

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO**

INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ÁREA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS USUARIAS
ACTIVAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LOS CENTROS DE
SALUD DEL MUNICIPIO DE JACALA HIDALGO.”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A:
ERIKA DEL VALLE ROSALES

ÍNDICE

Introducción	3
Justificación	6
Planteamiento del Problema	8
Objetivo general	9
Hipótesis	10
Variables	10
Metodología	11
CAPITULO 1	13
MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA	13
1.1 La Política Demográfica	13
1.2.- Derecho a la procreación	15
1.2.1.- Marco Legal y Jurídico: Políticas de población y salud	17
1.2.2 Marco Normativo	23
1.3 Salud Reproductiva	28
1.3.1 Planificación Familiar	32
1.3.2 Los Programas de Planificación Familiar	35
1.3.3 Instituciones que prestan el servicio de planificación familiar.	42
1.3.4 Población a la que van dirigidos los programas de planificación familiar.	43
CAPITULO 2	47
MARCO CONCEPTUAL	47
2.1.- La anticoncepción	47
2.1.1 Historia, tipos y clasificación de los métodos anticonceptivos	52
2.1.2 Perspectivas de la anticoncepción	59
2.1.3 Cómo satisfacer las necesidades de información	60
2.2 Características de la práctica anticonceptiva en México	62

CAPÍTULO 3	66
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	66
3.1 Ubicación geográfica e histórica de Jacala.....	66
3.2 Análisis de los resultados.....	70
CONCLUSIONES	87
PROPUESTAS	89
BIBLIOGRAFÍA.....	90
ANEXOS.....	95
TABLAS	96

Introducción

Hablar de los Derechos Reproductivos implica señalar el trabajo que se realiza en el Sector Salud, de tal suerte que la planificación familiar, además de la relevancia adquirida en términos demográficos, tiene también una importante participación en los programas de salud para la atención materna e infantil.

Ante la apremiante necesidad de servicios básicos de salud en el área rural, donde los problemas de salud se tornan más graves e incontrolables debido a su infraestructura y a las características de la población, se cuenta con el Programa de Planificación Familiar dentro del contexto de salud reproductiva.

Durante las últimas tres décadas, en México se han realizado grandes esfuerzos por mejorar la Salud Reproductiva de la población, lo que ha contribuido a prevenir los embarazos no planeados y disminuir los niveles de fecundidad.

El Programa Nacional de Salud y el Programa de Acción de Salud Reproductiva 2001-2006, plantean estrategias que se impulsarán a que los mexicanos disfruten de una vida sexual, reproductiva, satisfactoria saludable y sin riesgos; con absoluto respeto a sus derechos y su libre decisión, con particular énfasis en las áreas rurales y urbano-marginadas.¹

Se ha revelado en el censo general de población y vivienda del año 2000 que en nuestro país entra al siglo XXI en una plena transición demográfica, con el crecimiento de poblacional menos acelerado y con una mayor esperanza de vida al nacimiento.

¹ El derecho de la libre decisión en salud reproductiva, Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva (2002). Pág. 7

Los servicios de Planificación Familiar han incorporado la elegibilidad de los métodos anticonceptivos, orientación - consejería, consentimiento informado, derechos sexuales y reproductivos, así como el derecho a la libre decisión.

Durante la última década se incrementaron las acciones de salud e información, se amplió la oferta de los métodos anticonceptivos, se promovió la participación activa del varón y se impulsaron acciones para atender la salud sexual y reproductiva, la condición de la mujer ha ido mejorando paulatinamente y se reconoce cada vez más su participación en los campos laboral, de la salud, de la educación y en otros de relevancia para el desarrollo del país.

Desde una perspectiva sociodemográfica, se sabe que cuando el crecimiento acelerado de la población rebasa la capacidad social para producir y distribuir satisfactores suficientes, se presentan diversos tipos de problemas sociales, económicos y de salud pública, como el abastecimiento insuficiente de los servicios básicos y de los relacionados con la atención a la salud. En este sentido, la planificación familiar se concibe como un medio para regular el crecimiento poblacional que contribuye a una dinámica demográfica acorde con el desarrollo general del país y permite mejorar las condiciones de vida de la población.²

La planificación familiar tiene importantes consecuencias para la salud reproductiva de la población. En efecto, contribuye a disminuir la morbilidad y la mortalidad materna e infantil a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y su limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer. Por otra parte, los constantes avances en la tecnología anticonceptiva y en el conocimiento de la biología de la reproducción redujeron los efectos negativos de los métodos de planificación familiar.

² Vernon, Ricardo. Palma Yolanda. Resultados de Investigación: para mejorar los servicios de planificación familiar. Population Council. (1999) pág. 9

En el presente documento se describen los principales aspectos legales, jurídicos inherentes de la salud reproductiva, se da a conocer una breve historia, tipos y clasificación de los métodos anticonceptivos disponibles por los Servicios de Salud, específicamente al alcance en el Municipio de Jacala, se analiza el panorama de las principales características sociodemográficas de las usuarias activas.

Justificación

El programa de Salud Reproductiva de México ha tenido avances importantes en los últimos años como resultado de un conjunto de acciones implementadas en los sectores público, privado y social.

En materia de planificación familiar no es la excepción, sin embargo, se analiza que en las zonas marginadas, se encuentra un gran rezago de usuarias, considerando que el comportamiento de estos lugares como la idiosincrasia, la virilidad y el papel marginal de la mujer, hace que desechen la idea de utilizar algún método anticonceptivo.

De igual manera, una de las limitaciones principales, es la falta de información sociodemográfica, como los niveles de uso de anticonceptivos en el país. El avance ha sido importante, aunque ciertamente insuficiente, por lo que es necesario fortalecer todos y cada uno de los componentes para lograr salud y derechos reproductivos con calidad para todas las usuarias activas.

Distintos expertos en planificación familiar y demográfica explican que debido a una carencia de educación en el currículum escolar, y la falta de información orientada a la salud de la mujer, son factores para que no hagan uso de la diferente gama de métodos anticonceptivos.

Conocer algunas características sociodemográficas de las usuarias activas de los Centros de Salud del municipio de Jacala, Hidalgo, nos ayudarán a implementar nuevas estrategias, para lograr una mayor cobertura de mujeres que hagan uso de los diferentes métodos anticonceptivos, así como conocer un panorama general de las mujeres que ya los utilizan.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres de edad fértil unidas era de menos del 30% al inicio de la década de los años setenta y se

incrementó de una manera significativa y sostenida hasta alcanzar cerca del 70% en 1999, por lo que se estima que alrededor de 11 millones de parejas actualmente usan un método de regulación de la fertilidad y en el año 2000 supera la meta establecida del 70.2%.

La practica de planificación familiar ha sido uno de los factores fundamentales en la reducción de la fecundidad. La tasa global de fecundidad descendió de casi 7 hijos por mujer en 1970, a 2.48 en 1999, por lo que México inicia el tercer milenio con una tasa global de fecundidad de 2.4 hijos por mujer. Sin embargo aún existen diferencias que en los últimos años se ha reducido por la ampliación de cobertura de los servicios salud, en efecto, la demanda no satisfecha de la población en materia de planificación familiar.

En materia de salud, la planificación familiar ha contribuido de manera importante a la manera de la morbi-mortalidad materna, infantil y perinatal, que junto con otras acciones de salud publica y de prevención y control de enfermedades han incrementado significativamente la esperanza de vida al nacimiento de la población. Hoy la esperanza de vida de las mexicanas es de 77.3 años y la de los mexicanos 72.8 años.³

³ Secretaria de Salud, Subsecretaria de previsión y control de enfermedades: *El cambio de paradigma, de la planificación familiar... a la salud reproductiva*. (2000). pág. 11

Planteamiento del Problema

Jacala Hidalgo, se encuentra al noroeste del estado, siendo cabecera Municipal y Distrito Judicial, cuenta con 46 comunidades y un total de 12,895 habitantes, sabedor que en cada una de ellas podemos encontrar a mujeres que hacen uso de métodos anticonceptivos únicamente, se indagará a las usuarias activas de los Centros de Salud de los Servicios de Salud de Hidalgo, comprendiendo las localidades de Jacala, Coñecito, Quetzalapa y Santo Domingo, analizando solamente las características sociodemográficas de la población en estudio.

Pese a las políticas de educación y de orientación familiar, impulsadas por diferentes gobiernos, los métodos anticonceptivos en Latinoamérica continúan situándose muy por debajo de los países desarrollados, tan sólo un 52% de las mujeres latinoamericanas los utilizan, cifra que se encuentra por de bajo de los promedios europeos o norteamericanos.⁴

Los Servicios de Salud de Hidalgo evalúan a la usuarias activas, a través de sus indicadores “Caminando a la Excelencia” los cuales indican que el índice de desempeño a nivel Estatal es 38.5 %, Jurisdiccional 20.6 % y Municipal de 22.7 %. lo que demuestra una baja cobertura.⁵

Por tal motivo se considera de imperiosa necesidad el conocer:

¿Qué características sociodemográficas tienen las usuarias activas de métodos anticonceptivos en los Centros de Salud del Municipio de Jacala?

⁴ www.celsam.com, extraído el 23 de mayo del 2005.

⁵ Sistema de Información en Salud. 2005

Objetivo general.

Identificar las características sociodemográficas de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos con el fin de conocer el impacto real que tiene el uso y manejo de dichos métodos con respecto a la planificación familiar en la población jacaltense.

Objetivos específicos:

1. Identificar a las usuarias activas de los Centros de Salud del municipio de Jacala, Hidalgo. que utilizan métodos anticonceptivos.
2. Conocer el grado de escolaridad de las usuarias activas que utilizan métodos anticonceptivos como opción de planificación familiar.
3. Identificar cual es el método anticonceptivo más usado dentro de la población de acuerdo a la edad, motivo de planificación y escolaridad.

Hipótesis

1. Mujeres unidas en pareja, hacen mayor uso de la gama de métodos anticonceptivos.
2. A mayor formación académica las mujeres deciden tener un número menor de hijos.
3. A más edad, y paridad satisfecha la mujer hace uso de la OTB como método de planificación familiar.

Variables

1. Variable dependiente:

Métodos anticonceptivos.

Estado civil.

Variable independiente:

Mujeres

2. Variable dependiente:

Escolaridad

Numero de hijos

Variable independiente

Mujeres.

3. Variable dependiente:

Edad

Paridad satisfecha

Variable independiente:

Método anticonceptivo OTB

Metodología

Tipo de investigación

Esta investigación es de carácter descriptivo, por que está dirigida a identificar las características sociodemográficas de las usuarias activas de métodos anticonceptivos, con enfoque cuantitativo, ya que se utiliza su diseño para analizar la certeza de la hipótesis con base en la medición numérica y de acuerdo con la evolución de fenómeno es transversal ya que sólo se recolectaron datos en un solo momento y tiempo, de acuerdo al periodo en que se capta la información es prospectivo.

Selección de la muestra

Este estudio se realizará en los Centros de Salud de Jacala, Coñecito, Quetzalapa y Santo Domingo correspondientes a la Coordinación Médica Municipal de Jacala, Hidalgo; la cual a su vez pertenece a la Jurisdicción 5 Zimapan, Hidalgo. Para efectos de esta investigación se consulto el Censo General de Población (INEGI), Diagnostico de Salud y el Censo de usuarias activas de planificación familiar de cada uno de los Centros de Salud en estudio que en su conjunto tienen una población de 5, 069 habitantes, de los cuales 2, 349 son masculinos y 2, 720 femeninos, de esta población 1, 326 son mujeres en edad reproductiva, de las cuales solamente 302 son usuarias activas de métodos anticonceptivos (ver cuadro 1), a dicha población usuaria se les aplicara un cuestionario a través de la técnica de la entrevista, el método seguido en este trabajo será de tipo deductivo.

Población en estudio

Cuadro 1

Comunidad	Población Total	Mujeres	Hombres	Mujeres en edad fértil (15 a 49 años)	Usuarías de métodos anticonceptivos	Porcentaje de Cobertura
Jacala	3708	1989	1719	922	175	19.0
Coñecito	648	356	292	194	46	23.7
Quetzalapa	439	222	217	142	50	35.2
Santo Domingo	274	153	121	68	31	45.6
Total	5069	2720	2346	1326	302	22.8

Fuente: Sistema de información en Salud (SIS). Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (INEGI).

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

Se analizan investigaciones, antecedentes que se consideran validos para el encuadre de la investigación.

1.1 La Política Demográfica

Después de casi 40 años de políticas pronatalistas, en 1973 se formula una nueva Ley General de Población que modifica la política demográfica en México, promueve la disminución de la natalidad a partir del discurso de la paternidad responsable y la planificación familiar. El objetivo de esta ley es “regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social”.⁶

Tienen dos direcciones esenciales: La primera se relaciona con las actividades médicas de planificación familiar, promoviendo la regulación de la fecundidad a través de programas institucionales, con lo que se autoriza la propaganda y venta de anticonceptivos. Se da prioridad alcanzar metas demográficas, dejando a un lado la educación sexual, la que se incorpora esporádicamente a los programas educativos.

El comportamiento de la tasa global de fecundidad ha cambiado de acuerdo con los años. (Ver cuadro 2)

⁶ Leal, I. *El proceso histórico de la ley general de población*. (ponencia) CONAPO (1975). pág. 62

Tasa Global de Fecundidad

Cuadro 2

Año	Tasa de fecundidad
1965	7.4
1970	7
1974	6.3
1980	4.7
1986	3.8
1990	3.4
1992	3.24
1993	3.1
1999	2.48
2002	2.4

Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)

De los anticonceptivos existentes, en el Sector Salud, la mayor difusión y oferta se le da a la OTB, DIU, y a los hormonales (pastillas e inyecciones) considerados métodos con mayor efectividad que regulan directamente la capacidad de las mujeres por engendrar hijos. En 1987 el empleo de estos tres métodos anticonceptivos representaba el 38.5%, esta situación disminuye la posibilidad de elegir otros métodos anticonceptivos por desconocerlos, o bien por la información incompleta y vaga que se trasmite de ellos.

La segunda orientación se refiere a la planificación del desarrollo que incluye la modificación del marco jurídico e institucional; así en 1974 se proclama el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada obre el número de hijos y el momento de tenerlos, asentado en el Artículo Cuarto Constitucional desde ese año, al mismo tiempo se crea el Consejo Nacional de Población (CONAPO) quedando a su cargo la planeación demográfica del país hasta la fechas.

En 1976 se publica el diario oficial el reglamento de la Ley General de Población, ubicando a “los programas de planificación familiar en el contexto de las políticas de bienestar social, actuando fundamentalmente en los campos de salud, la educación, la aportación de la familia y en especial de la madre y el niño” ⁷

El Plan Nacional de Planificación Familiar de 1977, establece como metas disminuir las tasas de crecimiento acorde a la Política Demográfica. Con base a este plan se ofrecen servicios de planificación familiar en las clínicas y consultorios de instituciones del Sector Salud como son: Secretaria de Salud (SS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cabe mencionar que el sector privado ya los ofrecía y en esta época se vincula al sector público.

A partir del primer Plan Global de Desarrollo en 1980 se incluye en la política social, este plan y el de 1983 – 1988, se proponen metas demográficas para el año 2000 llegar al 1% de crecimiento de la población; busca reducir el número de hijos, garantizar la salud, la educación y la protección de la familia, respetando la libertad de decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos que se quieren tener, aunque en ocasiones no se tiene información completa y clara de los métodos anticonceptivos.

1.2.- Derecho a la procreación

Al hablar de derechos reproductivos se refiere a todo aquello que emane de la función de la reproducción, en poder decidir, cuándo, cómo y con quién procrear.

⁷ Diario Oficial Ley General de Población. 7 de enero de 1994. pág. 9

El primer antecedente mundial sobre la preocupación de un gobierno por la planificación familiar y la anticoncepción se dio, por primera vez en México en 1922, en Yucatán durante el gobierno de Felipe Carrillo Puerto.

A nivel internacional una idea ya acaba del derecho a la planeación familiar se encuentra en el párrafo sexto de la Declaración de los jefes de Estado en Materia de Población, de diciembre de 1966, se cree que la gran mayoría de los padres desean contar con los conocimientos y los medios para planear sus familias, y que la oportunidad de decidir el número y espaciamiento de los hijos constituye un derecho humano fundamental.

En 1973, en la exposición de motivos de la Ley General de Población expresó el Presidente de la República que el gobierno estaba plenamente consciente de la importancia y complejidad del fenómeno demográfico, por lo que habría de inscribirse su acción en el contexto jurídico político de la Constitución, considerando el respeto a las libertades fundamentales del hombre y la dignidad de la familia.

En diciembre 1974, México fue el segundo país en consignar en el artículo 4º de su Constitución, como garantía individual, el derecho a la procreación. El primero fue Yugoslavia quien lo hiciera en febrero de ese mismo año.⁸

Ciertamente la legislación sobre planeación familiar, sumada a las políticas del gobierno, que se implementaron en apoyo de la misma, lograron al paso de varias décadas, disminuir la tasa de crecimiento de la población, sin embargo, ello no impactó en el desarrollo económico y social como se esperaba, pero si dió origen a dos situaciones de gran trascendencia social:

⁸ www.cimac.noticias.com, consultada 03 de abril 2005

a) Independientemente de aspectos demográficos, jurídicos o de salud representó para las parejas la posibilidad de planear la llegada de un hijo a voluntad, de acuerdo a sus condiciones de relación, económicas, laborales, de desarrollo, etc.

b) Su magnitud como derecho humano, en la conciencia de las parejas y las personas, no se le otorgó tanto la Constitución, como la experiencia que significó poder decidir a voluntad la procreación, sobre todo para las mujeres.

1.2.1.- Marco Legal y Jurídico: Políticas de población y salud.

El derecho a la salud e información con calidad, al servicio de planificación familiar y a la equidad de género, esta garantizado en:

a) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 4º El varón y la mujer son iguales ante la ley... toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

b) Reglamento Interno de la Secretaría de Salud:

El reglamento interno de la Secretaría de Salud enmendado en 1997 señala las obligaciones correspondientes de la Dirección General de Salud Reproductiva, que fomentan la salud en el hombre, la mujer y los hijos.

Capítulo VI, de las Direcciones Generales, Artículo 17

- I. Formular, proponer, difundir y evaluar las políticas y estrategias en materia de salud reproductiva, que en todos los casos incluirá la planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias correspondan a otras dependencias.

-
-
- II. Detectar, analizar y promover el estado de bienestar de la población en materia de salud.⁹

c) Ley General de Población:

La Ley General de Población promulgada en 1974, así como el Reglamento correspondiente, establecen el sustento jurídico a las acciones en planificación familiar y contribuyen al incremento de la calidad de vida y bienestar familiar en la población mexicana.

Capítulo I, Objeto y Atribuciones, Artículo 3.

- II. Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen los organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país.
- III. Disminuir la mortalidad.
- IV. Influir en la dinámica de la población a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional y técnica, y de protección a la infancia, y obtener la participación de la colectividad en la solución de los problemas que la afectan.
- V. Promover la plena integración de la mujer al proceso económico, educativo, social y cultural.
- VI. Promover la plena integración de los grupos marginados al desarrollo nacional.

⁹ El derecho de la libre decisión en salud reproductiva, op. cit., pág 32

Capítulo II. Política de Población, Sección I. Planeación Demográfica, Artículo 14

La planificación familiar, en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información y los servicios idóneos.

Capítulo II, Política de Población, Sección I, Planeación Demográfica. Artículo 25.

Los programas de población procurarán:

- I. Vincular a la familia con los objetivos nacionales de desarrollo.
- II. Fomentar el fortalecimiento de los lazos de solidaridad entre los integrantes de la familia.
- III. Reevaluar el papel de la mujer y del varón en el seno familiar.
- IV. Evitar toda forma de abuso y discriminación individual y colectiva, hacia la mujer.

Explícitamente el Reglamento de la Ley General de Población garantiza el elemento de gratitud en la información y los servicios de planificación familiar que otorgan las instituciones del sector público, señala el derecho a la libre decisión, además de las características sustantivas de este programa.

Capítulo II; Sección I, Artículo 15. Los programas de planificación familiar son indicativos, por lo que deberán proporcionar información general e individualizada sobre sus objetivos, métodos y consecuencias, a efecto de que las personas estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho a determinar el número y espaciamiento de sus hijos.

También se orientará sobre las causas de infertilidad y los medios para superarla. En la información que se imparta no se identificará la planificación familiar con el control natal o cualesquiera otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o

coactivas para las personas e impidan el libre ejercicio del derecho a que se refiere el párrafo anterior.

Capítulo II, Sección I, Artículo 16. Los servicios de planificación familiar deberán estar integrados y coordinados con los de salud, educación, seguridad social, información pública y otros destinados a lograr el bienestar de los individuos y de la familia.

Artículo 17. La información y los servicios de salud, educación y los demás relativos a los programas de planificación familiar serán gratuitos, cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público.

Artículo 18. Los programas de planificación familiar informarán de manera clara sobre fenómenos demográficos y de salud reproductiva, así como las vinculaciones de familia con el proceso general de desarrollo e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad. La responsabilidad de las parejas e individuos en el ejercicio del derecho a planificar su familia, consiste en tomar en cuenta las necesidades de sus hijos, vivos y futuros, y su solidaridad con los demás miembros de la comunidad, para dar lugar a un mayor bienestar individual y colectivo.

Artículo 20. Los servicios de información, salud y educación sobre planificación familiar a cargo de las instituciones públicas se realizarán a través de programas permanentes. El Consejo propondrá los criterios y procedimientos de coordinación de las dependencias y entidades que tengan a su cargo esos servicios.

Artículo 21. Los servicios de salud, educativos y de información sobre programas de planificación familiar garantizarán a la persona la libre determinación sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear. Quede prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de fecundidad.

Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio recabarán previamente su consentimiento por escrito.¹⁰

d) Ley General de Salud:

La Ley General de Salud respecto a los Servicios de Planificación Familiar señala:

Título Tercero Prestación de los Servicios de Salud, Capítulo VI, Servicios de Planificación Familiar.

Artículo 67. La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y el hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35 años así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número, todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

¹⁰ Diario Oficial Ley General de Población. 7 de enero de 1994. pág. 9

Artículo 68.

