

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y**  
**BIOQUÍMICAS**  
**MAESTRÍA EN FARMACIA CLÍNICA Y GESTIÓN**  
**FARMACÉUTICA**



**PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS**  
**MODERNOS EN CENTROS DE SALUD DE PRIMER**  
**NIVEL DE LA RED 2 NOROESTE DE LA PAZ, 2016**

Tesis de postgrado presentada para la obtención del Grado de Maestría

**POR: JHOANA SIDNEY VENEGAS MIRANDA**

**TUTOR: DULCE MARÍA CALVO BARBADO**

**LA PAZ – BOLIVIA**

**Agosto, 2019**

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y**  
**BIOQUÍMICAS**  
**MAESTRÍA EN FARMACIA CLÍNICA Y GESTIÓN**  
**FARMACÉUTICA**



**PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS**  
**MODERNOS EN CENTROS DE SALUD DE PRIMER**  
**NIVEL DE LA RED 2 NOROESTE DE LA PAZ, 2016**

**POR: JHOANA SIDNEY VENEGAS MIRANDA**

**TUTOR: M. Sc. DULCE MARÍA CALVO BARBADO**

**LA PAZ – BOLIVIA**

**Agosto, 2019**

**DEDICATORIA:**

A mis padres Nelson y Gladis que, sin su infinito amor, su incondicional apoyo en todo aspecto de mi vida, no hubiese logrado culminar esta meta trazada, a mi esposo Marcio y a mi hermano Jhonattan por brindarme siempre su apoyo, comprensión y cariño a lo largo de mi vida.

## **AGRADECIMIENTO:**

A Dios por estar ahí siempre y darme la fortaleza para seguir adelante.

A la Universidad Mayor de San Andrés, y en especial a la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas en su Unidad de Postgrado por haberme cobijado en sus aulas y sobre todo al cuerpo docente por haberme inculcado e impartido sus conocimientos para mi formación de postgrado.

Un agradecimiento infinito a mi asesora, una gran profesional M. Sc. Dulce María Calvo Barbado, por toda la orientación que recibí para la culminación de esta Tesis.

De la misma forma quiero agradecer a la Dra. Elizabeth Gerónimo Choque Gerente de salud de la red 2 Noroeste del SEDES que junto con su equipo de trabajo me apoyaron y contribuyeron con los datos para la investigación de este trabajo.

También agradecer a mis compañeras de trabajo y a todo el personal del Centro de Salud de Munaypata red 2 Noroeste, por el desprendimiento y apoyo que siempre me brindaron para concluir esta tesis.

## TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
CALIFICACIONES .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
TABLA DE CONTENIDO .....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE TABLAS .....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiv
GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	xv
RESUMEN.....	xvi
SUMMARY .....	xvii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	5
3. OBJETIVOS .....	8
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	8
4. HIPÓTESIS .....	9
II. DESCRIPCIÓN DEL MARCO TEÓRICO.....	10
1. EPIDEMIOLOGIA.....	10
2. ANTICONCEPCIÓN .....	12
2.1. DEFINICIÓN.....	12
2.2. CONCEPTOS .....	13
2.2.1. Concepción .....	13
2.2.2. Contracepción .....	13
2.2.3. Contraceptivo o Anticonceptivo .....	13
2.2.4. Prevalencia Anticonceptiva (P.A.).....	13
2.3. MÉTODOS CUBIERTOS Y OFERTADOS POR EL SEGURO Y SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.....	14
2.3.1. MÉTODOS NATURALES .....	15
2.3.1.1. MÉTODO DE LA LACTANCIA – AMENORREA (MELA) .....	15
2.3.1.2. MÉTODO DEL CALENDARIO O MÉTODO DEL RITMO (OGINO KNAUS). 17	
2.3.1.2.1. DEFINICIÓN.....	17
2.3.1.2.2. MECANISMO DE ACCIÓN .....	18
2.3.1.2.3. CUANDO SE PUEDE UTILIZAR .....	18
2.3.1.2.4. CUANDO NO SE DEBE UTILIZAR .....	18
2.3.1.2.5. COMO SE UTILIZA .....	18
2.3.1.2.6. EFECTIVIDAD .....	19
2.3.1.3. MÉTODO DEL MOCO CERVICAL (BILLINGS).....	20
2.3.1.3.1. DEFINICIÓN.....	20
2.3.1.3.2. MECANISMO DE ACCIÓN .....	20

2.3.1.3.3.	CUANDO SE PUEDE UTILIZAR .....	21
2.3.1.3.4.	CUANDO NO SE DEBE UTILIZAR .....	21
2.3.1.3.5.	COMO SE UTILIZA .....	21
2.3.1.3.6.	EFFECTIVIDAD .....	22
2.3.1.4.	MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS O DÍAS STANDARD .....	23
2.3.1.4.1.	DEFINICIÓN.....	23
2.3.1.4.2.	MECANISMO DE ACCIÓN .....	23
2.3.1.4.3.	CUANDO SE PUEDE UTILIZAR .....	23
2.3.1.4.4.	CUANDO NO SE DEBE UTILIZAR .....	23
2.3.1.4.5.	COMO SE UTILIZA .....	24
2.3.1.4.6.	OBSERVACIONES .....	25
2.3.1.4.7.	EFFECTIVIDAD .....	25
2.3.2.	MÉTODOS MODERNOS.....	26
2.3.2.1.	MÉTODO DE BARRERA (condón masculino) .....	26
2.3.2.1.1.	DEFINICIÓN.....	26
2.3.2.1.2.	MECANISMO DE ACCIÓN .....	26
2.3.2.1.3.	CUANDO SE PUEDE UTILIZAR .....	26
2.3.2.1.5.	EFFECTIVIDAD .....	28
2.3.2.1.6.	CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD .....	29
2.3.2.2.	DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) .....	29
2.3.2.2.1.	DEFINICIÓN.....	29
2.3.2.2.2.	MECANISMO DE ACCIÓN .....	29
2.3.2.2.3.	CUANDO SE PUEDE INSERTAR .....	30
2.3.2.2.4.	CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD .....	30
2.3.2.2.5.	COMO SE UTILIZA .....	31
2.3.2.2.6.	EFFECTOS SECUNDARIOS .....	31
2.3.2.2.7.	EFFECTIVIDAD .....	31
2.3.2.3.	ANTICONCEPCIÓN ORAL COMBINADA:	31
2.3.2.3.1.	DEFINICIÓN.....	31
2.3.2.3.2.	MECANISMO DE ACCIÓN .....	32
2.3.2.3.3.	CUANDO SE PUEDE UTILIZAR .....	32
2.3.2.3.4.	COMO SE UTILIZA .....	32
2.3.2.3.5.	EFFECTOS SECUNDARIOS .....	33
2.3.2.3.6.	SEÑALES DE ALARMA .....	33
2.3.2.3.7.	EFFECTIVIDAD .....	33
2.3.2.3.8.	CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD .....	34
2.3.2.4.	INYECTABLE TRIMESTRAL .....	35
2.3.2.4.1.	DEFINICIÓN.....	35
2.3.2.4.2.	MECANISMO DE ACCIÓN .....	35
2.3.2.4.3.	CUANDO SE PUEDE UTILIZAR .....	36
2.3.2.4.4.	COMO SE UTILIZA .....	36
2.3.2.4.5.	EFFECTOS SECUNDARIOS .....	36
2.3.2.4.6.	EFFECTIVIDAD .....	37
2.3.2.4.7.	CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD .....	37

2.3.2.5.	IMPLANTE SUBDÉRMICO.....	38
2.3.2.5.1.	DEFINICIÓN.....	38
2.3.2.5.2.	DESCRIPCIÓN .....	38
2.3.2.5.3.	MECANISMO DE ACCIÓN .....	39
2.3.2.5.4.	CUANDO SE PUEDE UTILIZAR .....	40
2.3.2.5.5.	COMO SE UTILIZA .....	40
2.3.2.5.6.	EFFECTOS ADVERSOS .....	40
2.3.2.5.7.	EFFECTIVIDAD .....	41
2.3.2.5.8.	CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD .....	41
3.	LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ .....	42
3.1.	NIVELES DE ATENCIÓN .....	44
3.1.1.	NIVEL MUNICIPAL.....	45
3.1.2.	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	45
4.	LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA (LEY 475) .....	47
4.1.	BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS.....	48
4.2.	PRESTACIONES DE SALUD .....	48
4.3.	ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD .....	49
5.	MODELO BOLIVIANO DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI).....	49
5.1.	LA ESTRATEGIA DE LA POLÍTICA SAFCI .....	50
5.2.	ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN.....	51
5.3.	INSTRUMENTOS DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO .....	53
6.	SISTEMA NACIONAL ÚNICO DE SUMINISTRO “SNUS” .....	53
6.1.	SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN LOGÍSTICA PARA MEDICAMENTOS E INSUMOS (SALMI) .....	55
6.2.	SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN LOGÍSTICA PARA MEDICAMENTOS E INSUMOS (SIAL).....	57
6.3.	SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (SNIS).....	57
7.	PREVALENCIA EN EL USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	57
8.	FARMACOEPIDEMIOLOGÍA .....	58
8.1.	CONCEPTOS DE EPIDEMIOLOGÍA .....	58
8.2.	OBJETIVOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA .....	59
8.3.	MÉTODO EPIDEMIOLOGÍCO .....	59
8.4.	MEDICIÓN EPIDEMIOLOGÍCA .....	59
8.4.1.	MEDIDAS DE FRECUENCIA.....	59
9.	LOS ESTUDIOS DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS .....	60
9.1.	OBJETIVOS DE LOS EUM .....	61
9.2.	CLASIFICACIÓN DE LOS EUM .....	61
9.2.1.	ESTUDIOS SOBRE LA OFERTA DE MEDICAMENTOS.....	61
9.2.2.	ESTUDIOS CUANTITATIVOS DE CONSUMO.....	61
9.2.3.	ESTUDIOS CUALITATIVOS DE CONSUMO .....	62
9.2.4.	OTROS ESTUDIOS CUALITATIVOS.....	62

9.2.4.1.	OTROS ESTUDIOS CUALITATIVOS.....	62
9.2.4.1.1.	ESTUDIOS DE PRESCRIPCIÓN.....	62
9.2.4.1.2.	ESTUDIOS DE DISPENSACIÓN.....	62
9.2.4.1.3.	ESTUDIOS DE USO-ADMINISTRACIÓN.....	62
9.2.4.1.4.	ESTUDIOS ORIENTADOS A PROBLEMAS.....	63
9.3.	APLICACIONES DE LOS EUM.....	65
III.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	66
1.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	66
2.	PERÍODO Y LUGAR.....	66
3.	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	66
4.	MUESTRA.....	66
4.1.	CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	66
4.2.	DATOS A CONSIDERAR PARA EL TAMAÑO MUESTRAL.....	67
4.3.	TAMAÑO DE MUESTRA.....	68
4.4.	SELECCIÓN DE MUESTRA.....	68
4.4.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	68
4.4.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	69
5.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	69
5.1.	EVALUACIÓN DE PREVALENCIA.....	69
5.2.	CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES.....	71
5.3.	VALORACIÓN DE FACTORES QUE CONDICIONAN EL USO.....	72
6.	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	73
7.	PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS PARA LAS VARIABLES.....	74
8.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	75
IV.	RESULTADOS.....	76
IV.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	87
V.	CONCLUSIONES.....	94
VI.	RECOMENDACIONES.....	96
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
VIII.	ANEXOS.....	102
1.	MODELO DE ENCUESTA PROPUESTO.....	102
2.	ASOCIACIÓN DE LETRAS/NÚMERO A LAS PREGUNTAS DE ESTUDIO..	103
3.	RESUMEN DEL NÚMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS VERSUS EL NÚMERO DE PREGUNTAS RESPONDIDAS RECOPIADAS PARA EL ESTUDIO.....	104
4.	CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	109



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Bolivia: Prevalencia de conocimiento y de uso de métodos anticonceptivos, por tipo de método.....	110
Figura 2 Métodos Anticonceptivos .....	143
Figura 3 Organización del Sector de Salud.....	44
Figura 4 Estado general de la infraestructura en salud 2011 .....	46
Figura 5 Modelo sanitario de Salud Familiar Comunitaria Intercultural .....	51
Figura 6 Esquema de logística del SNUS .....	54
Figura 7 Ciclo logístico del SALMI.....	56
Figura 8 Utilización de medicamentos en Atención Primaria .....	64

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de mujeres en edad fértil según asumen usar métodos anticonceptivos, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.....	76
Tabla 2 Distribución de la prescripción de los métodos anticonceptivos en los centros de salud., de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.....	76
Tabla 3 Distribución de mujeres en edad fértil según preferencia de método anticonceptivo, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.....	79
Tabla 4 Distribución de mujeres en edad fértil según grado de escolaridad, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016 .....	79
Tabla 5 Distribución de mujeres en edad fértil que asumen usar métodos anticonceptivos según su grado de escolaridad en la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016 ..	80
Tabla 6 Distribución de mujeres en edad fértil según Estado Civil, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.....	81
Tabla 7 Distribución de mujeres en edad fértil según grupo etario, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.....	82
Tabla 8 Distribución de mujeres en edad fértil según la tenencia de Hijos, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016 .....	82
Tabla 9 Distribución de mujeres en edad fértil según presencia de gestación, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016 .....	83
Tabla 10 Distribución de mujeres en edad fértil según asumen tener relaciones sexuales, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.....	83
Tabla 11 Distribución de mujeres en edad fértil según la periodicidad de relaciones sexuales, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016 .....	84
Tabla 12 Distribución de mujeres en edad fértil según asume conocer donde obtener un método de planificación familiar, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.....	84
Tabla 13 Distribución de mujeres en edad fértil según el sitio de instrucción del uso del método anticonceptivo, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.....	85
Tabla 14 Distribución de mujeres en edad fértil según el motivo de la preferencia de uso del método anticonceptivo, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.....	85
Tabla 15 Distribución de mujeres en edad fértil según la Interacción sobre los métodos de planificación familiar en los centros de salud de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016 .....	86
Tabla 16 Distribución de mujeres en edad fértil según la Recomendación sobre divulgación de información acerca la planificación familiar de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.....	86

