

**Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Secretaría de graduados en Ciencias de la Salud. Maestría en Salud
Materno Infantil**

**Maestranda
Lic. Ruth Noemí Martínez**

**Caracterización de la salud sexual-
reproductiva de las mujeres feriantes de la
ciudad de Posadas, Misiones, 2016**

**Tesis de Maestría presentada para obtener el título de “Magíster
en Maestría en Salud Materno Infantil”**

“Este documento es resultado del financiamiento otorgado por el Estado Nacional, por lo tanto,
queda sujeto al cumplimiento de la Ley N°26.899”.

**Directora
Mgter. Nora Margarita Jacquier
Co- Directora
Mgter. Marcela Alicia Yanover**

Córdoba,2020



Esta obra está licenciado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARÍA DE GRADUADOS
MAESTRÍA EN SALUD MATERNO INFANTIL**

**CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD
SEXUAL- REPRODUCTIVA DE LAS
MUJERES FERIANTES DE LA CIUDAD DE
POSADAS, MISIONES, 2016.**

INFORME FINAL

Autor:

Lic. RUTH NOEMI MARTINEZ

Director:

Mgter. Nora M. Jacquier

Co-Director:

Mgter. Marcela Alicia Yanover

MISIONES, 2020

En primer lugar agradecer al ex presidente de las Ferias Francas de Posadas, Sr. Hipólito Arenas por darme la posibilidad de desarrollar este trabajo. También a las mujeres feriantes por su tiempo y predisposición a responder las preguntas de este estudio. A mi directora de tesis por su apoyo incondicional y desinteresado. A mi familia y amigos que aportaron su granito de arena para la consecución de este gran logro. Por último y no menos importante, a Dios por darme las fuerzas para continuar día a día en este proceso de formación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Contenido	Pág
• RESUMEN- ABSTRACT.....	9
• CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	10
• OBJETIVOS: General y Específicos.....	20
• CAPÍTULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS. MATERIAL Y MÉTODO.....	21
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
POBLACIÓN- MUESTRA.....	26
CRITERIO DE INCLUSIÓN- EXCLUSIÓN.....	27
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	32
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE DATOS.....	35
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	
• CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	39
• CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	68
• CAPÍTULO V: CONCLUSIÓN.....	87
• SUGERENCIAS.....	90
• BIBLIOGRAFÍA.....	91
• ANEXO.....	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Mapa de la Ciudad de Posadas con la ubicación de las Ferias Francas en estudio.....	27
Figura N° 2: Mapa de la Provincia de Misiones con la procedencia/residencia de las feriantes en estudio.....	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: “Distribución de mujeres feriantes según característica sociodemográfica: Edad”.....	39
Gráfico N° 2: “Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Ocupación”.....	41
Gráfico N° 3: “Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Lugar de trabajo”.....	42
Gráfico N° 4: “Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Situación de pareja”.....	43
Gráfico N° 5: “Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Procedencia/residencia”.....	43
Gráfico N° 6: “Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Procedencia y Zona”.....	44
Gráfico N° 7: “Distribución de mujeres feriantes según el Nivel de Instrucción”.....	45
Gráfico N° 8: “Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Religión”.....	46
Gráfico N° 9: “Distribución de mujeres feriantes según el antecedente personal gineco-obstétrico: edad de la menarca”.....	47
Gráfico N° 10: “Distribución de mujeres feriantes según el antecedente personal gineco-obstétrico: edad de inicio sexual”.....	48

Gráfico Nº 11: “Distribución de mujeres feriantes según el antecedente personal gineco-obstétrico: N° de embarazos”	49
Gráfico Nº 12: “Distribución de mujeres feriantes según el antecedente personal gineco-obstétrico: N° de hijos”	49
Gráfico Nº 13: “Distribución de mujeres feriantes según el antecedente personal gineco-obstétrico: Tipo de parto”	50
Gráfico Nº 14: “Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Uso de métodos anticonceptivos”	51
Gráfico Nº 15: “Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Métodos anticonceptivos utilizados”	52
Gráfico Nº 16: “Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Uso de servicios de consejería”	52
Gráfico Nº 17: “Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Control de salud en el último embarazo”	53
Gráfico Nº 18: “Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Control ginecológico”	54
Gráfico Nº 19: “Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Realización del Papanicolau en el último año”	55
Gráfico Nº 20: “Distribución de mujeres feriantes según la importancia atribuida al control ginecológico”	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1: “Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Realización de estudios ginecológicos, resultado y retorno al médico”	55
Tabla Nº 2: “Barreras de acceso a servicios preventivos”	57
Tabla Nº 3: “Distribución de mujeres feriantes según la barrera de acceso: procedencia en relación al control ginecológico”	58
Tabla Nº 4: “Distribución de mujeres feriantes según la barrera de acceso: cobertura de obra social en relación al control ginecológico”	61
Tabla Nº 5: “Distribución de mujeres feriantes según la barrera de acceso:	

beneficio de protección social en relación al control ginecológico”	62
Tabla Nº 6: “Distribución de mujeres feriantes según la barrera de acceso: Nivel de instrucción en relación al control ginecológico”	63
Tabla Nº 7: “Distribución de mujeres feriantes según la barrera de acceso: apoyo familiar en relación al control ginecológico”	64
Tabla Nº 8: “Distribución de feriantes en relación a la importancia del control ginecológico y su realización”	66
Tabla Nº 9: “Distribución de mujeres feriantes en relación a los antecedentes familiares de cáncer y tipo”	67

LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atención Primaria de Salud renovada

AUH- Asignación Universal por Hijo

CCU - Cáncer Cérvico-uterino

DDS Determinantes sociales de salud

ENAPROSS - Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social

ENSSyR- Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

FAO- Food and Agriculture Organization- Organización de las Naciones Unidas para la
Agricultura y la Alimentación

INDEC- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

IPEC- Instituto Provincial de Estadísticas y Censos

IRS- Inicio de las Relaciones sexuales

NEA- Noroeste argentino

OMS - Organización Mundial de la Salud

PAHO- Organización Panamericana de la Salud

PAP- Papanicolaou

SAGIJ- Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil

SS- Sistema de Salud

UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICEF- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia

RESUMEN-ABSTRACT

Título: CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD SEXUAL- REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES FERIANTES DE LA CIUDAD DE POSADAS, MISIONES, 2016.

Autora: Lic. Ruth Noemi Martínez

RESUMEN: Se realizó un estudio cuantitativo de tipo exploratorio, descriptivo que busca contribuir al conocimiento del perfil sociodemográfico y epidemiológico en relación a la salud sexual y reproductiva incluyendo la accesibilidad a servicios preventivos de salud de la población femenina de las ferias Francas de la ciudad de Posadas para proponer medidas viables de salud colectiva. Se trabajó con una población de 46 mujeres feriantes de tres ferias francas de la ciudad de Posadas, Villa Cabello, Santa Rita e Itaembé Mini. Siguiendo el criterio de inclusión mujeres que se encontraran en edad fértil que trabajaran en las ferias francas de Posadas. Para la recolección de los datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario semiestructurado. Los datos recogidos fueron procesados mediante el programa SPSS IBM, Versión 22, 2019. Las principales conclusiones fueron: Las feriantes son mujeres de 16 a 51 años, un 65% presenta más de 30 años, su ocupación principal es el trabajo en la Feria sólo un 9% presenta otra ocupación. El 80% procede del interior de la provincia y un 76% reside en zonas rurales. Un 80% se encuentra en una relación de pareja y el 95% es estable. El 82% es de religión católica. El 43% es beneficiaria de algún beneficio de protección social y de éstas el 90% corresponde a la Asignación Universal por Hijo. Un 39% presenta cobertura de Obra social y el 67 % de las mujeres feriantes no ha iniciado o concluido el nivel secundario. La edad de la menarca predominante es los 13 años, la de inicio sexual los 17 años, el número de embarazos más frecuentes es 0 o 2 gestas, coincidente con el número de hijos. El 70% presentó parto por vía vaginal. El 46% utiliza métodos anticonceptivos y de estos el más utilizado es la pastilla anticonceptiva. El 63% recibió consejería sobre salud sexual y reproductiva y el 100% realizó controles de salud en el último embarazo. El 35% de las mujeres feriantes realizó el control ginecológico hace 2 o más años y un 5% nunca lo efectuó. Un 4 % nunca se enteró de los resultados y un 16% no retornó con los resultados al médico. Del 100% que realizó la citología exfoliativa oncológica- Papanicolaou, sólo un 32% realizó la colposcopia, un 80% no realizó el examen de mamas ni la ecografía mamaria y el 78 % no realizó la mamografía. Un 80% manifiesta que el control ginecológico es muy importante y un 20% poco importante. En relación a las barreras de acceso a los servicios preventivos las feriantes que no realizaron el control ginecológico en el último año manifestaron con mayor frecuencia motivos personales, el déficit de los recursos materiales y las distancias de las instituciones de salud. También se pudo reconocer que los controles ginecológicos se ven influenciados por las variables de procedencia, cobertura de obra social, beneficio de protección social y apoyo familiar. También se observó que no existe una relación significativa entre el nivel de instrucción y los controles ginecológicos.

ABSTRACT: A quantitative study of exploratory type was carried out, descriptive that seeks to contribute to the knowledge of the sociodemographic and epidemiological profile in relation to the sexual and reproductive health including the accessibility to preventive services of health of the female population of the Free Trade Fairs of the city of Posadas to propose viable measures of collective health. We worked with a population of 46 women from three free trade fairs in the city of Posadas, Villa Cabello, Santa Rita and Itaembé Mini. Following the criteria of inclusion, women of fertile age who worked in the free trade fairs of Posadas were included. For the collection of data, the interview technique was used and a semi-structured questionnaire was used as an instrument. The data collected was processed through the program SPSS IBM, Version 22, 2019. The main conclusions were: The fairground workers are women from 16 to 51 years old, 65% are over 30 years old, their main occupation is working at the fair, only 9% have another occupation. 80% come from the interior of the province and 76% live in rural areas. 80% are in a couple relationship and 95% are stable. 82% are Catholics. 43% are beneficiaries of some social protection benefit and of these 90% correspond to the Universal Allowance per Child. 39% have social work coverage and 67% of women have not started or completed secondary education. The age of the predominant menarche is 13 years old, that of sexual initiation is 17 years old, the number of most frequent pregnancies is 0 or 2 pregnancies, coinciding with the number of children. 70% presented vaginal delivery. 46% use contraceptive methods and of these the most used is the contraceptive pill. 63% received counseling on sexual and reproductive health and 100% had health check-ups during their last pregnancy. 35% of the women who attended the fair had a gynecological control 2 or more years ago and 5% never had one. 4% never found out the results and 16% did not return with the results to the doctor. Of the 100% who performed the oncological exfoliative cytology-Papanicolaou, only 32% performed the colposcopy, 80% did not perform the breast exam or the mammary ultrasound and 78% did not perform the mammography. 80% said that gynecological control was very important and 20% not very important. In relation to the barriers to access to preventive services, the fairs that did not carry out gynecological control in the last year expressed more frequently personal reasons, the lack of material resources and the distances from health institutions. It was also possible to recognize that gynecological controls are influenced by the variables of origin, social work coverage, social protection benefits and family support. It was also observed that there is no significant relationship between the level of education and gynecological controls.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) señala que el cáncer cérvico-uterino (CCU) es el cuarto más frecuente a nivel mundial, contabilizando en el año 2018, 570.000 nuevos casos, representando un 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. En cuanto a las defunciones, por año, se producen 311.000 muertes por CCU y de éstas el 85% corresponde a países menos desarrollados.

En este sentido, el documento de Situación de Salud de la República Argentina, Ministerio de Salud Pública e Instituto Nacional del Cáncer (2) sostiene que el cáncer constituye la segunda causa de mortalidad en la República Argentina. El documento resalta que en el año 2014 ocurrieron 60.791 muertes por tumores malignos, lo cual representa el 18,7% del total de las defunciones. En las mujeres, el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte y el cáncer de cuello uterino se ubica en el cuarto lugar. Comparativamente, la Provincia de Misiones ocupa el segundo puesto en el país, en cuanto a la proporción de casos padecidos por este tipo de cáncer en mujeres luego de la Provincia de Formosa. Según datos del año 2015 en la Región del Noreste de Argentina (NEA)¹ el cáncer de mama representó la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de la región a excepción de Misiones, provincia en la que el cáncer ocupó el primer lugar (3). Este tipo de muertes, se categorizan como “muertes evitables”. Se entiende como evitables a aquellas muertes que por medio de la prevención secundaria, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, pueden ser reducibles con el conocimiento y la tecnología disponible. A dichos eventos de salud se suman otras causas de morbimortalidad relacionadas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres misioneras, entre los eventos que podrían ser detectados a través del control prenatal y el control ginecológico.

Es por estos datos estadísticos que la problemática resulta de interés para su estudio. Este trabajo de investigación pretende caracterizar la salud sexual y

¹ El Noreste argentino (NEA) está compuesto por las provincias de Misiones, Corrientes, Chaco, Entre Ríos y Formosa.

reproductiva de la población femenina feriante centrándose en el aspecto relacionado al cuidado ginecológico de esta comunidad procedente de diferentes localidades de la provincia de Misiones y que comercializa productos regionales y de elaboración propia en el contexto de las Ferias Francas de la ciudad de Posadas.

La salud sexual y reproductiva y el bienestar de la mujer según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (4) abarcan no solo el acceso a métodos anticonceptivos y su utilización, sino también muchos otros factores, a saber: su capacidad para prevenir y gestionar las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo; su facultad para evitar o tratar infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH; y la atención que recibe durante el embarazo y el parto. La prevención y el tratamiento de la infertilidad y los cánceres del aparato reproductor también se definieron como parte de la salud sexual y reproductiva. En este estudio nos centraremos en las características relacionadas a las medidas de control y prevención que realizan las feriantes en relación a esto último.

La autora de este trabajo inicia el contacto con este grupo de mujeres a través de la implementación de un proyecto de extensión universitaria² en el cual observa y conoce su realidad a través de su rol como enfermera desde una perspectiva familiar y comunitaria. Una de las circunstancias que lleva al planteamiento del problema es la identificación de feriantes que no realizaban controles de salud y desconocían cuáles eran los valores normales y los necesarios para el cuidado de su salud, entre ellos el control de su tensión arterial y el control ginecológico.

En el año 2004, la implementación del proyecto de extensión mencionado para el cuidado de la salud de la familia feriante, detectó en las mujeres feriantes algunos casos que nunca se habían efectuado: mamografías, exámenes mamarios y demás estudios de control y diagnóstico. Esto motiva a indagar sobre las características de esta comunidad de mujeres que trabaja en las ferias francas de Posadas, delimitando como área de estudio la salud sexual y reproductiva específicamente.

² Proyecto de extensión- UNaM-“Municipios Saludables”. Resolución CD N° 151/04.

Esa aproximación a la realidad sociosanitaria de un grupo específico de población, motivó a la realización del presente estudio de tipo descriptivo-exploratorio con el fin de profundizar en la caracterización de la salud sexual-reproductiva de las mujeres feriantes de la ciudad de Posadas.

La fuente de obtención de datos que se utilizó en esta investigación es una fuente primaria, ya que la información se obtuvo directamente de las feriantes a través de una entrevista y como instrumento un cuestionario semiestructurado de preguntas abiertas y cerradas (Anexo I).

La población que se investigó estuvo conformada por todas las mujeres feriantes en edad fértil y pre menopáusicas que concurrieron a las tres Ferias Francas de Posadas seleccionadas para el estudio, Villa Cabello, Santa Rita e Itaembé Miní, siendo estas las más antiguas en funcionamiento. Conformaron parte de la población-muestra, las mujeres que se encontraban en edad fértil (las que iniciaron su primera menstruación e incluyendo las pre menopáusicas) que trabajaban en las ferias francas de Posadas y que decidieron voluntariamente participar en este estudio.

Los datos recogidos fueron procesados mediante el programa SPSS IBM (Versión 22- 2019); y serán analizados y procesados con los estadísticos posibles de calcular y según lo permitan las escalas en que son medidas las variables bajo estudio.

Esta investigación se sustenta en concepciones del modelo de Atención Primaria de Salud renovada (5) APS-, de los determinantes sociales de salud (6) - DDS- y del autocuidado. Teniendo en cuenta la atención primaria de la salud a través del establecimiento de hábitos de vida saludable como la manera en que la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para su salud. Dentro de los hábitos de vida saludable además de una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones se encuentra la realización de los controles médicos, siendo en el caso de las mujeres los estudios ginecológicos (pap, colposcopia, examen mamario, mamografía, etc.) para el desarrollo de una vida sexual sana y plena previniendo de

esta manera las morbilidades ginecológicas entre ellas el cáncer de útero, de mama, etc.

En esta investigación se realizó un recorte de los aspectos del cuidado de la salud de la mujer enfocados en los cuidados ginecológicos correspondientes a la salud sexual- reproductiva.

Planteándose los siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las características de la salud sexual y reproductiva de las mujeres feriantes? ¿Las mujeres feriantes realizan controles ginecológicos? ¿La realización o no de los controles ginecológicos se ven influenciadas por las variables de procedencia, cobertura de obra social, beneficio de protección social, nivel de instrucción u otros?

Este informe final se organizó a través de las siguientes partes:

Capítulo I: Introducción

Capítulo II: Aspectos metodológicos

Capítulo III: Resultados

Capítulo VI: Discusiones

Capítulo V: Conclusiones.

MARCO TEÓRICO

Entendiendo que la salud es un proceso de construcción socio-histórica (7) y que el fenómeno de la salud sexual y reproductiva ha tenido grandes avances científicos-técnicos³ (8) particularmente para el primer nivel de atención de salud. En este capítulo se hará un recorrido teórico situacional para dar sentido a cómo, dónde, cuándo y quiénes participan en el fenómeno de estudio (9).

Desde esta perspectiva comenzaremos analizando en primer lugar el modelo de atención primaria de Salud, como filosofía, estrategia y política desarrollada por la Salud Pública y desde la epidemiología aplicada. Esta última valora los estudios descriptivos o exploratorios en los campos que requieren incrementar el nivel de detalle para luego proponer medidas de intervención que contribuyan a mejorar la salud de los conjuntos micro-sociales estudiados en articulación con otras instituciones y recursos a nivel meso-macrosociales.

En este apartado se desarrollarán las nociones teóricas claves en las que se encuadra este trabajo y que luego permitirán la comprensión y el análisis posterior de las variables estudiadas. Primeramente se expondrán las concepciones de la salud sexual y reproductiva, atención primaria de la salud, los valores, principios y elementos de la APS Renovada, los determinantes sociales en salud, el control ginecológico y las morbilidades ginecológicas siendo importante profundizar en la regionalización de la atención.

³ Según UNPFA, entre los mayores avances se encuentran: 1) La Anticoncepción oral que comercializada desde 1960; ayudó a cambiar el pensamiento sobre el derecho de una mujer al permitirle elegir de manera autónoma cuándo tener hijos o si tenerlos. Además, promovió su empoderamiento al facilitar proseguir con su educación y la incorporación al mercado laboral. 2) La mejora en la calidad de la atención médica que contribuyó a evitar la mayoría de las muertes maternas, desde la década de los cuarenta. Mediante profesionales formados y el desarrollo de tratamientos seguros y fiables para combatir las causas comunes de muerte materna (infecciones, hemorragias y la tensión arterial alta) con medicamentos básicos. 3) Los preservativos, su uso se incrementó a partir de la epidemia del VIH en los 80, como iniciativa de la salud pública. Los preservativos femeninos también se introdujeron en la misma época para anticoncepción y prevención de ITS. 4) La respuesta mundial a la crisis del sida: el pánico generado por el sida desencadenó estrategias de educación, distribución de preservativos y acceso a terapias antirretrovirales. Una forma clave de hacerlo es integrar la prevención, el tratamiento y las pruebas del VIH en unos servicios de salud reproductiva más amplios.

Hitos mundiales en relación a los avances en la salud sexual y reproductiva de la mujer

En 1969, se crea el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), primer organismo internacional centrado en “el crecimiento demográfico y las necesidades de salud reproductiva de la población mundial, y la declaración de un compromiso mundial en pro de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos” (4). También en ese mismo año se realiza la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo. En 1970 se establece el Population Council establece el Comité Internacional de Investigaciones sobre Anticonceptivos. En 1971 se comercializa el dispositivo intrauterino Dalkon Shield y la Asamblea General encomienda al UNFPA la labor de liderar los programas de población. En 1973 se legaliza el aborto en los Estados Unidos. En 1974 se realiza la Conferencia mundial sobre Población en Bucarest. En 1975 las Naciones Unidas inauguran el decenio para la mujer.

La salud sexual y reproductiva

En el año 1994, en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo se define el término salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (10). En esta Conferencia no se diferencia a la salud sexual sino que se establece como parte de la salud reproductiva. A su vez se define a la atención de la salud reproductiva como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (10). Es así que el Estado Argentino adopta el programa de acción de esta conferencia desde el año 1994.

Las coordinadoras del Programa Nacional de salud sexual y procreación responsable del Ministerio de Salud de la Argentina creada a través de la ley nacional 25673 del año 2002, definen estos dos términos salud sexual como lo establece la OMS como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la

sexualidad. 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” (11). A su vez consideran que “la salud reproductiva implica la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desea. Esta concepción [...] supone el derecho de las personas a elegir métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y de tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las personas las máximas posibilidades de tener hijos sanos” (11).

La salud reproductiva comprende “la información, educación, comunicación y servicios de planificación familiar; educación y servicios en las áreas de atención prenatal, partos sin riesgos y atención postnatal, lactancia y atención a la salud para mujeres y lactantes; prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad, aborto (en caso de ser legal), manejo de las consecuencias del aborto, tratamiento de infecciones del tracto reproductivo, infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras condiciones de salud reproductiva; información y consejería sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable. También deben existir canalizaciones en caso de complicaciones, incluidos el cáncer de mama y los cánceres del tracto reproductivo, además del abatimiento activo de prácticas lesivas como la mutilación genital femenina” (12).

La ley 25.673 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable en el ámbito del Ministerio de Salud consta de catorce artículos. Esta ley es una política de salud sexual y procreación responsable enmarcada en el derecho humano a la salud, sus ejes –y objetivos– están puestos en prevenir ITS, abortos provocados, embarazos adolescentes y cáncer genitomamario (13).

Posteriormente, en el año 2011, por medio de la resolución N° 1.261 del Ministerio de Salud, se crea el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino que tiene como objeto reducir la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, garantizando una adecuada cobertura de la población objetivo, una adecuada calidad de test de tamizaje (toma y lectura de pap), y el correspondiente seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer (14).

En el año 2013, la resolución 1813 del Ministerio de Salud de Nación instituye el Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama en el ámbito del INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER cuyas funciones se centran en la elaboración de lineamientos programáticos y guías de práctica para la detección, diagnóstico y tratamiento; la implementación de un sistema integral de control de calidad en todo el continuo de cuidado del cáncer de mama; el monitoreo y la evaluación del proceso de detección y tratamiento; la articulación de las diferentes etapas del cuidado del cáncer de mama (detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento); la elaboración e implementación de estrategias de comunicación sobre hábitos saludables vinculados a la salud mamaria con un lenguaje ajustado a las diferentes comunidades que componen la Nación (15).

Ambos programas se efectivizan y materializan en el primer nivel de atención.

Atención Primaria de la Salud

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud -APS- en Alma Ata, Rusia, en el año 1978 se establece la concepción de la APS con el fin de alcanzar la salud para todos como un derecho, así se la define como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (16). Según Zurro es un elemento central del sistema sanitario y dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, potenciando, al mismo tiempo, la autorresponsabilidad y la participación comunitaria (17).

Se destacan en este nivel, dos complementos fundamentales en el que deben sustentarse las prácticas para el cuidado de la salud: La promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad. La Conferencia Internacional realizada en Ottawa en el año 1986 con el objetivo de alcanzar “salud para todos” establece en su carta, la definición de Promoción de Salud que “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”

(18). “Abarca tanto las acciones dirigidas a favorecer la incorporación de prácticas individuales y comunitarias saludables, así como a la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de reducir las desigualdades sanitarias” (19). Mientras que la prevención “se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo” (20).

Valores, principios y elementos de la APS Renovada Un sistema de salud basado en la APS (21) debe reunir ciertos valores, principios y elementos esenciales. Dentro de sus valores guías se encuentran, el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad. Los principios que fundamentan esta renovación de la APS sirven de nexo entre estos valores y elementos estructurales del sistema de salud. Estos constituyen, dar respuesta a las necesidades de salud de la población, Los servicios orientados hacia la calidad, La responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación, la intersectorialidad. Luego se establecen los elementos de este sistema renovado, que constituyen los componentes más operativos y funcionales, estos son: a) La cobertura y el acceso universales, b) El primer contacto, c) Atención integral, integrada y continua, d) La orientación familiar y comunitaria, e) El énfasis en la promoción y en la prevención, f) Cuidados apropiados, g) mecanismos de participación activa, h) marco político, legal e institucional sólido, i) políticas y programas pro-equidad, de organización y gestión óptimas, Los recursos humanos adecuados, acciones intersectoriales.

Determinantes sociales de la salud

Según la OMS, los determinantes sociales de la salud -DSS- “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (22). En el año 2005, la OMS creó la Comisión sobre DSS, conformada por expertos de varios países, los cuales elaboraron un informe con el fin de subsanar las desigualdades y alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud para ello establecieron tres acciones claves: mejorar las condiciones de vida, luchas contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y la tercera, medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones (23).

Los determinantes sociales de salud incluyen tres componentes: a) el contexto socioeconómico y político, b) los determinantes estructurales, y c) los determinantes intermediarios. En el contexto socioeconómico y político se incluyen los determinantes de gobernanza (tipo de gobierno), políticas macroeconómicas, políticas sociales (mercado laboral, alojamiento, tierra), políticas públicas (Educación, Salud, Protección Social), Cultura y valores sociales. En los determinantes estructurales se incluyen: la posición socioeconómica, clase social, género, etnicidad, educación, ocupación e ingresos. En los determinantes intermedios se encuentran: Circunstancias materiales (Condiciones de vida y trabajo, comida, disponibilidad, etc), Factores biológicos y conductuales, Factores psicosociales y sistema de salud (24).

