

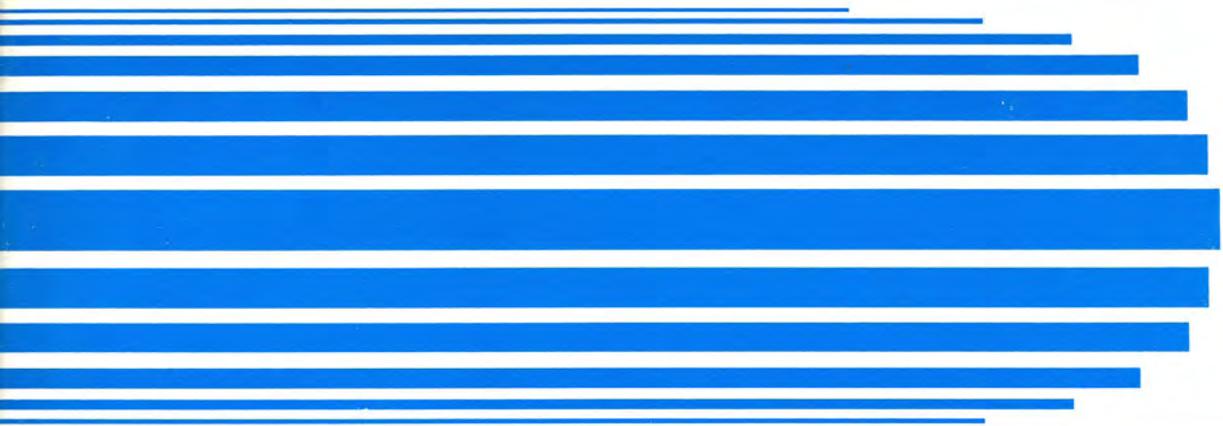
## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

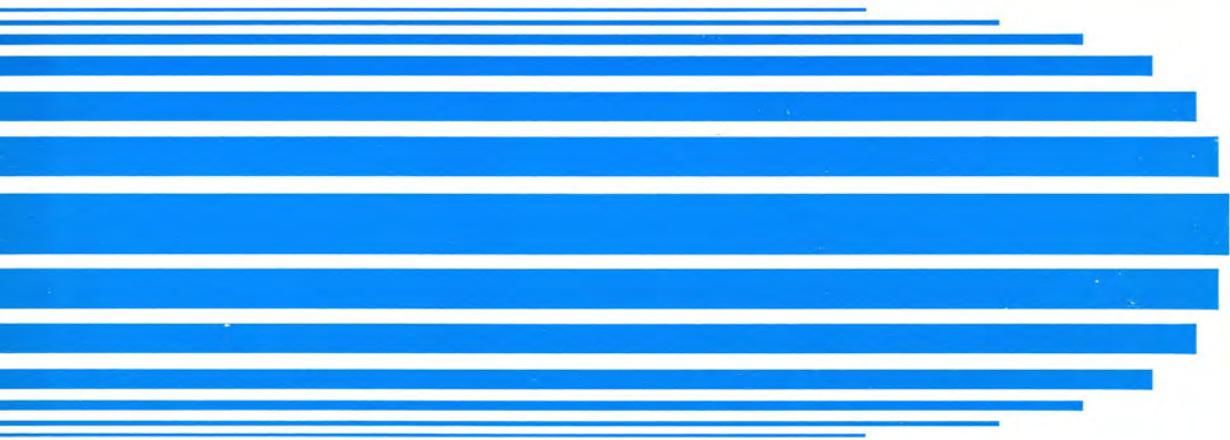
Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



# Prioridades en Salud Reproductiva

Dr. Francisco Alarcón Navarro



*Serie Estudios 3*

CONFERENCIA  
INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL  
**CISS**

SECRETARIA GENERAL  
COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL



**CONFERENCIA  
INTERAMERICANA DE  
SEGURIDAD SOCIAL**

**Lic. Genaro Borrego Estrada**  
Presidente

**Lic. Roberto Rios Ferrer**  
Secretario General

**Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia**  
Director del CIESS

**Dr. Norberto Treviño García Manzo**  
Presidente de la Comisión Americana  
Médico Social

Comisión Editorial:

Lic. Sergio Candelas  
Coordinador Editorial  
Lic. Ma. del Carmen Alvarez  
Gabriel del Río Remus  
Dr. Antonio Ruezga Barba

Diseño Gráfico y formación:  
Enrique López Galindo

Diseño Portada:  
Enrique López Galindo

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente la posición de la CISS.

Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

© Derechos reservados conforme  
a la ley ISBN 968-7346-03-5

***PRIORIDADES  
EN SALUD  
REPRODUCTIVA***

*El doctor Francisco Alarcón Navarro nació en la Ciudad de México en 1930. Es médico cirujano egresado de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional y maestro en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública. Al inicio de su carrera trabajó en la zona Tzeltal - tzotzil en el Centro Coordinador Indigenista. Durante la década de 1960 desarrolló actividades en el área de salud pública en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En 1973 se incorporó al Instituto Mexicano del Seguro Social, primero en el área de medicina preventiva y más adelante como Jefe de Departamento en la Jefatura de Servicios Médicos de Campo y Solidaridad Social. A partir de 1978 inicia sus actividades dentro del Programa de Planificación Familiar. En 1991 se le nombró Titular de la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS. El doctor Alarcón Navarro ha promovido la integración de las acciones de planificación familiar y salud materno infantil en la salud reproductiva. Además, se ha destacado por su interés en integrar las actividades de evaluación al quehacer cotidiano institucional. El doctor Alarcón Navarro es coautor de ocho libros sobre los temas de planificación familiar y salud rural.*

# **PRIORIDADES EN SALUD REPRODUCTIVA**

## **AUTORES**

Dr. Francisco Alarcón Navarro

MSP. Octavio Mojarro Dávila

Dra. Consuelo Juárez Tovar

Dra. Mari Aurora Rábago Ordóñez

MSP. Daniel Hernández Franco

Act. Doroteo Mendoza Victorino

Act. Anabel Hinojosa Valdés

CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL  
SECRETARIA GENERAL  
COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL

# INDICE

	Página
<b>PRESENTACION</b>	i
<b>PROLOGO</b>	iii
<b>Capítulo 1: ORIGEN Y DESARROLLO DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MEXICO.</b> <b>Dr. Francisco Alarcón Navarro</b>	
De la demografía a la anticoncepción.	1
De la anticoncepción a la salud reproductiva.	4
El concepto de riesgo reproductivo.	5
El cambio estructural en el IMSS.	6
El concepto de salud reproductiva.	6
La aplicación del concepto salud reproductiva en el IMSS.	7
Síntesis de resultados.	8
Referencias.	13
<b>Capítulo 2: EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD REPRODUCTIVA</b> <b>MSP. Daniel Hernández Franco</b> <b>MSP. Octavio Mojarro Dávila</b>	
Generalidades.	17
Campos de acción.	17
Datos básicos sobre salud reproductiva.	19
Factores determinantes de la salud reproductiva.	23
Referencias.	34
<b>Capítulo 3: ANTICONCEPCION POSPARTO Y POSTABORTO</b> <b>Dra. Consuelo Juárez Tovar</b>	
Introducción.	37
Protección anticonceptiva posparto y postaborto.	38

Egresos obstétricos en el IMSS y forma de resolución.	39
Egresos posparto, aceptantes de métodos anticonceptivos y cobertura de protección anticonceptiva.	40
Egresos por complicaciones de aborto, aceptantes por tipo de método anticonceptivo y cobertura de protección anticonceptiva.	44
Proporción de aceptantes posparto y post-aborto en relación con el total de aceptantes.	45
Proporción de aceptantes posparto y riesgo reproductivo.	49
Egresos obstétricos según forma de terminación del embarazo.	49
Perfil de riesgo de los egresos obstétricos.	51
Cobertura de protección anticonceptiva y proporción de aceptantes según grupos de edad.	53
Cobertura de protección anticonceptiva según factores de riesgo del tipo de la patología obstétrica y crónico-degenerativa.	55
Efectividad de la anticoncepción.	56
Conclusiones.	58
Referencias.	58

#### **Capítulo 4: SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES**

**Dra. Mari Aurora Rábago Ordóñez**

**Act. Doroteo Mendoza Victorino**

**Act. Anabel Hinojosa Valdés**

Introducción.	63
Fuentes de información	63
Magnitud de la población adolescente en México.	64
Conducta reproductiva en la adolescencia.	68
Edad a la primera unión.	68
Edad al primer hijo.	71
Hijo premarital.	75
Fecundidad acumulada.	78
Fecundidad reciente.	79
Uso de anticonceptivos.	81

Mortalidad Infantil.	83
Conducta sexual y práctica anticonceptiva de los jóvenes de la Ciudad de México.	83
Inicio de las relaciones sexuales y protección anticonceptiva.	84
Conocimiento de los anticonceptivos.	86
Conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual.	88
Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en madres adolescentes del IMSS.	89
Bajo peso al nacer.	91
Mortalidad perinatal.	92
Prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes en el IMSS.	93
Referencias.	95

**Capítulo 5: CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**Dr. Francisco Alarcón Navarro**  
**MSP. Octavio Mojarro Dávila**  
**MSP. Daniel Hernández Franco**

Introducción.	101
Selección de métodos.	102
Información a usuarios.	104
Evolución del mensaje.	105
Medios de comunicación.	106
Comunicación educativa interpersonal.	106
Evaluación de la comunicación educativa interpersonal.	107
Evaluación de los materiales educativos para la población.	108
Medios masivos de comunicación.	112
Experiencia técnica de los prestadores de servicios y la usuaria.	113
Primera fase: diagnóstico situacional.	114
Segunda fase: diseño y producción de guías didácticas.	115
Relación interpersonal del prestador de servicios y la usuaria.	119

Monitoreo de la continuidad de la anticoncepción y resultados.	120
Constelación de servicios.	123
Referencias.	125

# **PRESENTACION**

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, creada en 1942, es un organismo internacional de carácter especializado y permanente cuyo objetivo es promover la colaboración e intercambio de conocimientos y experiencias entre las instituciones que agrupa para lograr el desarrollo de la seguridad social en el continente en beneficio de nuestros pueblos. Actualmente la Conferencia reúne a 33 países y 53 organismos de seguridad social de América.

Por instrucciones del Presidente de la CISS, Licenciado Género Borrego Estrada, la Secretaría General, consecuente con los estatutos que rigen al organismo y con el Sistema de Información de la Seguridad Social Americana, ha iniciado un programa editorial, cuyo propósito responde a las demandas de las instituciones de seguridad social de América por conocer los avances que se registran en áreas que impactan su trabajo cotidiano y dejar así constancia de los mismos en documentos útiles.

La importancia que se concedió al mejoramiento de los programas de salud dirigidos a los grupos prioritarios durante la XXV Reunión Ordinaria del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y de la XIX Reunión Ordinaria de la Comisión Americana Médico Social de la CISS, efectuados en Río de Janeiro, Brasil, en noviembre de 1991, determinó la elaboración de un estudio del grupo materno infantil, prioritario por su propia naturaleza.

El doctor Norberto Treviño García Manzo, Presidente de la Comisión, solicitó a la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil del Instituto Mexicano del Seguro Social la publicación de dicho estudio, auspiciado por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que incluye un análisis sobre algunas de las prioridades en salud reproductiva, basado en la experiencia acumulada en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el transcurso de dos décadas, a partir de la iniciación de estas actividades a finales del año de 1972. Los temas seleccionados se encuadran en cinco capítulos relacionados con el origen y el desarrollo del enfoque de salud reproductiva en la promoción y en la prestación de los servicios de planificación familiar en el IMSS.

Una primera etapa, en la que predominó la inquietud por el crecimiento acelerado de la población, fue el inicio de las actividades de planificación familiar como una respuesta para armonizar dicho crecimiento con las posibilidades del desarrollo económico y social. Posteriormente se identificó a la protección anticonceptiva como una indicación médica preventiva en el cuidado de la salud materno infantil, así como el desarrollo de la epidemiología de

la salud reproductiva, la anticoncepción, el posparto y postaborto.

Se analizan la estructura y el crecimiento de este grupo, su fecundidad y uso de métodos anticonceptivos, así como un panorama en el IMSS sobre egresos obstétricos de adolescentes y anticoncepción en la consulta externa en menores de 20 años. Finalmente, se describen algunos aspectos sobre la calidad de los servicios de planificación familiar en el Instituto.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en su deseo de difundir todo aquello que favorezca el avance de los diferentes campos de la seguridad social, decidió editar esta publicación que ha producido la Comisión Americana Médico Social, con el título de Prioridades en Salud Reproductiva, conjuntando los temas presentados en el Seminario de Programas Prioritarios en la Atención Integral de Salud, a cargo del personal de la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil, de la Subdirección General Médica del IMSS, bajo la responsabilidad experta del doctor Francisco Alarcón Navarro, titular de dicha dependencia.

**LIC. ROBERTO RIOS FERRER**  
Secretario General de la Conferencia  
Interamericana de Seguridad Social

# PROLOGO

En el seno de la XXXV Reunión Ordinaria del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y de la XIX Reunión Ordinaria de la Comisión Americana Médico Social, efectuadas en la Ciudad de Río de Janeiro, Brasil, los días 4 al 8 de noviembre de 1991, se formuló participativamente un programa de trabajo de la Comisión, para el período 1992-1995, que habría de realizarse en los ámbitos de las cinco subregiones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Uno de los apartados de dicho programa fue el mejoramiento de los programas de salud dirigidos a grupos prioritarios.

De todos es reconocido que el grupo materno infantil ha sido, es y seguramente será uno de los grupos prioritarios de los programas de salud.

También debe reconocerse que las actividades de atención materno infantil han sido en la mayoría de las instituciones de salud, punto de partida y área substantiva predominante en la prestación de los servicios de salud.

Asimismo, debe destacarse que en las dos últimas décadas, la prestación de los servicios de atención materno infantil proporcionados en las instituciones de salud y seguridad social se han transformado significativamente con la incorporación de las actividades de promoción y de protección anticonceptiva, con el propósito de armonizar el crecimiento natural de la población con las posibilidades del desarrollo económico y social de los países.

La conjugación de las actividades tradicionales de atención materno infantil, con las más recientes de promoción y de protección anticonceptiva de los programas de planificación familiar, ha tenido como consecuencia afortunada el concepto de la salud reproductiva.

Como se describe en la presentación de esta publicación, la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, se recorre en el camino de la transición de la preocupación demográfica a la anticoncepción y de ésta a la salud reproductiva, para después presentar un análisis de las prioridades de esta última. La experiencia de tal recorrido se describe en este libro escrito por expertos de la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil de la Subdirección General Médica del IMSS, que han reunido a su vez, las experiencias de los trabajadores de la salud a nivel operativo.

La Comisión Americana Médico Social considera que la publicación de este libro es una oportunidad muy valiosa para difundir las experiencias del IMSS acerca de las prioridades en salud reproductiva, entre los países de la región con los que se ha mantenido en este campo un intercambio muy estimulante.

***DR. NORBERTO TREVIÑO GARCIA MANZO***

Presidente de la Comisión Americana Médico Social.

Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

*CAPITULO UNO*

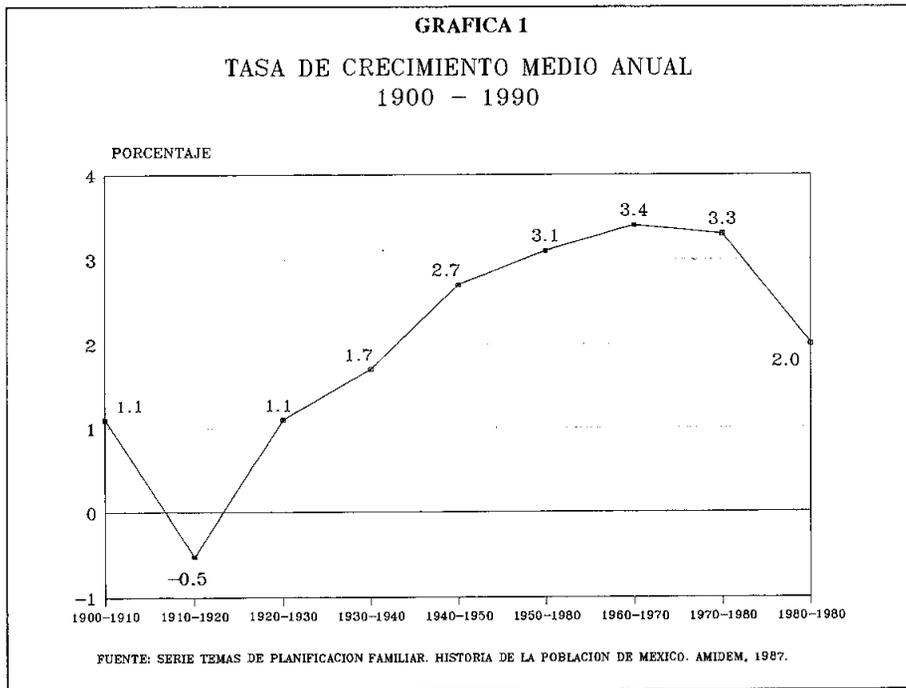
**ORIGEN Y DESARROLLO DE LA  
SALUD REPRODUCTIVA EN MEXICO**

## ORIGEN Y DESARROLLO DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MEXICO

Francisco Alarcón Navarro<sup>(1)</sup>

### De la demografía a la anticoncepción

A partir de 1940, México experimentó un crecimiento poblacional en constante aceleración, alcanzando en la década de los años sesentas una tasa de crecimiento medio anual de 3.4 por ciento, tasa nunca antes registrada en el país y una de las más altas del mundo (1) (Gráfica 1).



Este aumento de la población se debió principalmente al mantenimiento de una elevada tasa de natalidad mientras que la mortalidad experimentaba un descenso espectacular. Así, en 1940 se tuvo una tasa de 48.1 nacimientos por mil habitantes (2), y para 1970, esta tasa apenas había variado, siendo de 44.2 por mil. Por otro lado, la tasa bruta de mortalidad cayó en ese período de 23.4 a 10.1

1 Titular de la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social.

defunciones por mil habitantes (Cuadro 1).

**CUADRO 1**  
**TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y DE MORTALIDAD**  
**Y TASA DE CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION**  
**MEXICO 1930-1990**

AÑO	TASAS BRUTAS		TASA DE CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION
	DE NATALIDAD*	DE MORTALIDAD*	
1930	50.8	26.6	2.4
1940	48.1	23.4	2.5
1950	46.3	16.1	3.0
1960	44.9	11.5	3.3
1970	44.2	10.1	3.4
1980	34.4	7.5	2.7
1990	24.5	5.8	1.9

\* Tasas por 1,000 habitantes

FUENTE: TBN (1930-1950) Y TBM (1930), Alba, F. **La población de México.** COLMEX. México, 1984.

TBN (1969-1980) y TBM (1940-1980), CONAPO, **México Demográfico 1979 y México Demográfico 1989-81.** México, 1979 y 1982.

TBN y TBM (1990), Grupo Técnico Interinstitucional de Planificación Familiar del Sector Salud. 1991.

El rápido crecimiento de la población y las inquietudes despertadas por los obstáculos crecientes al desarrollo económico y social, dieron lugar a un cambio en la política de población. Hasta los primeros años de la década de los setentas, continuaba prevaleciendo una orientación pronatalista, fundamentada en la idea de que el progreso económico del país, con recursos naturales abundantes y con la expectativa de un amplio proceso de industrialización, requería de un numeroso contingente de mano de obra. Sin embargo, a partir de 1973, se redefinió la política de población, permitiendo la regulación de la fecundidad a fin de buscar armonizar el crecimiento de la población con las posibilidades del crecimiento económico y social del país.

Este cambio en la política de población, dió lugar en diciembre de 1973, a la incorporación en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, del Artículo 4o., en el cual se establece que "El varón y la mujer son iguales ante

la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos". Asimismo, en enero de 1974 se decretó la Nueva Ley General de Población.

Para 1977, el Gobierno Federal decidió dar un impulso prioritario a las actividades de planificación familiar. En ese año se estableció el Plan Nacional de Planificación Familiar (3) y metas demográficas de corto, mediano y largo plazo, en el sentido de reducir la tasa de crecimiento natural de la población del 3.2 por ciento, estimada para 1976, a 2.5 en 1982, 1.9 en 1988 y 1.0 por ciento en el año 2000 (Cuadro 2).

CUADRO 2  
1977: PLAN NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR  
Y METAS DEMOGRAFICAS

TASA DE CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION

1976	3.2
1982	2.5
1988	1.9
1994	1.4
2000	1.0

La operación del Programa de Planificación Familiar recayó en las instituciones de salud. Estas habían estado desarrollando actividades de distribución de anticonceptivos a partir de la modificación de la política de población a principios de los setentas. La Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar se formó en 1977, como instrumento para ordenar los esfuerzos de las diversas organizaciones de salud en la materia, movilizar recursos y aumentar la disponibilidad de fuentes de obtención de anticonceptivos.

Para el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, la prestación de los servicios de planificación familiar estuvo a cargo de equipos específicos de personal. Sin embargo, la propia demanda de la población incrementó progresivamente la participación de los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y

asistentes médicas de los equipos de salud de las unidades médicas, pasando así de un “sistema vertical” de servicios de planificación familiar a uno “mixto”.

A partir del año de 1980, se tomó la decisión de promover y apoyar la participación cada vez más amplia del personal médico y paramédico de los equipos de salud, a fin de procurar un “sistema horizontal” de servicios de planificación familiar y su integración como parte importante de la promoción y de la protección de la salud de la población materno infantil.

Este proceso de “horizontalización” de los servicios de planificación familiar, no solamente produjo avances muy importantes en los logros cuantitativos, sino también en cambios cualitativos, que permitieron la identificación de una nueva etapa del programa a partir del año de 1983 (4).

### **De la anticoncepción a la salud reproductiva**

El cambio cualitativo más importante que se puede identificar a partir del año de 1983, ocurrió progresivamente en el concepto mismo de la planificación familiar, al pasar del concepto de la protección anticonceptiva con fines principalmente demográficos, a su identificación como una de las actividades fundamentales de la promoción y de la protección de la salud de la población, particularmente de la población materno infantil, en función de sus repercusiones e interrelaciones con el desarrollo económico y social del país (5).

Se considera así a la planificación familiar como parte de un fenómeno biológico y social de la reproducción humana y su repercusión en las condiciones de salud y de bienestar de los grupos más vulnerables de la población: madres y niños.

Como consecuencia de lo anterior, adquirió especial significación en el Programa de Planificación Familiar del IMSS, la detección y la prevención oportuna de los riesgos y de los daños a la salud en el cuidado de la reproducción humana.

Puede señalarse que hasta 1983, la orientación de las actividades de planificación familiar tenía como principal objetivo reducir la fecundidad. Sin embargo, el involucrar a los agentes de salud en la planificación familiar llevó a un

espectro conceptual más amplio. Para los prestadores de servicios de atención a la salud, la promoción y entrega de anticonceptivos aparecía como parte integral de la atención a la salud de la mujer.

Esto implicó el reconocimiento de las profundas interrelaciones existentes entre la regulación de la fecundidad y las condiciones de la salud del grupo materno e infantil. Asimismo, coincidió con un cambio general en la perspectiva de la salud de la mujer. Tradicionalmente, ésta se había centrado en la salud de la mujer embarazada, lo que define propiamente la salud materna. Sin embargo, al irse identificando con mayor detalle que algunos procesos de morbilidad de las mujeres durante su embarazo tenían su origen en las condiciones previas al inicio de la gestación, el ámbito de acción de la atención a la salud de la mujer se amplía y empieza a coincidir con el de la planificación familiar siguiendo un enfoque de salud, coincidencia que ocurre en lo que se denomina salud reproductiva.

### **El concepto de riesgo reproductivo**

En este proceso de difusión del concepto de salud reproductiva, se dio una importante participación del personal de los equipos de salud. Este personal mostró gran aceptación por este enfoque de la planificación familiar, ya que sentía más cercanos los objetivos de cuidado de la salud que los objetivos de cambio demográfico. Además, los impactos de las acciones tenían, desde esta perspectiva, una trascendencia mayor, tanto desde el punto de vista de salud individual de la mujer, como de la salud y bienestar familiar.

Esta nueva orientación en la planificación familiar se concretó en el concepto de riesgo reproductivo, que destaca la prevención de los embarazos con mayor probabilidad de desarrollar complicaciones, a través de la protección anticonceptiva dirigida preferentemente hacia las mujeres en edad fértil con factores de riesgo.

Este enfoque recupera para el cuidado de la salud reproductiva la identificación de riesgo en la prestación de los servicios de salud, lo que refleja el carácter preventivo que adquieren las acciones de planificación familiar. Es precisamente esta dirección hacia la prevención de daños a la salud lo que hace de la salud

reproductiva parte del concepto más general de salud pública.

### **El cambio estructural en el IMSS**

El cambio conceptual antes mencionado tuvo respuesta en la estructura misma de la Subdirección General Médica del IMSS, que se ha organizado para cubrir dos grandes áreas: la atención médica al daño y la disminución de riesgos y la prevención del daño. En esta última área se destacan tanto la salud materno infantil como la planificación familiar.

Puede pensarse que en la salud reproductiva se conjuntan un programa “viejo” y un programa “nuevo”. La presencia de condiciones de riesgo en la embarazada o la puerpera orientan y sustentan decisiones médicas hacia la planificación familiar. En un proceso sinérgico, la planificación familiar, mediante mayores coberturas anticonceptivas y continuidad en el uso de métodos, transforma a su vez el patrón reproductivo. Esto da lugar a que en la atención materna se vigilen embarazos de mujeres en mejores condiciones de salud, lo que reduce el riesgo de complicaciones graves durante la gestación y mejora las posibilidades de buenas condiciones de salud del recién nacido.

### **El concepto de salud reproductiva**

Debe plantearse que abordar a la salud reproductiva, definida como “la capacidad de la pareja humana para desarrollar su vida sexual, regulando su fecundidad mediante protección anticonceptiva oportuna y eficaz, que permita su reproducción en las mejores condiciones de salud y bienestar de la propia pareja y de sus descendientes”, obliga a la atención de aspectos que van más allá de las actividades de planificación familiar y de las de salud materno infantil. Por ejemplo, implica tratar aspectos como la sexualidad y abordar de manera más amplia campos tradicionales de la atención médica, como es la lactancia o, inclusive, la misma atención prenatal y del parto.

Con respecto a esto último, la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo

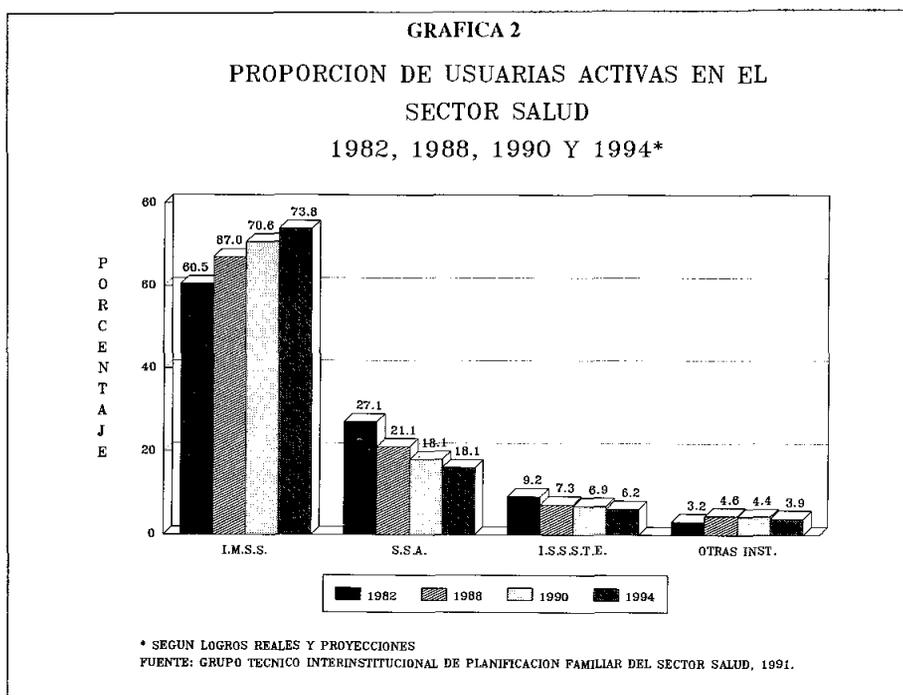
lleva aparejado el desarrollo de anticoncepción posparto, lo que implica incorporar integralmente la planificación familiar, en términos de promoción de la anticoncepción a la atención de la mujer embarazada (6).

### **La aplicación del concepto de salud reproductiva en el IMSS**

La aplicación del concepto de salud reproductiva ha implicado un esfuerzo continuo de capacitación al personal de salud. De forma paralela, se ha dado un proceso de comunicación educativa muy intenso hacia la población, orientando sobre la importancia de la anticoncepción con base en el cuidado de la salud y desarrollando la capacidad de autoidentificación de condiciones de riesgo reproductivo en la mujer.

Asimismo, la comunicación educativa ha buscado transmitir a la mujer la idea de que su vida reproductiva es un proceso continuo, en el que las decisiones sobre la anticoncepción, el número y espaciamiento de los embarazos, así como la oportunidad y continuidad de la asistencia a la vigilancia del embarazo deben ser vistas como elementos integrales del cuidado de su salud como mujer.

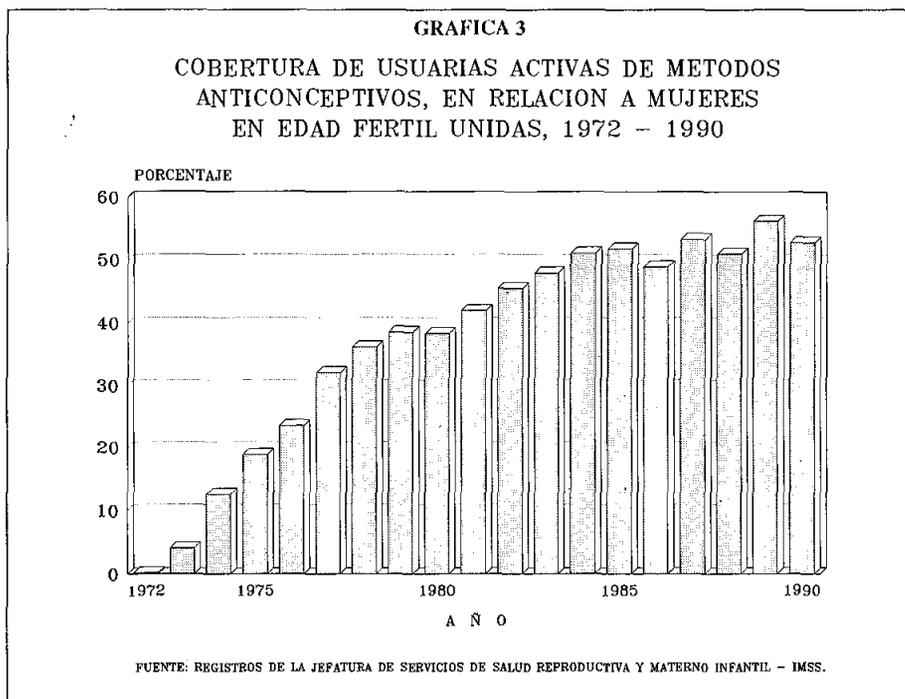
El IMSS desarrolla hoy en día la mayor parte de las acciones de planificación familiar en México. En 1990, 49.9 por ciento de todas las usuarias de anticonceptivos recibieron su método de esta institución. Considerando solamente a las usuarias de instituciones de salud del sector público, el IMSS tiene una cobertura de 70.6 por ciento de las usuarias activas. Para 1994 se estima que esta proporción aumentará hasta 73.8 por ciento (7) (Gráfica 2).



