

**LEARNING LESSONS FROM RESEARCH PRODUCTION
OF A BOOK FOR REPRODUCTIVE HEALTH PROGRAM
MANAGERS**

MEXICO CITY, MEXICO

INOPAL III

*IN-HOUSE TECHNICAL ASSISTANCE PROJECT
FINAL REPORT*

TITLE Learning Lessons from Research
Production of a Book for Reproductive
Health Program Managers

COUNTRY: Mexico

INSTITUTION: INOPAL III/ The Population Council

PROJECT DURATION June 15, 1997 - September 4, 1998.

DATE: September 4, 1998

LEARNING LESSONS FROM RESEARCH PRODUCTION OF A BOOK
FOR REPRODUCTIVE HEALTH PROGRAM MANAGERS.

SUMMARY

A book presenting family planning research results for program managers was produced. The book selected results relevant for the intended audience and which had clear implications for their work. Research reports of the last decade were compiled and reviewed. The book is presented as Appendix 1.

INTRODUCTION

A large amount of family planning research has been conducted in Mexico by many different research, academic and service delivery institutions, and perhaps the largest proportion of this research has been funded by USAID. This research has allowed national managers make decisions related to program design and management. Unfortunately, this large body of research has remained unknown by the vast number of reproductive health program managers both at the national level, as well as in the states of the republic, where programs are directly managed.

This is unfortunate because the range of the research conducted by the Mexican institution has been impressive. It encompasses prevalence surveys, qualitative studies of users and service providers, facility surveys, clinic studies and operations research on almost any relevant topic related to family planning and, to a lesser degree, reproductive health.

Clearly, if research is to be useful, it has to be disseminated and known by reproductive health program managers, and even further, the implications of the research have to be translated for this non-technical audience.

Given that USAID will cease funding Mexican programs in March, 1999, this seemed to be a particularly appropriate time to document research activities in Mexico, and to use the opportunity to disseminate results and help institutionalize family planning and reproductive health applied research in Mexico.

OBJECTIVE

The objectives of this technical assistance project was to produce a book that synthesized the main findings of family planning applied research in Mexico and derived recommendations for program managers at the state, county and local level.

ACTIVITIES CONDUCTED

To achieve the project objectives, the following activities were conducted

1 Coordination meeting

Representatives from all large public and private service delivery and policy making organizations, as well as recognized experts in the topic, were invited to attend a meeting, where the purpose of the project was explained. They were asked for their recommendations. Copies of the reports of the family planning research conducted in the last decade by their organizations were also requested.

2 Compilation of reports.

During the following months, the editorial coordinator visited the different organizations and obtained copies of the reports. Articles and copies of research reports made by other organizations were sought in libraries.

3 Review of reports and selection of results

The reports were distributed among four researchers with the instruction to select those results which were relevant for the operation of programs and which were reasonably explicit about the recommendation that could be derived from them. This proved to be a difficult task. The criteria used was uneven, the applicability of the results selected varied widely, the quality of some studies was very debatable.

4 Editing of the Book

The results and recommendations selected by the researchers were then reviewed by the editors of the book. Several results were repetitive, some were useless, some came from studies that not followed a very strict methodology. In all, about three fourths of the results were eliminated and most of the recommendations were rewritten. The results were then organized into different sections.

5 Review of texts

The first draft of the book was sent for review among those who had participated in the first inter-institutional meeting, as well as among experts in the theme who had not been consulted before. They had very concrete and useful recommendations which led to extensive changes in the contents and organization of the book. The sources were then re-checked to insure the accuracy of the results presented.

6 Lay out

A designer was hired to design the layout of the book. The final version of the design of the layout will be finished in September, 1998

RESULTS

The result of this project is presented as Appendix 1. The book is currently in the final stages of the design of the layout. The final copy for printing will be available in the second week of September. Five thousand copies of the book will then be printed in September and distributed in October, 1998. About 1,500 copies will be distributed in Central and South America among staff members of family planning service delivery organizations, and the remaining 3,500 will be distributed among the staff of the main family planning service providers in each state of the Mexican Republic, including the Mexican Social Security Institute, the Social Security Institute for State Workers, the Ministry of Health, MEXFAM, FEMAP, CORA, imifap, the state's and the national population Councils (CONCAPO and COESPOs), and others.

APPENDIX 1

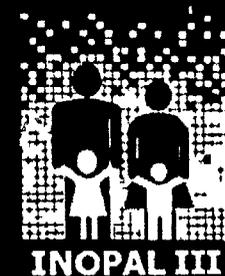
Vernon, Ricardo and Yolanda Palma (editors). 1998. Resultados de Investigación para Mejorar los Servicios de Planificación Familiar (Research Results to Improve Family Planning Services). INOPAL III, The Population Council, Mexico City, Mexico

Resultados
de
investigación

para mejorar los servicios de
Planificación Familiar

Editores
Ricardo Vernon
Yolanda Palma

 **Population Council**



Índice

Agradecimientos	5
Introduccion	7
Tendencias de la fecundidad y la práctica anticonceptiva	11
Componentes operativos de los programas de planificacion familiar	27
Organizacion y administracion	29
Capacitacion y supervision	41
Informacion educación comunicacion y consejeria	49
Integracion de los servicios de salud reproductiva	67
Atención a grupos prioritarios	77
Adolescentes	79
Hombres	101
Residentes en zonas rurales o areas marginadas	123
Referencias	133
Glosario de siglas	135
Indice tematico	

:

11

. 7 .

Agradecimientos

Queremos agradecer a AVSC Internacional CORA FEMAP el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México la oficina mexicana de The Futures Group el Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIFAP) la Coordinación en Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS IMSS Solidaridad la Coordinación de Salud Reproductiva del ISSTE la Oficina de la International Planned Parenthood Federation (IPPF) en México MEXFAM Pathfinder México la oficina mexicana de Population Communication Services de la Universidad de Johns Hopkins y a la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (SSA) habernos dado acceso a los informes de investigación de los que se obtuvo la información presentada en este libro

Lucila Pacheco identificó informes y artículos publicados y coordinó la recopilación de informes inéditos y su distribución entre las investigadoras que seleccionaron resultados y elaboraron recomendaciones Las investigadoras que participaron en estas tareas fueron Patricia Castro Angela Hemburger Magda Luz Atrián Silvia Elena Liaguno y Aimee Aafable Claudia Rojas primero auxilió a Lucila Pacheco y después terminó la elaboración de múltiples borradores anteriores al documento final La última corrección del documento fue hecha por Laura Varela sobre el diseño gráfico de Gustavo V Silva

Elizabeth Arteaga Carlos Brambila Héctor Carrizo Manuel Cortés Lisa de María Esperanza Delgado Vicente Díaz Jim Foreit Francisco Javier Gómez Clavelina Consuelo Juárez Ana Langer Maria Isabel Monterrubio Alfonso López Juárez Doroteo Mendoza José Luis Palma

y Carlos Welti revisaron borradores anteriores de este libro y dieron muy valiosas recomendaciones para mejorar el producto final

Marie McCleod Art Dannart y Sarah Harbison los dos primeros en la oficina de la AID en México y la tercera en la oficina de población de la AID en Washington respaldaron con entusiasmo la propuesta de hacer un libro que resumiera y resaltara las implicaciones operativas de la investigación reciente El financiamiento de la AID en México que ha sido uno de los donantes más importantes para llevar a cabo en el país investigación aplicada y social en salud reproductiva y planificación familiar junto con el del proyecto INOPAL III (Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe) del Population Council a su vez financiado por la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) mediante el contrato No CCP-95-C 00 00007 00) permitieron la elaboración impresión y distribución de este libro

A todos ellos nuestro más sincero agradecimiento

Introducción

.

México tiene una tradición particularmente rica de investigación en planificación familiar y salud reproductiva. Tanto las instituciones públicas como las privadas, las académicas como las prestadoras de servicios y las abocadas a funciones de coordinación y establecimiento de políticas han llevado a cabo investigaciones ininterrumpidamente durante los últimos veinticinco años. Los resultados de estas investigaciones han retroalimentado las políticas nacionales e institucionales sobre población, la normatividad de los programas y el diseño de los componentes operativos que permiten ofrecer servicios de alta calidad a una cada vez mayor proporción de mexicanos.

El propósito de este libro es presentar en forma sencilla algunos resultados de investigación con implicaciones para el mejoramiento de los programas y servicios de planificación familiar. El libro está dirigido a los administradores y supervisores de programas estatales, jurisdiccionales y municipales de salud reproductiva, a directores de clínicas y a los mismos prestadores de servicios, es decir, a los principales protagonistas del éxito de los programas de planificación familiar en el país. Queremos regresar al personal operativo algo de lo mucho que han aportado en la realización de investigaciones coordinadas por los niveles nacionales de las diferentes instituciones, quienes han usado estos resultados para establecer políticas, estrategias y normas. Creemos que estos resultados permitirán identificar áreas de debilidad relativa y motivarán el reforzamiento de los procesos de mejoramiento para superar algunos de los problemas existentes.

Para escribir este libro se pidió a las principales organizaciones que trabajan en el área de la salud reproductiva en nuestro país que compartieran los informes de investigaciones realizadas en el tema de planificación familiar en la década de los noventa, independientemente

del tipo de metodología empleada (cuantitativa o cualitativa). Estos informes fueron entregados a diferentes investigadoras con la instrucción de seleccionar los resultados que tuvieran implicaciones directas para la prestación de servicios o el manejo de los programas. Se consideró que un resultado de investigación era relevante para el libro si el resultado hablaba por sí mismo, es decir, si la recomendación que se derivaba del resultado era evidente para un prestador de servicios o un gerente o supervisor de programas y aplicable en su trabajo rutinario. Posteriormente, los editores del libro revisaron los resultados y recomendaciones seleccionados por las investigadoras. Cuando varios resultados similares llevaban una misma conclusión, se buscó escoger aquel o aquellos que mejor representaban la realidad, los que más claramente justificaban la recomendación y los que utilizaban las metodologías más apropiadas. Es necesario aclarar que se conservaron resultados que provenían de estudios con representatividad local o regional cuando otras investigaciones o la experiencia de los editores indicaban que los resultados tenían aplicación más allá del área o institución donde se había obtenido el resultado.

Debido a la metodología usada para escribir el libro, cerca de cuatro quintas partes de los resultados seleccionados por las investigadoras fueron eliminados. Asimismo, aunque se buscó recopilar la mayor cantidad posible de informes de investigación, estamos conscientes de omisiones importantes que no pudimos solucionar en el tiempo programado para terminar el documento. Por estos motivos, no puede considerarse que este libro sea una revisión exhaustiva de la investigación realizada en México en planificación familiar, ni que se haya hecho una selección exhaustiva de los resultados de las investigaciones presentadas.

en la sección de referencias. Damos por anticipado nuestras excusas tanto a los lectores como a los investigadores por las omisiones en que hayamos incurrido. La sección bibliográfica final lista las referencias utilizadas en la elaboración de este documento y resume las características básicas de las investigaciones de las que se presentan resultados.

Los investigadores que revisaron borradores de este libro nos hicieron notar lo inconveniente que era estructurar la presentación de resultados con categorías que no eran mutuamente excluyentes. No pudimos solucionar este problema, pues un mismo resultado puede ser relevante para temas diferentes, como por ejemplo, el método anticonceptivo, la recomendación de acción, el público objetivo del programa, etc. Sin embargo, para permitir una rápida localización de los temas en los que el lector está interesado, desarrollamos un índice temático en el que se listan las apariciones de palabras clave, mismo que se presenta al final del documento.

El primer capítulo de este libro difiere sustancialmente del resto de los capítulos, pues presenta algunos resultados de encuestas demográficas que se han llevado a cabo en las últimas dos décadas. El objetivo de este capítulo es ayudar al lector a conocer las tendencias demográficas y de uso de anticonceptivos que se han observado en el país, y que explican en gran medida la evolución de los programas de planificación familiar durante este periodo, así como muchos de los otros resultados presentados en los siguientes capítulos. Consideramos que estos resultados deben ser más difundidos entre el personal de los programas de salud reproductiva, pues son poco conocidos.

Tendencias
de la fecundidad
y la práctica
anticonceptiva

.

Para elaborar esta sección se integró información previamente publicada y se hicieron análisis de las bases de datos originales

Las publicaciones consultadas fueron las siguientes

- Consejo Nacional de Población Situación de la planificación familiar en México Indicadores de anticoncepción México 1994
- Consejo Nacional de Población La situación demográfica de México México 1997
- Pathfinder México Indicadores básicos sobre planificación familiar en la fase intermedia de la estrategia de apoyo para la expansión de la prestación de servicios Cuadernos de trabajo 2 1996
- Welti Carlos *La fecundidad* Demos 1997
Las estimaciones se elaboraron a partir de las bases de datos de las encuestas
- EMF Encuesta Mexicana de Fecundidad (DGE 1979)
- END Encuesta Nacional Demográfica (CONAPO 1983)
- ENFES Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (SSA 1998)
- ENADID Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (INEGI 1994)
- ENPF Encuesta Nacional de Planificación Familiar (FONAPO 1996)

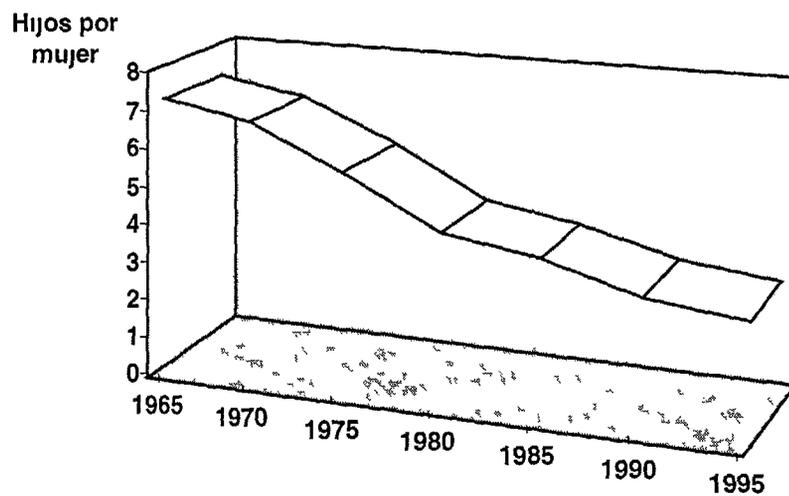
RESULTADOS



TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
(1965-1995)

1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995
7.1	6.7	5.6	4.3	3.9	3.2	2.9

Hasta mediados de la década de los sesenta la fecundidad en México era muy elevada en promedio las mujeres tenían al final de su vida reproductiva alrededor de 7 hijos. En las siguientes dos décadas la fecundidad desciende rápidamente se estima que de acuerdo a la tasa global de fecundidad actual las mujeres tendrán en promedio 2.9 hijos.



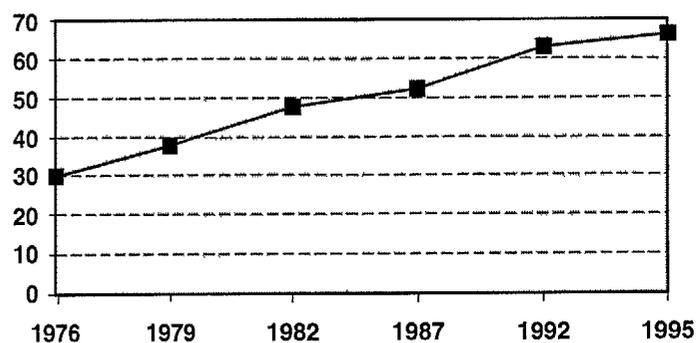
RESULTADOS



PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL
UNIDAS QUE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS
(1976 1979 1982 1987 1992 1995)

1976	1979	1982	1987	1992	1995
30.2	37.8	47.7	52.7	63.1	66.5

Porcentaje



En 1976 menos de la tercera parte de las mujeres en edad fértil (15-49 años) unidas maritalmente regulaba su fecundidad. Para 1982 esta cobertura alcanzaba a más de la mitad de estas mujeres, lo que significó un incremento promedio de más de dos puntos porcentuales por año. Hacia 1995 dos de cada tres mujeres utilizaban alguna forma de protección anticonceptiva.