El sexo constituye uno de los componentes estructurales de los DSS, en este sentido, “las mujeres de las comunidades rurales no tienen un acceso igualitario a servicios de salud reproductiva que sean convenientes, asequibles o culturalmente apropiados, ni a la educación en ese sentido. Las mujeres de las minorías étnico-raciales experimentan con frecuencia exclusión social y económica, otro ejemplo más de una situación desigual que produce inequidades en materia de salud en muchos momentos a lo largo de todo el curso de la vida, en particular durante el embarazo y el parto” (25).

La teoría del autocuidado

El autocuidado es un término muy utilizado en el campo de la enfermería para designar aquellas prácticas o acciones que realiza la persona para cuidarse a sí misma, con el fin de fortalecer su salud y reducir los factores de riesgos. También es considerada “una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción” (26).

Este término se conceptualiza en la teoría del déficit del autocuidado desarrollado por la dra Orem Dorothea, en el mismo se enmarcan tres teorías: la Teoría de autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería (27).

De estas tres, la teoría de autocuidado, resulta de interés para el análisis y posterior relación con los resultados de este estudio. Ésta presenta tres requisitos o necesidades que deben cubrirse: La primera, los requisitos universales de autocuidado, que comprenden el adecuado suministro de aire, agua y alimentos; procesos de eliminación y excreción; momentos de actividad y de reposo, de soledad y de interacción social; promoción de la salud, y prevención de accidentes, el siguiente, los requisitos de autocuidado para el desarrollo, que están determinados por el ciclo vital y por último, los requisitos de autocuidado en caso de desviaciones en el estado de salud, que Incluyen el seguimiento del tratamiento médico y adaptación a la enfermedad o a sus secuelas (28).

Retomando el término autocuidado, la UNFPA expresa que es “una conducta que protege la salud” (29) y que a su vez se relaciona con la autorresponsabilidad de las personas. También se la define como una “construcción cultural relacionada con el cuidado propio, de sus familiares y personas más cercanas, que se hace viable a partir de factores como los conocimientos previos, el tiempo disponible, los recursos económicos, la edad, el género y la inclusión social, así como el uso efectivo del sistema de salud” (30).

Dentro de las prácticas de autocuidado se encuentran el asistir al control médico y odontológico que permiten identificar problemas precozmente además de examinar en el estilo de vida conductas que puedan afectar la salud para poder modificarlos a través de una intervención educativa. También se encuentra la autoexploración para detectar cambios en el cuerpo que puedan significar signos de alarmas para la salud. Estas acciones pueden ser realizadas en todas las etapas del ciclo vital de las personas (31).

Programas Nacionales de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino y Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama

En la Argentina existen dos programas nacionales que intervienen en la salud de la mujer a partir del control ginecológico preventivo: el programa nacional de prevención de cáncer cérvicouterino y el programa nacional de control de cáncer de mama. Ambos tienen su aplicación o abordaje desde el campo de la atención primaria de la salud.

El Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama (PNCM) busca garantizar “a las mujeres un acceso equitativo al cuidado continuo, integral, adecuado y oportuno del cáncer de mama. Es decir, que implique el espectro de intervenciones que van desde la prevención primaria hasta los cuidados paliativos, basándose en la evidencia científica y en estándares de calidad aceptados” (32). Dentro de los objetivos específicos persigue reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. Garantizar el tratamiento adecuado y oportuno de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Lograr la institucionalización y fortalecimiento del programa. Asegurar la calidad de los servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento. Desarrollar un sistema eficiente de seguimiento y resolución de las mamografías sospechosas o no diagnósticas. Establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa. Establecer un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia que asegure el correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento de las mujeres con cáncer de mama detectadas. Fortalecer el trabajo de los registros regionales de cáncer, implantando las medidas necesarias para conseguir la adecuada validez y exhaustividad de los datos obtenidos. Lograr una cobertura del tamizaje de al menos el 70% de la población objetivo, focalizando en aquellas mujeres que en general no acceden a los servicios de tamizaje. Lograr una retención de mujeres dentro del programa a través de la cobertura en segunda ronda superior al 75% de las mujeres que participaron de la primera (33).

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC), pretende contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad. Con este fin, trabaja articuladamente con los programas provinciales y los servicios de salud locales fortaleciendo las acciones destinadas a la prevención del cáncer de cuello de útero en las provincias. La estrategia integral de este programa abarca la prevención primaria a través de la vacuna contra el VPH y la prevención secundaria a través del tamizaje de mujeres con PAP o VPH. La incorporación del test de VPH comenzó a partir de la implementación de un proyecto demostración en la provincia de Jujuy, que se desarrolló entre los años 2011 y 2014. En el año 2014 se incorporaron al tamizaje con test de VPH Catamarca, Neuquén, Misiones y Tucumán (34).

Control Ginecológico y exámenes preventivos

El control ginecológico “es parte del control de salud de rutina que debe tener toda mujer. Este se debe iniciar en la adolescencia, para así seguir durante la etapa fértil y continuar con posterioridad en la menopausia y postmenopausia” (35). Se recomienda que este sea una vez al año o según lo indique el profesional.

La importancia de realizar el control ginecológico en forma anual, radica en la detección precoz de enfermedades ginecológicas frecuentes, pre malignas (HPV) y malignas (cáncer de cuello de útero, cáncer de mamas).

En dicha consulta se debe incluir: los exámenes preventivos como, el Papanicolaou, la colposcopia y el examen mamario.

Papanicolaou

“La citología cervical exfoliativa (PAP) es una técnica mediante la cual se obtiene a través de una espátula y/o cepillo una muestra de células de endo y exocervix (zona de transformación donde la displasia y el cáncer se manifiestan), su posterior fijación en un vidrio para ser observada al microscopio por un anatomopatólogo y así detectar precozmente la presencia de células displásicas” (36). La frecuencia recomendada por el Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino es la realización de un Pap cada 3 años, luego de 2 Paps anuales negativos consecutivos (37).

“El PAP puede realizarse en cualquier establecimiento de salud que cuente con los insumos básicos para la obtención de la muestra. La muestra puede ser tomada por: médicos ginecólogos y obstetras, médicos generalistas y/o de familia, otros profesionales médicos, obstétricas /parteras, enfermeros, agentes sanitarios” (36).

Colposcopia

“La Colposcopia es un examen que, mediante una lente de aumento, permite localizar lesiones detectadas previamente con el Pap, para ser biopsiadas y diagnosticadas definitivamente” (37).

Examen de Mamas

La exploración de las mamas es una práctica ineludible en toda consulta de atención primaria y/o ginecológica. El examen físico mamario cuidadoso y sistematizado es básico en el cuidado de la mama. Es imprescindible una valoración metódica de la mujer que acude a la consulta, presente o no síntomas mamarios. El motivo principal de la consulta, la edad, la historia gineco-obstétrica, los antecedentes personales y familiares de patología mamaria, los hábitos dietéticos, etc., son datos que ayudarán al médico a establecer un perfil de riesgo ante el cáncer de mama (38).

El examen clínico de mamas lo realiza el médico que observa y palpa las mamas de la paciente en busca de nódulos u otras alteraciones. Todas las mujeres deben realizarse este tipo de examen a partir de los 20 años. Las menores de 40 y las mayores de 70 deben realizarlo con su examen de salud habitual, al menos una vez cada tres años. Las mujeres entre 40 y 70 años deben realizarlo una vez por año (39).

Mamografía. “La mamografía es la radiografía de las mamas que utiliza bajas dosis de radiación. Es un examen médico no invasivo que se utiliza para asistir en la detección temprana y el diagnóstico de las enfermedades mamarias en las mujeres” (40).

Ecografía mamaria. Se solicita en mujeres jóvenes con mamas muy densas y en los casos en que se observa alguna imagen sospechosa en la mamografía.

Morbilidades ginecológicas

Cáncer Cervicouterino.

El Cáncer Cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

Los factores de riesgo conforman las características o hábitos que pueden ser modificables por la población y que cuando están presentes en los sujetos en estudio se puede observar que incrementan la probabilidad de padecer determinada enfermedad, por lo tanto se expresa que existe un nexo etiopatogénico. En el caso del CCU, los factores más reconocidos son el HPV, la precocidad sexual, la multiparidad, la promiscuidad sexual tanto de la mujer como del varón y el hábito de fumar (41).

Cáncer de Mama.

“El cáncer de mama es una enfermedad causada por la multiplicación anormal de las células de la mama que forman un tumor maligno. Puede afectar a cualquier mujer. Las posibilidades de que aparezca aumentan con la edad, en especial a partir de los 50 años” (42). “Puede afectar a cualquier mujer: se estima que 1 de cada 8 a 10 mujeres desarrollará cáncer de mama a lo largo de su vida” (43) Algunos de los factores de riesgo incluyen: “Ser mayor de 50 años, Antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad pre-neoplásica de mama, Antecedentes familiares de cáncer de mama. Tratamiento previo con radioterapia dirigida al tórax. Terapia de reemplazo hormonal. Primera menstruación a edad temprana. Edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber tenido hijos. El sobrepeso, el sedentarismo, y el consumo excesivo de alcohol” (42).

“La mamografía puede detectar el cáncer de mama cuando el nódulo todavía no es palpable o lo es mínimamente. En estos casos es posible recurrir a tratamientos menos agresivos que los que se realizan cuando el cáncer está más avanzado” (42).

La Sociedad Argentina de Mastología (SAM) recomienda una mamografía de base a los 35 años en pacientes asintomáticas, y en caso de tener antecedentes familiares, el primer control debe hacerse 10 años antes de la edad en que el familiar tuvo cáncer de mama (40).

En Misiones, desde los 40 años, las mujeres pueden acceder al estudio sin orden médica, solo deben presentar el DNI. En el caso de mujeres menores de 40 años deben presentar el pedido médico y DNI (44).

En este sentido se fijaron los siguientes objetivos:

- **OBJETIVOS**

Objetivo General:

Contribuir al conocimiento del perfil sociodemográfico y epidemiológico en relación a la salud sexual y reproductiva incluyendo la accesibilidad a servicios preventivos de salud de la población femenina de las ferias Francas de la ciudad de Posadas para proponer medidas viables de salud colectiva.

Objetivos Específicos

1- Describir el perfil sociodemográfico de la población de mujeres feriantes de la ciudad de Posadas de acuerdo a las características de edad, ocupación, situación de pareja, lugar de procedencia/residencia, nivel de instrucción y religión.

2- Señalar los antecedentes personales ginecoobstétricos de las mujeres feriantes de las Ferias Francas de Posadas.

3- Identificar medidas de autocuidado de salud sexual y reproductiva realizadas por las mujeres feriantes: uso de métodos anticonceptivos, uso de servicios de consejería, control de salud en el último embarazo, control ginecológico, realización del PAP, Colposcopia, Examen mamario, ecografía mamaria, mamografía y retorno con los resultados al médico.

4- Explorar sobre las barreras de acceso a los servicios preventivos (motivos más frecuentes de falta de control ginecológico) en las mujeres feriantes de la ciudad de Posadas y relacionar las variables procedencia, cobertura de obra social, beneficio de protección social, nivel de instrucción y de Apoyo familiar con el control ginecológico

5- Valorar la importancia atribuida al control ginecológico por las mujeres feriantes de la ciudad de Posadas.

6- Reconocer los antecedentes familiares en relación a los antecedentes familiares de cáncer y tipos.

CAPÍTULO II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

MATERIAL Y MÉTODO

En este capítulo se describe la metodología del estudio. Esta incluye el tipo de investigación, población-muestra, criterios de inclusión y exclusión, definición de términos, instrumento de recolección de datos, procesamiento estadístico de datos y las consideraciones éticas.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El paradigma de la investigación es cuantitativo, dado que indaga sobre la naturaleza objetiva de la realidad, en la que el investigador y sus valores se distancian del objeto estudiado (45). En función de los objetivos formulados para la presente investigación se encuadra en la categoría de estudios exploratorios-descriptivos (46) concuerda con los propósitos de los estudios exploratorios, en el sentido que constituyen la aproximación a una problemática que se pretende familiarizar e identificar variables que requieren un análisis detallado a ser resuelta en investigaciones ulteriores; asimismo para los comprobar las estrategias y los medios de investigación más apropiadas para obtener información más profunda.

En términos epidemiológicos, constituye un estudio descriptivo (47) porque apela simplemente a la descripción de la distribución de los problemas o eventos de salud en términos de frecuencia en grupos de una misma población. Y a pesar de que no constituye, un estudio estrictamente analítico porque si bien relaciona diferentes variables, no posee examinar la validez de las indagaciones formuladas inicialmente. En este sentido da apoyo a lo descriptivos del estudio, cuando compara con base en su conocida mayor o menor exposición al posible factor causal.

• **POBLACIÓN-MUESTRA:**

La población en estudio está conformada por el universo, es decir, por todas las mujeres feriantes (n=46) en edad fértil y pre menopáusicas que trabajan en las tres Ferias Francas de Posadas seleccionadas para el estudio, Villa Cabello (n=26), Santa Rita (n=7) e Itaembé Miní (n=13). El tamaño de la población da cuenta que no fue necesario recurrir a criterios de muestreo aleatorio y que se decida trabajar con el universo.

No obstante, cabe aclarar que siete mujeres feriantes de los sitios de estudio seleccionados han quedado fuera del universo; teniendo en cuenta consideraciones éticas (cuatro mujeres feriantes fueron autoexcluidas) y por cuestiones metodológicas (tres mujeres feriantes fueron eliminadas).

Sitio de estudio

El estudio se llevó a cabo en tres Ferias Francas de la ciudad de Posadas:

- Villa Cabello,
- Santa Rita e
- Itaembé Miní.

Aunque, en primera instancia para la realización de este estudio se habían seleccionado las Ferias Francas de Villa Cabello, Santa Rita y Villa Urquiza, sin embargo, una solicitud del Presidente de las Ferias Francas del año 2016 (Anexo III), hizo que se modificara uno de los lugares elegidos a priori. Se considero estratégico dar lugar a la solicitud a fin de lograr la factibilidad del estudio.

Las Ferias Francas seleccionadas se encuentran ubicadas en los barrios homónimos, la feria de Villa Cabello en la calle Fermín Fierro casi av. Eva Perón, la Feria de Santa Rita en la esquina de Av. Monseñor de Andrea 4199 casi av. Chacabuco y la feria de Itaembé Miní en la esquina de Av. 147 y Av. 164.

La Feria de Villa Cabello presentaba en el año 2016, un total de 131 feriantes empadronados y la feria de Itaembé Miní un total de 42 feriantes.

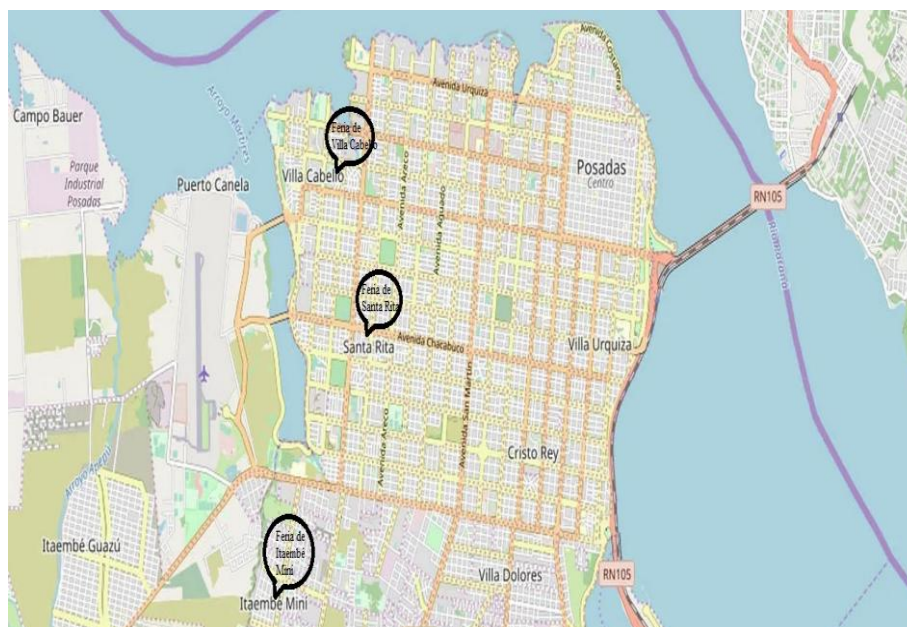


Figura N° 1: Mapa de la Ciudad de Posadas con la ubicación de las Ferias Francas en estudio.

● **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Criterios de Inclusión: Los criterios de inclusión fueron el tipo de ocupación, etapa de salud reproductiva y la adhesión a participar del estudio:

- a) **Ocupación:** Conformaron el universo/población de estudio las mujeres que se encontraban en edad fértil que trabajan en las Ferias Francas de Villa Cabello, Santa Rita e Itaembé Mini de la ciudad de Posadas.
- b) **Etapa de salud reproductiva:** todas las mujeres feriantes incluidas en el ítem "a", que ya tuvieron su menarca y las que se encontraban en período premenopáusico al momento de la encuesta.
- c) **Adhesión a participar del estudio:** incluye a todas las mujeres contempladas en los ítems "a" y "b" que firmaron el consentimiento para libre y voluntariamente participar del estudio.

Criterios de Exclusión: Los criterios de exclusión fueron el lugar de ocupación, etapa de salud reproductiva y la falta de adhesión a participar del estudio:

- d) Lugar de Trabajo: Quedaron excluidas del universo de estudio las mujeres que trabajaban en Ferias Francas de Posadas distintas a las mencionadas en el ítem “a”.
- e) Encontrarse fuera de la etapa de salud reproductiva: las mujeres feriantes incluidas en el ítem “a”, que aún no habían tenido su menarca y las que se encontraban en el período menopáusico.
- f) Consideraciones éticas: Las mujeres feriantes que decidieron no participar del estudio. Quedaron excluidas cuatro (4) mujeres: dos (2) de la Feria Franca de Itaembé Miní y dos de la Feria Franca de Villa Cabello. Una de ellas manifestó argumentó que se sentía sobre estudiada. Otras dos que estaban trabajando y no querían participar. La cuarta no quería firmar el consentimiento informado, era renuente a firmar cualquier papel, a pesar de explicar que era solo la autorización para poder realizar la entrevista. Incluso su hija, que se encontraba en la misma mesa, la motivó a participar y le mostró su apoyo participando de este estudio.
- g) Cuestiones metodológicas: fueron excluidas de este estudio tres mujeres feriantes de de Santa Rita, a quienes se aplicó la prueba piloto del instrumento de recolección de datos.

VARIABLES NOMINALES Y OPERACIONALES

Variables	Dimensiones de las variables	Valor de las variables
Sociodemográficas	Edad	<21 años/ Entre 21 años y 30 años/ > 30 años
	Ocupación	Principal/ Secundaria
	Lugar de trabajo	Feria Villa Cabello/ Itaembé Mini/ Santa Rita
	Situación de Pareja	Con pareja Estable/ Inestable
		Sin pareja
	Procedencia	Posadas Zona: Rural/ Urbana
		Interior de la Provincia Zona: Rural/ Urbana
	Nivel de Instrucción	Sin escolaridad
		Escolaridad Primaria: Incompleta/Completa
		Escolaridad Secundaria: Incompleta Completa
		Escolaridad Terciaria: Incompleta/ Completa
	Religión	Sin religión
		Tipo de religión: Práctica/ No Práctica

Variables	Dimensiones de las variables	Valor de las variables y tipo de variable
Antecedentes gineco-obstétricos personales	Edad de menarca	10 a 17 años - V. cuantitativa discreta
	Edad de Inicio sexual	No aplica/15-16 años/17 a 19 años > 20 años V. cuantitativa discreta
	N° de embarazos	0,1,2,3... V. cuantitativa discreta
	N° de hijos	0,1,2,3... V. cuantitativa discreta
	Tipo de parto	Vaginal V. cualitativa nominal Cesárea
Antecedentes familiares	Antecedentes familiares de cáncer	Si_ Tipo de Cáncer (mamas/ útero/Otro)
		No

Variables	Dimensiones de las variables	Valor de las variables	
Prácticas de Autocuidado	Uso de métodos anticonceptivos	Si/ No Tipo de método anticonceptivo utilizado	
	Uso de servicios de consejería	Si/ No	
	Control de salud en el último embarazo	Control de salud en el último embarazo	No aplica
			Con control/ Sin control
			Con control en el último año
	Control ginecológico	Control ginecológico	Con control hace más de 2 años
			Sin Control /Nunca realizó
Realización del PAP	Realización del PAP	Si Normal/ Anormal/ No sabe/no se acuerda/Nunca retiró el resultado	

		No		
	Realización de la Colposcopia	Si	Normal/ Anormal/ No sabe/no se acuerda/Nunca retiró el resultado	
		No		
	Realización del Examen de mamas	Si	Normal/ Anormal/ No sabe/no se acuerda	
		No		
	Realización de ecografía mamaria	Si	Normal/ Anormal/ No sabe/no se acuerda/Nunca retiró el resultado	
		No		
	Realización de Mamografía	Si	Normal/ Anormal/ No sabe/no se acuerda/Nunca retiró el resultado	
No				
Retorno con los resultados al médico.	Si/ No			
Barrera de acceso a servicios preventivos (Motivos de falta de control)	Accesibilidad cultural	Desconocimiento de que debe realizarse		
		No sabe en qué consiste		
	Accesibilidad geográfica	Distancia a la institución de salud	Menos de 1 km/entre 1 y 4 km/Más de 4 km	
			Transporte	Vehículo propio
		Colectivo Cada 30 min/ Entre 1 o 2 horas/ más de 2 horas		
		Otro		
No				
Infraestructura de los SS y organización	Déficit de recursos materiales Déficit de recursos humanos Inaccesibilidad a turnos de servicios de atención.			

	Traslado	Sin traslado/ Con traslado
	Otros motivos Personales	No cuenta con tiempo, otros
	Beneficio de protección Social	Si No
	Cobertura de obra social	SI -TIPO NO
	Apoyo familiar	Si No
Percepción de la importancia de los Controles de Salud	Importancia atribuida al control	Sin importancia/ poco importante/ Importante/ Muy importante

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

EDAD: años de vida cumplidos al momento de la entrevista.

OCUPACIÓN: es el trabajo que realizan las mujeres por la que reciben remuneración por la tarea realizada. Ocupación **principal:** es el trabajo realizado dentro del Espacio físico de la FERIA Franca para comercializar productos generados en su lugar de residencia, como productoras primarias junto a su grupo familiar.

LUGAR DE TRABAJO: Son las Ferias de la ciudad de Posadas: Villa Cabello- Santa Rita- Itaembé Miní.

SITUACIÓN DE PAREJA: Tipo de relación con la pareja en la que se encuentra la feriante al momento de la encuesta. Con Pareja: Cuando se encuentra en pareja, en forma inestable o estable (más de 6 meses de relación). Sin pareja: En el momento del estudio no se encuentra en pareja.

PROCEDENCIA: Es el lugar donde las mujeres feriante reside y produce los productos primarios. Puede ser una localidad, municipio; rural- urbana.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN. Corresponde al nivel de instrucción formal alcanzado por la feriante al momento de la encuesta: Sin escolaridad- Primaria incompleta, completa- Secundaria incompleta, completa- Terciaria incompleta- completa- Universitaria incompleta, completa.

Cobertura de OBRA SOCIAL: Institución que da cobertura de salud a la feriante. Posee protección NO - SI.

CONTROL GINECOLÓGICO: Atención de salud ginecológica integral, proporcionada a las mujeres a lo largo de su vida. Se considera integral cuando se incluyen: Prueba de Papanicolau, colposcopia, examen de mamas, mamografía (Mayores de 35 años), ecografía.

PAP o Papanicolau: toma de muestra de células del cuello uterino que luego son observadas y analizadas por un médico patólogo. Con el fin de determinar cambios celulares que puedan producir de cuello uterino. El Pap también sirve para encontrar otras afecciones como infecciones o inflamaciones. Se puede realizar simultáneamente un examen pélvico o una prueba para detectar ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH).

COLPOSCOPIA: Observación del cuello uterino, vagina y vulva a través de un colposcopio (Microscopio).

EXAMEN DE MAMAS: Inspección del tamaño, forma de las mamas y de las axilas.

MAMOGRAFÍA: Estudio radiográfico de las glándulas mamarias.

ECOGRAFÍA MAMARIA: Estudio ecográfico de las glándulas mamarias.

RETORNO CON LOS RESULTADOS AL MÉDICO: Representa que la feriante completa el circuito de la atención para el control de su SSyR, regresando a la consulta médica con los resultados de los estudios diagnósticos preventivos. Esto conlleva a iniciar otro circuito en caso de detectarse un problema de salud para la curación y el tratamiento. Si/ No

Accesibilidad cultural: Desconocimiento de que debe realizarse No sabe en qué consiste

Accesibilidad geográfica: Comprende barreras de acuerdo a la Distancia a la institución de salud, disponibilidad de Transporte que se traduce en Tiempo transcurrido en moverse desde un punto de origen a otro establecido. Tiempo que transcurre para completar la ruta del domicilio a la unidad de salud. Esta distancia puede ser neutralizada con la disponibilidad de medios de transportes propios o públicos.

INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y ORGANIZACIÓN: Se refiere a la inexistencia, insuficiencia o distribución inadecuada de establecimientos de salud, abarca el déficit de recursos materiales, recursos humanos y/ o la imposibilidad de acceso de las feriantes a turnos para los servicios de atención de su SSyR.

OTROS MOTIVOS PERSONALES: Desmotivación a realizarse los controles sanitarios o justificación en que no tiene tiempo. Actitud que encubre cuestiones de género al no poder disponer de tiempo para su autocuidado.

