

## *Capítulo IV*

### **IV. PLANIFICACIÓN FAMILIAR: UN RECORRIDO A TRAVÉS DE LAS ENCUESTAS MEXICANAS**

**R**epetidamente se ha declarado a lo largo del documento la limitante existente en términos de disponibilidad de bases de datos que den cuenta de manera específica sobre las barreras que expresan los proveedores de salud que hacen que la población no acuda a los servicios de PF; no obstante, es fundamental reconocer que en el país se han hecho grandes esfuerzos por indagar sobre el comportamiento SR de los ciudadanos y al mismo tiempo, con el pasar de los años, los instrumentos de recolección de la información han ido concentrándose en tópicos antes impensables, como por ejemplo la evaluación de la calidad de los servicios de salud.

Haciendo un breve recuento de lo que se mencionó al inicio, en el capítulo introductorio, las encuestas que se emplearán para este capítulo en particular son: la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) de 1992 y 1997; la Encuesta Nacional de Salud (Ensa) del 2000 y la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) del 2002, todas con representatividad a nivel nacional o estatal. Así mismo, debido a que suministra información útil a la investigación, se utilizarán datos de la Encuesta Gente Joven de 1999 y 2002, que aunque no es representativa ni a nivel nacional ni estatal, se desarrolló en zonas (principalmente marginadas) donde se concentra el programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam); por último se trabajará con la encuesta sobre necesidades de SR en el D.F., en el marco del proyecto del cual se deriva esta tesis, en esta oportunidad se entrevistaron varones y mujeres, habitantes de las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa y se les indagó sobre los servicios de PF y la interacción con los proveedores de servicios de salud. Más adelante ampliaremos esta información.

De las encuestas que se analizarán, todas fueron levantadas hace 8 años y más, como es el caso de la ENADID 1992, la más antigua de la que disponemos para este trabajo. Desde hace un tiempo para acá el *boom* de las encuestas sobre fecundidad y otras se estancó, poniendo así fin a una época de gran bonanza informativa, que en términos del INEGI se denominó “*la época de oro de la información demográfica*” y la cual difícilmente volveremos a tener (Echarri, 2008a:101).

El objetivo de este capítulo es describir a través de diferentes encuestas las prácticas en PF y SSR, las necesidades insatisfechas en términos de anticoncepción, la evaluación de los servicios recibidos por parte de los usuarios y la educación y capacitación que declaran los prestadores de servicios en temas de PF, en ningún momento se pretende hacer comparaciones entre las encuestas empleadas, ya que como se podrá constatar, los universos de estudio fueron distintos entre sí. Con este análisis previo se podrá contraponer la información que resulte en el siguiente capítulo donde se analizará un caso específico: Tlalpan e Iztapalapa como zonas de referencia.

#### **IV.1 Breve descripción de las encuestas nacionales**

A continuación se presentarán cronológicamente (de la más antigua la más reciente) algunas generalidades de las encuestas que se utilizarán en este capítulo, a modo de resumen se indicará, en la tabla 4.1, las características más importantes de cada una de ellas, así como el módulo correspondiente que se empleará. Más abajo, se hablará en detalle de cada encuesta.

**Tabla 4. 1** Principales características de las encuestas seleccionadas

Encuesta	Características
ENADID 1992	<p><b>Objetivo General:</b> Producir información para determinar el nivel y las tendencias de los componentes básicos de la dinámica demográfica (fecundidad, mortalidad y migración), así como evaluar las estadísticas de nacimientos y defunciones generadas a través de los registros administrativos.</p> <p><b>Cobertura Geográfica:</b> Nacional con dominio por entidades federativas.</p> <p><b>Sección de la encuesta utilizada:</b> Mujeres entre 15 y 54 años de edad.</p> <p><b>Nº de muestras:</b> 2571 D.F.</p>
ENADID 1997	<p><b>Objetivo General:</b> Producir información útil, actualizada y confiable para apoyar el diseño e instrumentación de políticas demográficas y sociales.</p> <p><b>Cobertura Geográfica:</b> Nacional con dominio por entidades federativas.</p> <p><b>Sección de la encuesta utilizada:</b> Mujeres entre 15 y 54 años de edad.</p> <p><b>Nº de muestras:</b> 2901 D.F.</p>
Gente Joven 1999	<p><b>Objetivo General:</b> Evaluar las acciones que Mexfam lleva a cabo a través del Programa Gente Joven y con ello obtener información que sirviera de base para mejorar las estrategias y los servicios que proporciona a la población adolescente.</p> <p><b>Cobertura Geográfica:</b> Áreas de influencia y no influencia del programa Gente Joven de Mexfam. No es posible extrapolar los datos a nivel nacional ni estatal.</p> <p><b>Sección de la encuesta utilizada:</b> Cuestionario para prestadores de servicios.</p> <p><b>Nº de muestras:</b> 77 D.F.</p>
ENSA 2000	<p><b>Objetivo General:</b> Actualizar la información existente sobre la prevalencia de enfermedades agudas y crónicas, así como sobre la utilización y la calidad de los servicios de salud.</p> <p><b>Cobertura Geográfica:</b> Nacional con dominio por entidades federativas.</p> <p><b>Sección de la encuesta utilizada:</b> Utilizadores de servicios de salud.</p> <p><b>Nº de muestras:</b> 2665 D.F.</p>
ENED 2002	<p><b>Objetivo General:</b> Conocer el estado de salud de la población, así como su percepción sobre ésta y su experiencia con los proveedores de salud.</p> <p><b>Cobertura Geográfica:</b> Nacional con dominio por entidades federativas.</p> <p><b>Sección de la encuesta utilizada:</b> Capacidad de respuesta del sistema de salud.</p> <p><b>Nº de muestras:</b> 1178 D.F.</p>
Gente Joven 2002	<p><b>Objetivo General:</b> Medir los avances generados a partir de las estrategias implementadas después de la aplicación de la encuesta Gente Joven de 1999.</p> <p><b>Cobertura Geográfica:</b> Áreas de influencia y no influencia del programa Gente Joven de Mexfam. No es posible extrapolar los datos a nivel nacional ni estatal.</p> <p><b>Sección de la encuesta utilizada:</b> Cuestionario para prestadores de servicios.</p> <p><b>Nº de muestras:</b> 21 D.F.</p>
Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva a en el D.F.	<p><b>Objetivo General:</b> Identificar las barreras y obstáculos que impiden a diferentes poblaciones acceder a servicios de salud reproductiva de calidad.</p> <p><b>Cobertura Geográfica:</b> Zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa. Sin dominio estatal ni por delegaciones.</p> <p><b>Sección de la encuesta utilizada:</b> Práctica anticonceptiva de la población.</p> <p><b>Nº de muestras:</b> 1138 (Tlalpan e Iztapalapa).</p>

**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997, Gente Joven 1999, Ensa 2000, ENED 2001 y Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva en el D.F., 2007.

#### **IV.1.1 Enadid 1992**

Esta encuesta se desarrolló por el INEGI con el fin de conocer de manera integral los tres principales fenómenos demográficos: fecundidad, migración y mortalidad; además la encuesta incorporó temas que se refieren al estudio del registro tardío, subregistro y registro múltiple de nacimientos, así como sobre el subregistro de defunciones. Esta información se consideró indispensable para realizar una evaluación del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales. También se captó información sobre el conocimiento, uso y acceso que tienen las mujeres sobre los diferentes medios para regular la fecundidad. Otros aspectos incluidos en la Enadid 92 buscaron profundizar en el conocimiento de algunas variables captadas en el XI Censo General de Población y Vivienda.