Este incremento se ha asociado a la expansión de la oferta de servicios de planificación familiar en el sector público y a la demanda existente entre la población del país.

16

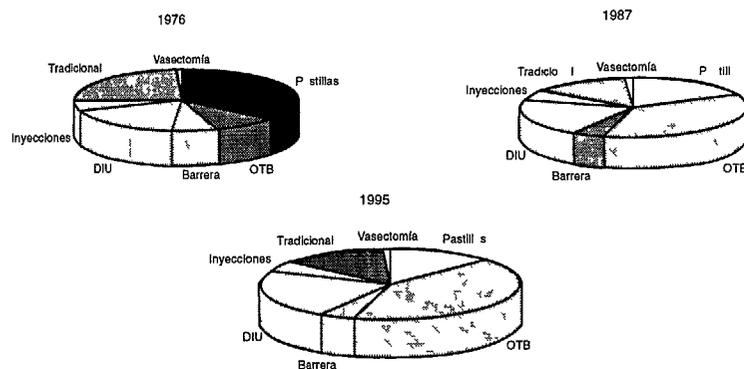
RESULTADOS

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS
ACTIVAS SEGUN METODO ANTICONCEPTIVO USADO
(1976 1979 1982 1987 1992 1995)

	1976	1979	1982	1987	1992	1995
Pastillas	35.9	33.0	29.7	18.2	15.3	12.7
DIU	18.7	16.1	13.8	19.4	17.7	22.0
Oclusión Tubaria						
Bilateral	8.9	23.5	28.1	36.2	43.3	41.4
Vasectomía	0.6	0.6	0.7	1.5	1.4	0.9
Inyecciones	5.6	6.7	10.6	5.3	5.1	4.7
Métodos de barrera	7.0	5.0	4.1	4.7	5.0	4.5
Métodos tradicionales	23.3	15.1	13.0	14.7	12.2	13.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

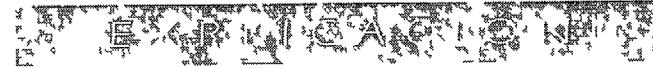


Los métodos más efectivos eran los más usados en 1995 más del 40% utilizaba la oclusión tubaria bilateral y un 22% el dispositivo intrauterino el ritmo y el retiro (juntos) y los hormonales orales eran usados en la misma medida por alrededor del 13% de las usuarias. La evolución de esta distribución a través del tiempo muestra cambios drásticos por ser un método irreversible se han acumulado y ha aumentado la proporción de usuarias de la OTB. Otro hecho sobresaliente es la disminución en la proporción de usuarias de hormonales orales y el descenso en el uso del ritmo y el retiro entre 1976 y 1982.



17

RESULTADOS

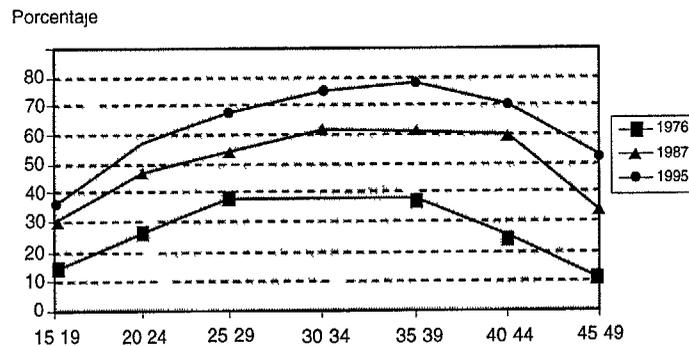


PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS QUE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS POR GRUPOS DE EDAD (1976 1979 1982 1987 1992 1995)

	1976	1979	1982	1987	1992	1995
15-19	14.2	19.2	20.8	30.2	36.4	36.1
20-24	26.7	37.4	45.7	46.9	55.4	57.4
25-29	38.6	44.5	56.5	54.0	65.7	67.7
30-34	38.0	49.6	59.8	62.3	70.1	75.1
35-39	37.9	42.8	57.6	61.3	72.6	78.8
40-44	25.1	33.3	42.9	60.2	67.4	70.8
45-49	11.8	16.3	22.1	34.2	50.5	53.1

Las coberturas de uso por grupo de edad son el resultado de la oferta de métodos anticonceptivos y de las intenciones reproductivas de las parejas. En 1976 las coberturas más altas se observan en los tres grupos de edad entre 25 y 39 años con niveles muy similares de alrededor del 38%. Las coberturas han aumentado en todos los grupos de edad conforme ha transcurrido el tiempo. En 1995 casi el 80% de las mujeres entre 35 y 39 años tenía protección anticonceptiva.

El nivel más bajo de regulación de la fecundidad se observa entre las adolescentes unidas de 15 a 19 años. Entre 1976 y 1987 el porcentaje de uso se duplicó pero el incremento entre este último año y 1995 es pequeño. Al parecer las mujeres jóvenes no tienen una gran motivación para posponer el nacimiento de su primer (o primeros) hijos o bien la oferta se ha centrado en los métodos definitivos o de larga duración, métodos poco apropiados para esta población. Asimismo, el acceso a los servicios de planificación familiar es difícil, especialmente para los menores de 18 años.



10

R E S U L T A D O S

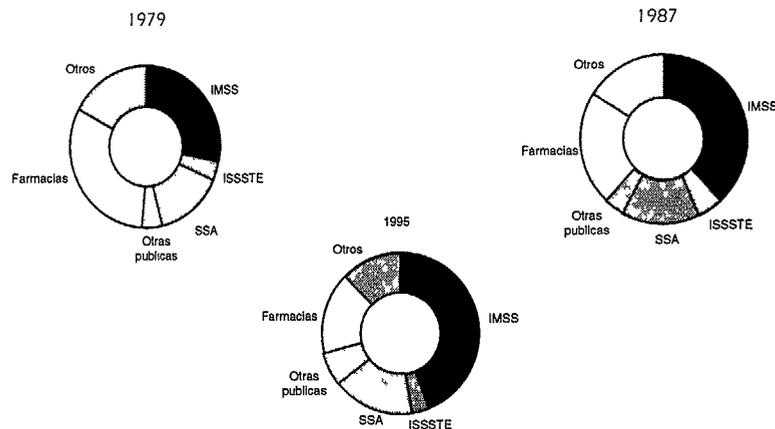
EXTINGUICIÓN

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS ACTIVAS DE METODOS MODERNOS SEGUN LUGAR DE OBTENCION (1979 1982 1987 1992 1995)

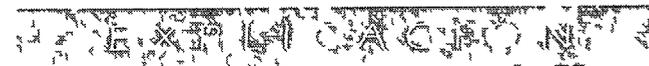
Lugar de obtención	1979	1982	1987	1992	1995
SECTOR PUBLICO	51.1	53.4	61.9	66.6	71.2
IMSS	27.9	32.3	37.5	41.4	44.1
ISSSTE	3.9	4.9	5.4	4.3	3.6
SSA	14.7	14.5	15.5	15.0	16.6
Otras instituciones	4.6	1.7	3.5	5.9	6.9
SECTOR PRIVADO	48.9	46.6	38.1	33.4	28.8
Farmacias	31.3	31.3	21.9	18.6	15.8
Otros	17.6	15.3	16.2	14.8	13.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Desde 1979 el principal proveedor de metodos anticonceptivos en México ha sido el sector publico. Su importancia ha aumentado con el tiempo. Actualmente mas del 70% de las usuarias de metodos modernos obtienen su metodo en una institucion gubernamental.

Dentro del sector publico el principal proveedor de métodos anticonceptivos es el IMSS seguido de la SSA.



RESULTADOS



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIAS ACTIVAS
SEGUN METODO ANTICONCEPTIVO USADO
E INSTITUCION DE OBTENCION DEL METODO
(1979 1982 1987 1992 1995)

INSTITUCIÓN Y MÉTODO	1979	1982	1987	1992	1995
IMSS					
Pastillas	24.3	17.3	5.5	6.1	4.9
DIU	27.2	22.9	27.1	27.5	35.2
Quirúrgicas	46.5	53.6	65.8	64.6	58.2
Inyecciones y locales	2.0	6.2	1.6	1.8	1.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ISSSTE					
Pastillas	22.1	13.8	6.0	8.8	2.5
DIU	19.0	19.6	22.6	18.8	13.0
Quirúrgicas	55.3	55.0	66.8	68.3	83.9
Inyecciones y locales	3.6	11.6	4.6	3.1	0.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SSA					
Pastillas	42.1	38.9	26.2	22.6	21.4
DIU	36.7	28.5	35.4	25.3	26.3
Quirúrgicas	18.0	21.9	29.0	41.1	39.6
Inyecciones y locales	3.2	10.7	9.3	11.0	12.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL DEL SECTOR SALUD					
Pastillas	29.8	23.1	11.1	10.0	8.7
DIU	29.5	24.2	28.9	25.5	30.7
Quirúrgicas	38.2	44.7	56.1	60.5	56.3
Inyecciones y locales	2.5	8.0	3.9	4.0	4.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Más de la mitad de usuarias activas que han recibido un método del IMSS usan un método quirúrgico y más de una tercera parte el DIU. El ISSSTE también ofrece primordialmente estos métodos, mientras que la SSA muestra una distribución mucho menos concentrada en métodos clínicos que las anteriores instituciones de seguridad social.

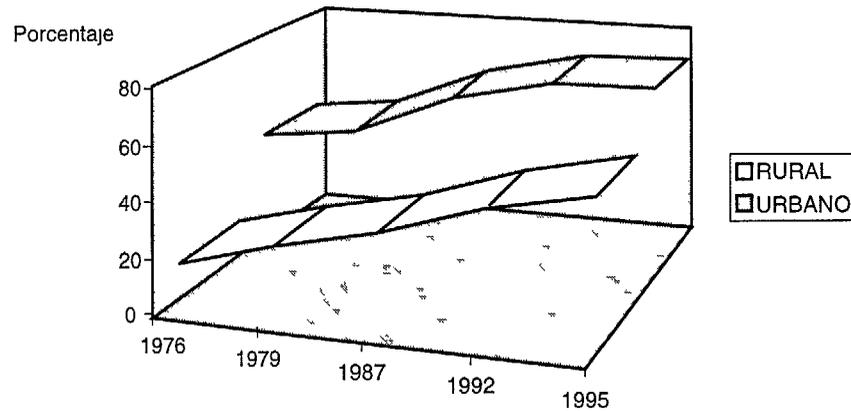
RESULTADOS

CONCEPTOS BÁSICOS

PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE ACUERDO AL TIPO DE LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA

ANO	RURAL	URBANO
1976	14.0	41.2
1979	24.1	46.1
1987	32.5	61.7
1992	44.6	70.1
1995	52.7	71.3

El uso de anticonceptivos en 1976 en áreas urbanas casi triplicaba al de las áreas rurales donde solo el 14% de las parejas usaba algún método anticonceptivo. En 1995 la diferencia era de casi 20 puntos porcentuales (71.3% vs 52.7%) únicamente 35% más alta en áreas urbanas. Estas diferencias son producto del mayor acceso a los métodos y de la preferencia por familias de menor tamaño en las áreas urbanas.



RESULTADOS



PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS
 QUE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS POR ENTIDAD FEDERATIVA
 Y TIPO DE LOCALIDAD DE RESIDENCIA
 (1992-1995)

ESTADO	TOTAL 1992	RURAL 1992	URBANA 1992	TOTAL 1995	RURAL 1995	URBANA 1995
Oaxaca	46.3	35.9	60.3	48.3	37.3	61.6
Guerrero	46.9	31.9	63.1	54.1	38.9	65.3
Puebla	49.5	32.9	61.5	57.6	37.2	68.2
Chiapas	49.9	38.7	65.4	51.1	44.2	60.0
Querétaro	50.3	33.6	60.2	—	—	—
San Luis Potosí	51.9	39.4	62.5	—	—	—
Guanajuato	53.5	32.1	62.1	66.0	52.2	72.2
Michoacán	55.8	45.0	61.9	58.1	57.8	58.2
Yucatán	56.2	37.4	61.6	—	—	—
Zacatecas	57.4	49.4	65.6	—	—	—
Aguascalientes	57.5	45.9	60.7	—	—	—
Tlaxcala	57.9	47.9	61.3	—	—	—
Durango	58.6	44.9	67.9	—	—	—
Jalisco	59.6	44.6	62.9	—	—	—
Veracruz	59.6	45.7	72.7	68.8	54.4	78.4
Hidalgo	60.2	50.5	75.1	59.7	56.6	63.3
Campeche	60.8	44.6	67.3	—	—	—
Quintana Roo	62.6	33.7	69.4	—	—	—
Morelos	66.5	52.0	69.1	—	—	—
Tamaulipas	66.8	55.0	69.5	—	—	—
Tabasco	66.9	63.2	70.3	—	—	—
Colima	70.2	64.2	71.1	—	—	—
Nayarit	70.3	61.1	75.6	—	—	—
Sonora	70.4	63.2	72.6	—	—	—
Sinaloa	70.9	70.4	71.2	—	—	—
Chihuahua	71.0	61.2	73.1	—	—	—
México	71.1	42.8	75.0	74.5	62.8	76.4
Coahuila	73.5	63.8	74.9	—	—	—
Baja California	73.7	70.2	74.1	—	—	—
Nuevo León	75.4	62.1	76.1	—	—	—
Distrito Federal	75.9	65.5	75.9	—	—	—
Baja California Sur	77.2	70.9	78.8	—	—	—

En 1992 existían diferencias importantes en las coberturas de uso de métodos anticonceptivos entre las entidades federativas del país. Menos de la mitad de las mujeres en edad fértil unidas regulaba su fecundidad en cuatro estados (Oaxaca, Guerrero, Puebla y Chiapas) y menos de la tercera parte de las mujeres en áreas rurales usaban métodos anticonceptivos en 3 estados (Guerrero, Puebla y Guanajuato).

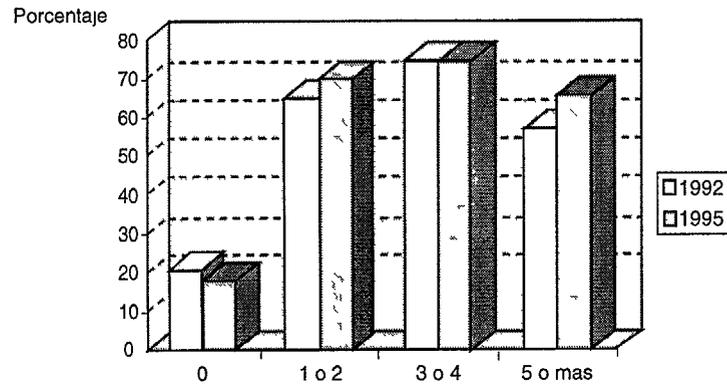
Los datos muestran que se lograron avances importantes en los siguientes años en las áreas rurales de los estados para los que es posible realizar estimaciones de 1995.