Beneficio de protección Social: Referido a gozar de la protección social de programas nacionales o provinciales, Si No

COBERTURA DE OBRA SOCIAL: Referido Al Tipo Pmo, Programa Médico Obligatorio, O Cobertura De La Atención Médica Que Goza La Mujer Feriante Para La Atención De Su SsyR. Si -tipo No

APOYO FAMILIAR: Referido a la contención socioafectiva del grupo primario, que solidariamente facilita a la mujer feriante dedicar tiempo y energía para su autocuidado, Si No

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CA: Historia de enfermedades cancerígenas padecidas por padres, tíos, hermanos/as de la feriante. Si o NO. TIPOS de Ca: Ca de mama- útero, ovario- otros.

FECHA ÚLTIMO EMBARAZO: Año en el cual la feriante estuvo embarazada por última vez.

CONTROL EN EL EMBARAZO: Atención tocoginecológica u obstétrica recibida por la feriante durante el embarazo.

IMPORTANCIA ASIGNADA POR LA FERIANTE A LA REALIZACIÓN DEL CONTROL GINECOLÓGICO PREVENTIVO. Se clasificará según importancia asignada por la feriante a la actividad, siendo: Muy importante. Importante. Poco importante. Sin importancia.

- **TECNICA e INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:** Para recolectar los datos se utilizó como técnica la entrevista para la aplicación del un instrumento de recolección de datos. El instrumento un cuestionario semiestructurado con preguntas cerradas y abiertas (Anexo I)
- **PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE DATOS:** Los datos recogidos fueron procesados mediante el programa SPSS IBM (Versión 22- 2019); y serán analizados y procesados con los estadísticos posibles de calcular y según lo permitan las escalas en que son medidas las variables bajo estudio.
- **CONSIDERACIONES ÉTICAS:** Esta investigación tuvo en cuenta la rigurosidad de los protocolos de las investigaciones en salud en dos sentidos. En primer lugar, se esperó el dictamen del comité de Bioética de la Provincia de Misiones (Anexo II) antes de iniciar el trabajo de campo de esta tesis. En segundo lugar, se solicitó a cada una de las mujeres feriantes la aceptación de un consentimiento informado (Anexo IV) que fue explicado previamente y constatado su comprensión.

SITIO DE ESTUDIO:

La feria y los feriantes. Las Ferias Francas de Posadas

La Feria y los feriantes

La “Feria” tomando la definición que se establece en el Proyecto de ley que regula el funcionamiento de las mismas, en el mismo se establece que “es todo aquel espacio físico destinado a la comercialización de productos generados por los productores y su grupo familiar, a través del sistema de venta directa a los consumidores” (48) que funciona generalmente en espacios públicos cedidos por los municipios (escuelas, plazas, clubes y otros recursos de la comunidad). La denominación de “francas” es porque se encuentran exentas del pago de impuestos o tasas impositivas.

En cuanto a lo relativo a las personas que son los actores principales en la Feria se encuentra “El Feriante”- hombre o mujer, que se constituye como “aquel pequeño productor primario que elabora sus propios productos a través del trabajo de su grupo familiar, y lo comercializa a través del sistema de venta directa a los consumidores en el puesto de feria asignado” (48).

La Mujer Feriante es el actor social clave de esta investigación, es aquella persona tanto que comercializa los productos en la Feria como también es la mujer que pertenece al grupo familiar de pequeños productores que trabaja en la feria. Cabe aclarar que uno de los rasgos sobresalientes de la agricultura familiar es que la carga laboral está distribuida en todos los miembros del grupo primario, abarca a todos los grupos etarios y géneros. Especialmente porque el trabajo rural no tiene feriados, requiere de mano de obra intensiva, particularmente en el caso de los pequeños productores que carecen de equipamiento tecnológico.

Para entender un poco más el pensamiento de las mujeres feriantes, García Guerreiro (49) sostiene que los feriantes manifestaban que les daba miedo o vergüenza participar en la feria al tener que enfrentar al público y tener que hablar con personas desconocidas. En el caso de las mujeres feriantes señala que este miedo o temor se profundiza “ya que deben enfrentar el desafío de “salir” de la chacra, transformando sus prácticas y su vínculo con los otros”.

Se transcribe a continuación una de las entrevistas realizadas a los feriantes por García Guerreiro (49):

“yo creo que eso se da un poco más en las mujeres porque los hombres suelen salir más de la casa, porque las mujeres son las que tienen que estar siempre en la casa, y ese cambio más en las mujeres se nota. Las mujeres antes no salían casi y ahora sí, tienen la oportunidad de salir.” (feriante de El Soberbio, 2005 citado por García Gerreiro).

Las Ferias Francas constituyen una institución dentro de la economía social regional. Se ha consolidado su presencia en base al trabajo constante y perseverante de sus actores, hasta alcanzar una notable consideración en la comunidad en la cual están funcionando.

La primera Feria Franca comenzó a funcionar en Agosto de 1995, en la ciudad de Oberá, con el apoyo y el estímulo de la Municipalidad local y el Movimiento Agrario Misionero. Desde entonces, se han ido habilitando en diferentes municipios, e incluso en algunas ciudades se cuentan con varias funcionando complementariamente, como

es el caso de Posadas, donde funcionan en varios barrios de la ciudad simultáneamente o en forma complementaria.

La Feria Franca es un espacio de comercialización directa de los productos elaborados por pequeños trabajadores rurales y sus grupos familiares que ofrecen a la venta a los consumidores a precios inferiores al común de mercado, por la desaparición de la cadena de intermediación que incrementa el valor final de los productos. De este modo la Feria Franca constituye una respuesta social organizada enmarcada en los principios de la economía social solidaria, es decir, que se distancia del manejo tradicional del mercado, para pensar en construir alternativas viables frente a la lógica hegemónica del sistema capitalista, las cuales no están exentas de dificultades pero permiten pensar que esta construcción es posible. Según Fingermann (50) “la agricultura familiar es un sector que necesita construir otros canales de comercialización alternativos, circuitos cortos que eliminen intermediarios y se basen en la relación productor-consumidor”.

La característica esencial de la Feria Franca es la ausencia de intermediarios, y el protagonismo de los pequeños productores, como elaboradores y comercializadores de los bienes que ofrecen. La oferta de elementos que se encuentran en ellas es múltiple, y va desde frutas, hortalizas, alimentos elaborados y precocidos, chacinados, embutidos, dulces, panificados, pastas, hierbas medicinales, plantas y artesanías. Todo ello en un marco de socialización e interacción entre feriantes y consumidores, que caracteriza el marco de cada una de estas ferias.

Luego de más de una década de funcionamiento de las ferias en este marco se dicta la ley provincial III N° 10 (51) en el año 2010 que regula su funcionamiento y establece parámetros para su desarrollo, promoción y fomento. Esta norma establece disposiciones y contenidos generales, aspirando a dar reconocimiento y buscando el desarrollo de la actividad de las ferias francas, reconocer su preexistencia y asegurar su consolidación.

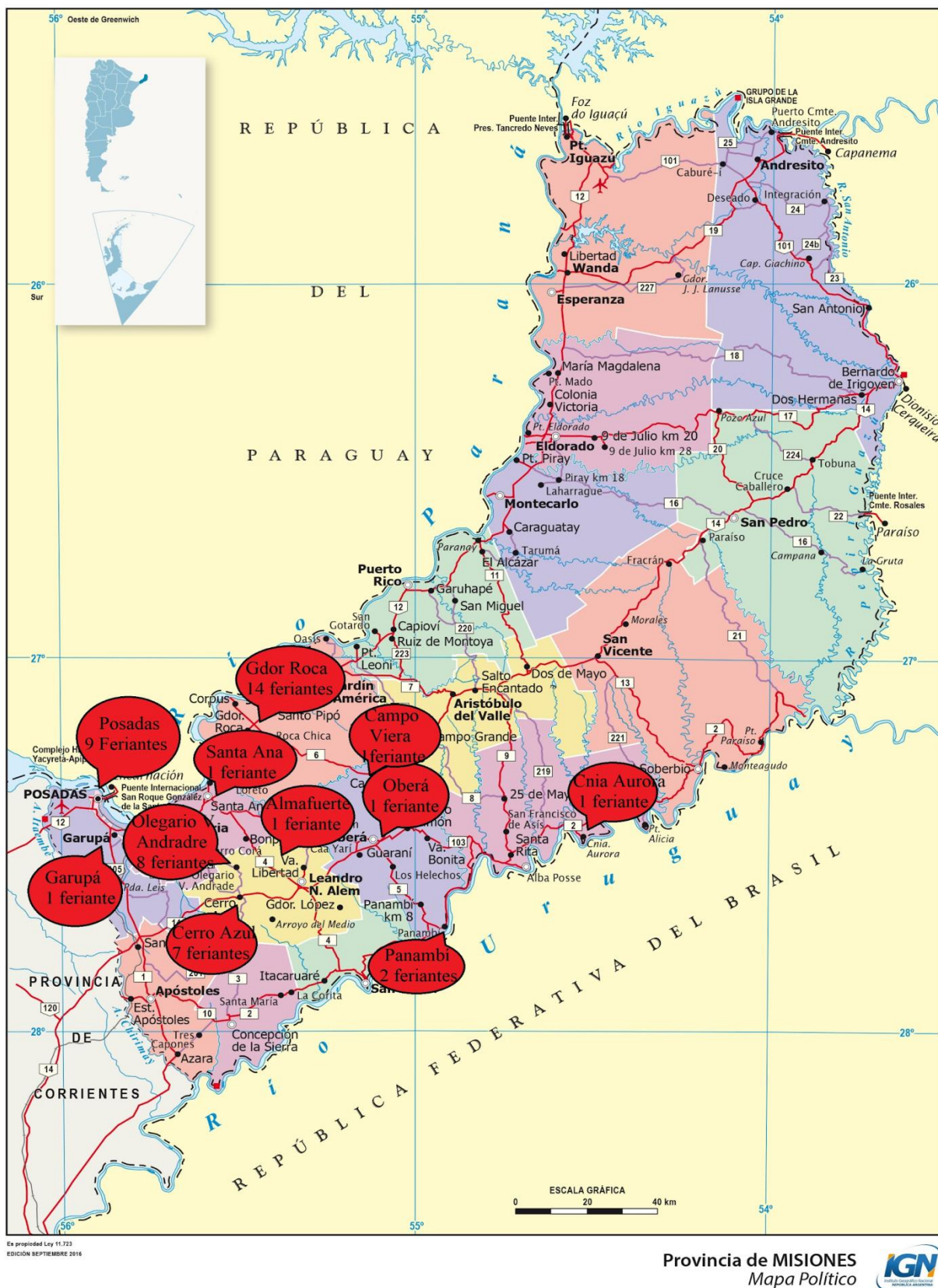


Figura N° 2: Mapa de la Provincia de Misiones con la procedencia/residencia de las feriantes en estudio

CAPÍTULO III **RESULTADOS**

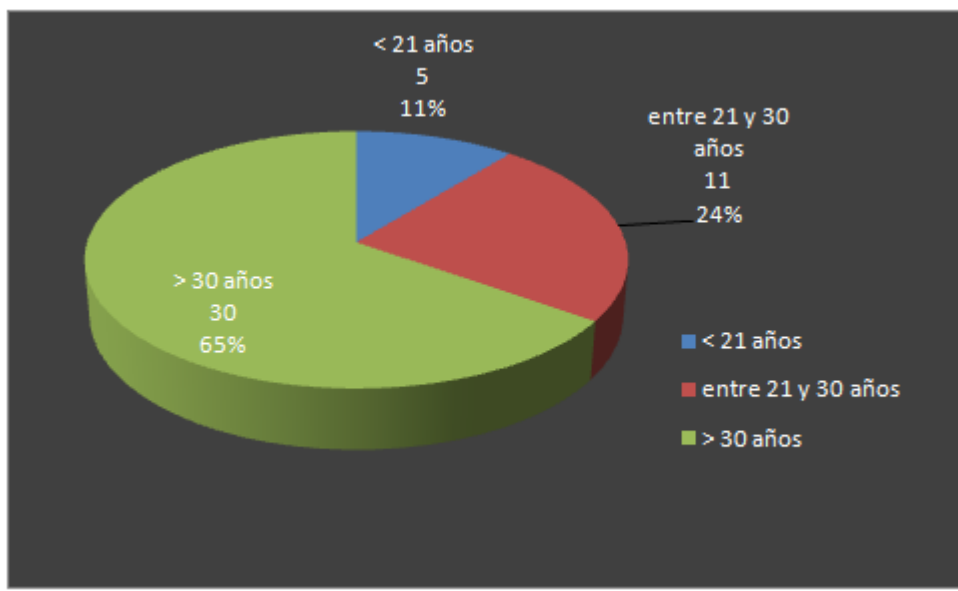
Los datos recogidos serán analizados e interpretados según los objetivos planteados en este estudio.

1- Características sociodemográficas de las mujeres feriantes estudiadas

En este apartado se analizan las variables edad, ocupación, lugar de trabajo, situación de pareja, lugar de procedencia/residencia, nivel de instrucción y religión de las mujeres feriantes que asisten a las Ferias Francas de Villa Cabello, Itaembé Miní y Santa Rita.

Gráfico N° 1: “Distribución de mujeres feriantes según característica sociodemográfica: Edad”

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



Partiendo del primer objetivo describir las características sociodemográficas (edad, ocupación, beneficio de protección social, cobertura social, situación de pareja, lugar de procedencia/residencia, nivel de instrucción, religión) de las mujeres feriantes de la ciudad de Posadas se analizará la primer variable “Edad”.

En el caso de las mujeres la edad constituye una variable con límite inferior y superior que permite incorporarlas dentro del grupo de edad reproductiva o fértil. En el caso de los varones el límite superior es más amplio y difuso. Según la OMS, el rango

de edad de las mujeres en edad reproductiva es desde los 15 a los 45 años. No obstante, en Misiones los datos de fecundidad en mujeres en edad fértil abarca el grupo etario de 10 a 49 años, haciendo luego un desglose en la fecundidad en adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años (52).

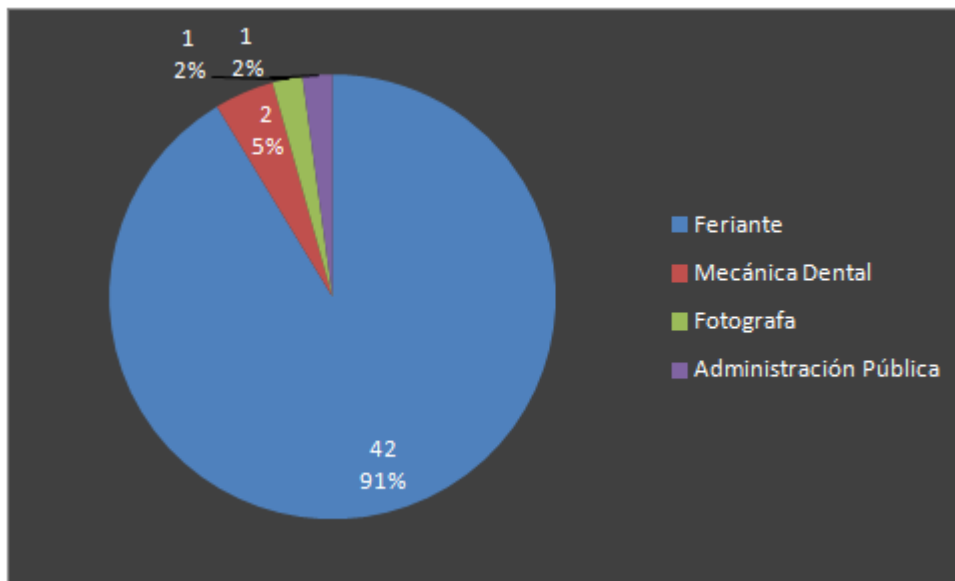
Primeramente es importante aclarar que se encuentran incluidas en este estudio todas las mujeres feriantes en edad fértil y pre-menopáusicas como criterio de inclusión. Las mujeres feriantes que se encontraban trabajando en las Ferias Francas de Villa Cabello, Santa Rita e Itaembé Miní en los meses de abril a agosto de 2016 y que participaron en este estudio fueron 46 feriantes. Las mismas se encontraban distribuidas en edades que van desde los 16 a los 51 años. La distribución etaria como puede observarse en el gráfico N° 1 fue la siguiente: 5 feriantes < de 21 años, 11%, 11 feriantes entre 21 y 30 años, 24% y 30 feriantes > de 30 años, 65%.

Teniendo en cuenta estos datos, se distingue que el 65% de las mujeres feriantes es mayor de 30 años, siendo el grupo etario predominante el de 36 a 40 años, sumando el grupo etario de 21 a 30 años, constituyen el 89 %, quedando solo un 11 % para las mujeres feriantes de 16 a 20 años, adolescentes.

Es importante recalcar teniendo en cuenta la prevención y detección precoz del cáncer en mujeres a través de la realización de los controles ginecológicos, no olvidando que se instan los mismos con el inicio de la actividad sexual, que la población objetivo sugerida para la prevención del cáncer cervicouterino es la población mayor de 30 años y la del cáncer de mama se inician entre los 35 a 40 años, tomándose como parámetro preferentemente a partir de los 40 años, esta población sería la que predomina en las Ferias Francas.

Gráfico N° 2: Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Ocupación

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

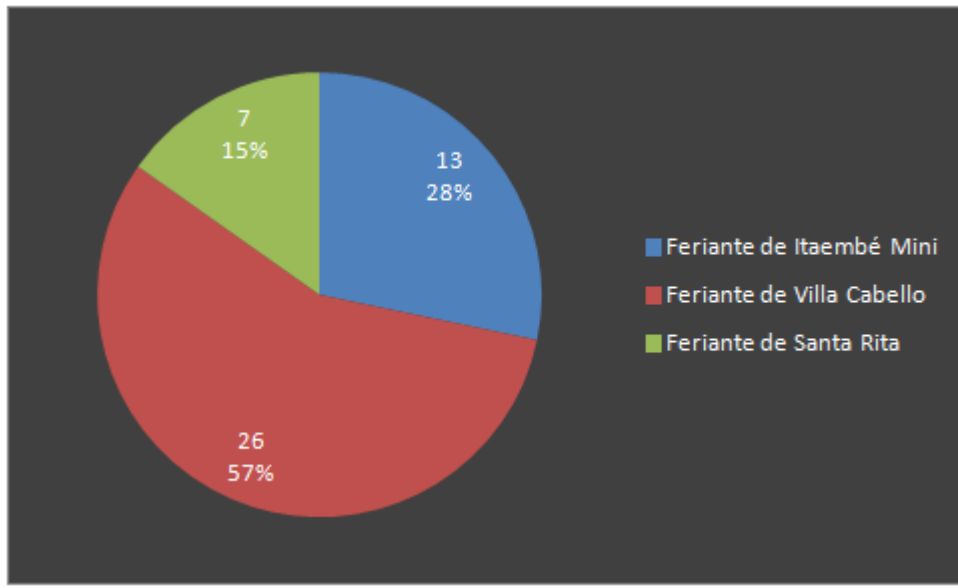


Con respecto a la característica sociodemográfica, ocupación, 42 feriantes manifestaron no tener otra ocupación, 2 manifestaron que además son mecánicas dentales, 1 es fotógrafa y otra feriante trabaja además en la administración pública. Se observa que el 91% de las feriantes no realizan otra ocupación, un 5 % presenta la ocupación de mecánica dental y un 2% igualmente para la ocupación de fotógrafa y trabajo en la Administración pública. Por lo cual se puede distinguir que el ingreso familiar depende en su gran mayoría del trabajo perteneciente a las Ferias Francas.

Teniendo en cuenta que la ocupación es un determinante estructural dentro de los determinantes sociales de la salud, el ser feriante es un factor que permite un sustento económico y en algunos casos el aporte de una cobertura de obra social. Sin olvidar que ser mujer y trabajadora rural son características que dificultan el acceso tanto a los servicios de salud, de trabajo y de educación. Reforzando que el tener otra ocupación se convierte en una mejor calidad de vida y salud para la mujer feriante.

Gráfico N° 3: Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Lugar de trabajo

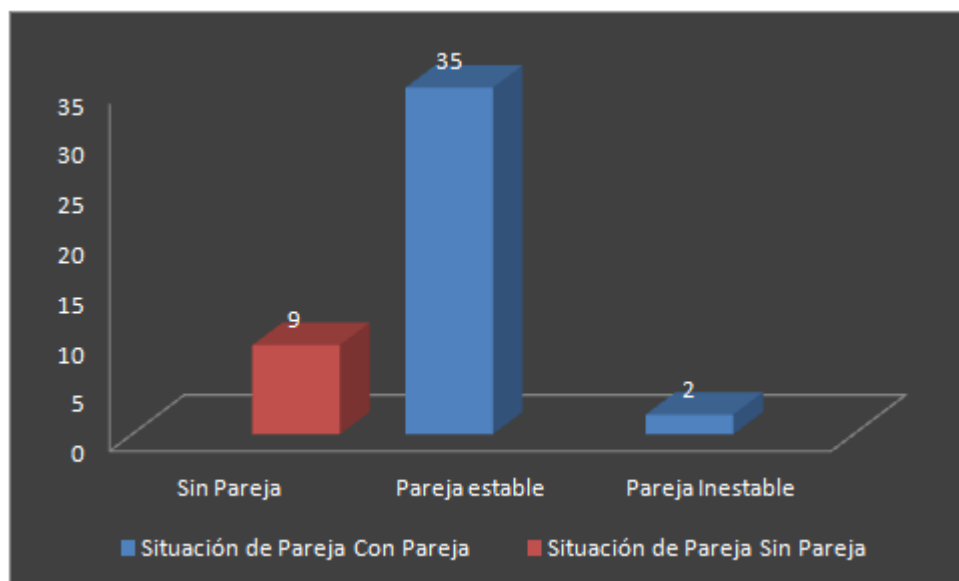
(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



Con respecto a la característica sociodemográfica, lugar de trabajo, feria en la cual se desempeña la feriante, de las 46 feriantes entrevistadas, 13 pertenecían a la feria de Itaembé Miní, 7 a la feria de Santa Rita y 26 a la feria de Villa Cabello. En el gráfico N° 3 se observa que el mayor porcentaje de mujeres feriantes se encuentra nucleado en la Feria Franca de Villa Cabello con un 57%. Esto es coincidente con el tamaño y antigüedad de la Feria de Villa Cabello en relación a las otras dos.

Gráfico N° 4: Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Situación de pareja

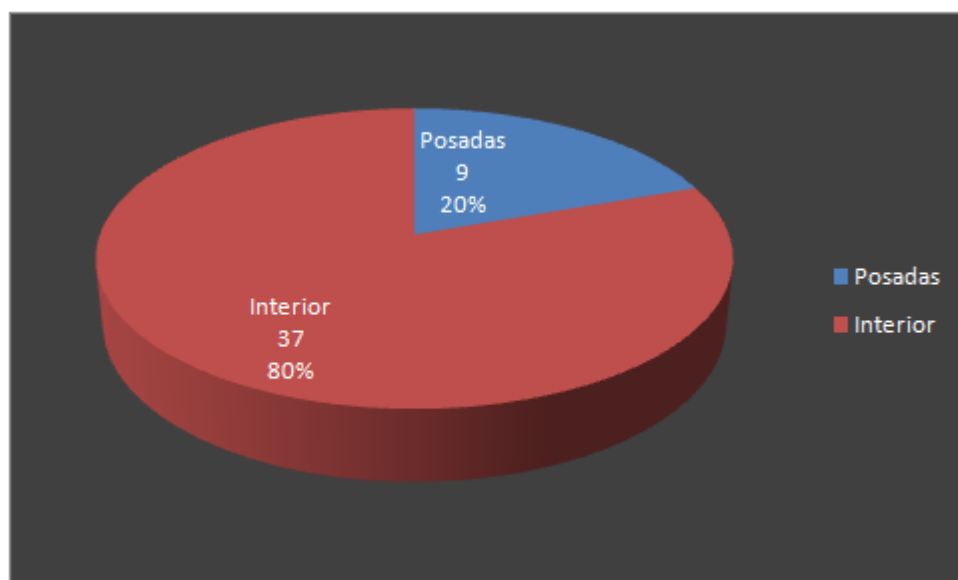
(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



En el gráfico N° 4 se aprecia que de 46 feriantes, 37 feriantes se encuentran en una relación de pareja, lo que corresponde a un 80% de la población entrevistada, de las cuales, 35 son parejas estables (95%) y 2 presentan parejas inestables (2%). Mientras que el 20 % restante, 9 de ellas, manifestaron no estar en pareja actualmente.

Gráfico N° 5: Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Procedencia/residencia

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

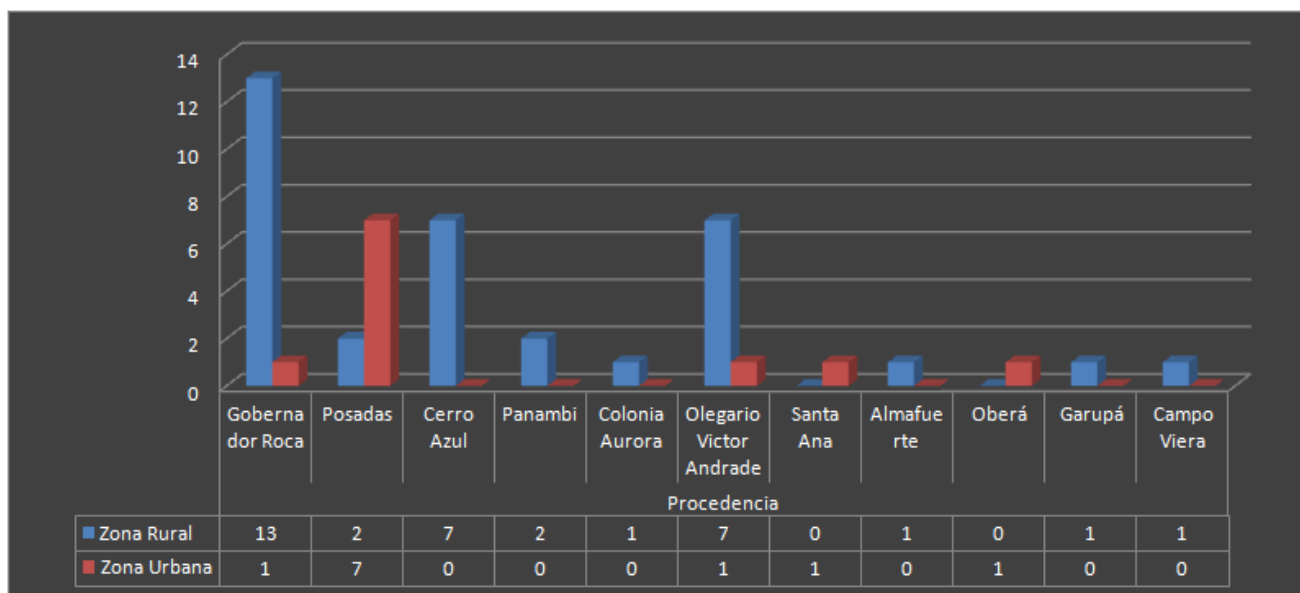


Con respecto a la característica sociodemográfica procedencia/residencia de la feriante, se distingue que 37 de las feriantes entrevistadas tienen su procedencia/residencia en el interior de la Provincia y solo 9 de ellas residen en Posadas, como puede observarse en el Gráfico N° 5 el 80% de las feriantes son del interior de la Provincia de Misiones y el 20% es de Posadas, Ciudad Capital de la Provincia.