### Síntesis de resultados

Entre los principales resultados del desarrollo de la salud reproductiva dentro del IMSS, se tiene una cobertura anticonceptiva importante respecto a sus mujeres en edad fértil unidas. De esta manera, en 1980 usaban un anticonceptivo moderno 38.4 por ciento de las mujeres unidas de 15 a 49 años, proporción que fue de 52.9 por ciento en 1990 (Gráfica 3).

Este esfuerzo por promover el uso de anticonceptivos ha resultado en el descenso de la tasa global de fecundidad de las mujeres en el IMSS. Esta pasó de 3.1 hijos en 1986 a 2.6 hijos en 1990. De esta manera el cambio hacia un enfoque de salud de la planificación familiar, ha favorecido también el cumplimiento de la prioridad nacional de descenso de la fecundidad (Cuadro 3).



**CUADRO 3**  
**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD**  
**IMSS 1986-1991**

AÑO	TGF
1986	3.11
1987	2.97
1988	2.67
1989	2.83
1990	2.61
1991	2.63

FUENTE: Estimaciones basadas en los Subsistemas 10, 12, y 13 del Sistema Unico de Información del IMSS.

Adicionalmente, se observa en el IMSS un cambio en el perfil de riesgo, por edad y paridad, de las mujeres embarazadas. Entre 1987 y 1990 se ha experimentado una reducción en la proporción de mujeres embarazadas en los grupos de edad de 30 años y más, así como en los de alta paridad, asociada con un incremento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (Cuadro 4) (Gráfica 4) (Gráfica 5).

Por último, puede señalarse que se ha logrado avanzar hacia una distribución en los métodos empleados para que predominen los métodos de mayor continuidad y eficacia, dado el perfil de riesgo reproductivo: por un lado, se observa una creciente proporción de métodos anticonceptivos definitivos en las usuarias de

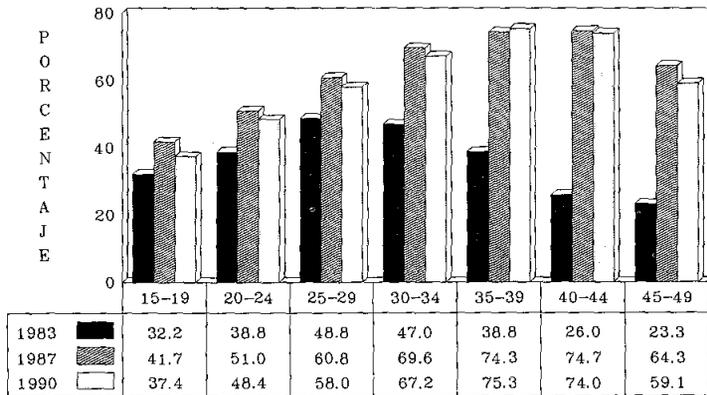
CUADRO 4  
MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS QUE ASISTEN A  
UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS SEGUN  
CONDICIÓN DE EMBARAZO

GRUPOS DE EDAD	Porcentaje de embarazadas	
	1987	1990
15-19	32.9	32.7
20-24	25.9	27.4
25-29	16.7	15.1
30-34	14.5	11.8
35-39	5.6	4.2
40-44	1.7	0.9
45-49	0.6	0.4

FUENTE: Encuesta sobre prevalencia de factores de riesgo reproductivo. IMSS. 1987.

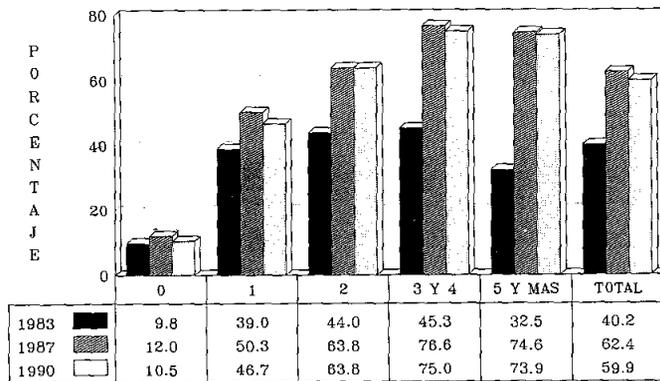
Encuesta sobre continuidad y uso de hormonales orales. IMSS. 1990.

**GRAFICA 4**  
**PREVALENCIA DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ASISTEN A UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR, SEGUN GRUPOS DE EDAD 1983 - 1990**



FUENTE: ENCUESTA OPINION A LOS USUARIOS DE MEDICINA FAMILIAR. IMSS 1993.  
 ENCUESTA SOBRE LA PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO. IMSS 1987.  
 ENCUESTA SOBRE CONTINUIDAD Y USO DE LOS HORMONALES ORALES. IMSS 1990.

**GRAFICA 5**  
**PREVALENCIA DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ASISTEN A UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR, SEGUN PARIDAD 1983 - 1990**



FUENTE: ENCUESTA OPINION A LOS USUARIOS DE MEDICINA FAMILIAR. IMSS 1993.  
 ENCUESTA SOBRE LA PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO. IMSS 1987.  
 ENCUESTA SOBRE CONTINUIDAD Y USO DE LOS HORMONALES ORALES. IMSS 1990.

más de 30 años; y, por otro lado, cada vez más mujeres jóvenes optan por un método temporal de alta continuidad, como es el dispositivo intrauterino, para el espaciamiento de sus embarazos (Cuadro 5).

CUADRO 5  
USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS SEGUN METODO Y  
EDAD EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR.  
IMSS, 1983 Y 1990

GRUPOS DE EDAD	QUIRURGICO		DIU		HORMONAL	
	1983	1990	1983	1990	1983	1990
15-19	1.7	3.0	28.8	60.1	69.5	36.9
20-24	4.6	11.4	39.0	49.8	56.4	38.8
25-29	28.2	28.9	31.8	39.3	40.0	31.8
30-34	41.7	61.5	32.3	23.6	26.0	14.9
35-39	63.2	77.7	11.7	10.9	25.1	11.4
40-44	60.5	79.8	19.7	12.4	19.8	7.8
45-49	70.7	87.1	3.4	6.6	25.9	6.3
TOTAL	32.7	48.3	29.5	29.3	37.8	22.4

FUENTE: Encuesta de opinión de usuarios de medicina familiar. IMSS. 1983.  
Encuesta sobre continuidad y uso de hormonales orales. IMSS. 1990.

**Referencias**

1. Serie Temas de Planificación Familiar. **Historia de la población de México.** AMIDEM. México, 1987.
2. Alba, F. **La población de México.** COLMEX. México, 1984.
3. Consejo Nacional de Población. **Política demográfica. Objetivos y metas 1978-1982.** CONAPO. México, 1978.
4. Alarcón, F. Martínez Manautou, J. **Innovaciones administrativas del Programa de Planificación Familiar. Estudio de caso.** IMSS. México, 1986.
5. Martínez Manautou, J. (ed.). **Comunicación educativa en salud reproductiva y planificación Familiar.** IMSS-AMIDEM. México, 1989.
6. Alarcón, F. Correu, S. Martínez Manautou, J. "Operación del Programa de Planificación Familiar en el medio urbano", en **Planificación familiar y demografía médica.** IMSS. México, 1985.
7. Grupo Técnico Interinstitucional de Planificación Familiar del Sector Salud. **Programa de Planificación Familiar del Sector Salud, 1990-1994.** México. 1991 (Mimeo).



*CAPITULO DOS*

**EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD  
REPRODUCTIVA: NOTAS PARA UNA  
APROXIMACION A SUS ASPECTOS  
PRINCIPALES**



## ***EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD REPRODUCTIVA: NOTAS PARA UNA APROXIMACION A SUS ASPECTOS PRINCIPALES***

Daniel Hernández Franco<sup>(1)</sup>

Octavio Mojarro Dávila<sup>(2)</sup>

### **Generalidades**

La epidemiología de la salud reproductiva es el campo de la epidemiología que intenta responder a interrogantes sobre el modo de elevar al máximo la salud de hombres y mujeres en sus carreras reproductivas. La epidemiología, recordemos, puede definirse como el estudio de la enfermedad, la salud y el comportamiento humano, mediante la evaluación de personas que se clasifican como miembros de uno u otro grupo discreto. La epidemiología parte de dos supuestos fundamentales: i) los eventos relacionados a la salud humana no ocurren aleatoriamente, y ii) que estos eventos tienen factores causales o preventivos que pueden ser identificados a través de la investigación sistemática de diferentes poblaciones en distintos lugares o tiempos.

Se habla de carrera reproductiva porque la reproducción humana puede enfocarse precisamente como una carrera, en que las personas pueden planificar los eventos del ciclo de su vida reproductiva de manera similar a como se planea la educación. La "carrera" de la reproducción humana se inicia con el crecimiento y desarrollo sexual, que culmina en la pubertad, continúa con la iniciación sexual, la anticoncepción y el embarazo, y finaliza con la menopausia, en el caso de la mujer. Desde la menarquía hasta la menopausia, la carrera reproductiva de la mujer puede incluir uno o más embarazos, dependiendo de su actividad sexual, el uso de anticonceptivos o su facilidad para embarazarse (1).

### **Campos de acción**

Como resulta claro, el espectro de estudio de la salud reproductiva aborda aspectos muy variados (Gráfica 1):

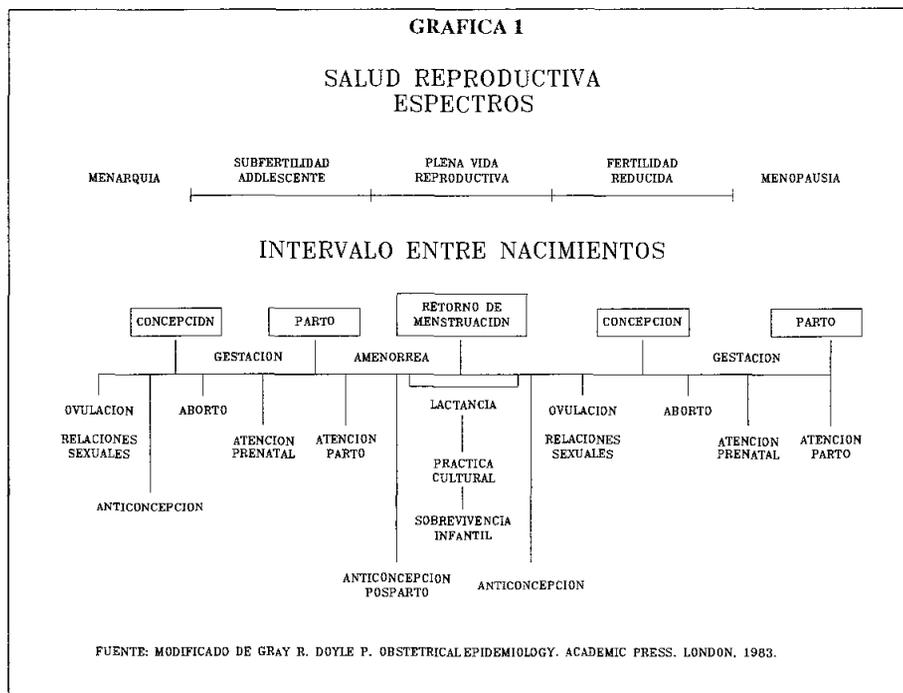
---

1 Coordinador Normativo de Vigilancia Epidemiología Materno Infantil. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social.  
2 Subjefe de Salud Materno Infantil, Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Del estudio de la aparición de la menarquia, a los aspectos que marcan el arranque de la vida sexual activa, y por lo tanto el riesgo de concebir, pasando por los aspectos mismos de fertilidad del individuo y las características y determinantes del inicio de la regulación de la fecundidad mediante el uso de anticonceptivos.

- Una vez que se tiene la primera concepción, se puede desarrollar la gestación o puede suceder una interrupción del embarazo, lo que incorpora el análisis del aborto. En caso de que prosiga el embarazo, el resultado del mismo depende en alguna medida de las características de la atención prenatal y del parto que reciba la mujer. Entre los aspectos de estudio más importante de los servicios de salud están: la cobertura de la atención, oportunidad de su inicio, la frecuencia o continuidad con que se recibe la atención y la calidad de su contenido (en términos de su congruencia clínico-diagnóstica y diagnóstico-terapéutica). Aquí se establece que la atención a la salud materno infantil es un componente de estudio de la salud reproductiva.

- La continuación del proceso reproductivo dependerá del período de amenorrea



posparto, el que puede prolongarse por motivo de la lactancia al seno materno (tanto por intensidad como por duración), la anticoncepción, que puede iniciarse en el posparto inmediato, y por la frecuencia de las relaciones sexuales de la mujer. Como resulta claro, tanto la lactancia como la anticoncepción pueden verse afectadas mutuamente. Asimismo, la lactancia puede ser un factor causal de la sobrevivencia infantil, a la vez que se encuentra determinada por ésta.

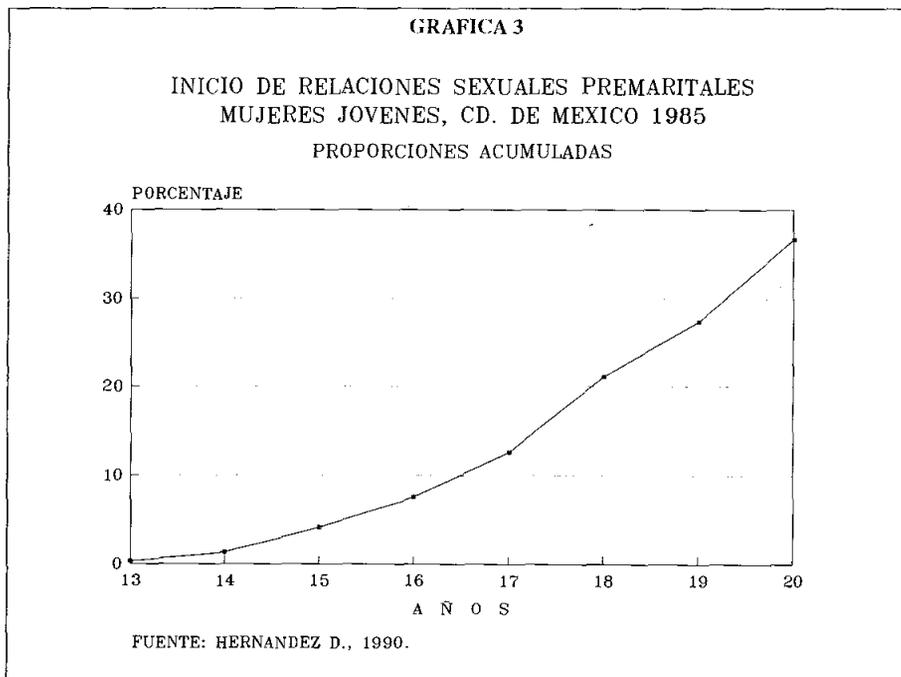
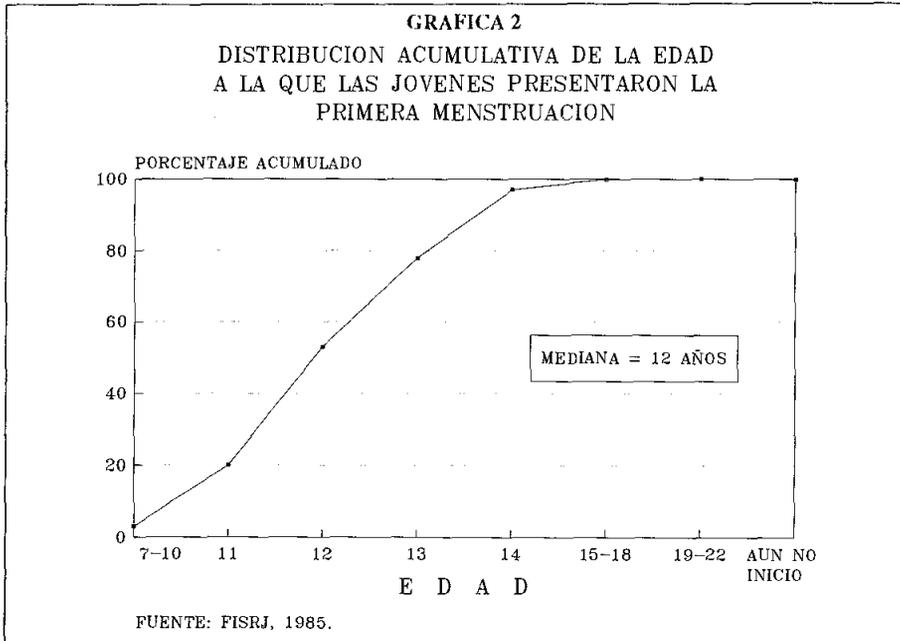
De esta manera, se pueden abrir en el campo de la epidemiología de la reproducción dos áreas de estudio de los fenómenos. La primera de ellas se encuentra en un nivel básico, en el que se describe la ocurrencia del evento. La segunda representa un análisis más detallado, que incorpora la búsqueda de los factores determinantes de cada uno de los eventos, así como las interrelaciones entre los mismo eventos que intervienen en la reproducción.

### **Datos básicos sobre salud reproductiva**

En relación con algunos aspectos del proceso del inicio de la salud reproductiva, al igual que con la mayoría de los elementos relacionados con la salud de la población adolescente en general, todavía se requiere más investigación. Sin embargo, no debe dejarse pasar la oportunidad de señalar que la urgencia de proveer de servicios a este grupo no debe posponerse por esta necesidad de mayor investigación.

Las encuestas de salud reproductiva de los adolescentes, en las que nuestro país fue pionero, señalan que la edad mediana en que las mujeres tienen su primera menstruación son los 12 años (2) (Gráfica 2). Antes de que cumplan 20 años, casi el 35 por ciento de las jóvenes de la Ciudad de México habrán iniciado su vida sexual fuera del matrimonio (4) (Gráfica 3). Solo una de cada cinco de estas mujeres usaron un anticonceptivo durante esta primera relación sexual, de los cuales 43.7 por ciento corresponde al ritmo y otro 9.2 por ciento al retiro, métodos tradicionales de baja eficacia anticonceptiva (4) (Cuadro 1). Esto señala el alto riesgo de que se presenten embarazos no deseados en esta población.

En relación a la fertilidad, una manera de aproximarse a su medición es a través



CUADRO 1  
 USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA  
 RELACION PREMARITAL ANTES DE LOS 20 AÑOS MUJE-  
 RES DE 15 A 24 AÑOS. CIUDAD DE MEXICO, 1985.

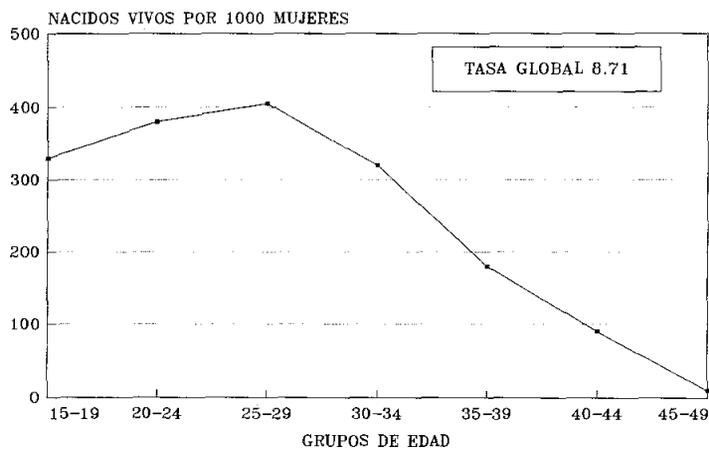
METODO ANTICONCEPTIVO	PORCENTAJE
RITMO	43.7
CONDON	21.5
HORMONAL ORAL	9.2
OTRO METODO DE BARRERA	12.6
RETIRO	9.2
HORMONAL INYECTABLE	4.6
PROPORCION QUE USARON UN METODO	21.0

Fuente: Encuesta sobre información sexual y reproductiva de jóvenes, 1985.

de la experiencia de fecundidad de las mujeres unidas (supuestamente en riesgo de concebir) que nunca han sido usuarias de algún anticonceptivo. Las tasas específicas de fecundidad son menores en las mujeres más jóvenes que en las mujeres de 20 a 29 años de edad. A partir de entonces empiezan a descender aceleradamente (Gráfica 4). Esta caída en la fecundidad puede interpretarse como una reducción de la fertilidad. Sin embargo, hemos empezado a aprender que el supuesto de que el estado marital es un buen reflejo de la exposición a relaciones sexuales no es del todo seguro. En la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987, se logró identificar que, en promedio, la mujer mexicana en unión marital tiene 5 relaciones sexuales al mes. Sin embargo, esta conducta varía dependiendo de la edad de la mujer, siendo menor en el grupo de menores de 20 años que en los de 20 a 24 y 25 a 29, para descender sistemáticamente a partir de los 30 años (5) (Cuadro 2).

GRAFICA 4

TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD DE MUJERES UNIDAS  
NUNCA USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS  
MEXICO 1986



FUENTE: TABULACIONES ESPECIFICAS DE LA ENFES, 1987.

CUADRO 2  
FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES EN EL ULTIMO  
MES SEGUN EDAD

GRUPOS DE EDAD	PROMEDIO
15-19	5.2
20-24	5.7
25-29	5.4
30-34	5.1
35-39	4.7
40-44	4.6
45-49	3.8
MEDIA	5.1

FUENTE: Blanc y Rutemberg, 1991.

La misma fuente de información permite avanzar en el conocimiento de la exposición al riesgo de concebir. De cada 100 mujeres, en el promedio nacional, solamente 32 estaban en riesgo de concebir, ya que un 5 por ciento se encontraban embarazadas, 5.4 por ciento eran amenorréicas, 4.3 por ciento se declaraban infecundas, 1.1 no había tenido una menstruación en los dos meses anteriores a la entrevista y 51.6 por ciento no habían tenido relación sexual en el último mes. Este comportamiento varía según la edad, siendo mayor la presencia de embarazo y amenorrea en las mujeres jóvenes y la falta de relaciones sexuales e infecundidad en las mujeres mayores (6) (Cuadro 3).

CUADRO 3  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES SEGUN CONDICION DE EXPOSICION AL RIESGO DE CONCEBIR

EDAD MUJERES UNIDAS	EMBARAZO	AMENORREA	INFECUNDA	SIN RELACION SEXUAL	SIN REGLA ULTIMOS 2 MESES	EXPUESTA	TOTAL
15-19	29.6	15.5	0.3	14.6	0.6	39.4	100.0
20-24	18.6	12.2	1.5	21.8	1.0	45.0	100.0
25-29	14.4	13.6	1.2	17.7	0.7	52.4	100.0
30-34	8.0	8.0	2.7	21.5	2.6	57.2	100.0
35-39	5.1	9.3	4.0	26.4	0.8	54.4	100.0
40-44	2.1	2.2	13.3	26.7	2.0	53.7	100.0
45-49	0.8	0.7	31.4	30.1	7.7	29.4	100.0
TOTAL	10.9	9.3	6.1	22.4	1.9	49.5	100.0
TODAS LAS MUJERES	5.9	5.4	4.3	51.6	1.1	31.8	100.0

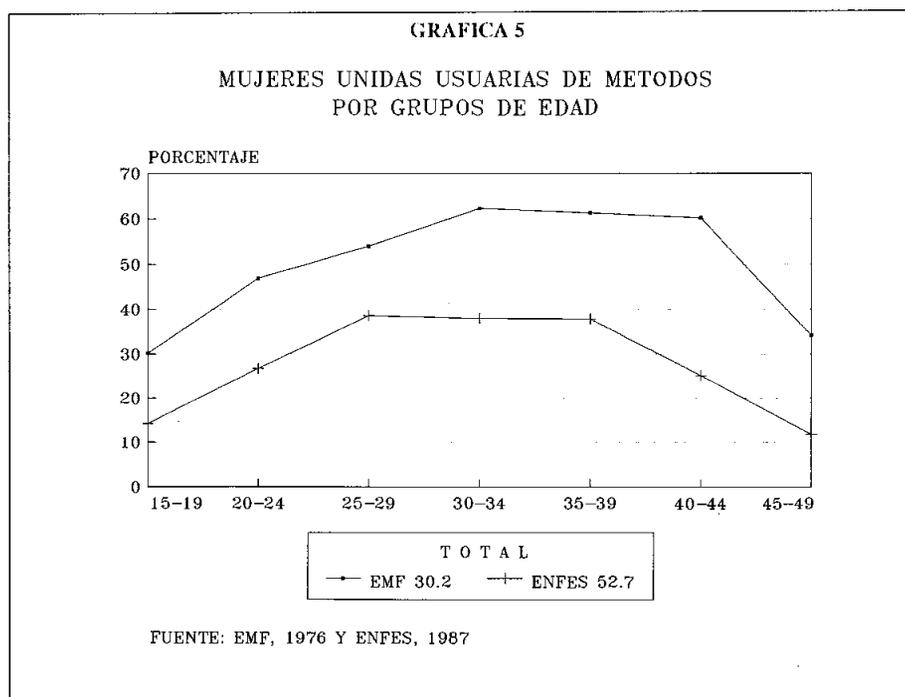
FUENTE: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987

### Factores determinantes de la salud reproductiva

Para ahondar en algunos puntos de la epidemiología de la salud reproductiva, se pueden resumir cuatro factores determinantes de la salud reproductiva (7). En **primer lugar**: “que la gente tenga la habilidad de reproducirse, así como de regular su fecundidad con el mayor conocimiento posible de las consecuencias sociales y personales de sus decisiones y con acceso a los medios para

implantarlas".

Aquí se está hablando, por un lado, de aspectos de fecundabilidad e infertilidad, que son importantes a nivel individual, pero aparentemente poco prevalentes a nivel poblacional (Cuadro 3). Por otro lado, se hace referencia a la anticoncepción. Este es quizás el tema más estudiado dentro de la salud reproductiva. Aquí solamente se quiere señalar que es claro el aumento que se ha observado en México en el uso de anticonceptivos entre mediados de los años setentas y finales de los ochentas (Gráfica 5), aunque es claro que continúan prevaleciendo diferencias entre grupos de edad y por sectores socioeconómicos.



En **segundo lugar**, salud reproductiva implica que "las mujeres sean capaces de cursar su embarazo y parto con seguridad". Este factor incluye, como se había señalado arriba, la importancia de los aspectos tradicionales del cuidado de la salud materno infantil en el estudio de la salud reproductiva. Sabemos que a nivel de la población del IMSS, más del 90 por ciento de las embarazadas reciben al menos una consulta de atención prenatal; sin embargo, estudios

especiales en la institución indican que un 30 por ciento de las embarazadas inician su vigilancia prenatal hasta el segundo o tercer trimestre del embarazo, y que casi 20 por ciento recibe solo entre una y tres consultas prenatales (8). Existe una necesidad de indagar sobre los factores determinantes de esta conducta. Así mismo, estos dos elementos deben incorporarse en la administración y evaluación de los servicios.

Anteriormente se indicó que en el estudio epidemiológico de la salud reproductiva existe un nivel de análisis que incluye la relación entre los distintos componentes. En relación a la capacidad de cursar el embarazo con seguridad, puede considerarse el efecto de la planificación familiar en la reducción del riesgo reproductivo de la embarazada. Como ejemplo, se puede revisar la situación de las mujeres diabéticas e hipertensas y el embarazo. Se sabe que estos padecimientos elevan el riesgo de daño materno y perinatal. Se trata de mujeres cuyo perfil de riesgo reproductivo se caracteriza por alta edad y paridad, y mayor frecuencia de antecedentes de abortos, cesáreas, toxemia, hemorragias del tercer trimestre del embarazo, partos pretérmino y muerte fetal tardía (Cuadro 4). Adicionalmente, son mujeres que en caso de embarazarse presentan mayores complicaciones, como son la toxemia, infecciones y distocias (Cuadro 5).

CUADRO 4  
PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES QUE ASISTEN A CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIA CRONICA  
(PROPORCION CON FACTOR)

FACTOR	DIABETES	HIPERTENSION	SIN PATOLOGIA CRONICA
EDAD MAYOR DE 34 AÑOS	75.0	62.7	24.5
5 O MAS GESTAS	58.0	50.9	23.9
2 O MAS ABORTOS	22.3	15.6	7.6
CESAREA PREVIA	23.2	26.9	19.6
ANTECEDENTE DE:			
- TOXEMIA	8.9	17.3	2.1
- SANGRADO EN TERCER TRIMESTRE	3.6	3.8	1.6
- PRETERMINO	4.5	6.1	3.0
- MUERTE FETAL TARDIA	3.6	2.9	1.4

FUENTE: Encuesta de factores de riesgo, 1987.

CUADRO 5  
 PROPORCION DE EMBARAZADAS QUE DESARROLLAN  
 COMPLICACIONES SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIA CRONICA

	PREECLAMPSTA	RIESGO RELATIVO
DIABETES	8.3	3.95
HIPERTENSION	16.2	7.71
SIN ENFERMEDAD CRONICA	2.1	
	HEMORRAGIA	RIESGO RELATIVO
DIABETES	8.6	1.12
HIPERTENSION	9.2	1.19
SIN ENFERMEDAD CRONICA	7.7	
	INFECCION VIAS URINARIAS	RIESGO RELATIVO
DIABETES	20.2	1.44
HIPERTENSION	27.6	1.97
SIN ENFERMEDAD CRONICA	14.0	
	DISTOCIA FETAL	RIESGO RELATIVO
DIABETES	18.6	1.62
HIPERTENSION	13.2	1.15
SIN ENFERMEDAD CRONICA	11.5	

FUENTE: Encuesta sobre el impacto del programa de planificación familiar del IMSS en la mortalidad perinatal, México, 1987.

Se identifico en 1987 que la mortalidad perinatal de las mujeres diabéticas e hipertensas era superior a la de las mujeres sin patología crónica (Cuadro 6).

La diabetes aparece en el 1.2 por ciento de las mujeres en edad fértil que asisten a las unidades de primer nivel del IMSS. La hipertensión es más prevalente, apareciendo en el 3.8 por ciento de este grupo de población (Cuadro 7). Solo una proporción muy pequeña de las mujeres con estas patologías se embarazan (Cuadro 8), lo que indica el impacto de la entrega de anticoncepción siguiendo el enfoque de riesgo reproductivo. Así, la cobertura anticonceptiva de las mujeres con estas patologías es superior a las mujeres sin patología crónica (Cuadro 9).

CUADRO 6  
TASA DE MORTALIDAD PERINATAL SEGUN PRESENCIA DE  
PATOLOGIA CRONICA (por mil nacimientos)

	MORTALIDAD PERINATAL
DIABETES	44.6
HIPERTENSION	32.5
SIN PATOLOGIA CRONICA	19.0

FUENTE: Encuesta sobre el impacto del programa de planificación familiar del IMSS en la mortalidad perinatal. México, 1987.

CUADRO 7  
PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ASISTEN  
A CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR QUE PRESENTAN  
DIABETES E HIPERTENSION

	PORCENTAJE
DIABETES	1.2
HIPERTENSION	3.8

FUENTE: Encuesta de factores de riesgo, 1987.