RESULTADOS



PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS QUE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS POR NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS (1992-1995)

Numero de Hijos			
0	1-2	3-4	5 o más
1992			
20.7	64.9	74.4	57.3
1995			
17.5	69.4	74.9	65.5



El número de hijos que una mujer ha dado a luz se asocia de manera positiva con su decisión de regular la fecundidad

En 1995 menos de una de cada cinco mujeres sin hijos nacidos vivos usaban métodos anticonceptivos comparados con cerca del 79% de las mujeres que tenían entre 1 y 4 hijos

Entre 1992 y 1995 se observó un aumento importante en el uso de métodos entre las mujeres que habían dado a luz cinco o más hijos y una ligera disminución entre las mujeres sin hijos

12

RESULTADOS

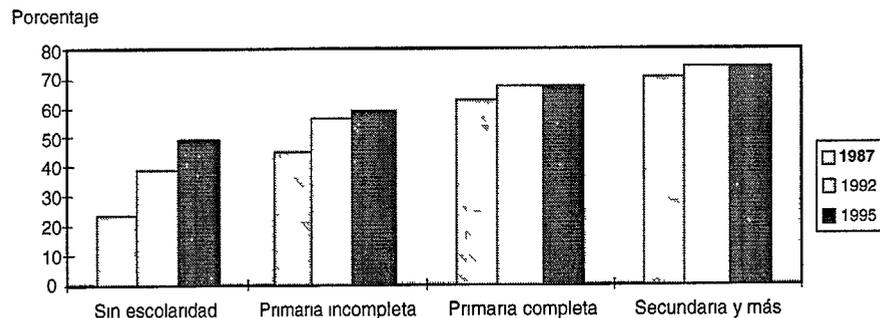


PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS QUE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS POR NIVEL DE ESCOLARIDAD (1987 1992 1995)

Nivel de escolaridad	1987	1992	1995
Sin escolaridad	23.7	38.2	48.4
Primaria Incompleta	44.8	56.4	58.2
Primaria Completa	62.0	66.7	67.7
Secundaria y más	69.9	73.6	73.3

El nivel de educación esta asociado al nivel de uso de anticonceptivos. La prevalencia entre las mujeres que han cursado estudios mas altos que la primaria es un 50% mayor que aquellas que no completaron ningun año escolar. las cifras correspondientes para el año de 1995 son 48.4% y 73.3% respectivamente.

Sin embargo los avances mas importantes a partir de 1987 se observan en el grupo con menor educacion. Es interesante notar que entre 1992 y 1995 el unico incremento relevante se da en la cobertura de las mujeres sin escolaridad.



RESULTADOS

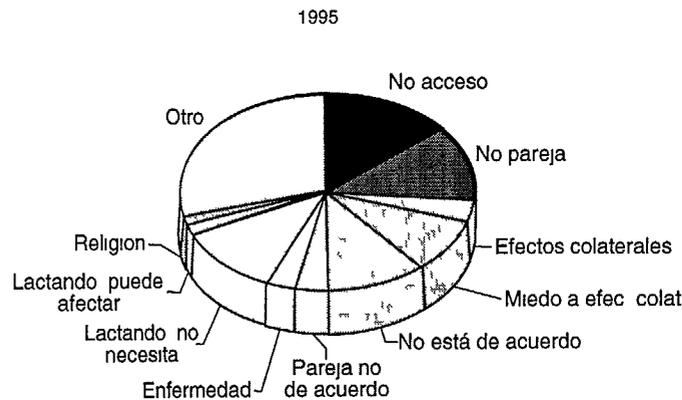


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS QUE NO DESEAN MÁS HIJOS Y NO USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN RAZON DE NO USO (1995)

RAZÓN DE NO USO	TOTAL
No tiene acceso a métodos anticonceptivos	14.5
No tiene pareja temporalmente	11.1
Ha tenido efectos colaterales	4.0
Tiene miedo de tener efectos colaterales	9.1
No está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos	11.1
Su pareja no está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos	3.6
Tiene alguna enfermedad y prefiere no usar nada	3.3
Está lactando y no considera necesario el uso de un método anticonceptivo	11.5
Está lactando y piensa que el uso de un método anticonceptivo puede afectarla	1.6
Religión	1.3
Otros	28.8
Total	100.0

En México la principal razón por la que las mujeres que no desean tener más hijos no utilizan algún método anticonceptivo es la falta de acceso a estos métodos. En 1995 el 14.5% de las mujeres que no deseaban tener más hijos declararon que no utilizaban un método anticonceptivo porque no conocían ninguno de los métodos disponibles, no sabían dónde obtenerlos o no sabían como usarlos.

Otras razones importantes para no usar métodos fueron asumir que la lactancia protege a las mujeres de un posible embarazo, no tener pareja temporalmente o estar en contra de su uso. Asimismo el 9% de las mujeres dicen no usar métodos por miedo a los efectos colaterales que podrían provocar los métodos anticonceptivos, obstáculo que puede vencerse mediante una consejería adecuada.



Componentes operativos
de los programas
de planificación familiar

.. /

Organización
y administración

-
-

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Muchos médicos objetan prestar los servicios de planificación familiar por considerar que no es parte de su trabajo y por las altas cargas de trabajo ¹

Un número importante de médicos tiene una actitud pasiva hacia la promoción de los métodos anticonceptivos y se limitan a atender la demanda. Esto es particularmente cierto en el caso de los médicos varones ¹

Crear conciencia entre los médicos sobre la importancia de que las mujeres y las parejas cuenten con los instrumentos para alcanzar sus intenciones reproductivas

Dar a conocer entre los médicos las normas que indican la obligación de prestar los servicios de planificación familiar y supervisar el acatamiento de dichas normas

RESULTADOS

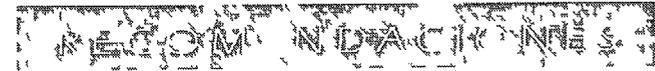
1. RECOMENDACIONES

En los hospitales las enfermeras y las trabajadoras sociales se perciben a sí mismas como el enlace y la fuente de información primaria sobre planificación familiar. Sin embargo, ellas creen que todo el personal que labora en la unidad debe estar enterado del programa para que pueda canalizar a los usuarios con los prestadores de servicio adecuados.¹

Utilizar carteles y señalizaciones en hospitales y centros de salud para canalizar a los usuarios a las áreas correspondientes. Las recepcionistas deben saber con quien canalizar a los usuarios que soliciten el servicio de planificación familiar.

Capacitar al personal que tiene el primer contacto con los usuarios de la clínica para que promueva el programa y canalice a los interesados en información o servicios.

RESULTADOS



Con la excepción de las pastillas con progestina el 80% o más de los centros de salud tenían los diferentes anticonceptivos disponibles el día de la visita pastillas combinadas inyectables (mensuales y bimensuales) DIU y condones Sin embargo una proporción importante de centros de salud reportó problemas de abastecimiento en los últimos seis meses especialmente de condones y DIUs²

Además algunos centros (12-24%) no contaban con el equipo necesario (histerometros espejos vaginales pinzas de Pozi tijeras esterilizador y olla expres) y existían problemas de abasto de los materiales que se utilizan en el servicio tales como guantes jabón jeringas gasas o torundas sabanas cinta testigo etc por lo que no todos los consultorios podían ofrecer el servicio de planificación familiar o proporcionarlo de manera completa y adecuada²

Vigilar cuidadosamente la logística de abastecimiento de métodos para no afectar la continuidad en su uso

Equipar a las unidades para que puedan mostrar y otorgar la gama completa de métodos que deben ofrecer

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

En promedio a las mujeres operadas en las jornadas quirúrgicas del IMSS les hubiera gustado tener el primer hijo a los 19.9 años en lugar de los 18.2 años de edad (casi dos años mayor la edad ideal que la real) ³

*En cuanto a la edad ideal para dejar de tener hijos las mujeres respondieron en promedio que a los 32 años lo cual dista 4.2 años de lo vivido pues la edad al último hijo nacido vivo fue de 27.8 años ³

*El número de hijos deseados fue de 2.4 hijos por mujer casi la mitad de los 4.4 hijos en promedio que tenían las mujeres de la muestra ³

Ofrecer y recomendar anticonceptivos temporales desde el inicio de la unión para retrasar el primer embarazo incrementar la duración de los intervalos intergenesicos y apoyar el logro de una fecundidad total acorde con los ideales reproductivos de las parejas

Concentrar esfuerzos en las áreas con menor acceso a servicios

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

De 574 mujeres entrevistadas en centros de salud 59 1% refirió estar usando un método anticonceptivo. Entre ellas 14 4% (n = 49) prefería usar otro método principalmente la esterilización 4

Entre las mujeres unidas que definitivamente no querían tener más hijos (n = 206) 87 4% usaba un método. De estas 180 mujeres 42 2% usaba la OTB 32 2% usaba un DIU y tres mujeres tenían un compañero que se había practicado la vasectomía. El 24% restante no usaban métodos apropiados para satisfacer sus intenciones reproductivas. Además es importante destacar que el promedio de hijos que tenían las mujeres al momento de realizarse la OTB era de 3 9 4

Explorar sistemáticamente entre las usuarias de métodos las intenciones reproductivas y su satisfacción con el método usado e incrementar el acceso a los de larga duración para las que los quieran

22

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Establecer un módulo de prestación de servicios para la atención integral en el post-aborto incremento la prevalencia anticonceptiva de las pacientes egresadas de 28 a 44% y el tiempo promedio dedicado por el personal de salud a la consejería de 31 a 41.3 minutos

Como resultado también se incremento el nivel de satisfacción de las pacientes con la consejería y provisión de métodos anticonceptivos

El costo total de los servicios de planificación familiar se elevó de 0.20 a 3 dolares⁵

Proporcionar consejería en planificación familiar como parte integral de la atención post-aborto Aunque ello eleva los costos del servicio a corto plazo tiene un resultado positivo sobre la prevalencia anticonceptiva

Implantar modelos integrales para mejorar la calidad de los servicios de atención post-aborto

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

La comparación de dos esquemas de vigilancia de las usuarias del DIU uno con citas programadas (al mes 3 meses 6 meses y 12 meses post-inserción) y otro flexible (una visita de revisión al mes y otra a los 12 meses post-inserción) muestra que ⁶

- * Mas de una tercera parte de las aceptantes del DIU en cada uno de los esquemas no regresaron a ninguna visita de seguimiento
- * El esquema programado identifica los problemas de salud en mayor proporción
- * El esquema flexible tuvo mayor proporción de expulsiones comparado con el esquema programado
- * El costo global proyectado del esquema programado sería aproximadamente de 84% mas alto que el del esquema flexible

Establecer mecanismos de seguimiento para las usuarias de DIU que permitan economizar recursos sin que se vea afectada la detección oportuna de expulsiones y efectos secundarios

Para cualquier esquema de seguimiento capacitar a los prestadores de servicios para que realicen actividades de comunicación educativa en las que se refuerce en los usuarios la importancia de regresar a sus citas de seguimiento

Dar consejería a la usuaria para que sea capaz de identificar oportuna y adecuadamente los efectos secundarios atribuibles al uso del DIU

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

En un grupo de mujeres con uno o más factores de riesgo durante el embarazo y el parto la aplicación del DIU en el post-parto inmediato se acompaña de una mayor tasa de expulsión 30% comparado con las tasas reportadas cuando el DIU se inserta durante la operación cesárea 5% ⁷

La primera tasa es similar a la observada en algunos estudios previos y se ha demostrado que es debida a la inadecuada colocación del DIU dejándolo lejos del fondo uterino ⁷

En este estudio también se demostró que la aplicación del DIU en el post-parto inmediato no aumenta el riesgo de infección puerperal ni de hemorragia puerperal tardía ⁷

Advertir a las mujeres sobre la eventualidad de expulsión del DIU aplicado en el post-parto

Establecer mecanismos especiales de seguimiento en aceptantes del DIU post-evento obstétrico

Informar al personal de salud que la aplicación del DIU en el post-parto no aumenta el riesgo de infección o hemorragia puerperal

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Se proporciono información sobre anticoncepcion de emergencia en las agencias especializadas en delitos sexuales del ministerio publico de la Procuraduria General de Justicia a 82 victimas de violacion (cerca del 10% de las mujeres entre 13 y 55 años de edad que reportaron este delito) La proporcion de violaciones reportadas que culminaron en un embarazo decrecio de 9.8% a 7.4%⁸

Para evitar embarazos por violacion capacitar en anticoncepcion de emergencia al personal de las agencias del ministerio publico y de organizaciones no gubernamentales que proporcionan servicios a victimas de abuso sexual. Proporcionar materiales impresos a las victimas y establecer mecanismos de referencia a servicios adecuados

31

Capacitación
y supervisión

•

•

•

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

En las consultas de planificación familiar en centros de salud se observó un acatamiento de las normas oficiales muy bajo ²

- El interrogatorio a usuarias tendió a ser deficiente e incluyó elementos mínimos
- La exploración de las pacientes fue poco frecuente e incompleta
- La orientación rara vez incluyó elementos tales como la mención de las diferentes opciones anticonceptivas la efectividad modo de uso funcionamiento ventajas y desventajas y efectos colaterales de los métodos
- A casi una tercera parte de las solicitantes no se les entregó el método deseado principalmente por no descartar adecuadamente la posibilidad de un embarazo Sin embargo en la mayoría de estos casos se entregó un método de apoyo mientras se presentaba la menstruación
- En el caso de las usuarias que acudieron a control de método rara vez se exploró la presencia de efectos colaterales o contraindicaciones

Capacitar a los proveedores en relación con

- Las normas oficiales de Planificación Familiar
- Educación en planificación familiar
- Seguimiento de las usuarias para asegurar la continuidad en el uso de los métodos

Establecer mecanismos de supervisión del cumplimiento de las normas

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Existe también la postura de que aun en ausencia de contraindicaciones es preferible que el médico y no la usuaria seleccione el método a ser usado²

El 47% de los médicos dicen dar prioridad a las preferencias de las usuarias al prescribir un método de planificación familiar⁹

Capacitar a los proveedores para que escuchen pregunten y distingan las necesidades problemas y preocupaciones de las mujeres

Capacitar a los proveedores para que de conformidad con las normas oficiales ayuden a las mujeres a decidir sobre el método anticonceptivo más adecuado a sus necesidades (y no tomar la decisión por ellas)

RESULTADOS

CONTRAINDICACIONES

Los prestadores de servicios en centros de salud tienen un sesgo hacia el ofrecimiento del DIU los inyectables mensuales y las pastillas combinadas ²

El 31.8% de los médicos no recomienda ciertos métodos bajo ninguna circunstancia (métodos naturales 12.6% inyectables bimensuales 9.2% inyectables 5.7%)

Difundir enfatizar y supervisar el acatamiento de los siguientes aspectos centrales de las NOM

- Dar consejería sobre todos los métodos de planificación familiar para que en ausencia de contraindicaciones la usuaria pueda escoger el método que ella desea
- Respetar absolutamente las decisiones de la usuaria acerca del método que quiera usar

R E S U L T A D O S

RECOMENDACIONES

En contra de las normas establecidas se observó que la mayoría de los prestadores no inserta el DIU si la mujer no está menstruando. El 27.6% de los médicos da un método alternativo de seguridad a una mujer que no presenta menstruación y quiere un DIU⁹

Solo el 34.5% de los médicos mencionó no recomendar el DIU si la usuaria presenta una ETS⁹

Difundir entre los prestadores las nuevas recomendaciones de la NOM de los Servicios de Planificación Familiar para la inserción del DIU especialmente las que exigen solamente descartar razonablemente un embarazo y la presencia de ETS

RESULTADOS



PRINCIPALES ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDOS
POR MÉDICOS Y ENFERMERAS⁹
(PORCENTAJE QUE MENCIONA CADA UNO)