En cuanto a la distribución geográfica, la residencia/procedencia de las feriantes en su mayoría está alejada de la localidad de Posadas, ciudad capital donde se concentran todos los recursos. Por lo cual, cuanto más alejado de ella, pueden producirse dificultades en el acceso a los servicios de salud, educativo, laboral, tecnológico u otros.

Gráfico N° 6: Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Procedencia y Zona

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

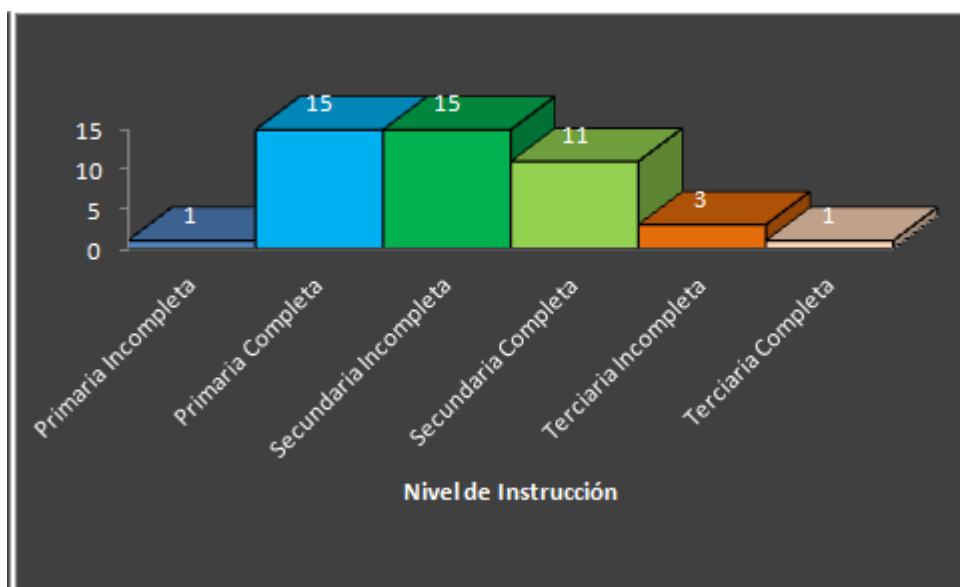


En el gráfico N° 6 se detalla la procedencia de las 46 feriantes entrevistadas por localidades y según zona, observándose que provienen de diferentes puntos de la provincia concentrándose en la zona centro y sur de la Provincia de Misiones (Imagen N° 2), comenzando por las localidades de Gobernador Roca, Posadas, Cerro Azul, Panambí, Colonia Aurora, Olegario Víctor Andrade, Santa Ana, Almafuer te, Oberá, Garupá y Campo Viera. Predominando las procedencias de las localidades de

Gobernador Roca con 14 feriantes, Posadas con 9 feriantes, Olegario Victor Andrade con 8 feriantes y Cerro Azul con 7 feriantes. Además se reconoce que las feriantes proceden en su gran mayoría de zonas rurales con un número de 35 feriantes (76%) y solo 11 de Zonas urbanas (24%), constituyéndose las localidades de Posadas, Santa Ana y Oberá los lugares donde predominan las feriantes que residen en zonas urbanas.

Gráfico N° 7: Distribución de mujeres feriantes según el Nivel de Instrucción

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

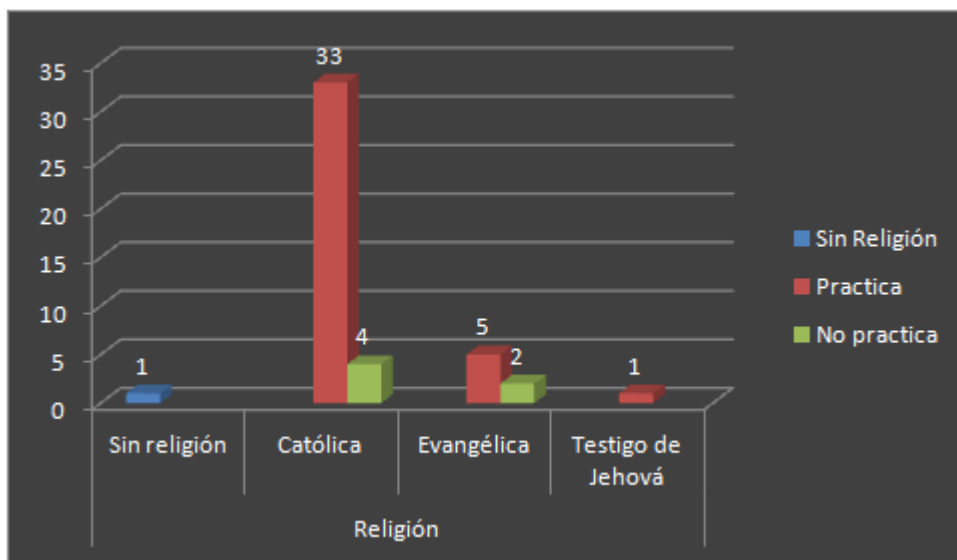


El gráfico N° 7 presenta la distribución de las mujeres feriantes según el nivel de instrucción alcanzado, siendo: 1 feriante con primaria incompleta, 15 feriantes con primaria completa, 15 con secundaria incompleta, 11 con secundaria completa, 3 con terciario incompleto y 1 con terciario completo. Esto indica que más de la mitad, el 67 % de las mujeres feriantes, no ha iniciado o concluido el nivel secundario, con menos de 12 años de escolaridad. Sólo un 24% ha concluido el secundario y un 9 % ha alcanzado el nivel terciario si sumamos el terciario incompleto y completo, con entre 12 o 15 años de escolaridad. La alfabetización y la salud están estrechamente relacionados “ya que permite reconocer las habilidades de las personas para obtener, procesar y comprender la información relacionada con el cuidado de la salud y, en consecuencia, tomar decisiones adecuadas” (53). Es así que la alfabetización en salud (AS) tiene que ver con la “adquisición efectiva de los conocimientos, las habilidades y las destrezas provenientes de una educación para la salud; así como la

autonomía, para poder aplicar y personalizar lo adquirido en el cuidado propio y el del círculo próximo de relaciones, que constituye un estadio necesario e inmediatamente anterior al empoderamiento” (54). Podría influir el nivel de instrucción alcanzado por la feriante en la alfabetización en salud para el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Gráfico N° 8: Distribución de mujeres feriantes según la característica sociodemográfica: Religión

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



Con respecto al Gráfico N° 8, se observa que 45 feriantes, el 98%, manifiestan tener alguna religión, solo 1, un 2%, manifestó no ser de ninguna. De las 45 feriantes; 37 son de religión católica, un 82%, 33 practican y 4 no lo hacen; 7 son de religión evangélica, 5 practican y 2 no lo hacen y 1 feriante es y practica la religión de Testigos de Jehová. Como se puede observar un gran número es practicante de la religión que profesa, un 85% de las feriantes entrevistadas.

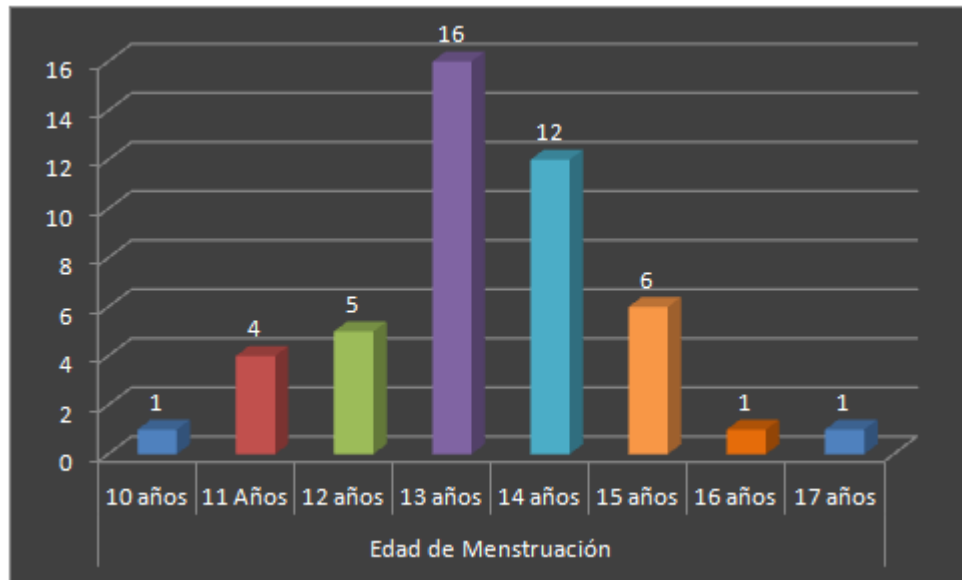
2-Antecedentes personales gineco-obstétricos de las mujeres feriantes de las Ferias Francas de Posadas

En este segmento se desarrollarán los resultados en referencia a los antecedentes personales ginecoobstétricos de las mujeres feriantes de las tres ferias

francas estudiadas sobre: edad de la menarca, edad de inicio sexual, número de embarazos, número de hijos, tipo de parto y antecedentes familiares de cáncer y tipo.

Gráfico N° 9: Distribución de mujeres feriantes según el antecedente personal gineco-obstétrico: edad de la menarca

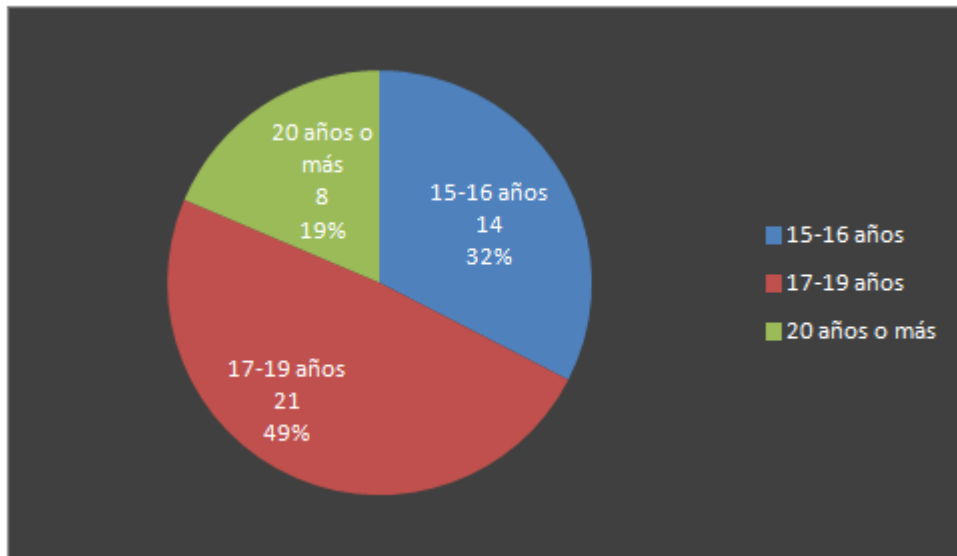
(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



En el gráfico N° 9 se observa la distribución de mujeres en relación al antecedente gineco-obstétrico: edad de la menarca. De 46 mujeres feriantes la edad de inicio de la menarca es de 10 años y como límite de inicio los 17 años, siendo la distribución la siguiente: 1 feriante con edad de la menarca a los 10 años, 4 feriantes a los 11 años, 5 feriantes a los 12 años, 16 feriantes a los 13 años, 12 feriantes a los 14 años, 6 feriantes a los 15 años, 1 feriante a los 16 años y 1 feriante a los 17 años. Predominando la edad de la primera menstruación a los 13 años.

**Gráfico N° 10: Distribución de mujeres feriantes según el antecedente personal
gineco-obstétrico: edad de inicio sexual**

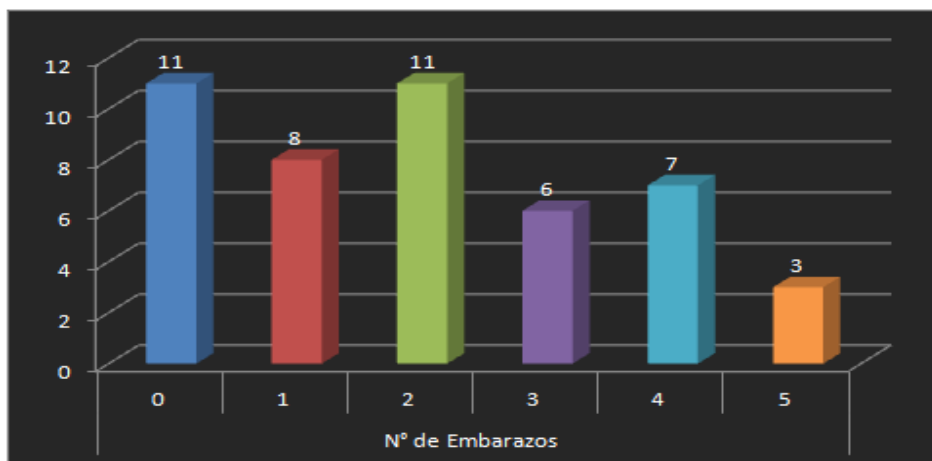
(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



En el gráfico N° 10 se observa la edad de inicio de las relaciones sexuales (IRS) siendo la distribución de las feriantes la siguiente: de las 43 feriantes que se han iniciado sexualmente, 14 de ellas, un 32% se ha iniciado entre los 15 y 16 años, 21 feriantes entre los 17 y 19 años con un 49% y 8 feriantes se han iniciado sexualmente a los 20 años o más, siendo un 19%. Esto nos indica que la edad de prevalencia del inicio de las relaciones sexuales es entre los 17 y 19 años. Cabe aclarar que 3 feriantes de las entrevistadas no se han iniciado sexualmente.

Gráfico N° 11: Distribución de mujeres feriantes según el antecedente personal gineco-obstétrico: N° de embarazos

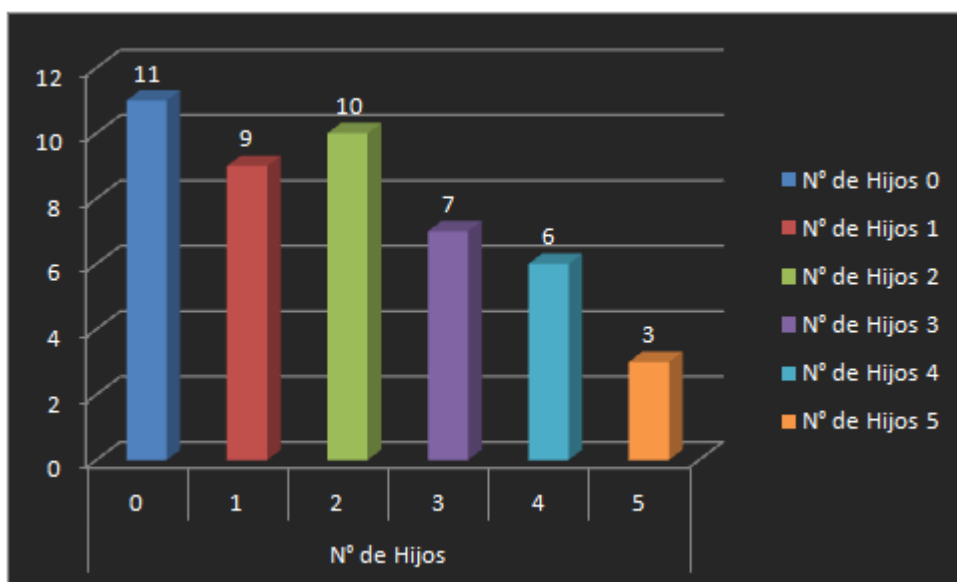
(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



En el gráfico N° 11 se observa la distribución de las mujeres feriantes según el antecedente gineco-obstétrico: N° de embarazos, obteniéndose los siguientes resultados: 11 feriantes sin ningún embarazo, 8 feriantes con un embarazo, 11 feriantes con 2 embarazos, 6 feriantes con 3 embarazos, 7 feriantes con 4 embarazos y 3 feriantes con 5 embarazos, predominando las mujeres feriantes sin ningún embarazos y con dos embarazos.

Gráfico N° 12: Distribución de mujeres feriantes según el antecedente personal gineco-obstétrico: N° de hijos

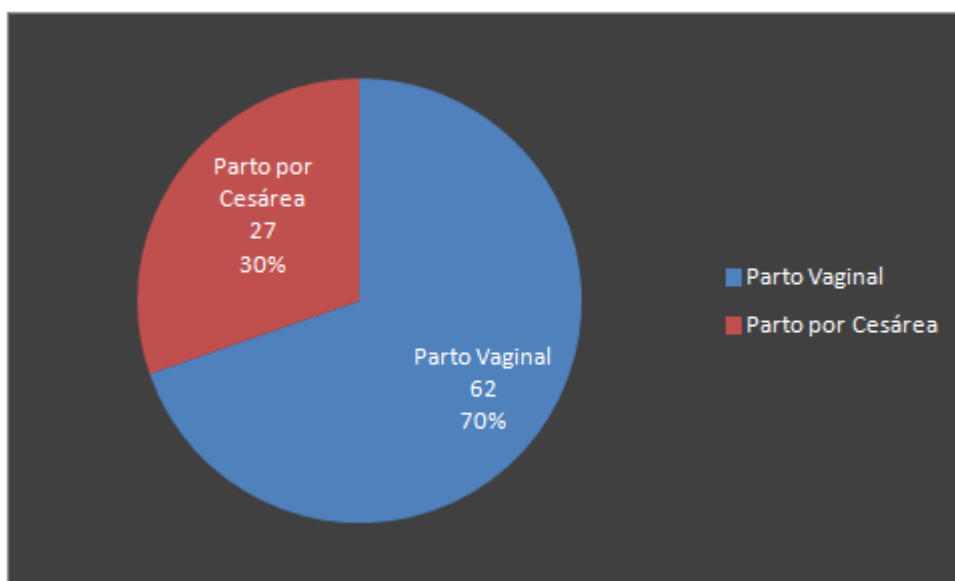
(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



En el gráfico N° 12 se observa la distribución de las mujeres feriantes según el antecedente gineco-obstétrico: N° de hijos, obteniéndose los siguientes resultados: 11 feriantes sin hijos, 9 feriantes con un hijo, 10 feriantes con 2 hijos, 7 feriantes con 3 hijos, 6 feriantes con 4 hijos y 3 feriantes con 5 hijos, predominando las mujeres feriantes sin ningún hijo y con dos hijos. Cabe aclarar que las diferencias existentes entre embarazos y números de hijos es que dos feriantes perdieron sus embarazos, una feriante que tuvo dos embarazos perdió uno de ellos y otra feriante que tuvo cuatro embarazos perdió uno de ellos quedando con tres hijos. Contabilizándose un total de 89 hijos para las 35 feriantes que han tenido hijos.

Gráfico N° 13: Distribución de mujeres feriantes según el antecedente personal gineco-obstétrico: Tipo de parto

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



Con respecto al gráfico N° 13, de las 35 feriantes que han tenido hijos se observa que de un total de 89 partos, hubieron 62 partos vaginales, constituyendo un 70% y un total de 27 partos por cesárea, constituyendo un 30 %, predominando en la comunidad femenina feriante el parto por vía vaginal.

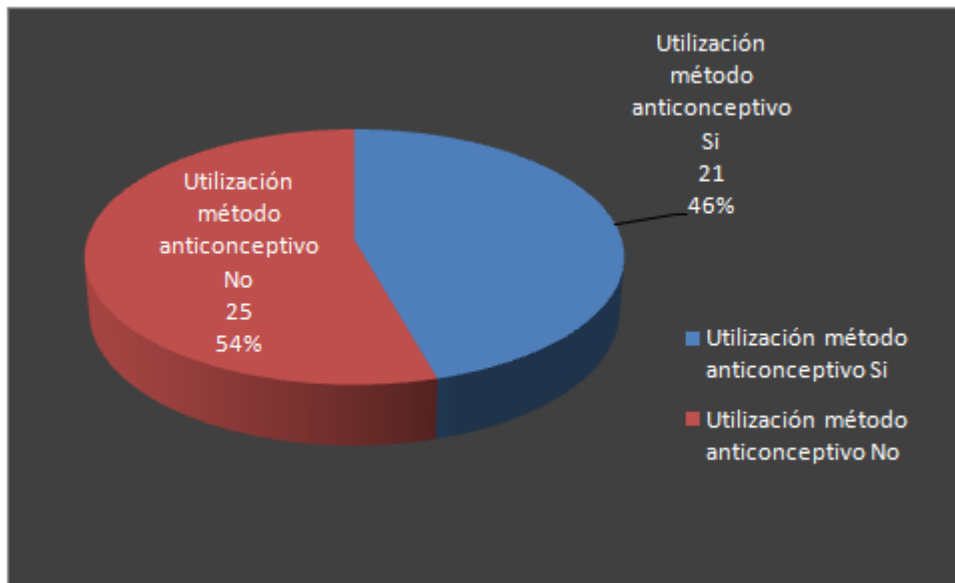
3-Medidas de autocuidado de salud de las feriantes estudiadas

En esta sección se expondrán las medidas de autocuidado de salud de las feriantes en relación a las variables: uso de métodos anticonceptivos, uso de servicios

de consejería, control de salud en el último embarazo, control ginecológico, realización del PAP, Colposcopia, Examen mamario, ecografía mamaria, mamografía y retorno con los resultados al médico.

Gráfico N° 14: Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Uso de métodos anticonceptivos

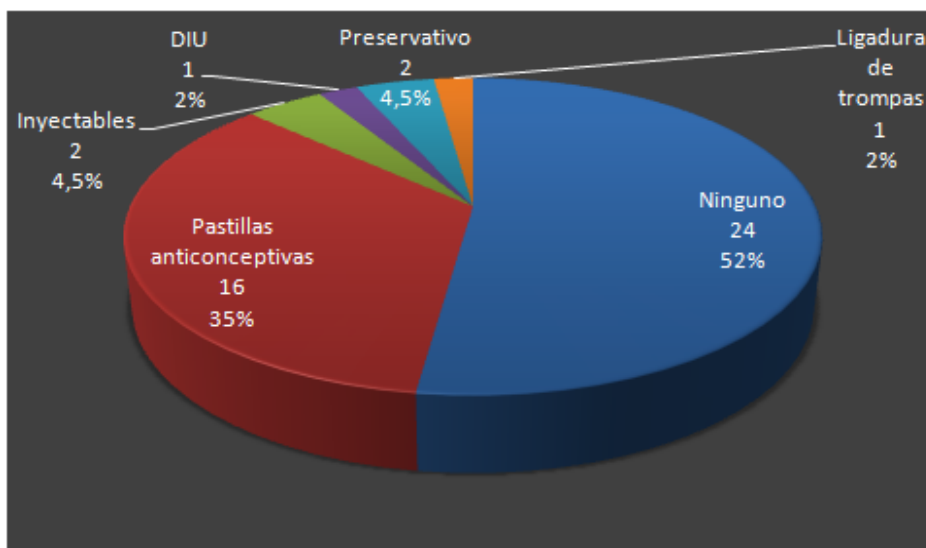
(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



En relación a la medida de autocuidado de salud: uso de métodos anticonceptivos podemos observar en el gráfico N° 14 que de 46 feriantes entrevistadas 21 de ellas, un 46% utiliza algún método anticonceptivo, 25 de ellas, un 54 % no utiliza ningún método anticonceptivo. Cabe aclarar que 3 de ellas no se han iniciado sexualmente.

Gráfico N° 15: Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Métodos anticonceptivos utilizados

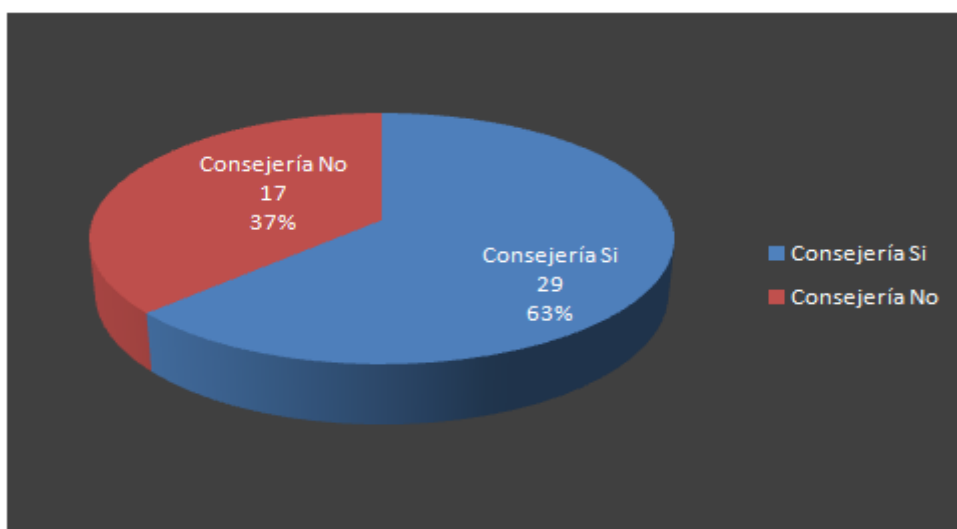
(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



En el gráfico N°15 se detallan los métodos anticonceptivos utilizados por las feriantes: en primer lugar, las pastillas anticonceptivas con un 35 %, 16 feriantes, luego los inyectables y preservativos, 2 feriantes, un 4,5% para cada uno de los dos métodos, luego el dispositivo intrauterino y ligaduras de trompas, 1 feriante, 2% para cada uno. El 52 % restante, 24 feriantes no utiliza ningún método anticonceptivo, incluidas dentro de este número las 3 feriantes que no se han iniciado sexualmente.