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos, y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población.

- II La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios, de planificación familiar.

- II. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.

- III. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana.

- IV. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar.

- V. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Título séptimo Promoción de la Salud, Capítulo II, Educación para la Salud.

Artículo 112

La educación para la salud tiene por objeto:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud.

-
-
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud.
 - III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la fármaco dependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

La Ley General de Salud promulgada en 1984 y enmendada en 1997, considera a la planificación familiar como una estrategia sustantiva en materia de salud y promueve acciones de información y derecho a la libre decisión, prestación de servicios e investigación.

La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de Servicios de Planificación Familiar y de educación sexual, define las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.¹¹

1.2.2 Marco Normativo

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar NOM 005-SSA-2 publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 1994, ha sido actualizada y contiene los aspectos técnicos y avances, en tecnología anticonceptiva más recientes.

¹¹ Diario Oficial Ley General de Salud. 1994 pág. 15

Este documento normativo describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye la selección, prescripción y aplicación de la metodología anticonceptiva, así como la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería.

La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios.¹²

Derechos Reproductivos y Sexuales

El Programa Nacional de Población y el Programa Estratégico de Salud Reproductiva 2001 – 2006, son consecuentes con los principios que tradicionalmente han regido la política de población de México. Los derechos reproductivos están consagrados en el artículo 4º constitucional que establece el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos y a obtener la información y los servicios idóneos. Además, la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar indica los estándares de calidad con los que deben otorgarse los servicios. El propio Programa Estratégico de Salud Reproductiva destaca las principales líneas de acción que deben instrumentarse para que tanto hombres como mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos.

De estos documentos se desprende que los derechos reproductivos incluyen:

¹² Diario Oficial. Proyecto de la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación de la familia (1993).
Pág. 18

-
- El derecho básico de todos los individuos y las parejas a decidir de manera libre, informada y responsable sobre el número y espaciamiento de sus hijos con acceso a información, educación y servicios.
 - El derecho a alcanzar el nivel más elevado de bienestar sexual y reproductivo.
 - El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia.

La población usuaria de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores público y privado tiene derecho a:

- Información sobre los beneficios, mecanismos de acción, forma de uso, indicaciones, contraindicaciones, precauciones y efectividad de todos los métodos anticonceptivos disponibles.
- Recibir atención y servicios de salud reproductiva con calidad.
- Decidir responsable e informadamente y con libertad sobre la práctica de la planificación familiar, y el uso de métodos de la regulación de la fertilidad.
- Tener acceso a métodos anticonceptivos efectivos y exentos de riesgos y daños para la salud.
- Recibir información, orientación – consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias y con privacidad.
- Establecer relación con los prestadores de salud con confidencialidad y certeza de que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.
- Recibir un trato digno y respetuoso por parte de los prestadores de servicios.
- Recibir información, servicios y suministros en planificación familiar por el tiempo que sea requerido para asegurar el uso sin interrupciones involuntarias de un método anticonceptivo.

-
- Poder expresar los puntos de vista personales acerca de la información, los métodos anticonceptivos y los servicios recibidos.
 - Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente (oclusión tubaria bilateral y vasectomía), todas las instituciones o dependencias que presten el servicio están obligadas a recabar su consentimiento por escrito.

Para estar en condiciones de garantizar el ejercicio pleno de estos derechos, los esfuerzos gubernamentales se han dirigido a ampliar el acceso a los servicios de planificación familiar, a mejorar la calidad con que se otorgan y a fortalecer tanto los mecanismos de seguimiento y evolución como las estrategias de información, educación y comunicación.

Derechos sexuales:

El derecho sexual se define “como el derecho de todo ser humano a tener control respecto a su sexualidad, a decidir libre y responsable sin verse sujeto a la coerción, discriminación y violencia”.¹³

Es necesario mencionar que aunque el término Derechos Sexuales no aparece descrito, su definición y contenido fueron aprobados dentro del marco de los derechos humanos en la Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 96.

A partir del Congreso Mundial de Sexología, celebrado el 26 de agosto de 1999, se aprobó la siguiente Declaración de los Derechos Sexuales:

- ✓ El derecho a la libertad sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto

¹³ Introducción a los métodos anticonceptivos: información general. Secretaría de Salud. Dirección General de la Salud Reproductiva. (2002). Pág. 11

excluye toda forma de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.

- ✓ El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. también están incluidas, la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- ✓ El derecho a la privacidad sexual. Este involucra al derecho a las decisiones y conductas individuales, realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
- ✓ El derecho a la equidad sexual. Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
- ✓ El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- ✓ El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- ✓ El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

-
- ✓ El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fertilidad.

 - ✓ El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre, y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

 - ✓ El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

 - ✓ El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Democratización de la salud sexual y reproductiva todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencia sexuales tienen el derecho a recibir información y servicios de calidad de planificación familiar con eficiencia y oportunidad.¹⁴

1.3 Salud Reproductiva

La salud reproductiva debe entenderse como “el estado general de bienestar físico, mental, y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y procesos, es decir, la capacidad de los individuos y

¹⁴ NOM 005 de la Planificación Familiar de 1994. pág. 3

de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgo, con la absoluta libertad para decir de manera responsable y bien informada sobre el numero y espaciamiento de sus hijos".¹⁵

El programa de acción salud reproductiva tiene como propósito fundamental disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios de alta y muy alta marginación. Los objetivos del programa se centran en incrementar la información y educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población como son los adolescentes, indígenas y discapacitados.

En 1974 en consonancia con la reorientación de la política de población del Estado Mexicano, el sector salud inicio oficialmente acciones de información y servicios de planificación familiar en todo el país, con el estricto apego al mandato del artículo 4° de nuestra constitución política y con absoluto respecto a la dignidad de los individuos y al derecho a su libre decisión.

México fué uno de los primeros países del mundo en implantar en 1995 un Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, Salud Sexual y Reproductiva de la población adolescente, Salud Perinatal, y Salud de la mujer, todos ellos con una clara perspectiva de género.¹⁶

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar ha contribuido en un periodo relativamente corto, a regular el crecimiento de la población de manera armónica, acorde al desarrollo social de país, permitiendo un mejor desarrollo de aprovechamiento de los recursos humanos.

¹⁵ El derecho de la libre decisión en salud reproductiva. *op. cit.* Pág. 21

¹⁶ Secretaría de Salud, Subsecretaría de previsión y control de enfermedades. *op. cit.*, pág.9

Es indudable que a lo largo de sus 25 años de vida, el Programa de Planificación Familiar. Ha tenido importantes avances. Una característica distintiva de este programa ha sido su continúa evolución, incorporando los avances científicos y tecnológicos tanto nacionales como internacionales adaptándolos a las necesidades y prioridades de la población usuaria.

Es importante destacar que la Salud Reproductiva, incluida la planificación familiar, constituye uno de los ejes estratégicos de las políticas de salud, población y desarrollo social de la nación y que sus acciones están centradas en el fortalecimiento de la mujer y el bienestar de la familia, considerando la diversidad cultural y étnica del país.¹⁷

En el nuevo contexto de la salud reproductiva, se ha ampliado la oferta de métodos anticonceptivos, poniendo al alcance de la población de información y conserjería sobre diferentes estrategias de planificación familiar

El programa tuvo en sus inicio mayor impacto en el área urbana mientras que en los últimos años se registro un incremento significativo en el área rural.

Ante la apremiante necesidad de servicios básicos de salud en el área rural, donde los problemas de salud se tornan más graves e incontrolables debido a su infraestructura y a las características de la población, se cuenta con el Programa de Planificación Familiar dentro del contexto de salud reproductiva.

Durante las últimas tres décadas, en México se han realizado grandes esfuerzos por mejorar la salud reproductiva de la población, lo que ha contribuido a prevenir los embarazos no planeados y disminuir los niveles de fecundidad.

El Programa Nacional de Salud y el Programa de Salud Reproductiva 2001-2006, plantean estrategias que se impulsarán a que los mexicanos disfruten de una vida sexual, reproductiva,, satisfactoria, saludable y sin riesgos; con absoluto respeto a

¹⁷ Secretaria de Salud, Subsecretaria de previsión y control de enfermedades. *op. cit.*, pág.12, 13

sus derechos y su libre decisión, con particularidad énfasis en las áreas rurales y urbano marginadas.

Se ha revelado en el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000 que en nuestro país entra al siglo XX en una plena transición demográfica, con el crecimiento de población menos acelerado y con una mayor esperanza de vida al nacimiento.¹⁸

El avance ha sido importante, aunque ciertamente aun insuficiente, por lo que es necesario fortalecer todos o cada uno de los componentes para lograr salud y los derechos reproductivos con calidad para todos los usuarios.

Los servicios de planificación familiar a incorporado la elegibilidad de los métodos anticonceptivos, orientación, consejera, consentimiento informado, derechos sexuales y reproductivos, así como el derecho a la libre decisión.

El autor dice que durante la última década se incrementaron las acciones de salud e información, se amplió la oferta de los métodos anticonceptivos, se promovió la participación activa del varón y se impulsaron acciones para atender la salud sexual y reproductiva, la condición de la mujer ha sido mejorado paulatinamente y se reconoce cada vez más su participación en los campos laboral, de la salud, la educación y en otros de relevancia para el desarrollo del país.¹⁹

La diversidad de los factores implicados en los procesos de salud, en general, y de salud reproductiva, en particular se reconoció en Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en septiembre de 1994.

¹⁸ Hatcher, A. Robert y Pluhar, Erika. *La planificación familiar, una guía para la salud reproductiva y la anticoncepción* (2004). Pág. 24

¹⁹ Hatcher, A. Robert y Pluhar, Erika. *op. cit.* pág. 35

La atención de la salud reproductiva implica, por un lado, garantizar el acceso a información de servicios de planificación familiar, de salud materno-infantil, así como de prevención y atención de las complicaciones del aborto, de las infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA, de la infertilidad y de las neoplasias malignas del tracto reproductivo.

Además se requiere incidir sobre las condiciones sociales y culturales, particularmente sobre las inequidades sociales y de género que registren el poder de decisión de las personas en los asuntos de su sexualidad y reproducción y limitan su capacidad para encarar de manera adecuada los problemas de salud reproductiva que enfrentan a lo largo de su trayectoria de vida.²⁰

Observan que hasta hace pocos años, los programas de salud reproductiva se dirigieron casi exclusivamente a mujeres casadas o en edad fértil, excluyendo de la atención a los adolescentes, mujeres sin pareja o sin hijos así como a las mujeres infértiles, incluyendo a aquellas que representaban problemas derivados del uso de anticonceptivos.

1.3.1 Planificación Familiar

La planificación familiar se considera de particular importancia por referirse a los aspectos más íntimos y trascendentes del ser humano, como son la sexualidad y la transmisión de la vida misma, que además viene a contribuir muy favorablemente a los planes y objetivos de otros sectores, mediante su participación tan evidente en la dinámica de la población.

A partir de una definición muy general, la planificación familiar “es el conjunto de acciones que una persona lleva a cabo para determinar el tamaño y la estructura

²⁰ Zúñiga, Elena. Dúran, Dacha. Logia Silvia. *La salud reproductiva en las entidades federativas: una mirada a través de los índices de rezago*. (2003). Pág. 14 y 15.

de su familia, el conjunto de decisiones que toma y las prácticas que realiza en torno a su reproducción”²¹

La planificación familiar no debe manejarse con el sentido limitado que la refiera simplemente a planear el número de hijos. Su perspectiva va más allá del número y el oportuno advenimiento de cada hijo; se considera todo el contexto de la vida familiar con el propósito de favorecer su bienestar; el cual implica una mayor oportunidad a la salud y a la superación, además de propiciar el mejor entendimiento y compromiso entre los cónyuges y entre padres e hijos, justamente para la persistencia de la integración familiar.

El término de planificación familiar surgió a mediados del siglo para sugerir una idea más sutil para servicios conocidos anteriormente como control de la natalidad o paternidad responsable.

Existen condiciones de orden individual o biológico que ante un embarazo, repercuten en la salud de la madre y del hijo. Aunque están representan una minoría, con respecto a las sociales; como son las condiciones sanitarias, económicas, y culturales, que guarden una estrecha relación en la causalidad y prevalecía de la morbilidad materna e infantil.

La salud materna se ve seriamente afectada por el número de embarazos, partos, periodos ínter genésicos breves y pos la edad en que las mujeres llevan a cabo la gestación, la cual viene a agravarse con la presencia de condiciones sociales adversas.

En nuestro país es difícil conocer con precisión la situación de las principales variables que intervienen en los cambios de la población, debido a la subjetividad de algunos o al grado de dificultad para el conocimiento de otros, afortunadamente para las variables o indicadores con mayor expresión de la incidencia de las

²¹ Romero Salazar Leonardo. Coordinador del centro de asesoría y consultaría. Colombia (2001). Pág. 38.

acciones de planificación familiar, los resultados han podido evidenciarse como es el caso de la natalidad y fecundidad.

Es difícil intentar la fertilidad humana por medios biológicos lo cual se complica aun mas por existir actitudes culturales que, son irracionales. Pero en general hay un interés creciente en los problemas de población y los biológicos han hecho contribuciones importantes tanto técnicas como la actitud dentro de la problemática que presenta este campo.²²

La planificación familiar trabaja para mejorar la seguridad, eficacia, aceptación de los métodos de planificación familiar, calidad y la accesibilidad de los servicios de salud reproductiva.

La planificación familiar requiere de un proceso complejo de formación que promueva desde tempranas edades valores, actitudes y habilidades para una paternidad / maternidad responsables y exitosa como producto de una opción libre y consiente, por supuesto esto requería de procesos intencionales, permanentes y sistemático de educación sexual tanto en sistema educativo como familiar.

Hubbard dice que el hombre elimina los miedos e imperfecciones a través del conocimiento lo cual permite planear y actuar efectivamente para buscar el bienestar, seguir sus metas personales, familiares, y sociales. Y como en toda búsqueda tener éxito exige planificación como lo expresa muy adecuadamente la frase tan común planificación familiar.²³

Dentro del programa de acción de salud reproductiva, la planificación familiar es una de las acciones sustantivas del sistema nacional de salud, cuyos logros tienen

²² Austin C.R. Short, R.V. *Control artificial de la reproducción*. ediciones copilco (1982). Pág. 32.

²³ Hubbard, Charles. *Como orientar la planificación familiar, médicos, enfermeras y psicólogos*. México (1986). Pág. 15.

el impacto global de salud, en el crecimiento armónico de la población y en el desarrollo sostenible del país.

De acuerdo con el programa nacional de salud (PNS) la planificación familiar forma parte de la estrategia para reducir los rezagos de salud que afectan a la clase socioeconómica baja.

En cuanto a los programas de planificación familiar se prevé que habrá evolución en cuanto a la fecundidad. Según datos del CONAPO entramos al año 2000 con un promedio de 2.4 hijos por mujer, y se tiene previsto un descenso para alcanzar 2.1 hijos por mujer en el 2005 y alcanzar en las próximas becasadas un máximo de 1.7 hijos por familia.²⁴

La planificación familiar hace referencia " al proceso de toma de decisiones que una pareja hace respecto al tipo de familia que desean conformar y al proyecto de vida familiar que desean construir"²⁵ Comúnmente se confunde planificación familiar con no tener hijos lo que hace una pareja es el uso de métodos anticonceptivos para no tener hijos, esto no es planificar una familia.

1.3.2 Los Programas de Planificación Familiar

En sus inicios las actividades en el campo de la Planificación Familiar fueron realizadas por instituciones privadas. En 1958 se fundó la asociación pro salud maternal (APROSAM), que fue la primera en proporcionar servicios organizados de este tipo. En 1965, se creó la fundación para estudios de la población, A.C. (FEPAC), se integró un grupo multidisciplinario de profesionales interesados en desarrollar un programa básico de investigación, educación y prestación de servicios médicos de Planificación Familiar. En 1984, esta institución cambió su

²⁴ Secretaria de Salud. *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud*. México (1998)

²⁵ Hubbard, Charles. *Op. cit.*, . pág. 8

nombre a Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM); bajo este nombre continuarán desarrollando importantes actividades.

La primera Institución Gubernamental que trabajó en Investigación y en la Prestación de Servicios en Planificación Familiar fué el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, en 1968, estas instituciones atendían la incipiente demanda de métodos anticonceptivos que existía en ese momento aunque también los médicos privados y las farmacias desempeñaron un papel importante en este sentido.

Posteriormente, las actividades de las dependencias gubernamentales ganaron el terreno sobre las que realizaban las entidades privadas. Fué así que en 1972 se iniciaron actividades de Planificación Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y en la entonces Secretaria de Salud y Asistencia (SSA); EN 1973 se incorporó Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, (ISSSTE).

El periodo comprendió entre 1973 y 1976 fué clave para el desarrollo de la planificación familiar nuestro país. Durante esos años se sentaron las bases organizativas, políticas y programáticas en la materia, y se tomaron medidas para integrar la planificación familiar a los servicios de salud. En 1973, el nuevo código sanitario derogó el artículo que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos, y en ese mismo año se integró la comisión Interinstitucional de atención materno-infantil y planificación familiar, cuya tarea era coordinar e integrar las actividades y los programas de cada institución de este rubro. Sin embargo, apenas en 1976 la Planificación Familiar se empezó a definir de una manera integrada y estructurada.

²⁶

Los objetivos que dieron origen a los programas Planificación Familiar de entonces básicamente los mismos que prevalecen en la actualidad: coadyuvar a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto por la decisión y

²⁶ El derecho de la libre decisión en salud reproductiva, *op. cit.*, pág. 18.

dignidad de las parejas; contribuir a mejorar la salud materna e infantil y ayudar a reducir el número de embarazos no deseados y sus consecuencias, como sería el aborto.

En 1976, se creó la coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, con la finalidad de dar congruencia a las actividades de las instituciones participantes.

En octubre de 1977 se terminó el primer Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1982, elaborado conjuntamente por la entidad mencionada y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) aspecto importante de este plan fué la programación de metas de cobertura de usuarias de anticonceptivos nuevas y activas, en concordancia de las metas de crecimiento natural.

Durante este periodo se sentaron bases sólidas para la presentación de servicios de salud en Planificación Familiar, especialmente para la capacitación del personal; al mismo tiempo se inició la organización de servicios especiales para dar atención a las áreas rurales, principalmente a través de los servicios IMSS-OPORTUNIDADES de los de hoy que se conocen como (estrategia de extensión de cobertura) que coordina la Secretaria de Salud, cuyo objetivo era llegar a las comunidades rurales de entre 500 y 2500 habitantes.

A partir de entonces también se puso en marcha en el seno del CONAPO el Programa de Comunicación de Planificación Familiar, cuya finalidad era informar y sensibilizar a la población y generar cambios de actitud en relación con el comportamiento reproductivo. Así mismo, el CONAPO emprendió el Programa de Educación Sexual, desarrollando dentro del sistema de educación formal, del sector salud y en los ámbitos de promoción rural y educación para adultos.²⁷

²⁷ Zúñiga, Elena. Dúran, Dacha. Logia Silvia, *op. cit.*, pág. 49, 50, 52

Con respecto a la planificación familiar, en este tipo se produjeron los avances más importantes en el país, posiblemente debido a una demanda potencial muy alta, básicamente en las zonas urbanas y entre parejas con sus expectativas reproductivas satisfechas.

La secretaria de salud, como cabeza del sector asumió la coordinación de los programas de las instituciones públicas de salud por lo que hizo innecesarias la existencia de la coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, que apareció en 1983.

En estos años la planificación familiar reforzó su status como programa de salud. En 1984 se la incluyó en la Ley General de Salud, en términos similares a los que ya había establecido la Ley General de población.²⁸

La práctica de la planificación ha contribuido a propiciar una actividad responsable frente a la sexualidad, la reproducción; mejorar la salud materna e infantil y fomentar entre la población una cultura de salud. Como se sabe, los alumbramientos demasiado precoces, próximos entre sí, tardíos es así que la práctica de la planificación familiar contribuye a salvar vidas y a proteger la salud de miles de millones de mujeres y niños.

La planificación familiar también ha contribuido al mejoramiento de las condiciones sociales y económicas de la población en muchos países. Durante las diversas reuniones internacionales que se han desarrollado en Ginebra, Budapest y El Cairo, se ha acordado incluir los servicios de planificación familiar, como parte esencial de los servicios de salud con el objetivo de mejorar las condiciones de la vida de la población a nivel mundial.

La planificación familiar en un nuevo contexto pone al alcance de toda la población información veraz y oportuna así como una diversidad de métodos y estrategias

²⁸ Figueroa, P. J. G. *Persona y reproducción humana femenina* en México (1992), pág. 104

anticonceptivas que responden a las necesidades de cada individuo y de cada pareja de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo.

Se promueve la participación activa del varón en las decisiones y corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo; fomenta actitudes y conductas responsables en la población adolescente para organizar su salud sexual y reproductiva y propone estrategias que con pleno respeto a la diversidad cultural y étnica del país permitan fortalecer la salud reproductiva de las poblaciones dispersas en el área rural.

El acceso a la planificación familiar tiene como resultado familias más saludables, faculta a la mujer y aumenta sus oportunidades económicas y, al estabiliza el crecimiento poblacional, mejora el medio ambiente mundial.

A partir de la promulgación de la Ley General de Población de 1973 y para cubrir su objetivo se considera como una necesidad realizar programas de planificación familiar basados en servicios de educación de salud pública. Es hasta 1977 cuando se aprueba el Plan Nacional Familiar que establece objetivos y metas acordes con la política demográfica vigente.

Los servicios de planificación familiar se empiezan a ofrecer en clínicas consultorios de instituciones del sector salud (IMSS, SS y el ISSSTE) se integran los prestados con las instituciones privadas, existentes desde la década de los setenta.

En el discurso dichos servicios proporcionan métodos anticonceptivos y acciones educativas encaminadas a la regularización del crecimiento de la población buscando la libertad y el respeto en la decisión de cada pareja, sin embargo en la practica no se lleva acabo, cabe hacer mención que algunos organismos no gubernamentales o instituciones de salud del tercer nivel han implementado programas educativos de planificación familiar acordes con esta legislación.