CUADRO 8  
PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ASISTEN  
A CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR SEGUN CONDI-  
CION DE EMBARAZO Y PRESENCIA DE PATOLOGIA CRONICA

	DIABETES	HIPERTENSION	SIN PATOLOGIA CRONICA
NO EMBARAZADA	98.2	95.1	86.2
EMBARAZADA	1.8	4.9	13.8

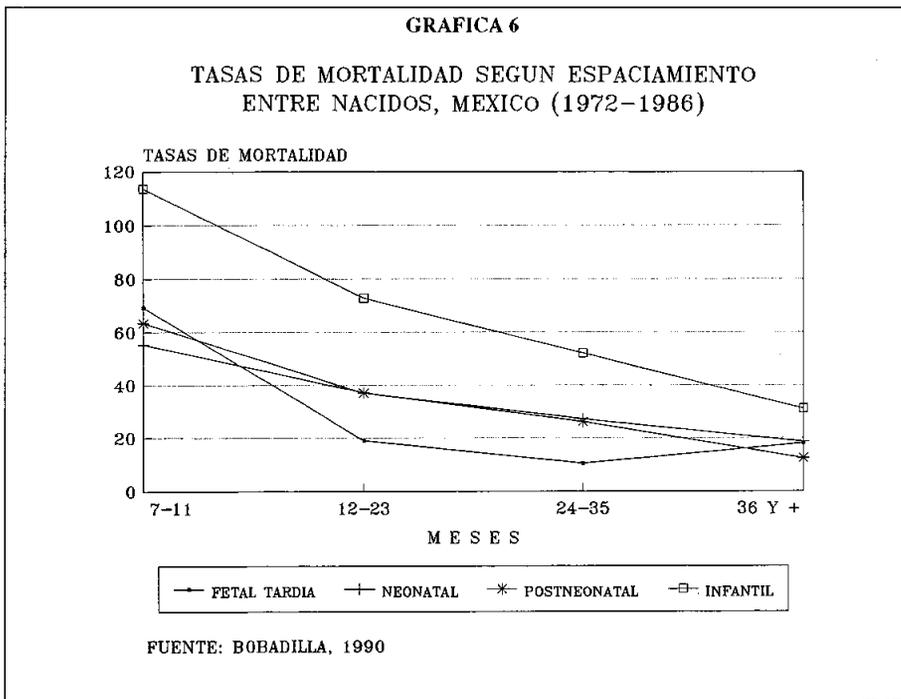
FUENTE: Encuesta de factores de riesgo, 1987.

CUADRO 9  
 PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ASISTEN  
 A CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR SEGUN USO DE  
 ANTICONCEPTIVOS Y PRESENCIA DE PATOLOGIA CRONICA

	PORCENTAJE QUE USA METODO
DIABETES	60.7
HIPERTENSION	61.3
SIN PATOLOGIA CRONICA	53.3

FUENTE: Encuesta de factores de riesgo, 1987.

En tercer lugar, una adecuada salud reproductiva lleva a “que el resultado del embarazo sea exitoso en términos de la sobrevivencia y bienestar materno e infantil”. Los aspectos más específicos de salud materna e infantil se han tratado con más detalle en otro documento (9). Aquí solo se indica como existe evidencia de que la mortalidad de los niños tiende a descender conforme se espacian más los embarazos (10) (Gráfica 6). Un estudio realizado en los hospitales del IMSS de las tres áreas metropolitanas muestra, por otro lado, el efecto de las edades y paridades elevadas para incrementar la mortalidad perinatal (y el efecto sinérgico que ambas tienen) (Cuadro 10), lo que de nuevo destaca el beneficio que la planificación familiar puede tener sobre la salud de los recién nacidos si se evitan embarazos en mujeres con tales características (11).



**CUADRO 10**

**MORTALIDAD PERINATAL SEGUN GRUPOS DE EDAD DE LA MADRE Y ORDEN DEL EMBARAZO. IMSS, 1987.**

GRUPOS DE EDAD	ORDEN DEL EMBARAZO				TOTAL
	1	2-3	4-5	6 O MAS	
MENOS DE 20	15.1	20.4	-----	-----	16.5
20-24	17.6	18.7	13.0	-----	17.9
25-29	18.2	19.1	15.5	-----	17.5
30-34	33.1	17.5	27.4	52.3	27.8
35 O MAS	-----	32.3	34.6	55.3	41.4
TOTAL	17.3	19.3	20.6	41.1	20.5

Tasa por 1000 nacidos vivos. ----- Menos de 100 casos.  
 FUENTE: Impacto del programa de planificación familiar del IMSS en la mortalidad perinatal. IMSS-AMIDEM. México, 1991.

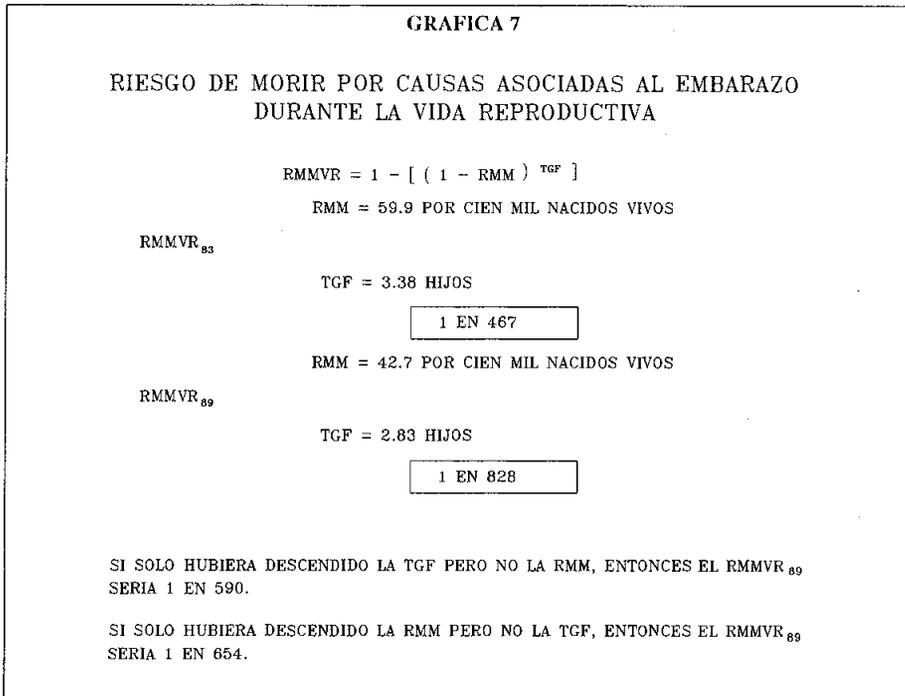
Uno de los resultados más interesantes de este estudio es el señalar cómo una adecuada atención prenatal puede mejorar las posibilidades de sobrevivencia de niños con madres de mala condición reproductiva y que no han espaciado adecuadamente sus embarazos. Así, el nivel de la mortalidad perinatal es siempre más favorable en las mujeres con buena vigilancia del embarazo (12) (Cuadro 11).

CUADRO 11 MORTALIDAD PERINATAL SEGUN INTERVALO ENTRE EMBARAZOS, NIVEL DE RIESGO PREGESTACIONAL Y TIPO DE ATENCION PRENATAL. IMSS. 1987.		
RIESGO NULO - BAJO		
INTERVALO (MESES)	BUEN PRENATAL	MAL PRENATAL
0-3	4.2	17.5
4-9	5.4	25.3
10-15	4.1	7.1
RIESGO ALTO		
INTERVALO (MESES)	BUEN PRENATAL	MAL PRENATAL
0-3	19.1	76.2
4-9	7.1	32.6
10-15	10.6	18.2

Tasa por 1000 nacidos vivos.  
FUENTE: Encuesta sobre el impacto del programa de planificación familiar del IMSS en la mortalidad perinatal. México, 1987.

Respecto a la sobrevivencia materna, es claro que la probabilidad de morir de una mujer embarazada depende de: a) la probabilidad de embarazarse; y b) de la probabilidad de morir una vez que se encuentra embarazada. Esta relación puede establecerse en una función del riesgo de morir por causa materna durante la vida reproductiva (RMMVR):  $1 - ((1 - RMM) \exp TGF)$ , donde RMM es la razón de muerte materna (comúnmente denominada tasa de muerte materna) y TGF es la tasa global de fecundidad (13). Para la población del IMSS, se estima que en 1982-84, con un nivel de la RMM igual a 59.9 muertes por cien mil nacidos vivos y una TGF de 3.38 hijos, la probabilidad de una mujer en edad fértil de morir por causas asociadas a un embarazo era de 1 de cada 467. Para 1988-90, la RMM había bajado a 42.7 por cien mil y la TGF a 2.83 hijos, con

lo que la probabilidad de morir había caído a 1 en 828 para cada mujer (Gráfica 7).



Este cambio se debió principalmente al efecto directo de la reducción del riesgo de morir una vez que se presentaba un embarazo, identificado por la RMM, más que al efecto directo de la reducción en la probabilidad de embarazo, identificado por la TGF. En el primer caso, esta reducción se deriva de la atención prenatal y del parto, mientras que la segunda depende primordialmente de la planificación familiar. Sin embargo, debe considerarse que el efecto de la planificación familiar se subestima al considerar solo el cambio en la TGF, ya que una parte de la disminución de la RMM se debe a que las mujeres cursan

sus embarazos en mejores condiciones reproductivas, lo que se asocia a la anticoncepción.

En **cuarto lugar** “que las parejas puedan tener relaciones sexuales sin temor a embarazos no deseados o la presencia de enfermedades”. Ya se ha señalado como este es un aspecto todavía muy rezagado cuando se habla de la población adolescente. Si se considera a la población ya casada o unida maritalmente, aún se encuentra una alta proporción de mujeres de 15 a 29 años que no desean más hijos pero que no utilizan un anticonceptivo (Cuadro 12). De hecho, casi dos terceras partes de los nacimientos del país no fueron planeados para que ocurrieran en el momento en que fueron concebidos (14) (Cuadro 13).

CUADRO 12  
MUJERES UNIDAS NO EMBARAZADAS SEGUN USO DE ANTICONCEPTIVOS Y DESEO DE MAS HIJOS

GRUPOS DE EDAD	NO DESEA MAS HIJOS		DESEA MAS HIJOS	
	PORCENTAJE	USA METODO	PORCENTAJE	USA METODO
15-19	20.5	6.8	79.5	29.0
20-24	39.5	22.5	60.5	27.8
25-29	57.9	33.4	42.1	17.8
30-34	75.7	48.3	24.3	10.5
35-39	86.0	54.4	14.0	5.5
40-44	90.9	50.3	8.9	2.9
45-49	91.4	28.7	8.3	1.3
TOTAL	68.7	38.2	31.3	13.0

FUENTE: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987.

CUADRO 13  
EMBARAZOS OCURRIDOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS SEGUN PLANEACION DEL EMBARAZO

	PORCENTAJE
NO PENSO EN TENER HIJOS	48.3
NO DESEA MAS HIJOS	4.7
DESEABA MAS HIJOS DESPUES DE UN TIEMPO	12.9
DESEABA MAS HIJOS EN ESE MOMENTO	33.6
DESEABA MAS HIJOS SIN SABER CUANDO	0.5

FUENTE: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987.

En cuanto a la seguridad de las relaciones sexuales, este aspecto atañe obviamente a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, factor que requiere más investigación. Además, se puede incluir en el aspecto de seguridad el efecto que sobre la salud de la mujer produce el uso de anticonceptivos. Estudios de continuidad sobre los hormonales orales y el DIU, señalan cómo los primeros se asocian a mayor incidencia de efectos colaterales y falla del método, lo que repercute en menores tasas de continuidad en la anticoncepción y, por lo tanto, mayor riesgo de embarazos no deseados (Cuadro 14). Estudios operacionales de morbilidad en usuarias deberán aportar datos de gran valor en esta área.

CUADRO 14  
TASA DE CONTINUIDAD Y ABANDONO EN EL USO DEL DIU Y  
HORMONAL ORAL EN EL IMSS A LOS 12 MESES

	DIU	HORMONAL
CONTINUIDAD	71.4	40.2
ABANDONO POR:		
- DOLOR, SANGRADO E INFECCION	12.9	29.6
- EMBARAZO	3.2	7.7
- EXPULSION	5.6	n.a.

FUENTE: Encuesta simplificada sobre el comportamiento operacional de la metodología anticonceptiva. IMSS, 1986. Encuesta sobre continuidad y uso de hormonales orales. IMSS, 1990.

Para concluir, debe quedar claro que el ámbito de estudio de la epidemiología de la salud reproductiva es muy amplio y que debe ligarse a estudios de conducta, sociodemográficos y de análisis de servicios de salud. Por el carácter preventivo de la salud reproductiva, el uso de la metodología epidemiológica es fundamental para el diseño y evaluación de las actividades de atención a la salud reproductiva, ya que solo a través de ésta es posible aplicar adecuadamente el enfoque de riesgo en los servicios de salud.

**Referencias**

1. Centers for Disease Control-World Health Organization-Family Health International. **II Curso de epidemiología de la reproducción**. IMSS. México, 1990.
2. Núñez, L. et al. **Encuesta sobre información sexual y reproductiva de jóvenes 1985**. CORA-AMIDEM. México, 1987.
3. Hernández, D. "Inicio de la actividad sexual premarital y uso de anticonceptivos en mujeres jóvenes en la Ciudad de México". **Cuarta Reunión de Investigación Demográfica**. México, 1990.
4. Núñez, L. et al. op. cit.
5. Blanc, A. Rutenberg, N. "Coitus and Contraception". **Studies in Family Planning** Vol. 22-3. Mayo 1991.
6. SSA-DHS. **Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987**. SSA. México, 1989.
7. Graham, W. Campbell, O. **Measuring maternal health**. Maternal and Child Epidemiology Unit. Londres, 1990.
8. Martínez Manautou, J. (ed.) **Impacto del Programa de Planificación Familiar del IMSS en la mortalidad perinatal**. IMSS-AMIDEM. México, 1991.
9. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil-IMSS. **Diagnóstico del Programa de Salud Materno Infantil**. IMSS. México, 1991.
10. Bobadilla, J.L. et al. **Family formation patterns and child mortality in México**. INSP-DHS. 1990.
11. Martínez-Manautou, J. (ed.) op. cit.
12. ibid.
13. Herz, B. Measham, A. **The safe motherhood initiative**. World Bank. Washington, 1987.
14. SSA-DHS. op. cit.

*CAPITULO TRES*

**ANTICONCEPCION POSPARTO  
Y POSTABORTO**



## **ANTICONCEPCION POSPARTO Y POSTABORTO**

Consuelo Juárez Tovar<sup>(1)</sup>

### **Introducción**

La prestación de los servicios de planificación familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se inició en el año de 1972, en unidades médicas del Valle de México y se extendió a todo el país en el período 1973-1974.

Desde su inicio hasta 1976, la promoción y la prestación de servicios de planificación familiar se llevó a cabo por personal específico en las unidades de consulta externa con mayores volúmenes de población adscrita, limitándose los hospitales a la atención de la demanda de métodos quirúrgicos de intervalo.

A partir de 1977, la propia demanda de la población incrementó progresivamente la participación de los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales de los equipos de salud de las unidades médicas y sustentó la protección anticonceptiva posparto con métodos definitivos.

A partir del año de 1980, se tomó la decisión de promover y apoyar la participación cada vez más amplia del personal médico y paramédico a fin de procurar la integración de los servicios de planificación familiar a la atención de la salud en general y particularmente del grupo materno infantil; también se decidió la inclusión del DIU en la protección anticonceptiva posparto a fin de recabar experiencias sobre su comportamiento (1).

En esta evolución no solamente se lograron avances trascendentales en los aspectos cuantitativos del programa, sino también en los aspectos cualitativos.

El cambio cualitativo más importante ocurrió en el concepto mismo de la planificación familiar, al pasar del concepto de la protección anticonceptiva con fines principalmente demográficos, a su identificación como una de las actividades fundamentales de la promoción y de la protección de la salud de la población, al permitir la procreación en las edades más favorables de la vida reproductiva de la mujer, un adecuado espaciamiento de los embarazos y al evitar en lo general los embarazos de alto riesgo; es decir, la aplicación del

---

1 Subjefe de Planificación Familiar. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social.

enfoque de salud y riesgo reproductivo.

Como consecuencia de lo anterior, adquirió especial relevancia en el Programa de Planificación Familiar del IMSS, la detección y valoración del riesgo reproductivo como base para la prescripción de la metodología anticonceptiva con el fin de prevenir los embarazos de riesgo alto y con ello contribuir a la disminución de la mortalidad materna e infantil.

En congruencia con esta evolución, la protección anticonceptiva se considera actualmente en el IMSS, como una indicación médico preventiva en el cuidado de la salud reproductiva.

### **Protección anticonceptiva posparto y postaborto**

La protección anticonceptiva de las mujeres que se atienden por parto o por complicaciones de aborto, adquiere en el IMSS particular relevancia, considerando por una parte, que el total de egresos obstétricos es actualmente de alrededor de 800,000 al año y por la otra, que la protección anticonceptiva en este grupo de mujeres tiene un carácter muy claro de indicación médica en el cuidado de la salud, bien sea para espaciar adecuadamente un próximo embarazo o para evitar de manera definitiva un embarazo más, de acuerdo con el riesgo reproductivo presente en cada caso y la decisión de la pareja en relación con la integración del núcleo familiar.

Desde el punto de vista operativo, se hizo necesario definir las normas técnico-administrativas para la protección anticonceptiva en esta etapa, para lo cual, en el año de 1982 se llevaron a cabo 146 seminarios zonales y 38 delegacionales con la participación de más de 800 ginecobstetras; durante dichos talleres se analizaron los resultados de las investigaciones clínicas sobre la anticoncepción posparto y las estrategias para propiciar la participación del personal responsable de la atención obstétrica (2).

Como resultados relevantes se pueden resumir los siguientes:

En relación con la metodología anticonceptiva

-La aplicación del dispositivo intrauterino posplacenta y la oclusión

tubaria bilateral, restringiéndose el uso de hormonales combinados a fin de no interferir con la lactancia materna (3) (4) (5).

En relación con la operación del programa

-La promoción de la protección anticonceptiva posparto durante la atención prenatal, como parte de la atención integral de la mujer embarazada.

-La valoración del riesgo reproductivo como base para la indicación del método anticonceptivo.

-La sistematización de la oferta de la metodología anticonceptiva por el equipo de salud responsable de la atención obstétrica.

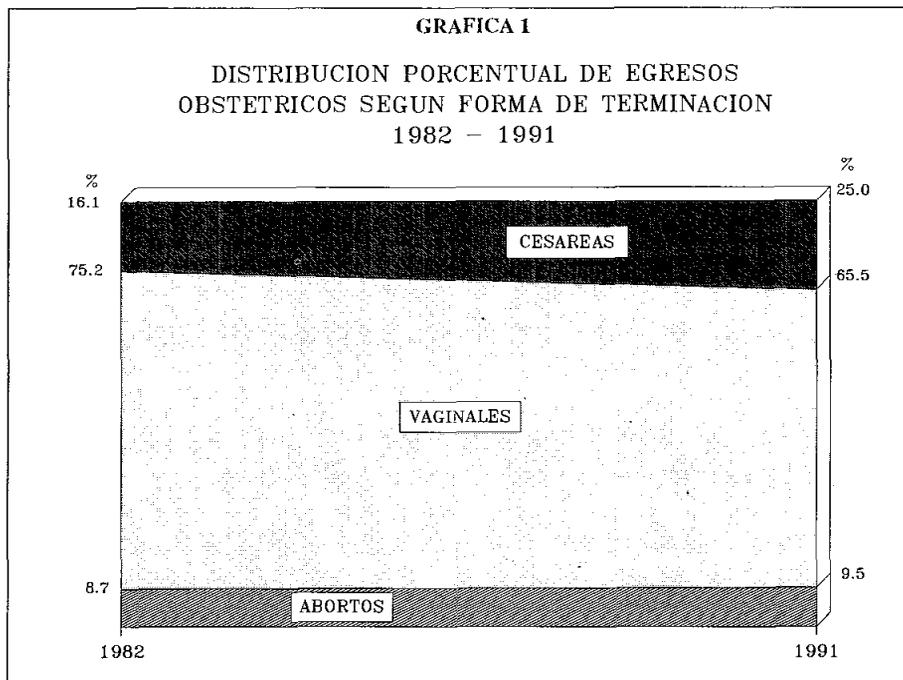
-La selección de los métodos anticonceptivos más seguros, con menores efectos indeseables y mayores tasas de continuidad en su uso.

-El establecimiento de mecanismos de articulación con las unidades de primer nivel para garantizar la atención integral de cada caso.

### **Egresos obstétricos en el IMSS y forma de resolución de embarazo**

En el ámbito urbano, el total de egresos obstétricos en cifras absolutas se ha incrementado de 626,113 en 1982 a 785,289 en 1991.

Según la forma de resolución del embarazo, se observa que la proporción de partos vaginales se ha reducido de 75.2 por ciento en 1982 a 65.5 por ciento en 1991, a expensas de un incremento en la proporción de partos resueltos por cesárea de 16.1 al 25.1 por ciento en el mismo período (Gráfica 1); hecho que debe resaltarse por el efecto desfavorable de dicho incremento en la morbi-mortalidad materna. Los egresos por complicaciones de aborto que durante el período 1982-1990 disminuyeron del 8.7 al 8.2 por ciento, en el año de 1991 representaron el 9.5 por ciento del total de egresos obstétricos (datos obtenidos del Subsistema 13 "Egresos Hospitalarios" del Sistema Unico de Información (SUI) del IMSS).



### **Egresos posparto; aceptantes de métodos anticonceptivos y cobertura de protección anticonceptiva**

En cifras absolutas, el número de egresos posparto se incrementó de un total de 571,856 en 1982 a 725,849 en 1991, si bien la tasa de partos por 1,000 mujeres en edad fértil mantuvo una franca tendencia al descenso en el mismo período, como se verá posteriormente.

La proporción de aceptantes por tipo de método anticonceptivo fue, en el año de 1982 de 23.7 por ciento de hormonales; 38.0 por ciento de dispositivos intrauterinos (DIU) y 38.3 por ciento de oclusiones tubarias bilaterales (OTB).

A partir de 1983 se inició el descenso en el uso de hormonales combinados con el fin de cuidar y promover la lactancia materna, reduciéndose en los siguientes años drásticamente, hasta casi suprimirse, llegando al 0.7 en 1987 y al 1.2 por ciento en 1988.

A finales de 1989 se incluyó en el programa el Levonorgestrel (progestágeno solo, a dosis bajas), el cual no interfiere la lactancia materna, con el fin de proteger en el posparto a las mujeres que no aceptan el DIU y que aún no han decidido limitar el tamaño de su familia. Lo anterior incrementó el uso de este hormonal, hasta llegar al 25.7 por ciento en 1991.

Por lo que se refiere a las aceptantes del DIU, paralelamente al descenso de los hormonales, se incrementó su proporción del 38.0 por ciento en 1982 a un máximo de 70.4 y 70.3 por ciento en los años de 1988 y 1989 respectivamente, con un descenso en 1990 y 1991 al 55.6 y al 54.1 por ciento (por el incremento en el uso del Levonorgestrel), no obstante que en cifras absolutas superó a todos los años anteriores, pasando de 230,712 en 1989 a 292,557 en 1991 (Cuadro 1). En el caso de las oclusiones tubarias bilaterales, a pesar de su incremento en cifras absolutas entre los años de 1982 a 1987, de 67,176 a 99,587 respectivamente, su proporción en relación con el total de aceptantes en el posparto, se redujo del 38.3 al 30.5 por ciento, en los mismos años. En los años de 1988 y de 1989, se observó un descenso tanto en cifras absolutas como en su valor porcentual, llegando en 1989 a 89,439 intervenciones, representando el 27.3 por ciento del total de aceptantes.

CUADRO 1  
COBERTURA ANTICONCEPTIVA Y ACEPTANTES POR TIPO DE  
METODO . REGIMEN ORDINARIO NACIONAL POSPARTO

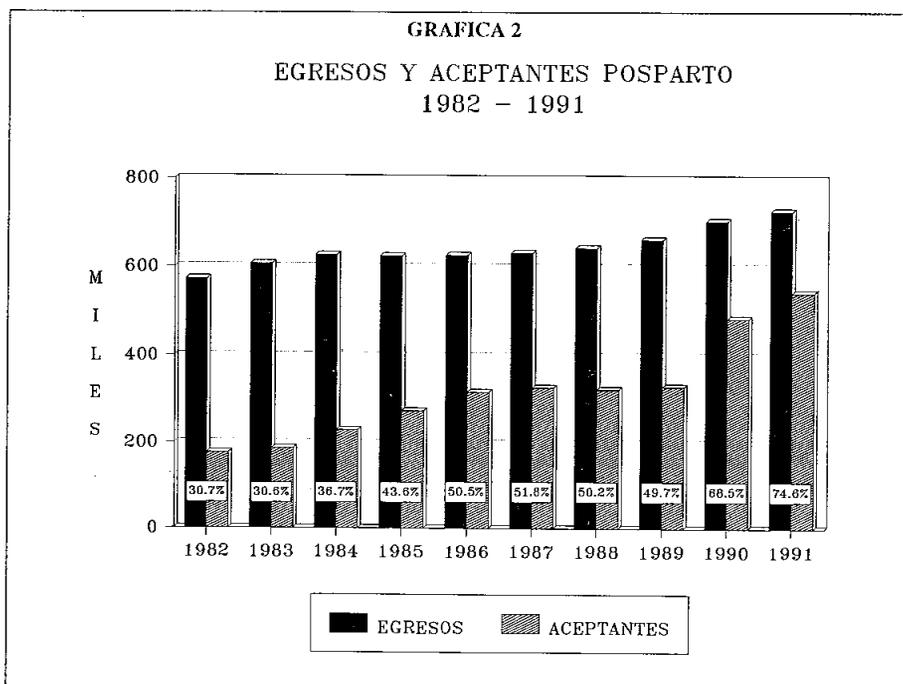
AÑO	ACEPTANTES									
	EGRESOS		HORMONAL		DIU		OTB		TOTAL	
	NUM	NUM	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%	
1982	571,856	41,609	23.7	66,750	38.0	67,176	38.3	175,535	30.7	
1983	605,817	35,602	19.2	76,209	41.1	73,751	39.7	185,562	30.6	
1984	625,613	17,640	7.7	125,771	54.8	86,034	37.5	229,445	36.7	
1985	623,745	9,595	3.5	170,461	62.5	92,874	34.0	272,930	43.8	
1986	626,098	4,126	1.3	213,705	67.5	98,570	31.2	316,401	50.5	
1987	630,520	2,424	0.7	224,613	68.8	99,587	30.5	326,624	51.8	
1988	642,129	4,015	1.2	226,821	70.4	91,551	28.4	322,387	50.2	
1989	660,509	7,871	2.4	230,712	70.3	89,439	27.3	328,022	49.7	
1990	704,075	107,035	22.2	268,325	55.6	107,173	22.2	482,533	68.5	
1991	725,459	139,169	25.7	292,557	54.1	109,404	20.2	541,130	74.6	

Hasta el año de 1989, el número y la proporción de OTB en el posparto, estuvieron influidos, entre otros, por dos factores fundamentales: el incremento en las mujeres que se atienden el parto en el IMSS de los grupos de mujeres jóvenes y de baja paridad y por otra parte, algunos problemas relacionados con la atención oportuna de la demanda de este método.

Antes de analizar en conjunto el año de 1991, es conveniente analizar el incremento observado en la cobertura de la protección anticonceptiva de los egresos posparto, en el período de 1982 a 1989, coincidente con el énfasis que progresivamente se le dió a la aplicación del enfoque de salud y riesgo reproductivo en la promoción y en la prestación de los servicios de protección anticonceptiva en general y en particular en el posparto y en el postaborto, a fin de espaciar cuando menos dos años un próximo embarazo o para evitar un embarazo más.

Entre 1982 y 1989, la cobertura de protección anticonceptiva se incrementó del 30.7 al 49.7 por ciento, habiendo llegado a un máximo de 51.8 por ciento en 1987 (Gráfica 2).

En los logros de los años de 1990 y 1991, influyeron claramente tres factores,



que permitieron un incremento en la cobertura de protección anticonceptiva posparto, del 49.7 por ciento en 1989 al 74.6 por ciento en 1991: el uso del Levonorgestrel en el posparto; la integración de módulos quirúrgicos de alto rendimiento en los hospitales con servicios de ginecobstetricia, para favorecer la atención de la demanda de los métodos quirúrgicos, y la designación de subjesos de enfermería en hospitales con más de 72 camas, encargadas de la promoción, información, seguimiento y control de la protección anticonceptiva de las mujeres atendidas por parto o por complicaciones de aborto.

La influencia de estos tres factores se refleja por una parte, en un incremento en cifras absolutas del número de aceptantes de Levonorgestrel, de 7,871 en 1989 a 139,169 en 1991, lo cual representó un incremento en la proporción de aceptantes de este método, del 2.4 al 25.7 por ciento y por la otra, en un incremento en cifras absolutas de las oclusiones tubarias bilaterales de 89,439 a 109,904 aún cuando su proporción en relación con el total de aceptantes se redujo del 27.3 al 20.2 por ciento (Cuadro 1).

En el caso de los DIU, también se observó, como ya se mencionó, un incremento en cifras absolutas, de 230,712 a 292,557, con un decremento relativo del 70.3 al 54.1 por ciento (datos obtenidos del Subsistema 31 del SUI del IMSS).

Con respecto al uso del Levonorgestrel, es conveniente señalar que, aún cuando su incorporación contribuyó de manera importante al incremento de la cobertura de protección anticonceptiva en el posparto en los últimos dos años, los resultados del estudio de seguimiento de las aceptantes de este método, efectuado en 1991, obligaron a la decisión de retirarlo de los hospitales al inicio de 1992, para su prescripción por el médico familiar a partir de la sexta semana después del parto, en el grupo de mujeres que amamantan a sus hijos y que no aceptaron un dispositivo en el posparto inmediato.

El estudio se realizó en las dos delegaciones que presentaron la mayor proporción en el uso de este método y como resultados relevantes se pueden mencionar los siguientes (6):

- De un total de 730 aceptantes, el 36.6 por ciento nunca tomó Levonorgestrel.
- De aquellas que tomaron al menos una pastilla, solamente el 55.0 por ciento continuaba con el método al tercer mes y el 38.3 por ciento al

sexto mes.