Gráfico N° 16: Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Uso de servicios de consejería

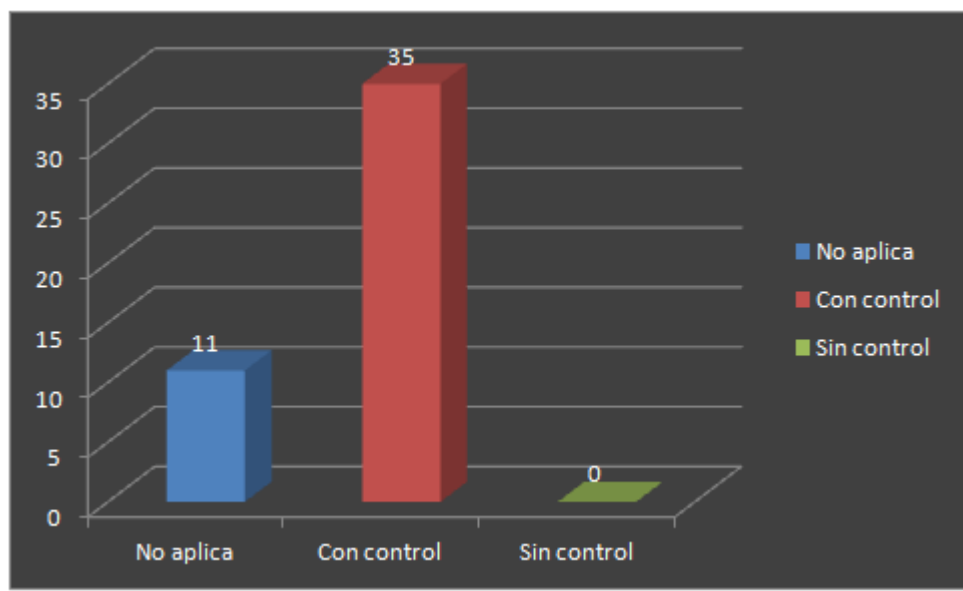
(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



Con respecto a la medida de autocuidado de salud: uso de servicios de consejería puede observarse en el gráfico N° 16 que de 46 feriantes, 17 no recibieron ningún tipo de consejería, lo que representaría un 37 % de las entrevistadas. Mientras que 29 de ellas si recibieron consejería sobre salud sexual y reproductiva, lo que representaría un 63%.

Gráfico N° 17: Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Control de salud en el último embarazo

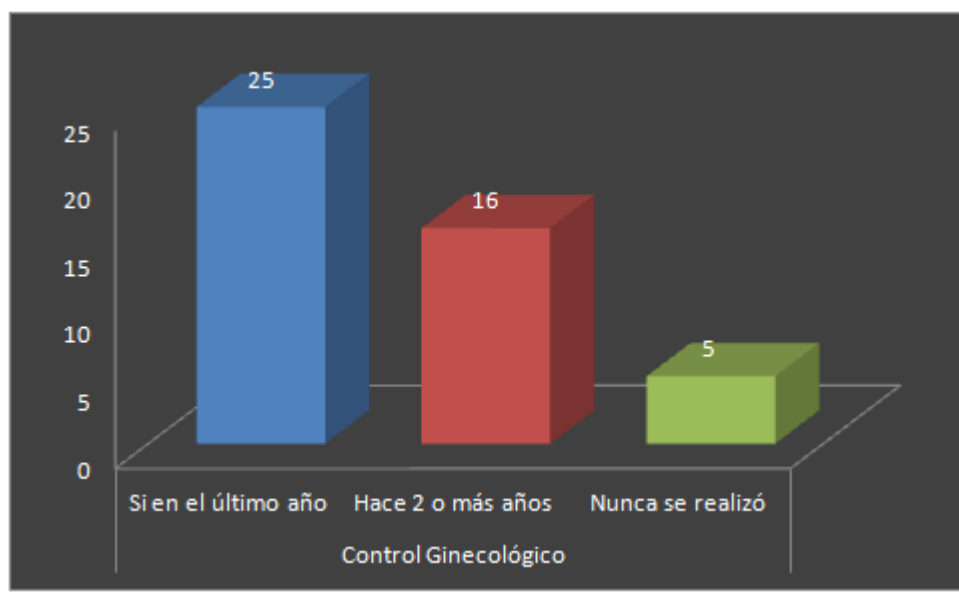
(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



En relación a la medida de autocuidado: control de salud en el último embarazo, de las 46 feriantes entrevistadas: 11 no han tenido ningún embarazo, 35 de ellas han estado embarazadas y de éstas, el 100% se ha hecho controles de salud en el último embarazo.

Gráfico N° 18: Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Control ginecológico

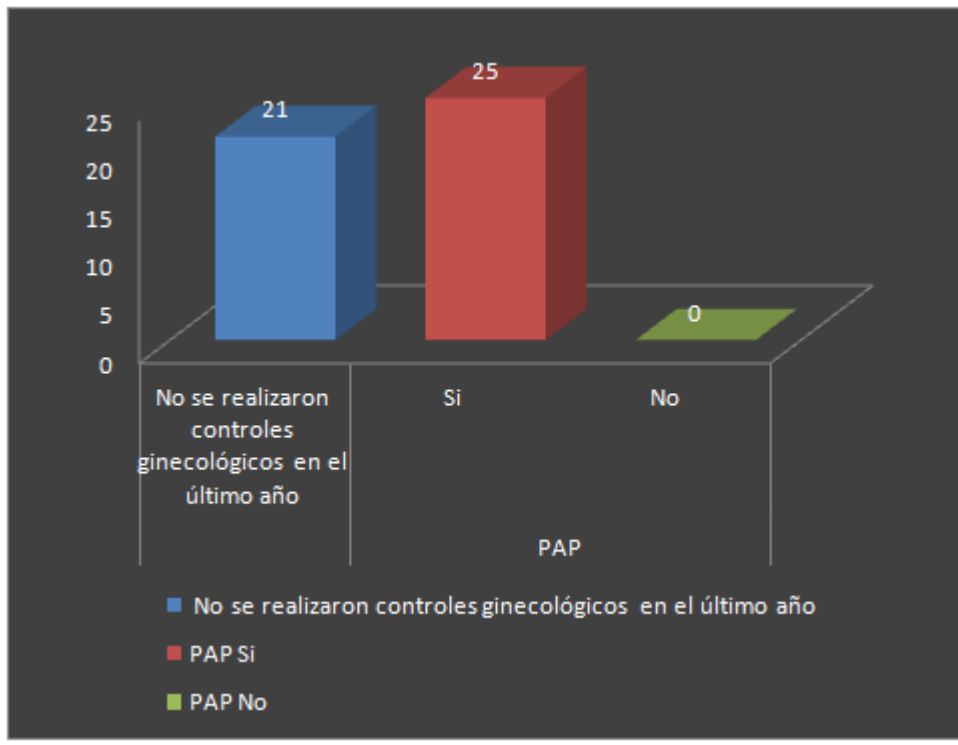
(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



Se puede visualizar en el gráfico N° 18 en relación a la medida de autocuidado de salud: control ginecológico, que de 46 entrevistadas, 25 de ellas manifiestan haber realizado el control ginecológico en el último año, un 54%, 16 de ellas hace 2 o más años no se realizan los controles ginecológicos, lo que corresponde a un 35%. Estas feriantes están distribuidas de la siguiente manera 9 de ellas no se realizan el control hace 2 o 3 años, 1 hace 5 años, 6 hace más de 5 años y las 5 restantes nunca se realizaron lo que corresponde a un 11%. Cabe aclarar que 3 de éstas últimas no se iniciaron sexualmente.

Gráfico N° 19: Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Realización del Papanicolau en el último año

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



Con respecto a la medida de autocuidado de salud: realización del papanicolau o citología exfoliativa oncológica en el último año, en el gráfico N° 19, puede observarse que 21 feriantes no se realizaron el control ginecológico en el último año. De las 25 feriantes que se realizaron el control ginecológico el 100 % se realizó dicho estudio.

Tabla N° 1: Distribución de mujeres feriantes según la medida de autocuidado de salud: Realización de estudios ginecológicos, resultado y retorno al médico

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

Estudios ginecológicos	No se realizó	Resultado			Retornan al médico	
		Normal	Anormal	Nunca retiró	Si	No
PAP	0	23	1	1	21	4
COLPOSCOPIA	SI-NORMAL	16				

	SI-NO SABE		1				
	NO	8					
EXAMEN DE MAMA	SI		5				
	NO	20					
ECOGRAFIA MAMARIA	SI		4	1		5	
	NO	20					
MAMOGRAFIA	SI		2			2	
	NO	9					

De las 25 mujeres que manifestaron realizar el control ginecológico en el último año, 25 de ellas realizaron el estudio correspondiente a la citología exfoliativa oncológica (PAP). De éstas, 23 expresaron que los resultados del mismo fueron normales, una feriante manifestó que el resultado fue anormal y una de ellas que no retiró el resultado. Con respecto al retorno al médico con los resultados, 21 de ellas retornaron y 4 no lo hicieron. Los motivos de las cuatro feriantes que no retornaron con los resultados al médico fueron: a- no retiro los resultados. b- no fue al médico todavía. c-falta de tiempo y d-porque retiró el mes pasado y todavía no pudo ir.

Con respecto a la realización de la colposcopia, 17 feriantes manifiestan haberse efectuado dicho control, 16 saben que su resultado fue normal, 1 no sabe el resultado y 8 manifiestan que no se hicieron este control.

En relación a sí en la consulta ginecológica, el ginecóloga/o, personal de salud realizó el examen de las mamas, 5 manifestaron que sí y 20 que no.

Sobre la realización de la Ecografía mamaria, 5 feriantes la efectuaron, 4 con resultado normal y 1 con resultado de presencia de nódulos y adiposidades, 20 no se realizaron. Las 5 feriantes volvieron a control con los resultados.

En referencia a la mamografía se contabilizó la realización del estudio a partir de los 35 años, teniendo en cuenta este dato, la distribución fue la siguiente: 9

feriantes no se realizaron el estudio, de estas, 5 de más de 40 años y 4 de entre 35 y 39 años. 2 feriantes sí efectuaron el estudio, de 48 y 51 años, ambas volvieron al médico con los resultados.

4- Barrera de acceso a servicios preventivos (Motivo de falta de control ginecológico)

En este apartado se expondrán los resultados en relación a las barreras de acceso a los servicios preventivos por parte de las mujeres feriantes entrevistadas y sus frecuencias, entre ellas accesibilidad cultural, accesibilidad geográfica, infraestructura de los sistemas de salud (SS) y organización, traslado y otros motivos personales.

Tabla N° 2: Barreras de acceso a servicios preventivos

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

Barrera de acceso a servicios preventivos	Accesibilidad Cultural		Accesibilidad geográfica									Infraestructura de los SS Recursos			Traslado		Otros motivos personales
	Por Desconocimiento que debe realizarse	No sabe en qué consiste el control	Distancia a la institución de Salud				Transporte					Déficit de recursos materiales	Déficit de recursos humanos	Inaccesibilidad a turnos de servicios de atención	Sin traslado	Con traslado	
			N O	S i - M e n t e	S i - E n t e n d e	S i - M á s	S i - C o l e c t i v o	S i - C o l e c t i v o	S i - C o l e c t i v o	S i - C o l e c t i v o	V e h í c u l o p r o p i o						
				o r s e	á d e	a	o	o	o	o							
			30 min	1 hora	2 horas	4 km	1 hora	2 horas	6 horas	2 veces al día	7	0	1	7	1	14	
Frecuencia	3	1	3	4	6	7	2	1	1	2	10	7	0	1	7	1	14

En la tabla N° 2 se puede observar que 4 feriantes señalaron que existen barreras de accesibilidad cultural: 3 feriantes por desconocimiento que deben realizarse el control ginecológico periódicamente y otra feriante manifestó que no sabe en qué consiste el control ginecológico, con respecto a la accesibilidad

geográfica, distancia de la institución de salud, 4 manifestaron que se encuentra a menos de 1 km, 6 entre 1 y 4 km, 7 más de 4 km y 3 que no cuentan con institución de salud cercana. Con respecto a si cuentan con un transporte para trasladarse a la institución de salud para llevarse a cabo los controles, 2 manifestaron que cuentan con colectivos cada 30 minutos, 1 feriante expresó que cuenta con colectivos cada 6 horas, 2 con colectivos 2 veces al día, 1 que cuenta con colectivos cada 1 o 2 horas, 10 de ellas manifiestan que tienen vehículo propio. En relación a la infraestructura de los SS y organización, 7 manifestaron que la institución donde se atienden no cuenta con recursos materiales como por ejemplo, mamógrafo, ecógrafo, etc. Ninguna de ellas señaló como opción que hay recursos materiales pero no recursos humanos y una feriante remarcó que hay inaccesibilidad a turnos de servicios de atención, Con respecto a si la institución de salud donde se atienden cuenta con traslado a otro establecimiento de salud para poder efectuarse allí los controles, 7 manifestaron que no cuentan con traslado y una feriante manifestó que solo cuentan con traslados en caso de emergencias.

En relación a otros motivos personales, 8 feriantes manifestaron que no disponen de tiempo para poder realizar los controles ginecológicos. Otros motivos señalados por 6 feriantes en relación a la falta de control ginecológico fueron: desinterés, falta de voluntad, dejarse estar, dejar pasar el tiempo, no sentir molestias y no ir, por relajarse.

Se realizará el entrecruzamiento de las variables relacionadas a las barreras de acceso como procedencia, cobertura de obra social, beneficio de protección social, nivel de instrucción y apoyo familiar en relación al control ginecológico Se detallan a continuación los siguientes resultados:

**Tabla Nº 3: Distribución de mujeres feriantes según la barrera de acceso:
procedencia en relación al control ginecológico**

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

Procedencia	Control Ginecológico			Total
	Si en el último año	Hace 2 o más años	Nunca se realizó	

Gobernador Roca	Zona	Rural	7	5	1	13
		Urbana	1	0	0	1
Posadas	Zona	Rural	1	1	0	2
		Urbana	3	1	3	7
Cerro Azul	Zona	Rural	3	4	0	7
		Urbana	0	0	0	0
Panambi	Zona	Rural	2	0	0	2
		Urbana	0	0	0	0
Colonia Aurora	Zona	Rural	0	0	1	1
		Urbana	0	0	0	0
Olegario Victor Andrade	Zona	Rural	5	2	0	7
		Urbana	1	0	0	1
Santa Ana	Zona	Rural	0	0	0	0
		Urbana	1	0	0	1
Almafuerte	Zona	Rural	0	1	0	1
		Urbana	0	0	0	0
Oberá	Zona	Rural	0	0	0	0
		Urbana	0	1	0	1
Garupá	Zona	Rural	1	0	0	1

		Urbana	0	0	0	0
Campo Viera	Zona	Rural	0	1	0	1
		Urbana	0	0	0	0

Dentro de los determinantes sociales de salud intermedios se encuentra el acceso a los sistemas de salud, una de las barreras de acceso suelen ser las distancias geográficas a los centros urbanos donde se nuclean los mayores recursos materiales, tecnológicos y humanos, como así también se concentran los centros asistenciales o establecimientos de salud. Por ello, se realiza como se observa en la tabla N° 3 el entrecruzamiento de las variables procedencia y control ginecológico, obteniéndose los siguientes resultados:

Con respecto al lugar de procedencia de las feriantes comparando las zonas de las diferentes localidades, se puede observar que un número considerable de feriantes que provienen de zonas rurales no se realizan los controles ginecológicos como: en Gobernador Roca de 13 feriantes pertenecientes a la zona rural, 6 no se realizaron los controles en el último año, 1 de ellas nunca se realizó. En Posadas de 2 feriantes pertenecientes a la zona rural, 1 se realizó el control en el último año y la otra feriante hace dos o tres años que no se realiza. En Cerro Azul, de 7 feriantes que residen en zona rural, 4 no realizaron los controles. En Colonia Aurora, Almafuerde y Campo Viera, las únicas feriantes que residen en zona rural no realizaron controles y de la primera localidad mencionada, la feriante nunca realizó ningún control. En Olegario Victor Andrade, de 7 feriantes que residen en zona rural, 2 no lo hicieron. En este último caso se observa un número reducido de feriantes que no se hicieron el control. Las localidades de Panambí y Garupá son los únicos casos donde no se observan feriantes sin control pertenecientes a zonas rurales.

Tabla Nº 4: Distribución de mujeres feriantes según la barrera de acceso: cobertura de obra social en relación al control ginecológico

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

Obra Social	Control Ginecológico			Total
	Si en el último año	Hace 2 o más años	Nunca se realizó	
Si	13	3	2	18
No	12	13	3	28
Total	25	16	5	46

La distribución de feriantes según la tenencia de cobertura de Obra social. Identificando que 28 feriantes, un 61%, no cuentan con ninguna obra social, mientras que 18 de ellas, un 39% si presentan. Las obras sociales señaladas por las feriantes fueron, en primer lugar, Misiones Salud, APTM, Profe, IPS, Eurosalud, Osprera, Seguro Provincial de Salud, Camioneros y SUMAR.

Cabe aclarar que Misiones Salud se encuentra englobada dentro del Seguro Provincial de Salud que es gestionado conjuntamente entre el Ministerio de Salud Pública de Misiones y el Instituto de Previsión Social (IPS) financiado por el Ministerio de Hacienda a partir de impuestos provinciales. El PROFE (actualmente Programa Federal Incluir Salud) es un “Sistema de Aseguramiento Público de Salud que garantiza el acceso a los servicios de salud a madres de siete o más hijos, personas con discapacidad y adultos mayores de 70 años titulares de Pensiones No Contributivas (PNC), entre otros grupos” (55). OSPRERA es la Obra social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina. APTM es la Asociación Plantadores de Tabaco de la Provincia de Misiones que gestiona a través de una administración propia los servicios de cobertura de salud de sus afiliados. IPS, Instituto de Previsión Social, es la obra social correspondiente a los empleados de la administración pública provincial y municipal. OSCA que es la obra social de choferes de camiones que también incluye otros afiliados por opción que eligen esta obra

social. SUMAR no es una obra social sino un programa de salud, ampliación del plan nacer, que promueve el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud.

En la tabla N° 4 se analiza la relación existente entre la cobertura de obra social y la realización del control ginecológico. Se puede observar que 18 feriantes que tienen obra social, 13 efectuaron el control y 5 no hicieron controles en el último año. Mientras que de 28 feriantes sin obra social, 16 no hicieron controles y 12 si lo hicieron. Un 72% de las feriantes que tienen obra social se realizan controles ginecológicos en el último año y un 28% no lo hace. Solo un 42% de las feriantes que no tienen cobertura social realizaron los controles ginecológicos en el último año y más de la mitad de las feriantes, un 57%, no realizaron el control ginecológico. Lo que indica que contar con cobertura social es un factor favorecedor para la realización de los controles en las feriantes.

Tabla N° 5: Distribución de mujeres feriantes según la barrera de acceso: beneficio de protección social en relación al control ginecológico

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

Beneficio de Protección Social	Control Ginecológico					Total
	Si en el último año	Hace 2 o 3 años	Hace 5 años	Hace más de 5 años	Nunca se realizó	
Si	14	5	1	0	0	20
No	11	4	0	6	5	26
Total	25	9	1	6	5	46

Se observa que de 46 feriantes, 26 no presentan ningún beneficio de protección social, 18 presentan el beneficio de protección social Asignación Universal por hijo y 2 feriantes presentan otro beneficio, pensión con asignación y progresar. Esto implica que casi la mitad de las feriantes, un 43 %, es beneficiaria de algún beneficio de Protección Social y que de éstas, un 90%, corresponde a la asignación universal por hijo (AUH), lo que sugiere que hay un acercamiento de las feriantes al

sistema de salud al tener que realizar los controles del niño sano y cumplimentar la vacunación correspondiente al calendario de vacunación nacional, además de que los niños deben estar escolarizados para poder recibir este beneficio.

La existencia de beneficios de Protección social corresponden al componente del determinante social de salud, contexto socioeconómico y político, en el cual se enmarcan las Políticas Públicas relacionadas a la educación, salud y Protección social. En el caso de la AUH, como beneficio de protección social, busca reducir las diferencias injustas al acercar una ayuda económica a los sectores más vulnerables para disminuir la pobreza (56).

En la tabla N° 5 se observa la relación entre las variables beneficio de protección social y la realización del control ginecológico visualizándose los siguientes resultados: De 20 feriantes que poseen beneficios de protección social, 14 realizaron controles ginecológicos y 6 no lo hicieron. Mientras que de 26 feriantes sin beneficio social, 11 realizaron controles ginecológicos y 15 no lo hicieron. Lo que da cuenta que más de la mitad de feriantes sin beneficio social no se realizan los controles y de las que sí poseen beneficios, el 70% si realizan controles ginecológicos.

Tabla N° 6: Distribución de mujeres feriantes según la barrera de acceso: Nivel de instrucción en relación al control ginecológico

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

Nivel de Instrucción	Control Ginecológico			Total
	Si en el último año	Hace 2 o 3 años	Nunca se realizó	
Primaria Incompleta	1	0	0	1
Primaria Completa	9	6	0	15
Secundaria Incompleta	6	5	4	15

Secundaria Completa	8	3	0	11
Terciaria Incompleta	1	1	1	3
Terciaria Completa	0	1	0	1
Total	25	16	5	46

En la tabla N° 6 se puede observar en relación al entrecruzamiento de las variables Nivel de instrucción y Realización del control ginecológico, los siguientes resultados: De 1 feriante con primaria incompleta, la misma efectuó el control ginecológico en el último año. De 15 feriantes con primaria completa, 9 de ellas realizaron el control en el último año y 6 no lo hicieron. De 15 feriantes con secundaria incompleta, 6 feriantes hicieron el control ginecológico en el último año y 9 no lo hicieron. De 11 feriantes con secundaria completa, 8 de ellas efectuaron el control y 3 no lo hicieron. En cuanto a las feriantes con terciario incompleto, 1 efectuó el control en el último año y 2 no lo hicieron. De una feriante con terciario completo, la misma no efectuó el control ginecológico en el último año.

Relacionando estas dos variables podemos concluir que siguen existiendo casos de mujeres que no se realizan el control ginecológico a pesar de tener un nivel de instrucción más elevado por lo que no se encuentran en estos datos certezas en que si es una barrera o factor protector el nivel de instrucción para la realización del control ginecológico.

Tabla N° 7: Distribución de mujeres feriantes según la barrera de accesos: apoyo familiar en relación al control ginecológico

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

	Control Ginecológico			
Apoyo Familiar para el control	Si en el último año	Hace 2 o más años	Nunca se realizó	Total

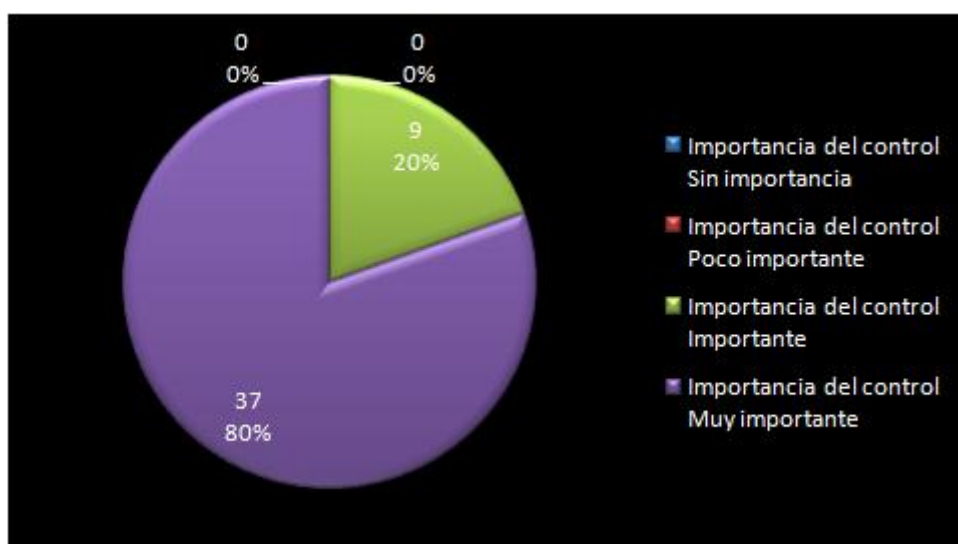
Si	20	15	2	37
No	5	1	3	9
Total	25	16	5	46

En la tabla N° 7 se puede observar en relación a las variables de Apoyo familiar para el control ginecológico y realización del control, los siguientes resultados: De aquellas feriantes que contaban con el apoyo familiar, un total de 37 feriantes, se realizaron 20 de ellas en el último año y 17 no lo hicieron. De las 9 feriantes que no presentaban apoyo, 5 efectuaron el control en el último año y 4 no lo hicieron. Por lo que puede observarse que la proporción de casos de no control es un poco mayor en el caso de las feriantes que no reciben apoyo familiar.

5- Importancia atribuida al control ginecológico por las mujeres feriantes de la ciudad de Posadas

Gráfico N° 20: Distribución de mujeres feriantes según la importancia atribuida al control ginecológico

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)



En relación a la importancia atribuida al control ginecológico se observa en el gráfico N° 20 que de 46 feriantes, 37 de ellas, un 80%, manifiestan que el control ginecológico es muy importante y solo 9 de ellas, un 20 %, manifiesta que es importante, ninguna atribuyó al control poca o sin importancia.