La población objeto de esta encuesta fueron residentes habituales, población migrante internacional en los últimos cinco años, personas fallecidas en los últimos cinco años que eran residentes en el hogar, mujeres de 15 a 54 años residentes habituales del hogar, viviendas y hogares, cada una para el módulo correspondiente. El marco muestral fue elaborado específicamente para aplicar esta encuesta.

En total se contemplaron doce temas, el último de ellos tuvo que ver con la anticoncepción y se indagó sobre: conocimiento de métodos anticonceptivos, condición de uso actual, tipo de método, lugar de obtención, fecha de inicio del método actual, primer método utilizado, lugar de obtención, fecha de inicio del método utilizado, lugar de obtención, fecha de término del primer método usado, fecha de inicio del primer método usado, razón de abandono, embarazo con uso del primer método, cambio de lugar de obtención del primer método, tiempo de obtención (en el primer establecimiento), hijos sobrevivientes a la adopción del primer método, razón de no usar método actualmente, estado civil, número de uniones y edad a la primera unión de las mujeres en edad fértil.

#### **IV.1.2 Enadid 1997**

Con el fin de dar continuidad al trabajo emprendido en 1992 por el INEGI, para el año 1997 se hace el levantamiento de la Enadid, la cual cumple con objetivos similares en términos conceptuales a la encuesta inicial. Ente otros propósitos, con la Enadid de 1997 se buscó generar información referente a los niveles, estructura de la fecundidad y los factores asociados al mismo, como son: salud reproductiva, anticoncepción, salud materno-infantil, historia de uniones, entre otros.

El análisis de la Enadid 1992 y las encuestas previas fueron el punto de partida para la determinación temática de la Enadid 1997, la definición de los conceptos involucrados y el diseño del instrumento de captación. Las mismas encuestas fueron la base para determinar la estrategia operativa, de capacitación y explotación que resultaran más adecuadas a las características y dimensiones de la Enadid 1997.

En cuanto a la exploración en el tema de anticoncepción, el interés fue actualizar la información disponible sobre el conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres de 15 a 54 años y/o en sus parejas. Se indagó por la historia anticonceptiva de los últimos 5 años (1992- 1997) con el fin de asociarla con los niveles y tendencias de la fecundidad, y para ello se buscó información sobre la condición de uso actual de algún método anticonceptivo, el tipo, lugar de obtención y la razón de uso del método actual o la razón de no uso.

#### **IV.1.3 Encuesta Gente Joven 1999**

La presente encuesta se realizó en los meses de agosto a octubre de 1999 con el propósito de evaluar las acciones que Mexfam lleva a cabo a través del Programa Gente Joven y con ello obtener información que sirviera de base para mejorar las estrategias y los servicios que proporciona a la población adolescente.

La investigación fue diseñada y ejecutada por Investigación en Salud y Demografía (Insad) por encargo de Mexfam. La selección de los diferentes puntos de servicio no siguió un esquema probabilística: se incorporaron 60 puntos de servicio ubicados dentro de las áreas de influencia del Programa Gente Joven.

#### **IV.1.4 Ensa 2000**

La Encuesta Nacional de Salud 2000 recolectó información relacionada con las características geográficas de las localidades y entidades federativas encuestadas; para ello, se utilizaron las bases de datos georreferenciales existentes en el país, como las del INEGI y del Instituto de Investigaciones Geográficas (IIG) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), entre otras. Adicionalmente, se retomaron datos de los sistemas de información pertenecientes a las instituciones de salud, relacionados con la morbilidad, la mortalidad y las características de los servicios.

En el diseño conceptual de la encuesta se consideraron como unidades de análisis, en primer término, las viviendas, y se asignó el papel de informante al ama de casa; en segundo lugar, se consideró a los demás integrantes de los hogares y, entre ellos, a los que habían utilizado servicios de salud ambulatorios u hospitalarios en los 12 meses previos a la entrevista.

En el interior de cada hogar se seleccionó aleatoriamente a: a) un niño de 0 a 9 años de edad (la informante *proxi* fue el ama de casa o la/el responsable del niño); b) un adolescente de entre 10 y 19 años de edad, y c) un adulto de 20 o más años edad. Estos últimos constituyeron las unidades de análisis para el estudio de la prevalencia de factores de riesgo, enfermedades agudas y crónicas, y daños a la salud por accidentes o violencias. Asimismo, se consideró al sujeto seleccionado como informante para cada uno de los respectivos cuestionarios. Se utilizaron los siguientes cinco cuestionarios: 1) hogar y población, 2) utilización de servicios de salud, 3) cuestionario para niños (0-9 años de edad), 4) cuestionario para adolescentes (10-19 años de edad) y 5) cuestionario para adultos (mayores de 20 años de edad).

#### **IV.1.5 ENED 2002**

La ENED 2002 tiene representatividad nacional y estatal, cuenta con datos sobre percepciones y condiciones de salud, factores de riesgo, aseguramiento social y privado, gasto privado en salud, utilización de servicios y de ocho dominios que miden la capacidad de respuesta de los sistemas nacional y estatales de salud a las expectativas legítimas de los usuarios (trato adecuado). El tamaño de muestra fue de 38746 hogares, con un promedio de 1250 hogares por entidad federativa.

Los objetivos generales que se plantearon para la aplicación de la encuesta fueron: 1) conocer el estado de salud de la población, así como su percepción sobre ésta y su experiencia con los proveedores de salud, 2) construir un marco basal que muestre la morbilidad, 3) la mortalidad y las barreras de acceso a los servicios de salud, así como la calidad de la atención, 3) proporcionar información adecuada para apoyar la toma de decisiones orientadas al mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

En la ENED se trabajó con dos tipos de instrumentos: un cuestionario de hogar y uno individual. Con el cuestionario de hogar se registró y realizó la medición de las variables que están destinadas a la identificación de los hogares y a la verificación del informante adecuado, así como a la participación dentro de las instituciones de asistencia sanitaria. El cuestionario individual se aplicó a un informante mayor de 18 años de edad, miembro del hogar seleccionado. Este cuestionario permitió captar los datos generales de cada informante seleccionado dentro de la vivienda, su percepción sobre la salud mediante la aplicación de viñetas de descripción y valoración de estados de salud; también se determinaron los factores de riesgo a los que se encuentra sometido y las defunciones que se presentaron en el hogar; se obtuvo información referente a la capacidad de respuesta del sistema de salud y de los objetivos sanitarios, mediante la percepción de los usuarios, lo que conllevó a la evaluación de la calidad de la atención.

#### **IV.1.6 Encuesta Gente Joven 2002**

Esta encuesta tuvo los mismos objetivos propuestos en la encuesta de 1999, entre los más importantes estuvo comparar a la población de las áreas de influencia del programa Gente Joven de Mexfam con zonas similares fuera de ésta.

#### **IV.1.7 Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva en el Distrito Federal**

Esta encuesta se llevó a cabo dentro de las zonas de marginalidad alta y muy alta de las delegaciones de Tlalpan e Iztapala. Se entrevistaron tanto a varones como mujeres y se preguntó sobre diferentes temas de la SSR como: 1) práctica anticonceptiva, 2) atención del embarazo y el parto, 3) sexualidad y exposición al riesgo de concebir, 4) ITS, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y cáncer de próstata y 5) infertilidad; además se registraron datos sociodemográficos y de percepción de la calidad de los servicios de salud.

Esta parte del estudio apuntó a identificar cómo la clase, el género, la generación y desigualdades étnicas interactúan para producir inequidades y falta de satisfacción de las necesidades de salud reproductiva, y como la gente percibe las respuestas de los servicios de salud a sus necesidades.