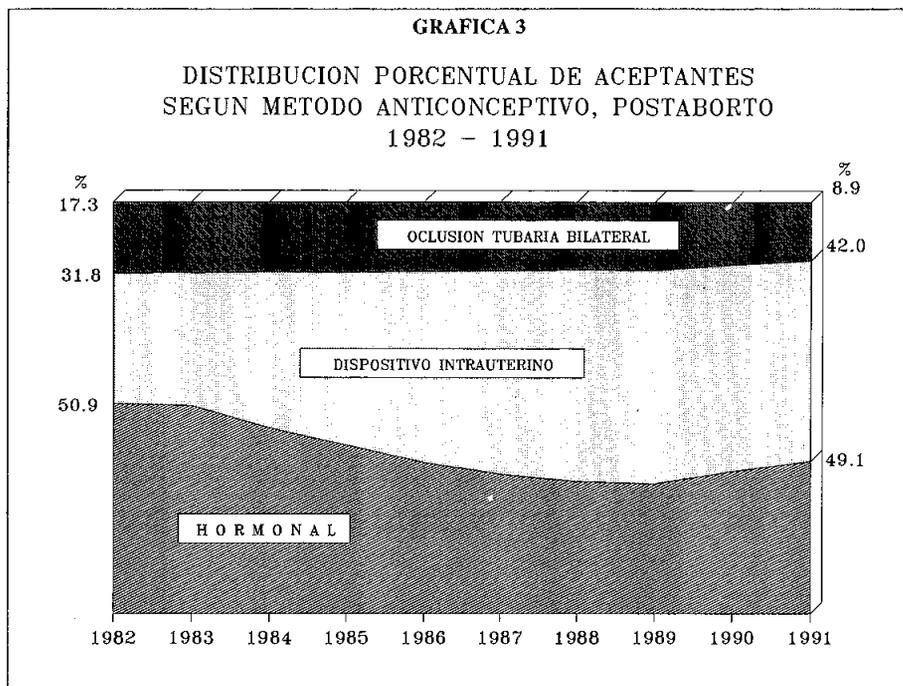
- La tasa de abandono por cambio de método en los primeros 6 meses fue de 21.4 por ciento en Querétaro y 8.3 por ciento en Yucatán.
- Entre los motivos de abandono se destacan, la cefalea en el 11.0 por ciento en Querétaro y las alteraciones en el sangrado menstrual en el 12.6 por ciento en Yucatán.
- De las mujeres que abandonaron o no iniciaron el uso del Levonorgestrel en los primeros tres meses, el 31.0 por ciento inició el uso del dispositivo intrauterino y el 7.8 por ciento hormonales combinados, en Querétaro. En Yucatán, el 44.7 por ciento cambió a hormonales combinados y el 5.9 por ciento a dispositivos intrauterinos.

### **Egresos por complicaciones de aborto; aceptantes por tipo de método anticonceptivo y cobertura de protección anticonceptiva**

En cifras absolutas, el número de egresos por complicaciones de aborto se incrementó de un total de 54,257 en 1982 a 62,947 en 1990 y descendió a 59,830 en 1991; no obstante lo cual, la tasa de abortos por cada 1,000 mujeres en edad fértil mantuvo una franca tendencia al descenso, más pronunciada incluso que en el caso de las tasas de partos.

En cuanto a la proporción de aceptantes por tipo de método anticonceptivo, también se observó una tendencia al descenso en el uso de hormonal combinado (en este caso, como consecuencia de la promoción para el uso de métodos más seguros y eficaces, DIU y OTB). Dicha proporción se redujo del 50.9 por ciento en 1982 a 23.9 por ciento en 1988, comenzando en 1989 una tendencia al aumento, al promoverse el incremento de la cobertura de protección anticonceptiva mediante el uso del hormonal combinado en los casos de no aceptación del DIU o de la OTB, llegando en 1991 a una proporción de 49.1 por ciento de hormonales, con un incremento en cifras absolutas de 7,655 aceptantes de este método en 1989 a 20,681 en 1991 (Gráfica 3).

Correlativamente a estos aumentos se observó un descenso en la proporción de

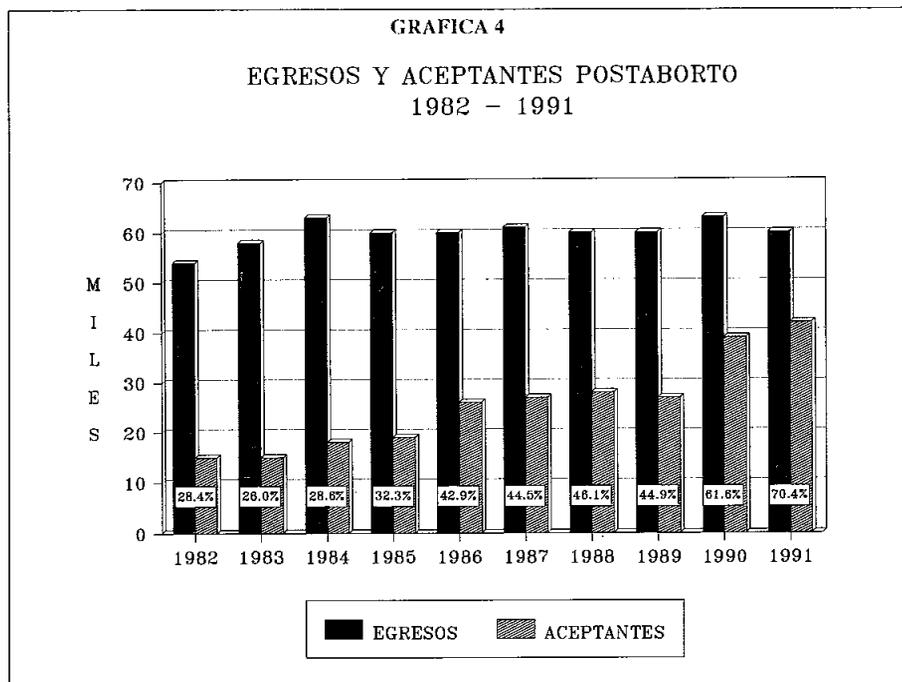


aceptantes de DIU, del 60.0 por ciento en 1988, a 55.1 en 1989 y a 42.0 por ciento en 1991, así como en la proporción de aceptantes de OTB, del 16.7 por ciento en 1989 al 8.9 por ciento en 1991.

Por lo que se refiere a la cobertura de protección anticonceptiva en el postaborto, se incrementó del 44.9 por ciento en 1989 al 70.4 por ciento en 1991, si bien, será necesario promover en los próximos años, tanto en el posparto como en el postaborto el incremento en las coberturas de protección anticonceptiva, limitando lo más posible el uso de hormonales (Gráfica 4) (Cuadro 2).

### Proporción de aceptantes posparto y postaborto en relación con el total de aceptantes

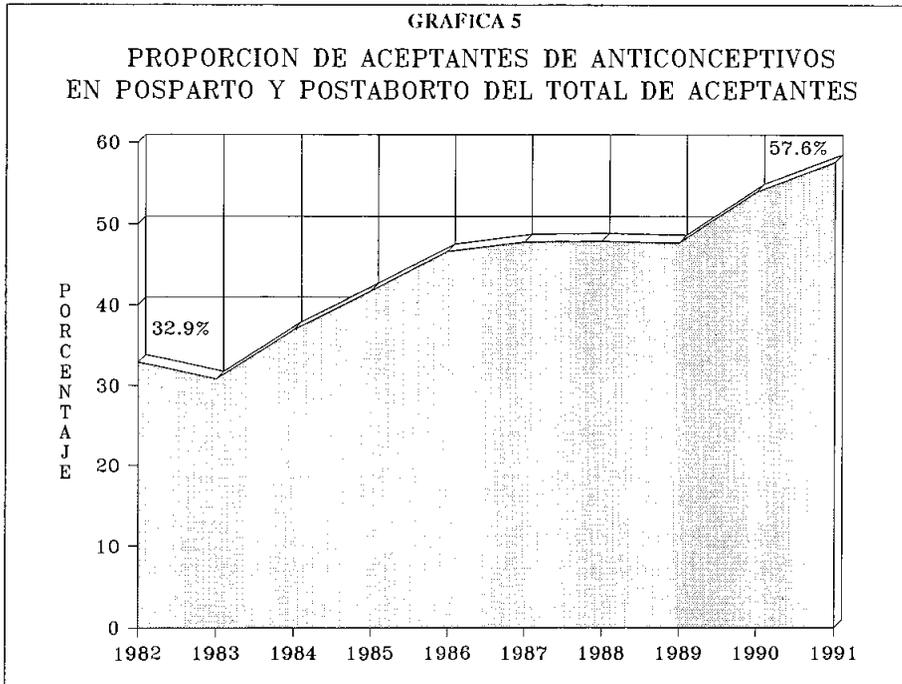
La importancia cuantitativa de la protección anticonceptiva en el posparto y en el postaborto y su potencialidad en la incorporación de aceptantes en el Programa de Planificación Familiar del IMSS, se pone de manifiesto cuando se compara la proporción que representan las aceptantes de posparto y postaborto



**CUADRO 2**  
**COBERTURA ANTICONCEPTIVA Y ACEPTANTES POR TIPO DE METODO**  
**REGIMEN ORDINARIO, NACIONAL POSTABORTO**

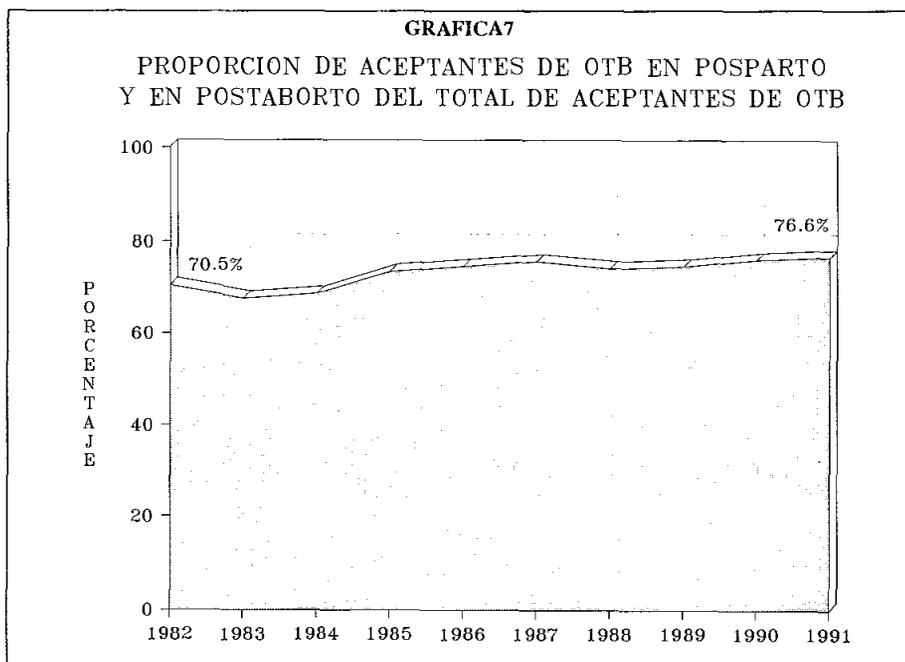
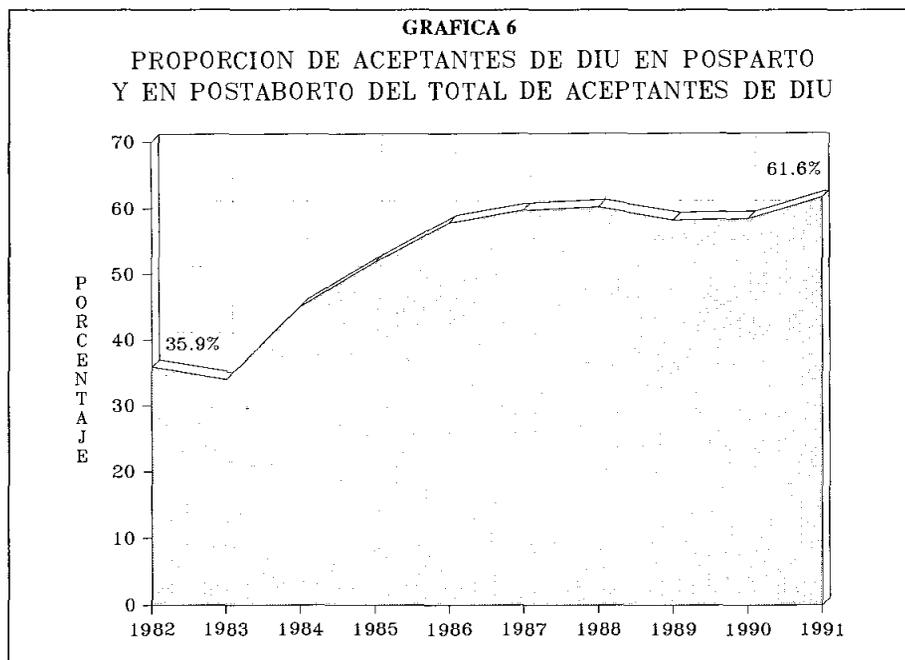
AÑO	ACEPTANTES									
	EGRESOS		HORMONAL		DIU		OTB		TOTAL	
	NUM	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%
1982	54,257	50.9	7,854	31.8	4,903	17.3	2,675	17.3	15,432	28.4
1983	58,296	49.8	7,556	33.0	5,016	17.2	2,610	17.2	15,182	26.0
1984	63,039	35.8	6,438	47.6	8,581	16.6	2,994	16.6	18,013	28.6
1985	59,703	30.0	5,790	52.5	10,120	17.5	3,368	17.5	19,278	32.3
1986	60,308	25.4	6,586	58.4	15,107	16.2	4,191	16.2	25,884	42.9
1987	60,825	23.8	6,440	60.1	16,266	16.1	4,353	16.1	27,059	44.5
1988	59,822	23.9	6,584	60.0	16,541	16.1	4,428	16.1	27,553	46.1
1989	60,439	28.2	7,655	55.1	14,965	16.7	4,532	16.7	27,152	44.9
1990	62,947	48.4	18,759	42.1	16,338	9.5	3,701	9.5	38,798	61.6
1991	59,830	49.1	20,681	42.0	17,707	8.9	3,728	8.9	42,116	70.4

en relación con el total. Esta proporción se incrementó del 32.9 por ciento en 1982 al 57.6 por ciento del total de aceptantes en 1991 (Gráfica 5).



Al analizar los diferentes métodos, se observa que en el año de 1982, la mayor proporción de aceptantes de dispositivo intrauterino se incorporó en el intervalo y que la proporción de aceptantes de este método en el posparto y postaborto sólo representó el 35.9 por ciento, porcentaje que se incrementó gradualmente hasta representar el 61.6 por ciento del total de aceptantes (Gráfica 6).

Por lo que se refiere a las oclusiones tubarias bilaterales, la mayor proporción corresponde a las que se efectúan en posparto y en postaborto con un incremento de 70.5 por ciento en 1982 al 76.6 por ciento en 1991 (Gráfica 7).



### **Protección anticonceptiva posparto y riesgo reproductivo**

Con el propósito de tener un panorama general acerca de la frecuencia de los factores de riesgo y su asociación con la aceptación de métodos anticonceptivos en la población de mujeres en edad fértil atendida en los servicios de ginecología del IMSS, así como de valorar el grado de avance de la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo en la protección anticonceptiva de los egresos obstétricos, con el fin de prevenir los embarazos de alto riesgo y disminuir la mortalidad materna y perinatal, desde el año de 1985 se procesan los datos del Sistema Único de Información del IMSS, Subsistema de Egresos Hospitalarios.

En este subsistema, se captan: la edad de la mujer, el diagnóstico de egreso, la complicación intrahospitalaria, el procedimiento utilizado para resolver el embarazo y el método anticonceptivo aplicado.

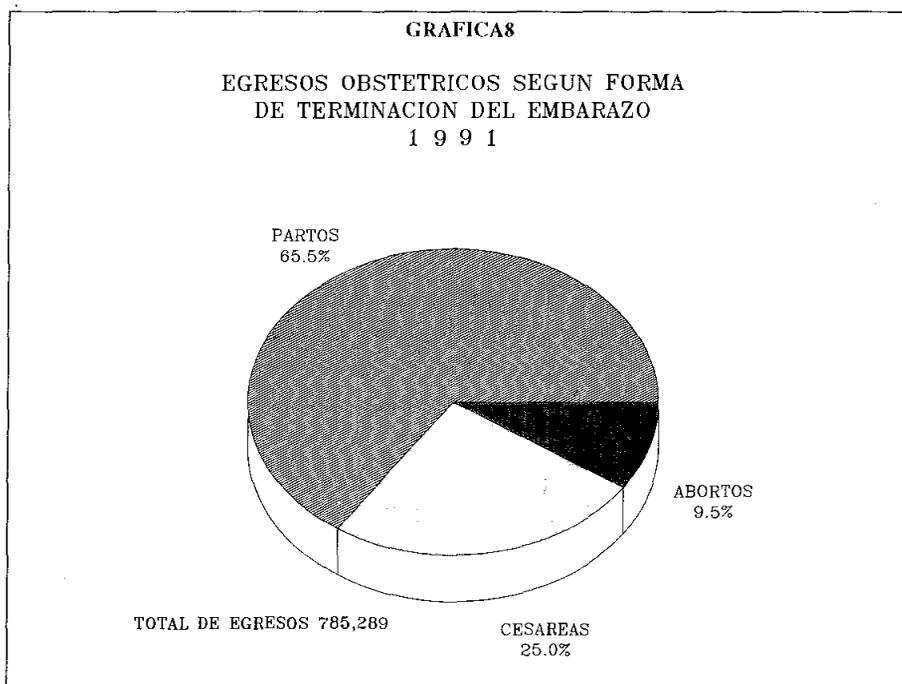
Para obtener la información que se presenta enseguida, se identificaron los egresos por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, de acuerdo con el capítulo XI de la 9a. revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (7). Se efectuaron agrupamientos de los diagnósticos según los principales factores de riesgo reproductivo; se distribuyeron estos diagnósticos por grandes grupos de edad (menores de 20 años, de 20 a 34 y de 35 y más) y se diferenciaron las coberturas de protección anticonceptiva de los egresos obstétricos, por grupos de edad, según los factores de riesgo y según la forma de terminación del embarazo.

Es importante señalar, que el agrupamiento de los factores de riesgo reproductivo se basa en el diagnóstico principal de egreso, por lo cual, muchos casos de patología crónico-degenerativa quedan enmascarados en el diagnóstico de su consecuencia. Así mismo, que en este subsistema no se captan los datos relacionados con la paridad, el intervalo intergestacional o la desnutrición y obesidad por lo cual, no se incluyen dichos factores en este estudio.

### **Egresos obstétricos según forma de terminación del embarazo (8)**

Como se mencionó inicialmente, del total de 785,289 egresos obstétricos registrados en el año de 1991, el 65.5 por ciento se resolvieron por vía vaginal; en el 25.0 por ciento se practicó operación cesárea y el 9.5 por ciento terminaron en aborto (Gráfica 8).

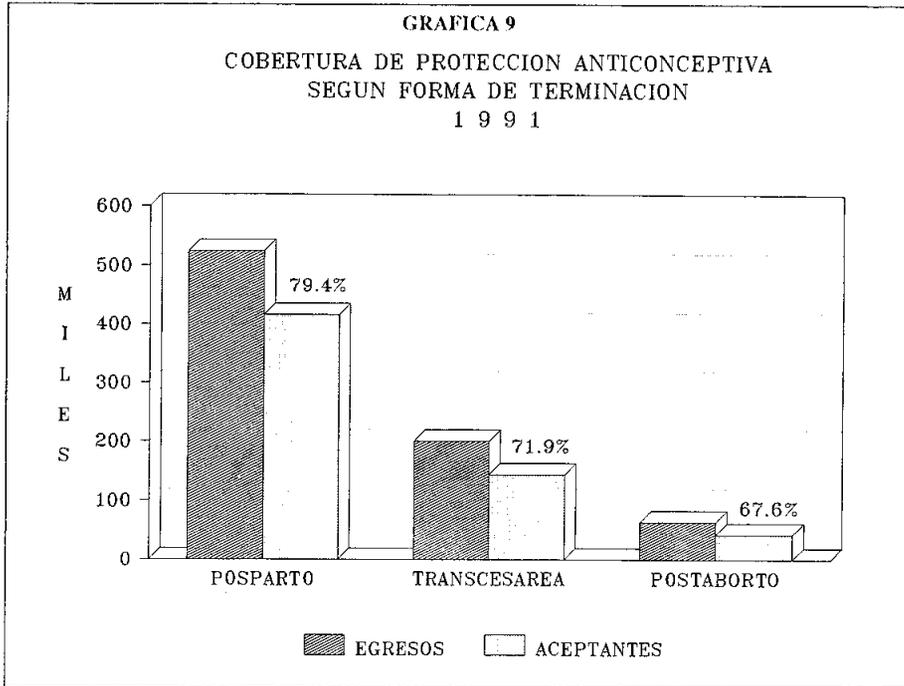
En lo que se refiere a la protección anticonceptiva, las coberturas más altas corresponden a los partos que se atendieron por vía vaginal con 79.4 por ciento; le siguen las de los egresos por cesárea con 71.9 por ciento, correspondiendo la menor cobertura a los casos que terminaron en aborto, con el 67.6 por ciento (Gráfica 9).



La cobertura de protección anticonceptiva en los casos de cesárea y de complicaciones de aborto, reviste especial importancia. En el caso de la cesárea y en las jóvenes, por el riesgo potencial que implica para la resolución de un embarazo subsecuente; en el caso de las mayores de 35 años, porque el riesgo propio de la intervención se agrega a una mayor frecuencia de complicaciones tales como la toxemia, la hemorragia y las enfermedades crónico-degenerativas.

En el caso del aborto, porque esta entidad, ocupa el primer lugar entre las complicaciones del embarazo y representa el 9.5 por ciento del total de egresos

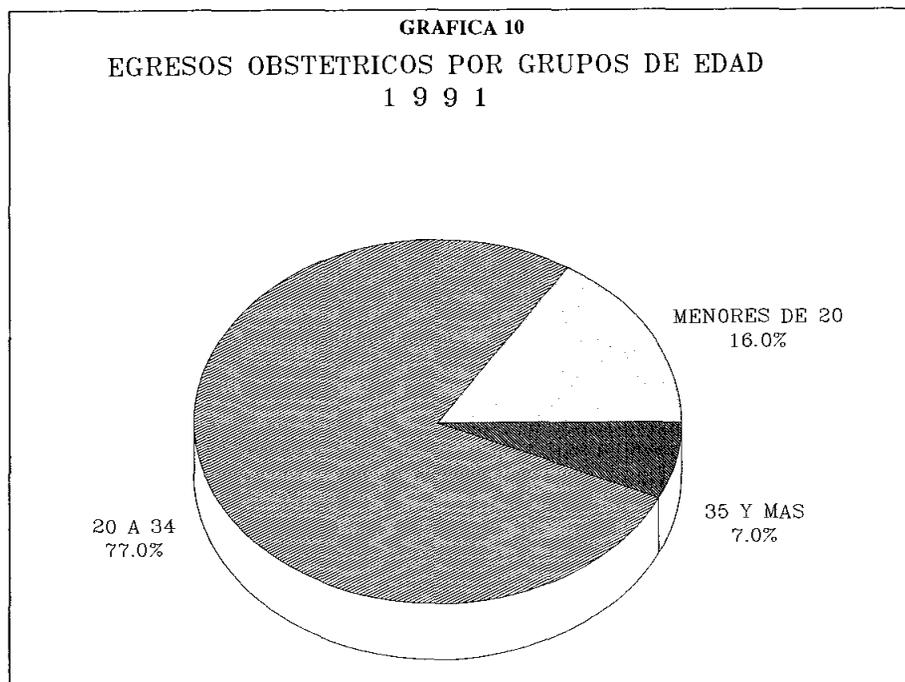
obstétricos. Por lo anterior, sería deseable dar prioridad a la protección anticonceptiva de estas mujeres.



### Perfil de riesgo de los egresos obstétricos (9)

De los factores de riesgo identificados como los que tienen el mayor grado de asociación con los daños a la salud reproductiva, solamente se analizan aquellos que ha sido posible identificar a través del registro de la edad y del diagnóstico de egreso o de la complicación intrahospitalaria, por las razones ya mencionadas.

Del total de egresos obstétricos, el 16.0 por ciento correspondió al grupo de mujeres menores de 20 años y el 7.0 por ciento al de 35 y más; es decir, un 23.0 por ciento se encontraba en riesgo solamente en función de la edad; sin duda el factor más fácil de identificar y uno de los más difíciles de controlar (Gráfica 10).



En el grupo de factores de tipo de la patología obstétrica, se presentan los que tienen un mayor grado de asociación con la mortalidad materna y perinatal, como el aborto, que se identificó en el 9.3 por ciento, la cesárea previa en el 3.2 por ciento, la toxemia en el 2.6 y la hemorragia en el 0.6 por ciento (Cuadro 3).

Por presentar riesgos relacionados con el producto de la concepción (muerte fetal, malformaciones y prematurez), se identificó el 1.6 por ciento de los egresos.

Con factores del tipo de la patología crónico-degenerativa, se encontraba el 0.3 por ciento de las mujeres.

De lo anteriormente descrito, pueden destacarse los siguientes hechos:

- Los egresos obstétricos en edades extremas de la vida reproductiva, representan prácticamente la cuarta parte del total.

- El antecedente de cesárea es, después del aborto, el factor de riesgo más frecuente.
- La probable subestimación de los grupos de factores relacionados con la patología fetal y con la patología crónico-degenerativa. En el primer caso porque sólo se registran las malformaciones que afectan el trabajo de parto y en el segundo, porque una proporción egresa con diagnóstico de alguna complicación.

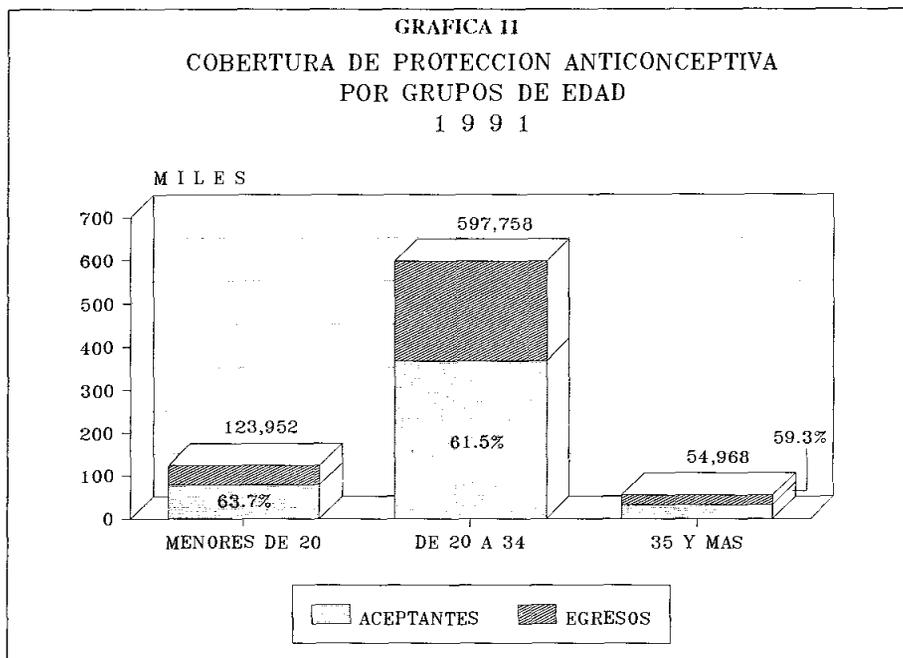
**CUADRO 3**  
**PERFIL DE RIESGO DE LOS EGRESOS OBSTETRICOS**  
**IMSS 1991**

FACTOR DE RIESGO	EGRESOS	
	NUMERO	PORCENTAJE
ABORTO	59,418	9.3
CESAREA PREVIA	24,955	3.2
TOXEMIA	19,832	2.6
HEMORRAGIA	4,583	0.6
MUERTE FETAL, MALFORMACION, - PREMATUREZ	11,271	1.6
DIABETES, CARDIOPATIA,- NEFROPATIA	2,288	0.3

### **Cobertura de protección anticonceptiva y proporción de aceptantes según grupos de edad**

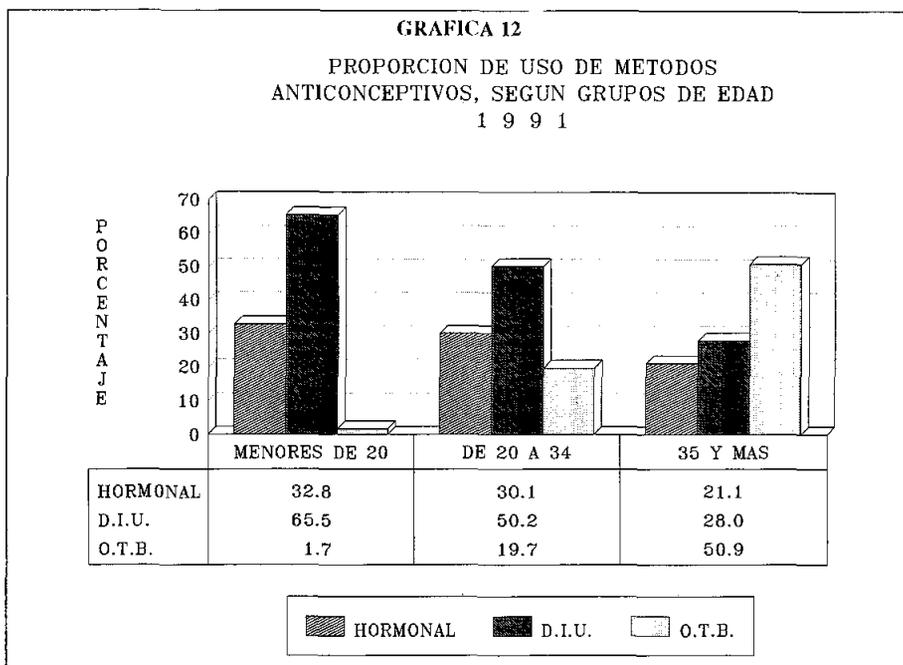
Aunque se observa un ligero incremento en la cobertura de 63.7 por ciento en el grupo de menores de 20 años, en relación con los otros dos grupos, el hecho de que no exista una diferencia importante e incluso que la cobertura de las mujeres de 35 y más años sea inferior al resto, hace pensar que la edad, como factor de riesgo no influye de manera importante en el otorgamiento de la protección anticonceptiva (Gráfica 11).

Cuando se considera la proporción de aceptantes por grupos de edad, se observa



que la de dispositivos intrauterinos disminuye de 65.5 por ciento en el grupo de menores de 20 años, a 50.2 por ciento en el grupo de 20 a 34 años y a 28.0 por ciento en las mujeres de 35 y más, en tanto que la de métodos quirúrgicos se incrementa de 1.7 en las menores de 20 años, hasta llegar a representar el 50.9 por ciento en el grupo de 35 y más años, seguramente asociada a factores de tipo médico biológico en las jóvenes y a paridad satisfecha en las de mayor edad (Gráfica 12).

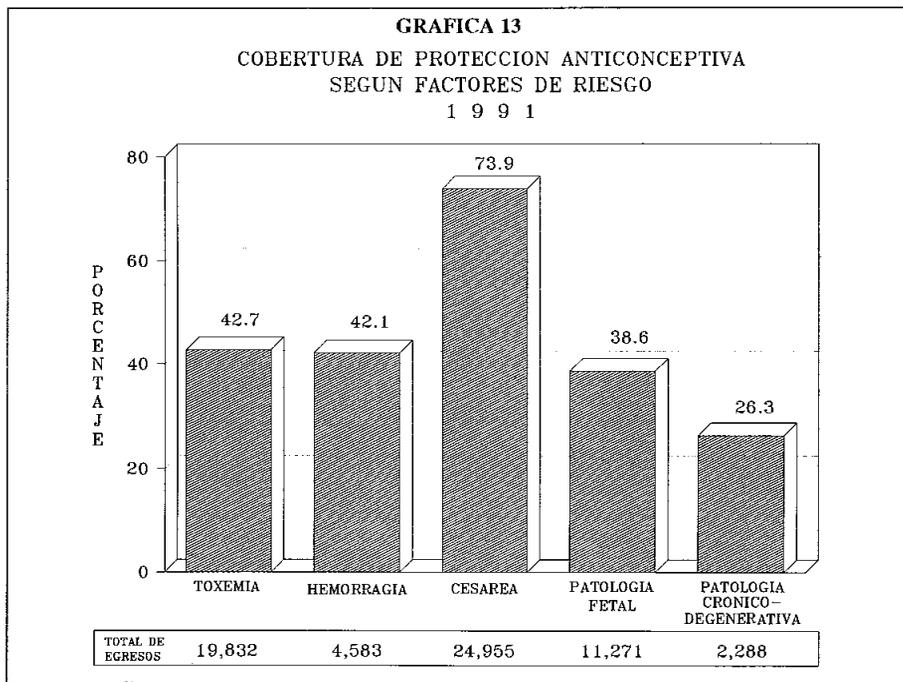
En cuanto a la proporción en el uso de hormonales, las proporciones observadas harán necesario limitar en lo más posible el uso de este método.