ENCUESTA A PRESTADORES DE SERVICIOS

	Médico	Enfermera
Amabilidad del médico	69%	71%
Competencia técnica de los prestadores	48%	38%
Confianza para hacer preguntas	37%	40%
Medicamentos adecuados y suficientes	34%	41%
Información a la usuaria	30%	37%
Buena iluminación en las instalaciones	32%	24%
Integralidad de la atención	34%	28%
Respeto a las decisiones de la paciente	28%	30%
Ventilación en las instalaciones	25%	29%
Privacidad durante la consulta	22%	25%
Limpieza del centro de salud	17%	24%
Tiempo de espera breve	13%	12%

Realizar talleres cursos pláticas y/o materiales impresos para llegar a una visión compartida sobre los elementos que comprende la calidad de los servicios de planificación familiar

Especificar claramente las tareas de cada miembro del centro de salud para asegurar la prestación de servicios de alta calidad

Resaltar durante las visitas de supervisión elementos relacionados con la calidad

42



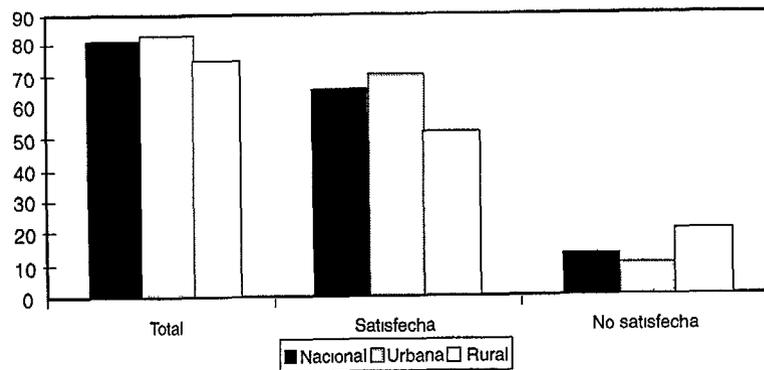
Información
educación
comunicación
y consejería

37

RESULTADO

Todavía hay una demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos de 14% a nivel nacional y hasta 22% en áreas rurales debido a 1) falta de información sobre distintos métodos disponibles y desconocimiento tanto de las fuentes de obtención como las formas de uso 2) temor a los efectos colaterales y 3) oposición al uso de planificación familiar por parte de la pareja o de la misma mujer¹⁰

Demanda de métodos anticonceptivos de las mujeres unidas por lugar de residencia 1995



RECOMENDACIONES

Difundir información sobre el uso de cada uno de los métodos incluyendo su eficacia ventajas y desventajas

Informar en la consejería sobre los posibles efectos secundarios y siempre asegurar a la mujer la posibilidad de cambiar de método

Incorporar al hombre en las acciones de información en planificación familiar

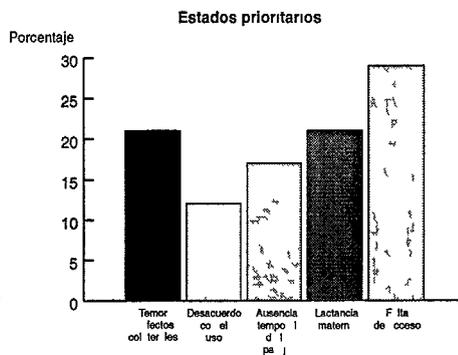
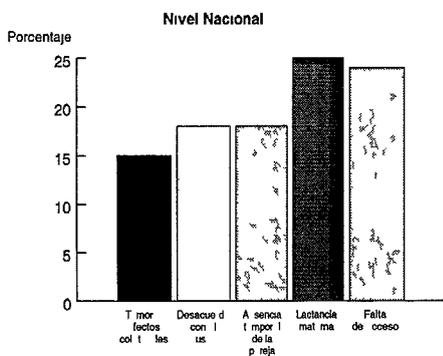
RESULTADOS

RECOMENDACIONES

La principal razón para no usar métodos anticonceptivos en los estados de mayor marginación social es la falta tanto de acceso como de conocimiento de métodos

RAZONES PARA NO USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS

	Nivel nacional %	Estados prioritarios %
Falta de acceso (no conocían los métodos) como usarlos a dónde conseguirlos)	14.5	18.2
Lactancia materna/no necesitan	11.5	13.3
Ausencia temporal de la pareja	11.1	11.1
Desacuerdo con el uso (mujer)	11.1	7.7
Temor a los efectos colaterales	9.1	13.2



Realizar campañas de información sobre métodos específicos en áreas rurales

Hacer un seguimiento cuidadoso de las mujeres en el puerperio y promover el inicio del uso de métodos antes del regreso de la fecundidad

Proporcionar métodos temporales que puedan ser usados por mujeres cuyas parejas están presentes ocasionalmente

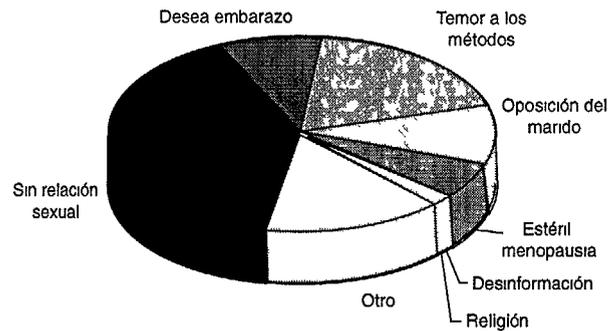
Proporcionar información sobre beneficios de uso y efectos colaterales

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

El temor a los métodos y la desinformación son razones que exponen todavía una de cada diez mujeres que no son usuarias de métodos anticonceptivos modernos ¹²

Distribución porcentual de no usuarias según razón de no aceptación de un método



Proporcionar información sobre los diferentes métodos disponibles

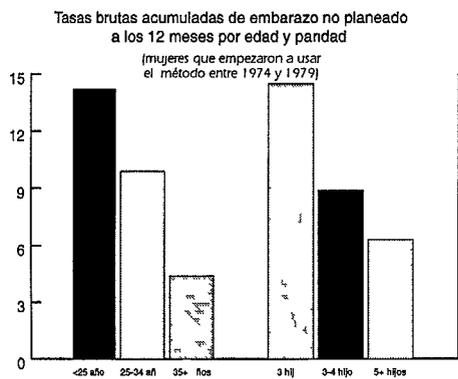
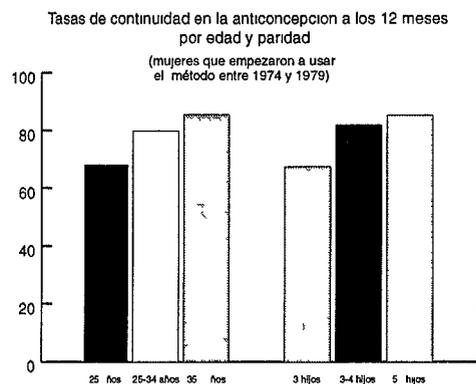
Explicar detalladamente los posibles efectos secundarios del método seleccionado

Recordar que siempre existe la posibilidad de cambiar el método si la mujer lo desea

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Las mujeres de menor edad y paridad son las que presentan las tasas de continuidad más bajas y las mayores tasas de embarazo no planeado ¹³



Reforzar a la consejería y selección de métodos en las mujeres jóvenes y aquellas que tienen menos de tres hijos

Crear conciencia en el personal de salud acerca de la importancia de la atención a la pareja joven que desea planear su familia

Reforzar la consejería a quienes soliciten un método

47

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Porcentaje de mujeres que dejaron el método inicial y volvieron a usar un método de acuerdo a la razón de abandono ¹³

RAZONES DE ABANDONO DEL PRIMER SEGMENTO DE USO	% QUE RETORNA A LA ANTICONCEPCIÓN
Prefería otro método	96.4
Quería descansar del método	74.6
Se embarazó usando	71.3
Expulsión del DIU	67.0
Efectos colaterales	65.4
Deseo de embarazo	60.5
Oposición del marido	44.1
No riesgo de embarazo	43.8
Otros	61.1
Total	65.5

Advertir a las aceptantes sobre posibles efectos colaterales y sobre la posibilidad de cambiar de método

Cerciorarse siempre de la satisfacción con el método usado y recordar que puede cambiar de método si lo desea

Involucrar al hombre en las acciones y decisiones de PF

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

El porcentaje de mujeres unidas que no han tenido hijos vivos y usan algún método de planificación familiar es mucho menor que el de las que tienen por lo menos uno y menor todavía que el de mujeres que tienen dos o más hijos ¹⁰

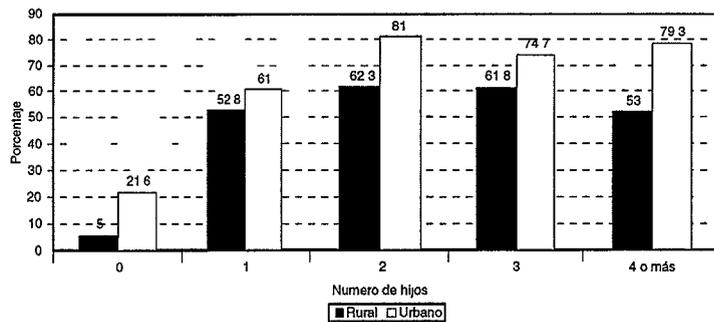
Entre las mujeres de áreas rurales un mínimo (5%) de ellas uso un método anticonceptivo antes de tener su primer hijo y sólo un poco más de la mitad de las mujeres con 4 o más hijos usan un método de planificación familiar ¹⁰

Difundir campañas de planificación familiar a mujeres jóvenes recién unidas o por unirse en el futuro próximo sin hijos o con solo un hijo especialmente en las áreas rurales

Enfatizar los beneficios de un embarazo planeado y de intervalos intergenesicos adecuados

Aumentar el acceso a la planificación familiar en áreas rurales estableciendo más fuentes de servicio comunitario

Porcentaje de mujeres unidas que usan anticonceptivos por paridad y lugar de residencia 1995



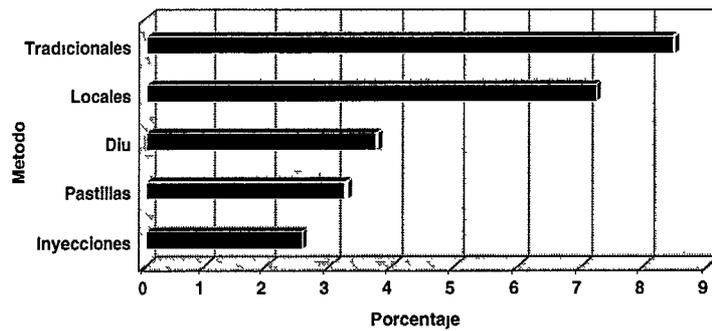
RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Las tasas brutas de embarazo son menores cuando las mujeres inician el primer segmento de uso con un DIU, pastillas o inyección que si lo hacen con un local o un tradicional ¹³

En ausencia de contraindicaciones o de preferencia de la mujer por un método específico, recomendar los métodos anticonceptivos más eficaces en la prevención de los embarazos, como las pastillas, el dispositivo intrauterino y las inyecciones.

Tasas brutas de embarazo usando el método a los 12 meses de iniciado el primer segmento de uso de acuerdo al método inicial en mujeres que iniciaron la anticoncepción entre 1974 y 1979



50

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Mitos rumores y creencias sobre los metodos ¹

DIU 1) se encarna 2) da cancer 3) es microabortivo 4) produce dolor de vientre cintura piernas cabeza 5) si no se cambia cada determinado tiempo (entre dos y cuatro años) puede producir cancer porque ocasiona ulceraciones

Pastillas 1) dolor de cabeza migrañas 2) cancer 3) produce esterilidad cuando las mujeres son muy jovenes 4) engordan 5) perjudican si se usan por periodos prolongados

Inyecciones producen esterilidad

Salpingoclasia 1) temor a la cirugia 2) Temor a la perforacion de intestinos 3) temor a morir por la anestesia 4) si sólo es ligadura despues se puede desligar No se asocia con cortar

Vasectomia 1) Temor a que corten el pene o castren 2) temor a perder la virilidad o potencia sexual 3) temor a la cirugia 4) temor a la critica de los demás

Condon 1) pérdida de sensibilidad 2) no es un metodo seguro

Preguntar a las mujeres (en charlas consejeria y consulta) si han oido algo negativo sobre los diferentes metodos y aclarar las dudas cuando la informacion no sea correcta

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Muchas mujeres desconocen las alternativas de metodos anticonceptivos que pueden utilizar inmediatamente después del parto ¹

Muchas mujeres creen que despues de un parto seran infecundas por un periodo prolongado ¹

Proporcionar informacion sobre anticoncepcion post-parto en las consultas prenatales y ofrecer el servicio en los hospitales

Enfatizar en la consejeria post-parto el hecho de que una mujer puede embarazarse aunque esté lactando

52

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Dar información sobre métodos anticonceptivos en la atención prenatal

Fomentar la consejería u provisión de métodos anticonceptivos en el post-parto tanto en los hospitales como en centros de salud

Enfatizar el beneficio para la salud de un intervalo intergenesico adecuado

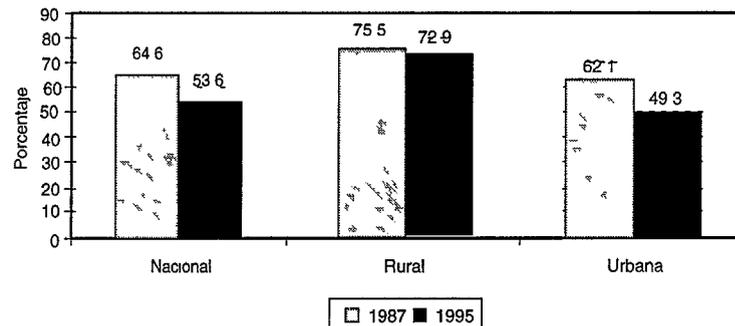
Al 66% de las mujeres que tuvieron su último parto en un hospital se les ofreció un método anticonceptivo y 39% aceptó utilizar un método post-parto ²

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Aunque en 1995 el número ideal de hijos a nivel nacional es de 3.3 por familia, más de la mitad de las mujeres que optan por una OTB como método definitivo ya tienen 4 o más hijos. En las áreas rurales, 73% de estas mujeres ya tienen por lo menos 4 hijos.¹⁰

Porcentaje de usuarios de OTB con 4 o más hijos nacidos vivos
1987 y 1995



Recomendar el uso de métodos temporales desde edades tempranas y aun antes del primer nacimiento

Ofrecer la información y la opción de un método definitivo (OTB y vasectomía) a todas las parejas que ya han alcanzado el tamaño ideal de su descendencia

45

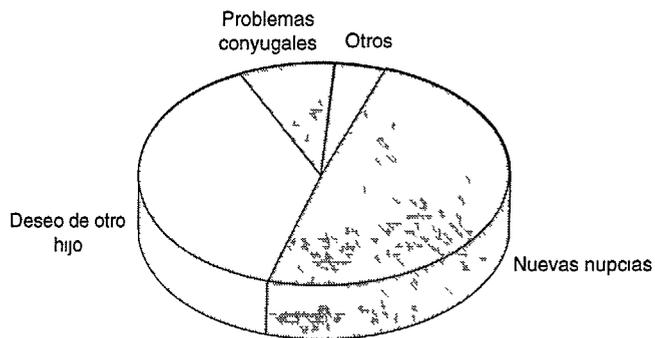
RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Los principales motivos de las usuarias de OTB para solicitar la recanalización y recuperar su fertilidad son la expectativa de una nueva pareja conyugal y el deseo de otro hijo. Un porcentaje menor declara como motivo la inconformidad por parte del esposo ¹⁴

Evaluar entre todas las solicitantes de OTB el grado de estabilidad de la pareja y recomendar otro método en caso de relaciones conflictivas