En su inicio los programas de planificación familiar estaban encaminados "principalmente a capacitar intensivamente al personal de las clínicas y centros de salud distribuidos en todo el país para que fomentará en su población demandante el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos" ²⁹

A partir de 1982 la Secretaria de Salud tiene a su cargo los programas de planificación familiar creándose posteriormente el grupo interinstitucional de planificación familiar de esta fecha dicho programa, establece metas anuales con una desagregación por niveles institucional y rural-urbano. ³⁰

Para 1989 el grupo interinstitucional de planificación familiar presidió por el Secretario de Salud, inicia sus funciones, dentro de éstas se encuentra la elaboración de planteamientos programático para la administración vigente hasta 1994 que junto con el Programa Nacional de Planificación son base para el Programa Nacional de Planificación Familiar de 1990-1994 que continúa a disminuir la fecundidad apoyándose con programa educativo y de salud materno-infantil.

Estos programas son unificados por la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar la que tiene objetivo "unificar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México " ³¹ señala como campo de aplicación las instituciones del sector público y privado en un marco de salud reproductiva, que busca la prevención de riesgos en la salud de las mujeres y sus hijos.

²⁹ Programa Nacional de Planificación Familiar (1990-1994) México, CONAPO (1990) pág. 18.

³⁰ Amando, Fernando. *La planificación de familiar*, México (1992), pág. 81.

³¹ Diario Oficial. Proyecto de la Norma, op. cit., pág. 24

Las actividades que deben comprender los Programas de Planificación Familiar de acuerdo a lo normado:

Promoción y Difusión

Dar a conocer la importancia de la práctica de Planificación Familiar para la salud y la existencia de los servicios en unidades medicas, centro comunitarios de atención y servicios privados.

Información y Educación

Debe ser impartida grupal o individualmente y comprender aspectos como sexualidad y reproducción humana, factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida métodos anticonceptivos disponible, indicaciones y contraindicaciones , ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso y si procede información sobre su costo lo que el usuario debe esperar de los prestadores de los servicios (médicos, trabajadores sociales, enfermeras etc.) información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.

Consejería

Incluir un análisis y comunicación que le sirvan al usuario para tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida reproductiva y la elección del método mas adecuado a sus necesidades.

Selección, prescripción y aplicaciones de método anticonceptivos

Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad

Seguimiento del usuario

Referencia a otro nivel de atención en caso necesario

Los lineamientos señalados deben ser aplicados a todas las instituciones que presten los servicios de Planificación Familiar, sin embargo sólo algunas instituciones, como salud y organismos independientes los cubren.³²

1.3.3 Instituciones que prestan el servicio de planificación familiar.

Las instituciones que prestan los servicios de Planificación Familiar se dividen en tres sectores, el público, el privado y las organizaciones no gubernamentales, basan sus funciones en el Programa Nacional de Planificación Familiar.

- El Sector Público

a) Asistenciales: la Secretaría de Salud, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Departamento del Distrito Federal (DDF) y los hospitales civiles, estatales y municipales que proporcionan atención en materia de salud a la población que no cuenta con los servicios de las instituciones de seguridad social.

b) De Seguridad Social; Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (S.D.N.), Secretaría de Marina Nacional (S.M.N.) prestan servicios de salud y planificación familiar a sus derechohabientes, sin embargo estos últimos deben ser proporcionados a toda la población que los demande sin costo alguno.

³² La orientación conserjería como elemento básico en la calidad de los servicios de planificación familiar en áreas rurales. Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva (1998), pág. 38,39,40.

-
- Sector Privado

El sector privado comprende farmacias, consultorios y otros locales, las farmacias son el lugar donde se obtienen la mayor cantidad de métodos anticonceptivos en especial, el condón, hormonales (pastillas e inyecciones).

- Las organizaciones no gubernamentales

En los últimos años las organizaciones no gubernamentales, instituciones sin fines de lucro, independientes, su trabajo va encaminado al desarrollo de proyectos en beneficio de la sociedad, a la búsqueda de la modificación de actitudes y al mejoramiento integral de los seres humanos y organismos populares proporcionan los servicios de planificación familiar, contribuyen ofreciendo diferentes métodos anticonceptivos y proporcionan educación sexual y servicios de salud reproductiva. Algunas de ellas coadyuvan al fortalecimiento de la concepción integral de salud de la mujer en especial.

1.3.4 Población a la que van dirigidos los programas de planificación familiar.

El Programa Nacional de Planificación Familiar ha definido cuatro grupos de población preferentes en la promoción de la Planificación Familiar dando énfasis a la disminución de la tasa de natalidad en cada uno, de acuerdo con su característica de acceso a la información, de concentración, rasgos culturales, la disponibilidad de recursos médicos etc.

Población rural

La diversidad cultural, la limitación de los recursos y la falta de material educativo específico de promoción e información en el medio rural es uno de los obstáculos mas grandes y ha significado unos de los retos tradicionales de los programas institucionales de planificación familiar, además dentro de los problemas a los que

se afronta los prestadores de este servicio están la dispersión de las comunidades, en México existen más de 120 mil.³³

Así para poder incrementar y cubrir los servicios de Planificación Familiar en áreas rurales, el IMSS capacitó a partes empíricas que en 1983 proporcionan el 30% del servicio en estas zonas, tenían conocimiento sobre sus comunidades y eran aceptadas por su población. Actualmente estos servicios son proporcionados en clínicas rurales, y se continúa con el apoyo de las parteras en mayor proporción.

Población adolescente

La población es otro grupo prioritario en la promoción de planificación familiar, representa a cerca de la mitad de la población del país y es el que mayor tiempo esta expuesto al riesgo de producción dado que su periodo fértil inicia desde los 15 años, y es en esta época cuando se comienza la vida sexual activa normalmente de manera desinformada y sin responsabilidad "es por ello que alrededor de 500 mil embarazos se producen en mujeres de 19 años " ³⁴ Con detrimento en la calidad de vida ya que esta experiencia deja huella indeleble en la formación de la pareja y en la forma de ejercer y disfrutar la sexualidad a futuro.

Los programas de Planificación Familiar dirigidos a esta población trasmite información, orientación y educación encaminada a la prevención de embarazos, así como de las enfermedades de transmisión sexual, por las consecuencias biológicas (alto índice de morbimortalidad materno-infantil), psicológicas (temor, culpa, angustia, depresión) y sociales (matrimonios forzados, abandono de estudios etc.) que ocasionan y repercuten en el desarrollo de la vida de los adolescentes.

³³ Amando, Fernando, *op. cit.*, pág.85.

³⁴ Amando, Fernando, *op. cit.*, pág. 87.

Aunque es el grupo que en apariencia tiene mayor acceso a la información, existen factores de tipo económico (inicio de la actividad laboral), cultural (transmisión de valores, tabú, etc.) que van limitando dicho acceso y además lo van perneando de condiciones de carácter educativo.

Mujeres embarazadas

Otro grupo prioritario son las mujeres embarazadas que durante la gestión y al término de esta se les trasmite información sobre los diferentes métodos anticonceptivos, orientada a espaciar adecuadamente el siguiente embarazo y a contribuir en el mejoramiento de las condiciones de salud tanto de ellas como la de los recién nacidos.

Es importante destacar que durante el transcurso del embarazo, con una mucha frecuencia es la única ocasión en que se les proporciona información y servicios de planificación familiar, lo que está íntimamente relacionado con la estructura y organización del servicio.

En los programas institucionales se recomienda que después de un parto o un aborto se practique la operación femenina de esterilización o se inserte el dispositivo intrauterino.

Los hombres

El cuarto grupo está constituido por los hombres, visto como una necesidad urgente el incorporarlo a la práctica de la Planificación Familiar como usuarios del preservativo y la vasectomía, sin embargo existe una falta de motivación "ya que el varón no es el miembro de la pareja que se queda embarazada"³⁵

³⁵ Danforth. Tratado de obstétrica y ginecología, México (1986), pág. 246.

Al mismo tiempo es necesario su apoyo en la decisión de su pareja al adoptar un método anticonceptivo, así como compartir su uso y la responsabilidad en la reproducción.

Sin embargo en muchas ocasiones son ellos el mayor obstáculo de las mujeres a controlar su fecundidad al no compartir la decisión de su pareja.

CAPITULO 2

MARCO CONCEPTUAL

2.1.- La anticoncepción

Métodos anticonceptivos “son aquellos que utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente” ³⁶

Los métodos anticonceptivos son como cualquier otro bien de consumo ya que se tiene el derecho a escoger, todos tienen características especialmente útiles, de ahí que cada mujer decide cual es el apropiado, es importante que después de haber elegido uno se tenga conocimiento de los pro y contra de éstos. Considerando como un factor determinante en el empleo exitoso de la anticoncepción la elección en pareja.

Los métodos anticonceptivos pueden ayudar a tomar decisiones respecto a la vida sexual a lograr una relación sentimental más profunda, rica en emociones, exenta de preocupaciones, elegir respecto al embarazo, a la decisión de fundar una familia, en qué momento preciso y con qué ritmo, permiten tener un control del cuerpo y de la vida.

La elección del método anticonceptivo adecuado abarca dos aspectos: Por un lado, indagar qué métodos resultarán cómodos, agradables y por otro, determinar los que más convienen, ya que hay algunos que no todo el mundo puede adoptar.

Después de haber elegido un método, conviene tener presente todas las opciones, reconociendo que no todas las usuarias tienen las mismas características ya pueden desear cosas diferentes en determinados momentos.

³⁶ Palma, Yolanda. Rivera, G. *La planificación familiar en México: mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. (1996), pág. 53.

La elección del método anticonceptivo que mejor se adapte a las necesidades individuales puede ser una tarea muy ardua ya que depende de la cultura e idiosincrasia de la población.

A medida de que el número de hijos se aproxima al que desean los padres, tiende a aumentar la necesidad de limitar los embarazos, junto con la eficiencia y regularidad en el empleo de medidas anticonceptivas. La experiencia contribuye a elegir un buen método.³⁷

El costo cada día mayor de la alimentación, vestido, alojamiento y educación de los hijos, junto con las exigencias generales, de un nivel de vida más alto, han impulsado a muchos matrimonios de los países industrializados a limitar el tamaño de la familia.

Las mujeres expresan cada vez con mayor insistencia la necesidad de métodos que combinen un alto grado de eficacia con baja incidencia de efectos perjudiciales, y algunas parejas juzgan que ambos deben compartir el riesgo que en materia de salud encierra la anticoncepción.

Es difícil intentar el control de la fertilidad humana por medios biológicos, lo cual se complica aún más por existir actitudes culturales que, a menudo, son irracionales. Pero, en general, hay un interés creciente en los problemas de población y los biólogos han hecho contribuciones importantes tanto técnicas como la actitud dentro de la problemática que representa este campo.

Una de las transformaciones más profundas que ha experimentado la sociedad mexicana en los últimos 25 años es, sin duda, el cambio en las preferencias

³⁷ Subdirección General Administrativa. *Guía completa para la anticoncepción y la planificación familiar*. IMSS (1993), pág. 33,34.

reproductivas y la interiorización de la planificación familiar como un valor en la vida de las personas.³⁸

A mediados de la década de los sesenta, cuando la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico, muy pocas personas, mayoritariamente las clases medias y altas de la sociedad, tenían conocimiento de los métodos para regular la fecundidad y éstos sólo eran accesibles en los servicios médicos privados.

El ambiente cultural de la época, a pesar de las transformaciones económicas y sociales que había experimentado el país desde los años cuarenta, seguía favoreciendo las familias numerosas, y la reproducción era percibida como algo que escapaba del control de los individuos.

El marco jurídico que prevalecía en ese tiempo, producto del predominio por muchos años de política pronatalista, imponía fuertes restricciones a la población para poder acceder al conocimiento y los medios de regulación de la fecundidad.³⁹

A nivel internacional y nacional, aunado a la mayor conciencia sobre las consecuencias económicas y sociales del acelerado crecimiento demográfico, condujo al replanteamiento de la política de población y a la modificación de su marco jurídico.

En 1973 se modificó el Código Sanitario, el cual prohibía la propaganda y venta de productos anticonceptivos. En enero de 1974 se publicó la nueva Ley General de Población, que tiene por objeto regular los fenómenos demográficos y establece la obligatoriedad del Estado de ofrecer servicios de planificación familiar en las instituciones públicas de salud.

³⁸ Hayman, S. *Guía de los métodos anticonceptivos*. ediciones. Barcelona, Buenos Aires, (1995), pág. 15

³⁹ www.conapo.com.mx/publicacions/1999, extraída el 22 de febrero del 2005.

En diciembre del mismo año se reformó el Artículo Cuarto de la Constitución Política, lo que convirtió a México en el segundo país del mundo y el primero de América Latina en consagrar en su Ley fundamental el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. En 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud se incluyó la planificación como parte de los servicios de salud.⁴⁰

Hasta antes de 1970, el conocimiento de los métodos anticonceptivos era relativamente escaso entre la población en edad reproductiva del país y se concentraba entre los integrantes de los estratos acomodados de las grandes ciudades.

La difusión de la planificación familiar, a través de los medios masivos de comunicación y los agentes institucionales de salud, facilitó que el conocimiento de los métodos anticonceptivos se extendiera en todas las regiones del país, estados, municipios e incluso entre los grupos menos favorecidos de la sociedad.

Las pastillas fué el método que más rápidamente adquirió popularidad y continúa siendo uno de los más conocido por las mujeres. Sin embargo, con el paso del tiempo el conocimiento de otros métodos modernos también se generalizó de manera que en la actualidad alrededor de nueve de cada diez mujeres conoce la pastilla, el dispositivo intrauterino (DIU), la esterilización femenina u oclusión tubaria bilateral (OTB), los hormonales orales e inyectables y los de barrera como el preservativo (CONDON).

Pocos programas de desarrollo han hecho una contribución tan importante para reducir la pobreza como la planificación familiar.

⁴⁰ www.conapo.com

La planificación familiar, como programa cuyos beneficios llegan a todos los niveles – individual, familiar, comunitario, nacional y mundial - realza la calidad de la vida al reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y paliar las presiones que gravitan sobre los gobiernos en relación con la satisfacción de las necesidades sociales y económicas.

Además, el acceso a la planificación familiar puede considerarse como un derecho humano y como medio de aumentar las opciones que las mujeres tienen durante sus vidas.⁴¹

Los programas gubernamentales hicieron poco por aprovechar la demanda de planificación familiar. Muchos de estos programas eran burocráticos y administrados desde niveles superiores. La calidad de la atención era deficiente, proporcionándose sólo una gama limitada de métodos y poco o ningún servicio de extensión.

La planificación familiar es considerada como una inversión en el futuro y un aspecto fundamental de todos los programas de formación de recursos humanos. Los dirigentes políticos y los especialistas en el desarrollo a todos los niveles desempeñan un importante papel en fortalecer los programas de Salud Reproductiva que incluye el de planificación familiar reforzando estrategias como: calidad de los servicios, mayor gama de métodos anticonceptivos, orientación – consejería y con una atención integral.

De esta forma el personal que entra en contacto directo con los clientes deberá recibir más apoyo. Este personal constituye la clave para el éxito de los programas, necesita capacitación, supervisión, apoyo y una cadena logística que proporcione anticonceptivos de forma fiable y oportuna.

⁴¹ www.uninfo.state.gov/jovina/5/itgic/1998, extraída el 21 de marzo del 2005.

Se propone ampliar las opciones para la participación del sector privado, los segmentos tanto sin fines de lucro como los que si son. Los programas nacionales necesitan participar activamente con el sector privado y deberán tratar de ampliar las formas más prometedoras de colaboración.

Deberán aprovecharse al máximo las técnicas mejoradas para llegar a posibles clientes, a medida que los programas se concentren en poblaciones más amplias, tendrán que adquirir una mayor pericia en la utilización de los medios de información.

La influencia y poder de la Iglesia Católica impide al Gobierno Federal aplicar con éxito el Programa de Salud Reproductiva. A pesar de que ayudó al drástico descenso de la fecundidad y de la mortalidad infantil ocurrido en México en la década de los 70 y en menor medida en las décadas siguientes.⁴²

2.1.1.- Historia, tipos y clasificación de los métodos anticonceptivos

El marco histórico permite conocer la evolución de la anticoncepción, basada en la necesidad de espaciar la reproducción.

Sin embargo, la anticoncepción no fue considerada como necesidad para la humanidad, hasta que el balance entre muertes y nacimientos no fue lejano a cero la migración ya no pudo aliviar los excesos en el crecimiento de la población.

⁴² www.cimac.noticias.com, consultada 03 de abril 2005

La situación cambió en el último siglo, cuando la reducción en la tasa de mortalidad condujo a presiones demográficas tanto para las familias, como para las ciudades, países y el mundo en general.

Mientras la tasa de crecimiento poblacional alcanzaba su cumbre, surgieron en muchos países la necesidad de tomar formas accesibles y culturalmente aceptadas para la regulación de la fertilidad.

Existe una gama de métodos anticonceptivos los cuales se encuentran 3 tipos, temporales, definitivos y de barrera, teniendo cada uno de ellos su clasificación. (ver cuadro 3)

Métodos ofrecidos por los Servicios de Salud de Hidalgo.

Cuadro 3

Tipo de anticonceptivo	Clasificación
Temporales	DIU
	Hormonal Oral
	Hormonal Inyectable
	Implante
Definitivos	Oclusión Tubaria Bilateral
	Vasectomía
De Barrera	Condón Masculino
	Condón Femenino

Fuente: Manual de Anticoncepción, SSH.

Métodos temporales

✓ Dispositivo intrauterino (DIU)

En el siglo IV a. C., Hipócrates fué el precursor del dispositivo intrauterino (DIU), ya que descubrió el efecto anticonceptivo que se derivaba de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero y su utilización desde épocas remotas en las camellas de los nómadas del desierto, para evitar, para evitar su preñez durante las largas travesías.

Son artefactos diseñados para colocarse en la cavidad uterina, su fabricación se emplean actualmente, polímeros plásticos; en su extremo caudal llevan una monofilamento de plástico para detectar su presencia y facilitar su extracción.

Este método brinda una protección del 95 al 98 %. ⁴³

✓ Hormonales orales e inyectables

Gran parte de la producción de los métodos anticonceptivos hormonales se desarrolló en México, gracias al biólogo R:E: Marker utilizó una pantalla Dioscórea barbasco , que florecía en la cuenca de los ríos Orizaba y Córdoba, en el estado mexicano de Veracruz.

Pero fué el biólogo Gregory Pincus quien se encargó de coordinar los estudios clínicos y lograr un total de 8,133 ciclos de Ovulación, con lo que la FDA de Estados Unidos, en 1959, otorgó la patente Envoid 10, como agente anticonceptivo, con lo que se hizo oficial el nacimiento de la píldora.

Son compuesto hormonales sintéticos que inhiben la fertilidad en forma temporal, los tipos son: orales, implantes e inyectables. La efectividad teórica fluctúa entre el

⁴³ Secretaria de Salud. Manual de Normas y Procedimientos para el Programa de Planificación familiar. (1992), pp. 193,194.

92 al 99 %, sin embargo, en la práctica la efectividad depende de la disciplina en su uso.

En caso de los inyectables está indicado en las mujeres con edades comprendidas entre 15 a 45 años, que presenten contraindicaciones para el uso del DIU.⁴⁴

El implante es un eficaz anticonceptivo hormonal de acción prolongada y reversible que confiere protección anticonceptiva durante 5 años. Está compuesto por seis finas cápsulas flexibles de goma de silicona blanca que contiene una hormona sintética.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda una eficacia mayor al 99% durante el primer año, después disminuye gradualmente.

Evita el embarazo por una combinación de mecanismos, de los cuales lo más importantes son la inhibición de la ovulación, que reduce el número de óvulos producidos, y el espesamiento del moco cervical, que dificulta la marcha del espermatozoide hacia el óvulo. También puede haber cierta supresión hormonal del revestimiento interior (endometrio) del útero.⁴⁵

Métodos definitivos

- ✓ Oclusión Tubarica Bilateral (OTB)

La OTB es un método anticonceptivo permanente para la mujer, consiste en oclusión quirúrgica bilateral de las trompas de Falopio, la cual se puede practicar en el intervalo intergenésico, en posaborto, en posparto o transcesárea con el objeto de impedir la unión del óvulo y el espermatozoide.

⁴⁴ Una guía para la salud reproductiva y la anticoncepción, la planificación familiar (2004), pág.32.

⁴⁵ Importantes anticonceptivos subdérmicos de Norplant, directrices administrativas y técnicas, Organización Mundial de Salud de Ginebra (1991). Pp. 3,4.

Este método proporciona una protección anticonceptiva mayor del 99%. La OTB representa una opción muy efectiva y segura para aquellas mujeres que han decidido optar por una estrategia permanente.

Un aspecto muy importante para elección de la esterilización femenina (OTB) como método anticonceptivo es el de su irreversibilidad. La decisión de elegir este método ha de ser muy clara y conociendo bien las ventajas pues muchas mujeres se arrepienten de esta decisión.⁴⁶

Métodos de barrera

Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas.

✓ Preservativo o condón masculino

Es un método anticonceptivo temporal (de barrera) para el hombre, consiste en una cubierta o funda fabricada de látex muy fino que se aplica recubriendo al pené en erección evitando así el paso de los espermatozoides y agentes causales de infecciones de transmisión sexual incluyendo el SIDA.⁴⁷

El término condón se atribuye a un médico de la corte de Carlos I de Inglaterra de apellido Condom, quien propuso al monarca que incorporara este elemento en sus prácticas sexuales, con el fin de tratar de limitar su descendencia.

⁴⁶ Gabor kovacs. Ann Westmore. *Guía completa para la anticoncepción y la planificación familiar*. México-Barcelona, Buenos Aires (1986), pág. 117.

⁴⁷ Secretaría de Salud, Lo que el prestador de servicios debe saber acerca de: anticonceptivos de barrera (2000), pág. 17.

El condón masculino es uno de los anticonceptivos más antiguos y que representan el método de barrera de más amplio uso a nivel mundial.

En Grecia y Roma se utilizaban membranas animales (vejiga e intestino) a manera de condones para evitar la propagación de enfermedades venéreas.

