

Se conoce que en el acceso a la citología intervienen diferentes factores económicos y sociales como la pobreza, las creencias culturales, la vergüenza, el estigma frente a la enfermedad, la educación, los roles de género, los factores geográficos, el estado civil, entre otros, que son determinantes para en el conocimiento y el acceso a servicios para la atención del CaCu (15,16).

Diversos estudios han establecido que países con niveles más bajos de desarrollo y niveles más altos de desigualdad de género, presentan indicadores más altos de incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino (17,18), lo que se constituye en inequidades en salud. La carga de la enfermedad por CCU difiere entre países y en regiones dentro de los mismos países, la mortalidad es mayor en regiones con deficientes condiciones sociales y económicas (19).

La autonomía es un concepto multidimensional que hace referencia al derecho de un individuo a tomar sus propias decisiones (20). Tiene que ver con el respeto de la sociedad de la capacidad de un individuo de autogobernarse. La autonomía de la mujer es un concepto que nació con los movimientos feministas y la lucha de la mujer “frente a la sumisión patriarcal como mecanismo utilizado para alterar la rígida estratificación de género, un concepto central en el discurso sociológico” (21).

Autores como Jejeebhoy usan el término “autonomía”, "status", o "empoderamiento", para expresar el control que ejercen las mujeres sobre sus propias vidas, dentro de las familias en las que viven, en un momento dado, este autor propone tres dimensiones de la autonomía: económica, autonomía física o de movimiento y autonomía en la toma de decisiones (22). Otros incorporan dimensiones sobre decisiones relativas a la sexualidad o decisiones sobre la reproducción como parte del concepto de autonomía (23,24) Esas dimensiones se utilizaron para la realización de este estudio.

Sobre la autonomía de la mujer en relación con la salud, de acuerdo con Mason K, la “autonomía de la mujer” hace referencia a tomar sus propias decisiones frente a la fecundidad y a la búsqueda de la salud, contribuyendo a su bienestar y al de sus hijos (25). Estudios realizados, muestran que las mujeres con mayor autonomía tienen más probabilidades de buscar atención de salud por sí mismas y usan diferentes formas de servicios de atención de la salud disponibles para ellas (26). Es el caso del estudio de Rahman MM et al, en Bangladesh, donde los resultados indican que la autonomía en toma de decisiones en el hogar, está significativamente asociada con el uso actual de anticonceptivos modernos (27).

La falta de autonomía de la mujer se convierte en un obstáculo para el logro del nivel deseado de cobertura de una prueba como la citología vaginal (28). De acuerdo con Abada et al (29), existe una relación entre la autonomía de las mujeres con mejores resultados de salud, incluyendo el conocimiento de la detección del cáncer de cuello uterino. Para Viens et al, en su estudio sobre autonomía, *Women's autonomy and cervical cancer screening in the Lesotho 2009* (28), la autonomía de las mujeres es un factor que se relaciona de manera directa con el conocimiento de las pruebas para la detección del cáncer de cuello uterino, razón para centrar la atención en el fortalecimiento de la autonomía de la mujer como parte de la equidad de género.

Es tan poderoso para la mujer la autonomía, que la Organización de Naciones Unidas (ONU) afirmó que la autonomía de la mujer debe considerarse un derecho humano (30) y hace parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En América Latina se han realizado estudios que han buscado identificar factores sobre etiología, epidemiología y factores socioeconómicos relacionados con el cancer de cuello uterino como el de Reyes et al. y Givaudan M. et al (15), que permiten establecer la relación entre un mayor nivel educativo, con una mayor conciencia sobre los beneficios del tamizaje de CaCu. En Colombia el estudio de Bermedo-Carrasco and Waldner, busco relacionar las diferencias en la mortalidad por cancer de cuello uterino con diferencias en educación, aseguramiento y lugar de residencia (13).

En Colombia no se han realizado estudios que relacionen la autonomía de las mujeres y su impacto frente al el acceso a los servicios de salud por lo que se hace necesario explorar esta variable que en otros países con problemas frente a las tasas de mortalidad han explorado con el fin de lograr conocer desde otra perspectiva las actitudes de la mujer frente al cancer de cuello uterino.

## **MATERIALES Y METODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, conS analizando datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Colombia 2015. Esta encuesta tiene representatividad nacional, regional y sub regional del 99%. La ENDS entrevistó a 38 818 mujeres residentes en el territorio Colombiano entre los 13 y 49 años. Para el presente estudio se incluyeron ítems de los módulos Cuestionario Individual Mujeres y Detección Temprana de Cáncer-Mujer.

Como criterio de inclusión se consideró la edad de las mujeres, entre 21 y 49 años ya que las preguntas del módulo Detección Temprana de Cáncer-Mujer se aplicaron únicamente a este grupo de edad. Se excluyeron de la muestra las mujeres que no habían iniciado vida sexual y las que se había practicado histerectomía. La muestra final fue de 22 446.