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Frecuencia de las prescripciones de anticonceptivos modernos realizadas en los diferentes centros de salud de primer nivel de la red 2 Noroeste del municipio de la paz en la gestión 2015.....	78
Gráfico 2 Frecuencia de mujeres en edad fértil que asumen usar métodos anticonceptivos según su grado de escolaridad en la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016 ..	81

## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

1. **ACO:** Anticoncepción Oral Combinada
2. **CV:** Accidente Cerebro Vascular
3. **DILOS:** Directorio Local de Salud
4. **DIU:** Dispositivo Intrauterino
5. **ENDSA:** Encuestas Nacionales de Demografía y Salud
6. **EUM:** Estudio de Utilización de Medicamentos
7. **ITS:** Infecciones De Transmisión Sexual
8. **LH:** Hormona Luteinizante
9. **MELA:** Método de la Amenorrea de la Lactancia
10. **MSD:** Ministerio de Salud y Deportes
11. **ONG:** Organización No Gubernamental
12. **PA:** Prevalencia Anticonceptiva
13. **SAFCI:** Modelo Boliviano de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural
14. **SALMI:** Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos
15. **SEDES:** Servicio Departamental de Salud
16. **SIAL:** Sistema De Información de la Administración Logística para Medicamentos e Insumos
17. **SIDA:** Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida
18. **SNIS:** Sistema Nacional De Información en Salud
19. **SNS:** Sistema Nacional de Salud
20. **SNUS:** Sistema Nacional Único De Suministro
21. **SUMI:** Seguro Universal Materno-Infantil
22. **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

## RESUMEN

El uso de métodos anticonceptivos modernos, se ha incrementado en Bolivia de forma notable en los últimos veinte años, la disponibilidad de métodos anticonceptivos, ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos. Este tiene como objetivo describir la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos, en mujeres en edad fértil asistentes a los centros de salud de primer nivel de atención, de la red 2 Noroeste de La Paz. Se aplicaron cuestionarios cerrados estructurados a 207 Pacientes Mujeres en edad fértil (10-59 años), además se realizó una revisión bibliográfica de los métodos anticonceptivos, también se utilizó los datos proporcionados por el sistema de información de la administración logística para medicamentos (SIAL), a través del cual se procesó a nivel local la información relativa a la utilización de anticonceptivos modernos. Los datos obtenidos se vaciaron en el sistema informático Microsoft Office Excel 2013, donde se analizaron las variables por medio de frecuencias; posteriormente se expresaron los resultados a través de tablas y gráficos. Como resultados se obtuvo la frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos en «mujeres expuestas» es solo 51%, siendo los más utilizados el condón masculino 27,05%, el inyectable trimestral un 19,32% y el implante subdérmico 10%, siendo que el 68,12% tienen el conocimiento de donde obtener métodos anticonceptivos gratuitamente. Las conclusiones del estudio aportaron que aun cuando algo más de la mitad de las mujeres encuestadas han sido informadas sobre el uso de los métodos anticonceptivos, es insuficiente aun el grado de información el 96,14% recomiendan se realicen campañas en los centros de salud, donde les informen sobre el uso de los métodos anticonceptivos, ya que indicador útil para medir el progreso hacia el acceso universal a la salud reproductiva.

**Palabras Clave:** Anticonceptivos Modernos, Prevalencia.

## SUMMARY

The use of modern contraceptive methods has increased notably in Bolivia in the last twenty years. The availability of contraceptive methods has offered women the possibility of planning their motherhood, allowing a better personal development and a fuller sexual life. However, not all women have the same level of knowledge or access to them. The purpose of this study is to describe the prevalence of the use of modern contraceptives, in women of childbearing age attending the health centers of the first level of care, of the network 2 northwest de La Paz. Structured closed questionnaires were applied to 207 female patients of childbearing age (10-59 years), in addition to a literature review of contraceptive methods, the data provided by the Information System of the Logistics Administration for Medicines (SIAL) was also used through which information related to the use of modern contraceptives was processed locally. The data obtained were emptied into the Microsoft Office Excel 2013 computer system, where the variables were analyzed by means of frequencies; subsequently the results were expressed through tables and graphs. As a result, the frequency of contraceptive use in "exposed women" was only 51%; the most commonly used being the male condom 27.05%, the quarterly injectable 19.32% and the subdermal implant 10%, being that 68.12% have the knowledge of where to obtain contraceptive methods free of charge. The conclusions of the study showed that even though slightly more than half of the women surveyed have been informed about the use of contraceptive methods, the degree of information is still insufficient. 96.14% recommend campaigns in health centers, where they are informed about the use of contraceptive methods, as a useful indicator to measure progress towards universal access to reproductive health.

**Keywords:** Modern Contraceptives, Prevalence.

## I. INTRODUCCIÓN

La prevalencia del uso de anticonceptivos es un indicador útil para medir el progreso hacia el acceso universal a la salud reproductiva. El uso de métodos anticonceptivos modernos o tradicionales, se ha incrementado en Bolivia de forma notable en los últimos veinte años, en el ámbito nacional, el 60.6% de las mujeres casadas o de la unión consensual entre 15 y 49 años reportan en 2008 hacer uso de algún método anticonceptivo. A pesar de los avances, el uso de métodos anticonceptivos es menos generalizado en el resto de los países de la región. (Calderón, et al., 2014).

Se pudo evidenciar que las mujeres con alto nivel de educación, tienen una actitud positiva hacia el uso de métodos anticonceptivos de largo plazo o modernos, en comparación al resto de las mujeres que tienen diferentes mitos y conceptos erróneos sobre los mismos, que son una barrera para su utilización en la zona Wolaita de África. (Meskele, et al., 2014). En Uganda otra zona africana que tiene una de las tasas de fecundidad más altas a nivel mundial en general, su alta fertilidad se atribuye a la alta necesidad insatisfecha de planificación familiar; un estudio reveló al igual que el anterior un bajo nivel del uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada por la actitud negativa de las mujeres acerca de la importancia del papel de parejas masculinas en la elección de los anticonceptivos, además de mitos negativos sobre el uso de las mismas; en estos se propone el establecimiento de estrategias para fortalecer la educación del cliente para que este pueda integrarse a programas de salud reproductiva con el fin de disipar posibles mitos sobre el uso de estas. (Anguzu, et al., 2014).

Para los jóvenes con la experiencia del embarazo en Teresina-Brasil, se necesita cambiar el modelo de atención y de la aplicación de la estrategia salud de la familia, para que tiendan a minimizar las desigualdades sociales y de salud, mediante la mejora de las condiciones de salud de la población de bajos ingresos, ya que ellos tienen mayor dificultad en el control de la fertilidad. (Bezerra, et al., 2014). Un estudio realizado en

Lima-Perú el año 2005 revela que las barreras personales, socioculturales, con los servicios de planificación familiar y con el profesional de salud fueron un obstáculo para el uso de un método anticonceptivo en las adolescentes, sin duda, uno de los problemas muy acuciantes resulta el inicio precoz de las relaciones sexuales, unido al uso insuficiente o inadecuado de métodos anticonceptivos seguros y eficaces, lo que justifica la alta tasa de embarazos no deseados en aquella población. (Lizarzaburu S., 2006).

En Bolivia, como la mayoría de los países en desarrollo, ha experimentado un descenso de la fecundidad, las necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos en 1998, se limita entre las mujeres analfabetas y los que tienen nivel educación primaria, pero se reduce significativamente entre las mujeres con cursos de secundaria y más alto. Sin embargo, hay serias críticas a la falta de sensibilidad de los profesionales de la salud en relación con las diferencias culturales, eliminando de este modo una proporción significativa de las mujeres, especialmente las más pobres, con poca educación; es por ello que se requiere un análisis crítico de la oferta de servicios de salud y planificación familiar, con especial énfasis en la calidad del servicio y el respeto a los derechos reproductivos de hombres y mujeres, de acuerdo con los principios establecidos en la Conferencia de El Cairo. (Calle, et al., 2006).

La dinámica del conocimiento de métodos de anticoncepción en Bolivia, durante el período 1989-2003, se caracteriza por un continuo ascenso en el conocimiento de los métodos modernos y un estancamiento desde aproximadamente la mitad de los años noventa en el de los tradicionales. Esa tendencia nacional tiene algunas variaciones cuando se examina por estrato socioeconómico. (Coa, et al., 2006).

La esterilización femenina fue, hasta 1998, el método anticonceptivo más solicitado en el sector público. Entre las usuarias de este método durante el período 1989-1998, alrededor del 62 por ciento lo obtuvo de un centro público. Durante ese mismo período, los demás métodos (el DIU, la inyección, la píldora y el condón) fueron adquiridos preferentemente en el sector privado. Pero, en el período 1998-2003 se observa algunos



cambios en las preferencias. Hubo un incremento en la preferencia de las mujeres por realizarse la esterilización femenina en un centro público de un 70,7 por ciento en el 2003. Sin embargo, los cambios más notables tienen relación con el DIU y la inyección. La fuente principal de abastecimiento del DIU pasa a ser el sector público, más que el privado. En efecto, entre las usuarias del DIU, en el 2003 el 68,6 por ciento lo obtuvo en un centro público. Más notable fue el cambio con relación a la inyección. Hasta 1998 la inyección era casi totalmente adquirida en centros privados, pero, en el 2003 el 76,3 por ciento de las usuarias de este método lo obtuvo en un centro público. Este hecho pudo ser resultado de una política de incrementar la oferta de este método anticonceptivo en el sector público de la salud. (Coa, et al., 2006).

Un gran apoyo al trabajo en anticoncepción se dio con la adopción de una nueva meta por la Asamblea General de las Naciones Unidas “lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015”, bajo el quinto objetivo del desarrollo del milenio (ODM), con la finalidad de reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna. Otro elemento fundamental en este aspecto es la incorporación de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos en el artículo 66 de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, promulgada en febrero de 2009. (Zárate, et al., 2010).

Se logró demostrar que las legislaciones de Bolivia, Colombia y Uruguay cumplen con varias recomendaciones de la OMS para información y servicios de anticoncepción en el marco de los derechos humanos. Los tres países tienen fortalezas en la no discriminación y espacios para adopción de decisiones informadas y sus debilidades están en accesibilidad, calidad y la rendición de cuentas. La comparación de la legislación nacional de Colombia, Bolivia y Uruguay con la guía de la OMS para anticoncepción visualiza fortalezas y debilidades en el marco normativo nacional y regional para encontrar oportunidades de robustecer la normativa y garantizar el respeto a derechos humanos que avale el compromiso político en materia de desarrollo promueve las buenas prácticas hacia un servicio de calidad. (Córdova-Pozo, et al., 2017).

Según la Ley No. 1737, Ley del Medicamento y Decreto Supremo No. 25235, Reglamento de la Ley del Medicamento, de fecha 21 de diciembre de 2002, aprueba el Sistema Nacional Único de Suministro “SNUS”, como marco normativo de la administración de medicamentos e insumos en todo el Sistema Público de Salud, Seguro Social y establecimientos privados según corresponda, con el fin de desarrollar la gestión del suministro, garantizar la disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros, de calidad, a precios razonables, en los servicios de salud y atender las prestaciones demandadas por los usuarios en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. SNUS (2002).

El municipio de La Paz cuenta con una población de 890 mil habitantes, donde el macro distrito más populoso es Max Paredes o Red de Salud N° 2 - Noroeste, con más de 180 mil habitantes. (Blondel, et al., 2013). La salud pública se inició en La Paz en 1942, cuando el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública ejecutó sus actividades en Bolivia, siendo nuestra ciudad la primera del país en contar con un Centro de Salud construido y equipado para este propósito, ubicado en la zona Garita de Lima en el centro en el que actualmente funciona el Hospital La Paz, perteneciente a la Red 2 Noroeste, llamado por el Decreto Supremo N° 25060 de 2 de julio de 1998, Servicio Departamental de Salud (SEDES), este llega a conformarse como ente rector y gestor de la salud del Departamento, desconcentrada administrativa y funcionalmente del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, a través de Redes y servicios de salud integrales, con calidad y efectividad en el continuo de la vida.(SEDES, 2015).

El Modelo de Gestión del Sistema Nacional de Salud (SNS) establece la existencia de tres niveles de atención en salud, donde los centros de primer nivel tienen capacidades para resolver problemas de salud que se enmarcan en el autocuidado de la salud, consulta ambulatoria e internación de tránsito. En este nivel se encuentran el puesto de salud, el consultorio médico, el centro de salud con camas de tránsito y el policlínico. (Cordero, et al; 2013).

La Red de Salud N° 2 - Noroeste que incluye el área rural de Zongo cuenta con 11 centros de salud, dos centros maternos infantiles y una posta de salud, (C.S. Alto Mcal. Santa Cruz, C.S. Bajo Tejar, C.S. Ciudadela Ferroviaria, C.S. Camsique Zongo, C.S. Munaypata, C.S. Obispo Indaburo, C.S. Said, C.S. Panticirca, C.S. Villa Victoria, C.S. Chamoco Chico, C.S.M.I. El Tejar, C.S. La Portada, C.S. Apumalla). Los centros cuentan en promedio con siete funcionarios y atienden entre seis y 24 horas al día, dicha red está conformada por una población total de 161.246 habitantes, con una población de mujeres en edad fértil de 61.437. (Cordero, et al; 2013).

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA EN FORMA DE PREGUNTA**

¿Es frecuente el uso Anticonceptivos Modernos, en Mujeres en edad fértil, asistentes a los Centros de Salud de primer nivel de atención de la Red 2 Noroeste del municipio de La Paz, del año 2016?

## **2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La prevalencia de conocimiento de métodos modernos de anticoncepción en Bolivia, entendida como el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que “conocen” o que escucharon hablar alguna vez de al menos un método de anticoncepción moderna, tuvo un continuo ascenso desde fines de los ochenta hasta los primeros años de la década actual.

Según la OMS se calcula que, en los países en desarrollo, unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo, lo que establece un gran problema en la salud pública a nivel mundial. En Bolivia según los datos de Vigilancia epidemiológica, reportados todos los meses por cada centro de salud del sector público y consolidado cada año a través

del SNIS y programas nacionales hasta el primer semestre 2014, la anticoncepción prevalente son los anticonceptivos inyectables.