Así también se sabía que la lactancia materna confería cierto grado de eficacia como anticonceptivo natural.⁴⁸

El condón es una funda o receptáculo de forma cilíndrica diseñada para envolver el pené completamente. Se fabrica de látex en diversas formas:

Sencilla, con extremos redondeados y un reservorio en la punta para recoger el semen en el momento de eyaculación.

Algunos se fabrican lubricados para facilitar su uso, de diferente grosor. Color y de superficie lisa y estructurada. Brinda seguridad de 85 al 98 %.

✓ Preservativo o condón femenino

Es un método anticonceptivo temporal (de barrera) para la mujer, consiste en una funda (fibra un poco más resistente que el látex) con dos anillos flexibles, uno en cada extremo, cuya función es evitar el paso de espermatozoides y agentes causales de enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA.

El condón femenino fue inventado en 1985 por el doctor Lasse Hassel, fabricado de látex y posteriormente de un material elástico más resistente, impermeable, delgado y mejor conductor del calor como es el poliuretano.

⁴⁸ Secretaria de Salud. *Cuaderno técnico de planeación familiar*. (1999), pág. 9.

Soper en 1993 en un estudio en vivo demostró que el uso del condón femenino evitaba la transmisión de enfermedades sexuales.

El condón femenino por primera vez se puso en venta en Suecia en 1992. en 1996 fue aprobado por la Food Drug Administration (FDA) en Estados Unidos de Norte América y estuvo disponible en 13 países incluyendo varias naciones europeas y Sudáfrica, Tailandia y Corea.

El anillo que debe permanecer cerca al cuello del útero, tiene la forma de un diafragma y es flotante, el otro anillo queda cubriendo los labios menores y parte de la vulva, gracias a la forma que tiene; este preservativo se adapta fácilmente a la vagina y como viene lubricado se facilita su inserción.

El condón femenino fue inventado en 1985 por el doctor Lasse Hassel, fabricado de látex y posteriormente de un material elástico más resistente, impermeable, delgado y mejor conductor del calor como es el poliuretano.

Soper en 1993 en un estudio en vivo demostró que el uso del condón femenino evitaba la transmisión de enfermedades sexuales.

Por primera vez se puso en venta en Suecia en 1992. en 1996 fué aprobado por la Food Drug Administration (FDA) en Estados Unidos de Norte América estuvo disponible en 13 países incluyendo varias naciones europeas y Sudáfrica, Tailandia y Corea. Bajo condiciones habituales de uso, ofrece una eficacia de un 85 a un 97 %.⁴⁹

✓ Diafragma

Es un dispositivo anticonceptivo semiesférico elaborado con goma fina, provisto de un arco de metal flexible y recubierto de la misma goma cuya función es impedir

⁴⁹ Secretaría de Salud. Lo que el prestador de servicios debe saber acerca de: op.cit., pp.9,12.

una forma mecánica que el semen alcance el cuello del útero. Utilizando cuidadosamente este método se puede obtener una eficacia del 98%.

El diafragma está hecho de goma delgada, tienen la forma de una copa ancha poco profunda, con el borde envuelto alrededor de un resorte semi-rígido, la tensión de este resorte mantiene la forma del dispositivo y la presión que da al contorno el tono de la musculatura vaginal lo mantiene en su sitio.

✓ **Espermicidas**

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides inactivándolos antes de que entren al útero.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda una protección anticonceptiva del 75% al 90%.

Los espermicidas vaginales pueden ser bloqueadores para evitarles la entrada en el canal cervical por medio de sustancias líquidas de alta viscosidad, que contienen espermicidas químicos.

2.1.2 Perspectivas de la anticoncepción

Los prospectos para mejorar la anticoncepción en esta transición hacia el siglo XXI son realmente alentadores, un número importante de productos se encuentran en la etapa final de los estudios o concluyendo los ensayos para comprobar su eficacia. Además métodos anticonceptivos que ya se utilizan en algunos países, se están introduciendo en número creciente, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

Pese a las políticas de educación y de orientación familiar impulsadas por diferentes gobiernos, los métodos anticonceptivos en Latinoamérica continúan situándose muy por debajo de los países desarrollados, lo que las propias

necesidades demográficas de la región demandarán. Tan sólo un 52 por ciento de las mujeres latinoamericanas en edad fértil utilizan métodos anticonceptivos, cifra muy inferior a los promedios europeos o norteamericanos. Razones sociales y culturales, junto a una falta de educación e información, parecen estar detrás de estos indicadores.⁵⁰

El control de la natalidad se relaciona con la implementación de políticas dirigidas a ejercer control sobre el crecimiento racional de la población con el fin de favorecer el desarrollo y el bienestar social de una sociedad. El hecho de que una sociedad regule sus índices de natalidad, no significa necesariamente que se construye mejores familias y que se ejercita una paternidad, una maternidad más responsable y exitosa.

El término anticoncepción, ha tenido una connotación negativa, ya que se asocia a una posición contra la concepción. Existen métodos para regular la fecundidad que difieren en sus características, nivel de efectividad, efectos secundarios y función habilidad. La función principal de estos métodos para regular la fecundidad no es oponerse a la construcción de la familia, la función principal es facilitar el ejercicio de una sexualidad responsable, el cual, se considera un derecho sexual y reproductivo de hombres y mujeres.

2.1.3 Cómo satisfacer las necesidades de información

La comunicación puede ayudar a las personas a obtener el máximo de orientación sobre planificación familiar con discusiones acerca de la necesidad y responsabilidad de hacer preguntas y obtener respuestas de los proveedores de servicios de planificación familiar.

⁵⁰ Palma, Yolanda. Rivera, G., op. cit. Pág. 189.

A través de la comunicación las personas pueden darse cuenta de la variedad de métodos anticonceptivos que existen, ya sea que estén interesadas en comenzar a practicar la anticoncepción o en cambiar de método.

La amplia difusión de la comunicación sobre los distintos métodos anticonceptivos también es útil pues generalmente cada centro de prestación de servicios suministra solo información sobre los pocos métodos que ofrece mientras que la gente necesita estar al corriente de la variedad de métodos y dónde encontrarlos a fin de hacer una elección informada.

Es importante mencionar que la libertad de decisión de la gente sobre el número de hijos que desea tener a la vez que se promueve la paternidad responsable y se brindan servicios de planificación familiar. Al equipo de salud que trabaja en este servicio no le corresponde la facultad de disponer o decidir sobre las personas.

El asesoramiento oportuno así como la información apropiada contribuyen a la selección informada de la pareja, a la satisfacción con el método escogido y aumenta la probabilidad de continuación de su uso.

Las personas deben recibir información precisa sobre el método anticonceptivo que van a utilizar, su modo de acción, eficacia, posibles efectos, etc., estos elementos son premisos para el encuadre ético del personal de salud y de los derechos que debe exigir la pareja, como son:

Orientación - Conserjería

Se ha considerado indispensable al incluir en los servicios de planificación familiar la orientación – consejería, ya que, además de la información sobre metodología anticonceptiva, ofrece la posibilidad de abordar aspectos relacionados con la sexualidad, la salud reproductiva y el bienestar de la pareja lo que además permitirá desarrollar una actitud individual y social responsable en los solicitantes.

Aún más, actualmente resulta prioritario mejorar la calidad en la atención de los servicios que se presentan en cuanto a planificación familiar se refiere; un

elemento para lograr dicha calidad ha sido la introducción de la orientación – consejería en los diferentes niveles involucrados en las actividades o servicios de planificación familiar.

En este sentido, resulta importante que el prestador de servicios cuente con los elementos teóricos prácticos que le permitan realizar actividades de orientación - consejería.

Beneficios de la orientación consejería se debe proporcionar a toda persona que lo solicite tanto en el área rural como el área urbana. Esta debe proveer información completa, sobre los diferentes métodos anticonceptivos, o cualquier tema sobre sexualidad, tanto a los nuevos aceptantes como a los activos, con el fin de esclarecer dudas y en caso necesario, para apoyar la decisión de cambio de método.

La elección del método anticonceptivo, así como la permanencia de los usuarios en el mismo depende en gran medida del apoyo y orientación que el Consejero le brinde, por tal motivo es necesario que el equipo de salud que ofrece servicios de Consejería tenga los conocimientos suficientes sobre las características específicas de los diferentes métodos y así estar en condiciones de convertir con cada persona sobre el beneficio y conveniencia de un anticonceptivo ajustado a sus particularidades, necesidades y expectativas reproductivas.⁵¹

2.2 Características de la práctica anticonceptiva en México

La práctica de la anticoncepción ha experimentado considerables incrementos en nuestro país, de tal manera que se puede afirmar que los notables descensos en la fecundidad que ocurrieron durante la segunda mitad de la década de los setenta y la primera de los ochenta, se encuentran relacionados con la creciente adopción de métodos de regulación de la fecundidad. En el período mencionado, se observa el aumento más importante en la adopción de la práctica anticonceptiva, a ritmos tan acelerados que es difícil pensar que puedan repetirse en el futuro.

⁵¹ Dirección de Presentaciones Medicas. *Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar, Dirección de Presentaciones Medicas*. IMSS. (1999) pág.52

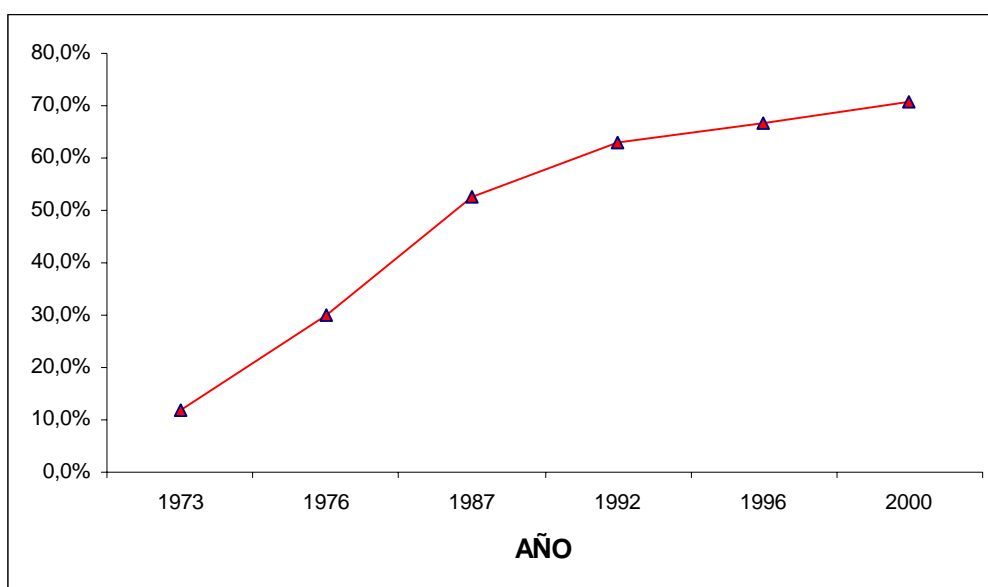
La tasa global de fecundidad (TGF) Se mantuvo en un nivel de 7.4 entre 1965 y 1967. La primera reducción ocurrió un año después, cuando esta tasa descendió a 6.3. En 1974 la reducción fue más marcada y este indicador descendió en un hijo, es decir, bajó a 6.3.

De acuerdo con la información de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987, la TGF disminuyó de un nivel de 6.3 en 1974 a 3.8 en 1986, lo cual significa, en términos relativos, un descenso ligeramente inferior a 40%. De la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) se sabe que la TGF para 1992 fué de 3.24.⁵²

De manera consistente con la información anterior, la cobertura de uso de métodos anticonceptivos a nivel nacional se ha incrementado notablemente (ver gráfica 1)

Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos

Gráfica 1



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)

⁵² Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

La preferencia por el uso de métodos modernos se ha incrementado. En 1976, 69.7% de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos estaba protegida por un método moderno y de alta efectividad -ligadura, dispositivo intrauterino u hormonales-, 7.0% usaba un método local y un alto porcentaje (23.3%) recurría a métodos tradicionales, es decir, al ritmo o al retiro.⁵³

Los incrementos en la práctica anticonceptiva no han sido homogéneos en todas las regiones de nuestro país ni en todas las entidades; las regiones con un mayor desarrollo socioeconómico presentan niveles significativamente más altos que las menos desarrolladas.

El fuerte incremento en el uso de métodos anticonceptivos observado entre la segunda mitad de la década de los setenta y la de los ochenta se debió, en gran parte, a la demanda potencial que existía en las clases medias de zonas urbanas y a la correspondiente satisfacción de esta demanda por parte de las instituciones públicas de salud con la mayor disponibilidad de metodología anticonceptiva.

El análisis del comportamiento de la fecundidad en relación con la anticoncepción muestra que, si bien es cierto que en las décadas anteriores la cobertura de uso guardaba una estrecha relación con la fecundidad, actualmente esta relación parece haber experimentado cambios, es decir, la reducción de la TGF observada en los noventa fue menor a la que se esperaría con el nivel de cobertura alcanzado.

La selección de un método anticonceptivo y la continuidad en su uso dependen de diversos factores, entre los que destacan las características socioculturales y demográficas de las parejas y la disponibilidad y calidad de los servicios.

⁵³ Secretaría de Salud, Subsecretaría de previsión y control de enfermedades, *op.cit.*, pág. 51

La dinámica de uso de los anticonceptivos distingue dos fases: la adopción y la post adopción:

Para la adopción se requieren tres elementos que parecen obedecer a una secuencia temporal: el primero es la percepción de los usuarios de que es posible incidir sobre el proceso reproductivo, en otras palabras, regular la fecundidad; el segundo es el conocimiento de los métodos anticonceptivos y de algunos elementos básicos relacionados con la reproducción, y el tercero es la existencia de una motivación para regular la fecundidad.

La etapa de la post adopción se refiere a los períodos de uso, interrupción y reinicio de la anticoncepción, incluyendo la posibilidad de probar diferentes métodos y fuentes de obtención.

La decisión de adoptar un método anticonceptivo debe estar precedida de cambios en los valores, en el comportamiento y en las actitudes en relación con la sexualidad, o bien generarlos. De la misma manera, la posición de la mujer dentro de la familia y la sociedad afecta y es afectada por esta práctica. Por otro lado, la anticoncepción produce cambios en el plano familiar, no sólo en cuanto al número de hijos y a su espaciamiento, sino también en relación con las metas y la organización de este ámbito.⁵⁴

⁵⁴ Martínez Roaro, Marcela. *Derechos sexuales y reproductivos*, editorial porrua. México (2000) pág. 306

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Ubicación geográfica e histórica de Jacala

El Municipio de Jacala se encuentra en la parte noroeste del territorio del estado de Hidalgo, enclavado en la Sierra Gorda. Jacala, junto con otros Municipios de la entidad, es paso obligado hacia el estado de San Luis Potosí.

Colinda al norte con el estado de Querétaro, al sur con el Municipio de Nicolás Flores, al oeste con Pacula y Zimapan, al este con la Misión y Tlahuiltepa.

Las coordenadas geográficas de Jacala son: latitud al norte 21° y 00 minutos, longitud al oeste 99° 10 minutos; con una altitud de 1,320 (msnm). Entre la capital del estado de Hidalgo y el Municipio de Jacala existe una distancia de 178 km, ambos poblados están comunicados por la carretera México-Laredo, que también cruza a los Municipios de Pacula, Pisaflores, La Misión y Chapulhuacán.

Jacala significa lugar de jacales (caserío), tiene una extensión territorial de 346.9 Km² lo cual significa el 1.7% de la superficie estatal, en ese lugar habitan un total de 12 895 personas, lo que hace una densidad de población de aproximadamente 38 habitantes por km² (INEGI, 2001), cifra que es inferior al promedio estatal de 106 habitantes por km², para el caso de Jacala estamos hablando de un Municipio con amplia dispersión poblacional.

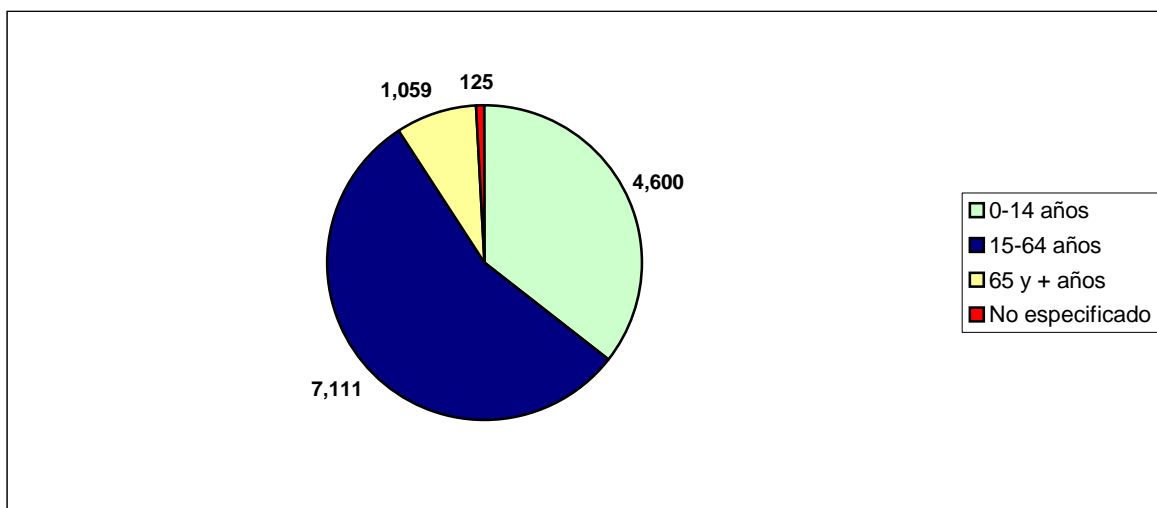
El Municipio de Jacala junto a Chapulhuacan, Pisaflores, La Misión y Pacula presentan los mayores grados de marginalidad del estado, que en su conjunto tienen una población de 73,281 habitantes, que se distribuye en 600 localidades, cuyos residentes son derechohabientes solo el 2%, el resto de los habitantes, es decir, 98% es población abierta, lo que significa que el cuidado de la salud-enfermedad de quienes residen en el municipio, depende de tratamientos

tradicionales, del servicio particular o del servicio médico a cargo de los Servicios de Salud de Hidalgo.

De las 12,895 personas que fueron registradas como habitantes en el Municipio de Jacala (año 2000) 6,172 son hombres y 6,723 mujeres, observando esa misma población de acuerdo a la edad que se tiene, la mayor parte de ellas es de 15 y 64 años de edad, las personas menores de 14 años representan poco más de la tercera parte del total, mientras que las personas ancianas, mayores de 65 años, significaban menos de la décima parte del total de la población (Gráfica 2).

Población total del municipio de Jacala según grupos de edad, año 2000.

Gráfica 2



Fuente: INEGI. Sistema municipal de base de datos (SIMBAD) con base en *XII Censo de Población y Vivienda*.

Las personas que habitan en Jacala tienen en las actividades del campo su principal forma de trabajo, aunque también es importante el desarrollo de actividades que tienen que ver con el comercio y una gran cantidad de servicios.

De acuerdo a la información recopilada en campo, una importante fuente de ingresos para las personas de ese lugar es la emigración, es decir personas que salen a trabajar a otros lugares: Ciudad de México y Estados Unidos.

Respecto a los servicios educativos con que cuenta el municipio, a nivel básico existen 14 escuelas de Jardín de niños, 27 escuelas primarias y 6 tele secundarias además de 1 secundaria técnica. Sobre instituciones de educación media superior existen la Escuela Tecnológica Agropecuaria y una Institución de nivel medio superior, como lo es el Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios No. 140, que cuenta con carreras terminales en Electricidad, Administración y Secretariado Ejecutivo.

La existencia de tales servicios educativos no han disminuido las diferencias existentes entre los promedios de escolaridad, pues de acuerdo a los datos del año dos mil, los habitantes de Jacala presentaban un promedio de grado escolar de cinco años, cuando el promedio estatal resultó en siete años, lo que significa que los habitantes de Jacala en promedio no concluyeron su educación primaria, situación que se presenta con mayor probabilidad en las personas adultas.

En Jacala, el medio de comunicación más importante es el terrestre, principalmente el de transporte de pasajeros, son tres líneas de autobuses las que brindan ese servicio: transportes Flecha Roja México-Valles, la línea de autobuses Estrella Blanca y los Transportes Frontera, algunos propietarios de autos particulares otorgan el servicio de taxi de sitio.

Cuenta con una administración de correos en la cabecera y tres agencias, distribuidas en las comunidades de la Cuesta Colorada, San Nicolás y Quetzalapa.

Tiene una sola agencia telegráfica, ubicada en la cabecera municipal. Se tienen cuatro casetas de teléfonos para uso general y servicio directo a cada uno de los hogares que lo requieran en la cabecera.

La radio fué introducida al Municipio el 20 de mayo de 1988, con el fin de enlazar e informar a los habitantes de la Sierra Gorda, cumpliendo con la difusión de eventos de diversa índole y una emisión musical continua, identificándose como XEAWL de Jacala.⁵⁵ cabe hacer mención que no se encontraron datos históricos y geográficos de las localidades de Coñecito, Quetzalapa y Santo Domingo.

⁵⁵ www.gob.mx. Consultada el 13 de julio 2005

3.2 Análisis de los resultados

Esta investigación se realizó en los Centros de Salud de Jacala, Coñecito, Quetzalapa y Santo Domingo, los cuales forman parte de la Coordinación Médica Municipal de Jacala, pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 5 Zimapan, Hidalgo. En estos lugares, se realizaron 302 cuestionarios con énfasis a conocer las características sociodemográficas que representan el total de las usuarias activas de métodos anticonceptivos, de los cuatro Centros de Salud.

Para conocer la población en estudio se consultó el “Censo de usuarias activas de planificación familiar” que es parte del Diagnóstico de Salud de cada Centro de Salud. Encontrándose en Jacala 175, Coñecito 46, Quetzalapa 50 y Santo Domingo 31, que en su conjunto de un total de 302 usuarias.

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en el mes de septiembre del 2005.

El cuestionario fue aplicado en una entrevista individual. A cada persona se le reiteró que sus respuestas solo serían utilizadas para efectos estadísticos, como parte de un trabajo de investigación. Se enfatizó la confidencialidad y el anonimato de las respuestas.