## **Variables**

Se analizó dos variables dependientes. La realización de la citología de cuello uterino (Si o No) y el conocimiento del Virus del Papiloma Humano (VPH) (Si o No).

Como variable independiente se consideró la autonomía de la mujer. La misma se midió a partir de nueve preguntas de la encuesta (proxis de autonomía). Cada una de estas preguntas fue dicotomizada para indicar si la mujer tenía participación o no en las diferentes decisiones. Los ítems dicotomizados se incluyeron en un análisis factorial, el cual determinó la existencia de 4 componentes principales así: 1. Autonomía en decisiones del hogar, en este componente cargaron los ítems: ¿Quién generalmente decide sobre la atención médica de la encuestada? ¿Quién generalmente decide las compras del hogar para las necesidades diarias? ¿Quién generalmente decide que cocinar a diario? y ¿Quién generalmente decide compras grandes del hogar? 2. Autonomía en decisiones personales, en este componente cargaron los ítems: ¿Quién toma la decisión final de estudiar? y ¿Quién toma la decisión final de tener relaciones sexuales? 3. Autonomía en uso de anticoncepción,

en la cual cargó el ítem ¿Quién toma la decisión de utilizar anticonceptivos? y 4. Autonomía en el gasto de sus ganancias, en la cual cargó el ítem ¿Quién decide cómo gastar sus ganancias?.

Para los componentes con más de un ítem se realizó una escala de 0 a 1. Donde 0 no participa en la decisión de ninguno de los ítems y 1 participa en todas las decisiones.

Como variables control se tuvieron en cuenta: 1. Edad agrupada, en tres categorías (21-24; 25-29; 30-49); 2. Lugar de residencia (rural o urbana); 3. Índice de riqueza (muy pobre; pobre; medio; rico; muy rico.); 4. Visita al centro de salud en los últimos doce meses (Si o No); 5. Número de hijos nacidos; 6. Edad de la primera relación sexual (mayor o menor de 15 años); 7. Mayor nivel educativo alcanzado (Sin educación, Primaria, Secundaria, Superior); 8. Convive con pareja (Si o No); 9. Trabajo actual (Si o No); 10. Pertenencia a alguna minoría étnica (Si o No).

### **Análisis estadístico**

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 23. En el análisis descriptivo se calcularon proporciones y frecuencias estratificadas de acuerdo a las variables dependientes. Posteriormente en el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para establecer la significancia estadística de las variables de autonomía y sociodemográficas, esto con el fin de incluirlas dentro del modelo multivariado o de regresión logística. Finalmente los análisis multivariados

se realizaron mediante regresiones logísticas binomiales para evaluar la asociación entre la realización de la citología, el conocimiento del VPH y la autonomía de las mujeres, controlando por las demás variables descritas. Como criterio de inclusión de variables control en los modelos de regresión logística se tuvieron en cuenta los ítems con asociaciones bivariadas con un valor de  $p < 0,25$

### **Consideraciones éticas**

Este proyecto no representa ningún riesgo ya que se trabajó con datos secundarios en los cuales no es posible identificar a los sujetos de investigación. Se aprobó por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad del Rosario. Macro international entregó y autorizó el uso de las bases de datos.

### **RESULTADOS**

De las mujeres encuestadas el 4,5% (962) nunca se habían practicado una citología vaginal y el 14,9% (2 915) no conocían del VPH. La media de la edad de las mujeres que se han practicado la citología esta en los 35 años, esta es menor para el grupo de las que no se han practicado una citología vaginal, 29 años. Frente al conocimiento del VPH el promedio de edad es 34 años para los dos grupos tabla 1.

De acuerdo con el análisis bivariado, sobre la realización de la citología, en la medida que aumenta la edad la mujer tiende a realizarse más la prueba de la

citología (OR=4,800 IC 95% 3,986-5,781); sin embargo esto no es así para la variable sobre conocimiento del VPH (OR=1,061 IC 95% 0,962-1,168). Con respecto al lugar de residencia las mujeres que viven en zonas urbanas cuentan con una ventaja significativa para realizarse la citología (OR=1,525 IC 95% 1,331-1,749), igual para conocer sobre el VPH (OR=3,020 IC 95% 2,787- 3,272. En la medida que se aumenta el quintil de riqueza hay mayor probabilidad de realización de la prueba de citología (OR=4,677 IC 95% 3,215- 6,804) y de haber escuchado sobre el VPH (OR=12,584 IC 95% 9,565- 16,557) Estos resultados están en concordancia con los realizados Bermedo et al en *Inequities in cervical cancer screening among Colombian women: A multilevel analysis of a nationwide survey*.