A pesar del aumento en el uso de anticonceptivos en todo el mundo en la última década, aún hay discrepancia en la necesidad de limitar la natalidad y la utilización de anticonceptivos modernos de acción prolongada y permanente. Los principales factores limitantes son el temor a los efectos secundarios, la infertilidad después de su uso, el conocimiento sobre los mismos y la percepción sobre el apoyo de la pareja para utilizarlos. Es por ello que se propuso promover aún más el uso de estos métodos que abordan conceptos erróneos asociados a través de una comunicación efectiva, con una participación de las estrategias y los cónyuges en los programas de planificación familiar. (Gebremariam, et al., 2014).

A través de las tres últimas Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA), de 1998, 2003 y 2008, la población boliviana ha mostrado variaciones, desde la última publicación de la encuesta en el 2008, se ha hecho conocer sus necesidades y aspiraciones respecto de su salud sexual y de su salud reproductiva, particularmente de aquella relacionada con su fecundidad. (Norma nacional, 2010) Los resultados de estas encuestas muestran un contexto en particular, de avances y retrocesos, poniendo de manifiesto el conocimiento el uso y las necesidades insatisfechas en anticoncepción, principalmente de las mujeres. La diferencia en el conocimiento de métodos anticonceptivos modernos, según el lugar de residencia: de acuerdo a la ENSA 2003 el 97% de las mujeres citadinas conocían métodos modernos, frente al 83% de mujeres en el área rural que no lo conocían. La mejora en la prevalencia general de uso de métodos en mujeres: de 48,3% en 1998 a 58,8% en el ENSA 2003 y 60,6% en el ENSA 2008, siendo el 34,5% para métodos modernos y el 26,1% para métodos naturales según el ENSA 2008. Se incrementó el uso de métodos naturales o tradicionales en mujeres de 23,1% (ENSA 1998) a 26,1% (ENSA 2008) en aproximadamente una década, incrementándose también el uso de

métodos modernos de 25,2% (ENDSA 1998) a 34,6% (ENDSA 2008), aproximadamente un 10% en diez años. (Zárate, et al., 2010).

Los datos estadísticos mensuales y anuales, elaborados en el SIAL por cada centro de salud, y consolidado por el servicio departamental de salud (SEDES) como ente regulador, brindan cifras estadísticas del consumo de los suministros de anticonceptivos utilizados y actualizados de cada red de salud, no reportan la prevalencia y preferencia de su uso por las usuarias de los mismos, por el cual se sustenta este trabajo de investigación descriptivo. Al no existir una investigación actualizada en esta área desde la última publicación en el año 2006, ni literatura expuesta en relación de la misma después de la implementación de la Ley 475, ley del seguro integral de salud; este trabajo cubre el vacío científico existente en esta área, en donde los beneficiarios directos de este trabajo serán la población, a través de su redes de salud, constatando el porqué de la prevalencia de consumo de estos suministros anticonceptivos en la actualidad, después de haberse implementado el modelo de salud SAFCI, detallado por la preferencia del uso de los mismos por el personal de salud y los usuarios.

Se pudo evidenciar por experiencia laboral, el incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos, además de los factores que condicionan la utilización de los métodos de planificación familiar, al ser dispensados por los seguros de salud público en forma gratuita; los cuales son la motivación para indagar sobre el tema, ya que no se dispone de información sobre los datos actualizados del uso de las mismas a nivel nacional, y menos publicaciones a nivel municipal, ni sobre su prevalencia y uso después de haberse establecido la ley 475 del seguro integral de salud a nivel Nacional. Además, este trabajo podría ser empleado como instrumento de planificación y gestión del suministro de estos insumos.

Dicho trabajo es la emisión de un documento fiable, actualizado y descriptivo sobre el uso de Métodos anticonceptivos Modernos, que ayuda a la planificación y gestión de suministros anticonceptivos de la Red de salud N° 2 Noroeste, el cual permitirá el acceso y uso de los mismos de forma clara y concisa, una vez ya establecida la ley 475, con las características propias de la población, la cual estará disponible para el uso y conocimiento de los habitantes, estableciéndose como antecedente, aporte en campañas de salud sexual y reproductiva, para posteriores análisis, comparación e investigación sobre la misma.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos, de mujeres en edad Fértil, asistentes a los centros de salud de primer nivel de atención, pertenecientes a la red 2 noroeste del municipio de La Paz, del año 2016.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar a las mujeres en edad fértil, asistentes a los centros de salud de primer nivel de atención, pertenecientes a la red 2 noroeste del municipio de La Paz, del año 2016.
- Describir a los anticonceptivos modernos utilizados en los centros de salud de primer nivel de atención, pertenecientes a la red 2 noroeste del municipio de La Paz, del año 2016.
- Valorar los factores que condicionan el uso de los anticonceptivos modernos en los centros de salud de primer nivel de atención, pertenecientes a la red 2 noroeste del municipio de La Paz, del año 2016.

#### **4. HIPÓTESIS**

Existe una alta prevalencia del uso anticonceptivos modernos, de mujeres de edad fértil, asistentes a los centros de primer nivel de atención, pertenecientes a la red 2 noroeste del municipio de La Paz, en el año 2016.

## **II. DESCRIPCIÓN DEL MARCO TEÓRICO**

### **1. EPIDEMIOLOGIA**

Desde 1993, Bolivia cuenta con anticonceptivos (de donación) distribuidos y administrados por los servicios de salud públicos y desde 1999 pueden ser adquiridos con recursos municipales al estar incorporados como parte de las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), ahora reformulado como el Seguro Integral de Salud (Ley 475). Las mujeres que así lo deciden acceden, sin costo, a condones masculinos, Dispositivo Intrauterino (DIU), inyectable trimestral, píldoras, anticoncepción de emergencia, ligadura de trompas (salpingoplastia) y collar del ciclo. (Calderón, et al., 2014).

El uso de métodos anticonceptivos modernos o tradicionales, se ha incrementado en Bolivia de forma notable en los últimos veinte años, en el ámbito nacional, el 60.6% de las mujeres casadas o de la unión consensual entre 15 y 49 años reportan en 2008 hacer uso de algún método anticonceptivo. A pesar de los avances, el uso de métodos anticonceptivos es menos generalizado en el resto de los países de la región. Para el 2007 la prevalencia de anticonceptivos promedio en América latina y el Caribe fue de 72% dato muy superior al nacional y en especial en el ámbito rural, se ha producido una desaceleración en el avance desde el 2003, este resultado es indicativo de la necesidad de hacer mayores esfuerzos en esta área. Las encuestas nacionales de demografía y salud (ENDSA) muestran claramente que el uso de métodos anticonceptivos para evitar o demorar los embarazos, es siempre menos entre las mujeres de los hogares más pobres. (Navia, et al ,2010).

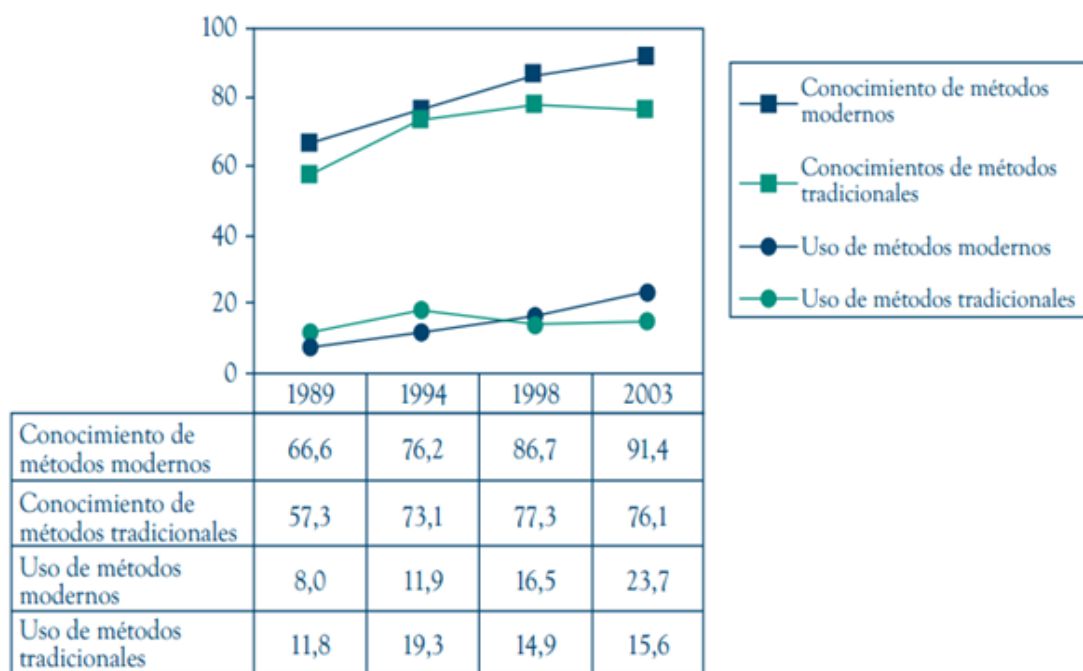
La prevalencia de conocimiento de métodos modernos de anticoncepción en Bolivia, entendida como el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que “conocen” o que escucharon hablar alguna vez de al menos un método de anticoncepción moderna, tuvo un continuo ascenso desde fines de los ochenta hasta los primeros años de la década actual. Este ascenso, de tendencia lineal, va desde un 66,6 por ciento de prevalencia en



1989 hasta un 91,4 por ciento en el año 2003, lo que significa un incremento promedio de 1,7 puntos porcentuales por año durante el período 1989-2003, como se muestra en la siguiente Figura1. (Coa, 2006).

Figura 1

Bolivia: Prevalencia de conocimiento y de uso de métodos anticonceptivos, por tipo de método, 1989-2003.



Adaptado de la Dinámica de la Anticoncepción en Bolivia y su interrelación con factores socioeconómicos 1989 – 2003, p. 5, por Coa, R. (2006). Impresiones Master S.R.L. Bolivia.

La tasa global de fecundidad varía de 4 hijos por mujer en 2001 a 3.5 en 2005. Casi la totalidad (99%) de las mujeres con educación secundaria y superior conocía los métodos de anticoncepción, mientras que entre aquellas sin escolaridad el 54% los conocía y apenas el 7.6% los usaba. (Crespo, et al., 2009).

Entre las mujeres que conocen algún método moderno, el número promedio de métodos conocidos sigue una tendencia lineal ascendente, desde 2,6 en 1989 hasta 4,7 en el año 2003. Si bien se observa una tendencia creciente de este indicador en prácticamente todos los estratos, en el 2003 las mujeres de los estratos socioeconómicos más aventajados conocen, en promedio, entre dos a cuatro métodos más que las de estratos menos aventajados. (Coa, 2006).

En suma, la dinámica del conocimiento de métodos de anticoncepción en Bolivia, durante el período 1989-2003, puede resumirse en los siguientes términos. A nivel nacional, un continuo ascenso en el conocimiento de los modernos y un estancamiento desde 1994 en el de los tradicionales. En los estratos socioeconómicos menos aventajados, continuo el ascenso en el conocimiento de métodos tanto modernos como tradicionales, aunque cada vez con menor intensidad en el caso de los tradicionales. La configuración de esa tendencia se debe principalmente al continuo ascenso del DIU y de la píldora, al reciente ascenso acelerado en el conocimiento del condón y de la inyección, y al incremento, cada vez más lento, en la prevalencia de conocimiento de la abstinencia periódica. El panorama en los estratos socioeconómicos más aventajados es algo diferente. En estos, se observa un continuo ascenso en el conocimiento de los métodos modernos, llegando en algunos casos al 100 por ciento, mientras el conocimiento de los tradicionales sufre un estancamiento en algunos casos y en otros una reducción desde alrededor de 1994. (Coa, 2006).

## **2. ANTICONCEPCIÓN**

### **2.1. DEFINICIÓN**

Según la Organización Mundial de la Salud define la anticoncepción, como métodos que pueden prevenir el embarazo, y que son utilizados para la planificación familiar, los cuales permiten a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. La promoción de la planificación familiar y el acceso a

los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

## **2.2. CONCEPTOS**

### **2.2.1. Concepción**

Fusión del óvulo y del espermatozoide para dar un huevo fecundado. Sin embargo, a veces no se considera que se haya iniciado la concepción hasta que el huevo fecundado está implantado en el útero (Anidación). (Vallenas, 2007).

### **2.2.2. Contracepción**

Práctica que tiene como finalidad impedir que las relaciones sexuales terminen en una concepción. (Vallenas, 2007).

### **2.2.3. Contraceptivo o Anticonceptivo**

Producto que permite la práctica de la contracepción. Estos productos pueden actuar mecánicamente, impidiendo la confluencia de los espermatozoides con el óvulo. (Vallenas, 2007).



### **2.2.4. Prevalencia Anticonceptiva (P.A.)**

Proporción de mujeres en edad reproductiva que utilizan (o cuya pareja utiliza) un método anticonceptivo en un determinado momento. La P.A. proporciona una medida de la cobertura del uso de anticonceptivos en la población, teniendo en cuenta todas las fuentes de suministro de todos los métodos anticonceptivos. (Vallenas, 2007).

## 2.3. MÉTODOS CUBIERTOS Y OFERTADOS POR EL SEGURO Y SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Figura 2

Métodos Anticonceptivos.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
TEMPORALES	
<p><b>NATURALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ MÉTODO DE LA LACTANCIA – AMENORREA - MELA</li> <li>➤ MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Método del calendario o método del ritmo (Ogino Knaus)</li> <li>▪ Método de los días fijos o días estándar</li> <li>▪ Método del moco cervical (Billings)</li> <li>▪ Método de la temperatura basal</li> <li>▪ Método sinto-térmico</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>MODERNOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ MÉTODOS DE BARRERA               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Condón masculino o preservativo</li> <li>▪ Condón femenino</li> </ul> </li> <li>➤ DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) T de Cobre</li> <li>➤ MÉTODOS HORMONALES               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Métodos hormonales orales: anticonceptivos orales combinados</li> <li>▪ Anticonceptivos hormonales inyectables de sólo progestina – AMPD</li> <li>▪ Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE)</li> <li>▪ Implantes</li> </ul> </li> </ul>
<p>DISCO PARA DETERMINAR CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS (OMS)</p> 	<p><b>PERMANENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salpingoclasia</li> <li>▪ Vasectomía</li> </ul> </li> </ul> 
<p><b>¡IMPORTANTE!</b> El condón es el único método que protege contra el embarazo, las ITS y el VIH/SIDA</p>	

Adaptado de la atención integrada al continuo del curso de la vida, p. 32, por Conde, V. (2013). Ministerio de salud y deportes Bolivia.