La información obtenida en la presente investigación, fue sistematizada en cuadros y gráficas. El proceso estadístico se llevó a cabo con el Software SPSS versión 12.0 para la plataforma Windows.

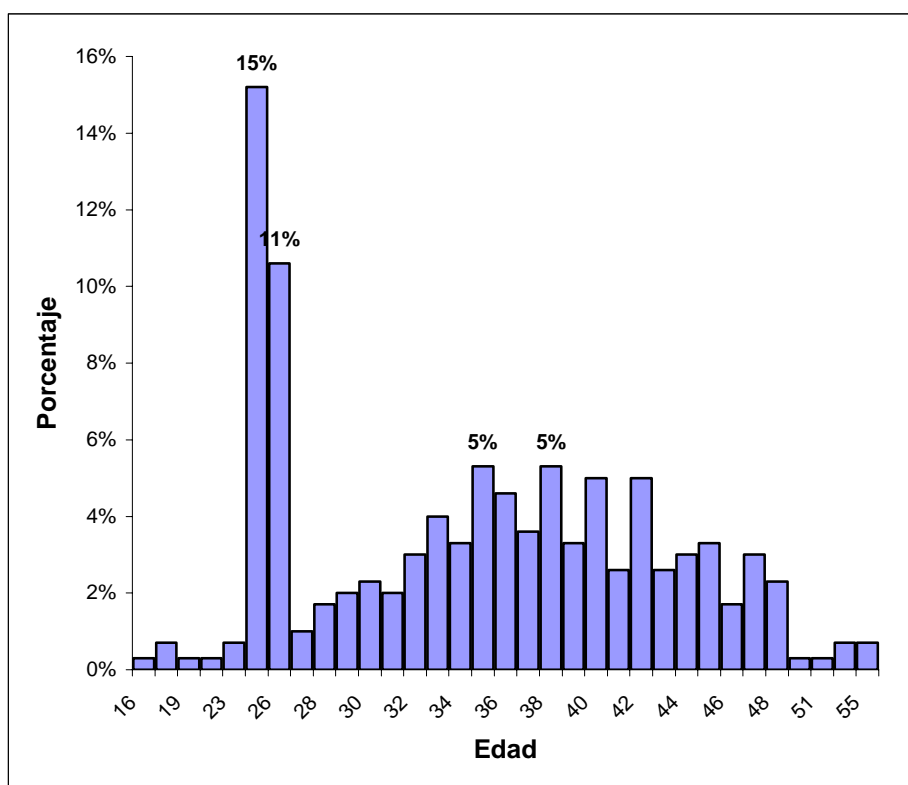
En este apartado se señalará los hallazgos más sobresalientes de la presente investigación, no olvidando que sólo son herramientas para conocer las características sociodemográficas de las usuarias activas de métodos anticonceptivos.

Las usuarias activas entrevistadas que visitan algún Centro de Salud del Municipio de Jacala con la intención de usar algún método de planificación familiar contemplan desde los 16 a 55 años, haciendo referencia que el grupo de edad de mujeres en edad fértil es de 15 a 49 años, se encontraron usuarias mayores de 50 años.

Al aplicar la moda en este rango, la edad predominante es de 25 a 26 años y en menor de 49 a 55 años, la persona más joven que usa algún método reporto tener 16 años, la edad promedio de las usuarias es de 34.6 años (ver gráfica 3).

EDAD DE LAS USUARIAS ACTIVAS

Gráfica 3

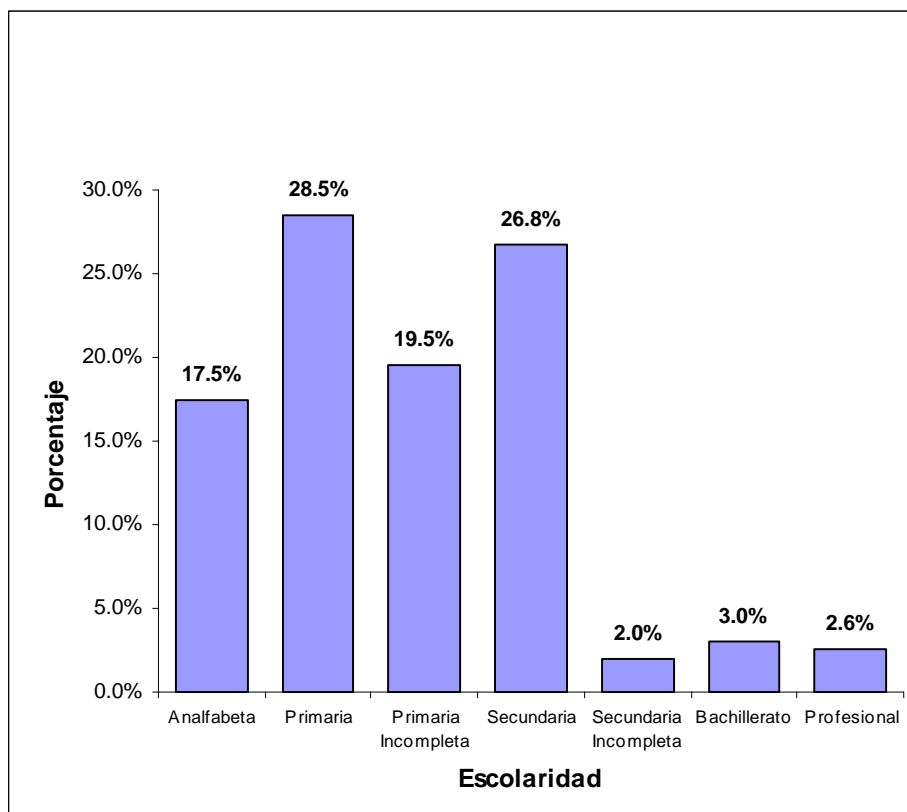


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

En lo referente a la escolaridad, la mayoría de las mujeres representan una educación básica, lo que refleja que a mayor nivel educativo hacen más uso de métodos anticonceptivos, es importante mencionar que se encontró un alto porcentaje en analfabetas en comparación con profesionistas pero esto se debe a que en las comunidades en estudio es muy poca la población que cuenta con este nivel de preparación (ver gráfica 4).

ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS

Gráfica 4

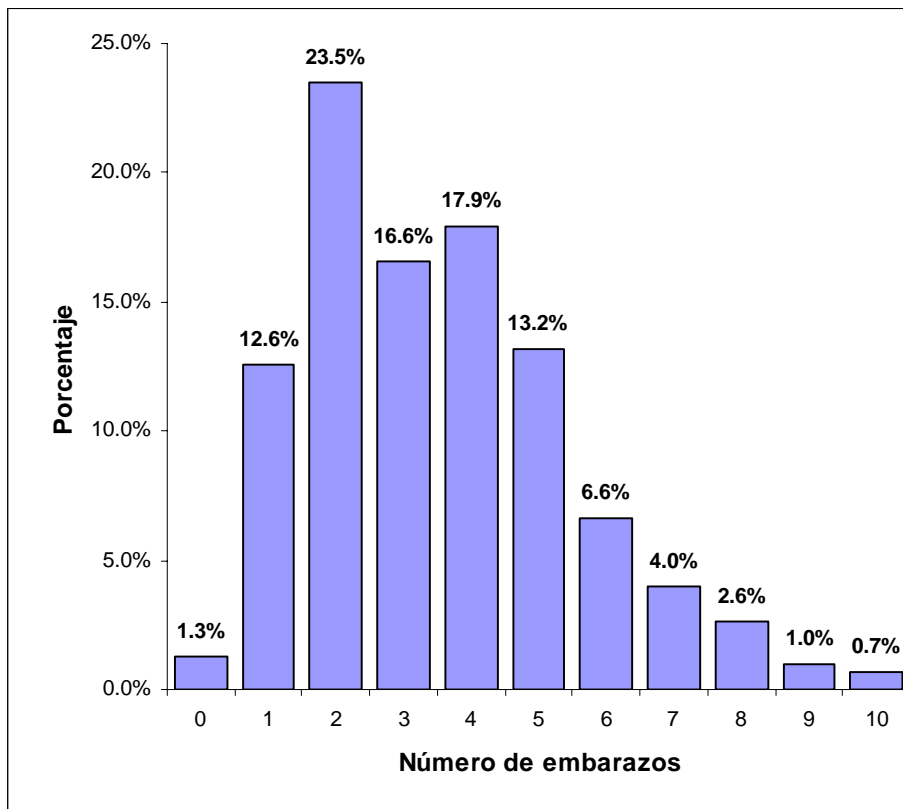


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

Para el presente indicador, se observa que en la totalidad de mujeres entrevistadas, representan un número no mayor de 2 embarazos, sin embargo, no vislumbran aún la necesidad de planificación familiar, ello se refleja hasta el promedio de 5 embarazos, es ahí cuando se hacen más presentes los métodos anticonceptivos (ver gráfica 5).

NÚMERO EMBARAZOS DE LAS USUARIAS

Gráfica 5

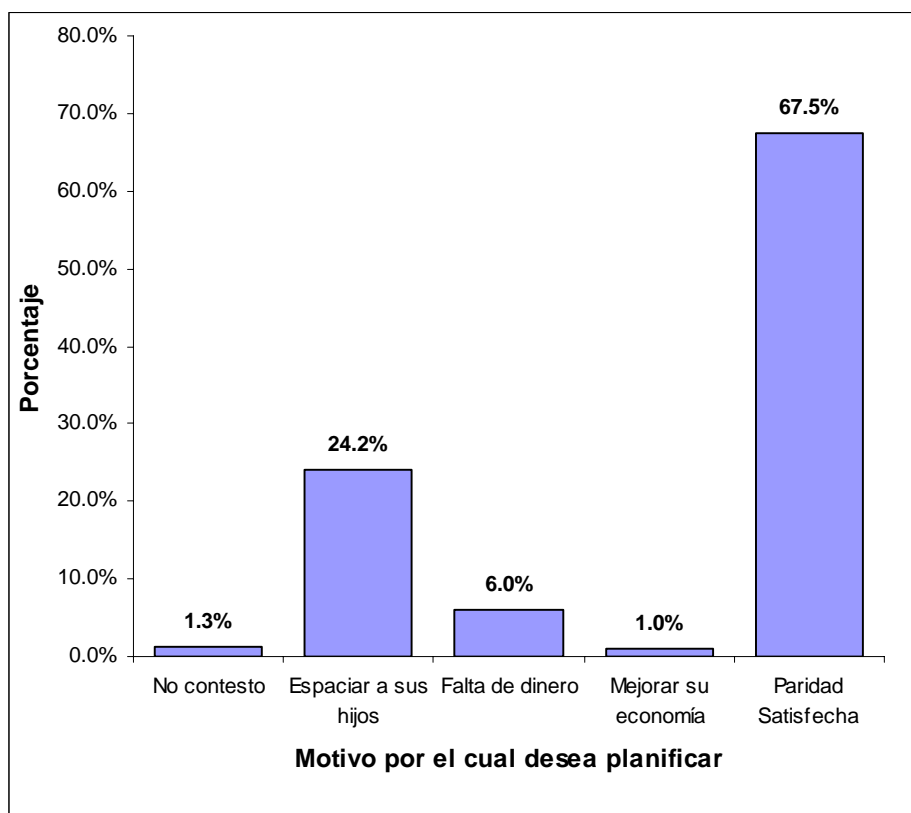


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

El 67.5% que representa la mayoría de las usuarias, desean planificar porque consideran que han tenido los hijos suficientes, lo que se le denomina en el sector salud como “paridad satisfecha”. En el indicador de espaciar a sus hijos, es decir, la decisión de esperar a tener otro hijo mediante algún método que regule su espera se encontró un 24.2% y tan solo un 1% mencionan no tener hijos por el momento para mejorar su economía, por lo que se concluye que la paridad satisfecha es un factor que hace que la mujer piense en utilizar un método anticonceptivo (ver gráfica 6).

MOTIVO DE PLANIFICACIÓN LAS USUARIAS

Gráfica 6

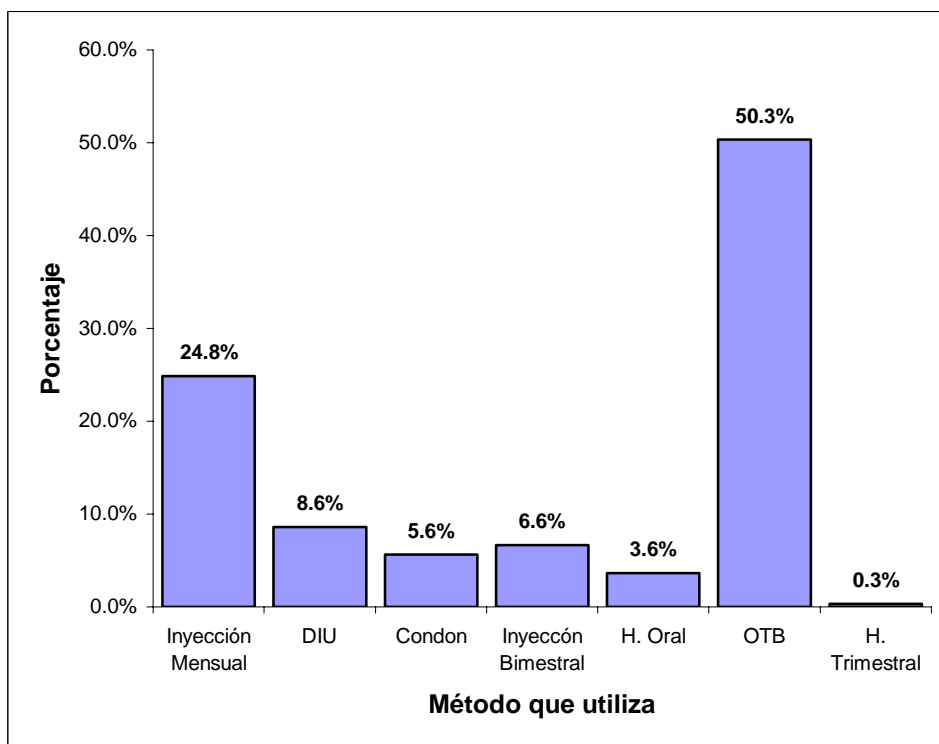


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

El método anticonceptivo más utilizado por la mayoría de las usuarias es la Oclusión Tubaria bilateral (OTB) con un 50.3%, seguido de la inyección mensual 24.8.%, usados como principales auxiliares de la planificación familiar, por ser lo suficientemente efectivos y confiables para ellas. Se hace referencia que la OTB es un método definitivo, lo cual indica que estas mujeres que la utilizan han decidido concluir con su periodo de fertilidad por tener una paridad satisfecha (ver gráfica 7).

MÉTODOS UTILIZADOS POR LAS USUARIAS

Gráfica 7

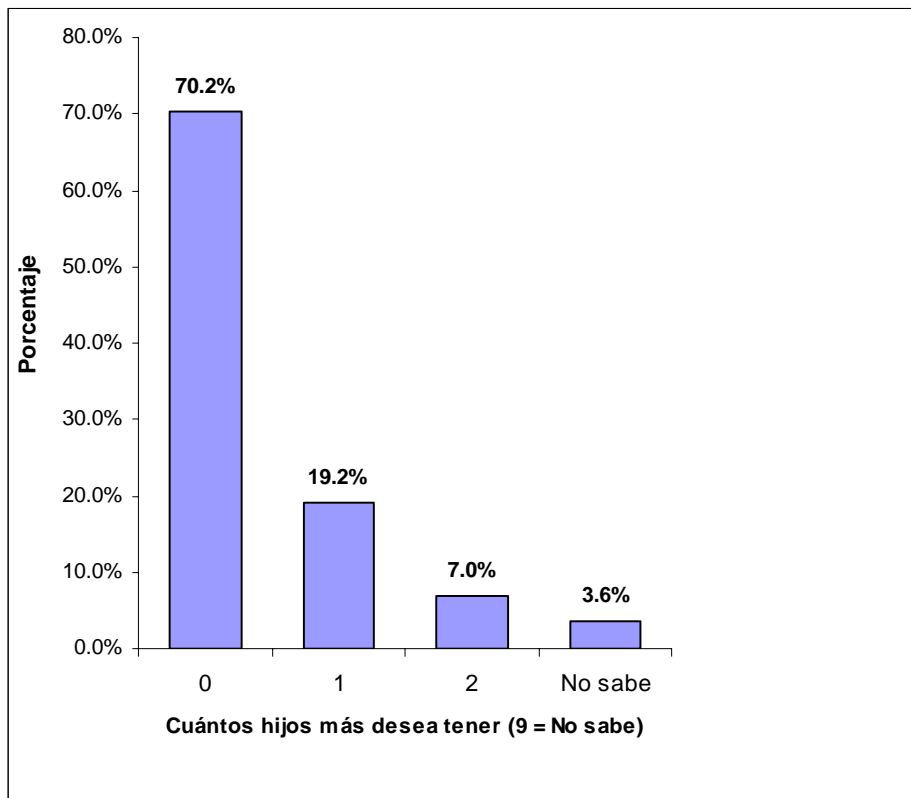


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

En las respuestas obtenidas de cuantos hijos más desea tener, muestra que la mayoría de las usuarias ya cuentan con una paridad satisfecha, razón por la cual se ha presentado que el método anticonceptivo más usado es la OTB, pero aún así es significativo señalar que hay mujeres que utilizan otros métodos anticonceptivos deseando tener de un a dos hijos más (ver gráfica 8).

HIJOS QUE DESEAN TENER LA USUARIAS

Gráfica 8

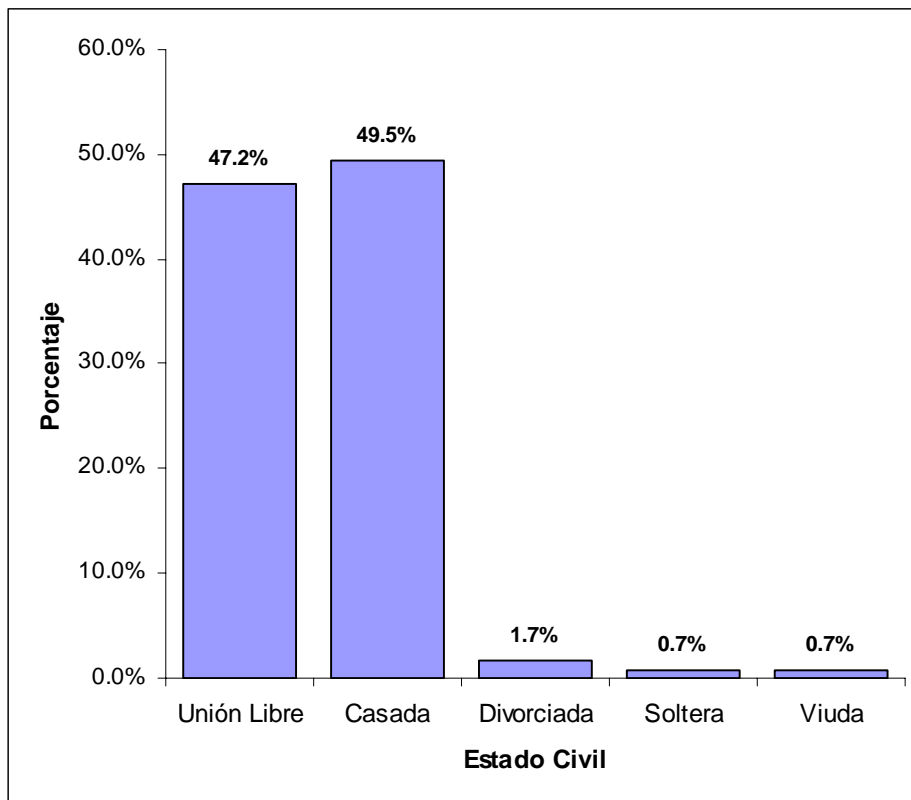


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

En la variable del estado civil predominan aquellas mujeres que están casadas, seguida de la unión libre lo cual indica que la mayoría de las usuarias están unidas en pareja, reflejando su apoyo en la decisión de adoptar un método anticonceptivo (ver gráfica 9).

ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS

Gráfica 9

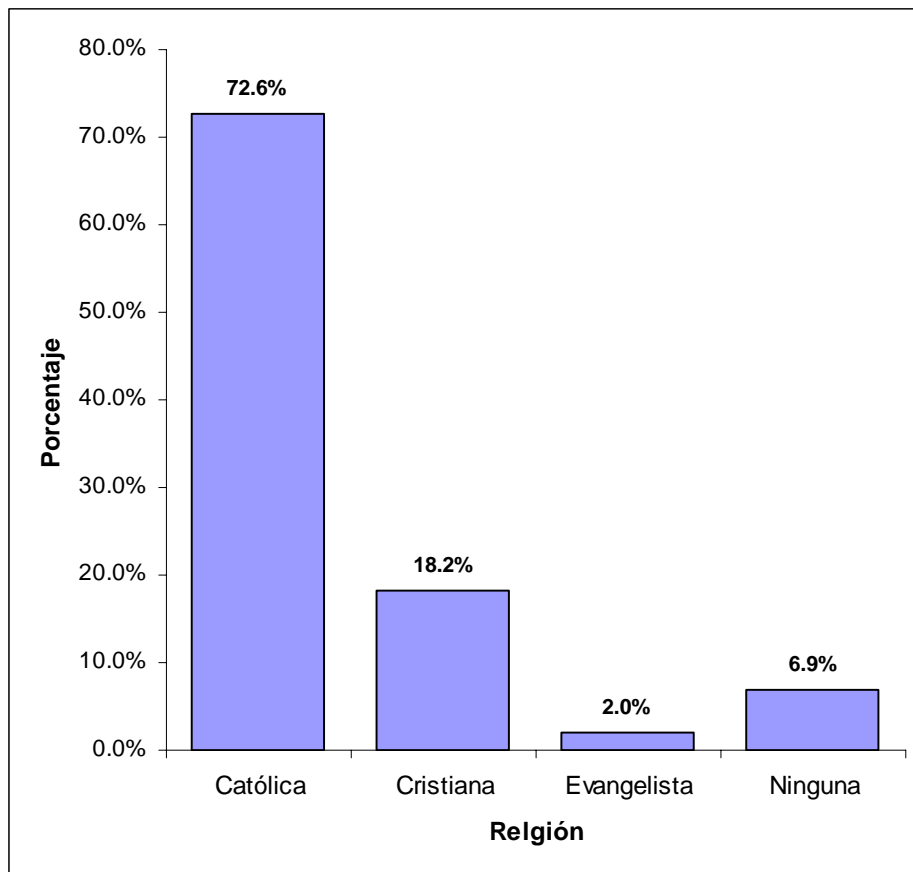


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

La religión que predomina en las usuarias es la católica, a pesar que este credo prohíbe el uso de métodos anticonceptivos, es seguida del cristianismo por lo que se puede concluir que la religión no fue un factor determinante en estas mujeres para utilizar un método de planificación familiar (ver gráfica 10).