El haber asistido a un servicio de salud en los últimos 12 meses se convierte en un factor de protección para la realización de la citología (OR=2,552 IC 95% 2,242-2,906), igual para el conocimiento del VPH (OR= 1,348 IC 95 % 1,238-1,468). El no pertenecer a un grupo étnico es un factor protector (OR=1,806 IC95% 1,566-1,359), de manera similar para el conocimiento del VPH (OR= 1,818 IC 95% 1,661-1,989). Por otro lado, el tener menos de dos hijos es un factor de protección para hacerse la prueba (OR=1,333 IC 95% 1,162-1,530) y para conocer del VPH (OR=2,282 IC 95% 2,109-2,469). El grado escolaridad, no representa significancia estadística para ninguna de las dos variables dependientes tabla 2.

En la regresión logística se incluyeron las variables antes descritas. Dentro del modelo se puede observar una fuerte asociación entre la variable de autonomía en decisiones personales con la realización de la citología (OR=1,764 IC 95% 1,265-

2,460), y el conocimiento del VPH (OR=1,614 IC 95% 1,317-1,978), al igual que la autonomía en decisiones del hogar, con la realización de la citología (OR=2,207 IC 95% 1,044-2,792), y con el conocimiento del VPH (OR=2,067 IC 95% 1,414-3,021).

La convivencia en pareja dentro del modelo llegó a ser un factor protector para la realización de la prueba (OR=1,258 IC 95% 1,069-1,481), pero no representa significancia estadística frente a conocer sobre el VPH. El índice de riqueza (a mayor índice) mayor probabilidad de realizarse la citología, y conocer sobre el VPH, el tipo de residencia de la mujer y la ocupación de la misma (tener un empleo) representa un factor protector para la realización de la citología (OR=1,367 IC 95% 1,188-1,573). Sin embargo el nivel educativo y el número de hijos son variables que no ofrece ningún poder inferencial dentro del modelo de regresión tabla 3.

## **Discusión**

Luego de realizar los ajustes por las variables sociodemográficas, se encontró una fuerte asociación entre la autonomía de la mujer con la realización de la citología, y el conocimiento del VPH. Las mujeres con baja autonomía, que viven en zonas rurales y están el quintil más bajo de pobreza tienen menor posibilidad de realizarse una citología de cuello uterino o conocer acerca del VPH. Estos resultados son consistente con los encontrados por Viens LJ et al, donde muestra que la autonomía de las mujeres predice mejores resultados de salud, de manera puntual sobre conocimiento de la citología del cáncer de cuello uterino.

De acuerdo con GLOBOCAN, en Colombia en el año 2013 se presentaron 1 503 muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino. El país trabaja en dos enfoques que buscan disminuir la mortalidad por esta patología, por un lado un fuerte marco normativo que incluye un Plan Decenal para el Control del Cáncer, una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección y manejo de lesiones pre cancerosas de cuello uterino y una propuesta de Ruta Integral de Atención del Cáncer de Cuello Uterino. Por otro lado, se trabaja estrategias para mejorar el acceso a nuevas tecnologías que incluyen acciones efectivas de prevención primaria como es la inclusión de la vacunación contra el VPH en los programas nacionales de inmunización en niñas entre los 9 y 17 años de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial para la Salud (OMS) (31) y estrategias de tamización de CaCu en mujeres entre 25 y 69 años de edad, incluidas estas dos estrategias dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Sin embargo de acuerdo con Muñoz et al, los problemas frente a los programas de citología y su falta de impacto tiene que ver con “una calidad deficiente de la citología y la falta de seguimiento y tratamiento del 30-40% de las mujeres diagnosticadas con lesiones cervicales de alto grado”.

Este estudio evidencia la autonomía de la mujer como un fin y un medio para facilitar mejores resultados frente al acceso de la citología y el conocimiento del VPH. En Colombia aún persisten estructuras que definen fuertemente los roles de género y las circunstancias bajo las cuales las mujeres tienen o no autonomía para tomar decisiones con respecto a su propia salud en especial las mujeres que están en el

primer quintil de pobreza que viven en áreas rurales y que pertenecen a un grupo étnico

### **Limitaciones del Estudio**

Es un estudio de corte transversal, por lo cual es imposible hablar de causalidad. Existe la posibilidad del sesgo de recuerdo, porque se basa en lo reportado por las mujeres que pueden haber olvidado algunas cosas o simplemente no desear reportarlas. Las preguntas de autonomía pueden verse influenciadas por las características del entrevistador como el género o la presencia de otras personas durante la entrevista.