## **2.3.1. MÉTODOS NATURALES**

### **2.3.1.1. MÉTODO DE LA LACTANCIA – AMENORREA (MELA)**

#### **2.3.1.1.1. DEFINICIÓN**

El método de lactancia-amenorrea (MELA) es un método basado en la infecundidad de la mujer durante la lactancia. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.1.2. MECANISMO DE ACCIÓN**

Por la estimulación frecuente del pezón materno (succión por el bebé), se produce una mayor liberación de hormona prolactina, que suprime la ovulación.

Al dar de lactar se reduce la descarga pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropina, la cual a su vez suprime la liberación de hormona luteinizante, indispensable para la actividad ovárica y la ovulación. La succión por el/la bebé provoca dos reflejos: la secreción de oxitocina y de prolactina, esenciales para mantener la producción de leche (que también depende de la frecuencia y duración de la lactancia). La prolactina compite con la hormona folículo-estimulante, hormona también importante para la ovulación. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.1.3. CUANDO SE PUEDE UTILIZAR**

Según la OMS, para que la lactancia materna pueda actuar como método anticonceptivo deben cumplirse, al mismo tiempo, los siguientes tres criterios en la mujer:

- ✓ Que se encuentre en amenorrea (ausencia de sangrado menstrual). Si pasadas las ocho semanas después del parto la mujer presenta sangrado

menstrual por dos días seguidos o si su período menstrual ha retornado, no cumple este requisito.

- ✓ Que la lactancia sea completa (es decir exclusiva) o casi completa (el/la bebé recibe al menos el 85% de su alimentación en forma de leche materna).
- ✓ Que se encuentre dentro de los primeros seis meses posparto, es decir que el bebé no tenga más de seis meses de edad. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.1.4. CUANDO NO SE DEBE UTILIZAR**

- ✓ Cuando la usuaria no cumple al mismo tiempo los tres criterios.
- ✓ Si no ha sido realizada una buena orientación.
- ✓ Cuando se percibe que la usuaria o la pareja no ha comprendido los tres criterios o el método.
- ✓ Cuando la mujer o la pareja no desean continuar con el método, por lo que se le debe dar la opción de elegir otro.
- ✓ Existen condiciones y obstáculos que pueden afectar la lactancia y la duración de la amenorrea, dificultando su elección como método anticonceptivo, y son:
  - ✓ Infección por VIH y cáncer.
  - ✓ Condiciones que afectan al recién nacido como algunas deformaciones congénitas de la boca, mandíbula o del paladar.
  - ✓ Recién nacidos prematuros o de bajo peso que necesitan cuidados en unidad de terapia intensiva.
  - ✓ Uso de medicamentos: reserpina, ergotamina, anti-metabólicos, ciclosporina, corticosteroides en dosis elevadas, bromocriptina, drogas radioactivas, litio, anticoagulantes y drogas que alteran el estado de ánimo. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.1.5. COMO SE UTILIZA**

Debe iniciarse inmediatamente después del parto. Se debe dar de lactar al/la bebé a libre demanda, cerca de ocho a diez veces por día. No debe pasar más de cuatro horas entre las sesiones diurnas ni más de seis horas entre las sesiones nocturnas de lactancia. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.1.6. OBSERVACIONES**

- ✓ No existen efectos secundarios ni complicaciones atribuibles al método.
- ✓ Durante la lactancia el VIH se transmite de la madre al niño. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.1.7. EFECTIVIDAD**

La efectividad de este método es de 99,5% cuando la mujer cumple los tres requisitos antes de que su bebé cumpla seis meses de edad. Es decir, de cada 200 mujeres que usan el método, una podría quedar embarazada en el primer año de uso correcto. (Tejerina, et al., 2012).

### **2.3.1.2. MÉTODO DEL CALENDARIO O MÉTODO DEL RITMO (OGINO KNAUS).**

#### **2.3.1.2.1. DEFINICIÓN**

Es un método relacionado con la abstinencia sexual periódica, durante el período fértil del ciclo menstrual, cuyo conocimiento se obtiene del cálculo basado en ciclos menstruales previos. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.2.2. MECANISMO DE ACCIÓN**

El ritmo previene el embarazo cuando se evita el coito (no protegido) durante la fase fértil del ciclo menstrual. Al no realizarse el coito vaginal, se evita que los espermatozoides entren en contacto con el óvulo de la mujer. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.2.3. CUANDO SE PUEDE UTILIZAR**

Una vez entrenados, en general, la mujer o la pareja pueden comenzar a utilizar el método en cualquier momento. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.2.4. CUANDO NO SE DEBE UTILIZAR**

Cuando la pareja no está motivada para identificar los días fértiles y abstenerse o usar un método de barrera. (Tejerina, et al., 2012).

- ✓ Después de un parto.
- ✓ Después de un aborto, demore hasta la próxima menstruación.
- ✓ Si los ciclos son muy irregulares (duración menor a 25 días o mayor a 35 días).
- ✓ Cuando exista la probabilidad de contraer ITS/VIH/SIDA. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.2.5. COMO SE UTILIZA**

Antes de iniciar el uso del método la mujer y/o la pareja deben recibir una orientación, para que puedan utilizarlo en forma correcta. (Tejerina, et al., 2012).

- ✓ Es indispensable que las mujeres y parejas identifiquen la duración de los ciclos menstruales; para determinar el período fértil del ciclo actual, la usuaria debe anotar:



- El número de días que dura cada ciclo menstrual por un mínimo de seis meses consecutivos y anteriores al uso del método.
- Debe anotar tanto el primer día de los sangrados menstruales como el primer día del ciclo.
- Después de registrar durante seis (6) meses, podrá identificar el ciclo más corto y el ciclo más largo con el fin de aplicar el siguiente cálculo para definir el período fértil:
  - Ciclo más corto (días) – 18 días = PRIMER DÍA FÉRTIL
  - Ciclo más largo (días) – 11 días = ÚLTIMO DÍA FÉRTIL

Entonces, por ejemplo: si los últimos seis ciclos menstruales tuvieron una duración de: 27, 28, 29, 30 y 31 días, de este registro debe escoger el ciclo más largo (31 días) y el ciclo más corto (27 días).

- El primer día de la fase fértil será:  $27 - 18 = 9$  (9º día del ciclo).
- El último día de la fase fértil será:  $31 - 11 = 20$  (20º día del ciclo).

En este caso, la pareja no debe tener coitos vaginales sin protección entre el día 9 y el día 20 del ciclo (12 días de abstinencia necesarios para evitar el embarazo). (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.2.6. EFECTIVIDAD**

La mujer o pareja debe ser informada apropiadamente sobre la efectividad de este método, que correctamente utilizado es de 91%; es decir que, en

un año de uso, 9 de cada 100 mujeres que lo usan pueden quedar embarazadas (Tejerina, et al., 2012).

### **2.3.1.3. MÉTODO DEL MOCO CERVICAL (BILLINGS).**

#### **2.3.1.3.1. DEFINICIÓN**

Es un método de anticoncepción basado en la observación y evaluación del moco producido por el cuello uterino, que se exterioriza por la vagina, que sufre cambios en el transcurso del ciclo menstrual, en respuesta a la producción estrogénica del ovario a medida que avanza el período folicular. (Tejerina, et al., 2012).

El reconocimiento de las características de este moco y su correlación con los días de fertilidad lo hace muy útil para la prevención del embarazo practicando abstinencia sexual durante los días fértiles. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.3.2. MECANISMO DE ACCIÓN**

Después de la menstruación siguen unos días secos. El moco cervical se torna grueso y pegajoso, forma un tapón que bloquea el canal cervical, dando una sensación de sequedad vaginal (días secos). (Tejerina, et al., 2012).

Al ir aumentando los niveles circulantes de estrógeno, en la mujer aparece cierta cantidad de moco dando la sensación de humedad pegajosa en la vulva, esta cantidad de moco alcanza su punto máximo de producción, tornándose delgado, blanco transparente y sumamente elástico, parecido a la clara de huevo; este moco indica que la mujer está en el día más fértil

de su ciclo, ya que por las características del moco cervical facilita la migración de espermatozoides a través del canal cervical. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.3.3. CUANDO SE PUEDE UTILIZAR**

A diferencia de los métodos anteriores, éste permite el reconocimiento de los días fértiles y los días de seguridad del ciclo en curso, no así por la duración de los ciclos previos, por lo que se puede usar inmediatamente después del aprendizaje. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.3.4. CUANDO NO SE DEBE UTILIZAR**

- ✓ Si existe alguna infección genital con flujo vaginal.
- ✓ Mujeres que no pueden identificar la presencia del moco en el transcurso del ciclo menstrual.
- ✓ Parejas no sensibilizadas al uso de métodos naturales y que no puedan cumplir la abstinencia periódica. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.3.5. COMO SE UTILIZA**

- ✓ Brinde la información suficiente para la correcta aplicación del método, y para la adecuada comprensión técnica de la fisiología, que explica las modificaciones del moco cervical en los diferentes momentos del ciclo.
- ✓ La persona que oriente en este método debe tener conocimiento y facilidad de comunicación para informarse sobre el comportamiento de la humedad genital normal.
- ✓ Explique a la usuaria que no tiene importancia la duración de cada ciclo para el uso de este método.

- ✓ Refuerce el instructivo de que no debe usarse duchas vaginales, óvulos u otros medicamentos vía vaginal al usar este método, para no interferir con las características del moco.
- ✓ Explique lo más claramente la forma de obtener el moco y al examen las características de éste para poder correlacionarlo con el período.
- ✓ El método de Billings consiste en: previo lavado de manos, tomar con los dedos pulgar e índice una muestra del moco que se produce en el cuello uterino y que se exterioriza por la vagina. La obtención de este fluido se hace antes y después de la primera micción del día, mediante la limpieza con un papel higiénico.
- ✓ Si no hay moco, se interpreta como período “seco”, que significa etapa infértil y segura para tener relaciones sexuales. Si existe escaso moco, amarillo, denso y poco filante, que se rompe entre los dedos al separarse y extenderse, antes de los 3 cm, se interpreta como período “poco seguro”. Si la producción de moco aumenta, y se hace abundante, transparente, y filante, que no se rompe entre los dedos al separarse y extenderse, más de los 8 cm, semejante a la clara de huevo, que es el día de máxima filancia y de mayor fertilidad.
- ✓ La observación y análisis del moco se realiza obteniendo una muestra con el dedo índice (de la mano que no sujeta el papel de la limpieza), se aproxima el dedo pulgar sobre la cantidad obtenida de moco y separando ambos dedos se evalúa el aspecto, cantidad y filancia. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.3.6. EFECTIVIDAD**

- ✓ 96 a 98% si se usa en forma correcta.
- ✓ Recalcar que no debe usarse otro método simultáneamente. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.4. MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS O DÍAS STANDARD**

##### **2.3.1.4.1. DEFINICIÓN**

Es un método de anticoncepción basado en el conocimiento de la fertilidad, mediante el cual los usuarios y las usuarias evitan las relaciones coitales vaginales sin protección entre los días 8 al 19 del ciclo menstrual de la mujer. (Tejerina, et al., 2012).

##### **2.3.1.4.2. MECANISMO DE ACCIÓN**

Este método se basa en que existe en el ciclo menstrual de la mujer una fase fértil fija (días 8 al 19), durante la cual ella puede quedar embarazada. Al practicarse la abstinencia o al utilizar un método de barrera durante los días fértiles de la mujer se evita la fecundación. (Tejerina, et al., 2012).

##### **2.3.1.4.3. CUANDO SE PUEDE UTILIZAR**

- ✓ El método de los días fijos es apropiado para mujeres que tienen ciclos menstruales regulares, entre 26 y 32 días.
- ✓ Mujeres o parejas que estén motivadas para evitar el coito vaginal sin protección o utilizar un método de barrera durante la fase fértil del ciclo menstrual. (Tejerina, et al., 2012).

##### **2.3.1.4.4. CUANDO NO SE DEBE UTILIZAR**

No deben utilizar este método mujeres que:

- ✓ Tengan ciclos menstruales que duren menos de 26 y más de 32 días.
- ✓ Estén en etapa de posparto o en lactancia materna, hasta no haber completado tres ciclos menstruales regulares y su último ciclo haya sido de 26 a 32 días.

- ✓ Usen inyectable trimestral, hasta que hayan pasado seis ciclos menstruales desde la última inyección y que si su último ciclo haya sido de 26 a 32 días. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.4.5. COMO SE UTILIZA**

- ✓ Brinde la orientación suficiente para permitir el uso correcto del método (prevea el acceso o entregue físicamente el collar, entregue instrucciones escritas y gráficas).
- ✓ Recomiende la participación de la pareja en el uso del método.
- ✓ Explique a la usuaria que el ciclo menstrual empieza el primer día de la menstruación y termina un día antes del siguiente sangrado menstrual.
- ✓ Determine la duración del ciclo menstrual actual de la usuaria. Si la duración es de 26 a 32 días, la mujer puede utilizar este método. Además, ayude a la usuaria a determinar si ella y su pareja podrán evitar el coito vaginal o usar un condón en los días fértiles.
- ✓ El collar del ciclo es un instrumento que tiene 32 cuentas plásticas de tres diferentes colores que representan el ciclo menstrual. La primera cuenta es de color rojo, representa el primer día del ciclo. Le siguen seis cuentas oscuras que representan días infértiles, en que no hay probabilidad de embarazo. Las siguientes 12 cuentas son claras y representan los días considerados fértiles, con mayor riesgo de embarazo si la pareja tiene relaciones sexuales sin protección, las siguientes 13 cuentas son nuevamente oscuras y representan los días infértiles.
- ✓ Cada día la mujer debe mover un pequeño anillo de plástico que queda ajustado en la cuenta que corresponde al día del ciclo.
- ✓ El primer día de la menstruación la mujer debe colocar el anillo plástico en la cuenta roja y marcar ese día en el calendario con una X

(marcar en el calendario sólo sirve para recordar el día del ciclo, cuando olvide recorrer el anillo a la cuenta correspondiente).