Tabla N° 8: Distribución de feriantes en relación a la importancia del control ginecológico y su realización

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

Importancia del control	Control Ginecológico			Total
	Si en el último año	Hace 2 o 3 años	Nunca se realizó	
Sin importancia	0	0	0	0
Poco importante	0	0	0	0
Importante	3	3	3	9
Muy importante	22	13	2	37
Total	25	16	5	46

Si relacionamos la importancia atribuida al control ginecológico y la realización del mismo se observa en la tabla N° 8, que de 37 feriantes que mencionaron que el control ginecológico era muy importante 22 se efectuaron el control en el último año, las 15 restantes no lo hicieron, realizándose el control ginecológico en los siguientes períodos: 9 feriantes, entre 2 o 3 años, 4 hace más de 5 años y dos nunca se realizaron. De 9 feriantes que manifestaron que el control era importante, sólo 3 realizaron el control en el último año, las restantes 6 efectuaron el control en el siguiente período, 1 hace 5 años, 2 hace más de 5 años y 3 nunca se realizaron.

6- Antecedentes familiares de cáncer y tipos de cáncer en las mujeres feriantes en estudio

En este apartado se reconocerán los antecedentes familiares de cáncer y tipos de cáncer en las mujeres feriantes de las ferias francas de Posadas

Tabla N° 9: Distribución de mujeres feriantes en relación a los antecedentes familiares de cáncer y tipo

(Fuente: Entrevista mujeres feriantes abril a agosto, 2016)

Antecedentes Familiares de Cáncer	Tipo de Cáncer			
	Total	Cáncer de mamas	Cáncer de útero	Otro tipo de cáncer
Si	14	2	3	9
No	32	0	0	0

En la tabla N° 9 se observa que de 46 feriantes entrevistadas, 32 no presentan antecedentes familiares de cáncer, lo que sería un 70 %, mientras que 14 feriantes, un 30%, si presentan antecedentes familiares de cáncer. De éstas, 2 corresponden a antecedentes de cáncer de mamas (14%) y 3 de útero (21%), 9 feriantes (64%) presentan antecedentes familiares de otros cánceres, como cáncer de piel, pulmón, leucemia, tumor en el tórax, tiroides.

CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

Esta investigación tiene como propósito contribuir al conocimiento del perfil sociodemográfico y epidemiológico en relación a la salud sexual y reproductiva de la población femenina de las ferias Francas de la ciudad de Posadas para proponer medidas viables de salud colectiva.

Es así que para poder caracterizar la salud sexual- reproductiva de las mujeres feriantes estudiadas en los resultados se realizó la descripción del perfil sociodemográfico, se analizó los antecedentes personales ginecoobstétricos, se identificaron las medidas de autocuidado de salud sexual y reproductiva realizadas por las mujeres feriantes. A su vez se exploró sobre las barrera de acceso (motivos de la falta de control ginecológico) y la relación de las variables: procedencia, cobertura de obra social, beneficio de protección social, nivel de instrucción y de apoyo familiar en relación al control ginecológico. También se efectuó la valoración de la importancia atribuida al control ginecológico por las mujeres feriantes y el reconocimiento de los antecedentes familiares en relación a los antecedentes familiares de cáncer y tipos.

A continuación se estarán discutiendo los hallazgos de este estudio en relación a los objetivos propuestos.

1-Características sociodemográficas de las mujeres feriantes

En el primer objetivo específico sobre la descripción de las características sociodemográficas de la población femenina feriante se analizaron diferentes variables, entre ellas, la edad. En este estudio se delimitó a la población femenina de las ferias francas de Posadas con el criterio de inclusión mujeres en edad fértil. Este criterio se seleccionó como sugerencia de la maestría ya que la misma se centra en el cuidado materno-infantil de ahí el criterio de seleccionar a la población fértil. Esta fue una limitante ya que quedaron fuera, mujeres en período menopáusico que podrían haber participado en este estudio, la población mencionada constituye un número importante en las ferias francas. De todas formas, siempre se deben hacer recortes de la realidad para poder estudiarla y esta investigación parte desde este grupo

específico poblacional lo que no quita que más adelante se puedan profundizar los resultados con diversos estudios desde otros grupos poblacionales o etáreos de la comunidad feriante.

Con respecto a la edad fértil de las mujeres feriantes de las ferias francas Villa Cabello, Santa Rita e Itaembé Miní se pudo constatar que está abarca el grupo etáreo desde los 16 a los 51 años, incluyendo en este grupo las que se encontraban en el período pre-menopáusico, extendiéndose el límite superior. De esta forma se difiere con el límite superior establecido por las OMS y las estadísticas de Misiones, de 45 y 49 años a 51 años. El límite inferior quedó establecido en los 16 años ya que menores de esa edad posiblemente en el momento de las entrevistas no se encontraran acompañando a sus padres o que estas directamente permanezcan en sus hogares.

Otros estudios han tomado diferentes grupos etáreos para abordar la temática de la salud sexual y reproductiva como Parra Araneda y Vidal Altamirano (57) que estudiaron el perfil epidemiológico en mujeres de edad fértil usuarias del control ginecológico a través de revisión de fichas clínicas y encuesta a mujeres en edad fértil de 14 a 45 años de edad. También Gallo, Suarez y Ojeda (58) estudiaron la frecuencia con que se realizaban las mujeres los controles ginecológicos y seleccionaron la población de 30 a 89 años.

En el primer estudio mencionado la población de más de 30 años constituía un 67% del total, equiparando al grupo de feriantes estudiado ya que la misma población constituye un 65 %.

Es importante resaltar que esta población constituye la mayoritaria en las ferias francas con el 65% y que es coincidente con la población objetivo sugerida para las prevención del cáncer cervicouterino y la del cáncer de mama que se inicia entre los 35 a 40 años, tomándose como parámetro preferentemente a partir de los 40 años.

Otras de las variables estudiadas en lo que respecta al perfil sociodemográfico tienen que ver con la ocupación principal y secundaria de las feriantes, teniendo que el 91% de las feriantes presenta como ocupación principal el ser feriante, un muy bajo porcentaje tiene otras ocupaciones secundarias, por lo tanto el ingreso familiar o de la

mujer feriante depende casi exclusivamente de lo recabado en el trabajo en las ferias. Dentro de los determinantes sociales de la salud se encuentran los determinantes estructurales que incluyen: la posición socioeconómica, clase social, género, etnicidad, educación, ocupación e ingresos, se visibiliza que existen desigualdades en casi todas las dimensiones detalladas, reconociendo que de no encontrarse trabajando en la ferias el 91% de las mujeres feriantes estaría desocupada desempeñando su rol de ama de casa sin ninguna remuneración económica.

En Parra Araneda y Vidal Altamirano (57) también estudiaron la ocupación de las mujeres de la muestra y el 66% era ama de casa, observándose cierta coincidencia. Otra Investigación cuali-cuantitativa realizada por Alegre (59) sobre las mujeres rurales expresa que “la principal problemática se refiere a las escasas posibilidades de insertarse localmente en actividades distintas de las productivas. En general, las mujeres más jóvenes encuentran pocas alternativas para estudiar en las zonas rurales o trabajar fuera de las actividades propias de las chacras y fincas”.

En cuanto a las variables Procedencia/Zona de residencia de las feriantes se pudo constatar que el 80 % reside en el interior de la Provincia de Misiones y un 20 % en la ciudad de Posadas, concentrándose en la Zona centro y Sur de la provincia. A su vez, un 76 % de las feriantes procede de zonas rurales y el 24 % restante de zonas urbanas. El territorio geográfico donde se vive es un determinante estructural que puede producir desigualdades en diferentes áreas, desde lo laboral, educativo, tecnológico, saneamiento básico, sistema de salud, etc.

Según datos del IPEC (60), del último censo nacional de población, hogares y viviendas del 2010 de 1.101.593 habitantes de la Provincia de Misiones, 289.758 habitantes, un 26 %, correspondían a la población rural, de estos, 55.108, un 19%, correspondía a zonas rurales agrupadas con 27.856 varones y 27.252 mujeres y un total de 234.650, 81%, para zonas rurales dispersas con 124.738 varones y 109.912 mujeres, observándose que la mayoría de los pobladores de zonas rurales residía en zonas dispersas y con una diferencia menor en el número de mujeres en relación a los hombres en ambas zonas.

Según Alegre (59) “la residencia en el medio rural y el género configuran, en el caso de las jóvenes, una acumulación de desventajas que se agudizan en las zonas rurales dispersas”. Estas desigualdades urbano-rurales también se observan en los ingresos y las fuentes de trabajo. En 2014, un trabajador rural latinoamericano ganaba un promedio de 32% menos que su par urbano. Además, si era mujer en zona rural, tenía menos posibilidad (44%) de estar económicamente activa que una mujer urbana (51%) (61).

Así también, la FAO y el Banco Mundial entre otros, exponen que quienes viven en áreas rurales dispersas presentan peores condiciones de vida que aquellos que viven en poblaciones rurales agrupadas. Al igual que los que residen en áreas urbanas están en mejores condiciones en promedio que los que residen en áreas rurales (62).

La protección social se define como el conjunto de políticas públicas dirigidas a mitigar la carga producidas por un conjunto de riesgos y necesidades en los hogares e individuos (63). Según la FAO (64), las poblaciones rurales pobres están expuestas a diversas vulnerabilidades, entre ellas, las condiciones de trabajos precarias que generan ingresos inseguros produciendo efectos en su salud y en el trabajo. “Las intervenciones de protección social pueden ayudar a hacer frente a dichas vulnerabilidades y, al mismo tiempo, favorecer la creación de mayores y mejores oportunidades de empleo para los trabajadores rurales y sus familias”.

A partir de 2009, en Argentina, el esquema de asignaciones familiares se extendió a los hijos de las personas desocupadas o que trabajan en empleos informales mediante la puesta en vigencia de la Asignación Universal por Hijo (63). La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (AUH) se encuentra situada dentro del sistema de asignaciones familiares (AAFF) de la Seguridad Social, que depende de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Dentro de los requisitos para el cobro se encuentra la presentación de la libreta de Protección social que certifica los controles de salud y asistencia educativa y una declaración jurada donde el titular da fe del cumplimiento de los requisitos (65).

En cuanto a la variable, beneficio de protección social, se puntualiza que el 57 % de las feriantes entrevistadas no presenta ningún beneficio y el restante 43% si recibe un beneficio social y que de éstas, el 90 % corresponde a la asignación universal por hijo (AUH). Cabe aclarar que 11 feriantes, un 24%, no tienen hijos por lo cual este beneficio no podría darse.

En el 2010, la cobertura de la AUH en la región del NEA era del 34.86 %, siendo la más alta de las regiones de todo el país (66).

Según un estudio multicéntrico realizado a través de un convenio de la UNICEF y otros organismos de la Argentina se estimó que el impacto directo de las transferencias monetarias de la AUH sobre la pobreza y la desigualdad, generó “una mejora de casi un 30% en el ingreso promedio de los percentiles más bajos de la distribución” (67).

Por otra parte, refiere Alegre (59) que la “Asignación Universal por Hijo ha contribuido a reforzar la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre aspectos de la economía doméstica y la producción, y en la posibilidad de decidir sobre el destino del dinero que perciben, lo cual redundo en inversiones para la mejora de la calidad de vida de las familias, fundamentalmente de los hijos e hijas”.

En cuanto a la variable, cobertura de obra social, un 61% de las feriantes presenta algún tipo de cobertura de obra social, un 39% no presenta ninguna cobertura. Cabe aclarar que el sistema de salud de la Argentina se caracteriza por ser fragmentado, presenta los subsectores público, seguridad social y privado. A su vez, el sector público presenta su propia subdivisión por jurisdicciones: Nacional, provincial y municipal. Al cual tienen derecho todos los habitantes del país independientemente de que cuenten con otros tipos de seguros social o privado (68). Estos a su vez, se clasifican en: Seguros Sociales (Obras Sociales), Seguros Públicos (PAMI o PROFE) y los Seguros Privados o prepagas (63). Según datos del censo del 2010, la población no cubierta con seguros de salud en la Provincia de Misiones, constituía un 58% (68). En este sentido se observa un porcentaje menor de falta de cobertura social en las feriantes (39%) que en relación al promedio del nivel provincial del año 2010, (58%). Lo cual es un factor positivo para el cuidado de la salud de las feriantes.

En relación a la variable, situación de pareja, un 80% de las feriantes presentan una relación en pareja y un 20% se encuentra sin pareja. Del 100% que se encuentra en pareja, el 95 % presenta una relación estable de pareja y solo un 5% relaciones inestables. En el estudio de Parra Araneda y Vidal Altamirano (57) también se caracterizó la situación de pareja arrojando que el 78,8% poseía pareja estable, observándose valores similares en ambos estudios. “En lo que respecta al estado civil, la situación de estabilidad en la pareja probablemente conlleva seguridad económica y contención psicológica, lo cual podría influir positivamente en el cuidado de la salud de la mujer” (69).

Según un estudio realizado por Grabovac, Smith, Yang, et al (70) haber tenido 10 o más parejas sexuales de por vida se asoció con mayores probabilidades de informar un diagnóstico de cáncer que haber tenido 0-1 parejas sexuales en hombres y mujeres respectivamente. Las mujeres que tenían diez o más parejas sexuales de por vida también tenían mayores probabilidades de informar una enfermedad prolongada limitante. Por lo cual, se podría estimar que el tener una pareja estable constituye a su vez un factor protector para el desarrollo de diferentes enfermedades.

“En la Argentina, se concibe a la educación como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por el Estado a todos sus habitantes. En consecuencia, el Estado se obliga a proporcionar servicios educativos en sus ciclos obligatorios y no obligatorios en forma gratuita a todos los habitantes del país” (63).

Según Amagi (62) “el acceso a la escuela primaria actualmente es prácticamente universal, aún para los que viven en áreas rurales dispersas”. A pesar de estos según estadísticas los habitantes de zonas urbanas tienen el doble de posibilidades de concluir el secundario que los que residen en zonas rurales dispersas. Entre los principales obstáculos mencionados por Amagi se encuentran: la prestación insuficiente de servicios de educación secundaria debido a la relación del costo por alumno, la baja densidad poblacional y la falta de docentes calificados. Otra dificultad para la culminación del nivel secundario es el abandono escolar por parte de los estudiantes debido al fracaso en los estudios y la incorporación temprana al ámbito laboral.

Observándose en las estadísticas de abandono escolar en la Argentina según datos del año 2016, que el abandono promedio del Ciclo Básico (1° a 2 do año) en el ámbito rural se encuentra 6 puntos porcentuales (14,8%) por encima del valor del ámbito urbano (8,7%), contrariamente el abandono del Ciclo Orientado (3° a 5 ° años) rural es 2,2 puntos más bajo con respecto al de su par urbano, 12,9 % y 15,1 % respectivamente (71).

Según Alegre (59) “entre los años 2001 y 2010 se produjo un incremento del 38,6% en la incidencia de los jóvenes rurales con secundario completo o más”. Esto se debe a que aumentó en los últimos años la oferta de establecimientos educativos rurales públicos, así como la posibilidad de acceder a apoyos económicos para estudiar. Esto disminuye en el caso de los estudios terciarios o universitarios. “Quienes quieren seguir estudiando deben contar con recursos para trasladarse diariamente a ciudades cercanas o para radicarse en ellas” (59).

Esto no se replica el nivel de instrucción de las feriantes ya que el 67 % no ha concluido o iniciado el nivel secundario y siguen existiendo feriantes sin primaria completa.

En referencia a la Religión, el 98% de las feriantes profesa una religión, sólo un 2% manifiesta no tener ninguna. De este 98 %, la religión que predomina es la religión católica con un 82%.

Según estadísticas de la región, “los altos niveles de creencia que caracterizan al NEA se reflejan también en las adhesiones religiosas: los habitantes son católicos en una proporción más alta que el total país (84,8% versus 76,5% nacional), y también la proporción de evangélicos aumenta (mientras que el total país suma 9% de evangélicos, el NEA cuenta con un 10,8%, siendo la segunda región del país después del Sur con mayor proporción de evangélicos entre sus habitantes). La tasa de indiferentes, en cambio, baja del 11,3% nacional al 3,2%” (72). Estos parámetros se observan similares en este estudio ya que hay un alto porcentaje de católicos (82%) y también casi nula población de indiferentes o sin adhesión a alguna religión, (2%).

2-Antecedentes personales gineco-obstétricos

En cuanto al segundo objetivo específico explorar los antecedentes personales gineco-obstétricos de las feriantes en estudio se analizaron diferentes características, entre ellas: Edad de la menarca, edad de inicio sexual, n° de embarazos, n° de hijos y tipo de parto. En referencia a estas variables se discuten los siguientes resultados:

Edad de la menarca

La menarca se conoce como el primer sangrado menstrual de la mujer que aparece alrededor de los 10 a los 16 años (en promedio) (73). “A pesar de las variaciones en todo el mundo [...] la media de la edad de la menarca ha permanecido relativamente estable entre los 12 y 13 años (74). Según la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ) (75) a través de un estudio exploratorio sobre características de crecimiento desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente se estimó que la edad promedio de la menarca fue de 12,2 años DS +/- 1.3, siendo en la región del NEA de 11,9 años con una desviación estándar de 1.4.

En este estudio predomina la edad de 13 años como edad de inicio de la primera menstruación, con un 34,8 %, equiparando estos datos a las estadísticas mundiales.

Edad de inicio de las relaciones sexuales

Según la Encuesta sobre salud sexual y reproductiva (ENSSyR) 2013 (76), el 52% de las mujeres de entre 15 y 19 años de todo el país, ha tenido su primera relación sexual. De éstas el 17 % ha tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, 60 % entre los 15 y 16 años y el restante 23 % entre los 17 y los 19 años (77).

Según la SAGIJ (75), la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales (IRS) fue a los 15,6 años, con un DS +/- 1.7 años. En la región NEA 15.8 años

En este estudio se observa que la edad de 17 años es la que predomina para el IRS, antes de los 15 años no se contabilizó ningún caso. Siendo un 28% para las edad de 15 a 16 años, de 17 a 19 años un 56% y un 16 % para las edades de 20

años y más. El porcentaje de inicio de las relaciones sexuales es mayor en el rango etareo de 17 a 19 años en relación a los valores nacionales.

N° de embarazos y N° de hijos

En este estudio predominan las feriantes con 2 gestas. En porcentajes se observa un 26 % de primigestas, entre 2 y 3 gestas 48% y multigestas, 4 y 5 gestas, un 26%.

La ENSSyR (76), según la cantidad de hijos nacidos vivos para el total del país, estableció que las mujeres con hijos nacidos vivos han tenido un promedio de 2,5 hijos por mujer.

En este estudio se establece que predominan las mujeres con 2 hijos siguiendo en orden de mayor número las mujeres con 1 hijo. Siendo correlativo a los datos nacionales y al estudio realizado por Alegre (59) en el cual afirma que hay una tendencia a tener menor cantidad de hijos. Esta autora indica que por un lado, esto puede deberse a factores económicos o de acceso a la tierra y, por otro lado, por el impacto de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, por las que hay mayor información y acceso a métodos anticonceptivos, a la vez que su uso está más naturalizado.

Tipo de parto

Según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones (78), el total de partos en la provincia en el año 2017 fue de un total de 15.986 partos, de los cuales 11.177 fueron partos normales y 4.787 partos por cesáreas. También se sucedieron 14 partos con fórceps. En porcentajes esto se traduce a 69,92% de partos normales; 29,94% de parto por cesárea y 0,09% partos con fórceps. Se pueden observar valores similares a los establecidos en la comunidad feriante que arrojó los siguientes resultados: 70% partos por vía vaginal y 30 % partos por cesárea.

3-Medidas de autocuidado de salud de las feriantes estudiadas

En cuanto al tercer objetivo identificación de las medidas de autocuidado de salud sexual y reproductiva realizadas por las mujeres feriantes se analizaron las

siguiente variables: uso de métodos anticonceptivos, uso de servicios de consejería, control de salud en el último embarazo, control ginecológico, realización del PAP, Colposcopia, Examen mamario, ecografía mamaria, mamografía y retorno con los resultados al médico.

Uso de métodos anticonceptivos

En este estudio con la comunidad feriante de mujeres se observó que un 54% no utiliza ningún método anticonceptivo y un 46% si lo utiliza. De éstas, el método anticonceptivo más utilizado fueron las pastillas anticonceptivas. Este último dato es coincidente con los datos de la ENSSyR (76) que expresa que entre las mujeres, los métodos más utilizados son los hormonales (pastillas, inyectables, parches o implantes) en un 51% de los casos, seguidos de los métodos de barrera (preservativo, diafragma o espumas, jaleas u óvulos) con un 30%. Según el estudio de Parra Araneda y Vidal Altamirano (57) el método anticonceptivo más utilizado era la esterilización quirúrgica, y el de menor uso el preservativo. Con respecto a la ligadura de trompas, método de esterilización quirúrgica, fue mencionada por una sola feriante lo cual no es coincidente con este último estudio.

No obstante se puede observar que el porcentaje de las feriantes que no utiliza métodos supera al porcentaje que si lo hace.

Uso de servicios de consejería

En el caso de las feriantes entrevistadas 63% contó con consejería sobre salud sexual y reproductiva y un 37% no lo hizo.

Uno de cada 4 jóvenes de la ciudad realizó durante el último año una consulta sobre salud sexual y reproductiva. Las diferencias son significativas según sexo, ya que mientras 1 de cada 10 varones consultaron, casi 4 de cada 10 mujeres lo hicieron. Se observa, por otra parte, que los y las jóvenes de entre 20 y 29 años consultaron en mayor medida que los y las adolescentes de 15 a 19 años (79).

Control de salud en el último embarazo

Según los resultados de la ENSSyR (76) más de nueve de cada diez mujeres declararon haberse realizado cinco o más controles durante el embarazo de su último hijo nacido vivo, siendo escasas las que se han realizado menos controles o ninguno. Un 99,3 % detalla que Sí y sólo un 0,7% expresa que no se han hecho controles en el último embarazo. Relacionando estos datos con el estudio de la comunidad de mujeres feriantes, el mismo arrojó resultados similares ya que el 100% de las entrevistadas se ha realizado controles de salud en el último embarazo, lo cual se equipara con los porcentajes a nivel nacional.

Control ginecológico. Realización del PAP, Colposcopia, Examen mamario, Ecografía mamaria, mamografía y retorno con los resultados al médico

Según este estudio el 54% de las feriantes realizaron el control ginecológico en el último año con la realización del estudio del PAP, el 35 % manifestó haberse realizado hace 2 o más años, siendo un 20 % hace 2 o 3 años, hace 5 años un 2%, hace más de 5 años un 13% y un porcentaje del 11% nunca se realizó el control ginecológico. Un 96% se enteró el resultado del estudio y 4 % no lo hizo. El 16% no retornó con los resultados al médico. Comparando estos resultados con otros estudios podemos observar que existen algunas similitudes y diferencias. Los resultados de la ENSSyR (80), expresa que el 65,1% se realizó alguna vez la prueba del Papanicolaou, mientras que un 34,9 % nunca se la ha hecho. En relación a este estudio hay una diferencia de más de 10 puntos, lo que indica que las feriantes realizan en menor proporción los controles del PAP que a nivel nacional. En cuanto al porcentaje que nunca se realizó el PAP el valor nacional es muy superior al de las feriantes con más de 20 puntos de diferencia. Según el tiempo con el que se realizaron el estudio: se establecieron los siguientes resultados: Menos de un año: 49,5%, De uno a dos años: 32%, Más de dos o tres años: 9,3%, más de tres años 9,2%. Un 93,5% se enteró el resultado del estudio y 6,5 % no lo hizo. En cuanto al tiempo hay algunas similitudes, los que se realizaron el estudio del PAP en el último año solo hay una diferencia de casi 5 puntos, siendo mayor el porcentaje para las

feriantes y sí hay una diferencia con las que se hicieron el PAP hace 2 o más años siendo el valor nacional más elevado.

Según otros datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva solo el 16,3% se realizó una mamografía en los últimos 12 meses y un 83,7% no lo ha hecho. En comparación a los resultados de esta encuesta las feriantes que debían realizarse la mamografía según la edad, sólo un 22 % realizó este estudio en el último año, lo cual indica a pesar de que el porcentaje es bajo es superior al porcentaje nacional.

Otro estudio que puede servir de relación fue el realizado en 2008 por Gallo, Suarez y Ojeda (58) sobre la frecuencia con que se realizan las mujeres los controles ginecológicos. En el mismo se encuestaron a 86 mujeres de entre 30-89 años. Un 95,35% refirió realizarse controles ginecológicos; 34,15% exámenes citológicos; citología y colposcopia 52,43%, citología y exudado vaginal 1,22% y los tres estudios un 12,19%. Un 42,68% lo hacía cada año, mientras que un 14,63% con un intervalo mayor a 4 años (el resto cada 2 o 3 años). Comparando estos datos con el estudio de la comunidad de las feriantes, a pesar de que el grupo etario es más acotado se pueden distinguir algunas similitudes. En cuanto al porcentaje que realizó controles, el 89% de las feriantes alguna vez realizó un control, siendo el porcentaje menor, con una diferencia de 6 puntos que el estudio de Gallo, Suarez y Ojeda (58) y un 15% hace más de 3 años, encontrándose una diferencia mínima entre ambos porcentajes. Los porcentajes encontrados en ambos estudios son relativamente congruentes.

Es importante reconocer que del 100% que realizó la citología exfoliativa oncológica- Papanicolaou, un 32% manifestó no haber realizado la colposcopia y este valor es superior en relación al examen de mamas, la ecografía mamaria y la mamografía, con un 80% en los dos primeros estudios y un 78% para la mamografía.