### **IV.2 Prácticas en planificación familiar y visiones de la población frente a los servicios de salud**

#### **IV.2.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos**

El principal determinante de la disminución de la fecundidad ha sido la utilización de métodos anticonceptivos para espaciar o limitar la descendencia. En México, a raíz de la promulgación de la nueva Ley General de Población en 1974, se dio un acelerado proceso de difusión e incorporación de la planeación familiar en las parejas mexicanas. El Estado reconoció como



una garantía individual el derecho de toda persona a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, y a disponer de la información y los medios para poder hacerlo. En concordancia con lo establecido en la Ley General de Población vigente, la prestación de servicios es gratuita en todas las instituciones del sector público (Conapo, 2000:24).

Cada vez existen en el mercado un número considerable de métodos anticonceptivos que son altamente eficaces y que están al alcance de las parejas y las mujeres. Sin embargo, la manera de planificar y los métodos que se pueden utilizar para evitar la concepción no se conocen a los mismos niveles para todas las mujeres.

En el D.F., entre 1992 y 1997 (según la Enadid de estos años) el conocimiento que es general sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos permanece por encima de 90.0%, lo que quiere decir que en esos años, por cada 10 mujeres que había entre los 15-54 años, al menos 9 habían oído hablar de métodos para evitar el embarazo. En la siguiente tabla (4.2) se muestra el nivel de conocimiento frente a los diferentes tipos de métodos, para los dos años mencionados.

Lo que se puede observar es que para 1992 métodos como las pastillas, los preservativos, los dispositivos y la operación masculina eran conocidos por más de 93.0% de las mujeres entrevistadas; para 1997, además de los métodos ya mencionados, aparecen otros como la inyección y la operación femenina con conocimientos que superan el 90.0%.

El aumento más notable lo constituye el método Norplant quien crece en aproximadamente 7.2 puntos porcentuales entre los dos periodos mencionados. Aunque en mayor y menor grado, el conocimiento sobre todos los métodos contraceptivos aumenta, es de subrayar que el único que parece salir de esta tendencia es el método de la operación masculina (2.5 puntos menos); mientras que en contraste, la operación femenina aumentó en 7.0 % frente a 1992.

**Tabla 4. 2** Porcentaje de mujeres en edad fértil del D.F. que conocen distintos métodos anticonceptivos, según tipo de método, 1992 y 1997

Método	1992	1997
	%	%
Pastillas	96.0	97.0
Preservativos	94.4	97.5
Dispositivos	94.2	94.4
Operación Masculina	94.0	91.5
Inyección	89.9	92.0
Operación Femenina	87.1	93.1
Óvulo	78.9	79.8
Ritmo	77.9	79.7
Retiro	54.6	60.6
Norplant	11.3	18.5
Otros	2.2	3.2

**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997. Base de datos mujeres.

#### IV.2.2 Prevalencia y estructura en el uso de métodos anticonceptivos

El uso de métodos anticonceptivos está ligado a múltiples particularidades de las mujeres y las parejas, entre otros factores, con las conductas las percepciones acerca de la anticoncepción, el deseo de tener más hijos o espaciar sus nacimientos, la edad, el grado de escolaridad, el nivel socioeconómico o su paridad. Por otro lado, alrededor de los mismos, está inherente el hecho de las creencias sobre la efectividad con respecto, por ejemplo, a algunas enfermedades como las ITS, incluyendo el sida (Maroto, *et al.*, 1998:548; Palma y Palma 2007:118).

A pesar de que los porcentajes que se pueden apreciar en la tabla 4.3, sugieren que la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil ha ido en aumento durante los cinco años entre una Enadid y otra (43.0% y 46.6% para 1992 y 1997), cuando se desagregan algunos componentes demográficos se pueden observar retrocesos. Algunos de los puntos que vale la pena destacar son: 1) la disminución en el uso de métodos de las mujeres entre los 20-24 años, en las de 25-29 años de edad y en las mujeres de 40-44 años, 2) el descenso de la prevalencia entre las mujeres en edad fértil sin escolaridad alguna y 3) la reducción en el porcentaje de uso entre las mujeres con paridad igual a uno.

Los casos en los que aumentó la prevalencia fue: mujeres entre los 30-34 y 50-54 años, mujeres con primaria incompleta, mujeres con 4 hijos y más, mujeres no unidas, mujeres de estrato muy bajo y bajo y para ambos casos, los hogares que estaban jefaturados por mujeres y hombres.

**Tabla 4. 3** Porcentaje de mujeres en edad fértil que usan métodos anticonceptivos, según características seleccionadas, 1992 y 1997

Variables seleccionadas		1992	1997
		43.0	46.6
Grupo de edad	15-19	5.0	5.4
	20-24	28.6	27.4
	25-29	50.2	46.5
	30-34	62.0	70.2
	35-39	71.3	71.4
	40-44	71.8	68.8
	45-49	55.9	58.1
	50-54	27.4	42.1
Escolaridad	Sin escolaridad	30.0	22.9
	Primaria incompleta	32.0	35.1
	Primaria completa	37.5	39.4
	Secundaria y más	51.2	53.4
	Sin respuesta	33.9	51.5
Hijos nacidos vivos	1	54.6	51.9
	2	71.7	76.2
	3	77.4	79.1
	4 y más	66.4	72.6
	Sin respuesta	6.6	9.6
Situación conyugal	Unidas	73.4	75.7
	No Unidas	10.9	15.2
Estrato socioeconómico*	Muy bajo y bajo	41.7	48.0
	Medio y alto	44.2	46.9
Jefatura del hogar	Hombre	46.9	50.7
	Mujer	28.2	32.6

\* No se incluyeron los casos no especificados.

**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997. Base de datos mujeres.

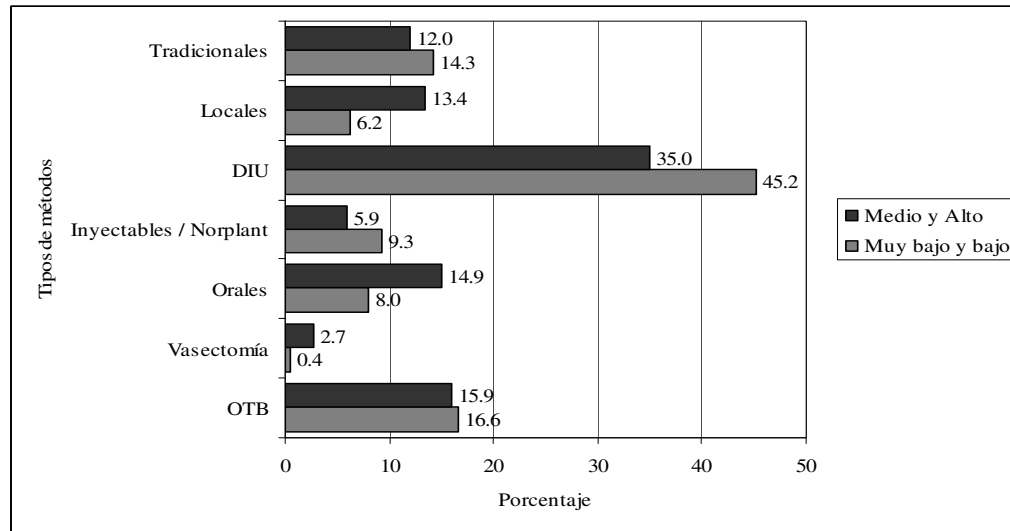
Al interior de cada estrato socioeconómico, las variaciones en el uso de los diferentes métodos son heterogéneas, de acuerdo con la Enadid, para el año de 1997, el método más utilizado fue DIU (dispositivo intra uterino) con valores de 45.2% y 35.0% para los estratos muy bajo y bajo y medio y alto, respectivamente (ver figura 4.1). Estos valores difieren de los métodos

utilizados para el año 1992 (según la Enadid), donde en el primer lugar se posicionaba la OTB (oclusión tubaria bilateral), un método definitivo aplicado para que las mujeres nunca más puedan quedar embarazadas. Quizá la prevalencia en el uso de dicho método se dio en respuesta al afán que tenían los entes gubernamentales por cumplir con las metas que en materia de fecundidad se plantearon, presionando al sector salud para la aplicación de métodos irreversibles, siendo las mujeres las acaeceradas de tales medidas, en parte, porque eran las que acudían con mayor frecuencia a los centros de salud, demandando principalmente atención materna. En 1997, la OTB pasó a ocupar el segundo lugar en el uso para las mujeres en edad fértil de ambos estratos socioeconómicos. Todos estos datos, corresponden a la Enadid 1992 y 1997 cuyo objetivo fue, como ya se dijo, determinar los niveles y tendencias de la fecundidad, la mortalidad y la migración.