Motivos de arrepentimiento de la OTB



RESULTADOS

RECOMENDACIONES

En una encuesta realizada a mujeres que optaron por la OTB en una jornada quirúrgica el 98% contestaron que estaban satisfechas de haberse operado porque ya no tienen riesgo de embarazarse (72%). También mencionaron satisfacción porque ya no necesitaban usar otros métodos y podrían atender mejor a sus hijos. La mayoría de estas mujeres consideraron que sus esposos también se sentían satisfechos con esta decisión ³

La mayoría de las mujeres* opinó que la atención recibida fue buena y 70% comentaron que los médicos fueron pacientes y amables. Otros comentarios sobre el buen servicio incluyeron que las atendieron bien y les dieron de comer. La mayoría contestaron que recibieron una cita para regresar a revisión así como información acerca de cuidados posteriores. 95% de las entrevistadas manifestaron que recomendarían la OTB a otras mujeres ³

Mencionar las razones de satisfacción como ventajas de la OTB durante la consejería

Mantener el nivel de calidad de la atención en las jornadas quirúrgicas de manera que las principales promotoras de la estrategia sean las mismas usuarias

* Se aplica solamente a las mujeres que fueron operadas durante las Jornadas quirúrgicas o en los 5 meses previos a la entrevista

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Enfatizar durante la consejería a solicitantes de OTB el carácter permanente de la operación e identificar con precisión el posible deseo de tener más hijos

A pesar de que la OTB es un método definitivo e irreversible 7% de las mujeres manifestaron desear otro hijo y 14% estaban indecisas ante esta situación. En Zacatecas hasta 12.3% de las mujeres manifestaron este deseo. Aun más 20% de las mujeres de la muestra respondieron que a sus esposos les hubiera gustado tener más hijos³

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Advertir a las aceptantes de inyectables sobre la probabilidad de manchados intermenstruales y asegurarles que el problema se reduce los siguientes meses _____

Las molestias asociadas a la aplicación de los inyectables de una sola dosis mensual disminuyen al aumentar el tiempo de uso. De hecho el manchado intermenstrual prácticamente desaparece después de un año ¹⁵

Integración
de los servicios
de salud reproductiva

:

RESULTADOS

Ante la pregunta abierta ¿qué quiere decir salud reproductiva? solamente una tercera parte de los prestadores entendieron perfectamente el significado del termino. Otra tercera parte tenia una comprension parcial y la tercera parte restante equiparaba el término con el de planificacion familiar²

Entre las usuarias solamente un 22% dijo haber escuchado el termino salud reproductiva anteriormente. Otros terminos como salud sexual y servicios para la mujer evocaban mas claramente el significado deseado.

Otros terminos centrales del Programa de Salud Reproductiva y Planificacion Familiar 1995-2000 tales como los de perspectiva de genero en la prestacion de servicios, integralidad de la atención y riesgo preconcepcional también fueron poco entendidos por los proveedores.

RECOMENDACIONES

Organizar platicas y reuniones de analisis del Programa de Salud Reproductiva y Planificacion Familiar en las unidades medicas para estudiar y explicar los terminos y conceptos nuevos de las normas y el Programa de Salud Reproductiva y Planificacion Familiar 1995-2000.

Distribuir materiales explicativos impresos entre el personal.

Listar en carteles los servicios de salud reproductiva disponibles en todas las unidades, promover su uso y aclarar dudas a los usuarios en las platicas y sesiones de consejería.

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

DISPONIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS (NOM) ENTRE LOS MEDICOS²

Características	% de médicos que la han leído	% centros de salud que cuentan con copia
▪ NOM de los Servicios de Planificación Familiar	64	92
▪ NOM de Atención a la Mujer en el Embarazo Parto y Puerperio y del Recién Nacido	51	76
▪ NOM para el Control de la Nutrición y Desarrollo del Niño y del Adolescente	41	76
▪ NOM para la Prevención Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Utero y Mamario en la Atención Primaria	51	76
▪ NOM para la Prevención y Control de la Infección por VIH/SIDA	31	48
▪ Programas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995 2000	21	36

- Sólo en 28% de los centro se han llevado a cabo reuniones de discusión de las NOM de salud reproductiva
- Sólo 24% de los médicos han asistido a alguna reunión en donde se ha explicado el PSR y Planificación Familiar 1995 2000

Distribuir los documentos de las diferentes normas de los servicios y el Programa de Salud Reproductiva en todas las unidades

Establecer mecanismos para que el personal de las unidades conozca estos materiales platicas sesiones de estudio elaboracion y discusión de materiales etc

Establecer un sistema para la supervision del cumplimiento de las normas

R E S U L T A D O S

RECOMENDACIONES

Más de la mitad de los prestadores de servicio no ha recibido capacitación formal sobre ningún tema de la salud reproductiva excepto metodología anticonceptiva después de haber concluido sus estudios profesionales ²

Las necesidades de capacitación mencionadas por más del 30% de los médicos en orden de importancia fueron el diagnóstico sindrómico de ETS la técnica de autoexploración de mamas la consejería en planificación familiar y la atención del parto ²

Las enfermeras mencionaron como principales necesidades de capacitación el manejo de la infertilidad la técnica de autoexploración mamaria el diagnóstico sindrómico y la consejería en ETS la inserción del DIU la metodología anticonceptiva la consejería en vasectomía sin bisturí y el tratamiento del aborto incompleto ²

Organizar cursos de actualización y pláticas sobre estos temas en cada centro de salud y motivar la asistencia de médicos y enfermeras

Desarrollar o reproducir materiales educativos y crear un sistema de autoenseñanza para profesionales de la salud

Desarrollar una estrategia de capacitación en servicio sobre procedimientos técnicos que podrían ser realizados en el nivel local

Organizar cursos periódicos de actualización

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

34% de las mujeres en edad fértil acudieron al centro de salud el último año para vacunación del niño y 21% solicitaron servicios de rehidratación oral o nutrición. Solo ocasionalmente se aprovechan estas oportunidades para indagar sobre la necesidad de servicios de la mujer²

Se observó un incremento en el número de usuarias nuevas de planificación familiar cuando se incorporó la oferta y otorgamiento de estos servicios durante la Semana Nacional de la Salud¹⁶

Motivar y supervisar a los proveedores para que impulsen la planificación familiar y otros servicios de SR entre las mujeres que visitan el centro de salud por algunos motivos de la salud del niño

Incorporar la oferta de servicios de planificación familiar en estrategias intensivas que otorguen otros servicios. Favorecer el desarrollo de una cultura en la que la planificación familiar se integra a las estrategias para la preservación de la salud

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

En las observaciones de las consultas de las usuarias se encontro que los proveedores exploraron las necesidades y brindaron otros servicios de salud reproductiva diferentes al motivo de la consulta a menos del 40% de las mujeres que potencialmente los requerian ²

En las consultas a menores de 5 años la exploracion de necesidades de servicios de salud reproductiva de las madres fue prácticamente nula con excepción de las de planificación familiar (15%) ²

Las principales explicaciones que dieron los prestadores del porqué no se brinda una atención integral a las mujeres fueron las siguientes ²

- Falta de tiempo por exceso de consulta
- Poca cooperación de las pacientes
- Falta de una practica establecida en el centro de salud

Promover que los proveedores indaguen sobre las necesidades de los diferentes servicios de la salud reproductiva en mujeres que acuden al centro de salud

Diseñar estrategias para reforzar la integración de los servicios de salud reproductiva en el nivel operativo

RESULTADOS

El costo de una consulta en la que se proporciona solo un servicio se estima en US \$0.90 comparado con US \$1.20 y US \$1.34 en el caso de dos o tres servicios en la misma consulta respectivamente ²

El enfoque integral en la atención a la salud reproductiva permitiría alcanzar coberturas más altas y proteger la salud de las usuarias a menor costo que otorgar los diferentes servicios en diversas visitas a los centros de salud. Es decir, dar una consulta integrada resulta mucho más eficiente que dar los mismos servicios en forma separada, incluso si solo se considera el tiempo de personal y los insumos para la atención de la paciente. Considerando otros costos indirectos, los ahorros de las consultas integradas son aún más sustanciales ²

RECOMENDACIONES

Capacitar al personal para que revise y atienda todas las necesidades de salud reproductiva de sus pacientes en la misma consulta o en tan pocas como sea posible

Difundir el concepto sobre salud integral reproductiva y resaltar su importancia entre prestadores y usuarios de los servicios

Desarrollar materiales auxiliares (algoritmos, guías, manuales, recordatorios, etc.) que faciliten la adopción de prácticas de atención integral

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Las usuarias consideraban como principales elementos de la calidad de la atención la amabilidad del médico y el personal, el tiempo de espera breve, la confianza para hacer preguntas, la información completa al usuario y la limpieza.²

Entre los atributos evaluados por las usuarias como de buena calidad están el interés del médico en su paciente, la privacidad, el respeto del médico durante la exploración y la información dada a la paciente sobre el diagnóstico y la enfermedad. Sin embargo, 92% pudo ofrecer alguna recomendación para mejorar el servicio del centro de salud, lo que muestra cierta inconformidad.²

Entre los atributos calificados como de regular y mala calidad están las instalaciones sanitarias para los pacientes, la limpieza general del centro, el tiempo de espera para recibir atención del médico (31 minutos de mediana), el equipo y los materiales con que cuentan los centros, las pláticas que se imparten, el trato que da el personal de recepción y trabajadoras sociales, la decoración y la iluminación.²

Mantener los centros de salud adecuadamente equipados y en buen estado físico (con atención especial a la limpieza de los sanitarios y la iluminación).

Modificar la organización para reducir los tiempos de espera para recibir atención médica, hasta donde sea posible.

Fomentar el trato amable a las mujeres y la disposición del personal de salud para escuchar sus dudas y resolverlas.

Atención
a grupos
prioritarios



Adolescentes

•

•

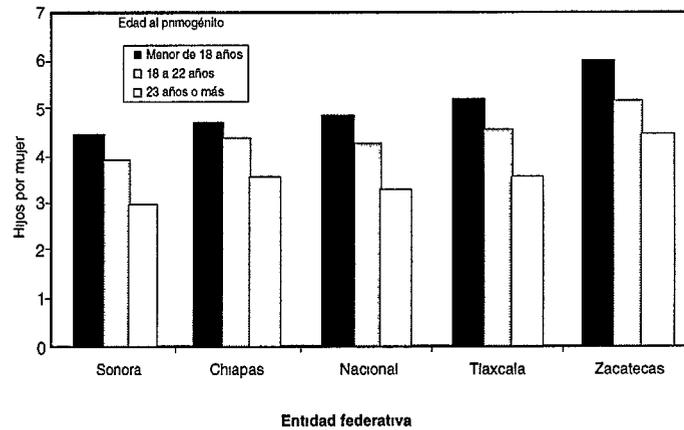
RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años alcanzaron una media de 4.8 hijos 12 años después del nacimiento del primogénito comparado con 3.2 hijos en mujeres que tuvieron su primer hijo después de los 23 años ¹⁰

Fomentar los cambios sociales que promuevan un retraso en la edad a la primera unión

Dirigir mensajes sobre anticonceptivos a jóvenes menores de 20 años



109

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Promover el uso de métodos de planificación familiar desde el inicio de la vida sexual activa en jóvenes no unidos

La fracción de nacimientos ocurridos después de la primera unión conyugal atribuibles a una concepción premarital ha aumentado notablemente en los últimos 20 años de 12.5% a 18%¹⁰

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Enfatizar la educación sobre métodos anticonceptivos en el prenatal a adolescentes

Reforzar educación y prestar el servicio antes del alta hospitalaria y a lo largo de los seis meses posteriores al parto

El 81.3% de las mujeres unidas de 15 a 19 años ya ha tenido un embarazo y cerca del 24% esta en gestación. Solamente 36% de las mujeres unidas de estas edades usan un método anticonceptivo ¹⁷

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Las mujeres de 15 años o menos tienen una probabilidad dos veces mayor de concebir niños de peso bajo que las madres de 20 a 24 años ¹⁸

Hay una mayor frecuencia de distocias cesáreas y neonatos con puntuación baja en la escala de APGAR en las pacientes embarazadas de menos de 15 años ¹⁸

Las adolescentes suelen solicitar atención prenatal mucho más tarde que las mujeres mayores y tienden a ser pacientes menos cuidadosas ¹⁸

Las complicaciones del embarazo parto y puerperio fluctúan entre el segundo y el cuarto lugar como causa de defunción entre las mujeres del grupo de 15 a 24 años en diferentes países ¹⁸

Aumentar el conocimiento de la población en general y de los adolescentes de ambos sexos en particular sobre las implicaciones y los riesgos de salud asociados al embarazo temprano

Diseñar y llevar a cabo estrategias especiales de captación y atención a embarazadas menores de 20 años. Incluir contenidos educativos sobre anticoncepción y planificación familiar en la atención prenatal a adolescentes para evitar la repetición del embarazo temprano

RESULTADOS

RESULTADOS OBTENIDOS

Alrededor del 11% de las mujeres inician su vida sexual a los 15 años de edad o antes. Entre menor escolaridad tenga una mujer y resida en una localidad de menor tamaño se inicia la vida sexual a una edad más temprana.¹⁰

Existe bajo nivel de protección anticonceptiva (menos de la tercera parte) al inicio de la vida sexual.¹⁹

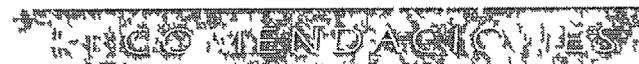
Las mujeres adolescentes con parto reciente mostraron un promedio de seis meses de exposición desde que iniciaron su vida sexual y quedaron embarazadas.¹⁷

Proporcionar desde edades tempranas educación sexual a los jóvenes para evitar embarazos no deseados. En las escuelas esta educación debe empezar en los últimos años de primaria antes del abandono del sistema escolar de una gran parte de los estudiantes.

Hacer énfasis en la educación e información para adolescentes de menor edad y de áreas rurales.

Diseñar sistemas para hacer fácilmente accesibles a los adolescentes los métodos anticonceptivos.

RESULTADOS



RELACIONES SEXUALES Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ADOLESCENTES Y JOVENES²⁰

Edad a la entrevista	¿Han tenido relaciones sexuales?							
	Hombres				Mujeres			
	Si	No	NC	Total	Si	No	NC	Total
12 14	8 1	88 5	3 4	100 0	1 1	96 4	2 5	100 0
15 19	34 3	63 2	2 4	100 0	10 9	86 5	2 6	100 0
20 24	73 6	24 9	1 4	100 0	49 4	48 7	1 9	100 0
Promedio edad 1a rel sex (años)	15 4				17 5			
Derivación estandar	2 4				2 5			
Uso de anticonceptivos en la 1a relación sexual								
	Si	No	NC	Total	Si	No	NC	Total
12 14	32 0	52 0	16 0	100 0	27 7	53 2	19 1	100 0
15 19	39 9	55 8	4 4	100 0	24 0	71 7	4 2	100 0
20 24	37 4	60 9	1 6	100 0	20 5	77 3	2 1	100 0

Desarrollar estrategias de consejería para adolescentes y jóvenes que enfatizen la posibilidad de un embarazo no deseado como producto de la primera relación sexual

Dar a conocer y promover los diferentes métodos anticonceptivos entre adolescentes y jóvenes con probabilidad de iniciar una vida sexual activa

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Razones que dan los adolescentes para no haber usado metodos anticonceptivos en las relaciones sexuales

- 1 Verguenza penoso obtenerlos ^{18 20}
- 2 Oposicion de la pareja ^{18 20}
- 3 No conocian métodos ¹⁹
- 4 No sabian como usarlos donde conseguirlos o consideraban dificil obtenerlos ^{18 19 20}
- 5 No creyeron correr el riesgo de embarazarse ¹⁹
- 6 No planearon tener relaciones sexuales ¹⁹
- 7 Es antinatural hacer el sexo demasiado planeado ¹⁸
- 8 Deseaban embarazarse ¹⁹

Sobresale entre los varones el desconocimiento de los metodos de su forma de uso y fuentes de obtencion ¹⁹ Tambien tienen menos conocimiento que las adolescentes acerca de los riesgos del embarazo ¹⁸

Informar a los adolescentes a traves de platicas y materiales impresos sobre metodos anticonceptivos y fuentes de abastecimiento

Insistir en la comunicacion con la pareja para la eleccion del metodo y la responsabilidad compartida en la prevencion del embarazo y sus consecuencias

Promover las clinicas y centros de salud como fuentes de obtencion de metodos y establecer mecanismos para proporcionarlos rápida y facilmente

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

En la ciudad de Mexico 15% de las embarazadas de 15 a 24 años no habia planeado ni deseado su ultimo embarazo. Además una gran proporción no habia utilizado anticonceptivos por no haber planeado tener relaciones sexuales ¹⁷. Otras de las razones principales que subyace a los embarazos no deseados es suponer que la pareja es responsable de la prevención ¹⁸.