- ✓ Al día siguiente debe mover el anillo a la cuenta siguiente, aunque tenga su menstruación. El anillo debe seguir moviéndose una cuenta cada día, preferiblemente en la mañana (al levantarse).
- ✓ Los días en que el anillo está en las cuentas oscuras son días infértiles, en que no hay probabilidad de embarazo; los días en que el anillo está en las cuentas blancas son días fértiles en los que puede haber embarazo; en estos días de cuentas blancas, la pareja debe usar un condón o abstenerse del coito.
- ✓ Cuando vuelve la menstruación, ha empezado un nuevo ciclo. Debe mover el anillo nuevamente a la cuenta ROJA y anotar esa fecha en el calendario. Si la mujer tiene dos ciclos fuera de rango (menos de 26 días o más de 32 días) durante 12 meses, debe buscar otro método. El calendario es un auxiliar para el adecuado registro de los días del ciclo menstrual. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.4.6. OBSERVACIONES**

A cada usuaria debe proveerse el collar del ciclo. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.1.4.7. EFECTIVIDAD**

- ✓ La efectividad de este método es de 95% con abstinencia periódica. Esto quiere decir que, de cada 100 mujeres, 5 pueden quedar embarazadas durante el primer año de uso del método.
- ✓ Si el método no es utilizado de manera correcta, es decir con uso de condón, por ejemplo, la efectividad baja a 88%. (Tejerina, et al., 2012).

## **2.3.2. MÉTODOS MODERNOS**

### **2.3.2.1. MÉTODO DE BARRERA (condón masculino)**

#### **2.3.2.1.1. DEFINICIÓN**

Consiste en la utilización de una funda delgada de látex, denominada preservativo, condón o profiláctico, diseñada para cubrir el pene y evitar que el contenido seminal entre en contacto con la vagina y/o el cuello uterino. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.1.2. MECANISMO DE ACCIÓN**

El condón crea una barrera entre el pene y la vagina durante la relación coital, no permitiendo que los espermatozoides entren en contacto con la vagina y el cuello del útero, impidiendo así la fecundación. El uso de condones es el único método anticonceptivo que además de evitar el embarazo, protege, disminuyendo las posibilidades de contraer infecciones de transmisión sexual. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.1.3. CUANDO SE PUEDE UTILIZAR**

- ✓ En cualquier momento cuando el varón y la pareja decidan usar el método.
- ✓ Los condones masculinos reducen significativamente el riesgo de infectarse con el VIH cuando se los usa correctamente, en cada acto sexual.
- ✓ No necesita prescripción médica.
- ✓ Los condones reducen el riesgo de contagio de muchas ITS cuando se los usa correcta y consistentemente.
- ✓ Protegen mejor contra la diseminación a través del flujo o secreciones, como sucede con el VIH, la gonorrea y la clamidia.



- ✓ También protegen contra la diseminación de ITS a través del contacto cutáneo de piel a piel, como es el caso del herpes y el papiloma virus humano.
- ✓ La lubricación del condón puede reemplazar la lubricación vaginal disminuida en la etapa pre menopáusica.
- ✓ Sirve como protección adicional, cuando la mujer está tomando medicamentos que interfieren con la efectividad de los anticonceptivos orales.
- ✓ Ayuda a proteger contra el cáncer de cérvix. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.1.4. COMO SE UTILIZA**

- ✓ Practicar la manera de colocar y retirar el condón.
- ✓ Revise el envase del condón. No lo utilice si el paquete está roto o dañado. No utilice un condón con fecha vencida; en el envase debe sentirse la presencia de aire en su interior (colchón de aire o colchón de seguridad).
- ✓ Se debe verificar que la fecha de fabricación no tenga antigüedad mayor de cinco años. Algunos condones también traen impresa la fecha de vencimiento.
- ✓ Los condones deben conservarse adecuadamente, no deben ser almacenados en sitios calientes o apretados, pues se deterioran (ejemplo: la billetera).
- ✓ Se debe abrir el sobre del condón por la ranura o muesca del envase. No utilice las uñas, dientes, objetos punzocortantes ni nada que pueda dañar el condón.
- ✓ Para una mayor protección, es recomendable poner el condón antes de que el pene haga contacto genital, bucal o anal.
- ✓ El condón debe desenrollarse con facilidad. Si se fuerza se romperá durante su uso.

- ✓ Si el condón no se desenrolla con facilidad, puede ser que lo haya puesto al revés, hacia atrás, que esté dañado o que sea demasiado viejo. En este caso debe ser desechado y utilizarse uno nuevo.
- ✓ Si el condón está al revés y tiene otro disponible, se debe desechar y usar el otro; si no se tiene otro, se puede voltear y desenrollarlo sobre el pene.
- ✓ Se debe tomar la punta o capuchón del condón entre los dedos pulgar e índice, para dejar un espacio libre en la punta del condón que contendrá lo eyaculado; evitar que dicho espacio se llene de aire.
- ✓ No se debe usar aceites o vaselina como lubricantes del condón. Si requiere lubricación adicional utilizar lubricantes acuosos, agua o saliva.
- ✓ Al terminar la relación sexual coital, retire el pene. Quite el condón deslizándolo, evitando que se derrame el semen.
- ✓ Si vuelve a tener relaciones sexuales o pasa de un acto sexual a otro, use un condón nuevo.
- ✓ Debe desechar el condón en un lugar donde esté seguro que no será manipulado por otras personas en forma accidental (no debe ser anudado). (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.1.5. EFECTIVIDAD**

- ✓ Cuando se los usa consistentemente y correctamente, en cada acto sexual, hay alrededor de dos embarazos cada 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos en el primer año, es decir tiene una efectividad de 98%.
- ✓ Cuando se los usa correcta y consistentemente, los condones evitan 80% a 95% de la transmisión del ITS/VIH que hubiera tenido lugar sin ellos. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.1.6. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD**

Todos los hombres pueden usar condones masculinos con seguridad, excepto:

- ✓ Si presentan una reacción alérgica severa al látex.
- ✓ Si presentan reacciones alérgicas a los condones. (Zárate, et al., 2010).

#### **2.3.2.2. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

##### **2.3.2.2.1. DEFINICIÓN**

Es un método anticonceptivo de uso temporal, para ser insertado en la cavidad uterina a través de la vagina. El DIU más ampliamente usado es la T de cobre (Tcu-380 A), tiene un cuerpo de polietileno en forma de “T”, flexible, con pequeñas bandas de cobre en sus ramas horizontales y un hilo de cobre enrollado sobre el segmento vertical; posee dos hilos guía para su localización y/o extracción, cuya duración es de por lo menos 12 años. (Tejerina, et al., 2012).

##### **2.3.2.2.2. MECANISMO DE ACCIÓN**

- ✓ Impide la fecundación al interferir con la capacidad de sobrevivencia de los espermatozoides (inmovilizándolos o destruyéndolos).
- ✓ Actúa como un cuerpo extraño en la cavidad uterina, haciendo que el endometrio reaccione liberando glóbulos blancos, enzimas y prostaglandinas. Al parecer esta reacción del endometrio impide que los espermatozoides lleguen a las trompas de Falopio.
- ✓ Adicionalmente, la T de cobre libera iones de cobre en los fluidos (líquidos) del útero y de las trompas, aumentando el efecto de debilitamiento de los espermatozoides. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.2.3. CUANDO SE PUEDE INSERTAR**

- ✓ En los primeros siete días del período menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se esté seguro que no existe gestación.
- ✓ Posparto inmediato: hasta las 48 horas después del alumbramiento.
- ✓ Durante una operación cesárea.
- ✓ Concluido el puerperio, a partir de la sexta semana posparto.
- ✓ En el post aborto inmediato, sin indicios de infección (hasta el 5° día).
- ✓ Mujeres en edad fértil, desde la adolescencia hasta el climaterio.
- ✓ El método no requiere “períodos de descanso” del útero. Es decir, puede ser utilizado los 12 años seguidos de su duración, y a continuación retirarlo e insertar otro. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.2.4. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD**

Todas las mujeres pueden usar el DIU con seguridad, excepto:

- ✓ Si tuvieron el parto hace más de 48 horas y menos de cuatro semanas.
- ✓ Si tienen una infección luego del parto o aborto.
- ✓ Si tiene un sangrado vaginal que sea inusual.
- ✓ Si tienen algún tipo de patología o problema ginecológico u obstétrico.
- ✓ Si tienen SIDA.
- ✓ Si tienen muy alto riesgo individual de contraer gonorrea o clamidia.

Para ello, los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígame que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible suminístreles condones. Asegúrese de explicarle bien los beneficios y riesgos para la salud y los efectos colaterales del método que la usuaria vaya a utilizar. (Zárate, et al., 2010).

#### **2.3.2.2.5. COMO SE UTILIZA**

Debe ser insertado por personal capacitado (licenciada de enfermería, médicos generales y gineco-obstetras), preferentemente en los primeros días de la menstruación porque hay la seguridad de la ausencia de embarazo. Su inserción requiere que el proveedor aplique las medidas de bioseguridad. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.2.6. EFECTOS SECUNDARIOS**

- ✓ Sangrado o goteo vaginal entre períodos.
- ✓ Hemorragia menstrual abundante y más prolongada.
- ✓ Cólicos o dolor durante los períodos (dismenorrea).
- ✓ Los mencionados son los efectos secundarios más comunes, no son señales de enfermedad; generalmente disminuyen después de los tres primeros meses de uso.
- ✓ Los probables cambios en el patrón de sangrado y el posible dolor después de la inserción, deben ser motivo de evaluación y de orientación.

#### **2.3.2.2.7. EFECTIVIDAD**

- ✓ Del 99.4% si se usa el método en forma correcta. (Tejerina, et al., 2012).

### **2.3.2.3. ANTICONCEPCIÓN ORAL COMBINADA:**

#### **2.3.2.3.1. DEFINICIÓN**

Método anticonceptivo hormonal basado en la toma o ingesta de píldoras, vía oral, que contienen una combinación de estrógenos y progestágenos. Actualmente, los anticonceptivos orales contienen muy bajas dosis de hormonas, generalmente de tipo monofásico (con la misma concentración

de estrógenos y progestágenos usados en todo el ciclo). (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.3.2. MECANISMO DE ACCIÓN**

- ✓ Inhibición de la ovulación.
- ✓ Espesamiento del moco cervical.

#### **2.3.2.3.3. CUANDO SE PUEDE UTILIZAR**

- ✓ Iniciar en los primeros cinco días del período menstrual.
- ✓ Posparto: inicie a las seis semanas si la madre no da de lactar; y a los seis meses, si lo hace.
- ✓ En los primeros cinco días post aborto.
- ✓ A cualquier edad, desde la adolescencia hasta el climaterio y no requiere períodos de descanso. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.3.4. COMO SE UTILIZA**

Existen dos tipos de presentaciones para la píldora:

- ✓ Paquetes con 28 píldoras: 21 píldoras “activas” que contienen hormonas, seguidas por 7 píldoras de diferente color que contienen hierro.
- ✓ Paquetes con sólo 21 píldoras “activas”, de un solo color.
- ✓ Entregue insumos para tres meses (tres ciclos).
- ✓ Indique que debe tomar una píldora diariamente, en forma ininterrumpida, preferentemente en la misma hora. Si el envase es de 21 píldoras, oriente que debe descansar una semana exacta (siete días) antes de reiniciar un nuevo paquete, y que en esos días podría tener su menstruación.
- ✓ Si olvidó tomar una píldora, tomarla tan pronto se acuerde, y el resto como de costumbre.

- ✓ Si olvidó dos píldoras consecutivas; tomar una en cuanto se acuerde y la que corresponde a ese día, a su hora habitual; al día siguiente tomar dos píldoras y continuar tomando una cada día hasta finalizar el paquete. Abstenerse de tener coitos vaginales o usar condones durante siete días.
- ✓ En caso de olvido de tres píldoras consecutivas, continuar el ciclo y es imprescindible utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.3.5. EFECTOS SECUNDARIOS**

- ✓ Al inicio del método son frecuentes: náuseas, vómitos, turgencia mamaria. Explique que estas molestias son transitorias y desaparecen espontáneamente con el uso.
- ✓ Debido a los cambios hormonales que produce tanto el inicio del método como su abandono, algunas usuarias pueden presentar acné. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.3.6. SEÑALES DE ALARMA**

- ✓ Dolor severo en el pecho o dificultad para respirar.
- ✓ Dolores de cabeza severos.
- ✓ Visión borrosa.
- ✓ Dolor intenso en miembros inferiores.
- ✓ Dolor intenso en epigastrio. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.3.7. EFECTIVIDAD**

- ✓ La efectividad del método es muy alta: 99,7%, es decir que, en el primer año de uso, tres de cada 1.000 usuarias pueden quedar embarazadas.

- ✓ Si el uso no es correcto, es decir ocurre olvido de ingerir la píldora, la efectividad baja al 92%.
- ✓ Una de las razones de falla del método es debida al aprovisionamiento, por lo que es necesario asegurar que las usuarias reciban los ciclos de forma oportuna.
- ✓ En mujeres que tienen períodos menstruales dolorosos y abundantes los ACO pueden ayudar a controlar el sangrado y el dolor. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.3.8. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD**

Todas las mujeres pueden usar las píldoras de anticoncepción oral combinada con seguridad, excepto:

- ✓ Si está amamantando un bebé de menos de seis meses.
- ✓ Si ella fuma y tiene 35 años o más.
- ✓ Si tiene cirrosis hepática, infección hepática, o tumor hepático.
- ✓ Si alguna vez ha tenido ictericia utilizando ACO.
- ✓ Si tiene hipertensión.
- ✓ Si ha tenido diabetes por más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso.
- ✓ Si tiene ahora patología de vesícula biliar, o toma medicación para la vesícula.
- ✓ Si ha tenido alguna vez un accidente cerebro vascular (CV), coágulo sanguíneo en piernas o pulmones, infarto cardíaco, u otro problema cardíaco grave.
- ✓ Si tiene o ha tenido alguna vez cáncer de mama.
- ✓ Si está tomando medicación anticonvulsivante.
- ✓ Si está tomando rifampicina para tratamiento de tuberculosis u otra enfermedad.