RELIGIÓN DE LAS USUARIAS

Gráfica 10

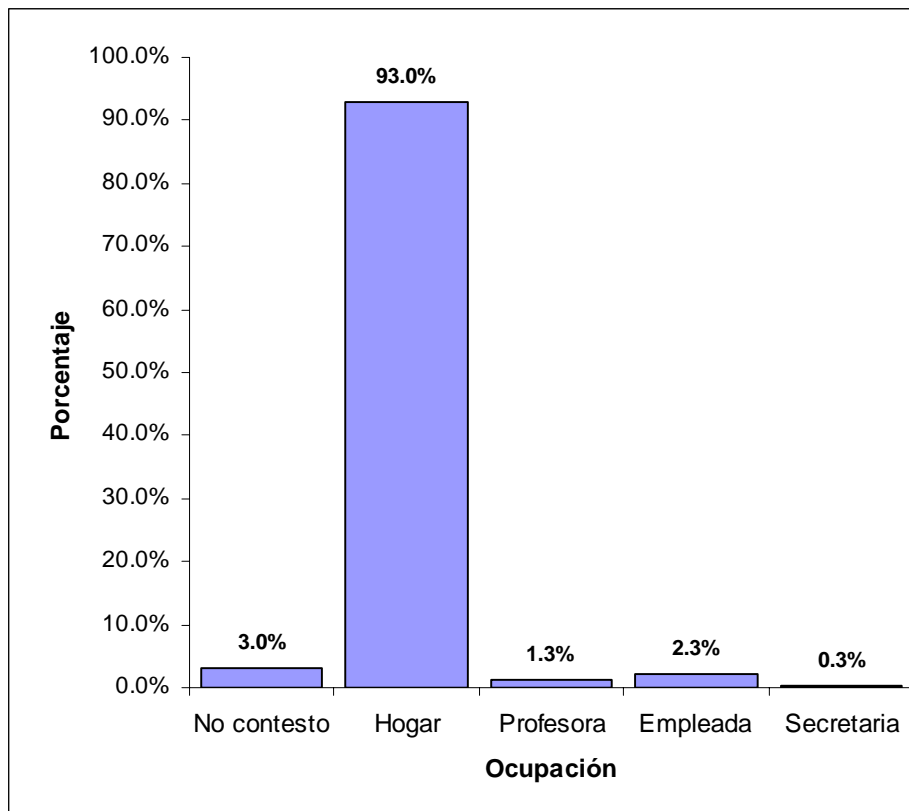


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

En la pregunta de la ocupación, la respuesta que se obtuvo con mayor predominio fue la del hogar representándose en un alto porcentaje, lo que demuestra que las mujeres que acuden a los centros de salud son amas de casa dedicándose únicamente a su familia (ver gráfica 11).

OCUPACIÓN DE LAS USUARIAS

Gráfica 11

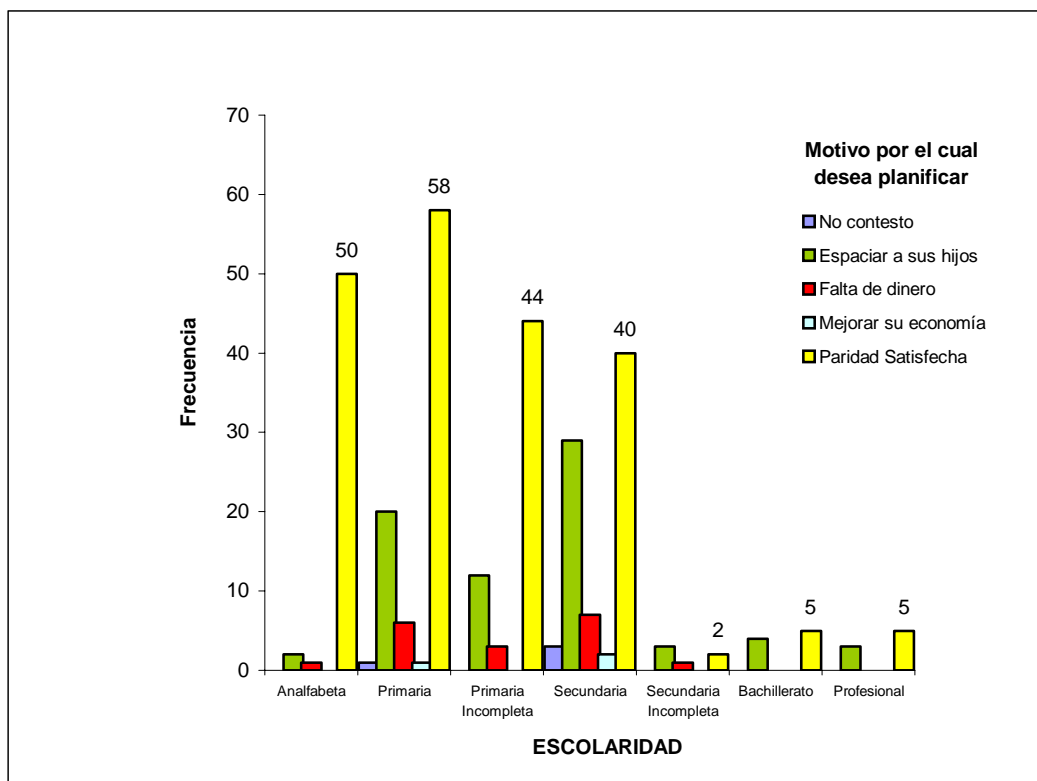


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

Del total de mujeres entrevistadas, predomina la paridad satisfecha y se hace más presente en el nivel de escolaridad primaria, aún cuando en mujeres profesionistas se presenta en un menor porcentaje debido a que existen pocas usuarias con éste grado (ver gráfica 12).

ESCOLARIDAD POR MOTIVO DE PLANIFICAR DE LAS USUARIAS

Gráfica 12

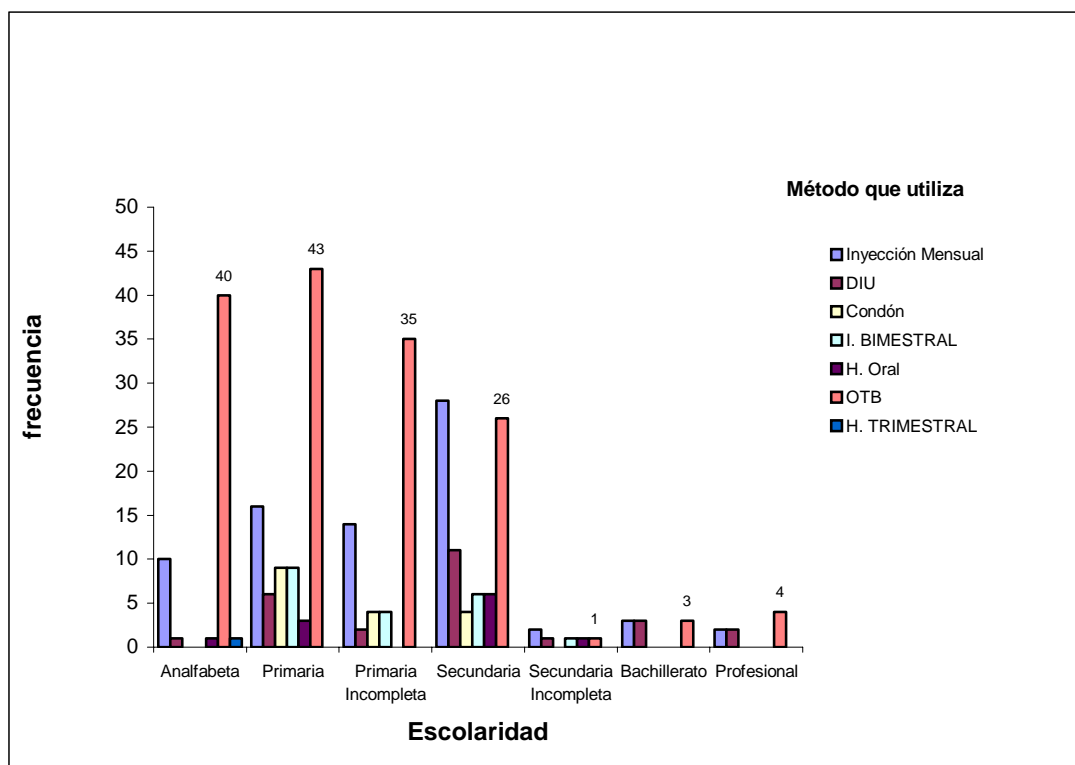


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

La OTB es el método que las usuarias prefieren independientemente de su escolaridad, y lo señalan por su efectividad, confianza que les provoca el elegirlo. Como se puede apreciar el DIU como método de planificación familiar su frecuencia de uso es bajo a pesar que ha sido uno de los más promocionados a nivel nacional, (ver gráfica 13)

ESCOLARIDAD POR MÉTODO UTILIZADO DE LAS USUARIAS

Gráfica 13

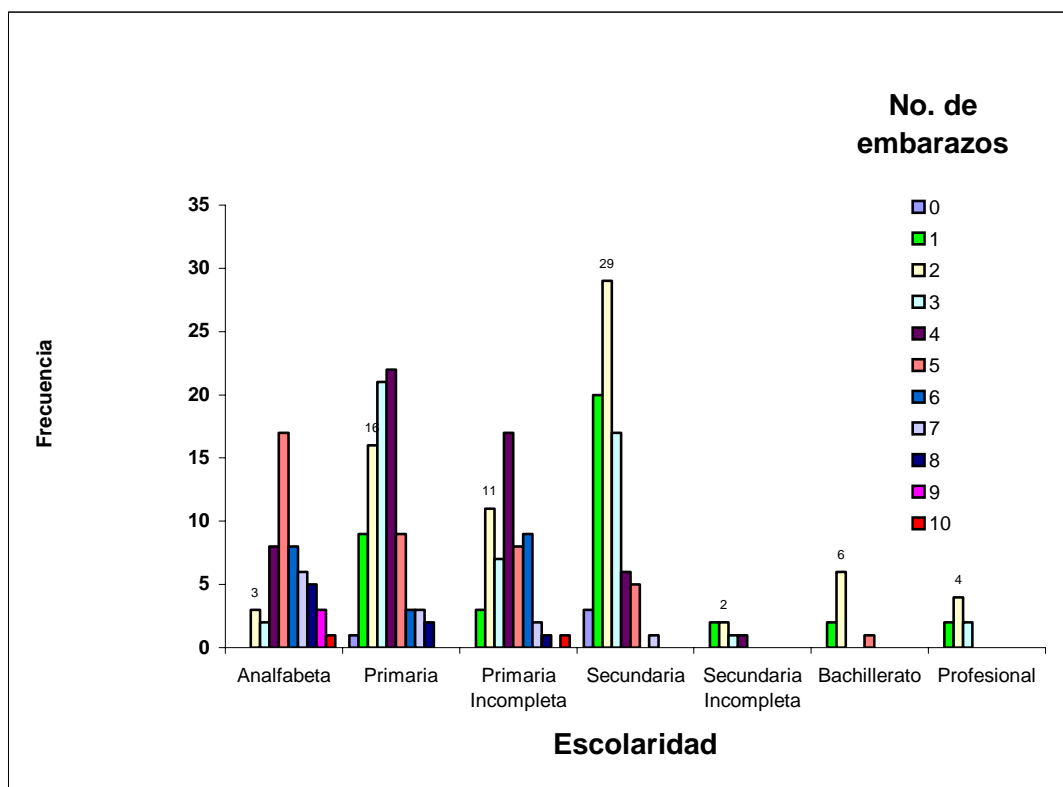


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

Aquellas usuarias que no recibieron ningún tipo de educación básica, muestran una frecuencia hasta de 5 embarazos, se puede reflejar que conforme avanza su preparación académica van disminuyendo. En el nivel secundaria predominan 1 a 3 embarazos. Se observa que a mayor educación menor el número de fecundidad (ver gráfica 14).

ESCOLARIDAD POR NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS USUARIAS

Gráfica 14

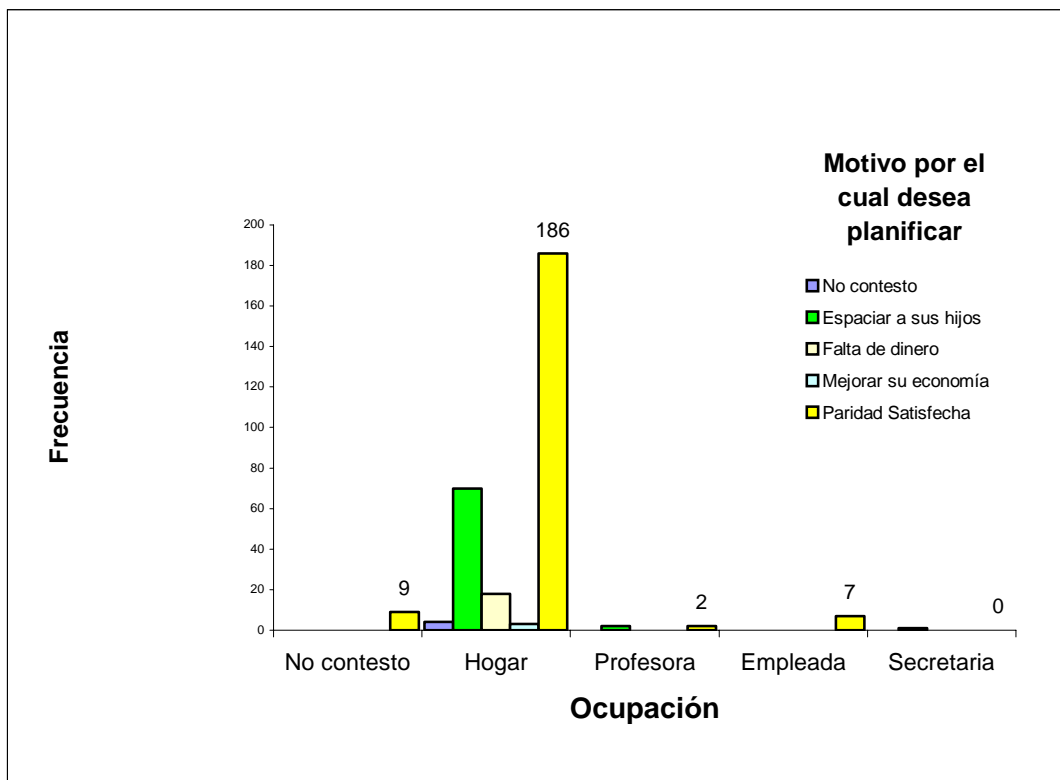


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

Las usuarias en su mayoría tienen como principal ocupación el hogar, refiriendo que el motivo que las impulsa a planificar es la paridad satisfecha y el de espaciar a sus hijos, se hace mención que la mayor parte de la población en estudio fueron mujeres dedicadas a la familia (ver gráfica 15).

OCUPACIÓN POR MOTIVO DE PLANIFICACIÓN DE LAS USUARIAS

Gráfica 15

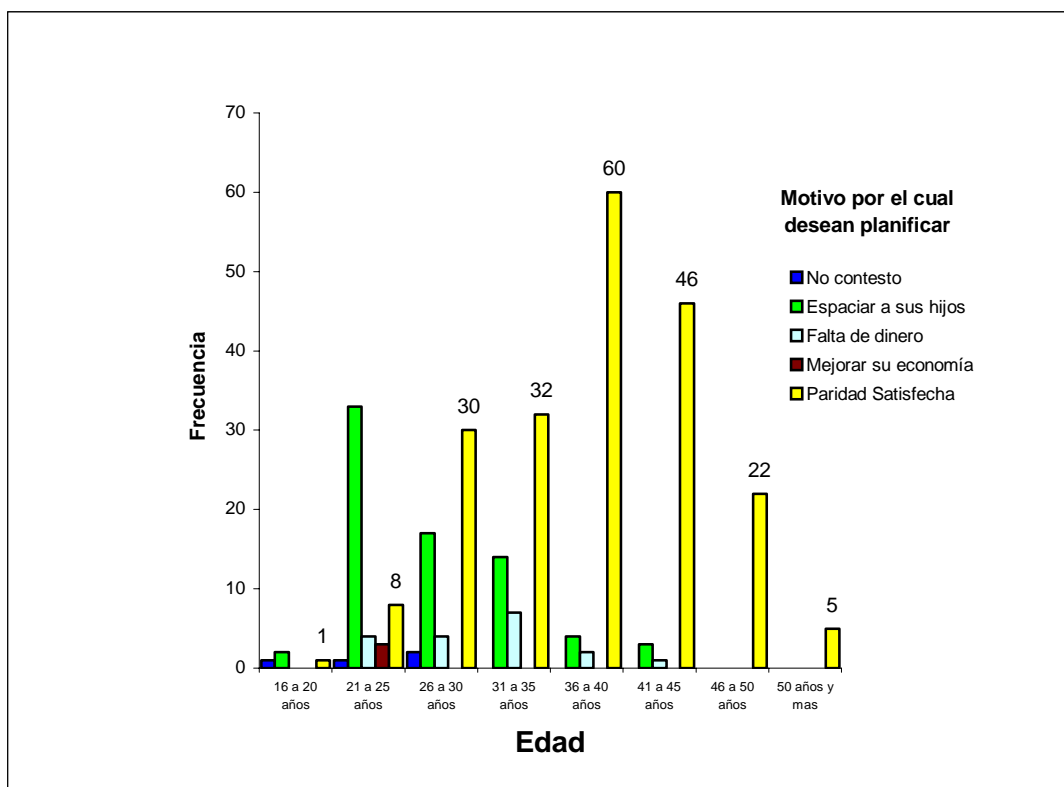


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

De acuerdo al grupo de edad las mujeres de 36 a 40 años deciden acudir a los Centros de Salud para controlar su fertilidad con algún método, predominando la OTB, mientras las usuarias que se encuentran en el grupo de edad 26 a 30 años utilizan métodos temporales como la inyección mensual para el control de su natalidad y tan solo las mujeres de 21 a 25 deciden planificar para mejorar su economía (ver gráfica 16).

EDAD POR MOTIVO DE PLANIFICACIÓN DE LAS USUARIAS

Gráfica 16

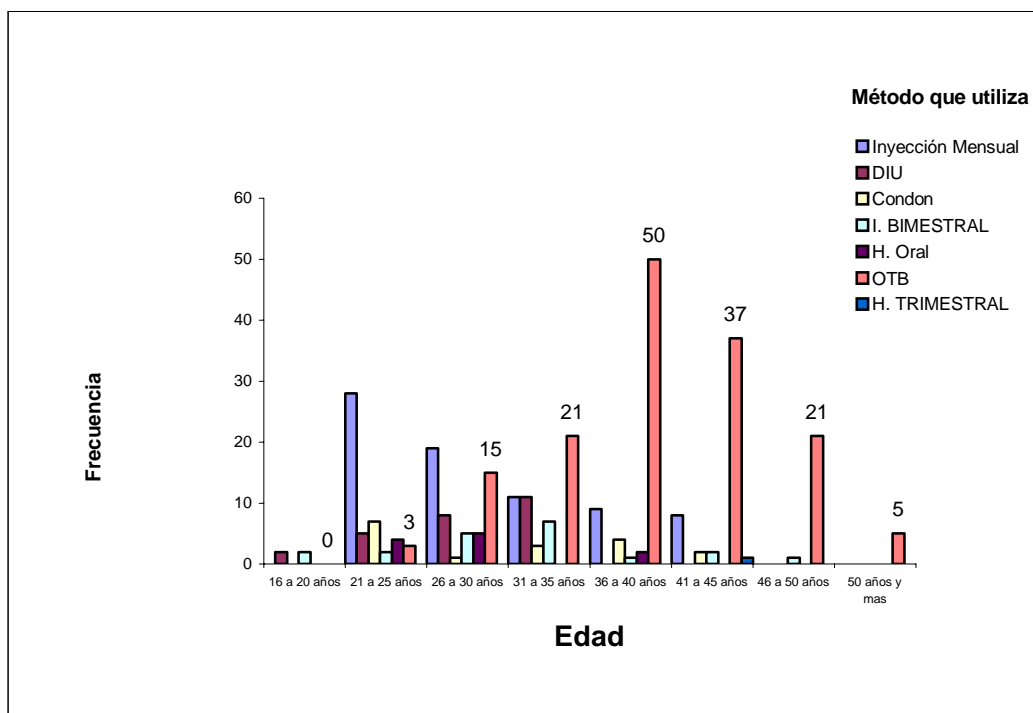


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

Las usuarias del grupo de edad de 36 a 40 años deciden utilizar OTB como método de planificación, observando que de 21 a 25 años donde predomina la aplicación de la inyección mensual por el deseo controlar el número de hijos, considerando a los demás métodos temporales incluidos los hormonales orales, el condón y DIU, como se puede observar es el grupo de edad que hace mayor uso de condón masculino. Es importante señalar que son las propias mujeres las que solicitan a su pareja hagan uso de este método (ver gráfica 17).