Promover sistemáticamente que el ejercicio de la sexualidad sea producto de una decisión consciente personal y planeada.

Informar a los y las adolescentes sobre las características de los métodos anticonceptivos y su disponibilidad en las diferentes fuentes de servicios.

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

El conocimiento del ciclo ovulatorio está relacionado con una menor incidencia de embarazos no deseados ¹⁸

Los adolescentes y jóvenes utilizan el ritmo como uno de sus métodos anticonceptivos preferidos. Entre los más usados también están el condón y el coito interrumpido ¹⁸

Aunque el preservativo es el método más conocido entre los adolescentes una tercera parte de los hombres de 12 a 14 años y de las mujeres de 15 a 19 años lo desconocen ²⁰

Proporcionar información sobre la gama completa de métodos haciendo énfasis en los que los adolescentes usan más frecuentemente y a los que tienen fácil acceso incluyendo los métodos tradicionales como el ritmo y el retiro

Enseñar sistemáticamente a identificar las diferentes etapas del ciclo menstrual y las probabilidades de embarazo en cada una de ellas

P E S U L T A D O S

RECOMENDACIONES

En 84% de los centros de salud visitados existía un servicio de salud reproductiva para adolescentes ²

Alrededor del 60% de los proveedores señaló que debía ofrecerse consejería a los adolescentes en anticoncepción aunque solo 22% menciono la entrega de metodos anticonceptivos ²

El 84% de los prestadores afirmo que si entregaria un metodo a una adolescente que lo solicitara a escondidas de sus padres ²

Sin embargo en ninguna de las consultas para adolescentes por motivos diferentes a la planificacion familiar se exploró la necesidad de metodos anticonceptivos se dio consejería sobre ellos o se explicó la importancia del uso del condon para proteger contra las ETS ²

Asegurar que todos los proveedores identifiquen sistematicamente entre los adolescentes la necesidad de algun servicio de salud reproductiva y proporcionen informacion sobre anticoncepción y prevención de ETS/SIDA tal como lo exigen las normas oficiales mexicanas

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Entre los problemas que limitan el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos se encuentran ¹⁸

- El que no existan servicios específicamente diseñados para este grupo
- El que la estructura de los programas se base en la responsabilidad de la mujer
- Las dificultades para planear la visita al médico
- Las dificultades para mantener las citas
- La larga espera
- Lo penoso de la situación
- El costo de la atención
- Los horarios incompatibles
- El recibimiento inapropiado por el personal de los servicios
- La necesidad de solicitar permiso a los padres

Analizar con el personal de la clínica esta estrategia para mejorar la atención a los adolescentes de forma que sea idónea para sus necesidades y gustos

Evitar muestras de rechazo o reprobación cuando los adolescentes soliciten cualquier servicio de salud reproductiva

Concientizar y capacitar al personal de los servicios de salud para

- Proporcionar atención a adolescentes fuera de horarios establecidos y con la mayor rapidez posible
- Tomar la iniciativa en la oferta de información y servicios de anticoncepción para los adolescentes solteros o sin pareja estable

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Promover entre los farmaceuticos la atencion adecuada a los adolescentes en la provision de metodos anticonceptivos evitando muestras de rechazo

En México los jóvenes usuarios de algun metodo anticonceptivo los obtienen en mayor medida de fuentes privadas tales como la farmacia o el medico. Los jóvenes que viven en union con sus parejas recurren mas a las fuentes gubernamentales que los solteros ¹⁸

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Los adolescentes entre 12 y 19 años han obtenido información sobre sexualidad de sus maestros primordialmente y en segunda instancia de sus amigos. Entre los jóvenes de 20 a 24 años los amigos constituyen la fuente de información principal.

La tercera fuente de información sobre este tema para ambos grupos son los padres: el padre para los hombres y la madre para las mujeres.²⁰

Ofrecer talleres y actividades educativas sobre sexualidad y anticoncepción para padres y maestros.

DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES SEGUN FUENTE DE INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD

Fuente de información	Hombres			Mujeres		
	12-14	15-19	20-24	12-14	15-19	20-24
Amigos	24.6	38.4	44.9	25.5	33.5	33.0
Maestros	52.1	42.7	34.6	45.6	38.8	28.8
Papá	7.6	6.7	4.4	5.4	3.7	2.6
Mamá	2.8	1.6	1.4	11.5	10.2	10.6
Otro pariente	1.0	1.3	1.0	0.5	1.1	1.8
Personal del CSS	2.6	2.9	4.2	2.2	3.8	8.0
Radio T V cine	1.7	1.5	2.6	0.9	1.5	3.6
Revistas folletos	1.1	1.2	2.3	0.6	1.0	2.5
Personal de salud	1.0	1.0	1.4	0.6	1.0	2.2
Libros	0.7	0.6	0.7	0.6	0.6	1.5
Otros	0.4	0.2	0.4	0.4	0.3	0.6
Ninguno	2.4	1.3	1.4	1.9	1.4	1.8
No contestó	2.1	0.7	0.8	4.2	2.8	3.2

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

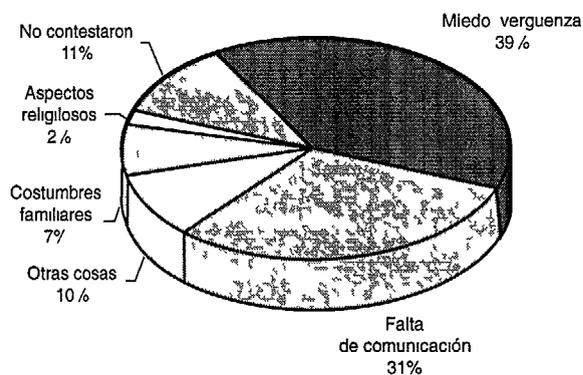
Las tres principales fuentes para resolver las dudas sobre temas de sexualidad son los amigos los maestros y los padres (padre para los varones y madre para las mujeres) ^{20 21}

No obstante existen muchos obstaculos que les impiden a los adolescentes resolver sus dudas entre los que destacan el miedo la verguenza y la falta de comunicacion ²¹

Establecer mecanismos de consulta que garanticen la confidencialidad como consultas telefónicas por correo o a traves del buzón / periódico mural

Diseñar estrategias dirigidas a padres y maestros para lograr que replanteen su papel de orientadores y guias bien fundamentados

Obstaculos para resolver dudas expresados por los adolescentes



R E S U L T A D O S

RECOMENDACIONES

Es común que los médicos enfrenten obstáculos de orden cultural para acercarse y orientar a los adolescentes en áreas rurales. El tipo de lenguaje empleado para referirse a los aspectos sexuales, así como los roles de género establecidos y aceptados por la comunidad, las tradiciones, mitos y creencias fuertemente arraigadas y los valores en general propios de cada comunidad, tienen una estrecha relación con la concepción de la sexualidad y la reproducción. Todo esto dificulta el acceso de los jóvenes a los servicios y limita la labor del personal de salud.²²

Realizar de manera sistemática cursos de capacitación dirigidos a los prestadores de servicios de salud en áreas rurales para que atiendan de manera óptima a los adolescentes

Poner a disposición del personal materiales didácticos accesibles que les sirvan de apoyo durante sus actividades con adolescentes de áreas rurales, con el fin de elevar la calidad de los servicios

Sensibilizar al médico para que tome en cuenta las características culturales de la comunidad en la que prestara sus servicios, con el fin de lograr un mayor acercamiento con los jóvenes

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

A los adolescentes y jóvenes de ambos sexos les gusta saber mas sobre ²⁰

- Enfermedades de transmision sexual
- Relaciones sexuales
- Noviazgo
- Metodos anticonceptivos
- Embarazo

Hay consenso en que sea el propio medico en primer lugar la enfermera en segundo y la trabajadora social en tercer lugar quien deberia proporcionar esta informacion en la unidad médica ²⁰

Capacitar al personal medico para contestar preguntas sobre sexualidad metodos anticoncep-tivos y embarazo de los adolescentes y jóvenes que acuden a la consulta por cualquier razón

Fomentar esta interaccion con pacientes adolescentes

INFORMACION QUE DEMANDAN LOS ADOLESCENTES Y JOVENES

Sexo y edad a la entrevista	Relac sexuales	ETS %	Anticonceptivos %	Masturbación %	Virginidad %	Embarazo %	Noviazgo %	No contesta
Hombres								
12 14	41 7	47 0	28 0	17 1	3 6	24 4	34 4	6 1
15 19	50 6	55 0	36 6	26 4	5 3	28 5	39 0	5 0
15 19	50 5	57 3	39 2	26 5	8 0	37 4	34 0	5 0
Mujeres								
12 14	34 2	41 4	23 7	17 7	25 1	25 6	40 4	11 5
15 19	45 2	50 5	34 5	21 4	31 2	33 0	42 1	7 2
20 24	47 2	57 4	35 8	17 8	21 0	32 8	23 9	8 6

84

R E S U L T A D O S

R E C O M E N D A C I O N E S

Ofrecer educación sexual y planificación familiar a los jóvenes pues tiene un impacto significativo y positivo en sus conocimientos y actitudes

Los jóvenes que han tenido contacto con programas de información en planificación familiar continúan teniendo cinco años después más conocimientos mejores actitudes y mayor uso de métodos que los que no tuvieron contacto ²³



RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Los resultados de una investigación donde se entrevistó a jóvenes y padres de familia de grupos indígenas muestran

- 65% de la población entrevistada ha oído hablar de métodos para evitar los embarazos. Esta proporción es inferior en 34 puntos porcentuales al promedio nacional actual (1997) ²⁴

- 70% De los entrevistados dicen estar a favor de tener pocos hijos ²⁴

- Existe una brecha muy grande entre el deseo de planificar la familia y la posibilidad real de hacerlo ²⁴

Llevar a cabo estrategias para ampliar la información educacional y prestación de servicios de planificación familiar en áreas indígenas y utilizar personal bilingüe para complementar el esfuerzo del personal de base

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Se reportó que 330 de las mujeres entrevistadas (1.5%) fueron violadas. La violación ocurrió entre los cinco y los 23 años de edad como límite superior con un promedio de 15.4 años.²⁰

El intento de violación fue aún más común: 2.6% para niñas entre 12 y 14 años, 5.1% entre adolescentes de 15 a 19 años, y 7.5% entre jóvenes de 20 a 24 años.²⁰

Además de proporcionar información sobre que hacer en caso de violación (denuncia, atención médica y psicológica, pruebas de enfermedades de transmisión sexual), proporcionar a los adolescentes información sobre anticoncepción de emergencia para evitar un posible embarazo.



Hombres

.

22

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Diseñar e implementar estrategias para que los hombres puedan satisfacer sus necesidades y deseos de mayor información sobre planificación familiar

Más de dos terceras partes de los hombres entrevistados reconocen tener información deficiente o francamente mala sobre planificación familiar²⁵

La mayoría se inclina por saber más acerca de los métodos anticonceptivos y sobre el sentido mismo de la planificación familiar²⁵

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Muchas mujeres perciben rechazo de sus maridos hacia la planificación familiar y temen hablar con ellos del tema. Sin embargo, la mayor parte de los hombres no rechaza el uso de métodos anticonceptivos.¹

Los hombres rara vez toman la decisión de planificar. Generalmente apoyan la decisión de su mujer.¹

Reforzar a través de la promoción y la consejería la asertividad y capacidad de toma de decisión de la mujer y recomendar estrategias para alimentar la capacidad de la mujer de abordar el tema de la anti-concepción con su pareja.

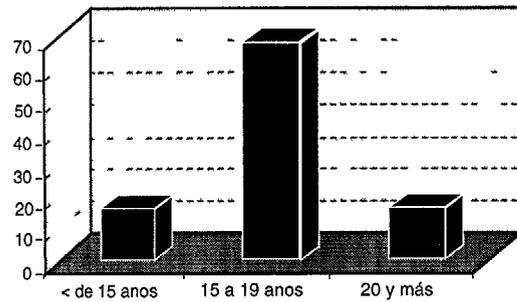
Dar consejería e información sobre planificación familiar a la pareja cuando sea posible.

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

La mayoría de los hombres inicia la actividad sexual en la adolescencia ²⁵

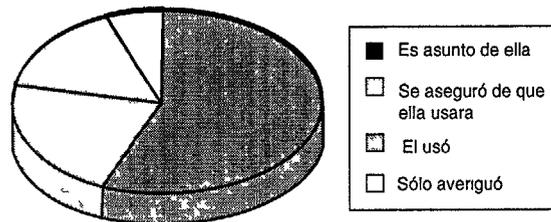
Edad a la primera relacion sexual



Dar información sobre metodos anticonceptivos (con énfasis en los que requieren de la participacion masculina) a varones adolescentes

El varon declara que en la mayoría de los casos la prevencion anticonceptiva se deja a la iniciativa de la mujer ²⁵

Prevención anticonceptiva en relaciones sexuales



10

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Alrededor de una quinta parte de los hombres encuestados desconoce que existan clínicas o servicios de planificación familiar cercanos a su colonia ²⁶

Promover entre los hombres las clínicas o centros de salud como fuente de servicios de planificación familiar

Informar sobre métodos disponibles para hombres

Difundir la idea de la responsabilidad compartida en la toma de decisiones relacionadas con la anti-concepción

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

En cuanto a los metodos quirurgicos 90.6% del total de intervenciones realizadas en el pais en 1995 correspondio a la OTB y 9.4% a la vasectomia. En los estados prioritarios esta diferencia es aun más marcada 92.2% de OTB *versus* 7.8% de la vasectomia. El IMSS llevo a cabo el mayor numero de intervenciones masculinas pero la SSA mostro un aumento mayor en la proporcion de vasectomías ¹¹

Continuar promoviendo la vasectomia para hacer mas equitativa y eficiente la oferta de metodos quirurgicos

INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN LOS ESTADOS PRIORITARIOS
POR INSTITUCION 1993 Y 1995

		1993	1995	Incremento %
Total	OTB	120 238	141 268	17.5
	Vasectomía	7 103	11 879	67.2
SSA	OTB	31 615	42 991	36.0
	Vasectomía	417	2 460	489.9
IMSS	OTB	79 749	88 847	11.4
	Vasectomía	6 303	8 801	39.6
ISSSTE	OTB	8 874	9 430	6.3
	Vasectomía	383	618	61.4

RESULTADOS

COMENTARIOS

Existe una asociación significativa entre la persona que decidió el número de hijos en la pareja y la persona que decidió la OTB. Cuando el esposo decidió el tamaño de la familia, él también tuvo un papel importante en la decisión por la OTB. Cuando ambos decidieron el número de hijos, se observa una fuerte asociación con la decisión conjunta de realizar la OTB (situación de 47% de las mujeres en esta muestra) ³