**Cobertura de protección anticonceptiva según factores de riesgo del tipo de la patología obstétrica y crónico-degenerativa**

Se observa que la mayor cobertura corresponde a los casos con antecedentes de una o más cesáreas previas, 73.9 por ciento de los 24,955 egresos de este tipo; le siguen la toxemia y la hemorragia con alrededor de 42 por ciento; la patología relacionada con el producto de la concepción (38.6 por ciento); correspondiendo las coberturas más bajas a las mujeres portadoras de patología crónico-degenerativa (Gráfica 13).

Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de insistir en una mayor difusión en relación con los riesgos que representa para la salud reproductiva la presencia de patología crónica, tanto entre los prestadores de los servicios como a la población derechohabiente.



### Efectividad de la anticoncepción

Han sido numerosos los estudios publicados sobre el efecto que los programas de planificación familiar han tenido en la reducción de la fecundidad y en la tasa de crecimiento de la población y se ha demostrado que entre los factores que influyen en este cambio, el incremento de la cobertura de protección anticonceptiva es el más importante.

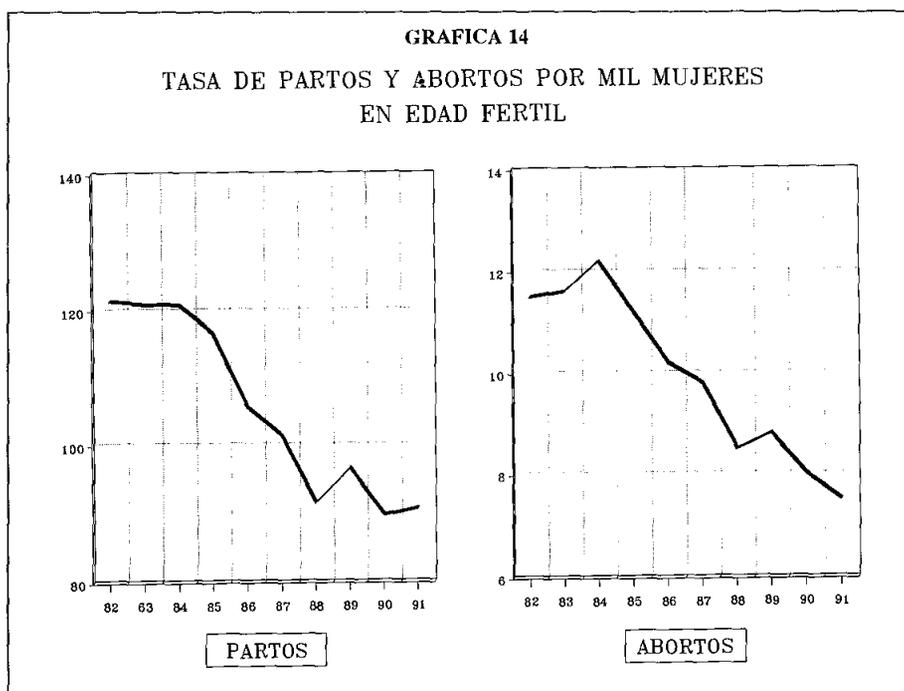
Al respecto, se presentan las tasas de partos y de abortos por 1,000 mujeres en edad fértil de la población adscrita a las unidades de régimen ordinario del IMSS.

Históricamente, estas tasas se mantuvieron muy estables en las décadas de los 50 y de los 60. En el caso de los partos, la tasa fue superior a 170 partos por cada 1,000 mujeres en edad fértil y en el caso de las complicaciones de aborto, fue superior a 20 egresos por 1,000 mujeres en edad fértil. Cifras similares se observaron en los dos primeros años de la década de los 70 antes de la iniciación

de las actividades de planificación familiar (Gráfica 14).

A partir del año de 1973, se inició un descenso sostenido en ambas tasas hasta llegar en el año de 1991 a una tasa de partos de 90.6 y de abortos de 7.5 por 1,000 mujeres en edad fértil; es decir, una disminución del 49 por ciento en el caso de la tasa de partos y del 66 por ciento en la de abortos.

Lo anterior es una repercusión muy directa de la protección anticonceptiva proporcionada a la población, ya que no existen otros factores que pudieran influir significativamente en esas reducciones; por el contrario, se reconoce que en los últimos años, se ha observado un incremento en la demanda de los servicios de salud en general, por parte de la población derechohabiente.



### Conclusiones

- La aplicación del enfoque de salud y riesgo reproductivo en la promoción y en la prestación de los servicios de protección anticonceptiva, constituye en la actualidad el eje conductor de las acciones del Programa de Planificación Familiar, para coadyuvar al logro de los propósitos nacionales en lo que resta del siglo en materia de salud y de la política de población.
- La protección anticonceptiva en el posparto y en el postaborto, es uno de los aspectos prioritarios del Programa de Salud Reproductiva, Materno Infantil y Planificación Familiar del IMSS, tanto por su potencialidad en la incorporación de aceptantes, como por su carácter de indicación médico-preventiva en el cuidado de la salud reproductiva de la población.
- La promoción educativa de la población durante el control prenatal y después del parto, es uno de los elementos fundamentales para lograr el incremento de la cobertura anticonceptiva y con ello la reducción de la morbi-mortalidad materno infantil.
- Los estudios de investigación sobre la metodología anticonceptiva han permitido seleccionar y proporcionar en el posparto y en el postaborto los métodos más seguros, con menores efectos indeseables y mayores tasas de continuidad en su uso y garantizar la calidad del programa.

### Referencias

1. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar-IMSS. **Programa de Planificación Familiar del IMSS, 1983**. Documentos Técnicos. IMSS. México, 1983.
2. Alarcón, F. Correu, S. Martínez Manautou, J. "Operación del Programa de Planificación Familiar en el medio urbano", en **Planificación familiar y demografía médica**. IMSS. México, 1985.

3. Hight, V. "Contraceptive choices for lactating women. Sugestion for post partum family planning". **Studies in Family Planning**.
4. Cheng Chi et al. "Performance of the Copper T-380-A IUD in breast feeding women". **Contraception** 30:6. 1989.
5. Remhart, H. "Advances in voluntary surgical contraception". **Out Look** 6(1). 1988.
6. Cárdenas, C. Rábago, A. **Estudio de seguimiento de las aceptantes de Levonorgestrel en el posparto en las delegaciones de Yucatán y Querétaro**. IMSS. 1991 (Mimeo).
7. **Clasificación Internacional de enfermedades** Publicación Científica de la OPS. 1986.
8. **Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina**.
9. Serie Temas de Planificación Familiar. **Riesgo reproductivo I. Estudio de los factores de riesgo reproductivo**. AMIDEM. México, 1986.



*CAPITULO CUATRO*

**SALUD REPRODUCTIVA  
EN ADOLESCENTES**



## ***SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES***

Aurora Rábago Ordóñez<sup>(1)</sup>

Doroteo Mendoza Victorino<sup>(2)</sup>

Anabel Hinojosa Valdés<sup>(3)</sup>

### **Introducción**

El objetivo de este trabajo es presentar un diagnóstico de salud reproductiva de la población mexicana adolescente, incluyendo algunos datos específicos de la población atendida en el IMSS.

El concepto de adolescencia se ha abordado desde distintos enfoques: biológico, psicológico y demográfico, entre otros. En este documento se hace referencia a los adolescentes de forma convencional como el grupo de población entre los 10 y los 19 años de edad y se proporcionan cifras de algunos indicadores de fecundidad y de salud para los grupos de población femenina de 15 a 19 y 20 a 24 años. Cabe agregar que esta definición cronológica de la adolescencia (10 a 19 años de edad) coincide con algunas estadísticas poblacionales y es utilizada en la Organización Mundial de la Salud. Mientras que el rango de 15 a 24 años es el recomendado por las Naciones Unidas en la celebración del Año Internacional de la Juventud. Los datos que se presentan a continuación se refieren al ámbito nacional y forman parte de un diagnóstico más amplio que pretende analizar la situación sociodemográfica y de salud de los adolescentes por entidades federativas.

Dado que no existe una fuente de datos que contenga la información suficiente sobre salud reproductiva en adolescentes, nos apoyamos en fuentes alternativas: censos, registros, encuestas nacionales por muestreo y encuestas sectoriales.

### **Fuentes de información**

Se utilizó como marco de referencia para elaborar este diagnóstico lo tratado

---

1 Subjefe de Salud Reproductiva. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social.

2 Coordinador Normativo de Estudios de Salud Reproductiva y Demografía Médica. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social.

3 Coordinador de Programas de Salud Reproductiva en Adolescentes. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social.

en dos reuniones internacionales sobre fecundidad adolescente de América Latina y el Caribe celebradas en 1985 y 1989 así como la literatura difundida por la Organización Mundial de la Salud.

Los datos provienen de:

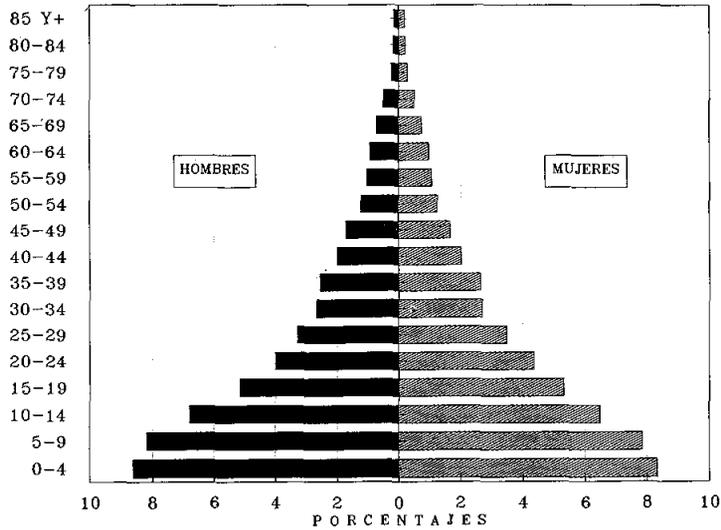
- Censos y proyecciones de población (1)
- Encuestas sociodemográficas nacionales efectuadas en 1976 (2), 1979 (3), 1982 (4) y 1987 (5)
- Encuesta nacional a estudiantes de secundaria y preparatoria (1988) (6)
- Encuesta sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes del área metropolitana de la Ciudad de México (1988) (7)
- Encuesta de adolescentes en las delegaciones de Iztapalapa y Venustiano Carranza en el Distrito Federal (1985) (8)
- Encuesta con parejas jóvenes en Cuajimalpa, D.F. (1987) (9)
- Encuesta sobre impacto de la planificación familiar en la mortalidad perinatal del IMSS (1987) (10)
- Encuesta simplificada de evaluación operativa sobre salud reproductiva y planificación familiar (1990) (11) y
- Sistema único de información IMSS (12).

### **Magnitud de la población adolescente en México**

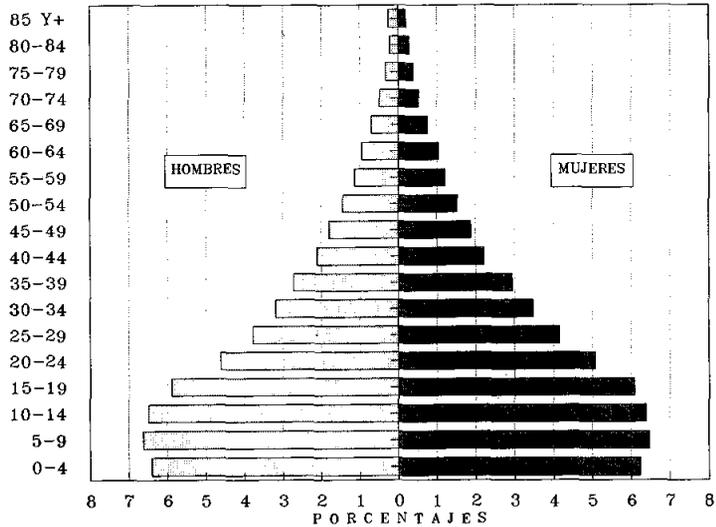
La dinámica experimentada por la población mexicana caracterizada por: altos niveles de fecundidad y mortalidad en el pasado; descenso de la mortalidad y estabilidad de la fecundidad a niveles altos; y actualmente en una tercera etapa de la transición demográfica caracterizada por un descenso en la fecundidad, ha generado algunos cambios en la estructura por edades. El mayor peso relativo que antes se ubicaba en los primeros cinco años de edad (Gráfica 1), se ha venido desplazando hacia las edades siguientes, correspondiendo en 1990 a las de 5 a 19 las de mayor importancia relativa (Gráfica 2), y se espera que en el año 2000 se agreguen también los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29 (Gráfica 3).

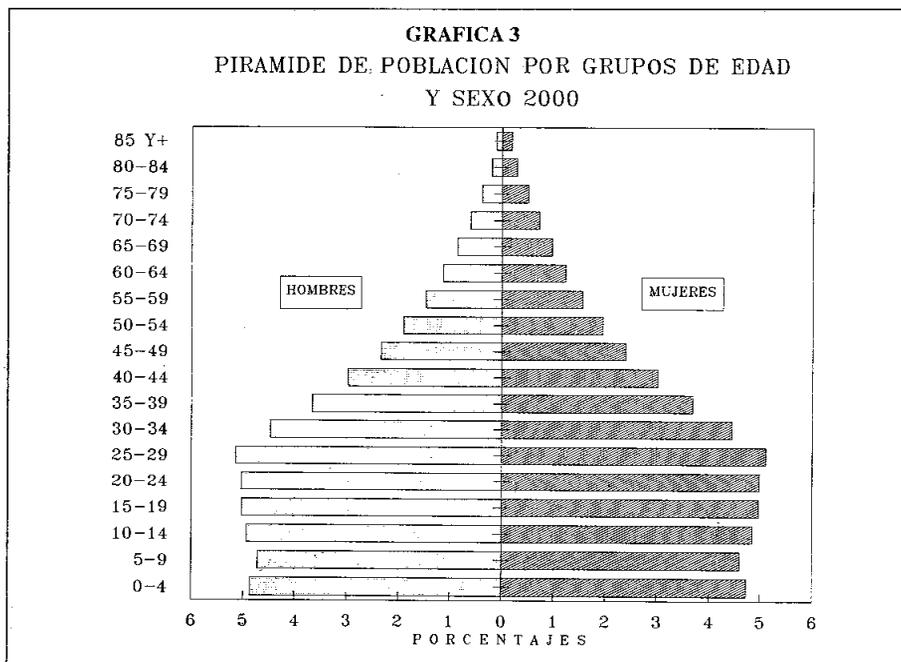
Esta transición en la estructura etárea de la población mexicana ha motivado una alta demanda de servicios de educación sexual y de salud reproductiva por los adolescentes. Se estimó para 1990 una cifra de 20.1 millones de adolescentes

**GRAFICA 1**  
**PIRAMIDE DE POBLACION POR GRUPOS DE EDAD**  
**Y SEXO 1970**



**GRAFICA 2**  
**PIRAMIDE DE POBLACION POR GRUPOS DE EDAD**  
**Y SEXO 1990**





de ambos sexos entre 10 y 19 años de edad en el último Censo Nacional de Población y Vivienda, lo que representó un 25 por ciento de la población total.

Por otra parte, las mujeres de 15 a 19 años de edad sumaron en 1990, 4.9 millones, lo que representó un 23.5 por ciento de la población femenina en edad fértil (15 a 49 años).

Las cifras censales indican también un crecimiento diferencial de la población adolescente de 15 a 19 años de ambos sexos en las entidades federativas del país. Si bien el ritmo de crecimiento ha disminuido, todavía entre 1970 y 1990, 16 estados presentaron un crecimiento mayor que el promedio nacional que fue de 3.2 por ciento. Mientras Quintana Roo, Estado de México y Baja California Sur son de los estados que presentan mayores crecimientos; el Distrito Federal, Oaxaca y Zacatecas son de los que mostraron menores tasas de crecimiento (Cuadro 1).

CUADRO 1  
 CRECIMIENTO DE LA POBLACION DE 15-19 AÑOS (AMBOS  
 SEXOS) ENTRE 1970 Y 1990, PARA ALGUNAS ENTIDADES  
 FEDERATIVAS

ENTIDAD	CRECIMIENTO (%)	POB. 15-19 1990 (MILES)
QINTANA ROO	9.1	56.2
MEXICO	5.8	1201.9
BAJA CALIFORNIA SUR	5.2	37.3
QUERETARO	4.6	125.5
AGUASCALIENTES	4.5	87.9
MORELOS	4.2	145.5
NUEVO LEON	4.0	389.2
TLAXCALA	3.9	90.0
CAMPECHE	3.9	61.0
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>3.2</b>	<b>9679.8</b>
VERACRUZ	2.9	716.4
CHIHUAHUA	2.9	243.5
HIDALGO	2.9	210.9
MICHOACAN	2.8	432.0
DURANGO	2.8	165.7
NAYARIT	2.7	99.9
ZACATECAS	2.6	158.8
OAXACA	2.6	324.5
DISTRITO FEDERAL	1.1	976.6

### **Conducta reproductiva en la adolescencia**

En el marco de factores identificados como dependientes en la salud sexual y reproductiva del adolescente, se reconocen prioritariamente las relaciones sexuales, el embarazo y la maternidad, dado que pueden generar una serie de riesgos graves para la salud:

- enfermedades de transmisión sexual;
- embarazo no deseado, incluido el aborto ilegal y sus complicaciones;
- elevados riesgos de morbilidad y mortalidad materna;
- niños prematuros y de bajo peso al nacer entre las madres muy jóvenes
- elevados riesgos de morbilidad y mortalidad perinatal e infantil.

A continuación se ilustra con datos algunos de esos factores y riesgos en la población mexicana adolescente.

#### **i) Edad a la primera unión**

Se inicia el análisis de la fecundidad con los patrones matrimoniales de la población adolescente, pues en teoría la entrada de la mujer a la unión condiciona la fecundidad, aunque como se verá más adelante la llegada del primer hijo pareciera condicionar la unión en nuestras jóvenes.

Se ha estudiado que las mujeres mexicanas se unen desde temprana edad y que esa edad no ha cambiado sustancialmente. Los datos de las encuestas de 1976, 1982 (13) y 1987 corroboran la observación anterior (Cuadro 2). Las mujeres de 15 años se unen por primera vez, en promedio, a los 14.6 años, las de 20 a los 17 y las de 24 a los 18.3 años.

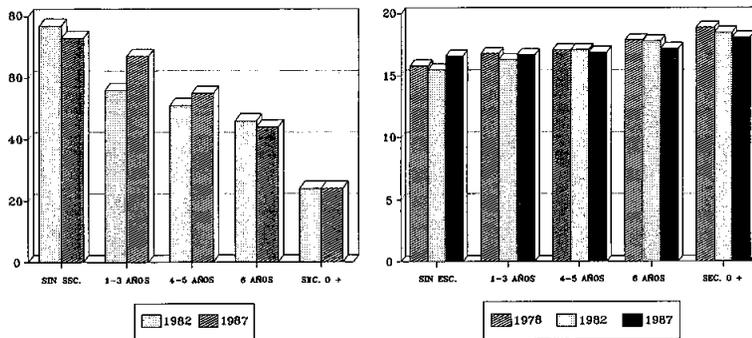
En el Cuadro 2 se muestra también el porcentaje de mujeres que en 1987 ya se había unido. A los 19 años de edad, casi 2 de cada 5 mujeres ya se ha unido y a los 24 años 3 de cada 4 ya lo ha hecho.

En una aproximación del conocimiento de este fenómeno para algunos sectores de la población, con el objeto de identificar diferencias en la problemática, se muestra en la Gráfica 4 la situación según la escolaridad de la adolescente en función del número de grados aprobados.

CUADRO 2  
 PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS Y EDAD  
 MEDIA A LA PRIMERA UNION  
 MEXICO, 1976, 1982 Y 1987

EDAD ACTUAL	PORCENTAJE DE ALGUNA VEZ UNIDAS	EDAD A LA PRIMERA UNION		
		1976	1982	1987
15	6.0	14.3	14.8	14.6
16	10.5	14.9	15.5	15.1
17	21.2	15.4	15.9	15.6
18	26.8	16.1	15.9	16.5
19	38.9	16.6	16.0	16.5
20	40.0	17.0	17.0	17.0
21	46.4	17.6	17.4	17.9
22	60.5	18.1	18.1	17.0
23	71.2	18.5	18.6	18.5
24	75.1	18.7	18.7	18.3

GRAFICA 4  
 PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-24 AÑOS ALGUNA  
 VEZ UNIDAS Y EDAD MEDIA A LA PRIMERA UNION SEGUN  
 ESCOLARIDAD  
 MEXICO, 1976, 1982 Y 1987



PORCENTAJE DE ALGUNA VEZ UNIDAS

EDAD MEDIA A LA 1a. UNION



-Si bien las encuestas muestran un mayor porcentaje de mujeres de 15 a 24 años alguna vez unidas en el medio rural (43 por ciento en 1987) en comparación con el ámbito metropolitano (32 por ciento en el mismo año); entre 1982 y 1987 se percibe un descenso al respecto en las áreas urbanas y rurales, mientras que en las áreas metropolitanas pareciera darse un aumento.

-La edad a la primera unión también sugiere cambios según el lugar de residencia del adolescente. La encuesta de 1976 mostraba que las mujeres adolescentes metropolitanas se unían a los 18.1 años, mientras que las rurales lo hacían en promedio a los 16.7. Esta brecha parece acortarse según los datos de 1987; las adolescentes metropolitanas inician su unión a edades cada vez más tempranas (17.5 años), en tanto que las rurales parecen retrasar su unión (17.1 años).

## ii) Edad al primer hijo

El análisis de la llegada del primer hijo en la población adolescente constituye un aspecto fundamental en el diagnóstico de la salud reproductiva de este grupo, en virtud de una serie de factores y riesgos que se asocian con ello. Frecuentemente se supone que cuando el primer embarazo llega a edades tempranas, existe potencialmente mayor probabilidad de que ocurran otros embarazos en la adolescencia y de que la descendencia final sea mayor.

Por otra parte, la presencia del embarazo a edades tempranas se asocia con una problemática diversa: se encuentran problemas que tienen que ver con la salud y el desarrollo biológico de las madres jóvenes; el embarazo puede aparecer como una interrupción de diversas perspectivas de vida del adolescente, como puede ser el caso de la educación formal, así como la futura incorporación de los jóvenes a la fuerza laboral, bajo el supuesto de que con menor grado de educación se presentarán menores oportunidades de empleo.

El porcentaje de mujeres adolescentes con al menos un hijo fue en 1987 de 14.1 por ciento en las de 15 a 19 y de 53.3 por ciento en las de 20 a 24 años y la llegada del primer hijo ocurre en un lapso breve posterior a la unión. Esto es, el intervalo protogenésico es corto (Cuadro 3). Mientras las mujeres que se unen a los 15 años tienen a su primer hijo en promedio a los 16.2 años, las que se unen a los 19 tienen su primer hijo ocho meses más tarde y las que se unen entre los 21 y

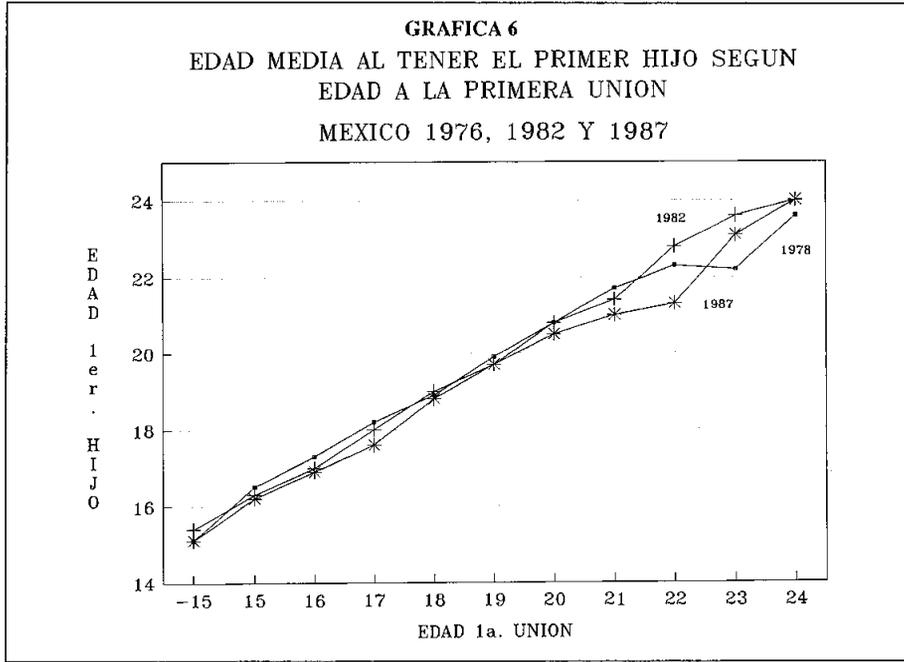
24 años la llegada de su primer hijo ocurre a lo más 3 meses después.

CUADRO 3  
EDAD MEDIA AL TENER EL PRIMER HIJO SEGUN EDAD  
A LA PRIMERA UNION, 1987

EDAD A LA PRIMERA UNION	EDAD PRIMER HIJO 1987
MENOR DE 15	15.1
16	16.2
17	16.9
18	17.6
19	18.8
20	19.7
21	21.0
22	21.3
23	23.2
24	24.0

En general las encuestas muestran un rejuvenecimiento en la edad media al tener el primer hijo (Gráfica 6), siendo más acentuado entre los 21 y 22 años.

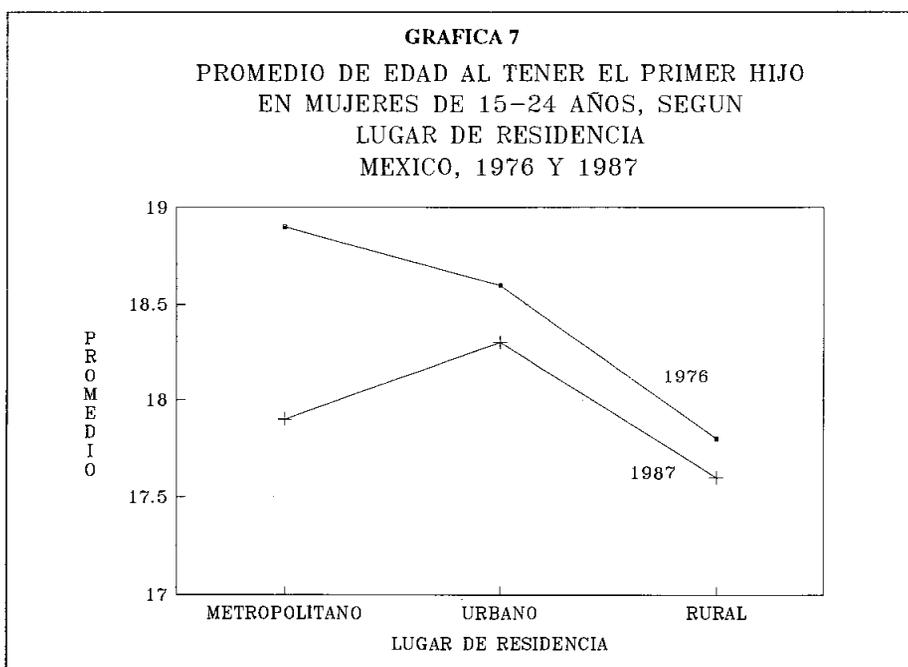
Los datos indican también que la llegada del primer hijo ocurre más temprano en las adolescentes con menor escolaridad y en las que residen en localidades rurales (Cuadro 4), observándose una diferencia de 1.6 años en los grupos extremos de escolaridad en 1987; mientras que las mujeres de 15 a 24 años sin escuela tuvieron su primer hijo a los 17 años en promedio, las de secundaria y más lo tuvieron a los 18.6 años.



**CUADRO 4**  
**PROMEDIOS DE EDAD AL TENER EL PRIMER HIJO EN**  
**MUJERES DE 15-24 AÑOS, SEGUN ESCOLARIDAD**  
**Y LUGAR DE RESIDENCIA**  
**MEXICO, 1976 Y 1987**

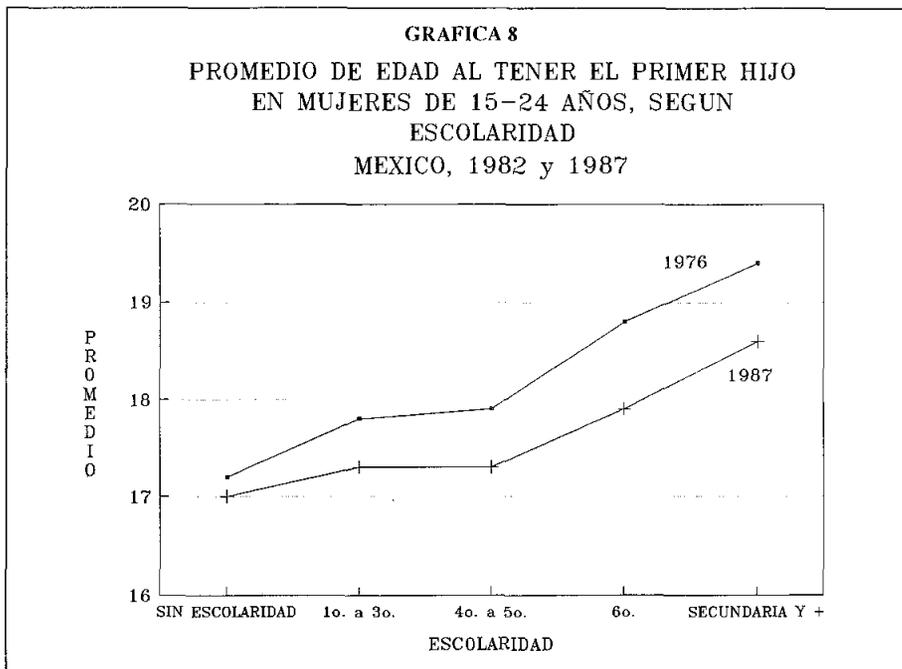
ESCOLARIDAD	1976	1987
SIN ESCOLARIDAD	17.2	17.0
1 -3	17.8	17.3
4 -5 PRIMARIA	17.9	17.3
6	18.8	17.9
SECUNDARIA Y MAS	19.4	18.6
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>		
METROPOLITANO	18.9	17.9
URBANO	18.6	18.3
RURAL	17.8	17.6

Un aspecto que preocupa y que debiera ser foco de atención de las políticas y programas preventivos, es que en todos los grupos de escolaridad y según el sitio de residencia, se observa que la llegada del primer hijo es a edades cada vez más tempranas y que este rejuvenecimiento en la maternidad es aún más acentuado en las adolescentes metropolitanas (Gráfica 7) y en las que poseen mayor escolaridad (Gráfica 8).