## Bibliografía

1. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, et al. The Global Burden of Women's Cancers: a grand challenge in global health. *The Lancet*. 2017; 389:847-60.
2. Crosbie Emma J, EMH Franceschi Silvia, Kitchener Henry C. Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet* 2013. 382: 889–99.
3. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *N Engl J Med*. 2003; 348(6):518-27.
4. Ward E, Halpern M, Schrag N, Cokkinides V, DeSantis C, Bandi P, et al. Association of insurance with cancer care utilization and outcomes. *Cancer J Clin*. 2008;58(1):9-31.
5. Muñoz N, Castellsagué X, de González AB, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*. 2006;24:S1-10.
6. Muñoz N, Bravo LE. Epidemiology of cervical cancer in Colombia. *Salud Pública Mex*. 2014;56(5):431-9.
7. Landy R, Pesola F, Castañón A, Sasieni P. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case–control study. *Br J Cancer*. 2016;115(9):1140-6.
8. Ronco G, Dillner J, Elfstrom KM, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014; 383(9916):524-32.
9. Gruhn JG, Roth LM. History of gynecological pathology. V. Dr. Walter Schiller. *Int J Gynecol Pathol Off J Int Soc Gynecol Pathol*. 1998; 17(4):380-6.
10. Saraiya M, Steben M, Watson M, Markowitz L. Evolution of cervical cancer screening and prevention in United States and Canada: Implications for public health practitioners and clinicians. *Prev Med*. 2013;57(5):426-33.
11. G Capote Negrin L. Epidemiology of cervical cancer in Latin America. *ecancermedicalscience* [Internet]. [citado 27 de octubre de 2017];9. Disponible en: <http://www.ecancer.org/journal/9/full/577-epidemiology-of-cervical-cancer-in-latin-america.php>
12. Soneji S, Fukui N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. *Determinantes Socioeconómicos Las Pruebas Detección Sist Cáncer Cervicouterino en América Lat*. 2013;33(3):174-82.

13. Bermedo-Carrasco S, Peña-Sánchez JN, Lepnurm R, Szafron M, Waldner C. Inequities in cervical cancer screening among Colombian women: A multilevel analysis of a nationwide survey. *Cancer Epidemiol.* 2015;39(2):229-36.
14. [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).
15. Givaudan M, Leenen I, Pick S, Angulo A, Poortinga YH. Enhancement of underused cervical cancer prevention services in rural Oaxaca, Mexico. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health.* febrero de 2008;23(2):135-43.
16. Morales-Campos DY, Snipes SA, Villarreal EK, Crocker LC, Guerrero A, Fernandez ME. Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccination: exploring gendered perspectives, knowledge, attitudes, and cultural taboos among Mexican American adults. *Ethn Health.* 2018;1-19.
17. Singh GK, Azuine RE, Siahpush M. Global Inequalities in Cervical Cancer Incidence and Mortality are Linked to Deprivation, Low Socioeconomic Status, and Human Development. *Int J MCH AIDS.* 2012;1(1):17-30.
18. Sankaranarayanan R. Cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America. Introduction. *IARC Sci Publ.* 2011;(162):1-5.
19. Ginsburg OM. Breast and cervical cancer control in low and middle-income countries: Human rights meet sound health policy. *J Cancer Policy.* septiembre de 2013;1(3-4):e35-41.
20. Agarwala R, Lynch SM. Refining the Measurement of Women's Autonomy: An International Application of a Multi-dimensional Construct. *Soc Forces.* 2006;84(4):2077-98.
21. Blumberg RL. A General Theory of Gender Stratification. *Sociol Theory.* 1984;2:23.
22. Jejeebhoy SJ, Sathar ZA. Women's Autonomy in India and Pakistan: The Influence of Religion and Region. *Popul Dev Rev.* 2001;27(4):687-712.
23. Hindin MJ. For Better or for Worse? Women's Autonomy and Marital Status in Zimbabwe. *Soc Sci Res.* 2002;31(1):151-72.
24. Bloom SS, Wypij D, Das Gupta M. Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a north Indian city. *Demography.* 2001;38(1):67-78.
25. Mason Karen Oppenheim. The Status of Women: Conceptual and Methodological Issues in Demographic Studies. *Sociol Forum.* 1986;(2):284.

26. AlSumri HH. A National Study: the Effect of Egyptian Married Women's Decision-Making Autonomy on the use of Modern Family Planning Methods. *Afr J Reprod Health*. 2015;19(4):68-77.
27. Rahman MM, Mostofa MG, Hoque MA. Women's household decision-making autonomy and contraceptive behavior among Bangladeshi women. *Sex Reprod Healthc*. marzo de 2014;5(1):9-15.
28. Viens LJ, Clouston S, Messina CR. Women's autonomy and cervical cancer screening in the Lesotho Demographic and Health Survey 2009. *Soc Sci Med*. 2016;150:23-30.
29. Abada T, Tenkorang EY. Women's autonomy and unintended pregnancies in the philippines. *J Biosoc Sci*. 2012;44(06):703-18.
30. ONU. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995. :20.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular externa 0062 de 2014 [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../Circular-externa-0062-de-2014.pdf>