EDAD POR MÉTODO UTILIZADO DE LAS USUARIAS

Gráfica 17

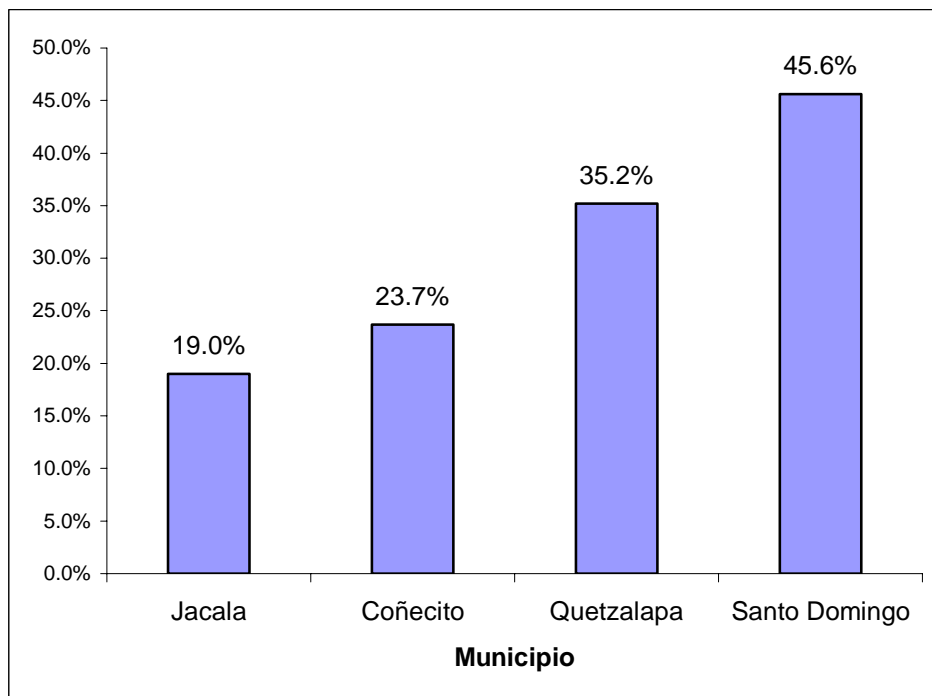


Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

En la investigación realizada en los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hidalgo. Se pudo obtener la cobertura de las usuarias activas de cada localidad, reflejando que aun falta mucho por hacer, para mejorar el servicio de salud referente al Programa de Salud Reproductiva, enfatizando un esfuerzo mayor en la planificación familiar con el uso de métodos anticonceptivos (ver gráfica 18).

COBERTURA DE USUARIAS ACTIVAS

Gráfica 18



Fuente: Cuestionarios aplicados a 302 usuarias de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hgo.

CONCLUSIONES

El acceso universal de los Servicios de Salud Sexual Y Reproductiva es uno de los objetivos centrales del Programa Nacional de Salud Reproductiva, durante las tres últimas décadas México ha realizado grandes esfuerzos por mejorar en la población la salud reproductiva lo que ha contribuido a prevenir los embarazos no planeados y disminuir los índices de fecundidad.

En los años setenta la planificación familiar destacó en términos demográficos, así como colaboró en los programas de salud para la atención materna e infantil, dentro de este programa se incorporó la elegibilidad de los métodos anticonceptivos y el derecho a la libre decisión.

Los esfuerzos orientados a ampliar el acceso, mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y de integrar este componente de la gama de los servicios de salud bajo el enfoque de la salud reproductiva, que junto con otros programas de desarrollo económico y social van de la mano.

En esta investigación se ha revisado la tendencia histórica de la planificación familiar, su evolución, dejando ver los logros que se han alcanzado en esta materia, el conocimiento de los métodos anticonceptivos que ayudan a regular la fecundidad, se conocieron las características sociodemográficas de las usuarias activas de métodos anticonceptivos de los Centros de Salud del Municipio de Jacala, Hidalgo, las cuales se presentaron en el análisis de este trabajo.

En la recolección de datos se encontró que, las mujeres que viven en pareja son las que mayor uso hacen de los métodos anticonceptivos, la escolaridad de la mujer esta positivamente relacionada con la adopción de la práctica anticonceptiva así como guarda relación estrecha con el uso de la planificación familiar porque

propicia en las personas actitudes de prevención y planeación favoreciendo una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad.

De acuerdo a grupo de edad se encontró que de los 25 a 30 años han decidido adoptar la actitud de dar una calidad maternal a los hijos, a través del espaciamiento de los hijos. Las mujeres en estudio determinaron utilizar la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), como método de planificación familiar ya que han decidido concluir con su ciclo reproductivo originado por tener una paridad satisfecha.

La población joven, continúa presentando niveles muy bajos de utilización de métodos anticonceptivos, pero sin embargo los utilizan para postergar y espaciar los hijos, empezando a penetrar estos patrones reproductivos en las nuevas generaciones, si embargo los avances son incipientes y aún no están consolidados.

A pesar que son muchos los logros que se han obtenido a nivel nacional con el paso de los años, las cifras que se reflejan en este trabajo referente a la cobertura de usuarias activas dejan ver importantes desafíos que requieren respuestas eficientes y oportunas de los Servicios de Salud del municipio de Jacala, Hidalgo.

PROPUESTAS

Como ya se mencionó, la investigación fue realizada en los Centros de Salud de Jacala, Coñecito, Quetzalapa y Santo Domingo pertenecientes al municipio de Jacala, Hidalgo, no se puede generalizar que los datos obtenidos serán idénticos a los de otras unidades de salud, o bien de otras instituciones, como es el caso de ISSSTE, IMSS-Oportunidades. Sin embargo se invitará a estas instituciones para que realicen una investigación semejante la cual permita establecer planes de capacitación, adiestramiento, promoción y sensibilización en cuanto a la atención de la usuaria ya que de esto dependen incrementar la cobertura de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos.

Se continuará esta investigación con énfasis a conocer cual es trato del personal del salud para con ellas y poder identificar si de eso depende que la paciente acceda a integrarse al programa de planificación familiar. Así mismo, elaborar una investigación de lo que esperan las usuarias del personal de salud.

En este campo de acción es importante integrar al Trabajador Social, ya que es el profesional que puede establecer medidas que le permitan incorporar en lo mayor posible a las mujeres en edad fértil, de cualquier grupo de edad, y quien puede establecer la formación de grupos interdisciplinarios que permitan orientar mejores campañas, a través de la capacitación, concientización y sensibilización del personal de salud que atiende en forma directa a la usuaria del servicio.

BIBLIOGRAFÍA

- Amando, Fernando. *La planificación de familiar*, FNUAP, México (1992).
- Austin C.R. Short, R.V. *Control artificial de la reproducción*. ediciones copilco, México, (1982).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, porrua (1992).
- Danforth. *Tratado de obstétrica y ginecología*, Interamericana, México, (1986).
- Diario Oficial Ley General de Población, México, (7 de enero de 1974).
- Diario Oficial Ley General de Salud, México, (1994).
- Diario Oficial. Proyecto de la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación de la familia (1993).
- Dirección de Presentaciones Medicas, Coordinación de Salud Reproductiva materno infantil. *Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar*, Dirección de Presentaciones Medicas. IMSS. (1999)

-
- El derecho de la libre decisión en salud reproductiva, Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, México, (2002).
 - Antón Ibarra, Isabel, *El Trabajo Social en la Promoción y Educación para la Salud. el trabajo en red*, Asociación Española de trabajo social y salud, imprime REPROIMSA, (2002)
 - Figueroa, P. Juan G. *Persona y reproducción humana*, FEM México (1992) año 16 núm. 111.
 - Gabor kovacs. Ann Westmore. *Guía completa para la anticoncepción y la planificación familiar*. Grijalbo, México-Barcelona, Buenos Aires (1986).
 - Hatcher, A. Robert y Pluhar, Erika. *La planificación familiar, una guía para la salud reproductiva y la anticoncepción*, primera edición, EUA, (2004).
 - Hayman, Suzie. *Guía de los métodos anticonceptivos*. Ediciones Piados Ibéria y Editorial Paidós. Barcelona, Buenos Aires, (1995).
 - Hernández Sampieri, Roberto. Fernández Collado, Carlos. Baptista Lucio, Pilar. *Metodología de la Investigación*, tercera edición, McGRAW-HILL Interamericana, Editores S.A. de C.V., Editorial Ultra, S.A. de C.V., (2003).
 - Hubbard, Charles. *Como orientar la planificación familiar, médicos, enfermeras y psicológicos*. Primera edición en español, Editorial Pax-México, México, (1986).

-
- Importantes anticonceptivos subdérmicos de Norplant, directrices administrativas y técnicas, Organización Mundial de Salud de Ginebra (1991).
 - Introducción a los métodos anticonceptivos: información general. Secretaria de Salud. Dirección General de la Salud Reproductiva, México, (2002).
 - La orientación conserjería como elemento básico en la calidad de los servicios de planificación familiar en áreas rurales. Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, México, (1998).
 - Leal, I. *El proceso histórico de la ley general de población*. (ponencia), CONAPO (1975).
 - Martínez Roaro, Marcela. *Derechos sexuales y reproductivos*, Editorial porrua. México (2000).
 - Medecigo Shej Graciela Amira. *El desarrollo del idioma ingles en el currículo de la licenciatura en derecho y su contribución al perfil de egreso. estudio de caso: la licenciatura en derecho de la Universidad Autónoma de Hidalgo*, (2003) 205
 - NOM 005 de la Planificación Familiar de 1994
 - Ortiz Lazcano, Assael, *Envejecimiento de la población en Hidalgo. características sociodemográficas*. UAEH, Pachuca (2004).
 - Pérez García Alma Gloria. *El uso de métodos anticonceptivos; un derecho de la mejor, o una imposición? UNAM. México, (1996) 208.*

-
- Programa Nacional de Planificación Familiar (1990-1994) México, CONAPO (1990).
 - Romero Salazar Leonardo. Coordinador del centro de asesoría y consultaría. Colombia (2001|).
 - Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y control de enfermedades, Dirección de Salud Reproductiva. Lo que el prestador de servicios debe saber acerca de: anticonceptivos de barrera, México, (2000).
 - Secretaria de Salud, Subsecretaria de previsión y control de enfermedades: *El cambio de paradigma, de la planificación familiar... a la salud reproductiva*. México, (2000)
 - Secretaria de Salud. *Cuaderno técnico de planeación familiar*. Unidad de autoenseñanza sobre métodos anticonceptivos, preservativo o condón, México, (1999)
 - Secretaria de Salud. *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud*. México (1998).
 - Secretaria de Salud. Manual de Normas y Procedimientos para el Programa de Planificación familiar. (1992).
 - Subdirección General Administrativa, *Guía de promoción de la salud*. (1993).
 - Subdirección General Administrativa. *Guía completa para la*

anticoncepción y la planificación familiar. IMSS, México, (1993).

- Una guía para la salud reproductiva y la anticoncepción, la planificación familiar, México, (2004).
- Vernon, Ricardo. Palma, Yolanda. *Resultados de investigación, para mejorar los servicios de planificación familiar*. Population Council. (1996).
- Zavala, María Eugenia, Políticas de Población en México, Revista mexicana de Sociología (México, enero-marzo, 1990) año LII núm. 1.
- Zúñiga, Elena. Dúran, Dacha. Logia Silvia. *La salud reproductiva en las entidades federativas: una mirada a través de los índices de rezago*, México, (2003).

PAGINAS WEB

1. www.celsam.com ,extraído el 23 de mayo del 2005.
2. www.cimac.noticias.com, consultada 03 de abril 2005
3. www.conapo_pom.mx/publicacions/1999, extraída el 22 de febrero del 2005
4. www.uninfo.state.gov/jovina/5/itgic/1998, extraída el 21 de marzo del 2005.
5. www.gob.mx Información municipal, consultada 13 den julio 2005.

ANEXOS

TABLAS

Tabla No. 1.1 Estadísticas

		Edad	Numero de Embarazos	Partos	Abortos	Hijos Vivos
N	Validos	302	302	302	302	302
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		34.63	3.51	3.3	0.2	3.27
Mediana		35	3	3	0	3
Moda		25	2	2	0	2
Mínimo		16	0	0	0	0
Máximo		55	10	10	3	10

Tabla No. 1.2 Frecuencia en edad de las usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo.

	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validación	16	1	0.3	0.3	0.3
	18	2	0.7	0.7	1
	19	1	0.3	0.3	1.3
	22	1	0.3	0.3	1.7
	23	2	0.7	0.7	2.3
	25	46	15.2	15.2	17.5
	26	32	10.6	10.6	28.1
	27	3	1	1	29.1
	28	5	1.7	1.7	30.8
	29	6	2	2	32.8
	30	7	2.3	2.3	35.1
	31	6	2	2	37.1
	32	9	3	3	40.1
	33	12	4	4	44
	34	10	3.3	3.3	47.4
	35	16	5.3	5.3	52.6
	36	14	4.6	4.6	57.3
	37	11	3.6	3.6	60.9
	38	16	5.3	5.3	66.2
	39	10	3.3	3.3	69.5
	40	15	5	5	74.5
	41	8	2.6	2.6	77.2
	42	15	5	5	82.1
	43	8	2.6	2.6	84.8
	44	9	3	3	87.7
	45	10	3.3	3.3	91.1
	46	5	1.7	1.7	92.7
	47	9	3	3	95.7
48	7	2.3	2.3	98	
49	1	0.3	0.3	98.3	
51	1	0.3	0.3	98.7	
53	2	0.7	0.7	99.3	
55	2	0.7	1	0.3	
	Total	302	100	2	0.7

Tabla No. 1.3 Frecuencia de ocupación de las usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo.

	Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validación	No contesto	9	3	3	3
	Hogar	281	93	93	96
	Profesora	4	1.3	1.3	97.4
	Empleada	7	2.3	2.3	99.7
	Secretaria	1	0.3	0.3	100
	Total	302	100	100	

Tabla No. 1.4 Frecuencia en escolaridad de las usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo.

	Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validación	Analfabeta	53	17.5	17.5	17.5
	Primaria	86	28.5	28.5	46
	Primaria Incompleta	59	19.5	19.5	65.6
	Secundaria	81	26.8	26.8	92.4
	Secundaria Incompleta	6	2	2	94.4
	Bachillerato	9	3	3	97.4
	Profesional	8	2.6	2.6	100
	Total	302	100	100	

Tabla No. 1.5 Frecuencia de los hijos vivos de las usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo

	Número de Hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validación	0	4	1.3	1.3	1.3
	1	38	12.5	12.6	13.9
	2	71	23.4	23.5	37.4
	3	50	16.5	16.6	54
	4	54	17.8	17.9	71.9
	5	40	13.2	13.2	85.1
	6	20	6.6	6.6	91.7
	7	12	4	4	95.7
	8	8	2.6	2.6	98.3
	9	3	1	1	99.3
	10	2	0.7	0.7	100
Total		302	99.7	100	
Total		303	100		

Tabla No. 1.6 Frecuencia por motivo que desea planificar de las usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo.

	Motivo por el cual desea planificar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validación	No contesto	4	1.3	1.3	1.3
	Espaciar a sus hijos	73	24.2	24.2	25.5
	Falta de dinero	18	6	6	31.5
	Mejorar su economía	3	1	1	32.5
	Paridad Satisfecha	204	67.5	67.5	100
	Total	302	100	100	

Tabla No. 1.7 Frecuencia en el método que utilizan las usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo.

	Método que utiliza	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validación	Inyección Mensual	75	24.8	24.8	24.8
	DIU	26	8.6	8.6	33.4
	Condon	17	5.6	5.6	39.0
	Inyección Bimestral	20	6.6	6.6	45.7
	H. Oral	11	3.6	3.6	49.3
	OTB	152	50.3	50.3	99.6
	H. Trimestral	1	0.3	0.3	100.0
	Total	302	100.0	100.0	

Tabla No. 1.8 Frecuencia de cuantos hijos mas desea tener las usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo.

	Cuantos Hijos mas desea tener (9 = No sabe)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validación	0	212	70.0	70.2	70.2
	1	58	19.1	19.2	89.4
	2	21	6.9	7.0	96.4
	No sabe	11	3.6	3.6	100
	Total	302	99.7	100.0	
Total		303	100.0		

Tabla No. 1.9 Frecuencia del estado civil de las usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo.

	Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validación	Unión Libre	143	47.2	47.4	47.4
	Casada	150	49.5	49.7	97
	Divorciada	5	1.7	1.7	98.7
	Soltera	2	0.7	0.7	99.3
	Viuda	2	0.7	0.7	100
	Total	302	99.7	100	
Total		303	100		

Tabla No. 1.10 Frecuencia de la religión de las usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo.

	Religión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valid	Católica	220	72.6	72.8	72.8
	Cristiana	55	18.2	18.2	91.1
	Evangelista	6	2	2	93
	Ninguna	21	6.9	7	100
	Total	302	99.7	100	
Total		303	100		

Tabla No. 1.11 Frecuencia en el método que utilizan las usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo.

	Método que utiliza	Inyección Mensual	DIU	Condón	I. Bimestral	H. Oral	OTB	H. Trimestral	Total
Escolaridad	Analfabeta	10	1	0	0	1	40	1	53
	Primaria	16	6	9	9	3	43	0	86
	Primaria Incompleta	14	2	4	4	0	35	0	59
	Secundaria	28	11	4	6	6	26	0	81
	Secundaria Incompleta	2	1	0	1	1	1	0	6
	Bachillerato	3	3	0	0	0	3	0	9
	Profesional	2	2	0	0	0	4	0	8
	Total	75	26	17	20	11	152	1	302

Tabla No. 1.12 Frecuencia en el número de embarazos de las usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo.

		Numero de Embarazos										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escolaridad	Analfabeta	0	0	3	2	8	17	8	6	5	3	1
	Primaria	1	9	16	21	22	9	3	3	2	0	0
	Primaria Incompleta	0	3	11	7	17	8	9	2	1	0	1
	Secundaria	3	20	29	17	6	5	0	1	0	0	0
	Secundaria Incompleta	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0
	Bachillerato	0	2	6	0	0	1	0	0	0	0	0
	Profesional	0	2	4	2	0	0	0	0	0	0	0
Total		4	38	71	50	54	40	20	12	8	3	2

Tabla No. 1.13 Frecuencia en el motivo por el cual desean planificar las usuarias que visitan algún centro de salud de Jacala, Hgo.

	Motivo por el cual desea planificar	No contesto	Espaciar a sus hijos	Falta de dinero	Mejorar su economía	Paridad Satisfecha	Total
	Ocupación	No contesto	0	0	0	0	9
Hogar		4	70	18	3	186	281
Profesora		0	2	0	0	2	4
Empleada		0	0	0	0	7	7
Secretaria		0	1	0	0	0	1
Total		4	73	18	3	204	302

Tabla No. 1.14 Frecuencia en la elección del método de planificación familiar de las usuarias que visitan algún centro de salud de Jacala, Hgo.

	Método que utiliza	Inyección Mensual	DIU	Condón	I. BIMESTRAL	H. Oral	OTB	H. TRIMESTRAL	Total
	Ocupación	No contesto	0	0	0	0	0	9	0
Hogar		72	24	17	19	11	137	1	281
Profesora		2	1	0	0	0	1	0	4
Empleada		1	0	0	1	0	5	0	7
Secretaria		0	1	0	0	0	0	0	1
Total		75	26	17	20	11	152	1	302

**Tabla No. 1.15 frecuencia en la edad por el motivo de planificación familiar
De la usuarias que visitan algún Centro de Salud de Jacala, Hgo.**

	Motivo por el cual desea planificar						Total
		No contesto	Espaciar a sus hijos	Falta de dinero	Mejorar su economía	Paridad Satisfecha	
Edad	16 a 20 años	1	2	0	0	1	4
	21 a 25 años	1	33	4	3	8	49
	26 a 30 años	2	17	4	0	30	53
	31 a 35 años	0	14	7	0	32	53
	36 a 40 años	0	4	2	0	60	66
	41 a 45 años	0	3	1	0	46	50
	46 a 50 años	0	0	0	0	22	22
	50 años y mas	0	0	0	0	5	5
Total		4	73	18	3	204	302

Tabla No. 1.16 Frecuencia en el método que utilizan las usuarias que visitan algún centro de salud de Jacala, Hgo.

	Método que utiliza	Inyección Mensual	DIU	Condon	I. Bimestral	H. Oral	OTB	H. Trimestral	Total
Edad	16 a 20 años	0	2	0	2	0	0	0	4
	21 a 25 años	28	5	7	2	4	3	0	49
	26 a 30 años	19	8	1	5	5	15	0	53
	31 a 35 años	11	11	3	7	0	21	0	53
	36 a 40 años	9	0	4	1	2	50	0	66
	41 a 45 años	8	0	2	2	0	37	1	50
	46 a 50 años	0	0	0	1	0	21	0	22
	50 años y mas	0	0	0	0	0	5	0	5
Total		75	26	17	20	11	152	1	302

Tabla No. 1.17 Frecuencia en el método que utilizan las usuarias que visitan algún centro de salud de Jacala, Hgo.

	Método que utiliza	Inyección Mensual	DIU	Condón	I. Bimestral	H. Oral	OTB	H. Trimestral	Total
Escolaridad	Analfabeta	10	1	0	0	1	40	1	53
	Primaria	16	6	9	9	3	43	0	86
	Primaria Incompleta	14	2	4	4	0	35	0	59
	Secundaria	28	11	4	6	6	26	0	81
	Secundaria Incompleta	2	1	0	1	1	1	0	6
	Bachillerato	3	3	0	0	0	3	0	9
	Profesional	2	2	0	0	0	4	0	8
Total	75	26	17	20	11	152	1	302	

Tabla No. 18.

Comunidad	Porcentaje de Cobertura	Población Total	Mujeres	Hombres	Mujeres en edad fértil (15 a 49 años)	Usuarias de métodos anticonceptivos	Porcentaje de Cobertura
Jacala	19.0%	3708	1989	1719	922	175	19
Coñecito	23.7%	648	356	292	194	46	23.7
Quetzalapa	35.2%	439	222	217	142	50	35.2
Santo Domingo	45.6%	274	153	121	68	31	45.6
Total	22.8%	5069	2720	2346	1326	302	22.8

Tabla No. 19

Año	Cobertura de uso de métodos anticonceptivos (%)
1973	12.0%
1976	30.0%
1987	52.7%
1992	63.1%
1996	66.5%
2000	70.8%

**CUESTIONARIO PARA USUARIAS DE LOS CENTROS DE SALUD
DEL MUNICIPIO DE JACALA.**

Fecha:

/	/	200
Día	Mes	Año

Por favor conteste las preguntas de manera verídica, el llenado de este cuestionario es únicamente para fines estadísticos y su contenido es anónimo y confidencial.