Continuando con la Enadid 1992 y 1997, se ve que paradójicamente, mientras las mujeres del estrato medio y alto aumentan el uso de las pastillas y de locales, como método de anticoncepción, el grupo de mujeres pertenecientes a los estratos más bajos, tiene un porcentaje más elevado de mujeres que acuden a prácticas tradicionales para evitar la concepción, tal vez esto se deba a la información con la que las mujeres cuentan y el tipo de instituciones que cubren sus demandas en salud, como más adelante se indicará.

Finalmente, una nueva coincidencia entre los estratos en cuestión es que la vasectomía ocupa el último ranking entre todos los métodos empleados, siendo casi mínima la proporción de hombres que se somete a una solución radical para evitar el embarazo de sus compañeras sexuales (ver figura 4.1).

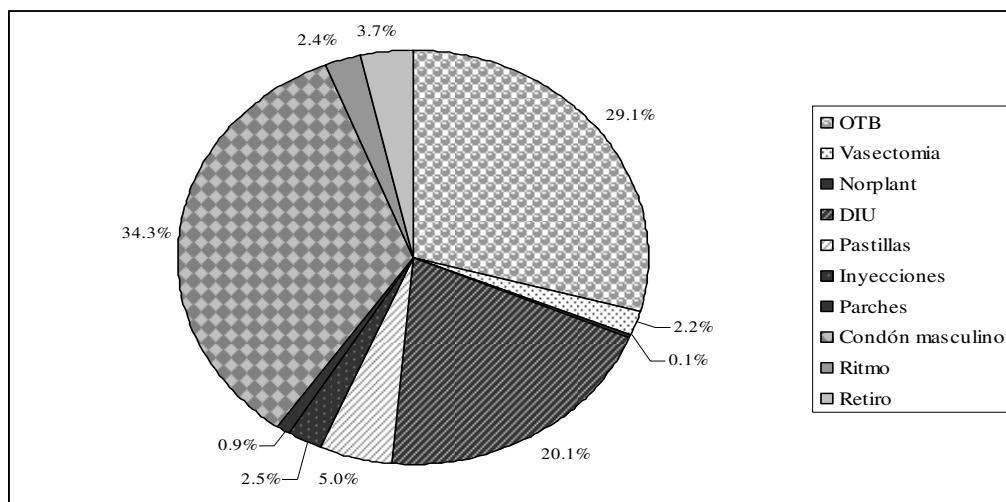
**Figura 4. 1.** Porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos, según tipo de método y estrato socioeconómico, 1997



**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENADID 1997. Base de datos mujeres.

Entre tanto, la encuesta aplicada a personas que viven en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa arrojó que para el 2007 83.4% de la población se encuentra utilizando como método anticonceptivo: el condón masculino (34.3%), la OTB (29.1%) y el DIU (20.1%). Tanto la OTB como el DIU son métodos que fueron captados en la Enadid 1992 y 1997 de alto uso, sin embargo, llama la atención que en la encuesta aplicada en las zonas marginadas de las dos delegaciones mencionadas, el uso del condón se posiciona en primer lugar como el método más empleado (ver figura 4.2). En parte, tal fenómeno puede ser explicado dado que la Enadid en sus dos versiones sólo incluye a las mujeres entre 15 y 54 años en su módulo de fecundidad, la encuesta sobre necesidades por su parte, entrevistó a mujeres y varones entre los 19 y 49 años de edad.

**Figura 4. 2** Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados en Tlalpan e Iztapalapa, 2007



**Fuente:** Elaboración propia con base en la Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva del D.F, 2007. Base de datos de la población.

La razón que declararon los entrevistados de Tlalpan e Iztapalapa para utilizar el método actual (al momento de la entrevista) o el último método que utilizaron fue en primer lugar porque les pareció cómodo (27.2%), esto sustenta en parte que utilicen en mayor proporción condones; en igual proporción (10.9%) se tiene el hecho de que la pareja lo prefiriera o por recomendación de algún personal de salud (ver tabla 4.4).

**Tabla 4. 4** Razón de uso del método anticonceptivo actual o el último método utilizado en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa, 2007

Razón de uso del método actual o el último usado	Porcentaje
<b>Total</b>	<b>100</b>
Él/ella no lo decidió	6.0
Su pareja lo prefirió	10.9
Recomendación personal de SS	10.9
Tuvo efectos colaterales con otro método	4.8
Le parece cómodo	27.2
Lo consigue fácilmente	7.0
Otras razones	24.3

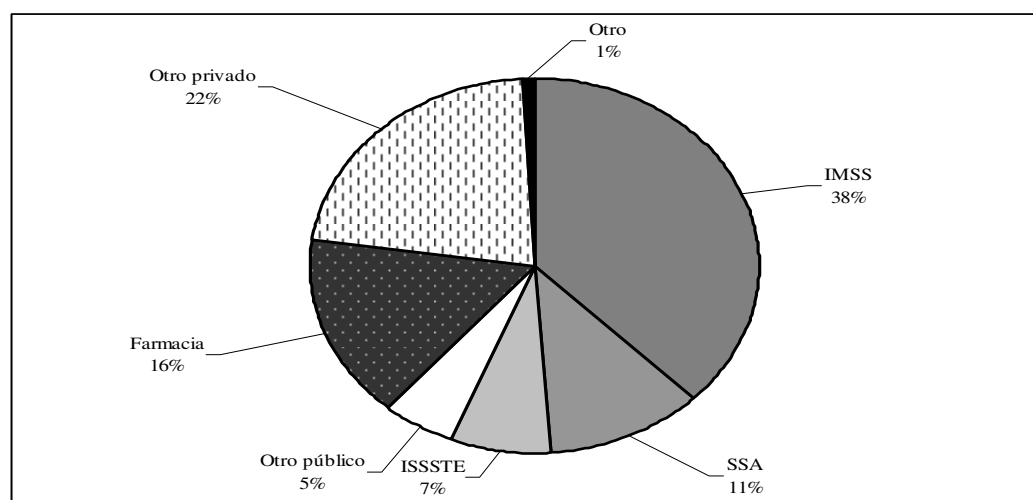
**Fuente:** Elaboración propia con base en la Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva del D.F, 2007. Base de datos de la población.

Cabe señalar que de estas personas entrevistadas (en las zonas marginales del D.F) 49.4% de ellas no recibieron prescripción de nadie para utilizar el método, 42.3% lo recibieron de un médico, 6.5% recibieron recomendación de otras personas o a través de otros medios y el resto no sabe o no responde.