Para ello los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígame que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Ser posible suminístrele condones. (Zárate, et al., 2010).

#### **2.3.2.4. INYECTABLE TRIMESTRAL**

##### **2.3.2.4.1. DEFINICIÓN**

Método anticonceptivo hormonal, en base al acetato de medroxiprogesterona de depósito, mismo que se libera lentamente al torrente sanguíneo, contiene un progestágeno parecido a la hormona natural producida por la mujer, se administra por vía intramuscular, cada tres meses y su presentación viene en frascos de suspensión acuosa micro cristalina, con 150 mg de acetato de medroxiprogesterona en 1 ml de suspensión acuosa. (Tejerina, et al., 2012).

##### **2.3.2.4.2. MECANISMO DE ACCIÓN**

- ✓ En el hipotálamo: inhibe la ovulación por acción del progestágeno que actúa sobre el hipotálamo y la hipófisis, suprimiendo la elevación aguda de LH (responsable de la ovulación).
- ✓ En el moco cervical: tornándolo viscoso y espeso, impidiendo la penetración de espermatozoides.
- ✓ En el endometrio: produciendo hipotrofia endometrial, sin embargo, este efecto no juega un papel importante ya que los cambios en el moco cervical y el efecto anovulatorio previenen la fertilización. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.4.3. CUANDO SE PUEDE UTILIZAR**

- ✓ Desde la adolescencia hasta el climaterio y no requiere períodos de descanso.
- ✓ En la adolescencia, después de dos años de establecido su patrón menstrual a partir de la menarca.
- ✓ Puede ser iniciado cualquier día de los primeros siete del período menstrual.
- ✓ También, en cualquier momento del ciclo, siempre que se esté seguro de que no existe embarazo.
- ✓ En el post aborto (inmediatamente o en los primeros cinco días).
- ✓ Seis (6) semanas después del parto en mujeres que estén dando de lactar.
- ✓ Mujeres que desean un anticonceptivo hormonal y no pueden utilizar anticonceptivos orales combinados. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.4.4. COMO SE UTILIZA**

- ✓ El inyectable debe ser administrado por personal capacitado. Inyección intramuscular profunda en el brazo o en el glúteo, NO frotar luego la zona de aplicación.
- ✓ Una dosis o inyección cada tres meses, sin embargo, es posible aplicarla 10 días antes o hasta 10 días después de la fecha establecida. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.4.5. EFECTOS SECUNDARIOS**

- ✓ Irregularidad menstrual (amenorrea, sangrado leve, moderado profuso).
- ✓ Aumento de peso corporal (1-2 kilos por año de uso).
- ✓ Retraso en el retorno de la fertilidad (promedio de 10 meses luego de aplicada la última dosis).

- ✓ Distensión y molestia abdominal.
- ✓ Cambios de humor.
- ✓ Disminución del impulso sexual. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.4.6. EFECTIVIDAD**

- ✓ La efectividad del método es de 99,7%; esto quiere decir que de cada 333 mujeres que usan el método correctamente durante un año, una podría quedar embarazada.
- ✓ Hasta la fecha, ninguna investigación ha detectado la necesidad o conveniencia de retirar este método de la oferta de anticoncepción.

#### **2.3.2.4.7. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD**

Todas las mujeres pueden usar el inyectable trimestral con seguridad, excepto:

- ✓ Si está amamantando un bebé de menos de seis meses.
- ✓ Si tiene cirrosis hepática severa, infección hepática, o tumor hepático.
- ✓ Si tiene hipertensión.
- ✓ Si ha tenido diabetes por más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso.
- ✓ Si ha tenido alguna vez un accidente cerebro vascular (CV), coágulo sanguíneo en piernas o pulmones, infarto cardíaco, u otro problema cardíaco grave.
- ✓ Si presenta sangrado vaginal que no sea habitual en usted.
- ✓ Si tiene o ha tenido alguna vez cáncer de mama.
- ✓ Si presenta alguna afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente cerebro vascular (CV), tales como hipertensión o diabetes.

Para ello los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Ser posible suminístrele condones. (Zárate, et al., 2010).

### **2.3.2.5. IMPLANTE SUBDÉRMICO**

#### **2.3.2.5.1. DEFINICIÓN**

Método anticonceptivo hormonal en base levonorgestrel, que se libera lentamente al torrente sanguíneo; contiene un progestágeno parecido a la hormona natural producida por la mujer; se administra por vía subdérmica; su presentación viene en pequeños cilindros o cápsulas de silicón plástico sellados, con 75 mg de levonorgestrel por cada cilindro, de un tamaño de 43 mm de longitud y 2,5 mm de diámetro (aproximadamente del tamaño de un palillo de fósforo pequeño). (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.5.2. DESCRIPCIÓN**

Es una progestina sintética, químicamente parecida a la progesterona natural producida por el mismo organismo de la mujer; no contiene estrógeno por lo que se la puede utilizar durante el período de lactancia y lo pueden usar mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógenos. (Tejerina, et al., 2012).

Una vez insertados en la mujer tienen una tasa de liberación de 100 mcg de la hormona en el primer mes siguiente a la inserción, disminuyendo gradualmente esta tasa de liberación en el primer año de uso a 40 mcg de levonorgestrel, y reduciéndose hasta liberar sólo 25 mcg al quinto año de uso, suficientes para producir anticoncepción en este período. Requiere de

un proveedor o una proveedora capacitada para efectuar el procedimiento, que se realiza a través de una cirugía mínima (incisión) para colocarlos en el área subdérmica bajo la piel, a dos traveses del dedo por encima del pliegue del codo, en la cara interna de la parte superior del brazo de la mujer seleccionado por ella misma, de manera que en mujeres diestras se aplica en el brazo izquierdo y en las mujeres zurdas en el brazo derecho. El procedimiento requiere de un trocar y observando estrictas medidas de bioseguridad en su aplicación.

Existen muchos tipos de implantes. En la actualidad se cuenta con el método de dos cilindros con 75 mg de levonorgestrel por cilindro, con la marca registrada JADELL, con un período de duración de cinco años. (Tejerina, et al., 2012).

### **2.3.2.5.3. MECANISMO DE ACCIÓN**

El levonorgestrel actúa básicamente:

- ✓ Afectando la función ovárica, comprendiendo desde la ausencia de maduración folicular y luteínica hasta un patrón con actividad luteínica deficiente, evitando la liberación de óvulos del ovario (ovulación).
- ✓ Produce espesamiento del moco cervical, interfiriendo con la motilidad de los espermatozoides, impidiendo su paso al interior del útero.
- ✓ El implante empieza a hacer efecto ocho horas después de que se lo ha colocado y dura entre tres a cinco años, dependiendo del tipo de implante. Se recomienda utilizar un segundo método anticonceptivo durante los primeros siete días y no dejar pasar más de tres años para hacer un cambio de implante, si se desea continuar con este método, ya que existe riesgo de embarazo en ese intervalo. Ya que el implante

no protege de enfermedades de transmisión sexual, se debe combinar su uso con el preservativo si no hay una pareja monogámica. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.5.4. CUANDO SE PUEDE UTILIZAR**

- ✓ En la elección de debe aplicar los criterios de elección de la OMS para el uso de métodos anticonceptivos:
- ✓ En cualquier momento de la vida reproductiva de la mujer en que se descarte razonablemente la presencia de un embarazo.
- ✓ Durante la menstruación o en los siete siguientes días de instalada una hemorragia menstrual.
- ✓ Pasado este período, en cualquier momento del ciclo, descartando de forma fiable la existencia de un embarazo, recomendándose el uso de un método adicional, preferentemente de barrera (condón) durante al menos 7 a 10 días posteriores a la inserción o en su caso abstinencia.
- ✓ En mujeres posparto después de la sexta semana.
- ✓ Requiere de un proceso de orientación y elección informada. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.5.5. COMO SE UTILIZA**

- ✓ Una vez que la mujer ha decidido junto con el médico que el implante es una opción adecuada para la anticoncepción, se puede colocar el mismo en el brazo seleccionado. El procedimiento es sencillo, pero debe hacerlo un personal calificado.
- ✓ La aplicación en consultorio ambulatorio y sólo requiere anestesia local. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.5.6. EFECTOS ADVERSOS**

- ✓ Alteración del patrón de sangrado menstrual en el 35% de las mujeres.

- ✓ Aumento de peso, acné, retención de líquido, depresión: menos del 10%.
- ✓ Complicaciones locales en el sitio de la inserción, dificultad para retirar los implantes, pérdida ocasional o imposibilidad de retiro de algún implante.
- ✓ Efectividad disminuida en pacientes obesas.
- ✓ Quistes ováricos.
- ✓ No protegen contra enfermedades de transmisión sexual.
- ✓ Dependencia de persona calificada para colocación y retiro del dispositivo. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.5.7. EFECTIVIDAD**

- ✓ Alta efectividad anticonceptiva.
- ✓ La efectividad del método es de 99,7%; esto quiere decir que de cada 333 mujeres que usan el método correctamente durante un año, una podría quedar embarazada.
- ✓ Es una opción cuando hay contraindicación para el uso de estrógenos.
- ✓ Se puede usar durante la lactancia.
- ✓ Sin efecto acumulativo del medicamento: al retirar los implantes se elimina toda medicación en cuestión de días y la fertilidad se recupera rápidamente.
- ✓ Ayuda a corregir la anemia cuando hay menstruaciones abundantes, ya que el sangrado disminuye. (Tejerina, et al., 2012).

#### **2.3.2.5.8. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD**

Todas las mujeres pueden usar el implante subdérmico con seguridad, excepto:

- ✓ Si está amamantando un bebé de menos de seis meses.
- ✓ Si tiene cirrosis hepática severa, infección hepática, o tumor hepático.

- ✓ Si tiene hipertensión.
- ✓ Si ha tenido diabetes por más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso.
- ✓ Si ha tenido alguna vez un accidente cerebro vascular (CV), coágulo sanguíneo en piernas o pulmones, infarto cardíaco, u otro problema cardíaco grave.
- ✓ Si presenta sangrado vaginal que no sea habitual en usted.
- ✓ Si tiene o ha tenido alguna vez cáncer de mama.
- ✓ Si presenta alguna afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente cerebro vascular (CV), tales como hipertensión o diabetes.

Para ello los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Ser posible suminístrele condones. (Zárate, et al., 2010).

### **3. LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ**

El Sistema de Salud Boliviano es un sistema segmentado con tres subsectores: el privado, la seguridad social de corto plazo y el público. El sector privado funciona en un esquema de libre mercado con empresas de seguros de salud que compran servicios a través de convenios de proveedores privados de la misma aseguradora o a través de convenios con otros proveedores privados. Entre los proveedores privados se encuentran aquellos administrados por la Iglesia, las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y otros. La seguridad social de corto plazo, conocida como “las Cajas de Salud”, incluye seis cajas de salud públicas, una Caja de Salud privada, la Corporación del Seguro Social Militar y ocho Seguros Universitarios. Cada caja tiene su propia red de proveedores de los cuales adquiere los servicios para sus beneficiarios. (Cordero, et al., 2013)



El subsector público está organizado en tres niveles, el nivel nacional a la cabeza del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), el nivel departamental liderado por las Gobernaciones que son las responsables de la administración de los recursos humanos de este subsector, y el nivel municipal en donde el Gobierno Autónomo Municipal es responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos. Este subsector está dirigido referentemente a atender la salud de grupos vulnerables y personas que no sean parte del subsector de la seguridad social, por lo que cuenta con más establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención. (Cordero, et al., 2013).

De esta manera, el nuevo modelo del sector salud del Estado Plurinacional de Bolivia, es el ajuste del sector salud a la descentralización, sobre todo la creación de nuevos órganos de gestión sectorial conocido como los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). Asimismo, el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es el responsable para las normas y políticas nacionales, los SEDES están a cargo de proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel, además de proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso, además de las gestiones de los recursos humanos. Los Gobiernos Autónomos Municipales tienen como responsabilidad la infraestructura, insumos y gastos operativos de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción, así como indica la Ley Marco de Autonomías y Descentralización. (Cordero, et al., 2013)

Además, las municipalidades son las responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria, mismas que son supervisadas por un Directorio Local de Salud (DILOS) con la participación de representantes del SEDES, alcaldes municipales, y miembros de la sociedad. Las redes son coordinadas por administradores cuya principal responsabilidad es la entrega de los elementos del Seguro Integral de Salud (ley 475). Los actores

importantes en el sector salud y sus principales responsabilidades se muestran en la siguiente Figura3. (Cordero, et al., 2013).

Figura 3

Organización del Sector de Salud.



Adaptado de La salud en el Municipio de La Paz. p. 19, por Cordero, et al., (2013). SPC Impresores S.A. La Paz – Bolivia.

### 3.1. NIVELES DE ATENCIÓN

Todos los establecimientos de salud del municipio de La Paz, están organizados en redes y por niveles de atención, para garantizar continuidad en las prestaciones y resolución de los problemas de salud de la comunidad. La oferta de servicios de salud sexual y reproductiva es una oferta de toda la red de servicios de salud. La red cuenta, necesariamente, con capacidad para resolver las complicaciones que pueden

presentarse en cualquier tipo de emergencias obstétricas y con un sistema de referencia y contrareferencia entre niveles y con otras instituciones del sector público, privado y no gubernamental. (Calderón, et al., 2014).