Si se supone que los adolescentes no tienen su primer hijo cada vez más temprano de manera consciente, los datos previos pudieran sugerir una falta de planeación del primogénito; lo que nos llevaría a pensar en una falta de información y de acceso a los medios para prevenir el embarazo así como de un probable desconocimiento de su sexualidad.

Aún más, dado que los datos muestran un mayor rejuvenecimiento de la maternidad en los grupos de adolescentes presumiblemente con mayor acceso a los servicios y a los beneficios de la urbanización y de la modernización, pudiera estar sucediendo que estos procesos hayan traído consigo elementos negativos, probablemente asociados con la influencia de los medios masivos de



comunicación. Se sospecha pues, que para atenuar el embarazo en adolescentes es necesario incorporar elementos de información y orientación en los ámbitos familiar, en la escuela y en la comunidad.

**iii) Hijo premarital**

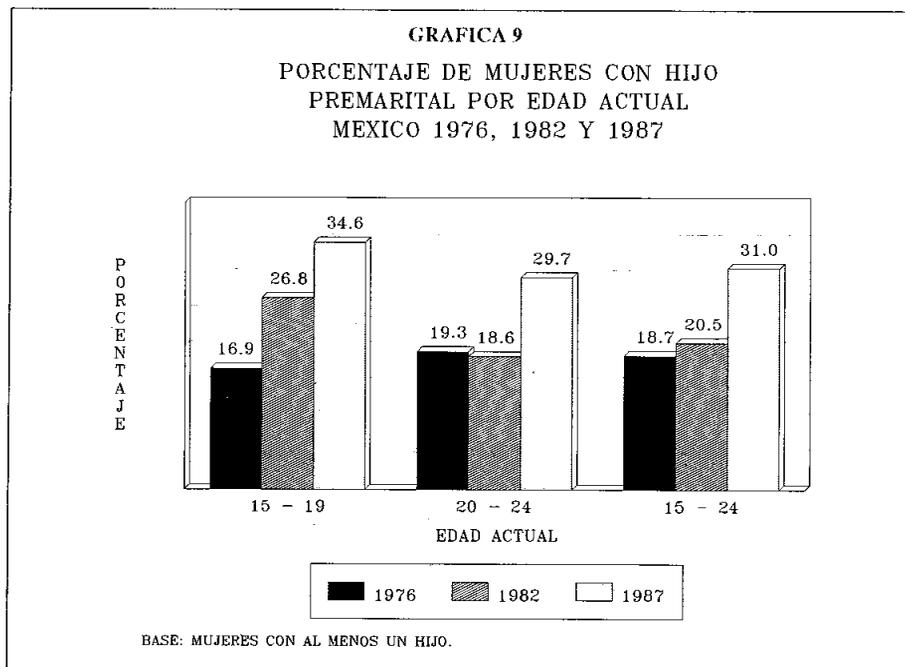
Se observa que el nacimiento del primer hijo ocurre próximo a la unión, lo que hace pensar que una proporción considerable de los primeros embarazos son premaritales, los que pueden asociarse con embarazos no deseados. Por ello, es importante cuantificar la proporción de mujeres con hijos premaritales, definiéndose como tales, aquellos nacidos vivos que ocurrieron antes de la unión, más los nacidos vivos en los primeros 6 meses de la unión y más los nacidos vivos sin unión.

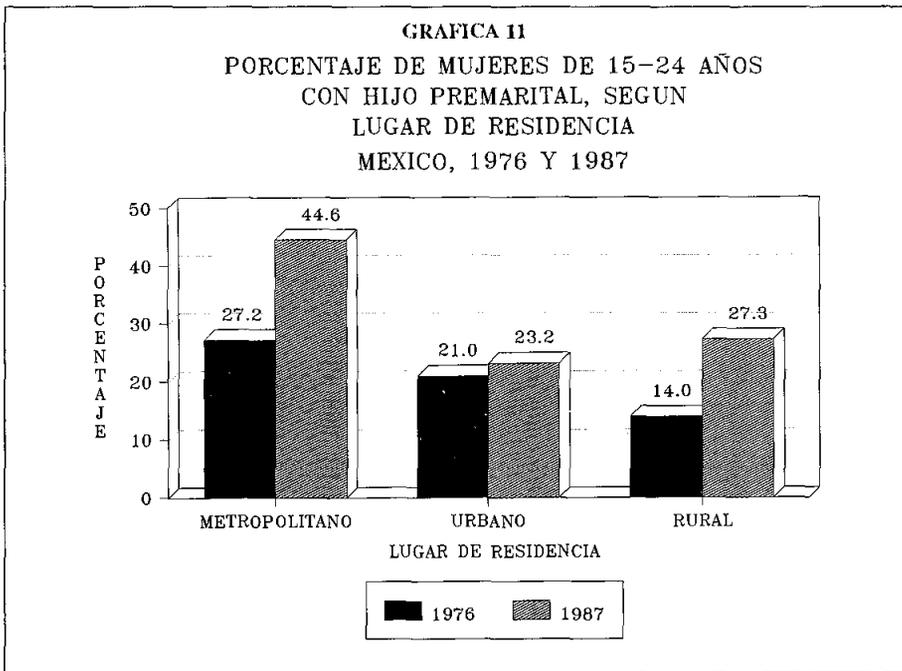
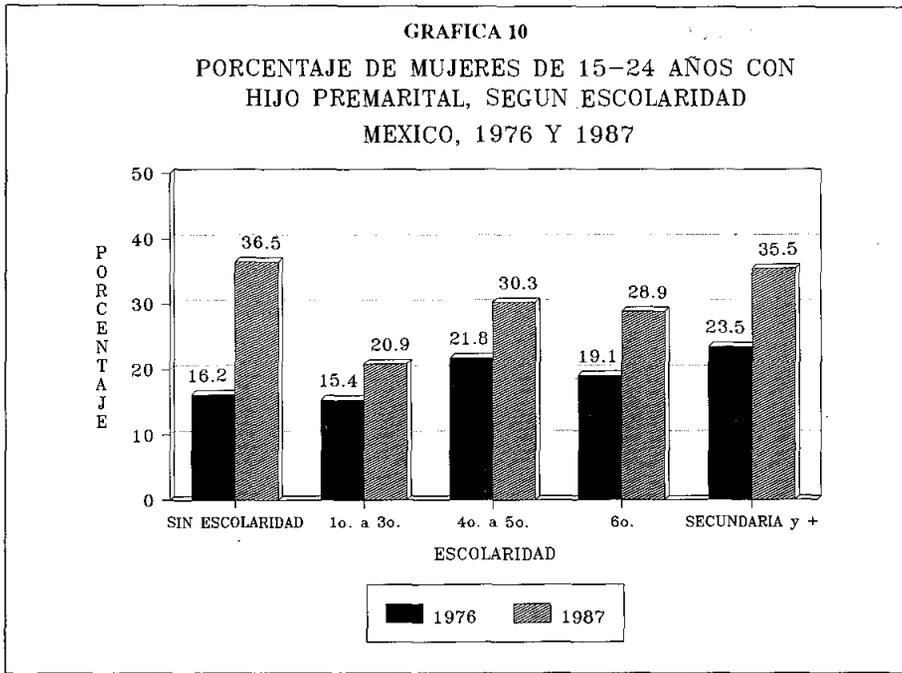
En la Gráfica 9 se muestra el porcentaje de mujeres con hijo premarital en función de la edad y según las encuestas de 1976, 1982 (13) y 1987. Se observa

que la cifra de adolescentes con hijo premarital es alta, y que en los últimos años existe una mayor proporción de hijos premaritales en las mujeres de 15 a 19 comparado con las de 20 a 24 años; siendo las cifras de 35 por ciento y 30 por ciento como corresponde, en 1987. Pero la tendencia general es hacia una mayor incidencia de hijos premaritales en los últimos años; en las adolescentes de 15 a 19 por ejemplo, el porcentaje se duplicó entre 1976 y 1987, al pasar de 17 por ciento a 35 por ciento.

El análisis según la escolaridad y el sitio de residencia de la adolescente muestra que en todos los grupos se ha dado un incremento en el porcentaje de mujeres de 15 a 24 años con hijo premarital entre 1976 y 1987 (Gráfica 10) (Gráfica 11).

En este último año las mayores cifras se ubican en el ámbito metropolitano (44.6 por ciento) y en las mujeres sin escuela (36.5 por ciento) y con secundaria y más (35.5 por ciento).

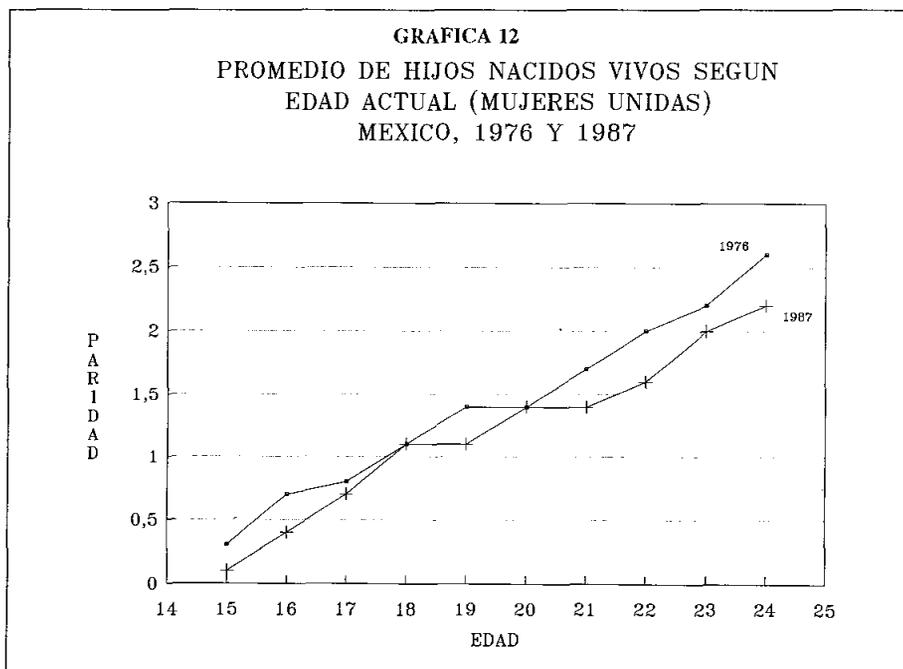


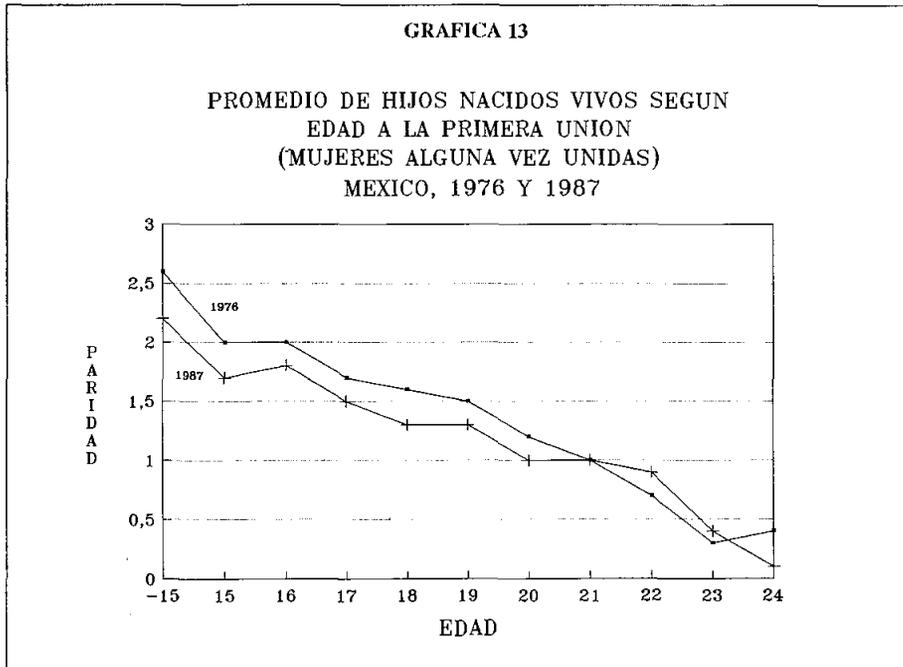


#### iv) Fecundidad acumulada

Las encuestas de 1986 y 1987 corroboran un descenso de la fecundidad acumulada en la población adolescente, siendo más acentuada esta reducción entre los 21 y 24 años de edad (Gráfica 12). Las mujeres de 22 y 24 años por ejemplo, que en 1976 presentaban 2 y 2.6 hijos por mujer en promedio, en 1987 las cifras se redujeron a 1.6 y 2.2 hijos, respectivamente.

De la misma forma, el análisis de la paridad según la edad a la primera unión, también revela la reducción de la fecundidad mencionada anteriormente. Sin embargo, todavía en 1987 las mujeres que se unieron antes de los 15 años presentaron un promedio de dos o más hijos por mujer (Gráfica 13).





**v) Fecundidad reciente**

Si bien, la fecundidad de las mujeres adolescentes ha disminuido paulatinamente hasta llegar a una cifra de 84 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años en 1986 (Cuadro 5), los cambios experimentados son mucho menores que los de otros grupos de edad y el nivel de fecundidad es aún alto.

CUADRO 5  
TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD Y CAMBIOS  
PORCENTUALES 1970 - 1986

NACIMIENTOS POR MIL MUJERES			
EDADES	1970	1980	1986
15-19	126	102	84
20-24	303	229	202
25-29	330	216	203
30-34	279	175	143
35-39	202	123	97
40-44	98	47	34
45-49	21	10	5
CAMBIOS PORCENTUALES			
	1970-80	1980-86	1970-86
15-19	- 19.0	- 17.6	- 33.3
20-24	- 24.4	- 11.8	- 33.3
25-29	- 34.5	- 6.0	- 38.5
30-34	- 37.3	- 18.3	- 48.7
35-39	- 39.1	- 21.1	- 52.0
40-44	- 52.0	- 27.7	- 65.3
45-49	- 52.4	- 50.0	- 76.2

Por otra parte, el descenso diferencial de la fecundidad en las distintas edades del período reproductivo, ha motivado cambios en el calendario de la fecundidad (Cuadro 6). Las mujeres adolescentes y jóvenes han incrementado su participación relativa, mientras que las de 30 y más años de edad, la han reducido.

CUADRO 6  
ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD POR EDADES  
1970-1986

EDADES	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS TASAS		
	1970	1980	1986
15-19	9.3	11.3	11.0
20-24	22.3	25.4	26.3
25-29	24.3	23.9	26.4
30-34	20.5	19.4	18.6
35-39	14.9	13.7	12.6
40-44	7.2	5.2	4.4
45-49	1.5	1.1	0.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Se estima que en los últimos años la cifra de embarazos anuales en mujeres menores de 20 años de edad, fue de aproximadamente 430 mil y que el número de nacimientos osciló en torno a 412 mil en 1990. A pesar de que la tasa de fecundidad de las adolescentes ha descendido, se sospecha que por efecto de la estructura por edad de la población femenina, el número de nacimientos anuales de este grupo no ha descendido aún.

**vi) Uso de anticonceptivos**

Se ha demostrado que el descenso de la fecundidad en la población mexicana

puede explicarse por cuatro determinantes próximos: los cambios en la nupcialidad, la anticoncepción, el aborto inducido y el período posparto no susceptible de embarazo. No obstante que en la población femenina adolescente, la práctica anticonceptiva se ha incrementado en las mujeres unidas, el nivel alcanzado en 1987 (30.2 por ciento) no es aún el deseado (Cuadro 7). Los incrementos en el uso de anticonceptivos entre 1976 y 1987 según las encuestas han sido menores en el grupo de 15 a 19, comparado principalmente con los grupos mayores de 30 años de edad.

CUADRO 7  
PORCENTAJE DE USO DE ANTICONCEPTIVOS POR EDAD  
ENTRE MUJERES UNIDAS, 1976 - 1987

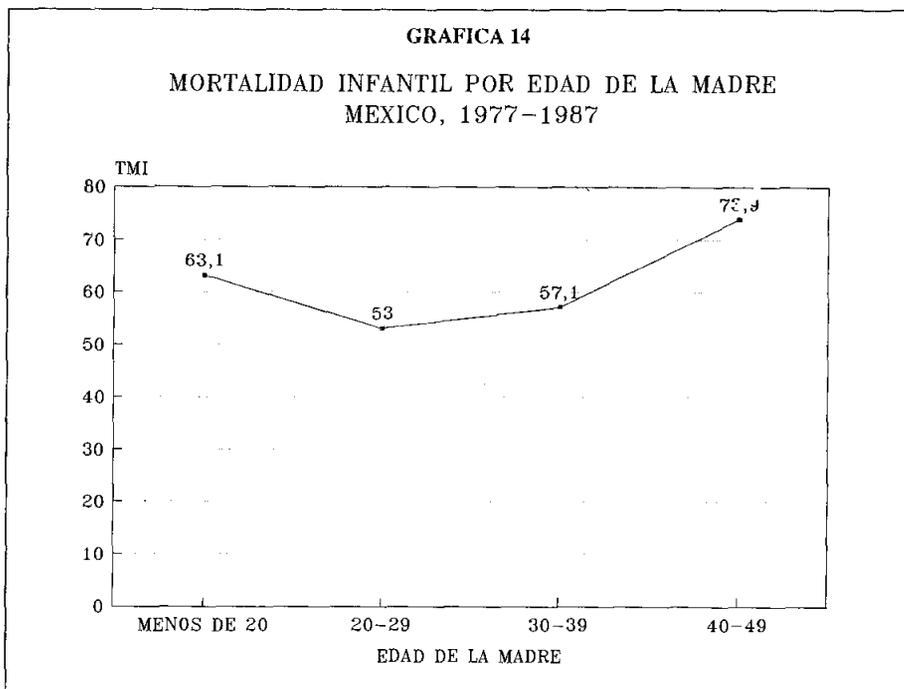
EDAD	1976	1979	1982	1987
15-19	14.2	19.2	20.8	30.2
20-24	26.7	37.4	45.7	46.9
25-29	38.6	44.5	56.5	54.0
30-34	38.0	49.6	59.8	62.3
35-39	37.9	42.8	57.6	61.3
40-44	25.1	33.3	42.9	60.2
45-49	11.8	16.3	22.1	34.2

	DIFERENCIAS		
	1982-76	1987-82	1987-76
15-19	6.6	9.4	16.0
20-24	19.0	1.2	20.2
25-29	17.9	-2.5	15.4
30-34	21.8	2.5	24.3
35-39	19.7	3.7	23.4
40-44	17.8	17.3	35.1
45-49	10.3	12.1	22.4

**vii) Mortalidad infantil**

Tal y como se apunta en la literatura sobre los riesgos del embarazo en adolescentes, los datos de la historia de embarazos de la encuesta de 1987, sugieren un mayor riesgo de mortalidad infantil en los hijos de mujeres adolescentes (63.1 por mil) comparado con el de los hijos de madres de 20 a 29 (53 por mil) y 30 a 39 años (57.1 por mil) (Gráfica 14). Ello destaca la necesidad de reducir la incidencia del embarazo en las edades tempranas.



**Conducta sexual y práctica anticonceptiva de los jóvenes en la Ciudad de México**

Conviene analizar los datos sectoriales sobre adolescentes porque incorporan en el diagnóstico elementos que escapan de las fuentes de datos nacionales. En este sentido se presenta la información sobre la primera relación sexual, el uso de anticonceptivos al inicio de las relaciones sexuales, la razón de no uso en ese evento, el grado de conocimiento de los anticonceptivos y de las enfermedades

de transmisión sexual.

### i) Inicio de las relaciones sexuales y protección anticonceptiva

La encuesta efectuada en 1985, en las delegaciones de Iztapalapa y Venustiano Carranza del Distrito Federal, indica que un 64.6 por ciento de los hombres de 15 a 24 años habfan tenido al menos una relación sexual en comparación con un 26.3 por ciento de las mujeres (Cuadro 8).

CUADRO 8 PORCENTAJE DE JOVENES CON RELACIONES SEXUALES Y EDAD PROMEDIO A LA PRIMERA RELACION SEXUAL			
ESTUDIO Y AÑO		HOMBRES	MUJERES
CORA-AMIDEM	1985a		
PORCENTAJE		64.6	26.3
EDAD		15.7	17.0
S.S.A	1987b		
PORCENTAJE		41.9	22.9
CONAPO	1988c		
PORCENTAJE		38.3	5.4
EDAD		15.5	16.5

a 1581 mujeres y 1402 hombres de 15 a 24 años.  
Iztapalapa y Venustiano Carranza.

b 425 mujeres y 450 hombres de 10 a 24 años.  
Area Metropolitana de la Cd. de México.

c 4630 mujeres y 5512 hombres de 15 a 26 años.  
Estudiantes de Bachillerato del país.

Por otra parte, la encuesta representativa del Area Metropolitana de la Ciudad de México, efectuada en 1988, mostró que un 42 por ciento de los hombres y un 23 por ciento de las mujeres entre 10 y 24 años experimentó alguna relación sexual. Estos datos no deben interpretarse necesariamente como un descenso de las relaciones sexuales en los adolescentes, pues ambas encuestas no son

estrictamente comparables, de modo que las cifras deben analizarse en forma individual.

Otra de las encuestas efectuadas, con estudiantes de bachillerato en 1988, arrojó cifras de 38.3 por ciento y 5.4 por ciento con relaciones sexuales en hombres y mujeres, respectivamente. En esta encuesta así como en la primera se encontraron cifras parecidas respecto al inicio de las relaciones sexuales, entre 15.5 y 15.7 años para los hombres y entre 16.5 y 17 años para las mujeres, mostrando así que la primera relación sexual se da en los adolescentes a edades tempranas.

Ahora bien, la encuesta efectuada en el Area Metropolitana de la Ciudad de México (1988) mostró que el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es bajo (35.8 por ciento en las mujeres y 32.8 por ciento en los hombres) y que los métodos utilizados son de baja eficacia para prevenir el embarazo. El ritmo y el retiro constituyen los métodos a los que mayormente recurren los adolescentes al inicio de sus relaciones sexuales (Cuadro 9). Esto pone en evidencia que una alta proporción de adolescentes está expuesta al riesgo de embarazo.

CUADRO 9  
USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL Y AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA CIUDAD DE MEXICO, 1988

	PRIMERA RELACION SEXUAL		USO ACTUAL	
	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
PREVALENCIA (%)	35.8	32.8	63.4	45.5
METODO				
RITMO	36.2	37.2	17.6	10.7
RETIRO	30.9	19.6	9.7	18.2
OVULOS, JALEAS Y ESPUMAS	10.3	14.0	2.3	7.7
PRESERVATIVO	2.9	17.5	1.4	19.9
PASTILLAS	14.5	3.7	25.5	7.5
DIU	--	5.2	39.0	20.0
INYECCIONES	4.3	2.8	1.6	14.8
OTROS	0.9	--	2.9	1.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

En esta misma encuesta se encontró que la razón de no uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, se asociaba fundamentalmente con la no planeación de las relaciones sexuales, el desconocimiento de los métodos y la creencia de la imposibilidad de embarazo (Cuadro 10), lo que destaca la necesidad de informar y orientar a los adolescentes en aspectos de sexualidad y uso de anticonceptivos.

CUADRO 10  
RAZON DE NO USO EN LA PRIMERA RELACION  
SEXUAL SEGUN SEXO  
CIUDAD DE MEXICO, 1988

RAZON DE NO USO	MUJERES	HOMBRES
NO CREIA EMBARAZAR (SE)	1.0	15.7
NO PLANEABA TENER RELACIONES SEXUALES	30.0	28.3
NO CONOCIA METODOS	32.2	44.0
DESEABA EMBARAZARSE	20.8	4.0
OPOSICION DE LA PAREJA	7.8	0.8
DESIDIA	7.7	2.2
OTROS	0.5	5.0
TOTAL	100.0	100.0

## ii) Conocimiento de los anticonceptivos

En una encuesta efectuada con parejas entre 15 y 24 años de edad, en la delegación de Cuajimalpa del Distrito Federal (1987), se indagó sobre el conocimiento de la forma de uso de los anticonceptivos. Los datos que se presentan en el Cuadro 11 muestran que el nivel de conocimiento completo al respecto es bajo. En otras palabras el grado de información errónea, la ignorancia sobre la forma de uso y el desconocimiento de los métodos son altos, principalmente en los que más usan al inicio de sus relaciones sexuales, tales como el ritmo (14).

CUADRO 11  
CONOCIMIENTOS DE LA FORMA DE USO DE  
ANTICONCEPTIVOS 1987

METODO	CONOCE COMPLETO	CONOCE PARCIAL	INFORMACION ERRONEA	NO SABE COMO SE USA	NO CONOCE METODO	TOTAL
<b>DIU</b>						
ELLA	66.7	9.2	3.7	18.5	1.9	100.0
EL	11.1	38.9	1.9	16.7	31.4	100.0
<b>PASTILLAS</b>						
ELLA	55.6	9.3	7.4	22.2	5.5	100.0
EL	18.5	39.9	22.2	9.3	11.1	100.0
<b>RITMO</b>						
ELLA	14.8	18.6	7.4	11.1	48.1	100.0
EL	11.1	20.4	11.1	9.3	48.1	100.0
<b>PRESERVATIVO</b>						
ELLA	31.4	5.6	-	13.0	50.0	100.0
EL	54.7	17.0	3.8	9.4	15.1	100.0
<b>INYECCIONES</b>						
ELLA	61.1	9.3	5.5	16.7	7.4	100.0
EL	24.1	27.8	20.4	13.0	14.7	100.0

FUENTE: Estudio con parejas jóvenes de Cuajimalpa, D.F.

En ese mismo estudio se indagó también sobre la seguridad del método para prevenir el embarazo; en el Cuadro 12 se muestran los resultados. La percepción positiva indica que el hombre y la mujer en la pareja respondieron que el método previene el embarazo; una percepción negativa indica que ambos mencionaron que el método no previene el embarazo y una percepción ambivalente representa opiniones opuestas.

Desde este punto de vista, las parejas jóvenes tienen mayoritariamente una

CUADRO 12  
PERCEPCION SOBRE LA SEGURIDAD DEL METODO PARA  
PREVENIR EL EMBARAZO

METODO	POSITIVA	AMBIVALENTE	NEGATIVA	TOTAL
DIU	40.7	22.3	37.0	100.0
PASTILLAS	19.2	32.7	48.1	100.0
RITMO	18.2	30.3	51.5	100.0
PRESERVATIVO	20.8	20.9	58.3	100.0
INYECCIONES	30.8	30.7	38.5	100.0

FUENTE: Estudio con parejas jóvenes en Cuajimalpa, D.F.

percepción negativa de los métodos para prevenir el embarazo, principalmente de aquellos a los que más recurren al inicio de sus relaciones sexuales. Es probable pues, que por problemas de acceso real a los anticonceptivos más eficaces, los jóvenes se ven en la necesidad de utilizar aquellos métodos que no requieren de la prescripción médica, aún percibiendo su baja eficacia para prevenir el embarazo. El reto de los programas es entonces tratar de entender a los adolescentes en sus temores y creencias y ofrecer bajo este marco los métodos anticonceptivos mediante un acceso más real y oportuno.

### iii) Conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual

Una de las consecuencias de las relaciones sexuales desprotegidas que se maneja hoy en día cada vez con mayor énfasis, es el de las enfermedades de transmisión sexual. En la encuesta de 1988 en la Ciudad de México, se encontró que una de cada 100 mujeres y 3 de cada 100 hombres entre 15 y 25 años de edad habían contraído alguna enfermedad de transmisión sexual. En esta misma encuesta se encontró también un bajo conocimiento de los adolescentes en relación con las formas de transmisión y de prevención de las principales

enfermedades de transmisión sexual, particularmente de la sífilis y la gonorrea.

La encuesta efectuada en 1985 en las delegaciones de Venustiano Carranza e Iztapalapa, arrojó también bajos niveles de conocimiento espontáneo de dichas enfermedades (Cuadro 13), aún cuando los adolescentes reportaron haber recibido alguna plática al respecto. Es sorprendente que enfermedades como el herpes sea conocida a niveles tan bajos: 8 de cada 100 hombres y 5 de cada 100 mujeres. Es imperativo pues informar y orientar a los adolescentes en los aspectos de etiología, formas de transmisión y prevención de las enfermedades de transmisión sexual, con el objeto de sensibilizarlos y concientizarlos al respecto.

CUADRO 13  
CONOCIMIENTO ESPONTANEO DE ALGUNAS  
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL  
CIUDAD DE MEXICO, 1985

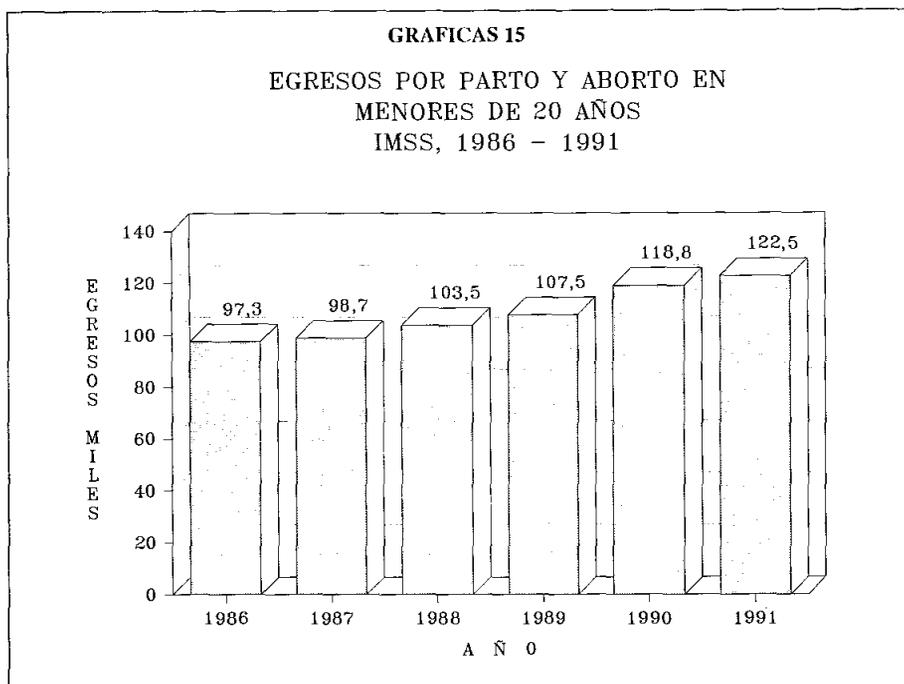
ENFERMEDADES	PORCENTAJE	
	HOMBRES*	MUJERES*
SIFILIS		
RECIBIO ALGUNA PLATICA	59.3	36.7
NO HA RECIBIDO PLATICA	33.7	15.8
GONORREA		
RECIBIO ALGUNA PLATICA	57.5	29.9
NO HA RECIBIDO PLATICA	33.2	15.0
HERPES		
RECIBIO ALGUNA PLATICA	7.7	5.0
NO HA RECIBIDO PLATICA	5.1	1.4

\* 15 - 24 años de edad

### Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en madres adolescentes del IMSS

Los registros de los egresos por parto y por aborto en las mujeres menores de 20 años de edad en el IMSS, muestran un aumento en el número absoluto de estos eventos, de 97,100 en 1986 a 122,500 en 1991, atribuible a una mayor

incorporación de derechohabientes al Instituto en estas edades (Gráfica 15). Estos datos reflejan una mayor demanda de atención y de servicios de salud reproductiva en la población adolescente.