### IV.2.3 Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

La principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos en 1997, según la Enadid, fue el IMSS, seguido de otras instituciones privadas y las farmacias (ver figura 4.3), cifras que permanecen muy similares a las de 1992. De las instituciones contempladas, sólo dos pierden demanda como lo son las farmacias y la SSA, tal como se evidencia en la tabla 14.

**Figura 4. 3** Distribución porcentual de los sitios de obtención de los métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil, 1997



**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENADID 1997. Base de datos mujeres.

El estrato socioeconómico tiene una alta relación con el sitio donde las mujeres se abastecen de los métodos anticonceptivos. Continuando en la tabla 4.5, que contiene datos de la Enadid de 1992 y 1997, se nota, que al igual que en el otro estrato, las mujeres que integran el grupo de población muy bajo y bajo utiliza en mayor medida los servicios que suministra el IMSS; así mismo, son el estrato que acude en mayor proporción a la SSA, dado el carácter gratuito de

algunos métodos de anticoncepción en este lugar; inversamente es el estrato que cuenta con los menores recursos para acudir a servicios privados y farmacias, aunque en el último quinquenio haya aumentado la proporción de mujeres que indican adquirir el método en dichos centros (7.6% en 1992 y 8.7% en 1997).

Básicamente, las mujeres en edad fértil del estrato medio y alto tienen la capacidad económica para adquirir los métodos en farmacias y centros privados, los porcentajes de usuarias de estos lugares aumentaron para los años de referencia y está por encima de su otro estrato aquí comparado. Si bien, son las mujeres de este estrato las que utilizan en mayor medida servicios privados, en el estrato muy bajo y bajo las mujeres casi que duplicaron el uso de las farmacias como medio para abastecerse de anticonceptivos.

**Tabla 4. 5** Porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos, según lugar de obtención y estrato socioeconómico, 1992 y 1997

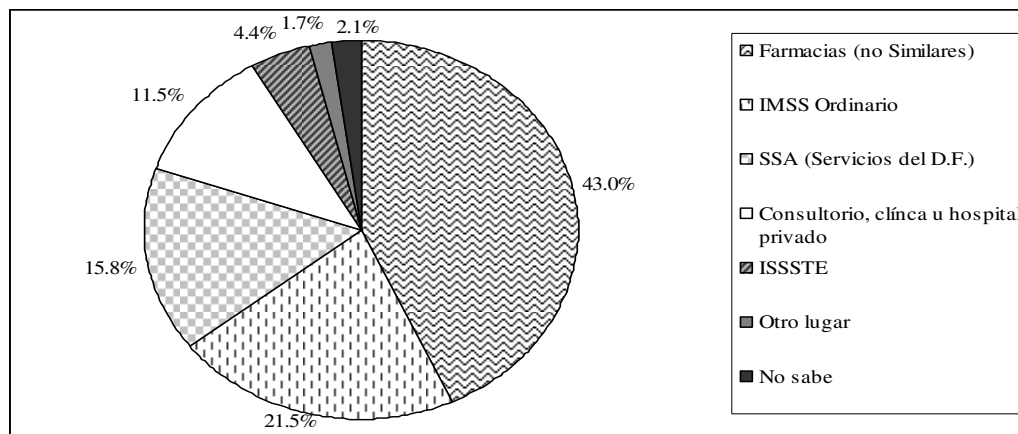
Lugar de Obtención	Total		Muy bajo y bajo		Medio y alto	
	1992	1997	1992	1997	1992	1997
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>
IMSS	37.0	37.6	41.8	44.4	36.0	31.2
SSA	13.4	11.2	23.7	22.3	6.3	6.5
ISSSTE	7.3	7.4	5.3	5.8	8.2	8.4
Otro público	2.5	5.2	9.5	3.4	3.5	1.8
Farmacia	18.9	15.8	9.8	16.4	18.1	20.8
Otro privado	20.9	21.9	8.7	7.6	26.9	31.2
Otro	0.1	1.0	1.1	0.0	0.9	0.2

**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997. Base de datos mujeres.

El aumento en el porcentaje de personas que frecuentan las farmacias como principal lugar de abastecimiento de los métodos anticonceptivos es un hecho que queda evidenciado en Tlalpan e Iztapalapa, 43.0% de ellas acuden a estos sitios, seguidos del IMSS ordinario y la SSA del D.F. (ver figura 4.4).



**Figura 4. 4** Distribución porcentual de los sitios de obtención de los métodos anticonceptivos de la población de las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa, 2007



**Fuente:** Elaboración propia con base en la Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva del D.F, 2007. Base de datos de la población.

#### IV.2.4 Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

La razón de no uso de métodos anticonceptivos (en la Enadid) se da en la mayoría de los casos porque al momento de la entrevista las mujeres declararon estar lactando o no lo consideraban necesario (por cumplir con alguna de las siguientes categorías: ser soltera, haber alcanzado la menopausia, esterilidad, ausencia de pareja o no tener relaciones sexuales). Igualmente, una cantidad considerable de las mismas expresaron su deseo de tener hijos o simplemente ya estaban embarazadas.

De acuerdo con las categorías utilizadas para este trabajo (ver tabla 4.6) y con los datos que suministran la Enadid 1992 y 1997, la demanda insatisfecha en anticoncepción se da: 1) cuando la mujer no conoce o no sabe usar el método, 2) cuando ella o su pareja no está de acuerdo con el uso de métodos y 3) cuando ha sufrido o teme por sufrir efectos colaterales derivados de la anticoncepción. Bajo este panorama entonces no sorprende el encontrarnos que las mujeres de los estratos bajos y más bajos sufran severamente las secuelas de la desigualdad. Si centramos la atención en la verdadera demanda insatisfecha en anticoncepción se puede ver que para 1997 el estrato bajo y muy bajo tenía los mayores porcentajes de mujeres que no conocían o no sabían usar los métodos (1.8%), temían a efectos colaterales o

tenían miedo a sufrirlos (3.4%) y aquellas que no estaban de acuerdo con su uso o su pareja se oponía (5.7%), opuestamente, el estrato medio y alto, presenta las tendencias más bajas para las mismas razones de no uso de métodos anticonceptivos 0.5%, 0.9%, 0.5%. Esto lleva a pensar que existe una relación directamente proporcional entre el estrato socioeconómico y la demanda insatisfecha, es decir, entre más bajo el estrato, menor la posibilidad de la mujer de ejercer sus derechos y responsabilidades reproductivas en función de la información debida, el consentimiento de la pareja y el apoyo dado a través de los servicios de salud para romper con las barreras de conocimiento o percepción errónea sobre los métodos.

**Tabla 4. 6** Porcentaje de mujeres en edad fértil que no utilizan métodos anticonceptivos, según razón de no uso y estrato socioeconómico, 1992 y 1997