4- Barreras de acceso a servicios preventivos (motivos de la falta de control ginecológico) y relación de las variables cobertura de obra sociales, beneficio de protección social, nivel de instrucción y apoyo familiar en relación al control ginecológico

Según la ENSSyR (81) los motivos por los cuales las mujeres manifiestan no haberse realizado el estudio del PAP en los últimos 12 meses fueron los siguientes: Por miedo: 5,3%; Vergüenza: 5,9%; Falta de tiempo: 46,4%; Horarios de atención de los centros de salud no adaptados a sus necesidades: 2%; Falta de personal para la toma del PAP: 2%, Distancia del centro de salud: 1,6%; Cree que no lo necesita: 19,4%; Por olvido o descuido: 8,6%; Otros: 8,9%

Entre los motivos por los cuales las mujeres nunca se han hecho un PAP fueron los siguientes: Por miedo: 8,2%; Vergüenza: 10,2%; Falta de tiempo: 13%; Horarios de atención de los centros de salud no adaptados a sus necesidades: 1,1%; Falta de personal para la toma del PAP: 0,6%%, Distancia del centro de salud: 0,8%; Cree que no lo necesita: 41,8%; Por olvido o descuido: 1,3%; El médico no se lo indicó: 2,7%, Es muy joven/aún no tuvo relaciones: 5,7 %, No fue al ginecólogo: 2,1%; Por falta de conocimiento: 9,2%; Otras razones: 3,2%.

En el primer grupo predomina la falta de tiempo como primer motivo y cree que no lo necesita en segundo lugar. En el segundo grupo que nunca se realizó el examen predomina la opción cree que no lo necesita en primer lugar, falta de tiempo en segundo lugar y en tercer lugar por vergüenza seguida de cerca por falta de conocimientos.

En el caso de las feriantes que no realizaron el control ginecológico en el último año, uno de los motivos expresados con mayor frecuencia fueron motivos personales la falta de tiempo y déficit de los sistemas de salud como la falta de recursos materiales en la institución de salud donde se atienden. Con respecto a las barreras de accesibilidad geográfica, otro motivo fue la del transporte como dificultad para el control 10 feriantes cuentan con vehículo propio por lo que casi la mitad debe manejarse con colectivos para poder realizarse el control y de estas 2 feriantes

señalaron que cuentan con colectivos solo 2 veces al día para poder trasladarse. Tres feriantes señalaron que no cuentan con instituciones de salud cercanas y las que sí cuentan tienen distancias de entre 1 y 4 km o más de 4 km de su hogar. Otros de los motivos es que no cuentan con traslado desde el establecimiento de salud a otras instituciones donde puedan realizarse el control solo para casos de emergencia. En menor proporción hay feriantes que por desconocimiento de que deben realizarse no se efectúan y también por no saber en qué consiste el control ginecológico. Otros de los motivos señalados sigue siendo en relación a la accesibilidad geográfica en relación a las instituciones de salud que se encuentran muy lejos y dificultad en el traslado y también déficit del sistema de salud como dificultad en los turnos y traslados, los restantes fueron motivos personales como desinterés, falta de fuerza de voluntad, por relajarse, dejar pasar el tiempo, dejarse estar y no sentir molestias. Una de los principales motivos que se repite en ambos estudios es la falta de tiempo, otros motivos que si se puntualizan en el caso de las feriantes tienen que ver con la falta de instituciones, falta de recursos materiales, instituciones que se encuentra lejos y luego las cuestiones de índole personal. Estos datos son específicos de la comunidad de mujeres feriantes y difieren de los datos nacionales que tienen un porcentaje bajo en las encuestas. Es importante también reconocer que existen feriantes que no realizan los controles por desconocimiento que deben hacerlo como también feriantes que desconocen en qué consisten los mismos. Estas tienen que ver con barreras culturales que pueden revertirse con educación sanitaria.

Según Landini y otros (82) existen tres tipos de barreras, las de tipo geográficas, las de tipo económicas y las administrativas. Dentro de los resultados de su estudio se destaca que la distancia geográfica existente entre las mujeres rurales y los efectores del sistema de salud constituyen una barrera de accesibilidad. El caso de la localidad estudiada, Dos Arroyo, puede replicarse a otras localidades del interior de Misiones, ya que se dispone de centros de atención primaria de la Salud- CAPS- en las zonas rurales que cuentan con profesionales que pueden hacer seguimiento del embarazo y agentes sanitarios que ayudan en la captación de embarazadas pero a su vez esos profesionales de la salud no son muy diversos y no cuentan con mucha disponibilidad. Respecto de la realización de estudios para el seguimiento del embarazo, las mujeres deben trasladarse a las zonas urbanas para poder realizarlos.

En relación al traslado el camino es de tierra no consolidada hasta llegar al asfalto y solo hay medios de transporte para llegar a la ciudad desde la ruta.

A nivel administrativo, se han encontrado dificultades para la obtención de turnos para la realización de estudios, ya que generalmente se requiere traslado previo a las ciudades para solicitar turnos programados que pueden demorar hasta varios meses. Esto empuja a las mujeres a atenderse en el subsistema privado, más ágil administrativamente pero que requiere de disponer de dinero adicional. En Dos Arroyos esto aparece como menos problemático, ya que muchas mujeres rurales cuentan con cobertura de salud privada por estar vinculadas con el rubro tabacalero. Al mismo tiempo, en todos los casos se observa como barrera administrativa la falta de contra referencia de los niveles de mayor complejidad (ubicados en las ciudades) a los localizados en los territorios (CAPS y operativos rurales), lo que en algunos casos procura ser subsanado a nivel de contactos personales por los profesionales, particularmente en Dos Arroyos, pero no a partir de procedimientos institucionalizados. Por su parte, se observa que los problemas de accesibilidad económica (falta de dinero para pago de transporte o para la realización de estudios en el subsistema privado) se ven agravados por las mayores distancias y la falta de atención a nivel local y, en general, por los problemas para la obtención de turnos para la realización de estudios (82)

De este estudio (82) también ha mostrado que la accesibilidad geográfica no puede considerarse como sinónimo de la distancia de las poblaciones rurales a los centros urbanos, ya que hay variables intermediarias como si los caminos son transitables, la existencia de medios de transporte y la distribución territorial de la atención en salud, que modifican radicalmente su impacto. Así, resulta fundamental que los planificadores no perciban 'lo rural' como homogéneo. No existe una única ruralidad sino diversas, teniéndose que tener en cuenta esta diversidad a la hora de planificar.

En la misma línea, resulta fundamental estudiar cómo las barreras administrativas pueden potenciar las desventajas geográficas y económicas. Asumido esto, se hace necesario actuar de manera inteligente para abordar las barreras administrativas con el fin de evitar que sea el mismo sistema sanitario el que se convierta en una fuente básica de desigualdad en salud (82).

Según Alegre (59) los servicios de salud se encuentran en su mayoría concentrados en zonas urbanizadas y se destaca la precariedad de aquellos ubicados en localidades rurales, fundamentalmente por la falta de recursos humanos y de especialidades para la atención de mujeres y niños.

Esto se replica en el estudio de las mujeres feriantes ya que en relación al control ginecológico y la procedencia de las feriantes se observa que entre un 29% y un 68% de las mujeres procedentes de zonas rurales del interior de la provincia no se realizaron los controles en el último año sino hace 2 años o más. En el caso de las zonas urbanas solo se observa casos de falta de controles ginecológicos paradójicamente en las feriantes que residen en Posadas (dos de los casos por que no se han iniciado sexualmente) y en Oberá. Por lo cual se podría concluir que la procedencia de zonas rurales puede influir en los controles ginecológicos como barrera en la accesibilidad al sistema de salud como sugieren otros estudios.

Las feriantes que no se realizaron el control ginecológico en el último año expresan barreras en las instituciones de salud como por ejemplo no contar con recursos materiales (mamógrafos, ecógrafos, etc) para realizarse dicho control. También manifestaron que las instituciones de salud donde pueden realizarse los controles se encuentran muy lejos de sus domicilios y que hay dificultades en los turnos y traslados. Otras feriantes señalan que los establecimientos de salud no cuentan con traslado para realizarse los controles cuando estos no poseen las posibilidades para hacerlos y que cuentan con traslado solo para casos de emergencias. Estos resultados pueden contrastarse con el estudio de Landini (82) y otros y de Alegre (59). El primero expresa las barreras administrativas y económicas relacionadas a la atención médica en las áreas rurales como por ejemplo, la dificultad en los turnos y el no contar con recursos materiales y humanos para hacerse estudios en el sistema público por lo que deben incurrir en gastos para acceder a los mismos en el sistema privado. En el segundo estudio también se menciona la precariedad en los establecimientos de salud ubicados en zonas rurales no solo en cantidad sino también en la falta de recursos humanos para la atención y de especialistas. En todos ellos se expresan barreras de acceso en la atención en salud en las zonas rurales.

Control ginecológico y cobertura social

En esta investigación se obtuvo el resultado de que un 72% de las feriantes que tienen cobertura de obra social se realizaron el control ginecológico en el último año y solo un 28% no lo efectuó. En contraste, las feriantes que no presentaban cobertura de obra social sólo un 42% realizaron el control ginecológico en el último año y más de la mitad de las feriantes, un 57%, no lo efectuaron. Relacionando estos datos con los resultados de la ENAPROSS (63), se ven datos coincidentes ya que estos indican que la población que tiene una cobertura explícita (Obra Social, PAMI/PROFE, Seguro Privado) ha consultado a un profesional médico en mayor proporción (79%) que aquellas personas que tienen como única cobertura el servicio público. Esto afirma que el contar con una cobertura de obra social es un determinante que favorece el control ginecológico y no contar con él es una barrera en la realización del mismo.

Control ginecológico y protección social

Los datos de este estudio reflejan que un 70% de las feriantes que presentan beneficios de protección social realizan los controles ginecológicos y de las que no reciben ningún beneficio social más de la mitad no se realizan los controles. De las que reciben el beneficio social el 90% corresponde a la AUH. Estos datos son coincidentes con los resultados de la ENAPROSS (63), que afirma que los que reciben la AUH asisten en mayor proporción a la consulta médica (86%) que aquellos que perciben asignaciones familiares contributivas (81%). En contraste, menos del 55% de los menores cuyos padres son beneficiarios de otras políticas sociales ha realizado un control médico en el último año (63). Esto nos indica que el contar con un beneficio de protección social favorece la asistencia a la consulta médica y en el caso de las feriantes a los controles ginecológicos.

Control ginecológico y Nivel de instrucción

En relación a esta dimensión en este estudio no se pudo encontrar relación significativa que a mayor nivel de instrucción mayor control o viceversa aunque hay estudios que sí lo afirman como lo hacen el estudio realizado por Michele (53) y Espino y otros (54) sobre alfabetización en salud.

Control ginecológico y apoyo familiar

Por lo que pudo observarse en los resultados, la proporción de casos de falta de control con los que sí se hicieron control es un poco mayor en el caso de las feriantes que no recibieron apoyo de la pareja o familia. Esto es coincidente con el estudio de Zeledón y Turcios (83) sobre conocimientos y factores culturales de las mujeres que intervienen en la realización del Papanicolaou, un 32 % respondió que la falta de apoyo de la pareja es uno de los motivos que impiden la realización del pap. Por lo que se puede expresar que el contar con el apoyo familiar o de la pareja a la hora de realizarse los controles ginecológicos es un factor favorecedor.

5-Importancia atribuida al control ginecológico

Las feriantes que señalaron que para ellas el control ginecológico era muy importante, un 60% efectuó el control en el último año, el 40% restante lo hizo en períodos menores de tiempo que las feriantes que habían expresado que era importante. Las feriantes que manifestaron que el control era importante, un 33% realizó el control en el último año, el 67% restante efectuó el control entre 5 y más años y 3 nunca lo realizaron. Esto implica que hay una diferenciación entre las que señalaron que era importante y las que señalaron que era muy importante, observándose mayor porcentaje de realización y menores períodos de tiempo del último control según la importancia dada por las feriantes. También hay que señalar que a pesar de existen feriantes que no se realizan controles ninguna señaló que el control es poco importante o sin importancia. No se encontraron estudios que valoren la importancia atribuida al control ginecológico por las mujeres pero si hay estudios sobre las percepciones que tienen entre ellas un estudio realizado por el Zamberlin y otros (84) señala lo siguiente que “dentro del grupo de mujeres que nunca se hicieron un PAP, además de las que desconocen la práctica por completo están las mujeres que tienen escaso conocimiento sobre su utilidad y beneficios, que no lo consideran importante o que manifiestan falta de motivación para realizarlo”. Señalan que la consideración de no darle importancia al estudio del PAP es una de cuestiones por las cuales las mujeres no se realizan el mismo.

6- Antecedentes familiares de cáncer y tipo

En relación a los antecedentes familiares de cáncer en la mujer no se han identificado muchos estudios, si en relación al caso de factores personales y antecedentes

Lic. Ruth Noemí Martínez

familiares del cáncer de mama como factor de riesgo. En un estudio realizado por Lopez- Sánchez y otros (85) se analizó la prevalencia de factores de riesgo y entre ellos se contabilizó el porcentaje de población rural femenina con antecedentes familiares de cáncer de mama, obteniendo que 11,22% de la población rural presenta antecedentes familiares de cáncer de mama. En el caso de nuestra comunidad de mujeres feriantes el 30% de las feriantes presentan antecedentes familiares de cáncer. De este 30%, un 14% presenta antecedentes de cáncer de mamas y 21% antecedentes de cáncer de útero y un 64% presenta antecedentes familiares de otros cánceres: como cáncer de piel, pulmón y otros. Los primeros citados son cánceres que afectan a las mujeres, observándose porcentajes similares en cuanto a los antecedentes de cáncer de mamas en ambas poblaciones.

CAPÍTULO IV: **CONCLUSIONES**

Según lo presentado anteriormente se pueden exponer las siguientes conclusiones. En relación a las características sociodemográficas, las mujeres feriantes entrevistadas se encontraban dentro del grupo etario de 16 a 51 años, predominando las que tenían más de 30 años con un 65%. La ocupación principal es el trabajo en las ferias francas en un 91% de los casos y solo un 9% tiene otra ocupación secundaria. En relación a la procedencia un 80% procede del interior de la provincia de Misiones, zonas sur y centro, y un 76% reside en zonas rurales. El 43% es beneficiaria de un beneficio de protección social y de estos el 90% corresponde al beneficio, Asignación Universal por Hijo. Con respecto a la cobertura de Obras sociales, un 39% cuenta con cobertura de obra social mientras que un 61% no cuenta con ninguna. Un 80% de las entrevistadas se encuentra en pareja, de las cuales, un 95% es una pareja estable y un 5% presentan parejas inestables. Un 20% no se encuentra en pareja. Un 67 % de las mujeres feriantes no ha iniciado o concluido el nivel secundario. Sólo un 24% ha concluido el secundario y un 9 % ha alcanzado el nivel terciario si se suma el terciario incompleto y completo. En cuanto a la religión, el 98% de las mujeres feriantes manifiesta tener alguna religión predominando la religión católica con un 80%. Un 85% de las feriantes entrevistadas expresó ser practicante de la religión que profesa.

Con respecto a los antecedentes personales gineco-obstétricos de las feriantes, la edad de la menarca se encuentra entre los 10 y 17 años, predominando con un 35% la edad de 13 años. La edad de inicio de relaciones sexuales se encuentra entre los 15 y los 40 años, predominando la edad de 17 años como edad de inicio de la actividad sexual. El número de embarazos es de 0 a 5 gestas, predominando las feriantes con 2 embarazos y ninguno con 24%. En relación al número de hijos es de 0 a 5 hijos predominando las feriantes con 2 hijos y con ningún hijo, 22% y 24% respectivamente. En cuanto al tipo de parto predomina el parto vía vaginal con un 70%.

En cuanto a las medidas de autocuidado realizadas por las feriantes, un 46 % utiliza un método anticonceptivo y de estas las pastillas son las más utilizadas, un 54% no utiliza ningún método anticonceptivo. En el caso de las feriantes entrevistadas el 63% manifestó recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva, el 37% restante no la recibió. El 100% de las entrevistadas se ha realizado controles de salud en el último embarazo. Según este estudio el 54% de las feriantes realizaron el control ginecológico en el último año con la realización del estudio del PAP y el 35% restante realizó el control hace 2 años o más años y un 5% nunca lo efectuó. Un 96% se enteró el resultado del estudio y 4 % no lo hizo. El 16% no retornó con los resultados al médico. Del 100% que realizó la citología exfoliativa oncológica- Papanicolaou, un 32% manifestó no haber realizado la colposcopia, un porcentaje del 80% no realizó el examen de mamas ni la ecografía mamaria y el 78 % no realizó la mamografía.

En relación a las barreras de acceso a los servicios preventivos las feriantes que no realizaron el control ginecológico en el último año manifestaron con mayor frecuencia motivos personales, el déficit de los recursos materiales y las distancias de las instituciones de salud. En relación al control ginecológico y la procedencia de las feriantes entre un 29% y un 68% de las mujeres procedentes de zonas rurales del interior de la provincia no se realizaron los controles en el último año sino hace 2 años o más. Un 70% de las feriantes que presentan beneficios de protección social realizan los controles ginecológicos y de las que no reciben ningún beneficio social más de la mitad no se realizan los controles. Un 72% de las feriantes que tienen cobertura de obra social se realizaron el control ginecológico en el último año y solo un 28% no lo efectuó. En contraste, las feriantes que no presentaban cobertura de obra social sólo un 42% realizaron el control ginecológico en el último año y más de la mitad de las feriantes, un 57%, no lo efectuaron. La proporción de casos de falta de control con los que sí se hicieron control es un poco mayor en el caso de las feriantes que no recibieron apoyo de la pareja o familia. Las feriantes que no se realizaron el control ginecológico en el último año expresan barreras en las instituciones de salud como por ejemplo no contar con recursos materiales (mamógrafos, ecógrafos, etc) para realizarse dicho control. También manifestaron que las instituciones de salud donde pueden realizarse los controles se encuentran muy lejos de sus domicilios y que hay dificultades en los turnos y traslados. Otras feriantes señalan que los establecimientos de salud no cuentan con traslado para realizarse los controles cuando estos no

poseen las posibilidades para hacerlos y que cuentan con traslado solo para casos de emergencias.

En relación a la importancia atribuida al control ginecológico por las feriantes: un 80%, manifiestan que el control ginecológico es muy importante y solo un 20 %, manifiesta que es importante, ninguna atribuyó al control poca o sin importancia.

Con respecto a los antecedentes familiares de cáncer el 30% de las feriantes presentan antecedentes familiares de cáncer. De este 30%, un 14% presenta antecedentes de cáncer de mamas y 21% antecedentes de cáncer de útero y un 64% presenta antecedentes familiares de otros cánceres: como cáncer de piel, pulmón y otros.

Según los interrogantes planteados al principio de la investigación se determinó las características de la salud sexual y reproductiva de las mujeres feriantes como así también sobre la realización de los controles ginecológicos. También se pudo reconocer que los controles ginecológicos se ven influenciados por las variables de procedencia, cobertura de obra social, beneficio de protección social y apoyo familiar. Como así también que no se observó una relación significativa entre el nivel de instrucción y los controles ginecológicos.

SUGERENCIAS

Con el fin de profundizar los resultados de este estudio se sugiere modificar la población objetivo a todas las mujeres feriantes sin exclusión, incluso se puede incorporar la mirada de los varones de las Ferias para tener un abordaje más integral de la temática.

También se sugiere modificar el instrumento de recolección de datos ya que hubo información brindada por las feriantes que no pudo ser volcada en este formulario. Se puede optar por entrevistas en profundidad y presentar una investigación desde un enfoque cualitativo.

A raíz de los resultados de este estudio se pueden desarrollar programas o estrategias para el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva enfocados en la importancia de los controles ginecológicos como práctica preventiva y como medida de autocuidado. Como así también socializar los resultados al sistema de salud misionero para buscar mecanismos que favorezcan la adhesión de las feriantes al control ginecológico y disminuyan las barreras de accesibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Ginebra; 2019 [actualizado 24 ene 2019; citado 16 oct 2020] Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino [1 pantalla]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
2. Ballesteros I, Limardo L, Abriata G. Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. Análisis de la situación de Salud por Cáncer, 2016. Un aporte para la toma de decisiones en salud pública basadas en información. [Internet] Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer-Ministerio de Salud de la Nación, 2016 [actualizado 21 dic. 2016; citado 10 oct 2020] Disponible en: www.msal.gov.ar/images/.../0000000925cnt-2016-12-21-boletin-epidemiologia.pdf
3. Ballesteros I, Barletta P, Limardo L, Abriata MG. Boletín de Vigilancia Epidemiológica. Análisis de Situación de Salud por Cáncer. Región Noreste Argentino - NEA, 2017. Un aporte para la toma de decisiones en salud pública basadas en información. [Internet] Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer-Ministerio de Salud de la Nación, 2017 [actualizado 14 sep. 2017; citado 10 oct 2020] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001005cnt-2017-09-14-boletin-nea.pdf>
4. UNFPA. Estado de la Población Mundial 2019. Un asunto pendiente. La defensa de los derechos y la libertad para decidir de todas las personas. [Internet] Nueva York, ONU/UNFPA. 2019. [actualizado 28 mar 2019; citado 10 oct 2020] Disponible en: <https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWP19%20SP%20Report%20-web%20-%2028%20Mar%20%281%29.pdf>
5. OPS/OMS. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Americas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: OPS. 2007.
6. Otero Puime, M y Zunzunegui Pastor V. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. En: Zurro , A M y Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes 2011, ISBN 978-84-8086-728-3, págs. 87-99
7. Olarte MR. Salud y enfermedad, dos construcciones culturales. Revista Biosalud, 2018;17(1): 67-79. DOI: 10.17151/biosa.2018. 17.1.7
8. UNFPA. Cinco de los mayores avances en salud sexual desde el nacimiento de las Naciones Unidas. [Internet] Nueva York, 2015 [actualizado 23 Oct 2015, citado 10 oct. 2020] Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/news/cinco-de-los-mayores-avances-en-salud-sexual-desde-el-nacimiento-de-las-naciones-unidas>

9. Sautu R, Boniolo P; Dalle, P; Elbert R. Recomendaciones para la redacción del marco teórico, los objetivos y la propuesta metodológica de proyectos de investigación en ciencias sociales. En publicación: Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. CLACSO, Colección Campus virtual Buenos Aires Argentina 2006. 192p.
10. Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Internet] 2013; 30(3):455-60. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v30n3/a14v30n3.pdf
11. Oizerovich S y Perrotta G. Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina. Salud Sexual y Salud Reproductiva. [Internet] [actualizado mar 2017, citado 20 de oct 2020]. Buenos Aires, 2017. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/103>
12. UNPFA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Población, Salud Sexual y Reproductiva y Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe. Nota conceptual para el desarrollo de una plataforma de diálogo sobre políticas con base empírica. Panamá. 2016.
13. Petracci, M (comp). La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender su historia. [Internet] 1era Edición. Buenos Aires: CEDES. 2006. [actualizado 2006, citado 20 de oct 2020] Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3955/1/5213.pdf>
14. Ministerio de Salud de Nación. Resolución 1261/2011. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino. [Internet] Buenos Aires, 2011. [actualizado 12 agost 2011, citado 20 de oct 2020]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/185768/norma.htm>
15. Ministerio de Salud de Nación. Resolución 1813/2013. Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama. [Internet] Buenos Aires, 2013. [actualizado 30 de oct 2013, citado 20 de oct 2020] Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/220000-224999/221755/norma.htm>
16. Organización Panamericana de la Salud. DECLARACIÓN DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. [Internet] [actualizado 8 oct 2012, citado 20 de oct 2020] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
17. Zurro M, Cano Pérez JF y Gené Badia, J. Atención Primaria. Principios, Organización y Métodos en Medicina de Familia. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

18. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, 21 noviembre. 1986. [Internet] [actualizado 2013, citado 20 de oct 2020]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf?ua=1>
19. Ministerio de Salud de la Nación. Manual de Promoción de la Salud. Experiencias Provinciales. 1a ed. - Buenos Aires: 2010. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000227cnt-03-Promocion_Salud_muestra.pdf
20. Vignolio J, Vacarezza M, Álvarez C y Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14. Uruguay. Prensa Médica Latinoamericana. 2011. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>.
21. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2017. Disponible en: https://cursos.campusvirtualesp.org/file.php/118/Modulo_l/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf
22. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [página web]. [citado 20 de oct. 2020] Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/.
23. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ediciones Journal SA. Organización Mundial de la Salud, Buenos Aires, 2009. [actualizado 22 may 2009, citado 20 de oct 2020] Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
24. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. [actualizado 2010, citado 20 de oct 2020]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
25. OPS. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. [Página Web] Washington, 2017. [actualizado 2017, citado 20 de oct 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es
26. Hernández Y, Pacheco Concepción J, Larreynaga Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit. [Internet]. 2017, Dic [citado 19 de Oct 2020] 19(3): 89-100. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.