Una muestra de los egresos por parto en los hospitales de segundo y tercer nivel de las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey en 1987, reveló un rejuvenecimiento en la edad a la menarquia; mientras las mujeres de 40 años y más tuvieron esa experiencia a los 13.8 años, las jóvenes y adolescentes de ahora tuvieron su menstruación a los 12.5 años (Cuadro 14). Así también, los datos de este estudio indican un inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas. En consecuencia, las acciones preventivas de información y orientación sobre sexualidad, debieran iniciarse a conciencia antes de que la adolescente abandone la primaria, reforzando oportunamente los aspectos asociados con el acceso y uso de la anticoncepción, particularmente a partir de los 15 años de edad.

CUADRO 14  
EDAD A LA MENARQUIA Y AL INICIO DE LAS RELACIONES  
SEXUALES POR COHORTE, 1987\*

EDAD A LA ENTREVISTA	EDAD A LA MENARQUIA	EDAD A LA PRIMERA RELACION SEXUAL
15 - 19	12.5	-
20 - 24	12.9	18.6
25 - 29	12.9	20.1
30 - 34	13.0	21.4
35 - 39	13.6	22.6
40 y más	13.8	23.5

\* Areas metropolitanas de la Ciudad de México, Monterrey y Guadalajara

i) Bajo peso al nacer

El estudio hospitalario efectuado en 1987, al que se hizo referencia anteriormente, demostró que los recién nacidos de madres adolescentes tienen una alta probabilidad de bajo peso al nacer: 7.2 por ciento cuando se trata de recién nacidos a término (niños con 38 o más semanas de gestación), 11.9 por ciento cuando la base es el total de nacidos vivos y 60.3 por ciento cuando se analizan los recién nacidos prematuros (Cuadro 15).

CUADRO 15  
PROBABILIDADES DE BAJO PESO AL NACER POR  
GRUPOS DE EDAD DE LA MADRE, 1987

EDAD	RECIEN NACIDOS* A TERMINO (%)	14 - 19/ 20 - 30	NACIDOS VIVOS (%)	14 - 19/ 20 - 30
14 - 19	7.15	1.46	11.88	1.31
20 - 30	4.89		9.07	
14 - 49	5.2		9.82	
	TOTAL DE RECIEN NACIDOS		RECIEN NACIDOS** PREMATUROS	
14 - 19	13.18	1.29	60.26	1.08
20 - 30	10.24		46.51	
14 - 49	11.13		46.98	

\* Niños con 38 ó más semanas de gestación

\*\* Niños con menos de 38 semanas de gestación

Dado que el riesgo de bajo peso en los hijos de adolescentes es un 46 por ciento mayor que en los hijos de mujeres entre 20 y 30 años cuando se analizan los recién nacidos a término, es deseable reducir dicho riesgo; lo cual estriba en buscar estrategias dirigidas a prevenir el primer embarazo y en aplazar los siguientes, buscando diferirlos después de los 20 años.

## ii) Mortalidad perinatal

Dada la asociación observada entre la maternidad a edades tempranas y el mayor riesgo de bajo peso en los niños, se esperaba también una mayor tasa de mortalidad perinatal en los hijos de madres adolescentes en el mismo estudio ya mencionado. Sin embargo, las tasas no resultaron así, pues se encontró que la mortalidad perinatal aumenta conforme lo hace la edad de la madre (Cuadro 16). No obstante, la tasa de mortalidad perinatal en los hijos de madres adolescentes es alta (16.5 por mil); y dado que el número de muertes perinatales en hijos de madres muy jóvenes fue pequeño en la encuesta, no se descarta la posibilidad de que la mortalidad perinatal sea más elevada en mujeres menores de 17 años, por inmadurez orgánica en la madre, como se describe en la literatura.

CUADRO 16  
MORTALIDAD PERINATAL\* SEGUN GRUPOS DE EDAD  
DE LA MADRE  
IMSS, 1987

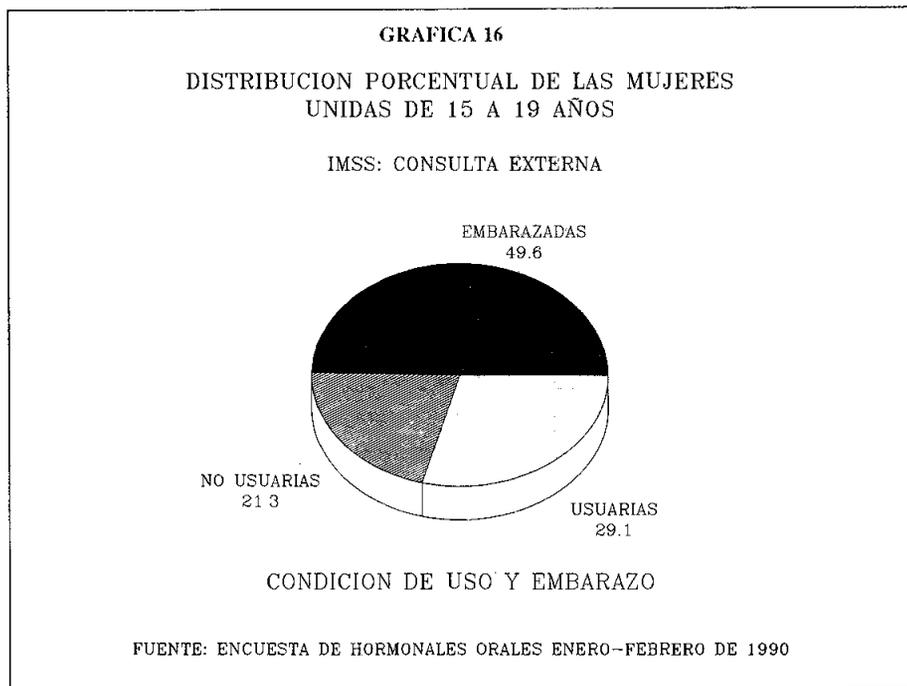
GRUPOS DE EDAD	MORTALIDAD PERINATAL (Por mil nacimientos)
MENORES DE 20	16.5
20 - 24	17.9
25 - 29	17.5
30 - 34	27.8
35 ó más	41.4

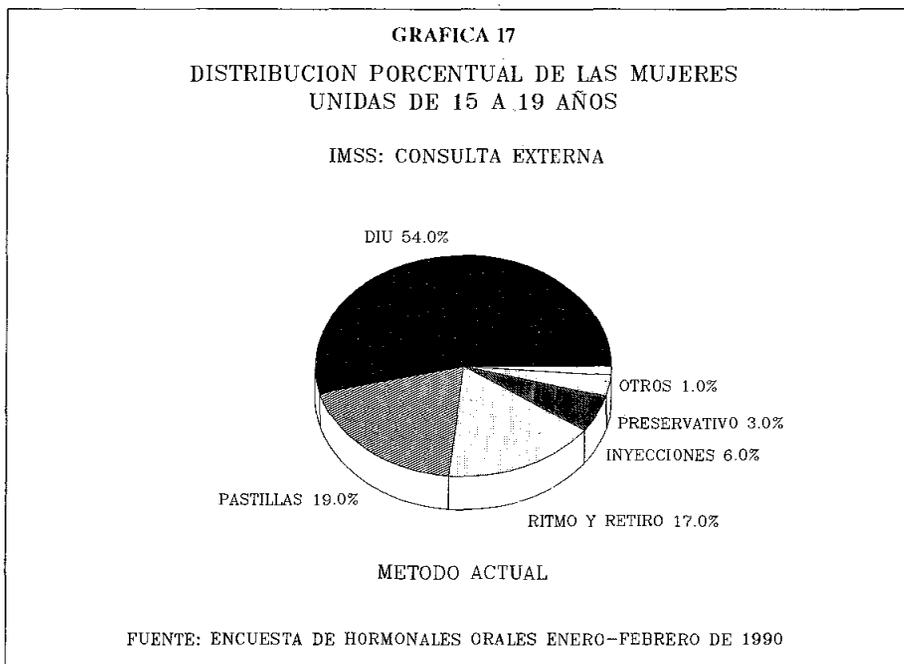
\* Areas metropolitanas de la Ciudad de México, Monterrey y Guadalajara

**Prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes en el IMSS**

Finalmente, se agregaron en el diagnóstico los datos derivados de una encuesta de hormonales orales efectuada entre enero y febrero de 1990, en el marco de las encuestas de evaluación operativa que periódicamente se llevan a cabo en el IMSS con el objeto de evaluar las acciones de planificación familiar, salud reproductiva y materno infantil. Los datos que se presentan a continuación se refieren a las adolescentes de 15 a 19 años de edad, unidas y asistentes a la consulta externa de medicina familiar.

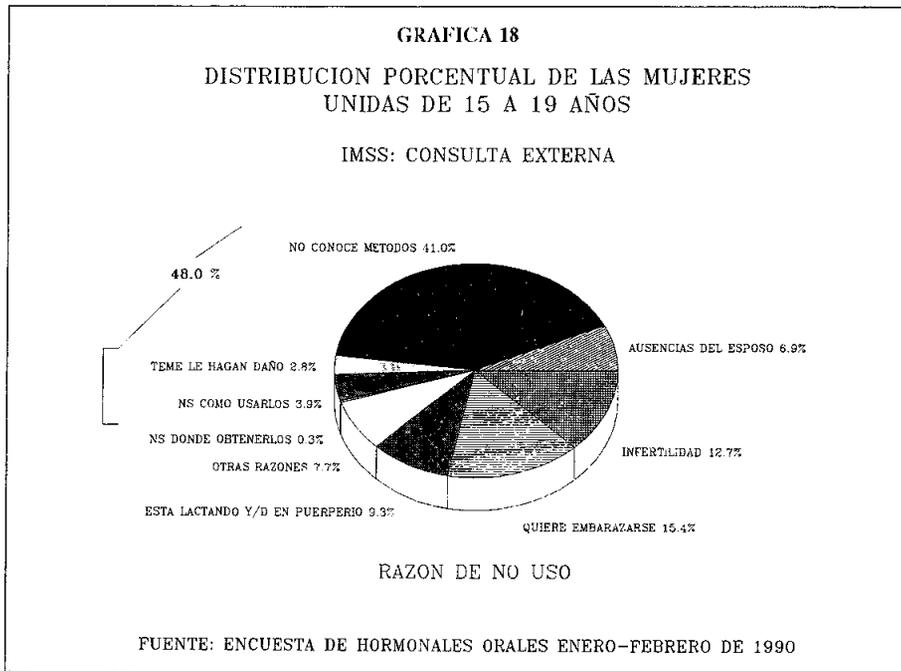
Se encontró un 29.1 por ciento de adolescentes usuarias de la anticoncepción al momento de la entrevista, un 21.3 por ciento no usaban los métodos y un 49.6 por ciento estaban embarazadas (Gráfica 16). Los métodos más usados fueron el DIU (54 por ciento), las pastillas (19 por ciento) y el ritmo y retiro (17 por ciento) (Gráfica 17).





Como razones de no uso de la anticoncepción, un 48 por ciento se asocia con factores relacionados con la falta de información y acceso a los anticonceptivos, pues se indagaron razones tales como: no conoce los métodos, teme que le hagan daño, no sabe cómo usarlos y no sabe dónde obtenerlos (Gráfica 18).

Todo lo anterior hace evidente la necesidad de educar a la población adolescente en diversos aspectos. En las embarazadas, que constituyen una alta proporción, educarlas en el autocuidado de su embarazo con el fin de reducir los riesgos futuros asociados con ese evento, así como promover el espaciamiento adecuado del próximo embarazo. En las no embarazadas, informarlas y orientarlas con el objeto de que se concienticen y sensibilicen sobre la prevención del embarazo mediante el ofrecimiento y acceso a metodología anticonceptiva eficaz.



**Referencias**

1. Dirección General de Estadística. **IX Censo General de Población 1970: Resumen General**. SIC. México, 1972. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. **XI Censo General de Población y Vivienda, 1990: Resumen General**. México, 1992. Núñez, L. Moreno, L. Sánchez, M. González, J. Padilla, I. "México: proyecciones de población rural y urbana para 1980 - 2010" en Martínez Manautou, J. (ed.) **Población de México del Siglo XXI**. IMSS. México, 1985.
2. Coordinación General del Sistema Nacional de Información. **Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976**. SPP. México, 1978.
3. Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar. **Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad/Mortalidad 1979**. México, 1980.

4. Consejo Nacional de Población. **Encuesta Nacional Demográfica 1982.** México, 1983.
5. Secretaría de Salud. **Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987.** México, 1989.
6. Consejo Nacional de Población. **Encuesta Nacional a Estudiantes de Secundaria y Preparatoria 1988.** México, 1990.
7. Secretaría de Salud. **Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Area Metropolitana de la Ciudad de México.** México, 1988.
8. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica y Centro de Orientación para Adolescentes. **Encuesta sobre Información Sexual y Reproductiva de Jóvenes 1985.** México, 1987.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social y Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica. **Encuesta sobre Relación de Pareja y Planificación Familiar en Jóvenes 1987.** México, 1990.
10. Martínez Manautou, J. (ed.) **Impacto del Programa de Planificación Familiar en la Mortalidad Perinatal del IMSS 1987.** IMSS. México, 1990.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. **Encuesta Simplificada de Evaluación Operativa sobre Salud Reproductiva y Planificación Familiar.** México, 1990.
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. **Sistema Unico de Información.** Tabulados especiales.
13. Mojarro, O. "El inicio de la reproducción en las mujeres jóvenes de México 1976-1982". **Memoria de la I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes.** IMSS, AMIDEM y CORA, México, 1986.

14. Schlosser, R. Mendoza, D. Arteaga, E.. "Fantasías y realidades de los métodos anticonceptivos en la población adolescente"; ponencia presentada en el **Congreso Internacional de Salud Mental**. México, 1992.



*CAPITULO CINCO*

**CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE  
PLANIFICACION FAMILIAR EN  
EL INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL**



## ***CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL***

Francisco Alarcón Navarro <sup>(1)</sup>

Octavio Mojarro Dávila <sup>(2)</sup>

Daniel Hernández Franco <sup>(3)</sup>

### **Introducción**

Entre los años de 1970 a 1990 se ha observado un decremento en la tasa de crecimiento poblacional de México: del 3.4 por ciento al 1.9 por ciento. La tasa total de fecundidad en 1972 fue de 6.6 hijos, mientras que en 1990 esta cifra se redujo a 3.5. Este cambio se atribuye a un incremento substancial en el uso de la anticoncepción. En el año de 1976, el 30.2 por ciento de las mujeres en edades de 15 a 49 años usaban métodos de planificación familiar; diez años más tarde, el 53 por ciento de las mujeres en edad reproductiva eran usuarias activas de la anticoncepción, según datos de la ENFES (1).

La variable anticoncepción es la que mejor describe el descenso en la tasa de crecimiento poblacional. Cuando se inició el Programa Nacional de Planificación Familiar en México, las mujeres obtenían sus métodos anticonceptivos, en la misma proporción, de las instituciones privadas y públicas. Esto cambió para 1990, cuando el 70 por ciento de las usuarias obtuvo los métodos en las instituciones del sector público. ~~Entre las instituciones~~ del sector público, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue el proveedor principal, con el 68 por ciento del total de métodos distribuidos por este sector (2).

Durante el año de 1991 el IMSS atendió a 30 millones de personas, de las cuales 6 millones eran mujeres unidas en edad reproductiva. En 1976 contaba con casi 600,000 usuarias de la anticoncepción, o sea, el 23.6 por ciento del total de mujeres unidas en edad reproductiva. Para 1991, el total de usuarias de la anticoncepción en el IMSS fue de 3.3 millones, con lo que se alcanzó una cobertura del 53.5 por ciento de sus aseguradas unidas en edad reproductiva (Cuadro 1).

---

1 Titular de la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social.

2 Subjefe de Salud Materno Infantil. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social.

3 Coordinador Normativo de Vigilancia Epidemiológica Materno Infantil. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social.

CUADRO 1  
COBERTURA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES UNIDAS EN  
EDAD REPRODUCTIVA DE LA POBLACION ASEGURADA  
EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IMSS

AÑO	POBLACION ASEGURADA	MUJERES UNIDAS EN EDAD REPRODUCTIVA	USUARIAS ACTIVAS	COBERTURA ANTICONCEPTIVA (%)
1976	13,666,008	2,487,214	587,970	23.6
1982	19,463,018	3,647,333	1,664,417	45.6
1988	27,721,418	5,427,807	2,758,879	50.8
1991	30,359,747	6,184,581	3,315,505	53.6

FUENTE: Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil.

Uno de los objetivos de este trabajo es analizar los elementos básicos de la calidad de los servicios de planificación familiar en el IMSS siguiendo un esquema publicado al respecto (3). La importancia del estudio reside en la identificación de los avances y limitaciones que existen en la prestación de los servicios de planificación familiar como parte de un programa de tal magnitud y se espera que esto lleve a comprender la relación entre la enorme cobertura anticonceptiva de un programa nacional y los obstáculos para poder proporcionar servicios de alta calidad. Al mismo tiempo, se ofrecen las directrices para establecer áreas prioritarias de trabajo que contribuyan a lograr este objetivo.

### Selección de métodos

El Programa de Planificación Familiar del IMSS tiene dos objetivos fundamentales: i) satisfacer la demanda de la población en cuanto a métodos de regulación de la fecundidad, y ii) asegurar la oferta de los métodos anticonceptivos más eficaces.

Las investigaciones clínicas han demostrado que la eficiencia intrínseca del DIU, los métodos quirúrgicos y las pastillas aseguran una alta protección anticonceptiva. Desde 1972, el IMSS ha llevado a cabo estudios clínicos y encuestas de continuidad de uso y efectos colaterales indeseables del DIU, encontrando que este método tiene efectos colaterales de poca importancia (4)

(5). El problema principal con el uso del DIU es la expulsión del mismo y para evitarlo se han realizado cursos de adiestramiento para hacer la inserción de la manera más adecuada. El IMSS usa dos tipos de dispositivos intrauterinos: la TCu 380 para aceptantes de intervalo y la TCu 220 para aceptantes en el período posparto. En investigaciones llevadas a cabo en el IMSS, estos dos dispositivos mostraron mejores resultados en términos de efectos colaterales y tasas de expulsión que otros tipos de dispositivos (6).

La oclusión tubaria bilateral se ha aplicado con mucho éxito. La técnica más usada es la minilaparotomía. El IMSS también ofrece servicios de vasectomía. Desde 1986 se ha tratado de practicar la vasectomía en la consulta externa con el fin de hacer más accesible este método. En 1989 se introdujo con éxito la nueva técnica de "vasectomía sin bisturí" en la consulta externa de varias unidades del interior de la República y de la Ciudad de México (7); el adiestramiento al personal, de por lo menos una clínica en cada estado, es la meta para el año de 1992.

Los hormonales combinados, fueron los de mayor demanda entre las derechohabientes del IMSS. Sin embargo, en las investigaciones operacionales mostraron que las pastillas tienen tasas de continuidad de uso menores que las del DIU y su demanda se ha reducido (8).

Los hormonales inyectados tuvieron también demanda a mediados de los setentas. No obstante, sus tasas de continuidad de uso fueron muy bajas, básicamente por la frecuencia de efectos colaterales. Debido a estos efectos el IMSS suspendió su uso.

Tampoco se promueve en el IMSS el uso de los métodos anticonceptivos locales en la mujer, en tanto que el preservativo se distribuye básicamente para la protección de enfermedades de transmisión sexual.

Cuando el enfoque de la anticoncepción es satisfacer necesidades de salud y bienestar del individuo y de la familia, para la elección de los métodos deben considerarse aquellos que garanticen mejor la anticoncepción segura y eficaz, recordando también que la capacidad de los individuos para cambiar de método es un factor clave para satisfacer sus necesidades durante su vida reproductiva y para la práctica de la anticoncepción por largos períodos.

Los resultados del programa con el uso de sólo cuatro métodos anticonceptivos

se muestran en el Cuadro 2. En 1976 el IMSS tenía cerca de 300,000 aceptantes de la anticoncepción; para 1991, esta cifra llegó a más de un millón. Asimismo, la proporción de aceptantes por tipo de método ha cambiado en el mismo período; el total de aceptantes del DIU aumentó del 33.7 al 49.7 por ciento. La oclusión tubaria bilateral se ha mantenido, con algunas fluctuaciones, por encima del 15 por ciento. Por el contrario, la proporción de aceptantes de las pastillas bajó del 47.7 al 34.6 por ciento.

CUADRO 2  
ACEPTANTES DE LA ANTICONCEPCION SEGUN METODO  
EN EL IMSS

AÑO	ACEPTANTES	% DIU	% QUIRURGICO	% HORMONAL
1976	299,655	33.7	18.6	47.7
1982	579,330	33.5	17.7	47.8
1988	730,527	55.3	18.5	26.2
1991	1,012,726	49.7	15.7	34.6

FUENTE: Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil.

En resumen, el IMSS ha desarrollado un amplio Programa de Planificación Familiar con sólo cuatro métodos anticonceptivos, los cuales fueron elegidos con base en su efectividad, seguridad y tasas de continuidad de uso relativamente altas. La cobertura anticonceptiva se ha incrementado y existe evidencia de que el DIU, método temporal con la mayor tasa de continuidad de uso, es el más solicitado.

### Información a usuarios

Este capítulo se referirá a la información que se puede proporcionar a usuarios potenciales de la anticoncepción cuando se presentan a consulta en las unidades médicas del sistema, para que puedan elegir y usar los anticonceptivos en forma efectiva y oportuna aprovechando la mejor tecnología de que se dispone. El proceso educativo sobre servicios de salud reproductiva y planificación familiar

tiene como aspecto fundamental el mensaje.

### **i) Evolución del mensaje**

En las primeras etapas de las actividades de planificación familiar, el mensaje básicamente consistía en promover el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos y en enfatizar la importancia de la protección anticonceptiva para el mejor control de la fecundidad y del crecimiento poblacional.

A medida que el concepto de planificación familiar, en el programa del IMSS, evolucionó de su concepto principalmente demográfico a la promoción y protección de la salud de la población para apoyar la fecundidad durante los años más favorables en la vida reproductiva de la mujer, los intervalos adecuados entre nacimientos y la prevención de embarazos de riesgo alto, dicho concepto se enfocó a la salud y riesgo reproductivo poniendo de relieve la necesidad de hacer cambios fundamentales al mensaje.

Siguiendo dicha evolución, es evidente que el mensaje sobre salud reproductiva y planificación familiar debe contener, entre otros, los siguientes aspectos:

- Informar y orientar acerca de los principales factores de riesgo reproductivo que están presentes en la vida reproductiva de la mujer, de tal manera que ella misma pueda detectar sus propios factores de riesgo.
- Informar a la población acerca de los métodos anticonceptivos con que se cuenta así como sus contraindicaciones, ventajas y desventajas desde el punto de vista científico.
- Desechar los métodos que no ofrecen seguridad o que están contraindicados para ciertos pacientes y dar información detallada sobre los métodos seleccionados y sus posibles efectos colaterales.
- Explicar lo que el usuario puede esperar de los prestadores de servicios en el futuro en cuanto a orientación continuada, apoyo y disponibilidad de material; así como, informar sobre otras opciones anticonceptivas o servicios en este sentido.

## **ii) Medios de comunicación**

El programa se ha apoyado en los medios masivos de comunicación y en la comunicación interpersonal para promover y proporcionar los servicios de planificación familiar. La comunicación interpersonal ha demostrado ser la más efectiva en la toma de decisiones acerca de la salud reproductiva y ha originado (a su vez) la creación de actividades de protección anticonceptiva.

## **iii) Comunicación educativa interpersonal**

Desde el inicio del Programa de Planificación Familiar, las enfermeras y trabajadoras sociales se han destacado por su importante participación en las tareas de información y orientación a la población que asiste a las unidades médicas, en coordinación con la orientación específica que proporciona el personal médico prestador de estos servicios.

Durante las primeras etapas, los materiales educativos usados en la comunicación interpersonal consistieron en rotafolios y folletos impresos con la información sobre los métodos anticonceptivos, los cuales eran distribuidos en las sesiones de grupos y en las entrevistas individuales.

El enfoque de salud y riesgo reproductivo en la promoción y prestación de los servicios de protección anticonceptiva, iniciado desde 1983, incluyó dos procesos paralelos de educación y comunicación estrechamente relacionados: capacitación del personal y comunicación educativa a la población.

Para fines educativos, se distribuyeron 5,000 rotafolios, 10,000 carteles, 4 millones de folletos sobre riesgo reproductivo y protección anticonceptiva, y 10,000 calendarios con el tema de la salud reproductiva. En la Delegación del IMSS de Aguascalientes se evaluaron estos materiales, y los resultados mostraron un incremento importante en la información recibida por la población y en el conocimiento de sus factores de riesgo (Cuadro 3).

En 1990 la Coordinación General de Comunicación Social del IMSS, en colaboración con la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, llevó a cabo una campaña a través de los medios masivos de comunicación con el fin de anunciar a la población la prestación de los servicios

**CUADRO 3**  
**INFORMACION A LA POBLACION EN EL IMSS**  
**MATERIALES EDUCATIVOS SOBRE PLANIFICACION**  
**FAMILIAR Y RIESGO REPRODUCTIVO. 1988**

MATERIAL EDUCATIVO	CANTIDAD DISTRIBUIDA
PORTAFOLIOS	5,000
CARTELES	10,000
FOLLETOS	4,000,000
CALENDARIOS CON EL TEMA DE SALUD REPRODUCTIVA	10,000

FUENTE: Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil.

de planificación familiar en los horarios vespertinos de las unidades médicas del IMSS en todo el país. El lema de la campaña fue: "Ven por un consejo a tiempo" y se transmitió por radio, periódicos, revistas y carteles.

#### iv) Evaluación de la comunicación educativa interpersonal

La evaluación de la comunicación educativa interpersonal involucra, por una parte, los indicadores del trabajo que se lleva a cabo por todo el personal encargado de la promoción de los servicios de salud reproductiva y, por la otra, el impacto logrado con el uso de los materiales educativos empleados en este proceso.

En el Cuadro 4 se muestra el porcentaje de mujeres unidas en edad reproductiva que recibieron la información en sesiones de grupo o en entrevistas personales por cien mujeres unidas en edad reproductiva.

El número de sesiones educativas de grupo y de entrevistas individuales por cada cien mujeres unidas en edad reproductiva da una idea del apoyo recibido por la población en cuanto a educación en salud, riesgo reproductivo y protección anticonceptiva, como elemento básico de la calidad que se necesita en la prestación de los servicios.

**CUADRO 4**  
**INFORMACION A LA POBLACION EN EL IMSS**  
**PORCENTAJE DEL TOTAL DE MUJERES UNIDAS EN EDAD**  
**REPRODUCTIVA QUE RECIBIERON INFORMACION EN**  
**SESIONES EDUCATIVAS GRUPALES Y/O ENTREVISTAS**  
**PERSONALES**

AÑO	PORCENTAJE QUE RECIBIERON INFORMACION	
	SESIONES EDUCATIVAS GRUPALES	ENTREVISTAS PERSONALES
1989	38.6	43.4
1990	38.4	46.9
1991	40.0	49.9

FUENTE: Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil.

Este indicador fue establecido en 1989; así, el número de mujeres informadas a través de sesiones educativas de grupo por cien mujeres unidas en edad reproductiva fue de 38.6 en ese año y de 40.4 en 1991. En cuanto a entrevistas personales, las cifras fueron 43.4 y 49.9, respectivamente.

#### v) Evaluación de los materiales educativos para la población

Para poder cuantificar el uso e impacto de los materiales educativos que se emplearon en la comunicación interpersonal, se obtuvo información de 30 delegaciones del IMSS para el período de abril a octubre de 1990.

-Folleto "Durante tu embarazo, piénsalo", distribuido a las pacientes con atención prenatal (Cuadro 5) (Cuadro 6).

Se encontró que de 13,579 mujeres incluidas en el estudio, el 85.6 por ciento recibió la explicación del contenido del folleto, mientras que el 89.6 por ciento lo leyó. Más aún, el 58.0 de ellas asoció el uso de los métodos anticonceptivos con la salud materna, el 24.5 con la salud infantil, el 11.8 por ciento con beneficios económicos y un 5.7 por ciento no supo que contestar.

**CUADRO 5**  
**INFORMACION A LA POBLACION EN EL IMSS**  
**PERSONAS QUE RECIBIERON EXPLICACION O LEYERON**  
**EL FOLLETO "DURANTE EL EMBARAZO, PIENSALO"**

USO DEL FOLLETO	CANTIDAD	PORCENTAJE	TOTAL
RECIBIERON EXPLICACION	11,608	85.5	13,579
LEYERON EL FOLLETO	12,167	89.6	13,579

FUENTE: Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil.  
 Reporte de 30 delegaciones (abril-octubre, 1990).

**CUADRO 6**  
**INFORMACION A LA POBLACION EN EL IMSS**  
**VENTAJAS DEL USO DE LA ANTICONCEPCION**  
**EXPRESADAS POR QUIENES LEYERON EL FOLLETO**  
**"DURANTE EL EMBARAZO, PIENSALO"**

VENTAJAS PARA LA SALUD	CANTIDAD	PORCENTAJE
MATERNA	7,875	58.0
INFANTIL	3,323	24.5
MOTIVOS SOCIOECONOMICOS	1,609	11.8
NO SABE	772	5.7
TOTAL	13,579	100.0

FUENTE: Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil.  
 Reporte de 30 delegaciones (abril-octubre, 1990).

-Folleto "Uso de Anticonceptivos en el Posparto" (Cuadro 7).

Distribuido entre las aceptantes de DIU o minipíldora en el posparto, así como entre las no aceptantes; se observó que de un total de 19,173 mujeres que recibieron el folleto, el 87.5 por ciento pudo expresar su contenido.

**CUADRO 7**  
**INFORMACION A LA POBLACION EN EL IMSS**  
**PROPORCION DE MUJERES QUE RECIBIERON Y**  
**PUDIERON EXPRESAR EL CONTENIDO DEL FOLLETO**  
**"USO DE LA ANTICONCEPCION POSPARTO"**

ACEPTANTES DE LA ANTICONCEPCION POR METODO	NUMERO DE MUJERES QUE RECIBIERON EL FOLLETO	PUDIERON EXPRESAR EL CONTENIDO	
		NUMERO	PORCENTAJE
DIU	11,778	10,403	88.3
MINIPILDORA	3,972	3,226	81.2
NO ACEPTANTES	3,423	3,140	91.7
TOTAL	19,173	16,769	87.5

FUENTE: Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil.  
 Reporte de 30 delegaciones (abril-octubre, 1990).

-Folleto "Dos Años son la Diferencia"

Para reforzar la aceptación de un método se distribuyó el folleto sobre el espaciamiento. Los resultados de una serie de entrevistas muestran que las mujeres efectivamente relacionan la información con el mensaje y su asociación con la salud materno infantil y en buena parte lo guardan (Cuadro 8).

**CUADRO 8**  
**INFORMACION A LA POBLACION EN EL IMSS**  
**OPINION DE LAS PERSONAS QUE RECIBIERON EL**  
**FOLLETO "DOS AÑOS SON LA DIFERENCIA"**

OPINION	PORCENTAJE
INFORMACION	
DESARROLLADA	42.2
SENCILLA	50.4
NO SABE	7.4
ASOCIACION DE ANTICONCEPCION CON LA SALUD	
MATERNA	43.6
INFANTIL	23.4
MOTIVOS SOCIOECONOMICOS	20.7
DOS RESPUESTAS	5.1
QUE HIZO CON EL MATERIAL	
LO GUARDO	44.0
DIO A OTRA PERSONA	43.6
LO EXTRA VIO	6.6
LO TIRO	5.1
SIN REGISTRO	0.7

FUENTE: Jefatura de Servicios de Salud reproductiva y Materno Infantil.