### **3.1.1. NIVEL MUNICIPAL**

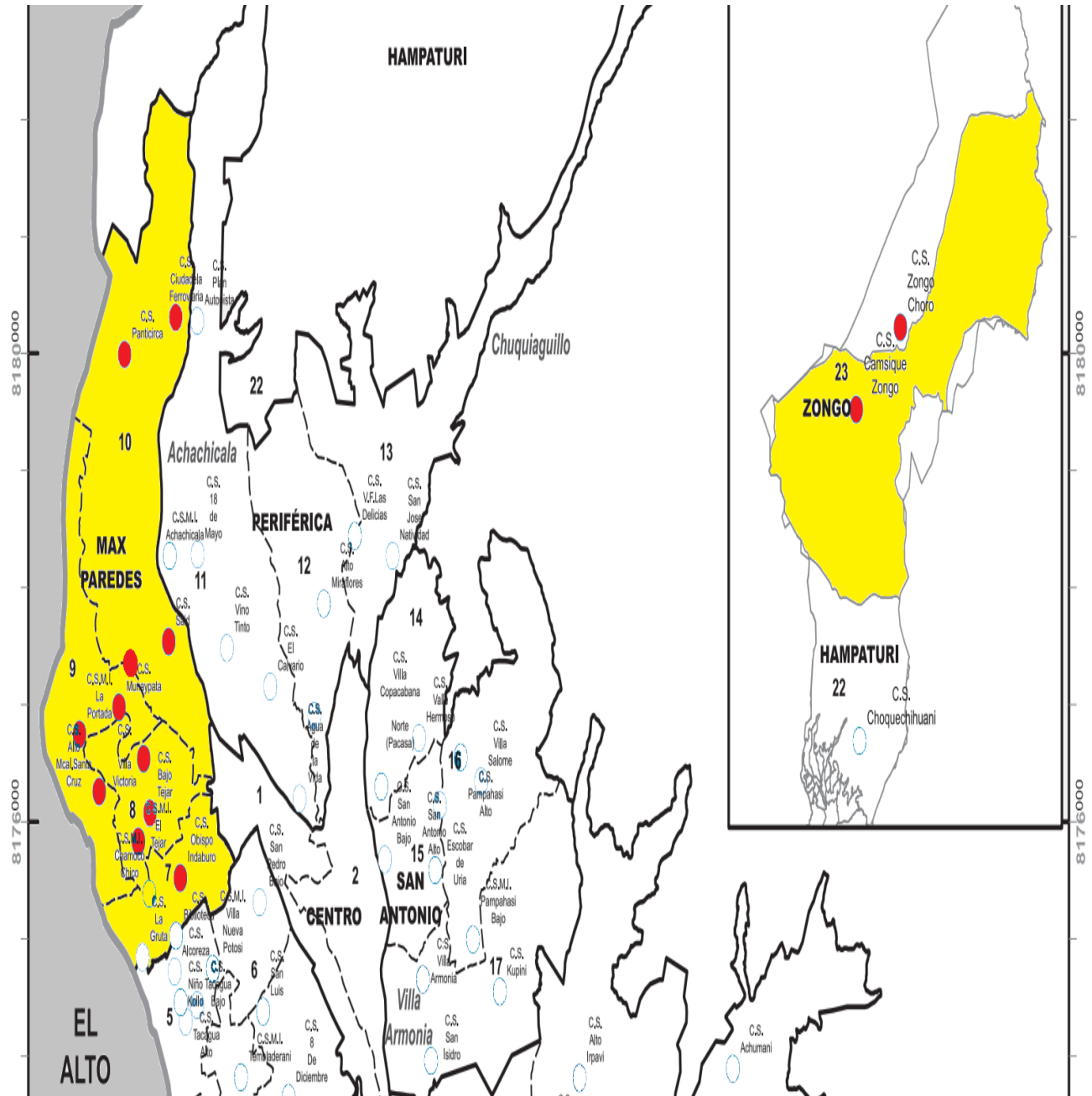
El Directorio local de Salud (DILOS) es responsable de la gestión municipal de salud en el ámbito de sus competencias y obligaciones establecidas en el marco legal vigente. El DILOS y la Coordinación Técnica de Red, organizan y supervisan la aplicación de la norma en la red de establecimientos de salud de su jurisdicción, constituyen instancias operativas del Sistema Nacional Único de Suministros (SNUS), las farmacias institucionales municipales (FIM), hospitalarias y boticas. (Calderón, et al., 2014).

### **3.1.2. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Comprende a los puestos y centros de salud y modalidades de prestación de servicio de nivel comunitario y municipal, bajo enfoques de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud. La oferta de servicios en este nivel se enmarca en la consulta ambulatoria, la internación de tránsito en los establecimientos con camas, la promoción de la salud física, mental y social, la educación en salud y la prevención de las enfermedades, de manera integral e intercultural, en el establecimiento y en las visitas domiciliarias a la familia y comunidad. (Calderón, et al., 2014). La Red de Salud N° 2 - Noroeste que incluye el área rural de Zongo cuenta con 10 centros de salud, dos centros maternos infantiles y una posta de salud. Los centros cuentan en promedio con siete funcionarios y atienden entre seis y 24 horas al día, a una población promedio de 11 mil habitantes, representados en la Figura 4.(Cordero, et al., 2013).

Figura 4

Estado general de la infraestructura en salud 2011, cartografía de sistema de referencia,



Adaptado de La salud en el Municipio de La Paz. p. 34, por Cordero, et al., (2013). SPC Impresores S.A. La Paz – Bolivia

#### **4. LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA (LEY 475)**

Tiene como objetivo, establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, la cual tiene como principios: (Ley 475, 2014).

- ✓ **Integralidad.** Articula los procesos de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, con calidad, calidez, pertinencia, oportunidad, continuidad e idoneidad, a la persona, familia y comunidad. (Ley 475, 2014).
  
- ✓ **Intraculturalidad.** Recupera, fortalece y revitaliza la identidad cultural de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afrobolivianos, en el proceso salud - enfermedad de la persona, familia y comunidad. (Ley 475, 2014).
  
- ✓ **Interculturalidad.** Reconoce, acepta y respeta los sentires, saberes, conocimientos y prácticas de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afrobolivianos, a través de acciones y servicios que asumen recíprocamente las lógicas culturales en salud, con la articulación de las medicinas tradicionales y académicas. (Ley 475, 2014).
  
- ✓ **Calidad en Salud centrada en la persona y la comunidad.** Responsabiliza y compromete a las organizaciones e instituciones de salud para aplicar los conocimientos y tecnologías disponibles, garantizando el buen trato y la capacidad resolutive adecuada a las necesidades y expectativas de las y los usuarios. (Ley 475, 2014).

- ✓ **Oportunidad.** Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten, obteniendo el máximo beneficio sin postergaciones que pudiesen generar perjuicios, complicaciones o daños. (Ley 475, 2014).

#### **4.1. BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS**

Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales:

- ✓ Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto.
- ✓ Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad.
- ✓ Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años.
- ✓ Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.
- ✓ Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD. (Ley 475, 2014).

#### **4.2. PRESTACIONES DE SALUD**

La atención integral de salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, y la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales. (Ley 475, 2014).

### **4.3. ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**

Las beneficiarias y beneficiarios accederán a los servicios de salud de la atención integral y protección financiera de salud, obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del primer nivel de los subsectores públicos, de la seguridad social a corto plazo y privados bajo convenio, y los equipos móviles de salud en el marco de la Política SAFCI. (Ley 475, 2014).

## **5. MODELO BOLIVIANO DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI)**

Los conocimientos científicos actuales sobre la determinación y la causalidad del proceso salud-enfermedad son contundentes al demostrar que las variables sociales poseen mayor importancia que las biológicas. Basados en este tipo de evidencias es que la OMS/OPS recomiendan que las políticas de salud a nivel mundial deben dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo, el actual modelo boliviano de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural (SAFCI), prioriza las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De ahí que las Normas Bolivianas de Atención Clínica, dan énfasis a la prevención de la enfermedad en todas las actividades de atención que realice el equipo de salud, haciendo énfasis en confrontar los estilos de vida no saludables, que también se denominan factores de riesgo personales.(Tejerina M., et al 2012).

El modelo SAFCI es un marco conceptual incorpora los principales elementos de la salud pública y la medicina social. Su naturaleza destaca el propósito de garantizar el acceso universal y gratuito a la salud, reconociendo que éste es un derecho político, social, económico, cultural y ambiental, de todas las bolivianas y todos los bolivianos, donde los problemas de salud se resuelven en la medida en que se tomen acciones sobre sus determinantes, a partir de la corresponsabilidad de los actores en la toma de decisiones sobre la atención de salud, mediante la gestión participativa, en el marco de la

reciprocidad y complementariedad con la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos. (Tejerina M., et al 2012).

La Constitución Política del Estado incorpora en sus contenidos los aspectos principales del modelo SAFCI, comenzando por declarar a la salud como un derecho fundamental. Por otro lado, la Ley 031 (Ley Marco de Autonomías y Descentralización) también reitera la vigencia de la salud familiar comunitaria intercultural y su instrumento: el Sistema Único de Salud. Por estas razones, el modelo SAFCI es considerado también como política de Estado. (Tejerina M., et al 2012).

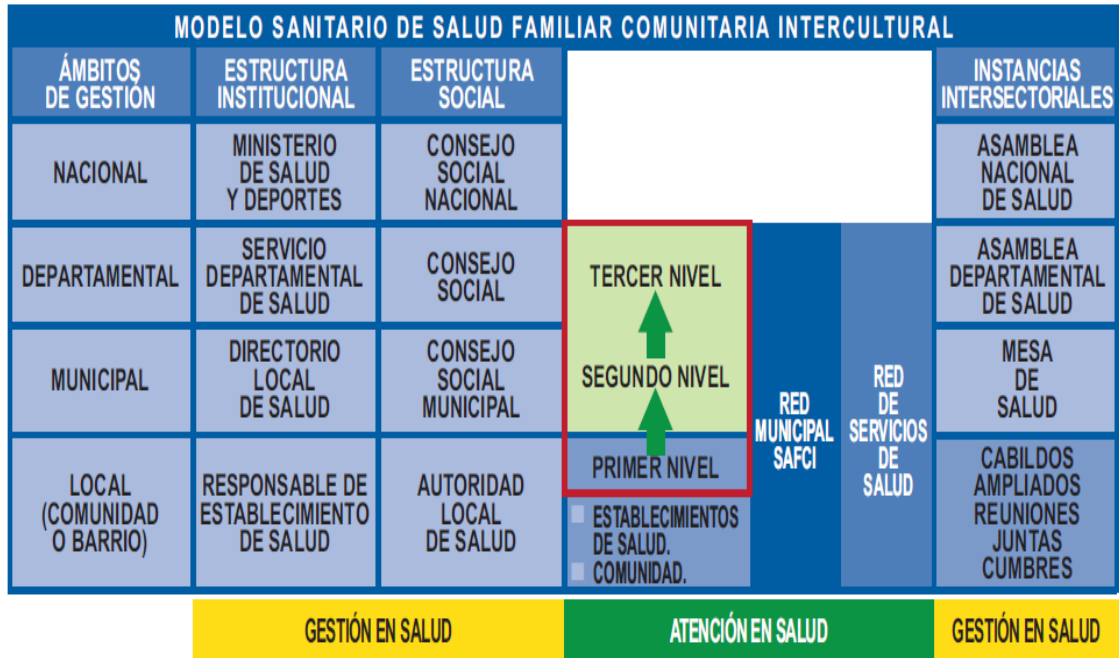
### **5.1. LA ESTRATEGIA DE LA POLÍTICA SAFCI**

La SAFCI asume a la promoción de la salud como estrategia del proceso político de movilización social, intersectorial, transformadora de determinantes sociales de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores. Su finalidad es transformar las determinantes de la salud para intervenir en el proceso salud-enfermedad y generar hábitos de protección de la salud, en armonía, equilibrio entre la mujer, el hombre, la familia, la comunidad, con la Madre Tierra, el cosmos, el mundo espiritual. (Tejerina M., et al 2012). Se presenta un resumen del mismo en la figura 5.



Figura 5

Modelo sanitario de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.



Adaptado de las Normas Nacionales de Atención Clínica. Ministerio de Salud y Deportes, por Tejerina M., Vera O., Gutiérrez S. (2012). Rolando Costa Benavides, PRISA Ltda. La Paz – Bolivia.

## 5.2. ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN

La orientación es uno de los elementos de mayor importancia e indispensable para ofertar servicios de anticoncepción con calidad. Es una interacción de persona a persona, a través de la cual el proveedor y/o la proveedora de salud (orientador u orientadora) facilita información a la mujer, al hombre o a la pareja, para elegir el método anticonceptivo más adecuado y de acuerdo con las características de la persona y del método, esta ayuda implica respetar el derecho a la libertad de elección y a la capacidad de la persona para tomar decisiones. (Zárate, et al., 2010).

Durante el proceso de orientación, en el consultorio o en el espacio destinado para el efecto, el proveedor o proveedora debe:

- ✓ Desarrollar destrezas y habilidades de comunicación interpersonal.
- ✓ Establecer una relación cordial con las usuarias que comprenda privacidad y confianza.
- ✓ Identificar las necesidades de las usuarias incluyendo: planes reproductivos de la persona, proyecto de vida, tipo de relación de pareja (estable, varias parejas, etc.), vida sexual (activa, ocasional), salud, problemas de salud, trabajo (disponibilidad para el seguimiento), acceso al servicio de salud, religión, valores.
- ✓ Escuchar atentamente y explicar en lenguaje simple y comprensible, acorde a la realidad educativa y cultural de la usuaria o del usuario.
- ✓ Responder a las necesidades de las usuarias, teniendo en cuenta: dar información específica para el uso del método, característica (modo de uso, eficacia, cómo funciona, criterios de elegibilidad, efectos secundarios y su manejo), seguimiento, costo, libertad de cambio y discontinuación.
- ✓ Verificar la comprensión de las usuarias de modo de facilitar el proceso de decisión, reflexionando y discutiendo las características del método y de la vida de la persona.
- ✓ Tener ética, es decir no influenciar y respetar la decisión de la persona, manteniendo una relación cordial con las usuarias. (Zárate, et al., 2010).
- ✓ Cada usuaria/usuario debe ser invitada a volver al establecimiento de salud en el momento que ella requiera más ayuda o información sobre cualquier problema relacionado con el método. Asimismo, aprovechar la oportunidad para orientar sobre los fines y objetivos del control y prevención del cáncer de cuello uterino (tamizaje de PAP e IVAA). (Tejerina M., et al 2012).

El Ministerio de Salud y deportes velará por los derechos sexuales y derechos reproductivos, y por el consentimiento informado en la provisión de métodos

anticonceptivos, por consiguiente, ninguna institución del sistema de salud público o privado condicionará o coaccionará a la o las personas o comunidades la aceptación de un método anticonceptivo sin previo conocimiento. (Tejerina M., et al 2012).