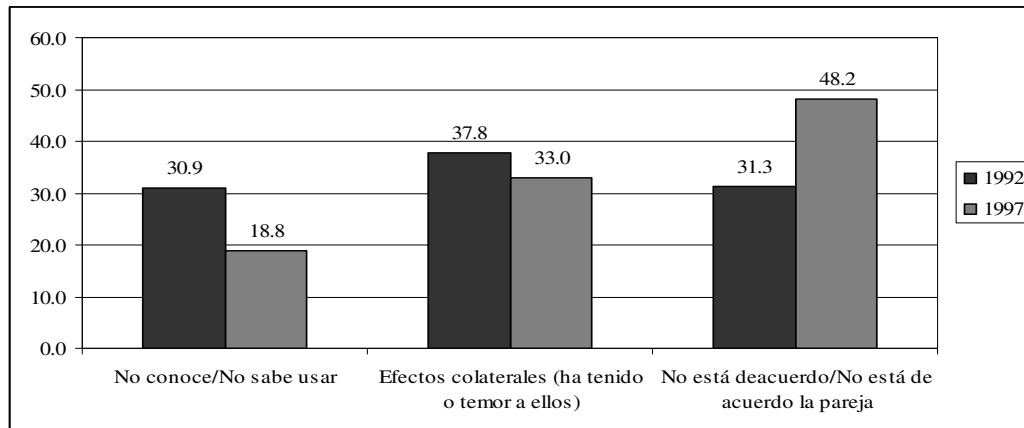
Razón de no uso	1992			1997		
	Total	Muy bajo y bajo	Medio y alto	Total	Muy bajo y bajo	Medio y alto
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
No conoce/No sabe usar	1.3	2.2	0.5	0.9	1.8	0.5
No está de acuerdo/No está de acuerdo la pareja	1.3	1.1	1.5	2.2	5.7	1.0
Efectos colaterales (ha tenido o tiene temor a ellos)	1.6	1.9	1.3	1.5	3.4	0.9
No necesita	84	82.3	85.5	81.7	70.2	85.9
Está embarazada	4.9	5.6	4.3	4.3	5.7	3.7
Está lactando	1.7	2.1	1.4	0.6	0.6	0.6
Deseo de más hijos	2.8	2.3	3.3	3.7	4.6	3.4
Otras razones	1.7	2.3	1.3	4.7	7.8	3.6
N.R	0.6	0.3	0.8	0.4	0.2	0.5

**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997. Base de datos mujeres.

Según lo que se ha asumido como demanda insatisfecha y al aplicarlo a las dos Enadid disponibles (ver figura 4.5), tenemos que para 1992 la razón principal de no uso de métodos anticonceptivos fue el temor a los efectos colaterales sufridos o posibles a ser sufridos (38.8%), las otras dos razones en tanto, tenían un aporte prácticamente similar (entre más y menos de 30.0%). Para el quinquenio siguiente la situación se modificó de manera que el hecho de no estar de acuerdo con el uso de métodos o la oposición de la pareja a la práctica, fue la razón número uno para no hacer uso de los anticonceptivos, lo que representa cerca de 50.0% de las mujeres en edad fértil que respondieron no emplear ningún método para evitar

los embarazos; seguidamente se encuentran los efectos colaterales (33.0%) y por último el desconocimiento de los métodos y su uso (18.8%).

**Figura 4. 5** Razones de no uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil, según categorización, 1992 y 1997



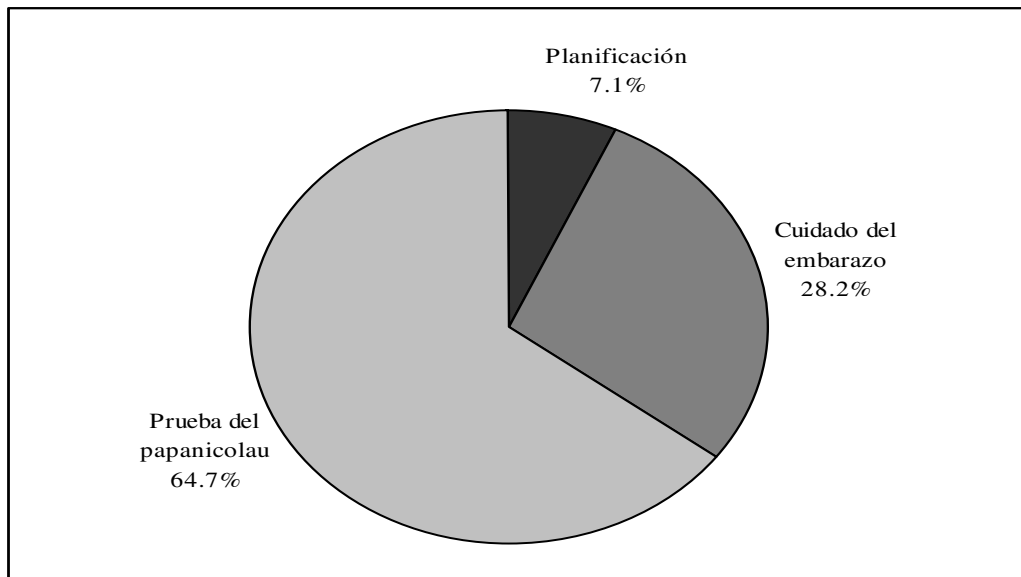
**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997. Base de datos mujeres.

En las zonas marginadas que aquí se están analizando (a través de la encuesta a la población en Tlalpan e Iztapalapa) sobresale que cerca de 47.8% de las personas (mujeres y varones) no utilizaban anticonceptivos al momento de la entrevista porque deseaban embarazarse y 19.7% no contaba con la información suficiente, el resto lo conforman otras razones y personas que no declararon la razón de no uso.

#### IV.2.5 Tipo de consultas en salud sexual y reproductiva

De acuerdo con la Ensa 2000, que tuvo como objetivo obtener información sobre la utilización y calidad de los servicios de salud, el pánico es el principal motivo de asistencia a los servicios de SSR con un 64.7% de las consultas totales, seguido de las consultas por cuidado del embarazo que representa la mitad de las consultas anteriores, con 28.2% y lejos de éstas se encuentran las consultas por PF que alcanza un porcentaje de 7.1% (ver figura 4.6).

**Figura 4. 6** Distribución porcentual de consultas en SSR, según motivo y tipo de consulta, 2000



**Fuente:** Elaboración propia con base en la Ensa 2000. Base de datos utilizadores.

En la mayoría de los casos, 72.3%, los usuarios del estrato muy bajo y bajo consultaron en instituciones públicas y 40.1% de la población de estrato socioeconómico medio y alto consultó en instituciones privadas (Ensa).

#### **IV.2.6 Capacitación de los proveedores de servicios**

Para conocer el tipo de capacitación de los proveedores recurriremos a la Encuesta Gente Joven de 1999 y 2002 en donde se indagó a los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados el tipo de estudios realizados en el área de SSR y PF de las zonas de influencia de Mexfam. Frente a esto hay señalar que para 1999 31.2% de los entrevistados del D.F. realizó algún tipo de especialización o posgrado, principalmente en medicina familiar (25.0%) y ginecología y obstetricia (16.6%); luego, para el año 2002 61.9% de los proveedores tenían especialización, principalmente en ginecología y obstetricia (28.6%).

En cuanto a capacitaciones en los diferentes temas, tal como se puede apreciar en la tabla 4.7, la mayoría de ellos han recibido instrucción sobre algún componente de la PF, en esta misma tabla se hace la distinción para el sector público y privado.

Tal parece que en términos generales los prestadores de servicios, adscritos a las instituciones públicas están más capacitados en asuntos de PF que los mismos proveedores privados (de acuerdo con la encuesta Gente Joven de 1999). Resalta en los públicos una alta educación en métodos anticonceptivos e ITS, una baja preparación en la atención adolescente y en perspectiva de género. Al tiempo, los proveedores privados quienes están más capacitados en ITS, salen peor calificados para tratar el diagnóstico de VIH, la perspectiva de género y la atención al adolescente.