27. Solar Prado L, Reguera González M, Gómez Paz N y Borges Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 19 Oct] 36 (6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
28. Marcos Espino M, Tizón Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet]. 2013 Dic [citado 19 Oct 2020] 24(4): 168-177. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>.
29. UNFPA. El autocuidado de la salud sexual y reproductiva. [Internet] Nicaragua, UNFPA. 2013. [actualizado 2013; citado 19 oct 2020] Disponible en: https://nicaragua.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Autocuidado%20de%20la%20SSR_0.pdf
30. Gómez A. Predictores psicológicos del autocuidado en salud. Hacia promoc. salud. 2017; 22(1): 101-112. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.8
31. Escobar MP, Pico ME. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 31(2): 178-186. 2013
32. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional del Cáncer. Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama. [Pág. Web] Buenos Aires, 2020. [actualizado 2020, citado 9 nov 2020] Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pncm>
33. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional del Cáncer. Programa Nacional de Cáncer de Mama. Guía Programática Abreviada. Documento Técnico para referentes del Programa. [Internet] Buenos Aires, 2014. [actualizado oct 2018, citado 9 de nov 2020] Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/000000664cnt-49-manual_programatico2015.pdf
34. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional del Cáncer. Programa Nacional de Prevención de Cáncer cervicouterino. [Pág. Web] Buenos Aires, 2020. [actualizado 2020, citado 9 de nov 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc>

35. Viguera Sebastian. Capítulo 2. Control ginecológico y exámenes preventivos en: Cuello, Miranda y Ralph. Ginecología general y salud de la mujer. Chile, Ediciones UC, 2017.
36. Calvetti, Juan; Wainfeld, Lucas; Cristaldi, Maria José; Precci, Estefania; Degennaro, Valeria; Del Papa, Ignacio; D'Ippolito, Fernando. La salud de la pareja y de la mujer. [Internet] Buenos aires, 2018. (actualizado 2 nov 2018, citado 10 de nov 2020) Disponible en: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/11.pdf>
37. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. [Internet] Primera edición. Buenos Aires, 2013. [actualizado jul 2013, citado 10 de nov 2020] Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento142.pdf>
38. Viniegra, María. Manual operativo de evaluación clínica mamaria / María Viniegra y Rosana Buffa. - 4ta ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2017. (actualizado 2017, citado 10 de nov 2020) Disponible en: <http://adolescencia.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000012cnt-09-Manual-operativo-de-evaluacion-clinica-mamaria.pdf>
39. Ministerio de Salud. Prevención de cáncer de mamas. [Pág. Web] Buenos Aires (s/f). [actualizado s/f, citado 10 de nov 2020] Disponible en: <http://msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/199-2-prevencion-de-cancer-de-mama->
40. Sociedad Argentina de Mastología. Mamografía. [Pág. Web] Buenos Aires, 2018.[actualizado 2018, citado 11 de nov 2020] Disponible en: <https://www.samas.org.ar/index.php/cancer-de-mama/mamografia>
41. Martínez Martínez Pinillo Angela, Díaz Ortega Israel, Carr Pérez Adriana, Varona Sánchez Joel Alejandro, Borrego López Julio Aurelio, de la Torre Ana Isabel. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Mar [citado 2019 Jul 23] ; 36(1): 52-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es.
42. Ministerio de Salud. Cáncer de mama [Pág. Web] Buenos Aires, 2020. [citado 12 de nov 2020] Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/cancer/tipos/cancer-de-mama>
43. Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. El cáncer de mama en 8 palabras. Una guía breve para atención primaria de la salud. [Internet] Buenos

- Aires, 2013. [actualizado feb 2014, citado 12 de nov 2020] Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/El-cancer-de-mama-en-8-palabras-Guia-APS-2013.pdf>
44. Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. Mamotest. [Pág. Web] Misiones, 2018. (actualizado 7 may 2018, citado 12 de nov 2020) Disponible en: <https://salud.misiones.gob.ar/desde-hoy-las-mujeres-de-la-zona-centro-podran-acceder-a-una-mamografia-3d/>
 45. Sautu, Ruth. Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación. 1° ed. Buenos Aires: Lumiere, 2005.
 46. Hernández Conesa, J. M., MORAL de CALATRAVA, P. Y ESTEBAN-ALBERT, M. 2003. Fundamentos de Enfermería – Teoría y Método. 2° ED. Madrid, Mc Graw Hill Interamericana.
 47. LEMUS J D, Aragónes V, Lucioni M. Epidemiología y salud comunitaria. 1ª Ed. Buenos Aires: Corpus. 2008.
 48. Cámara de Diputados de la Nación. Proyecto de ley. Ley de Regulación de las ferias Francas y Mercados Solidarios. [Internet]. Buenos Aires, 2013 [actualizado may 2011; citado 11 oct 2020]. Disponible en: https://www.cac.com.ar/data/documentos/13_proyecto%202577.pdf
 49. García Guerreiro L. De resistencias, estrategias y alternativas: el caso de las ferias francas de Misiones. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. [Internet] Universidad Nacional de Misiones, Posadas, 2008 [actualizado 2008; citado 11 oct 2020]. Disponible en: <http://cdsa.aacademica.org/000-080/243.pdf>
 50. Fingermann, L. Representaciones de los productores/feriantes de la Feria de Pequeños Productores Familiares Manos de la Tierra, del productor al consumidor, en torno a la construcción de mercados de la economía social y solidaria. (Trabajo final integrador). [Internet] Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina, 2017 [actualizado 3 jun 2017; citado 11 oct 2020] Disponible en: <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/258>
 51. Cámara de Representantes de la Provincia de Misiones. Ley III N° 10. Desarrollo, promoción y fomento de la Feria Franca y Mercado Zonal Concentrador de Ferias Francas de la Provincia. [Internet] Posadas, 2010 [actualizado 24 jun 2010; citado 11 oct 2020] Disponible en: <http://digestomisiones.gob.ar/uploads/documentos/leyes/LEY%20III%20-%20N%2010.pdf>
 52. Ministerio de Salud Pública de la Pcia de Misiones. Sala de Situación. Panel Materno Infantil. Fecundidad en mujeres de edad fértil. [Internet] Misiones,

2017. [actualizado jul 2017, citado 13 de nov 2020] Disponible en: https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/07/materno_parte1.pdf
53. Michele, Jesica Paola. Salud y calidad de vida. Alfabetización en salud. factores demográficos y situacionales asociados con los conocimientos y habilidades sobre salud en una muestra de mujeres del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "San Martín", La Plata. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación. XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2016. Disponible en: <https://www.academica.org/000-044/276.pdf>.
 54. Espino La O Zaida, Chong Quesada Dania, Rodríguez Artilles Milagros, Álvarez Pérez Natacha Lidia. Instrumento de medición de la alfabetización en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. MEDISAN [Internet]. 2018 Mayo [citado 2020 Oct 23] ; 22(5): 568-577. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500015&lng=es.
 55. Ministerio de Salud Pública de la Pcia de Misiones. Programa Federal Incluir Salud. [Pág. web] Misiones, 2017. [actualizado 2017, citado 13 de nov. 2020] Disponible en: <https://salud.misiones.gob.ar/programa-federal-incluir-salud-ex-profe/>.
 56. UNICEF. Pobreza monetaria y privaciones no monetarias en Argentina. [Internet] 1° edición, Buenos Aires, 2018. [actualizado nov 2018, citado 13 de nov 2010] Disponible en: https://www.ilo.org/legacy/spanish/argentina/100voces/recursos/9_investigacion/2.pdf
 57. Parra Araneda M y Vidal Altamirano A. Perfil epidemiológico en mujeres de edad fértil usuarias del control ginecológico en el consultorio de paillaco durante agosto y septiembre del año 2006. [Internet] Universidad Austral de Chile. Chile, 2007 [actualizado 2007; citado 10 oct 2020] Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmp258p/doc/fmp258p.pdf>
 58. Gallo J, Suarez C y Ojeda M. Controles ginecológicos ¿Con qué frecuencia se realizan las mujeres. Revista de postgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]. 2008 [citado 10 oct 2020], (188):1-3. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista188/1_188.pdf
 59. Alegre, Silvina Las nuevas generaciones de mujeres rurales como promotoras de cambio. Un estudio cuanti-cualitativo de la situación de las mujeres rurales jóvenes, de sus necesidades y oportunidades en Argentina / Silvina Alegre ; Patricia Lizárraga ; Josette Brawerman ; coordinación general de Josette Brawerman. – [Internet] 1a ed ilustrada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación. MAGyP., Unidad

- para el Cambio Rural, UCAR., 2015. (actualizado 2015, citado 14 de nov 2020)
Disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mujeres_rurales_como_promotoras_del_cambio.pdf
60. IPEC. CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN, HOGARES Y VIVIENDAS 2010. Provincia de Misiones. Población urbana y rural por sexo, según municipio. Año 2010. [Internet] Misiones, 2019. [actualizado abr 2019, citado 14 de nov 2020] Disponible en: <https://ipecmisiones.org/wp-content/uploads/2019/04/IPEC-Misiones-5-Poblaci%C3%B3n-urbana-y-rural-por-sexo-seg%C3%BAn-municipio-Censo-2010.pdf>
61. Godoy Martínez Diego. Relaciones y tensiones entre lo urbano y lo rural. [Internet] 1° ed., Quito: CONGOPE: ABYA-YALA: Incidencia Pública del Ecuador, 2017. [actualizado oct 2017, citado 14 de nov 2020] Disponible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/57060.pdf>
62. Amagi. Una mirada sobre la pobreza rural en Argentina. [Pág. Web] Buenos Aires. 2018. [actualizado 7 abr 2018, citado 14 de nov 2020] Disponible en: <https://noticiasamagi.com/una-mirada-sobre-la-pobreza-rural-en-argentina/>
63. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Protección y Seguridad Social en la Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social 2011. ENAPROSS. [Internet] - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2014. (actualizado 8 may 2014, citado 15 de nov. 2020) Disponible en: http://www.trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/enapross/Libro_ENAPROSS_interior.pdf
64. FAO. Transformaciones rurales-nota N° 3 informativa. Protección rural y empleo decente. [Internet] 2015. (actualizado 1° dic 2015, citado 15 de nov 2020) Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4982s.pdf>
65. Ambor, Matilde. Condicionalidad educativa de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social. Accesibilidad y garantía de derechos. (2009-2015) en Julio César Neffa ... [et al.]; compilado por Cristina Ruiz del Ferrier; Jorge Tirenni. El sistema de protección social en la Argentina y en América Latina contemporánea: el rol del Estado frente a la cuestión social. [Internet] 1a ed compendiada. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Flacso Argentina, 2016. (actualizado jun 2016, citado 15 de nov 2020) Disponible en: <https://www.flacso.org.ar/wp-content/uploads/2016/06/DT-Nro3-EyPP.pdf>
66. ANSES. Observatorio de la seguridad social. Asignación universal por hijo para protección social: una política de inclusión para los más vulnerables. [Internet] Buenos Aires, 2011. (actualizado jul 2011, citado 15 nov 2020) Disponible en: <http://observatorio.anses.gob.ar/archivos/documentos/AUH%20para%20Protecci%C3%B3n%20Social.pdf>

67. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ANSES, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Consejo de Coordinación de Políticas Sociales. Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo 2017. [Internet] Buenos Aires, 2017. (Actualizado oct 2019, citado 15 nov 2020) Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2019-10/AUH.pdf>
68. OPS. CEPAL.PNUD. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. [Internet] 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011 (actualizado 16 nov 2011, citado 15 nov 2020) Disponible en: <http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>
69. Moreano Silvana y Calli Rogelio. Factores relacionados con la realización del Papanicolaou y la mortalidad por cáncer de cuello uterino en argentina, 2009-2010. Rev argent salud Pública, 2013; 4(15):20-2. Disponible en: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen15/20-25.pdf>
70. Grabovac I, Smith L, Yang L, et al. BMJ Sex Reprod Health 2020; 46: 100–107. Disponible en: <https://srh.bmj.com/content/familyplanning/46/2/100.full.pdf>
71. Área de Investigación y Seguimiento de Programas Dirección de Información y Estadística Educativa (DIEE) Dirección Nacional de Planeamiento de Políticas Educativas (DNPPE) Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología Diego Paredes, El nivel secundario en el ámbito rural: análisis cuantitativo sobre sus tendencias recientes. Serie La Educación en Debate / N° 22 / Diciembre de 2018. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/seriedebate-24-4-2019_2_tintas.pdf
72. Fortunato Mallimaci. Atlas de las creencias religiosas en la Argentina. [Internet]- 1a. ed. - Buenos Aires: Biblos, 2013. (actualizado agost 2014, citado 15 nov 2020) Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190814052728/Atlas_de_creencias_y_actitudes_religiosas.pdf
73. UNFPA. PAHO. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Adolescencia: Manual Clínico. Manejo Integral de Adolescentes con Enfoque de Derechos. [Internet] Asunción, 2012. (actualizado oct 2012, citado 15 nov 2020) Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253

74. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. Committee Opinion No. 651. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2015; 126:e 143–6. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/Menstruacion_en_Nina_y_Adolescentes.pdf
75. SAGIJ. Investigación exploratoria sobre características de crecimiento, desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente. Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil ; 11(3): 219-229, 2004. Disponible en: <http://conders.feim.org.ar/pdf/sagij.pdf>
76. INDEC- Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 ENSSyR 2013 Presentación de resultados. [Internet] Argentina, 2013. (actualizado 2013, citado 16 nov 2020) Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssyr_2013.pdf
77. Ministerio de Salud de la Nación. UNICEF. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia: Situación de salud de las y los adolescentes en la Argentina [Internet] 1° edición, Argentina, 2016. (actualizado agosto 2016, citado 16 nov 2020) Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento109.pdf>
78. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones. Estadísticas Hospitalarias año 2017. [Internet] Misiones, 2018. (actualizado oct 2018, citado 16 nov 2020) Disponible en: <https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2018/10/Hospitalaria-2017.pdf>
79. Dirección General Políticas de Juventud. Observatorio de la Juventud. Encuesta Joven 2016. [Internet] Buenos Aires, 2016. (actualizado 2016, citado 15 nov 2020) Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/encuestajoven2016.pdf>
80. INDEC. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) 2013. Documento para la utilización de las bases de datos usuario [Internet] Argentina, 2013. (actualizado 2013, citado 16 nov 2020) Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enssyr/ENSSyR_doc_utilizacion_bases_usuario.pdf
81. INDEC. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) 2013. Documento para la utilización de las bases de datos usuario. [Internet] Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2013. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enssyr/ENSSyR_doc_utilizacion_bases_usuario.pdf

82. Landini, Fernando et al. Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino1Fuente de financiamiento de la investigación: Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. . Saúde e Sociedade [online]. 2015, v. 24, n. 4 [Accedido 14 Noviembre 2020] , pp. 1151-1163. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015137239>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015137239>.
83. Zeledón PIZ y Turcios MC. Conocimientos y factores culturales de las mujeres que intervienen en la realización del Papanicolaou en Nicaragua. Journal health NPEPS. [Internet] v2, n1. Brasil, 2017. (actualizado marz 2020, citado 16 nov 2020) Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053070/1641-6322-2-pb-1.pdf>
84. Zamberlin, Nina. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del PAP / Nina Zamberlin; Laura Thouyaret; Silvina Arrossi; con colaboración de Marcela Moreira y Andrés Venturino; edición literaria a cargo de María Laura Requena. [Internet] 2a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, 2013. (actualizado 27 dic 2013, citado 16 nov 2020) Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento113.pdf>
85. López-Sánchez Irina, Casado-Méndez Pedro Rafael, Santos-Fonseca Rafael Salvador, Méndez-Jiménez Onelia, Estrada-Sosa Raiza, Guzmán-González Adrián Jorge. Prevalencia de factores de riesgo del cáncer de mama en población rural femenina. AMC [Internet]. 2019 Oct [citado 2020 Nov 19]; 23(5): 563-572. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000500563&lng=es. Epub 01-Oct-2019.

ANEXO

ANEXO I:

Cuestionario sobre el “Cuidado de la salud sexual- Reproductiva de la mujer Feriante”

Consigna: Con el objetivo de conocer sobre el cuidado de la salud sexual-reproductiva de las mujeres feriantes COMPLETE O MARQUE con una X la respuesta que considere.

MUCHAS GRACIAS.

1-EDAD: _____

2- FERIA: _____ 3- Tiene otra ocupación: No__ Si: ____ Cuál?: _____

4- PROCEDENCIA- MUNICIPIO:_____

Zona Rural

Zona Urbana

5-Percibe algún plan Social: No__ Si:__ Cuál? AUH:___A.por embarazo: ____

Otro:___Cuál/es: _____

6- SITUACION DE PAREJA: Sin pareja

Con pareja

Inestable

Estable

7- NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Sin escolaridad

Primaria Incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Terciaria Incompleta

Terciaria Completa

Universitaria incompleta

Universitaria completa

8- OBRA SOCIAL: Si ___ No ___ Cual?: _____

9-Religión: _____ Practica: _____ No practica: _____

10- Edad de la primera menstruación (Menarca): _____

11- Edad de inicio sexual? ___ No se inició sexualmente ___ No sabe/no contesta: _

12-Utiliza algún método anticonceptivo? Si: ___ No: ___Cuál/es? _____

13- Recibió algún tipo de consejería sobre planificación familiar? Si: ___ No: _

13-Nº de embarazos: _____ 14-Nº de hijos: _____

15- Fueron por: Parto Normal: _____ Cesárea: _____

16- Se realizó controles en el último embarazo? _____

17- Donde se hizo el último control: _____

18- Cuenta con el apoyo de su pareja/ familia a la hora de realizarse los controles:

No: ___ Si: ___ Cómo le ayuda? : _____

19- En el último año; se realizó algún Control Ginecológico: SI: ___ No: ___ Fecha del último control: _____

20- 1) **Si su respuesta es no: Cuáles son las razones por las cuáles no se realizó el control: Causas del no control:**

a) Desconocimiento de que debe realizarse: _____

b) No sabe en qué consiste: _____

c) Cuenta con un Establecimiento de salud cercano en su localidad? Si No

d) Si es Si, Distancia del establecimiento de salud en relación a su domicilio:

Menos de 1 km: _____ Entre 1 y 4 km: _____ Más de 4 Km: _____

e) Tiene Transporte para llegar al establecimiento de salud

No Si Vehículo propio: _____ Colectivo: _____ Periodicidad: Cada 30 min _____

Entre 1 y 2 hs _____ +de 2 hs _____

Otro: _____

e) No Tiene tiempo

f) En el establecimiento de salud no cuentan con recursos materiales (mamógrafo, ecógrafo, etc.), humanos (Médico ginecólogo, obstetra, etc.) para efectuar el control? _____

g) No cuenta la institución de salud con móviles para el traslado en caso de ser necesario la atención en otro establecimiento de salud? _____

20) 2. Si su respuesta es sí, conteste las siguientes:

a) Fecha del último control: _____

b) Se realizó Pap: No Si Fecha: _____ Dónde se realizó: _____

Cuál fue su resultado? Normal: _____ Anormal: _____ No sabe/no se acuerda: _____ Nunca retiro: _____

Con el resultado volvió a la consulta médica: Si: _____ No: _____ Por qué?: _____

c) Se realizó Colposcopia? No Si Fecha: _____ Dónde se realizó?: _____

Resultado: Normal: _____ Anormal: _____ No sabe/no se acuerda: _____ Nunca retiro: _____

d) Examen de mamas: Si No Fecha: _____ Dónde se realizó? _____

Resultado Normal: _____ Anormal: _____ No sabe/no se acuerda: _____

e) Ecografía mamaria: No Si Fecha: _____ Dónde se realizó? _____

Resultado: Normal: _____ Anormal: _____ No sabe/No se acuerda Nunca retiro: _____

Con el resultado volvió a la consulta médica: Si: _____ No: _____ Por qué?: _____

f) Mamografía: No Si Fecha: _____ Dónde se realizó? _____

Resultado: Normal: _____ Anormal: _____ No sabe/No se acuerda: _____ Nunca retiro: _____

Con el resultado volvió a la consulta médica: Si: _____ No: _____ Por qué?: _____

20) Antecedentes familiares de CA: No:___ Si:___ Tipo: Ca de útero: ___ Ca de Mama:___ Ca de ovario:___ Otro:___ Cuál?___

21)Último embarazo: _____ Se realizó en el mismo algún control: Si:___ No:___

Cuáles de los siguientes? Pap:___ Colposcopia:___ Otro Estudio :___ Cuáles: _____

22)Qué Importancia le atribuye al control ginecológico:


Sin Importancia:___ Importante:___ Poco Importante:___ Muy Importante:___

Anexo II



"2016"

HOSPITAL PUBLICO PROVINCIAL DE PEDIATRIA
"DR. FERNANDO BARREYRO" DE AUTOGESTION
Avd. Mariano Moreno Nº 110 – Tel/Fax: 0376-447784/447778
Posadas - Misiones
www.hospitaldepediatria.misiones.gov.ar



Posadas, 23 de Marzo de 2016

DICTAMEN

AL INVESTIGADOR

Nos dirigimos a usted con el objeto de informarle que el Comité de Bioética ha evaluado el Proyecto de Investigación **"CARACTERIZACION DEL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL-REPRODUCTIVA, DE LAS MUJERES FERIANTES DE LA CIUDAD DE POSADAS MISIONES, 2016"**, a ser llevado a cabo por Ud., con la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales de la UNaM y **NO** hemos encontrado objeciones desde el punto de vista ético.

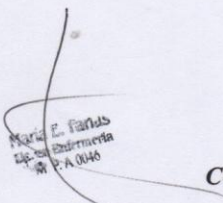
Le recordamos que se debe considerar los Derechos y la Integridad de los seres humanos participantes en la investigación biomédica, ajustándose a la Declaración de Helsinki.

Solicitamos, una vez iniciado el trabajo, nos envíe los avances del mismo a mitad del período planteado y posteriormente las conclusiones una vez finalizado y sugerimos su presentación en Jornadas académicas locales.

Con atenta consideración.


Lic. RUTH N. MARTINEZ
SU DESPACHO:

Dr. JUAN J. LEZAMA
TERAPIA INFANTIL
M.N. 93368 / M.P. 369
Hosp. P.P. Pediatría Aut. "Dr. F. Barreyro"


COMITÉ DE BIOÉTICA

"El Consentimiento Informado es un proceso de comunicación constante que compromete a los profesionales involucrados a informar y evacuar interrogantes cada vez que lo requieran y en cualquier etapa del estudio, asegurando así el respeto a los Principios Básicos de la Bioética: AUTONOMIA – BENEFICENCIA NO MALEFICENCIA – JUSTICIA."

Anexo III



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARÍA DE GRADUADOS
Maestría en Salud Materno- Infantil
Acreditada y categorizada por Resol N° 414/99 CONEAU "B" y validada por
Resol. N°890/02 Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación

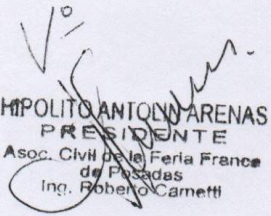
Posadas, 17 de Agosto de 2015.

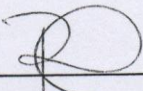
Al presidente de las
Ferias Francas de Posadas
Sr. Hipólito Arenas
S _____ // _____ D:

Me dirijo a Ud., con el fin solicitar autorización para poder llevar a cabo el trabajo de campo de la tesis "Caracterización de las mujeres feriantes sobre el patrón de sexualidad- reproducción" en tres ferias de la ciudad de Posadas (Villa Cabello- Santa Rita y Villa Urquiza), la misma corresponde al trabajo final para acceder al título Magister en Salud Materno Infantil de la Universidad Nacional de Córdoba.

A la espera de una pronta respuesta, hago propicia la oportunidad para saludarlo con atenta consideración.

Se sugiere seleccionar en lugar de la Feria de Villa Urquiza, la Feria de Itambé Muni.


HIPOLITO ANTONIO ARENAS
PRESIDENTE
Asoc. Civil de la Feria Franca
de Posadas
Ing. Roberto Carretti


Firma
Aclaración: Ruth Noemí Martínez
D.N.I. N°: 29.210.550

Anexo IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la ciudad de Posadas, a los.....días del mes dede 20....., por el presente documento perteneciente a la “*TESIS DE POSTGRADO*”: “Caracterización del cuidado de la salud sexual-reproductiva de las mujeres feriantes de la Ciudad de Posadas, Misiones, 2016” de la *Maestría en Salud Materno Infantil de la Universidad Nacional de Córdoba*, enmarcada en el Proyecto de Investigación- Código N° 16Q579- Secretaría de Investigación y Postgrado de la Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales, Universidad Nacional de Misiones, se proporciona información general sobre este estudio.

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar la salud sexual- reproductiva de la población femenina feriante de las mujeres que trabajan en las Ferias Francas de la ciudad de Posadas: Villa Cabello Santa Rita e Itaembé Miní. Pretende realizar una entrevista, sobre aspectos que giran en torno a los cuidados de la salud sexual- reproductiva. Los datos de la entrevistada serán utilizados exclusivamente con fines descriptivos- exploratorios con el fin de identificar las necesidades de esta población específica en relación a este eje de investigación.

Se deja constancia que la participación en el presente estudio es voluntaria y que se acuerda expresamente que:

- a) La entrevista no supone un riesgo para la persona entrevistada.
- b) El presente estudio no demandará gastos de ninguna índole para la persona entrevistada.
- c) La participación en este proyecto no supone someter a la persona entrevistada a un tratamiento terapéutico.
- d) Toda información personal que el equipo obtenga con motivo de la investigación, así como el hecho en sí de su participación en ella serán estrictamente confidenciales.
- e) La persona entrevistada tendrá derecho, y si así lo deseara a conocer la información obtenida en el presente proyecto.
- f) La persona entrevistada podrá retirarse del estudio si así lo deseara en cualquier momento, sin necesidad de explicación alguna.
- g) Las entrevistas obtenidas serán codificadas y almacenadas en la Escuela de Enfermería- Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales (UNaM).

Por medio de la presente documentación se hace constar que la persona entrevistada, presta consentimiento para que, a partir de este momento, su entrevista sea sometida a análisis con el fin de cooperar en la investigación sobre la caracterización de la Salud Sexual-Reproductiva de las mujeres feriantes.

YO.....
de ocupación:
Domiciliado/a en:
portador del DNI N°..... y .Nacido/a el:/...../....., firmo al pie de la página estando plena y espontáneamente de acuerdo en que se investigue sobre la entrevista que me fue realizada. El procedimiento de la entrevista así como la información sobre ésta me ha sido

Lic. Ruth Noemí Martínez

explicado. Entiendo que el estudio que será realizado, podrán ayudar a conocer los cuidados en salud sexual-reproductiva de las mujeres feriantes. Declaro también que obtuve toda la información necesaria para aclarar las dudas que se me presentaron y estoy de acuerdo con que la información obtenida sea divulgada en publicaciones científicas, siempre y cuando los datos personales permanezcan confidenciales, dejando EXPRESA CONSTANCIA que los datos obtenidos de la entrevista que me fue realizada podrán ser utilizados EXCLUSIVAMENTE para el análisis del cuidado de la salud sexual-reproductiva de las mujeres feriantes. Además manifiesto EXPRESAMENTE que las entrevistas NO podrán ser utilizadas para otros fines.

() Deseo conocer los resultados obtenidos.

() No deseo conocer los resultados obtenidos.

Firma:.....

Aclaración:.....

Escuela de Enfermería- FCEQyN- UNaM
Directora de Proyecto- Código N° 16Q579
Mgter. Nora M. Jacquier
Av. López Torres 3415
TE: (0376) 4428177

Maestría en Salud Materno Infantil
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba
Maestranda: Ruth N. Martínez
Tel. Cel: (0376) 154624511