Proporcionar consejería a la pareja y dirigir mensajes a hombres

Poner un mayor énfasis en la difusión y acceso al servicio de la vasectomía entre la población masculina rural

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Promover la vasectomía sin bisturí entre la población masculina con niveles relativamente altos de escolaridad

Mientras 9 de cada 10 usuarios de Vasectomía Sin bisturí (VSB) que asisten a clínicas del IMSS poseen educación media o superior solo poco más de la mitad de las usuarias de Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) la tienen ²⁷

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Todos los entrevistados (usuarios de la vasectomía) decidieron no tener más hijos fundamentalmente por razones económicas para educarlos mejor darles mayor atención a los que ya tenían y por la salud de la esposa ²⁸

La elección de la vasectomía vs la oclusión tubaria se debió a que se trata de un procedimiento más sencillo con menos molestias más efectivo y que requiere menos días de reposo ²⁸

Usar como temas de promoción de la vasectomía el tiempo y recursos que se pueden dedicar a los hijos cuando son menos y la participación del varón en el cuidado de la salud como una muestra de amor por la esposa

Destacar en la promoción de la vasectomía la seguridad sencillez y las molestias mínimas de la operación en comparación con la operación femenina

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Los vasectomizados indicaron que sus esposas desempeñaron un papel importante en su decisión en varios casos ella obtuvo primero información y motivó al marido ²⁸

Algunas esposas de vasectomizados han discutido el método con otras mujeres

Las esposas de los no vasectomizados también influyeron sobre el esposo para que obtuviera información ²⁸

Promover la vasectomía también entre las mujeres especialmente durante la consejería y las pláticas sobre métodos

Incluir a las esposas de los vasectomizados como promotoras voluntarias de este método

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Destacar la importancia de que el personal de salud promueva la vasectomía proporcionando información a todos sus pacientes

Incluir a vasectomizados en actividades de promoción

Las fuentes de información más importantes para los entrevistados vasectomizados en relación al método fueron los prestadores de servicios y amigos/parientes que ya utilizaban este método ²⁸

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

¹ Un poco menos de la cuarta parte de los hombres entrevistados considera que la vasectomía es muy peligrosa ²⁶

Los hombres declaran como principales motivos para no someterse a la vasectomía ²⁶

- El que la mujer no puede tener hijos o ya usa un método anticonceptivo
- Aspectos relacionados con la pérdida de identidad masculina
- Temores respecto a su salud o a una pérdida de la capacidad sexual

Informar sobre las características reales de la vasectomía

Promover la idea de que tanto el hombre como la mujer deben tomar las decisiones relacionadas con la anticoncepción

Residentes en zonas rurales
o áreas marginadas

-
-
-
-

~

R E S U L T A D O S

RECOMENDACIONES

El uso de anticonceptivos es mucho menor en los municipios con mas alto grado de marginacion social

Intensificar las campañas de planificación familiar en los municipios de mas alta marginacion social segun CONAPO e INEGI en donde existe la mas baja prevalencia de uso y la mas alta demanda insatisfecha. Poner énfasis especial en los municipios mas poblados para cubrir una mejor proporción de la población más marginada

USO DE ANTICONCEPTIVOS ENTRE MUJERES CASADAS O UNIDAS EN EDAD FERTIL SEGUN NIVEL DE MARGINACION (INEGI) DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA ²⁹

Grado de marginación del municipio	% que usa actualmente	% que nunca ha usado
1 (muy alta)	36.8	49.4
2	56.0	27.3
3	53.3	30.5
4	56.0	25.6
5	61.2	21.4
6	67.5	16.6
7 (muy baja)	72.8	11.9

Fuente: CONAPO Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1992. Análisis inédito

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

El porcentaje de mujeres unidas que no conoce algún método anticonceptivo es cinco veces mayor en áreas rurales en comparación con las áreas urbanas ¹⁰

El número de hijos nacidos vivos y la escolaridad producen diferencias aun más pronunciadas respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos ¹⁰

De las mujeres que sí reconocen un tipo de anticonceptivo más del 80% reconocen las pastillas hormonales el DIU las inyecciones y la oclusión tubaria bilateral (OTB) ¹⁰

Difundir información sobre planificación familiar en las áreas rurales con énfasis en poblaciones de mujeres jóvenes sin hijos mujeres analfabetas y con menor escolaridad

Ampliar los conocimientos sobre otros métodos anticonceptivos incluyendo la vasectomía en parejas que ya tienen los hijos que desean

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

En el área rural del estado de Chiapas la atención a la mujer embarazada la comparten en una relación casi de uno a uno la partera y los profesionales de la salud. La probabilidad de adoptar un método anticonceptivo después del nacimiento del último hijo nacido vivo es menor entre las mujeres que recurren a la partera³⁰

En un estudio sobre el Programa de Parteras Rurales del IMSS (1993) se encontró que solo 21% de las parteras entrevistadas conocen cabalmente las indicaciones básicas para la utilización efectiva de los hormonales orales y que las usuarias de este método lo utilizan correctamente solo en 12% de los casos¹⁷

Capacitar a las parteras sobre la importancia del espaciamiento de embarazos y el uso de métodos después de un parto. De ser posible capacitarlas en la distribución de métodos anticonceptivos y/o la referencia a servicios institucionales.

Reforzar la capacitación de las parteras rurales en metodología anticonceptiva en particular en lo que se refiere a la utilización efectiva de los métodos hormonales.

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Ampliar la disponibilidad de metodos temporales en areas rurales y promover su uso desde el inicio de la vida reproductiva

En el medio rural el sector publico atiende al 77.5% de las usuarias de metodos anticonceptivos proporcion mayor a la que se observa en areas urbanas. El IMSS es el principal proveedor de métodos y una proporcion muy importante de sus usuarias recurre a la OTB ¹¹

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

Las parteras muestran desconocimiento o confusión sobre los efectos secundarios que provoca el uso de algunos métodos anticonceptivos³¹

Reforzar la educación a parteras sobre efectos secundarios de los métodos conforme a las normas de planificación familiar

Hormonales horales		
	Cefalea y decaimiento	31 5%
	Náuseas ascos y vómitos	29 6%
	Menstruación irregular	17 9%
DIU		
	Mareos y dolor estomacal	30 2%
	Menstruación irregular	27 5%
	Dolor de cabeza	13 3%
	Inflamación de ovarios	13 0%
Condomes		
	Ninguna molestia	40 3%
	Problemas psicológicos en el hombre	40 3%
	Problemas psicológicos en la mujer	16 7%
OTB		
	Ninguna molestia	21 4%
	Dolor en la herida o punzadas	20 7%
	Mareos o dolor de estómago	18 4%
	Menstruación irregular	15 0%

•

•



Referencias *

.

.

.

.

- ¹ *COMUNITEC* 1996 Evaluación del programa de planificación en el ISSSTE y de materiales de información educación y comunicación (IEC) *ISSSTE México D F México* Se llevaron a cabo 14 sesiones de grupos de enfoque tres con 24 médicos dos con 16 paramédicos tres con 16 hombres tres con 27 mujeres en edad fértil y tres con 25 mujeres embarazadas o en el puerperio Las sesiones se realizaron en Guanajuato León Acapulco Oaxaca Pachuca y Veracruz entre el 1 y el 14 de julio de 1994
- ² *Romero Lilia Cecilia García Barrios Ricardo Vernon* 1998 Vinculación de los servicios de salud reproductiva resumen general de resultados *Dirección General de Salud Reproductiva SSA e INOPAL III Population Council México D F México* y también la versión en inglés titulada *Linking reproductive health services la cual contiene algunos ligeros cambios e información adicional que la versión en español* Este documento resume los resultados de un estudio llevado a cabo en 20 centros de salud urbanos y 5 centros rurales de la Secretaría de Salud en ocho entidades federativas (Baja California Sur Chihuahua Distrito Federal Guerrero México Michoacán Puebla y Yucatán) Como parte del estudio se llevaron a cabo 224 entrevistas con prestadores de servicios 574 entrevistas con usuarios a la salida del centro de salud y 596 observaciones de consultas Además en cada sitio se hicieron observaciones y entrevistas para completar un cuestionario sobre los recursos estructura y organización del centro Esta cita también se da para la versión en inglés del mismo documento
- ³ *Arteaga Avendaño Elizabeth y Doroteo Mendoza* 1998 Evaluación de las jornadas quirúrgicas en los hospitales y unidades médicas rurales de Solidaridad *Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil Instituto Mexicano del Seguro Social México D F México* Entre julio y septiembre de 1996 se llevó a cabo un estudio con 970 mujeres operadas en las jornadas quirúrgicas del IMSS realizadas en áreas rurales en donde se investigó sobre las características sociodemográficas de las mujeres operadas y los factores asociados al uso de la OTB además de indagar sobre la calidad de los servicios de dichas jornadas en las delegaciones de Chiapas Oaxaca Veracruz Norte y Zacatecas Este artículo resume sólo algunos hallazgos del informe de la investigación
- ⁴ *Romero Lilia Cecilia García Barrios Ricardo Vernon* 1997 Vinculación de los servicios de salud reproductiva encuesta a mujeres en edad fértil usuarias de centros de salud *Dirección General de Salud Reproductiva / SSA e INOPAL III / Population Council México D F México* Este informe presenta los resultados de 574 entrevistas con usuarias a la salida de un centro de salud El estudio se llevó a cabo en 25 centros de salud en 8 entidades federativas (ver referencia num 2)
- ⁵ *Brambila Carlos Ana Langer Cecilia García Barrios Arturo Molina Angela Heimbürger y Vilma Barahona* 1997 Costo de los servicios de post aborto en el Hospital General Aurelio Valdivieso Oaxaca México *INOPAL III Population Council México D F México* El Hospital Aurelio Valdivieso en Oaxaca México estableció un programa de mejoramiento del servicio proporcionado a pacientes con aborto incompleto Este estudio evaluó el costo y la calidad del modelo de servicios antes y después de la implementación del modelo Se siguieron 15 pacientes antes y después de la intervención para determinar tiempo de atención de los prestadores de servicios y consumo y uso de materiales y equipo También se revisaron registros administrativos para estimar los costos fijos directos
- ⁶ *Cortés Manuel Carmen Cárdenas Daniel Hernández y David Hubacher* 1995 Investigación operacional para mejorar los esquemas de vigilancia a las usuarias de DIU Reporte de Resultados *Instituto Mexicano del Seguro Social México D F* Se probaron dos esquemas de vigilancia de los aceptantes del DIU en el intervalo intergenésico en el IMSS durante 1992 1994 un esquema con citas programadas a intervalos específicos (al mes 3 meses 6 meses y 12 meses post inserción) y un esquema flexible en el que se recomienda una visita de revisión al mes y a los 12 meses post inserción Se comparó la incidencia de complicaciones entre ambos esquemas y los costos asociados Se seleccionaron dos delegaciones el

107

norooeste del Distrito Federal y Guanajuato en cada delegación se seleccionaron cuatro unidades médicas del primer nivel de atención. Se estimó una muestra de 1 606 casos en total 803 para cada esquema. Se incorporaron de acuerdo al tamaño de muestra estimado 1 713 mujeres en el estudio de las cuales 700 no regresaron a sus visitas.

⁷ *Lara Ricalde Roger, Ramón Aznar Ramos*. Aplicación posparto y transcesárea del dispositivo intrauterino en mujeres con riesgo obstétrico. *Pernatol Reprod Hum* 1992 6(7) 99-103. En este estudio se evaluó si las mujeres con algún factor de riesgo durante el embarazo o el parto no presentan un riesgo mayor de infecciones y hemorragias puerperales si se les aplica un DIU después del parto o durante la operación cesárea. Se compararon los resultados de 104 mujeres a las que se les aplicó el DIU post parto, 125 mujeres a quienes se les aplicó el DIU durante la cesárea y a 122 mujeres operadas de cesárea que sirvieron de testigo, todas ellas con algún factor de riesgo durante el embarazo y el parto. El seguimiento se realizó a un mes.

⁸ *Vernon Ricardo, Raffaella Schiavon, Silvia Elena Llaguno*. 1997. Emergency contraception as an element in the care of rape victims. *INOPAL III Population Council México D.F.* Este informe presenta los resultados de una investigación operativa en la que se capacitó a las psicólogas de cuatro agencias del ministerio público del Distrito Federal especializadas en delitos sexuales y del Centro de Terapia de Apoyo para que proporcionaran información sobre anticoncepción de emergencia a víctimas de violación.

⁹ *Romero Lilia, Cecilia García Barrios y Ricardo Vernon*. 1997. Vinculación de los servicios de salud reproductiva: encuesta a prestadores de servicios. *Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud México, México D.F.* Este informe presenta los resultados de 224 entrevistas con prestadores de servicios de 25 centros de salud en 8 entidades federativas (ver referencia num. 2).

¹⁰ *Consejo Nacional de Población*. 1996. Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar. *CONAPO México D.F.* El objetivo de este documento es presentar indicadores sobre diversos aspectos de la salud reproductiva en nuestro país a partir de los datos de encuestas sociodemográficas y sistemas de información institucionales. Se desarrolla un análisis descriptivo acerca de estos indicadores.

¹¹ *Pathfinder*. 1996. *Indicadores básicos sobre planificación familiar en la fase intermedia de la SDES: estrategia de apoyo para la expansión de la prestación de servicios. Cuadernos de trabajo 2*. 1996. *Pathfinder México D.F. México*. Con base en los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica realizada por INEGI en 1992, de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar que llevó a cabo el Consejo Nacional de Población en 1995 y en otros documentos elaborados por las instituciones mexicanas, en este documento se presenta el desarrollo del programa de planificación familiar entre 1992 y 1995 en el país y para cada uno de las nueve entidades federativas con indicadores económicos y demográficos más desfavorables.

¹² *Alarcón Francisco, Octavio Mojarro y S. Jiménez*. 1993. Encuestas simplificadas de evaluación operativa en el IMSS. *Higiene (octubre-diciembre)*. Este trabajo proporciona una breve reseña de los objetivos y resultados de las encuestas Simplificadas de Evaluación Operativa (ESEO) realizadas en la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS en el año de 1992: a) encuesta simplificada de planificación familiar en la que se entrevistaron a 20 823 mujeres de 15 a 49 años que asistieron a los consultorios de medicina familiar de casi la mayoría de las delegaciones del IMSS en la República Mexicana; b) encuesta simplificada de atención materna en la que se atendieron 17 794 mujeres embarazadas de la mayor parte de las delegaciones; y c) encuesta simplificada del menor de cinco años con una muestra de 134 niños de una unidad médica de una delegación.