1. Edad: _____ años.

2. Ocupación actual: _____

3. ¿Qué escolaridad tiene?

4. ¿Cuál es su estado civil? _____

1. Casada

2. Unión Libre

3. Divorciada

4. Soltera

5. Viuda

5. ¿Cuál es su tipo de Religión?

6. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

7. ¿Cuántos partos ha tenido?

8. ¿Cuántos abortos ha tenido?

9. ¿Cuántos hijos vivos ha tenido?

10. ¿Cuál es la edad de su hijo menor (en caso de tenerlo)?

11. ¿Cuántos hijos más desea tener?

12. ¿Cuál es el motivo por el cual desea planificar?

13. ¿Cuál es el método anticonceptivo que más utiliza?

Gracias por tu participación.

Base de datos de los cuestionarios

Edad	Ocupación	Embarazos	Partos	Abortos	Hijos vivos	Edad hijo menor	Cuantos hijos mas desea tener	Escolaridad	Motivo por el cual planifica	Método	Religión	Estado civil
25	Hogar	3	2	1	2	,70	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	0	1,60	2	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Cristiana	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	4,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	2,00	No sabe	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
34	Hogar	4	3	1	3	2,00	No sabe	Primaria Incompleta	Falta de dinero	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
35	Hogar	2	2	0	2	,70	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Bimensual	Católica	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	2	,60	1	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Casada
26	Hogar	2	2	0	2	3,00	0	Secundaria Incompleta	Paridad Satisfecha	DIU	Católica	Unión Libre
35	Hogar	3	3	0	3	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	DIU	Católica	Unión Libre
32	Hogar	3	3	0	3	3,00	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	Condón	Católica	Unión Libre
25	Hogar	2	2	0	2	,80	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Casada
25	Hogar	2	1	1	1	1,60	No sabe	Primaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Casada
43	Hogar	7	7	0	7	10,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
37	Hogar	3	3	0	3	2,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	1,00	2	Secundaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Ninguna	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	2	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Ninguna	Unión Libre

26	Hogar	3	3	0	3	2,40	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Ninguna	Casada
25	Hogar	0	0	0	0	,00	2	Secundaria	Mejorar su economía	Inyección Mensual	Ninguna	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	,50	1	Bachillerato	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Casada
35	Hogar	2	2	0	2	1,00	0	Bachillerato	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Unión Libre
25	Hogar	2	2	0	2	1,00	2	Secundaria	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Casada
25	Hogar	1	1	0	1	1,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	H. Oral	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	1,90	2	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Divorciada
26	Profesora	1	1	0	1	1,00	1	Profesional	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Cristiana	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	1,40	1	Secundaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	H. Oral	Católica	Unión Libre
26	Hogar	2	1	1	1	7,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	H. Oral	Católica	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	2	4,00	0	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Ninguna	Casada
35	Hogar	3	3	0	3	,60	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
25	Hogar	2	1	1	1	1,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Casada
25	Hogar	1	1	0	1	1,20	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	,80	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Ninguna	Casada
25	Hogar	1	1	0	1	,11	1	Bachillerato	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Casada
25	Hogar	1	1	0	1	1,00	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Ninguna	Casada
25	Hogar	2	1	1	1	2,00	2	Primaria	Mejorar su economía	Inyección Mensual	Ninguna	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	2	2,00	0	Secundaria	Paridad	DIU	Católica	Unión Libre

									Satisfecha			
25	Empleada	2	2	0	2	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	2	,60	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	H. Oral	Católica	Unión Libre
25	Hogar	2	2	0	2	1,20	1	Secundaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Casada
40	Hogar	3	3	0	3	,70	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
37	Hogar	5	5	0	4	,80	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Casada
26	Hogar	1	1	0	1	9,00	2	Secundaria	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Unión Libre
25	Profesora	1	1	0	1	1,00	1	Profesional	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Ninguna	Casada
32	Hogar	5	5	0	4	,50	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Unión Libre
38	Hogar	7	6	1	6	3,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Casada
33	Profesora	2	2	0	2	6,00	0	Profesional	Paridad Satisfecha	DIU	Católica	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	2	2,00	0	Bachillerato	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	1,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	4,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
26	Hogar	2	1	1	1	5,00	2	Secundaria	Falta de dinero	Inyección Mensual	Católica	Casada
25	Hogar	0	0	0	0	,00	2	Secundaria	Mejorar su economía	Inyección Mensual	Ninguna	Casada
26	Hogar	2	2	0	2	2,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Ninguna	Unión Libre
25	Hogar	2	1	1	1	3,00	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	Condón	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	2,00	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	H. Oral	Católica	Unión Libre

25	Hogar	1	1	0	1	2,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
26	Hogar	3	3	0	3	1,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
38	Hogar	5	4	1	4	2,00	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
33	Hogar	3	3	0	3	1,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	4,00	1	Primaria	Falta de dinero	Condón	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	2,00	2	Primaria	Espaciar a sus hijos	Condón	Católica	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	1	1,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	H. Oral	Católica	Unión Libre
26	Hogar	3	3	0	3	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	H. Oral	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	4,00	1	Secundaria	Falta de dinero	Condón	Católica	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	3,00	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Soltera
37	Hogar	3	3	0	3	5,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
36	Hogar	2	2	0	2	5,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Cristiana	Unión Libre
33	Secretaria	2	2	0	2	2,00	1	Profesional	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Unión Libre
41	Hogar	2	2	0	2	4,00	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	Condón	Católica	Unión Libre
25	Hogar	3	3	0	3	2,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	Condón	Ninguna	Unión Libre
25	Hogar	3	2	1	2	1,60	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
26	Hogar	1	0	0	0	,00	2	Secundaria	Espaciar a sus hijos	H. Oral	Católica	Unión Libre
34	Hogar	4	4	0	4	,50	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	Condón	Católica	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	2	7,00	1	Secundaria	Espaciar a	DIU	Cristiana	Unión Libre

									sus hijos			
25	Hogar	1	1	0	1	3,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	2	3,00	0	Bachillerato	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Casada
31	Hogar	3	3	0	3	3,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	DIU	Católica	Divorciada
26	Hogar	2	2	0	2	6,00	1	Bachillerato	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Unión Libre
26	Hogar	1	1	0	1	2,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Católica	Casada
25	Hogar	1	1	0	1	3,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	DIU	Cristiana	Casada
25	Hogar	2	2	0	2	2,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
25	Hogar	2	2	0	2	1,00	2	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Condón	Católica	Casada
35	Hogar	1	1	0	1	1,00	1	Secundaria	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Unión Libre
41	Hogar	2	2	0	2	10,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Casada
25	Hogar	2	2	0	2	1,00	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Mensual	Cristiana	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	1,00	2	Secundaria	Espaciar a sus hijos	Inyección Bimensual	Cristiana	Unión Libre
33	Hogar	3	2	1	2	,70	0	Primaria	Paridad Satisfecha	DIU	Católica	Unión Libre
37	Hogar	3	2	1	2	7,00	No sabe	Primaria Incompleta	Falta de dinero	Condón	Católica	Unión Libre
26	Hogar	3	2	1	2	5,00	No sabe	Secundaria	Falta de dinero	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	2	2,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
26	Hogar	1	1	0	1	9,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
25	Hogar	4	4	0	4	1,00	No sabe	Primaria	Falta de dinero	Inyección Mensual	Cristiana	Unión Libre

25	Hogar	1	1	0	1	,30	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	H. Oral	Evangelista	Unión Libre
32	Hogar	2	2	0	2	3,00	1	Secundaria	Falta de dinero	Inyección Mensual	Evangelista	Unión Libre
25	Hogar	1	1	0	1	2,00	1	Primaria	Falta de dinero	DIU	Cristiana	Unión Libre
26	Hogar	2	1	1	1	3,00	1	Secundaria	Falta de dinero	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
36	Hogar	2	1	1	1	1,00	1	Secundaria	Falta de dinero	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
32	Hogar	3	3	0	3	3,00	No sabe	Secundaria	Falta de dinero	Inyección Mensual	Católica	Unión Libre
41	Hogar	3	3	0	3	2,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
32	Hogar	4	2	2	2	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
45	Hogar	5	4	1	4	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
44	Hogar	3	3	0	3	,50	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
42	Hogar	3	3	0	3	1,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Ninguna	Casada
42	Hogar	7	6	1	6	2,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
41	Hogar	4	4	0	4	1,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
45	Hogar	8	7	1	7	3,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
45	Hogar	7	7	0	7	2,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Ninguna	Casada
47	Hogar	4	3	1	3	1,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
44	Hogar	2	2	0	2	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
47	Hogar	7	7	0	7	3,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
47	Hogar	8	8	0	8	1,00	0	Analfabeta	Paridad	OTB	Católica	Unión Libre

									Satisfecha			
38	Hogar	3	3	0	3	1,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
49	Hogar	5	2	3	1	,50	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
40	Hogar	8	6	2	6	,60	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
43	Hogar	3	3	0	3	,70	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
42	Hogar	6	6	0	6	1,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
47	Hogar	8	8	0	8	3,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Casada
34	Hogar	3	3	0	3	8,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
48	Hogar	4	3	1	3	7,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
45	Hogar	6	6	0	6	2,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
48	Hogar	3	3	0	3	5,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
38	Hogar	5	5	0	3	4,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
41	Hogar	6	6	0	6	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
53	Hogar	10	10	0	10	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
48	Hogar	7	7	0	7	,20	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
48	Hogar	10	8	2	8	1,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
38	Hogar	5	5	0	5	Recién Nacido	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
40	Hogar	3	3	0	3	,10	0	Profesional	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
38	Hogar	3	3	0	3	,50	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre

36	Hogar	4	4	0	4	2,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
41	Hogar	2	2	0	2	,20	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
55	Hogar	8	8	0	8	1,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
36	Hogar	4	4	0	4	2,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
33	Empleada	2	2	0	2	3,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
48	Hogar	5	2	2	3	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
40	Hogar	2	2	1	2	2,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
51	Hogar	5	5	0	5	15,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Evangelista	Unión Libre
38	Hogar	4	3	1	3	4,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Ninguna	Unión Libre
35	Hogar	2	2	0	2	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
45	Hogar	7	7	0	7	1,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
43	Hogar	4	4	0	4	6,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
39	Hogar	3	2	1	2	5,00	0	Secundaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
44	Hogar	4	4	0	4	Recién Nacido	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
37	Hogar	5	3	2	3	,40	0	Bachillerato	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
38	Empleada	5	4	1	4	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
39	Hogar	3	3	0	3	7,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
53	Hogar	8	7	1	7	3,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
37	Hogar	4	4	0	4	1,00	0	Analfabeta	Paridad	OTB	Católica	Unión Libre

									Satisfecha			
38	Hogar	2	2	0	2	1,00	0	Bachillerato	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
40	Hogar	8	8	0	8	7,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
26	Empleada	4	3	1	3	3,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	2	1,00	0	Bachillerato	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
32	Hogar	4	4	0	4	1,60	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
35	Hogar	2	2	0	2	2,00	0	Profesional	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
46	Hogar	5	5	0	5	9,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
38	Hogar	4	4	0	4	Recién Nacido	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
26	Empleada	2	2	0	2	,50	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
35	Hogar	2	2	0	2	5,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
39	Hogar	5	5	0	5	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
39	Hogar	4	4	0	4	2,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Evangelista	Unión Libre
25	Hogar	3	3	0	3	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
46	Hogar	5	5	0	4	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
32	Hogar	5	3	2	3	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
47	Hogar	6	6	0	6	,60	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
35	Hogar	3	2	1	2	3,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
34	Hogar	4	4	0	4	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre

45	Hogar	4	4	0	4	13,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
39	Hogar	7	5	1	6	5,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
40	Hogar	5	5	0	5	3,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Ninguna	Unión Libre
37	Hogar	5	5	0	5	6,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
38	Hogar	5	5	0	5	10,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
37	Hogar	2	2	0	2	Recién Nacido	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
35	Hogar	4	4	0	4	1,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
55	Hogar	5	5	0	5	Recién Nacido	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
44	Hogar	4	4	0	4	1,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
40	Hogar	5	5	0	5	Recién Nacido	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
41	Hogar	4	2	2	2	,11	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
33	Hogar	4	4	0	4	5,00	0	Secundaria Incompleta	Falta de dinero	I. BIMESTRAL	Cristiana	Unión Libre
34	Hogar	3	3	0	3	,10	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
23	Hogar	1	1	0	1	2,00	No sabe	Secundaria	No contesto	I. BIMESTRAL	Cristiana	Unión Libre
41	Hogar	4	4	0	4	14,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	I. BIMESTRAL	Cristiana	Unión Libre
33	Hogar	2	2	0	2	9,00	0	Primaria	Falta de dinero	I. BIMESTRAL	Cristiana	Casada
31	Hogar	4	4	0	4	1,00	0	Primaria	Falta de dinero	OTB	Católica	Casada
39	Hogar	5	5	0	5	2,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
29	Hogar	2	2	0	2	6,00	0	Secundaria	Paridad	OTB	Católica	Unión Libre

									Satisfecha			
40	Hogar	4	4	0	4	9,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	I. BIMESTRAL	Católica	Unión Libre
43	Hogar	8	7	1	7	9,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
47	No contesto	5	5	0	5	8,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
40	Hogar	5	5	0	5	10,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
37	Hogar	3	3	0	3	10,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
44	Empleada	5	4	1	4	17,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
45	Empleada	5	5	0	5	3,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	I. BIMESTRAL	Católica	Unión Libre
33	Hogar	3	3	0	3	,50	0	Primaria Incompleta	Falta de dinero	I. BIMESTRAL	Católica	Unión Libre
35	Hogar	4	4	0	4	5,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	I. BIMESTRAL	Cristiana	Unión Libre
35	Hogar	4	4	0	4	4,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	I. BIMESTRAL	Evangelista	Unión Libre
47	Hogar	4	3	1	3	6,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	I. BIMESTRAL	Ninguna	Unión Libre
38	Hogar	2	2	0	2	3,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Ninguna	Divorciada
43	Hogar	7	7	0	7	1,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
40	Profesora	2	2	0	2	3,00	0	Profesional	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
38	Hogar	2	2	0	2	4,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
36	Hogar	4	4	0	4	9,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
42	No contexto	9	7	2	7	,20	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
37	No contexto	4	3	1	3	1,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre

47	Hogar	4	4	0	4	2,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
30	Hogar	2	2	0	2	1,00	0	Secundaria	No contesto	OTB	Católica	Casada
42	Hogar	9	7	2	6	1,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
34	Hogar	5	5	0	4	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
39	Hogar	6	6	0	5	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
29	Hogar	4	4	0	4	2,00	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	I. BIMESTRAL	Cristiana	Casada
27	Hogar	2	2	0	2	3,00	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Unión Libre
27	Hogar	2	2	0	2	1,00	No sabe	Secundaria	Espaciar a sus hijos	I. BIMESTRAL	Católica	Casada
29	Hogar	3	3	0	3	1,00	1	Primaria	Espaciar a sus hijos	I. BIMESTRAL	Católica	Unión Libre
31	Hogar	4	4	0	4	2,00	No sabe	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	I. BIMESTRAL	Católica	Casada
16	Hogar	0	0	0	0	,00	2	Secundaria	No contesto	I. BIMESTRAL	Católica	Unión Libre
19	Hogar	1	1	0	1	,20	2	Primaria	Espaciar a sus hijos	I. BIMESTRAL	Cristiana	Casada
30	Hogar	4	4	0	4	6,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	I. BIMESTRAL	Cristiana	Unión Libre
28	Hogar	2	2	0	2	2,00	1	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	DIU	Cristiana	Unión Libre
29	Hogar	4	3	1	3	2,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	DIU	Cristiana	Unión Libre
40	Hogar	6	6	0	6	1,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
26	Hogar	2	2	0	2	,10	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
31	No contesto	4	4	0	4	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
33	No contesto	3	3	0	3	3,00	0	Profesional	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre

27	Hogar	2	2	0	2	3,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
39	Hogar	4	4	0	4	6,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
35	Hogar	4	4	0	4	3,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
29	Hogar	3	3	0	3	3,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
42	Hogar	6	6	0	6	4,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Divorciada
48	Hogar	6	6	0	6	12,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
38	Hogar	4	4	0	4	1,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
30	Hogar	4	4	0	4	1,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Casada
25	Hogar	3	3	0	3	3,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
40	Hogar	3	3	0	3	12,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Casada
43	No contesto	6	6	0	6	2,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
28	No contexto	2	2	0	2	8,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
30	Hogar	4	4	0	4	5,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
30	Hogar	4	4	0	4	2,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
47	Hogar	5	5	0	5	15,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
42	Hogar	5	5	0	5	4,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
40	Hogar	5	5	0	5	14,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
38	Hogar	2	2	0	2	1,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
45	Hogar	5	5	0	5	1,00	0	Primaria	Paridad	OTB	Católica	Unión Libre

								Incompleta	Satisfecha			
46	Hogar	4	4	0	4	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
35	Hogar	4	4	0	4	1,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
38	Hogar	5	5	0	5	1,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
42	Hogar	3	3	0	3	Recién Nacido	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Ninguna	Unión Libre
36	Hogar	7	7	0	7	1,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
42	Hogar	5	5	0	5	14,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
42	Hogar	6	6	0	6	9,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
35	Hogar	7	7	0	7	1,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
39	Hogar	6	6	0	6	2,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
48	Hogar	6	6	0	6	5,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
42	No contesto	6	6	0	6	3,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
32	Hogar	4	4	0	4	Recién Nacido	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Evangelista	Soltera
26	Hogar	4	4	0	4	6,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Viuda
30	Hogar	5	5	0	5	1,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
36	Hogar	3	3	0	3	2,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
37	Hogar	3	3	0	3	1,00	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	OTB	Ninguna	Casada
43	No contexto	6	6	0	6	Recién Nacido	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
43	Hogar	2	2	0	2	12,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	Condón	Cristiana	Casada

35	Hogar	3	3	0	3	11,00	1	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	I.M.	Católica	Unión Libre
44	Hogar	5	5	0	5	5,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	I.M.	Católica	Casada
28	Hogar	3	3	0	3	2,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	I.M.	Cristiana	Unión Libre
42	Hogar	5	5	0	5	6,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	I.M.	Católica	Casada
36	Hogar	3	3	0	3	,90	0	Secundaria	Paridad Satisfecha	Condon	Cristiana	Unión Libre
32	Hogar	2	2	0	2	2,00	2	Primaria	Espaciar a sus hijos	I.M.	Católica	Casada
36	Hogar	3	3	0	3	6,00	1	Analfabeta	Espaciar a sus hijos	I.M.	Cristiana	Unión Libre
36	Hogar	2	2	0	2	1,60	2	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	Condon	Católica	Unión Libre
45	Hogar	5	5	0	5	6,00	0	Analfabeta	Falta de dinero	I.M.	Católica	Unión Libre
36	Hogar	4	4	0	4	4,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	H. Oral	Católica	Unión Libre
39	Hogar	7	7	0	6	1,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	H. Oral	Católica	Unión Libre
33	Hogar	5	4	0	4	4,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	I.M.	Católica	Unión Libre
44	Hogar	4	4	0	4	2,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	I.M.	Cristiana	Unión Libre
33	Hogar	3	3	0	3	1,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	I.M.	Católica	Unión Libre
34	Hogar	2	2	0	2	3,00	2	Analfabeta	Paridad Satisfecha	I.M.	Católica	Unión Libre
23	Hogar	1	1	0	1	,40	2	Primaria	Paridad Satisfecha	Condon	Católica	Unión Libre
33	Hogar	5	5	0	5	2,00	0	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	DIU	Católica	Unión Libre
18	Hogar	1	1	0	1	1,60	1	Secundaria	Paridad Satisfecha	DIU	Católica	Unión Libre
44	Hogar	6	6	0	6	2,00	0	Analfabeta	Espaciar a	H.	Católica	Unión Libre

									sus hijos	TRIMESTRAL		
31	Hogar	2	1	1	1	1,00	2	Primaria	Espaciar a sus hijos	Condon	Católica	Unión Libre
45	Hogar	6	6	0	6	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	I.M.	Católica	Unión Libre
36	Hogar	4	4	0	4	2,00	1	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	Condon	Ninguna	Unión Libre
22	Hogar	1	1	0	1	,20	No sabe	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	I.M.	Católica	Casada
26	Hogar	3	3	0	3	1,00	0	Primaria	Espaciar a sus hijos	I.M.	Católica	Unión Libre
42	Hogar	2	2	0	2	14,00	1	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	I.M.	Católica	Casada
28	Hogar	0	0	0	0	,00	1	Primaria	No contesto	I. BIMESTRAL	Católica	Unión Libre
44	Hogar	5	5	0	5	14,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
25	Hogar	6	5	1	5	,50	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
34	Hogar	2	2	0	2	3,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
40	Hogar	6	6	0	6	2,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
29	Hogar	5	4	1	4	1,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
46	Hogar	4	4	0	4	3,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
42	Hogar	4	4	0	4	8,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
40	Hogar	3	3	0	3	6,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
46	Hogar	9	8	1	7	9,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Unión Libre
36	Hogar	4	4	0	4	10,00	0	Primaria	Paridad Satisfecha	OTB	Católica	Casada
42	Hogar	2	2	0	2	10,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre

36	Hogar	6	6	0	6	8,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	OTB	Cristiana	Unión Libre
31	Hogar	2	2	0	2	2,00	1	Primaria Incompleta	Espaciar a sus hijos	I.M.	Cristiana	Unión Libre
34	Hogar	6	6	0	6	2,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	DIU	Cristiana	Unión Libre
28	Hogar	4	3	1	3	2,60	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	I.M.	Cristiana	Unión Libre
18	Hogar	1	1	0	1	1,00	2	Secundaria	Espaciar a sus hijos	DIU	Cristiana	Casada
34	Hogar	2	2	0	2	8,00	0	Primaria Incompleta	Paridad Satisfecha	I.M.	Cristiana	Unión Libre
26	Hogar	3	3	0	3	2,00	0	Primaria	Falta de dinero	Condon	Cristiana	Unión Libre
30	Hogar	2	2	0	2	4,00	0	Analfabeta	Paridad Satisfecha	I.M.	Cristiana	Unión Libre