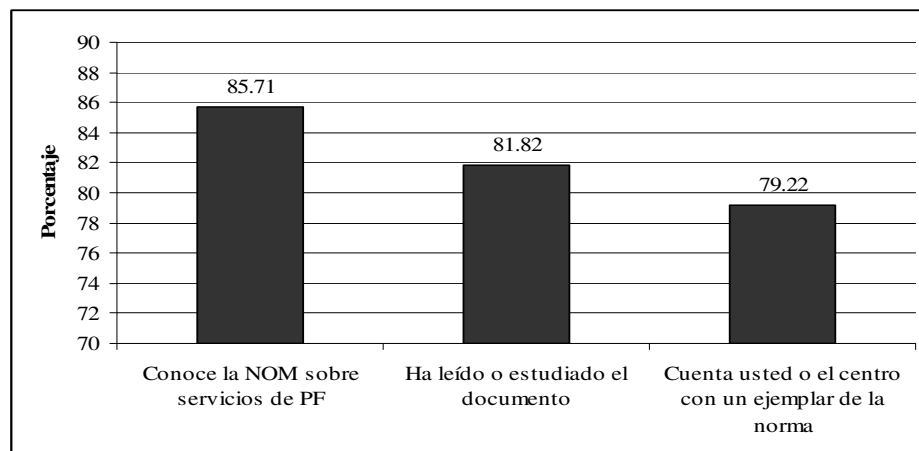
**Tabla 4. 7** Porcentaje de proveedores capacitados en los diferentes temas de SSR, 1999

<b>Capacitaciones</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
Metodología anticonceptiva	92.3	66.7
Inserción del DIU	80.0	75.0
Anticoncepción de emergencia	81.5	25.0
Riesgo reproductivo	69.2	75.0
Aborto incompleto, complicación de aborto	61.5	66.7
ETS	92.3	83.3
Consejería sobre el SIDA	76.9	50.0
Diagnóstico de VIH	67.7	41.7
Perspectiva de género	52.3	41.7
Atención al adolescente	49.2	41.7

**Fuente:** Elaboración propia con base en la encuesta Gente Joven 1999. Base de datos prestador.

Los proveedores de Gente Joven, conocían en más del 85.0% la Norma Oficial Mexicana (NOM) que regula la prestación de los servicios en PF, cifra que se disminuye a medida que se indaga sobre el estudio de la misma y la disponibilidad en el lugar de trabajo (ver figura 4.7).

**Figura 4. 7** Conocimiento, estudio y disponibilidad de la NOM en PF por parte de los proveedores de servicios de salud, 1999



**Fuente:** Elaboración propia con base en la encuesta Gente Joven 1999. Base de datos prestador.

#### IV.2.7 Evaluación de los servicios de salud

En general, 16.0% de los usuarios de los servicios de SSR de la Ensa 2000 consideran la atención como regular, mala y muy mala. Si se remite a la tabla 4.8 se puede ver que los dos estratos socioeconómicos que se han conformado con esta base de datos dan similares calificaciones para el servicio.

**Tabla 4. 8** Calificación de la atención del personal de salud, según estratos socioeconómicos, 2000

Calificación	Muy bajo y bajo	Medio y alto
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>
Muy bueno y bueno	82.4	83.8
Regular, malo y muy malo	16.8	15.1
No responde	0.8	1.0

**Fuente:** Elaboración propia con base en la Ensa 2000. Base de datos utilizadores.

Al indagar a los usuarios de la Ensa 2000 sobre si volverían o no a atenderse en el lugar de la consulta en SSR, 89.2% dijo que si. Entre las razones por las cuales no regresarían a tal

institución está el tiempo de espera (34.9%) y el mal trato (30.6%) que juntas suman más de 60.0% de las causas.

La tabla 4.9, muestra la distribución porcentual de las respuestas para las razones de no retorno a la institución de salud, haciendo una distinción entre los usuarios de servicios de SSR y los usuarios de otros servicios. Los rasgos más notables que se pueden ver es que los utilizadores de servicios de SSR declararon un mayor maltrato que los demás usuarios, además de que tuvieron que esperar mucho más; esto último se corrobora con el tiempo de espera de un minuto y más de cada paciente, el cual fue superior para los usuarios de servicios de SSR con 42.75% frente al resto de usuarios que fue 33.72% (excluyendo los casos sin respuesta). Igualmente fue más alto el porcentaje de usuarios de servicios de SSR a los que no les resolvieron sus necesidades en el lugar donde acudieron y fueron remitidos a otros sitios. Finalmente son inexistentes los casos en los que no se curan o no les sirve en medicamento para el grupo de los que consultaron por motivos de SSR.

**Tabla 4. 9** Razón de no regreso al sitio de consulta en salud, 2000

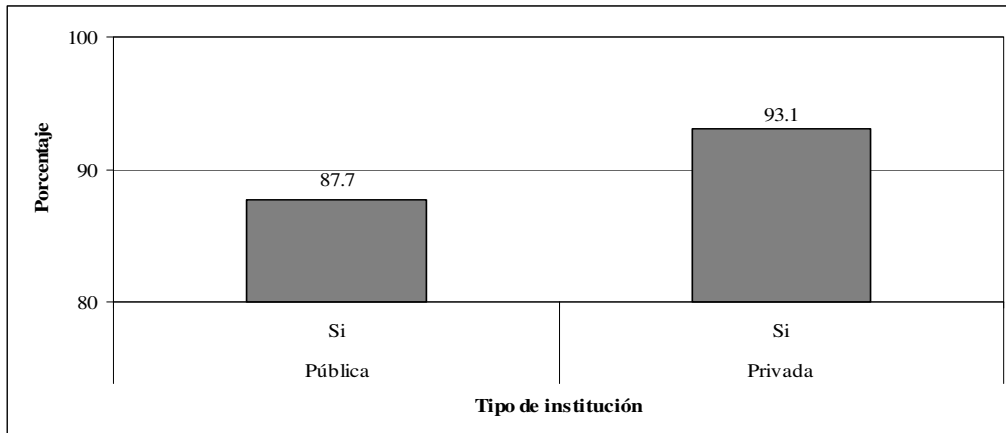
<b>Razón</b>	<b>Usuarios de servicios de SSR</b>	<b>Usuarios de otros servicios</b>
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Lo trataron mal	30.6	21.1
No estuvo de acuerdo con el diagnóstico	8.2	10.4
No estuvo de acuerdo con el tratamiento	3.5	9.6
No se curó	0.0	8.0
Era caro el servicio	4.7	5.4
Lo refirieron a otro lado	8.0	3.0
Estaba lejos	5.2	3.5
Lo hicieron esperar mucho	34.9	24.6
No había medicamentos/materiales	4.9	5.7
No le sirve el medicamento	0.0	8.7

**Fuente:** Elaboración propia con base en la Ensa 2000. Base de datos utilizadores.

En lo que se refiere al tipo de institución, la figura 4.8 indica que hay una mayor satisfacción de las necesidades de los usuarios de servicios de SSR de la Ensa 2000 que acuden a centros

de salud privados, al menos 93.1% de ellos regresarían a atenderse allí, mientras que los que harían lo mismo en la institución pública son 87.7%.

**Figura 4. 8** Porcentaje de usuarios del servicio de SSR que volverían al lugar donde se atendieron, según el tipo de institución, 2000



**Fuente:** Elaboración propia con base en la Ensa 2000. Base de datos utilizadores.

De acuerdo con lo que se puede observar en la tabla 4.10, las personas indagadas en la ENED 2002 otorgan una amplia importancia (extrema y mucha) a asuntos como el trato respetuoso, las condiciones de las salas de esperas y la participación en la toma de decisiones sobre salud que los afecta (95.8% en todos los ítems). Igualmente es sumamente relevante (90.1%) para ellos que el personal que los atiende explique claramente los detalles de la enfermedad, síntomas y tratamientos. Todos y cada uno de los motivos expuestos en la encuesta fueron relevantes para los entrevistados, a pesar que algunas causas son menos sobresalientes como la elección del tipo de médico o enfermera que los atiende (75.8%).