Entre los últimos meses de 1989 y los primeros de 1991, se amplió la producción de materiales educativos para la comunicación interpersonal por medio de algunos folletos dirigidos a ciertos grupos de población con necesidades específicas de información, tales como: las mujeres en atención prenatal, las aceptantes de DIU en el posparto, las aceptantes de la minipíldora y las mujeres que no adoptan un método anticonceptivo después de su parto (Cuadro 9).

**CUADRO 9**  
**INFORMACION A LA POBLACION EN EL IMSS**  
**CONSOLIDACION Y AMPLIACION DE LA COMUNICACION**  
**EDUCATIVA EN SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION**  
**FAMILIAR. 1991**

MATERIALES DISTRIBUIDOS	UNIDADES
DISCO DE METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA	15,000
DISCO DE RIESGO REPRODUCTIVO	15,000
"DURANTE EL EMBARAZO PIENSELO" (tríptico)	927,000
"DOS AÑOS SON LA DIFERENCIA" (tríptico)	927,000
"FELICIDADES SEÑORA" (díptico para aceptantes DIU posparto)	581,000
"FELICIDADES SEÑORA" (díptico para aceptante minipíldora posparto)	145,000
"PIENSE, RECAPACITE" (tríptico para no aceptante posparto)	182,000
RIESGO REPRODUCTIVO (cartel)	10,000
"DOS AÑOS SON LA DIFERENCIA" (cartel)	30,000
"QUIERE SABER MAS DE LA PASTILLA COMBINADA?" (díptico)	290,000
"QUIERE SABER MAS DEL DIU?" (díptico para intervalo)	286,000
"LA TOXEMIA ES UN PELIGRO" (tríptico)	927,000
"LA TOXEMIA ES UN PELIGRO" (cartel)	30,000
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO (cartulina)	25,000
"ENTERESE Y DECIDA OPORTUNAMENTE" (díptico para vasectomía)	30,000
"ENTERESE Y DECIDA OPORTUNAMENTE" (cartel para vasectomía)	10,000

## vi) Medios masivos de comunicación

La cuantificación del impacto de la campaña a través de los medios masivos relativa al anuncio de prestación de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar en el turno vespertino de las unidades médicas, se llevó a cabo tomando como base la información de mayo a agosto de 1990, proporcionada por trece delegaciones del IMSS, once foráneas y dos de la Ciudad de México. Se entrevistó a un total de 6,397 pacientes que requirieron estos servicios (Cuadro 10).

CUADRO 10 INFORMACION A LA POBLACION EN EL IMSS PROPORCION DE PERSONAS INFORMADAS SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR SEGUN EL TIPO DE MEDIO DE COMUNICACION MASIVA			
MEDIO DE COMUNICACION MASIVA	DISTRITO FEDERAL %	ESTADOS %	TOTAL %
RADIO	33.7	23.2	27.0
PERIODICO	4.4	9.3	7.5
REVISTAS	3.5	3.6	3.6
LETREROS EN LAS CALLES	19.5	35.6	29.7
METRO	7.1	-	2.6
PARADAS DE AUTOBUSES	3.5	-	1.3
SIN DATO	28.3	28.3	28.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil.  
Reporte de 13 delegaciones (mayo-agosto, 1990).

En la Ciudad de México, la proporción de personas que fueron informadas de los servicios vespertinos de salud reproductiva a través de la radio fue del 33.7 por ciento y del 19.5 por ciento a través de carteles. En los estados los carteles

tuvieron el primer lugar (35.6 por ciento) seguidos por la radio (23.2 por ciento).

Tanto en la Ciudad de México como en los estados, el tercer lugar lo ocuparon los periódicos.

En suma, refiriéndonos a la información sobre anticonceptivos que recibieron los usuarios, se debe enfatizar la gran penetración de la comunicación interpersonal. No obstante, esta estrategia todavía requiere de un gran esfuerzo en el diseño y producción de materiales educativos, así como en la capacitación del personal.

La producción futura de materiales educativos debe considerar la necesidad de una mejor comprensión por parte de la población de la estrecha relación que existe entre la salud reproductiva y la protección anticonceptiva, así como de un mayor conocimiento de los efectos colaterales indeseables de cada método, con el fin de que estas pequeñas molestias no ocasionen el abandono de la anticoncepción.

También deberán considerarse otros aspectos que afectan la salud reproductiva de la población como es la pre-eclampsia, la diabetes, los otros factores de riesgo obstétrico y algunos síntomas que indiquen la presencia de factores de riesgo que puedan ocasionar muerte materna o perinatal.

### **Experiencia técnica de los prestadores de servicios**

Como se dijo anteriormente, este componente coincide en parte con la información que se proporciona al usuario. También tiene que ver con la comunicación interpersonal entre el prestador del servicio y el usuario y con el seguimiento de continuidad de uso de los métodos anticonceptivos y sus resultados.

Generalmente en todos los programas de planificación familiar la capacidad técnica del prestador de servicios y consecuentemente la capacitación del personal, se circunscribe principalmente al conocimiento, habilidades, destrezas y actitudes necesarios para el adecuado manejo de la metodología anticonceptiva que se ofrece a la población.

Dentro del Programa de Planificación Familiar del IMSS el cambio conceptual

introducido en 1983 -de un punto de vista demográfico al enfoque de salud y de riesgo reproductivo-, también originó modificaciones en el proceso de capacitación del personal.

Con la convicción de que la integración del concepto de riesgo reproductivo al pensamiento y práctica de los prestadores de servicios de planificación familiar implica, fundamentalmente, un proceso de capacitación y actualización, se implementó un ambicioso proyecto de comunicación educativa para abordar dicho proceso, con las siguientes fases:

#### **i) Primera fase: diagnóstico situacional**

Se puede decir que esta fase se inició en la V Reunión Anual de Planificación Familiar de noviembre de 1983, a la que asistieron 36 Coordinadores Delegacionales del Programa de Planificación Familiar del IMSS. En esta reunión se presentaron los elementos conceptuales del riesgo reproductivo y la planificación familiar y sus beneficios potenciales en la salud materno infantil, así como las estrategias operacionales para integrar este concepto de manera sistemática y generalizada.

Como parte del diagnóstico situacional, se llevó a cabo un estudio sobre la recurrencia de los factores de riesgo reproductivo. El estudio se hizo en el año de 1984 con un total de 8,000 entrevistas directas a la población con riesgo reproductivo.

Se organizaron 36 reuniones delegacionales y zonales con el fin de analizar y evaluar las acciones de planificación familiar en el IMSS durante el año de 1985, a fin de obtener información acerca de la proporción de mujeres con alto riesgo reproductivo u obstétrico (con datos tomados de la forma de detección de riesgo que obra en los expedientes clínicos) y también la forma en que estos datos influyen en la atención que se les otorga, estén o no embarazadas. El tamaño de la muestra fue de 5,480 mujeres en edad fértil de todas las unidades médicas y los hallazgos en cuanto a protección anticonceptiva fueron que no había diferencia en la cobertura anticonceptiva de acuerdo con el riesgo reproductivo de las pacientes.

De manera paralela a la evaluación del riesgo reproductivo, se llevó a cabo un estudio para determinar las necesidades de adiestramiento del personal prestador del servicio, por medio de un cuestionario aplicado a 1,728 médicos, 1,145

enfermeras y 1,263 trabajadoras sociales y asistentes médicas. Los resultados mostraron que para 1985 el nivel de información técnica sobre el riesgo reproductivo entre el personal de salud era heterogéneo e insuficiente.

Fue claro también que dichos datos eran consistentes con los resultados del análisis sobre el enfoque de riesgo reproductivo en la prestación de servicios, lo que indicó que no había diferenciación en la protección anticonceptiva de acuerdo con el riesgo. La encuesta de 1985 demostró que el 58.8 por ciento de las mujeres con alto riesgo estaban usando un método anticonceptivo, porcentaje similar al de las mujeres con riesgo normal (56.6 por ciento) (Cuadro 11).

**CUADRO 11**  
**CAPACIDAD TÉCNICA EN EL IMSS**  
**PRIMERA FASE DIAGNOSTICO 1983 - 1985**

---

- 36 TALLERES CON COORDINADORES DELEGACIONALES DE PLANIFICACION FAMILIAR
- 36 REUNIONES CON EL PERSONAL DE SALUD DE LAS DELEGACIONES DEL IMSS
- ENCUESTA SOBRE NECESIDADES DE CAPACITACION DEL PERSONAL
- RESULTADOS:
  - 58.8% de cobertura en mujeres con alto riesgo reproductivo
  - 56.6% de cobertura en mujeres con riesgo reproductivo normal

**ii) Segunda fase: diseño y producción de guías didácticas**

Las bases para el diseño de los materiales didácticos fueron: ofrecer información simplificada y comprensible de acuerdo con las diferentes responsabilidades del personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes médicas), incluyendo los recursos didácticos necesarios para permitir la reproducción de la capacitación mediante el sistema de "capacitación de capacitadores".

De acuerdo con lo anterior, se crearon las guías didácticas con temas sobre salud reproductiva y protección anticonceptiva. La evaluación de estos materiales se hizo con base en la participación del personal operativo desde la fase de diseño (evaluación preliminar). La evaluación final se efectuó con los materiales

diseñados para la etapa de capacitación de capacitadores como inicio del proceso de extensión de la capacitación a nivel nacional.

La evaluación inicial se llevó a cabo durante las reuniones zonales para analizar el Programa de Planificación Familiar del IMSS en 1986, con un total de 260 talleres de discusión coordinada con la participación de 3,144 profesionales de la salud a nivel operativo (Cuadro 12).

**CUADRO 12**  
**CAPACIDAD TECNICA EN EL IMSS**  
**SEGUNDA FASE: DISEÑO Y PRODUCCION DE GUIAS**  
**DIDACTICAS**

---

- 260 TALLERES PARA PROBAR LAS GUIAS DIDACTICAS CON 3,144 PROFESIONALES DE LA SALUD
- 5 SEMINARIOS DE CAPACITACION DE CAPACITADORES
- PRODUCCION DE 9 GUIAS DIDACTICAS SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO Y PLANIFICACION FAMILIAR
- DISTRIBUCION DE 500 JUEGOS (9 GUIAS POR JUEGO) PARA EXTENSION DE LA CAPACITACION

La evaluación intermedia, efectuada durante el último cuatrimestre de 1986, formó parte de un proyecto de investigación operacional con el fin de crear un modelo de capacitación en salud, riesgo reproductivo y planificación familiar.

La evaluación final se llevó a cabo en los meses de julio y agosto de 1987, utilizando las nueve guías didácticas en su versión definitiva durante nueve talleres organizados para capacitar a los capacitadores.

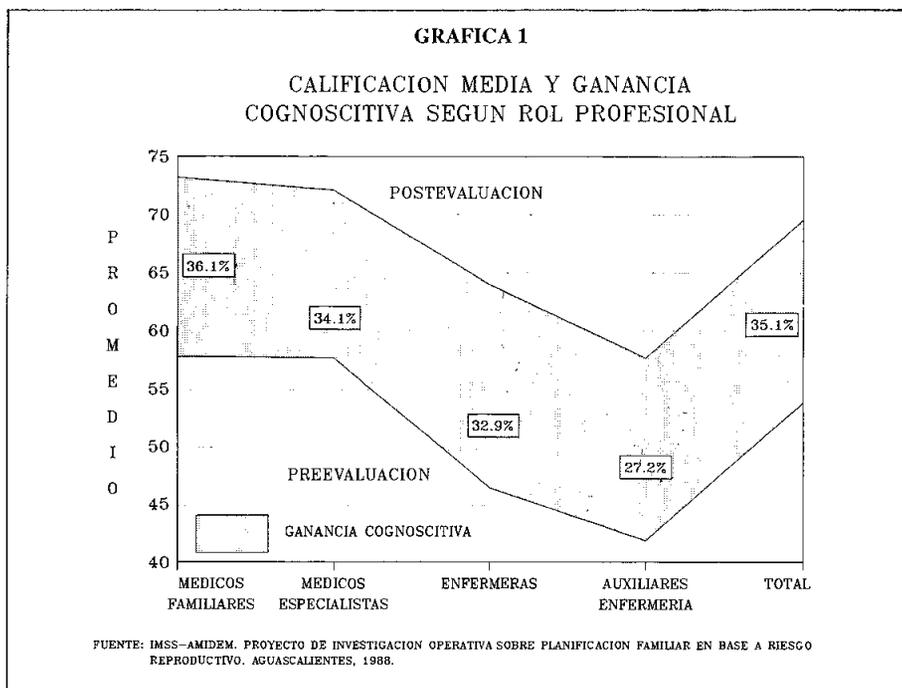
A finales de 1986, en la VIII Reunión Anual de Planificación Familiar, se inició la extensión del “modelo de comunicación educativa para el personal”, con la participación de los coordinadores médicos de todas las delegaciones del IMSS del país en las áreas de Planificación Familiar, Atención Médica y Enseñanza e Investigación, representantes de las Coordinaciones Delegacionales de Enfermería en Planificación Familiar, así como personal responsable del proceso de capacitación en cada delegación.

Entre julio y septiembre de 1987 se organizaron cinco seminarios-taller para

capacitadores en los que participaron gineco-obstetras, Jefes de Departamento Clínico de Medicina Familiar y Coordinadoras de Asistentes Médicas. Al terminar esta capacitación, en los últimos meses de 1987 y los primeros de 1988, se reprodujo la capacitación en todas las unidades médicas por medio de cursos dirigidos por las personas ya capacitadas y con el uso de las guías didácticas como material de apoyo. Se produjeron y distribuyeron 500 juegos de guías didácticas.

En un estudio especial que evaluó las ganancias cognoscitivas según rol profesional en la Delegación de Aguascalientes, se encontró que los médicos familiares, después de haber tomado el curso sobre riesgo reproductivo con las nueve guías didácticas, incrementaban su conocimiento en un 36 por ciento; los especialistas mostraron un incremento de 34.1 por ciento, las enfermeras 32.9 por ciento y las auxiliares de enfermería 27.2 por ciento (10) (Gráfica 1).

?



Debe mencionarse que en esta fase la evaluación no fue solamente para el proceso de extensión de la capacitación y la ganancia cognoscitiva de los participantes sino también, y más importante, para conocer el impacto y las repercusiones de la capacitación en la promoción y prestación de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

En este curso se capacitó a 561 profesionales de la salud (165 gineco-obstetras, 204 Jefes de Departamento Clínico y 192 Coordinadoras de Asistentes Médicas). El personal capacitado durante la primera evaluación incluyó a un total de 11,291 integrantes de los equipos de salud (710 gineco-obstetras, 3,504 médicos familiares y 7,077 enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes médicas) (Cuadro 13). Los resultados de todo el proceso de capacitación, así como su evaluación, se publicaron en el libro: "Comunicación educativa en salud reproductiva y planificación familiar" (11). La extensión de la capacitación se continuó mediante cursos monográficos y en la práctica en servicio.

CUADRO 13  
CAPACIDAD TECNICA EN EL IMSS  
PERSONAL CAPACITADO EN 1989

PERSONAL	NUMERO DE PERSONAS CAPACITADAS
GINECO - OBSTETRAS	710
MEDICOS FAMILIARES	3,504
ENFERMERAS Y TRABAJADORAS SOCIALES	4,079
ASISTENTES MEDICAS	2,998
TOTAL	11,291

Con el fin de conservar y afianzar el conocimiento adquirido por las personas capacitadas, y para que contaran con material de apoyo en la práctica diaria, se distribuyó entre el personal médico y paramédico un juego de dos discos impresos: "Riesgo Reproductivo", que contiene una breve descripción de los principales factores de riesgo relacionados con la mortalidad materna y perinatal; y "Metodología Anticonceptiva", con las indicaciones, contraindicaciones, manejo de los efectos colaterales de los métodos y criterios de selección de métodos, de acuerdo con la edad y paridad de las pacientes.

Ambos discos tienen un calendario obstétrico, usado tradicionalmente en la atención prenatal y tuvieron una excelente aceptación por parte de los profesionales de la salud, ya que son sumamente útiles para la selección de métodos, la

información que se proporciona a las pacientes y para incrementar el conocimiento de las técnicas entre los prestadores de servicios.

En resumen, en cuanto a la capacidad técnica de los prestadores de servicios de salud reproductiva y planificación familiar, el IMSS ha desarrollado un singular proceso de capacitación cuya duración es ya de más de siete años. No obstante, la importancia de ampliar estas actividades de capacitación es fundamental considerando los siguientes factores:

- la necesidad de incrementar y mantener la cobertura de personal capacitado incluyendo en este proceso al personal de nuevo ingreso;
- la actualización de las guías didácticas sobre metodología anticonceptiva, para incorporar las técnicas novedosas como la “vasectomía sin bisturí”, ligadura con anestesia local, implantes hormonales, etc. También se incluirán temas sobre salud reproductiva, integrando la epidemiología de la salud reproductiva y materno infantil, haciendo énfasis en salud reproductiva en adolescentes, grupo que tradicionalmente se ha descuidado.

### **Relación interpersonal del prestador de servicios y la usuaria**

Este capítulo se refiere al contenido afectivo que existe en la relación entre prestador de servicios y la usuaria, sin olvidar que dicha relación es de hecho el resultado de un complejo conjunto de factores inseparables mutuamente influenciados, tales como: información a la usuaria, capacidad técnica del prestador de servicios y receptividad de la usuaria.

Otro aspecto favorable al contenido afectivo de la relación entre prestador de servicio y usuaria es que se cuente con áreas específicas con la privacidad necesaria, no solamente el consultorio del médico o el lugar donde se hacen las inserciones o seguimiento de DIU's, sino también las áreas donde se llevan a cabo las entrevistas individuales y las sesiones de grupo.

De gran importancia en esta relación, principalmente en lo que se refiere a salud reproductiva y planificación familiar, es la participación de personal del sexo femenino, como las enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes médicas, ya

que esto garantiza un mayor grado de empatía entre el prestador de servicios y la usuaria.

Las estrategias aplicadas para mejorar esta relación prestador de servicios-usuaria dentro del IMSS, que al mismo tiempo podrían incrementar la cobertura anticonceptiva, son:

- Designación de Subjefas de Enfermería de Salud Reproductiva y Planificación Familiar en los hospitales con servicios de gineco-obstetricia, encargadas de proporcionar información intrahospitalaria y seguimiento de pacientes en lo relativo a la protección anticonceptiva que se otorga a las mujeres después de un parto o complicaciones de aborto.
- Establecimiento de servicios de salud reproductiva y planificación familiar en el turno vespertino en las unidades con medicina familiar (consulta externa de primer nivel), para facilitar el acceso a dichos servicios tanto a población derechohabiente como a población no derechohabiente.

En resumen, es claro que la relación prestador de servicios-usuaria es uno de los aspectos más difíciles de evaluar dada su naturaleza esencialmente subjetiva y, por lo tanto, uno de los menos estudiados. El personal de los servicios institucionales de salud, sin embargo, cada vez está más preocupado por este problema que gradualmente parece más complejo y difícil de resolver. A medida que se incrementa la cobertura y se desarrolla la tecnología es más común oír hablar de la “medicina deshumanizada”.

En virtud de su contenido y propósito, el campo de la salud reproductiva y planificación familiar debe ser considerado como uno de los caminos hacia la “medicina humanizada” ya que los atributos inherentes de la relación prestador de servicios-usuaria son: comprensión, respeto y honestidad.

### **Monitoreo de la continuidad en la anticoncepción y resultados**

Es evidente que la continuidad en la anticoncepción depende de diversos factores que ya se han analizado, tales como: selección del método, información

a las usuarias, capacidad técnica del prestador de servicios y relación interpersonal con la usuaria. Sin embargo, el monitoreo de la prevalencia de uso de los métodos anticonceptivos se refiere específicamente a aquellos mecanismos o motivaciones capaces de incrementar la continuidad en la anticoncepción.

La continuidad en la anticoncepción es paralela al período mismo de vida reproductiva y no puede permanecer estática de acuerdo con el método anticonceptivo o sus propósitos. De esta manera, el concepto de anticoncepción evoluciona del sólo deseo de posponer la llegada del primer hijo al objetivo de lograr intervalos más largos entre embarazos y la supresión definitiva de la fecundidad.

Una vez que se ha elegido el método anticonceptivo, es fundamental saber cómo promover la continuidad de uso tanto del método en sí como de la anticoncepción en general, para estar en posibilidad de satisfacer las expectativas de reproducción de la usuaria.

De igual importancia es hacer el seguimiento de las usuarias potenciales que, por diversas circunstancias, no aceptaron ningún método anticonceptivo.

A continuación se mencionan algunos de los aspectos más relevantes del seguimiento a las usuarias de métodos anticonceptivos, que se practica para poder ofrecerles seguridad y confianza:

- Reforzar en las consultas subsecuentes la información sobre el método elegido especialmente para aclarar sus dudas respecto a los efectos colaterales.
- Distribuir entre las usuarias los materiales educativos que den respuesta a sus inquietudes (o las de sus parejas).
- Mantener una actitud cuidadosa y comprensiva en los casos de cambio a otros métodos por insatisfacción con el método elegido y propiciar la orientación adecuada cuando el abandono del método sea consecuencia del deseo y la planeación de un embarazo.

Se puede concluir que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es cuantificable por medio de encuestas a nivel nacional y por encuestas específi-

cas llevadas a cabo por el IMSS entre su población. Es importante diferenciar entre continuidad de uso de un método anticonceptivo y continuidad en la anticoncepción y entre seguimiento a aceptantes y no aceptantes, para poder identificar los patrones de uso o abandono así como las características de comportamiento de las usuarias.

En lo relativo a continuidad de uso de métodos temporales en el ámbito del IMSS, de acuerdo con las encuestas de esta institución, la tasa de continuidad para el DIU a los 12 meses fue de 71.4 por ciento, mientras que en el caso de las pastillas fue solamente del 40.2 por ciento (Cuadro 14) (12) (13).

**CUADRO 14**  
**SEGUIMIENTO Y MECANISMOS DE**  
**CONTINUIDAD EN EL IMSS**  
**TASA DE CONTINUIDAD Y ABANDONO EN EL USO DEL**  
**DIU Y HORMONAL ORAL EN EL IMSS A LOS 12 MESES**

CONTINUIDAD Y RAZONES DE ABANDONO	METODO ANTICONCEPTIVO	
	DIU	HORMONAL
CONTINUIDAD	71.4	40.2
RAZONES DE ABANDONO	28.6	59.8
DOLOR, SANGRADO, INFECCION	12.9	29.6
EXPULSION	5.6	N.A.
EMBARAZO	3.2	7.7
DESEO DE EMBARAZO	2.3	9.4
OTRAS	4.6	13.1

FUENTE: Encuesta simplificada sobre el comportamiento operacional de la metodología anticonceptiva. IMSS, 1986.

Encuesta sobre continuidad uso de hormonales orales. IMSS, 1990.

Las causas de abandono más relevantes fueron las siguientes:

a) Efectos colaterales indeseables tales como: dolor, sangrado e infección en el caso del DIU (12.9 por ciento) y algunas molestias con las pastillas (29.6 por ciento).

b) Embarazo (usando el método), es decir, falla del método, con 3.2 por

ciento para el DIU y 7.7 por ciento para las pastillas.

Resumiendo, aunque las investigaciones clínicas del IMSS sobre metodología anticonceptiva y las encuestas específicas entre sus derechohabientes han proporcionado información sobre la continuidad de uso de los anticonceptivos, debe destacarse que aún queda mucho por hacer para identificar y aplicar los mecanismos operacionales capaces de hacer frente a los diferentes eventos que afectan la dinámica de protección anticonceptiva de la población.

### **Constelación de servicios**

Este concepto se refiere a la organización de los servicios de planificación familiar de tal manera que éstos sean convenientes y aceptables para los asegurados. Dentro del IMSS dichos servicios se han organizado en diferentes formas. Al inicio del programa se siguió el "modelo vertical" en el cual los servicios de planificación familiar se otorgaban en clínicas especiales ubicadas dentro de las unidades médicas de consulta externa. En los años de 1972 a 1980, 25 de las 36 delegaciones estatales y de la Ciudad de México contaban con este tipo de instalaciones especiales.

En 1980 la planificación familiar se integró a los servicios médicos generales. En esta forma, la paciente que asistía a consulta por cualquier causa podía recibir de su médico información o servicios de planificación familiar. Este proceso de "horizontalización" probó ser conveniente y adecuado para los asegurados (14). Con este modelo todo el personal del equipo de salud (médicos familiares, enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes médicas) promueve la anticoncepción entre las personas que acuden a consulta y al mismo tiempo ofrecen los servicios de protección anticonceptiva a quienes las acompañan.

Actualmente el IMSS cuenta con un sistema combinado por medio del cual algunas unidades médicas cuentan con un módulo de planificación familiar. No obstante, aún en estas unidades, la promoción de los anticonceptivos es todavía "horizontal".

El modelo integral de servicios es más evidente en los servicios obstétricos. En 1982 el IMSS inició una estrategia posparto de planificación familiar que consiste en proporcionar protección anticonceptiva inmediatamente después

del parto. En las consultas de atención prenatal las pacientes reciben información sobre anticonceptivos de acuerdo con su riesgo reproductivo para lograr que acepten un método en el posparto (14).

Aquellas mujeres que son atendidas por aborto espontáneo o complicaciones de aborto en los hospitales del IMSS también son incluidas en la promoción y se les proporcionan métodos anticonceptivos (anticoncepción postaborto).

Los servicios posparto y postaborto han sido un factor fundamental en la creciente aceptación de DIU's y de la oclusión tubaria bilateral. La cobertura anticonceptiva de las mujeres después del parto se elevó del 30.7 por ciento en 1982 al 68.5 por ciento en 1990. En el mismo período, la cobertura postaborto se incrementó de un 28.4 por ciento a un 61.6 por ciento.

El método más aceptado en el posparto es el DIU. La oclusión tubaria bilateral después del parto ha venido disminuyendo: del 38.3 por ciento de aceptantes posparto en 1982 en comparación con el 22.2 por ciento en 1990. Este cambio en la proporción de métodos anticonceptivos en el posparto obedece, entre otros factores, que se observa un incremento progresivo en la proporción de egresos obstétricos correspondientes a grupos de mujeres jóvenes y de paridad baja, que desean espaciar el siguiente embarazo y una reducción en los grupos de mujeres de mayor edad y paridad, que desean y está indicado un método definitivo.

El impacto de esta estrategia en la aceptación total de la anticoncepción ha sido fundamental. Se ha mencionado el incremento en el número de aceptantes dentro del sistema del IMSS. En el año de 1982 el 32.9 por ciento de las 579,330 aceptantes recibió el método en el período posparto y postaborto inmediato, mientras que en 1990 casi la mitad de las aceptantes obtuvo el método en dicho período (Cuadro 15).

En resumen, los servicios de planificación familiar del IMSS se integraron a los servicios médicos de las Unidades con Medicina Familiar (clínicas de consulta externa) y a los servicios de obstetricia de los hospitales, por medio de la estrategia posparto y postaborto.

**CUADRO 15**  
**CONSTELACION DE SERVICIOS EN EL IMSS**  
**PORCENTAJE DE ACEPTANTES EN POSPARTO Y**  
**POSTABORTO EN RELACION AL TOTAL DE ACEPTANTES**

AÑO	(1) TOTAL DE ACEPTANTES	(2) ACEPTANTES POSPARTO Y POSTABORTO	PORCENTAJE (2/1)
1982	579,330	190,067	32.9
1986	734,534	342,285	46.6
1990	832,500	411,331	49.4

FUENTE: Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil.

### Referencias

1. SSA-DHS. **Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987**. SSA. México, 1989.
2. Grupo Técnico Interinstitucional de Planificación Familiar del Sector Salud. **Programa de Planificación Familiar del Sector Salud, 1990-1994**. México. 1991 (Mimeo).
3. Bruce, J. "Fundamental elements of quality of care: a simple framework". **Studies in Family Planning** 21. 1990. La autora propone seis elementos conceptuales de calidad de los servicios de planificación familiar: selección de métodos, información a usuarios, capacidad técnica de los prestadores, relaciones interpersonales entre el prestador y usuario, mecanismos de continuidad y constelación de servicios.
4. Aznar, R. Reynoso, L. Montemayor, G. Giner, J. "Postplacental insertion of IUD's". **Contraceptive Delivery Systems** 1. 1980.
5. Cárdenas, C. Hernández, D. Mojarro, O. Martínez, J. "El DIU aplicado en el posparto: estrategia de un programa de planificación familiar". **Perspectivas Internacionales de Planificación Familiar**. Número especial 1989.

6. Reynoso, L. Arévalo, N. Lara, R. Aznar, R. "Aplicación postplacenta de cinco tipos de diferentes dispositivos intrauterinos". **Ginecología y Obstetricia en México**. 1982.
7. Martínez, J. Hernández, D. Alarcón, F. Correu, S. "Introduction of non-scapel vasectomy at the Mexican Social Security Institute". **Advances in Contraception** 7. 1991.
8. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil-IMSS. **Encuesta nacional sobre uso y continuidad de las aceptantes de hormonales orales. Informe de Resultados**. IMSS. 1991 (Mimeo).
9. Velasco, V. Salas, ME. "Un modelo de capacitación en riesgo reproductivo y planificación familiar. La experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social". **Salud Reproductiva**. Vol. 1, No. 1. México, 1989.
10. Velasco, V. Salas, ME. op.cit. 1989.
11. Martínez Manautou, J. (ed.) **Comunicación educativa en salud reproductiva y planificación familiar**. IMSS-AMIDEM. 1989.
12. Cárdenas, C. Hernández, D. Mojarro, O. Martínez, J. op.cit. 1989.
13. Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil-IMSS. op.cit. 1991.
14. Alarcón, F. Martínez, J. **Innovaciones administrativas del programa de planificación familiar. Estudio de caso**. IMSS. México, 1986.

La Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), por indicaciones de su Presidente, licenciado Genaro Borrego Estrada, se ha propuesto llevar a cabo un importante programa editorial para cumplir de mejor manera con sus finalidades fundamentales consistentes en recopilar y difundir los avances de la seguridad social.

La Conferencia concentra sus esfuerzos en la publicación de documentos cuyo propósito es lograr una seguridad social eficiente, ante las necesidades sociales, y procurar que su contenido sea de interés general y comprenda una extensa variedad de temas. Su programa editorial responde, por lo tanto, a las demandas constantes de las instituciones de seguridad social del continente, para contar con un mayor número de publicaciones en las que quede constancia y testimonio de los diferentes trabajos que realizan, y a la generación de documentos útiles a las instituciones por parte de los órganos de la CISS, las Subregiones y del Sistema de Información de la Seguridad Social Americana. Se publican dos colecciones: monografías de la seguridad social de los países representados en la CISS y libros especializados en temas de seguridad social. Queda a las instituciones el compromiso de acentuar su participación, para enriquecerlas con sus experiencias acumuladas. Asimismo la edición de su Boletín Informativo con periodicidad mensual, su Revista Seguridad Social, bimestral, y el Atlas de la Seguridad Social Americana, dan respuesta a las mismas demandas institucionales.

La presente publicación forma parte de este programa integral de difusión editorial, que se ha propuesto realizar la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social  
Secretaría General  
México D. F.  
1993