- ¹³ Aparicio Jiménez Ricardo César 1993 Análisis del uso efectividad de la anticoncepción DGPF SSA México D F A través de la tabla de vida de decremento múltiple se analiza información sobre continuidad y efectividad en el uso de métodos anticonceptivos de la Encuesta de Prevalencia en el Uso de Métodos anticonceptivos con Módulo Fecundidad/Mortalidad Esta técnica permite calcular las tasas acumulativas de abandono de la práctica anticonceptiva de acuerdo a la razón de deserción así como las tasas de continuidad en el uso de los distintos métodos anticonceptivos La población del estudio estuvo conformada por mujeres de 15 a 49 años que usaron algún método entre el 1 de enero de 1974 y el de 1979 (5 641)
- ¹⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social 1996 Motivos de arrepentimiento de la oclusión tubaria bilateral XVIII Reunión Nacional Anual de Salud Reproductiva y Materno Infantil Es un estudio multicéntrico realizado en el IMSS para obtener elementos que permitan conocer la frecuencia de demandas de consultas para recanalización de la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) identificar los motivos de arrepentimiento de la OTB e identificar fortalezas y debilidades en el proceso de información comunicación y educación sobre la OTB que coadyuven a disminuir el riesgo de arrepentimiento El universo de casos fue de 132 de los cuales 66 fueron de control
- ¹⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social 1996 Introducción de anticonceptivos hormonales combinados inyectables de una sola dosis mensual al programa de planificación familiar del IMSS XVIII Reunión Nacional Anual de Salud Reproductiva y Materno Infantil Este estudio se realizó para probar la introducción de los hormonales inyectables de una sola dosis mensual así como para identificar poblaciones específicas para su aplicación Los objetivos específicos de este estudio fueron determinar las tasas de continuidad en el uso de estos métodos identificar las causas de deserción así como fortalezas y debilidades en el proceso de promoción y prestación de este servicio Se realizó en dos diferentes ámbitos y etapas en el área urbana en la etapa del postaborto y en el área rural en la etapa de intervalo Los productos anticonceptivos utilizados fueron el Ciclofem (Medroxi progesterona y Cipionato de Estradiol) y Mesigyna (Enantato de Noretisterona y Valeraato de Estradiol) El universo de estudio fue de 1 121 aceptantes distribuidas de la siguiente manera 532 para Ciclofem (485 en el área urbana y 47 en el área rural) y 589 para Mesigyna (490 en el área urbana y 99 en el área rural)
- ¹⁶ Gómez Clavelina Francisco Javier Marco Antonio Olaya Vargas José Antonio Rojo Padilla María Esther Muciño González y Guadalupe González Aguilar 1998 Utilidad de los eventos de participación comunitaria en la oferta y otorgamiento de los servicios de planificación familiar en el ISSSTE México D F ISSSTE En esta investigación operativa se repartió un tríptico sobre planificación familiar durante la segunda y tercera semana de las Semanas Nacionales de Salud en mayo y octubre de 1997 en cinco unidades de medicina familiar del ISSSTE en el estado de México Se compararon los promedios de nuevas usuarias de planificación familiar durante las semanas en que se repartió el proyecto con las tres semanas anteriores y posteriores
- ¹⁷ López MP y Elena Zuñiga 1994 Salud reproductiva situación actual y perspectivas Cuadernos de Salud 4 Secretaría de Salud México D F En este trabajo se presenta una discusión acerca de la agenda de la salud reproductiva en México con acento en el papel de las instituciones públicas de salud Se analizan indicadores y resultados derivados de encuestas sociodemográficas así como de diversos estudios relacionados con los componentes de la salud reproductiva
- ¹⁸ Monroy Anameli M N Morales y Leticia Velasco Monroy 1988 Fecundidad en la adolescencia Causas riesgos y opciones Cuaderno Técnico No 12 Organización Panamericana de la Salud Washington D C En este estudio se hace una recopilación bibliográfica de diferentes encuestas de carácter regional local o mundial de los esfuerzos que se han realizado para conocer la problemática de la fecundidad del adolescente sus causas y riesgos así como las posibles alternativas de solución que se han llevado a cabo en América Latina y el Caribe incluyendo México

¹⁹ *García J y Juan Guillermo Figueroa Perea 1992* Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México *Salud Publica de México 34 (4)* Este estudio describe en forma breve el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México así como los motivos por los que no usaron algún método durante sus relaciones sexuales Utiliza datos de la Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes en el Area Metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM) que la Dirección General de Planificación Familiar realizó en 1987 La población entrevistada fue de 1 010 (de 10 a 19 años y de 20 a 24 de ambos sexos) Las variables que se analizan son edad sexo estado civil inicio de la actividad sexual uso de métodos anticonceptivos y motivos para no utilizarlos

²⁰ *Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil Instituto Mexicano del Seguro Social 1994* Características sociodemográficas de los adolescentes asistentes a los centros de seguridad social *XVI Reunión Nacional Anual Acapulco Guerrero* Entre octubre de 1992 y septiembre de 1993 se llevó a cabo una encuesta anónima de autollenado en los 118 centros de seguridad social y de extensión de conocimientos tributarios comprendidos en las 36 delegaciones del IMSS en el país La muestra estuvo constituida por 31 556 adolescentes y jóvenes entre 12 y 24 años cumplidos (9 337 hombres y 22 179 mujeres) El objeto del estudio fue establecer las bases de diagnóstico para llevar a cabo acciones de orientación y consejería que modifiquen los daños a la salud de los adolescentes Este artículo analiza sólo los datos a nivel nacional pero existe un informe de resultados para cada una de las 36 delegaciones del IMSS en el país

²¹ *Corona Esther y G Jiménez Hernández 1991* Comportamiento sexual en adolescentes de nivel de educación técnico-profesional *Pernatol Reprod Hum 5(3)* Este estudio presenta los resultados de una encuesta aplicada a 100 alumnos del nivel técnico-profesional sobre conocimientos elementales

de reproducción y problemas relacionados con ella Las áreas exploradas comprenden planificación familiar enfermedades de transmisión sexual aborto y paternidad El estudio se realizó en noviembre de 1989 en el plantel Naucalpan II del Colegio Nacional de Estudios Profesionales (CONALEP)

²² *Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil 1997* Diagnóstico para la elaboración de un programa de salud reproductiva para adolescentes *IMSS México D F* se realizaron sesiones de grupos focales con 22 grupos (dos con cada uno 44 en total) cuatro grupos de médicos dos de auxiliares de área médica y dos de parteras de unidades médicas rurales (UMR) del IMSS Solidaridad de las delegaciones de Puebla Michoacán y Tamaulipas (Tepexi Tuxpan y Tula respectivamente) así como 14 grupos de adolescentes de las áreas de influencia de las UMR Este artículo es un resumen del informe de resultados de la investigación

²³ *Infante José María Miguel Díaz Josefina Benavides y Carlos Brambila 1992* Encuesta de seguimiento de un programa para adolescentes 1992 *Pro Superación Familiar Neolonesa e INOPAL II/Population Council México D F México* Para evaluar los efectos de la participación en un programa para adolescentes en este estudio se entrevistaron 116 hombres que habían participado cinco años atrás en el programa Además se entrevistaron 204 adolescentes con características similares pero no habían participado en el programa El estudio se llevó a cabo en Monterrey Nuevo León Se compararon conocimientos actitudes intenciones de uso y uso de métodos anticonceptivos

²⁴ *Cabral Javier Angel Flores Francisco Huerta Carmen Baltazar Fabiola García Concepción Orozco y Carlos Brambila 1998* Encuesta de necesidades de IEC sobre salud reproductiva en seis etnias en México *IMSS Solidaridad México D F México* Este estudio presenta los resultados de una encuesta realizada por IMSS Solidaridad con colaboración de INOPAL III para

identificar las necesidades de información educación y comunicación sobre salud reproductiva entre jóvenes y padres de familia indígenas en México La encuesta se realizó en los estados de Campeche Chiapas Hidalgo Oaxaca y Puebla entre los grupos náhuatl otomí mixteco maya tzeltal y zapoteco y es parte de un estudio más general que incluye etnografías y grupos focales A partir de 3 410 entrevistas realizadas el estudio determina conocimiento y uso de métodos anticonceptivos ideales reproductivos actitudes hacia la planificación familiar etc

²⁵ Leñero Otero Luis et al 1991 Estudio sobre las actitudes y comportamientos de los varones ante la reproducción y la planeación familiar *Reporte del Estudio No 5 MEXFAM México D F México* En esta investigación se estudian algunas valoraciones y actitudes masculinas referentes a la sexualidad la vida familiar la procreación biológica y la paternidad así como la participación y responsabilidad del varón en materia reproductiva El propósito fue utilizar los resultados para sugerir y recomendar estrategias más adecuadas para el desarrollo de programas de planificación familiar orientados al varón o para su participación más directa en la regulación de la conducta reproductiva de las parejas La encuesta fue aplicada a una muestra de 250 hombres y la población entrevistada fue únicamente de tres áreas metropolitanas (México Monterrey y Querétaro) en donde MEXFAM desarrolla su programa de promoción específicamente dirigido a varones en el medio industrial En las tres ciudades una tercera parte de la muestra correspondió a la población blanco del programa industrial y dos terceras partes a la población abierta

²⁶ Fundación MEXFAM 1992 Estudio de mercado potencial población masculina/femenina en el Valle de México *MEXFAM México D F México* Esta investigación de mercado se realizó con hombres y mujeres para indagar el conocimiento que tienen sobre MEXFAM las opiniones acerca de los servicios médicos a los que acostumbran asistir su concepto sobre planificación familiar su conocimiento acerca de la vasectomía (sólo para hombres) y sus intenciones de uso de los servicios de planificación familiar El

tamaño de la muestra de hombres fue de 199 individuos y de 392 para las mujeres La información que se presenta para cada una de estas poblaciones se hace por clínicas y consultorios y nunca para el total de las muestras

²⁷ Cardona Arturo Braulio Otero Manuel Cortés Magdalena Lozano y G Sánchez Sf Satisfacción de usuarios y personal de salud con las técnicas quirúrgicas simplificadas de esterilización (vasectomía sin bisturí y oclusión tubaria bilateral con anestesia local y sedación) *Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil División de Planificación Familiar IMSS México D F México* Este estudio se diseñó para estimar el grado de satisfacción entre los usuarios de planificación familiar a quienes se les realizó un procedimiento quirúrgico simplificado de esterilización así como entre el personal de salud que participa en estos procedimientos Es un estudio de corte transversal y de cobertura nacional para las delegaciones del IMSS La muestra de usuarios fue representativa y se distribuyó proporcionalmente en cada delegación El total de entrevistas realizadas a pacientes de vasectomía sin bisturí fue de 742 y de 527 la de las pacientes con oclusión tubaria bilateral con anestesia local y sedación

²⁸ Alarcón Francisco Consuelo Juárez Victoria Ward Evelyn Landry y Alcides Estrada 1995 La vasectomía en México estudio sobre la toma de decisión *AVSC Internacional Nueva York EUA* Este trabajo forma parte de un estudio global en seis países cuyo propósito fue identificar los factores fundamentales en la decisión de optar o no por la vasectomía a fin de formular estrategias apropiadas de información educación y prestación de servicios para incrementar el uso de la vasectomía Se realizaron entrevistas a profundidad con 15 vasectomizados y sus esposas así como con 10 no vasectomizados y sus esposas que habiendo programado la intervención no se presentaron También se entrevistaron a 30 prestadores de servicio (médicos consejeros de planificación familiar y enfermeras) acerca de sus conocimientos y actitudes sobre la vasectomía

²⁹ Consejo Nacional de Población 1996 Análisis inédito de datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

³⁰ Dirección General de Salud Reproductiva Secretaría de Salud 1997 Encuesta de salud reproductiva en el estado de Chiapas 1995 DGSR SSA México D F Este estudio se realizó en el estado de Chiapas y tuvo como propósito evaluar las acciones emprendidas y aportar elementos para el diseño de nuevas estrategias en la prestación de los servicios de salud reproductiva que se otorgan en dicho estado La investigación se basa en una encuesta de hogares que genera información para tres unidades los hogares las mujeres de 15 a 54 años de edad y los varones esposos o compañeros de estas mujeres Se aplicaron 1 095 cuestionarios de hogar completos 1 055 entrevistas individuales a mujeres y 375 a varones

³¹ Suárez López L y Doroteo Mendoza Victorino 1998 Estudio sobre la participación de las parteras rurales en actividad de salud reproductiva Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil Instituto Mexicano del Seguro Social México D F México Este estudio tuvo como propósito evaluar el impacto que ha tenido la capacitación y actualización de las parteras rurales entre 1991 y 1996 en la calidad de los servicios que proporcionan así como la identificación de su participación en las actividades de Salud Reproductiva Para ello se utilizó como instrumento de recolección de información la entrevista estructural y fue aplicada a 300 parteras y a 1 200 mujeres en edad fértil en cuatro delegaciones Este artículo es un resumen parcial del informe de la investigación

Glosario
de siglas ·

·

·

·

APGAR	Actividad pulso gesticulación apariencia y respiración (aspectos que se califican para evaluar el estado de recién nacidos)
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CSS	Centro de Seguridad Social
DE	Desviación estándar
DIU	Dispositivo intrauterino
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
IEC	Información educación y comunicación
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
MEXFAM	Fundación Mexicana para la Planificación Familiar
NC	No contestó
NOM	Norma Oficial Mexicana
OTB	Oclusión tubaria bilateral
PSR	Programas de salud reproductiva
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SR	Salud reproductiva
SSA	Secretaría de Salud
VSB	Vasectomía sin bisturí

Índice
Temático

Acceso	51 98 52 91 117 119
Adolescentes	81 99
Anticoncepción de emergencia violación y	39 52 99
Áreas rurales	21 22 51 63 56 117 122
Calidad de la atención (ver también normas de atención)	35 36 44 47 63 69 73 75 95
Canalización de usuarios	32 47
Capacitación	43 47 51 65 71 95 96
Cobertura (ver prevalencias usuarias activas)	
Concepción premarital	82 85
Conocimiento de métodos	52 98 119
Consejería	44 51 54 65 71 90
Costos	36 37 39 43 51 74 91 96
Demanda insatisfecha	35 51 52
Efectos colaterales	43 51 52 53 55 65 110
Embarazo no deseado	88 89
Fecundidad (ver tasa de)	
Fuentes de servicio	19 20 121
Hombres	51 55 103 113
Ideales reproductivos	34 35 61 62 64 98
Indígenas	98
Información	51 65
— Falta de	52 53 58 59 87 103
— Necesidades entre adolescentes	90 96 106
— Fuentes de	92 93 94 112
— y uso posterior	55 97
— sobre métodos y características	38 44 90
Integralidad de la atención	36 39 43 69 75
Logística y abastecimiento de métodos	33
Mitos rumores y creencias sobre métodos	58 122
Métodos anticonceptivos	
— Condones	17 33 57 58 89 122
— Dispositivo intrauterino (DIU)	17 20 33 35 37 38 45 46 57 58 71 119 122
— Hormonales orales y pastillas	17 20 33 45 46 57 58 122

— Inyectables	17 20 33 45 57 58 65 119
— Oclusión tubaria bilateral (OTB)	17 20 35 58 61 64 107 111 119 121 122
— Tradicionales y naturales	17 20 57 89
— Vasectomía	17 58 107 113
Normas de atención	31 43 46 70 75
Parteras empíricas	120 122
Post aborto	36
Post-parto	38 52 59 60
Prevalencia en el uso de métodos (ver también uso de métodos cobertura usuarias activas)	35
— Segun año y método usado	17
— Segun año	16
— Segun grupo de edad	18 82 90
— Segun tipo de localidad o de área de residencia	21 117 118
— Segun entidad federativa y tipo de localidad de residencia	22 118
— Segun numero de hijos nacidos vivos y año	23
— Segun nivel de escolaridad y año	24
— Segun grado de marginación del municipio	117
Promoción	72
— Falta de	31
Salud reproductiva	69 70 74 90
Satisfacción	
— con el método	35 55 63
— con el servicio	36 63
Selección del método	44 45 46
Señalización de servicios	32
Supervisión	43 47 69 75
Tasa	
— Global de fecundidad	15
— Bruta de Embarazo	54 57
— de continuidad en el uso de métodos	57
— de reinicio en el uso de métodos	55
— de embarazos no planeados	54

Uso de métodos (ver también prevalencia cobertura usuarias activas)	117
— Antes del primer embarazo	56 85
— Modo de uso	43
— razones de uso	110
— razones de no uso	25 51 53 87 91
— en el debut sexual	85 86
— según edad	86
— y número de hijos	56
Usuarías activas de métodos	
— distribución según método usado y año	17
— distribución según lugar de obtención del método y año	19
— distribución según método usado año e institución pública	20
— violación y anticoncepción	39 52 99