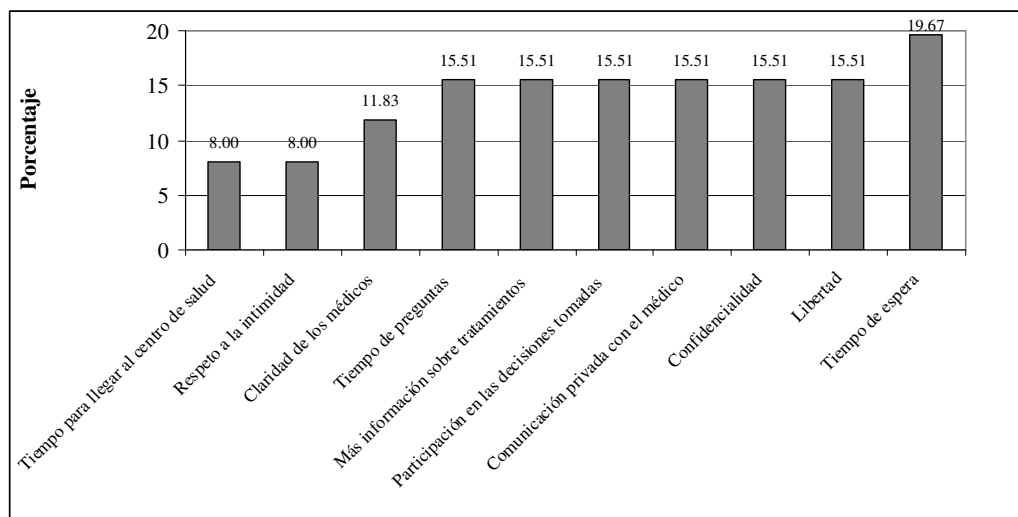
**Tabla 4. 10** Porcentaje del nivel de importancia en la atención en SSR, según características del servicio seleccionadas, 2002

Nivel de importancia	Características del servicio						
	Trato respetuoso	Tiempo de espera	Elección del personal de salud	Participar en las decisiones sobre su salud	Salas de esperas y consultorios limpios y con áreas para sentarse	Posibilidad de visitas durante la hospitalización	Explicación de la enfermedad
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Extrema	30.4	24.8	30.3	39.0	61.6	55.8	52.9
Mucha	65.4	59.5	45.5	56.8	34.2	28.5	37.2
Media	4.2	12.8	24.2	4.2	4.2	12.9	9.9
Escasa	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0

**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENED 2002. Base de datos capacidad de respuesta en salud.

El 6.1% de las consultas ambulatorias y a domicilio de la ENED 2002 fueron por motivos de SSR; a las personas que consultaron por tales razones, se les preguntó la calificación para diez componentes del servicio, de los cuales, siete fueron calificadas como malas y muy malas por más de 15% de los usuarios (ver figura 4.9).

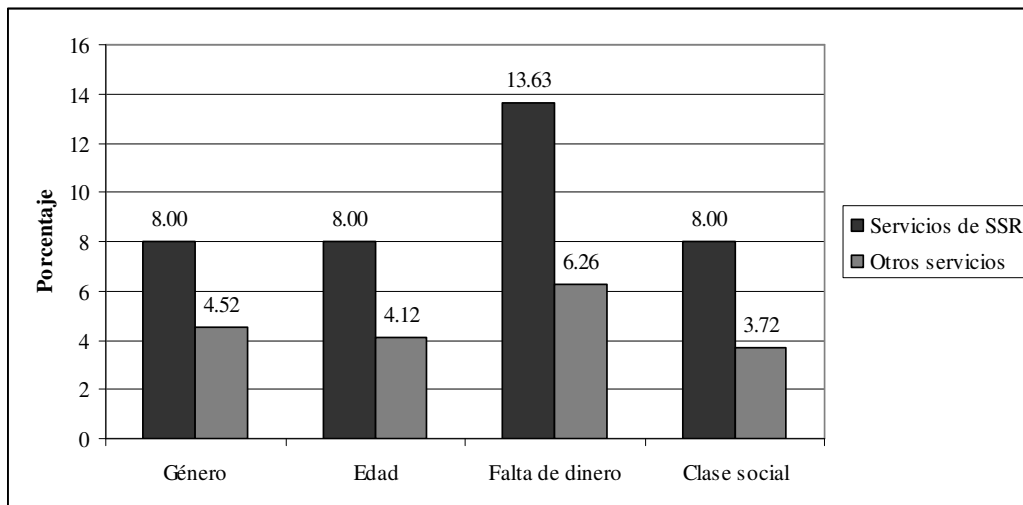
**Figura 4. 9** Porcentaje de usuarios que calificaron como malo y muy malo los servicios de salud, según categorías seleccionadas, 2002



**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENED 2002. Base de datos capacidad de respuesta en salud.

De manera paralela, según la ENED 2002, la percepción de discriminación que tuvo un paciente que acudió por consulta prenatal, PF y parto y aquellos que consultaron por otros motivos, es diferencial. En la figura 4.10 se puede ver que los valores de aquellos que dijeron sentirse maltratados por los proveedores, dadas diversas características, fue doble para los que ingresaron a los servicios de SSR. Ello es la muestra de una clara segmentación del servicio que surge en el seno de los proveedores y que se traducen en una inadecuada prestación de los servicios de salud.

**Figura 4. 10** Porcentaje de usuarios que manifestaron discriminación en el servicio de salud, 2002



**Fuente:** Elaboración propia con base en la ENED 2002. Base de datos capacidad de respuesta en salud.

En cuanto a Tlalpan e Iztapalapa se refiere se puede decir que 3.5% de los encuestados sintieron un mal trato en los lugares donde obtuvieron los métodos anticonceptivos; pese a que la cifra es baja, se pudo determinar que 67.1% del maltrato provino de los médicos y 13.9% de las enfermeras. Dicho mal trato consistió principalmente en: mala atención (24.5%), presunta negligencia médica (16.8%), tiempos prolongados de espera (15.6%), discriminación por pertenencia a un grupo étnico o ser de color (13.1%) y discriminación por el tipo de consulta (9.3%).

Al plantearse la posibilidad de disminuir algunas barreras que imponen las instituciones y los proveedores de servicios de salud los usuarios de Tlalpan e Iztapalapa respondieron en

primera instancia que les gustaría mejorar el trato que el personal brinda a la población (ver tabla 4.11). También les gustaría que se ampliaran los horarios de atención y la preparación del personal. Un aspecto que resalta es que hubo una proporción pequeña de mujeres que consideraron fundamental difundir información a la población (3.2%), el porcentaje de hombres que creyó lo mismo fue casi del doble de las mujeres (7.2%).

**Tabla 4. 11** Barreras que los usuarios de planificación familiar disminuirían en los proveedores de servicios de salud, 2008

Qué mejoraría de la institución pública en anticoncepción	Sexo		% Total
	% Hombre	% Mujer	
Mejorar el trato que el personal brinda a los usuarios	43.1	41.9	42.5
Horarios más amplios o accesibles	28.7	18.2	23.6
Mejorar la preparación del personal de salud	18.5	26.6	22.5
Abastecer de medicamentos o materiales	21.4	22.4	21.9
Incrementar la plantilla del personal del salud	7.3	10.1	8.7
Acercar físicamente las unidades	6.1	8.8	7.4
Disminuir requisitos	3.6	7	5.3
Difundir información a la población	3.2	7.2	5.1
Rápida atención y entrega de resultados	5.8	3	4.4
Mejorar la calidad de los medicamentos o materiales	3.7	4	3.9
Otros	15.6	4.9	10.3

**Fuente:** Elaboración propia con base en la Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva del D.F, 2007. Base de datos de la población.