### **5.3. INSTRUMENTOS DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO**

Los instrumentos de registro a ser utilizados en todos los establecimientos de salud de nivel I, II y III son:

- ✓ Historia clínica única —en toda usuaria o usuario— (carpeta familiar SAFCI).
- ✓ Historia clínica perinatal y carnet perinatal (anticoncepción, posparto en púerperas).
- ✓ Cuadernos de registro N° 2 y N° 3 de anticoncepción y de cáncer de cuello uterino.
- ✓ Formularios del Sistema de Administración Logística (SIAL). Registros:
  - De existencia: tarjeta de control de existencia.
  - De consumo: formulario de registro diario de insumos entregados.
  - De movimiento: formulario de movimiento de solicitud de insumos del Seguro Público de Salud.
  - Informes:
    - De consumo: formulario de registro diario de insumos entregados.
    - De movimiento de anticonceptivos: informe mensual de actividades.
    - De reabastecimiento: formulario de movimiento y solicitud de insumos del Seguro Público de Salud. (Tejerina M., et al 2012).

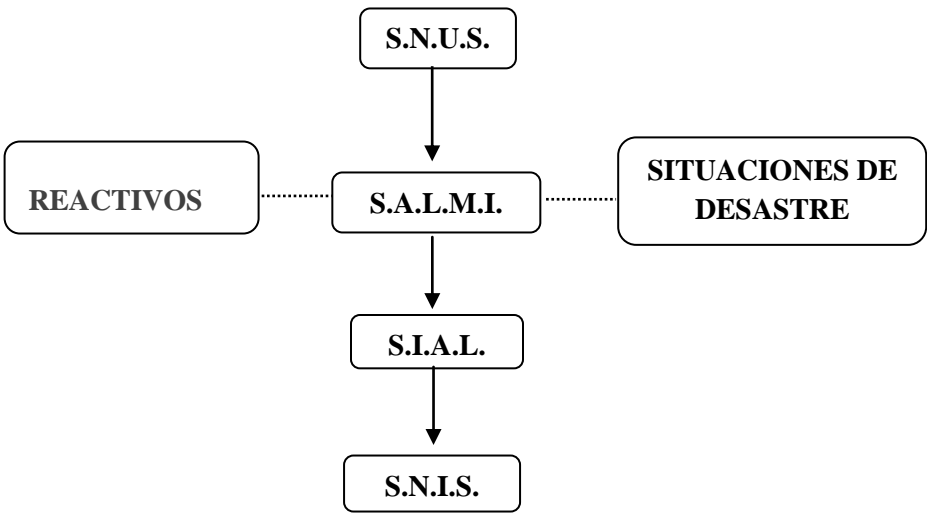
## **6. SISTEMA NACIONAL ÚNICO DE SUMINISTRO “SNUS”**

El Sistema Nacional Único de Suministro “SNUS”, enmarcado en la Ley No. 1737, Ley del Medicamento, Decreto Supremo No. 25235, Reglamento de la Ley del Medicamento

y Decreto Supremo No. 26873, de fecha 21 de diciembre de 2002; Se establece como marco normativo de la administración de medicamentos e insumos en todo el Sistema Público de Salud, Seguro Social y establecimientos privados según corresponda, con el fin de desarrollar la gestión del suministro, garantizar la disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros, de calidad, a precios razonables, en los servicios de salud y atender las prestaciones demandadas por los usuarios en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Conforme a lo establecido por el Decreto Supremo 26873, se halla constituido por el Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos SALMI, esquematizado por el ciclo logístico, con sus componentes de Reactivos y Situaciones de Desastre, que responde para fines de información actualizada sobre utilización y logística del suministro de medicamentos e insumos al Sistema de Información y Administración Logística SIAL, el cual se incorpora al Sistema Nacional de Información en Salud SNIS, representados en la Figura6. (SNUS, 2002).

Figura 6

Esquema de logística del SNUS.



Adaptado del Reglamento del Sistema Nacional Único De Suministro “SNUS”. p. 5. (2002), Prisa Ltda. La Paz – Bolivia.

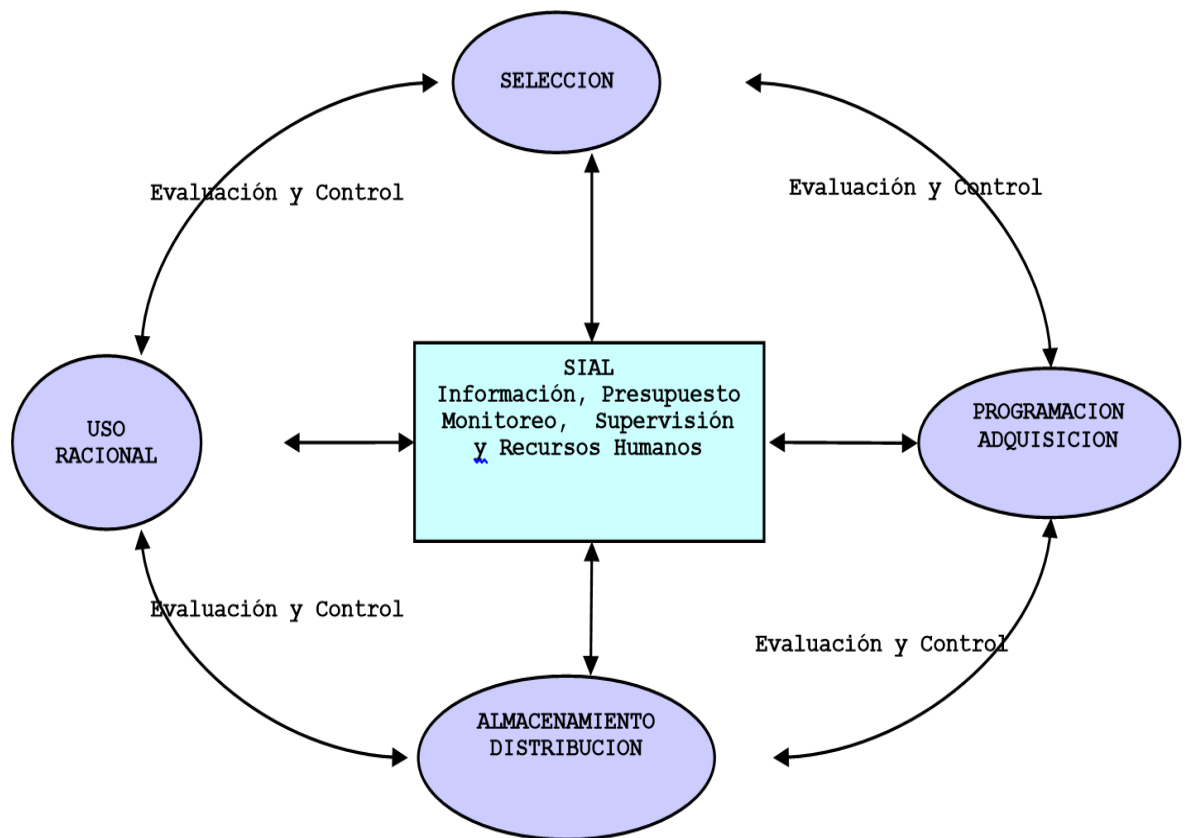
## **6.1. SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN LOGÍSTICA PARA MEDICAMENTOS E INSUMOS (SALMI)**

Tiene como objetivo de Normar las actividades y procedimientos destinados a garantizar la disponibilidad eficiente y oportuna de medicamentos seguros, eficaces, de calidad reconocida y a precio asequible, para atender las necesidades del Sistema Nacional de Salud según lo establecido por el SNUS. (SNUS, 2002).

El Subsistema de Administración Logística para Medicamentos e Insumos (SALMI) incorpora todas las etapas, procedimientos e instrumentos para la correcta gestión del suministro de medicamentos e insumos, contemplando la normativa de carácter técnico que debe acompañar la selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución y uso racional, bajo una evaluación y control permanente. Para fines prácticos el SALMI se esquematiza en el siguiente ciclo logístico Figura 6. (SNUS, 2002).

Figura 7

Ciclo logístico del SALMI.



Adaptado del Reglamento del Sistema Nacional Único De Suministro “SNUS”. p. 6. (2002), Prisa Ltda. La Paz – Bolivia.

Constituyen instancias operativas responsables de la provisión y distribución de medicamentos e insumos: la CEASS nacional y regionales, Insumos Médicos Esenciales (IME), laboratorios industriales farmacéuticos, importadoras de medicamentos e insumos, y distribuidoras de carácter nacional y departamental, siendo las mismas responsables de la aplicación de las normas señaladas por la Ley del Medicamento, su reglamento, Sistema Nacional Único de Suministro. (SNUS, 2002).

## **6.2. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN LOGÍSTICA PARA MEDICAMENTOS E INSUMOS (SIAL)**

El Sistema de Información para la Administración Logística (SIAL) como base del Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos, constituye la herramienta básica de información a través del cual se procesará, a nivel local, municipal, departamental y nacional, la información relativa a la utilización y logística del suministro de medicamentos e insumos, para realizar una gestión adecuada de los medicamentos, facilitar con datos históricos que permitan modificar y corregir los presupuestos para la adquisición de medicamentos, tanto en el Sistema Público de Salud como en el Seguro Social de corto plazo. (SNUS, 2002).

## **6.3. SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (SNIS)**

Los datos logísticos registrados y reportados mediante el SIAL por los Servicios Departamentales de Salud y Entes Gestores del Seguro Social de corto plazo, serán incorporados, al Sistema Nacional de Información en Salud SNIS. (SNUS, 2002).

## **7. PREVALENCIA EN EL USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Según la encuesta nacional de demografía y salud (ENDSA 2008), a todas las mujeres que habían usado métodos y que no estaban embarazadas en el momento de la entrevista se les preguntó si ellas o el esposo o compañero estaban usando algún método para evitar un embarazo, con el objetivo de evaluar el uso actual de la anticoncepción; Un 41 por ciento de todas las mujeres declaró estar usando algún método, nivel levemente superior al estimado en la ENDSA 2003, 39 por ciento. Sin embargo, en el grupo de mujeres no unidas, pero sexualmente activas la prevalencia de uso es mucho mayor que en los anteriores dos grupos y tuvo un incremento sustancial en los últimos cinco años, de 65 por ciento en 2003 a 78 por ciento en 2008. Los tres métodos más usados entre todas las mujeres y entre las unidas son: la abstinencia periódica (14 y 21 por ciento, respectivamente), seguido de la inyección

(7 y 11 por ciento, respectivamente) y el DIU (6 y 8 por ciento, respectivamente). Este orden de prevalencia es algo diferente al registrado con la ENDSA 2003 pues la abstinencia periódica también era el método más usado, 13 por ciento entre todas las mujeres y 19 por ciento entre las mujeres en unión. El DIU era el segundo más prevalente (7 y 10 por ciento, respectivamente), mientras la inyección ocupaba el tercer lugar (5 y 8 por ciento, respectivamente). Es evidente que, si bien continúa siendo de lejos la abstinencia periódica el método más usado, la inyección ha desplazado al DIU y se ha constituido en el segundo método más usado, además de ser entre todos los métodos el único que incrementó su uso y de manera significativa. (Coa, et al., 2009).

## **8. FARMACOEPIDEMIOLOGÍA**

Los conceptos y las herramientas metodológicas provenientes del campo de la epidemiología han mostrado su gran utilidad, en la viña del medicamento, la aplicación de métodos epidemiológicos/poblacionales ofrece la alternativa para aumentar el grado de información disponible. La Epidemiología Clínica, que Spitzer define como “el estudio de los determinantes y de los efectos de las decisiones clínicas” consiste en una forma de aplicar el método epidemiológico a la población “pacientes” y centrar el punto de observación en la atención clínica. (Altimiras J., et al 1992).

Farmacoepidemiología centra la observación en los fármacos, aplicando el método epidemiológico a la población en general o a la población “pacientes”. Porta y Hartzema han definido esta disciplina como “La aplicación de los conocimientos, métodos y razonamiento de la epidemiología al estudio de los efectos—positivos y negativos— y usos de los fármacos en grupos de poblaciones”. (Altimiras J., et al 1992).

### **8.1. CONCEPTOS DE EPIDEMIOLOGÍA**

Tradicionalmente se ha definido la Epidemiología como el estudio de la distribución y determinantes de la salud y de las enfermedades en las poblaciones humanas. En la



actualidad, este concepto se ha ampliado también al estudio de la intervención de los propios servicios sanitarios. (Altimiras J., et al 1992).

## **8.2. OBJETIVOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA**

- ✓ El análisis de la información sobre el estado de salud de la población, su distribución y tendencias, para que sea útil en la planificación y gestión de los programas de salud.
- ✓ El análisis de la causalidad, con el fin de hacer posibles las intervenciones de prevención, control y/o erradicación.
- ✓ La evaluación de las intervenciones, cuyo fin es el de mejorar el estado de salud de la comunidad. (Altimiras J., et al 1992).

## **8.3. MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO**

Etimológicamente el vocablo epidemiología proviene del griego “epi” (acerca de) y “demos” (pueblo). La epidemiología basa su método en razonar en términos de grupos, no de individuos. El método epidemiológico está basado en la observación sistemática y rigurosa de los hechos que ocurren de forma natural. (Altimiras J., et al 1992).

## **8.4. MEDICIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

En general, tanto si se trata de una variable continua como de una variable discreta, en la mayoría de casos interesará disponer de información de tipo cuantitativo. Un suceso se puede expresar mediante un número, una proporción, una tasa o una razón. (Altimiras J., et al 1992).

### **8.4.1. MEDIDAS DE FRECUENCIA**

Las medidas básicas de frecuencia en epidemiología son las que hacen referencia a morbilidad y mortalidad. En lo referente a las medidas de morbilidad, éstas siempre están asociadas a los conceptos de incidencia y prevalencia. La

incidencia hace referencia a los nuevos casos y la prevalencia se refiere a los casos presentes, es decir a los individuos enfermos en un momento dado. (Altimiras J., et al 1992).

## **9. LOS ESTUDIOS DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**

La historia de los Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM), se remonta a varias décadas atrás, tanto en la formulación metodológica, como en su adopción por la OMS (Wade 1979). El Drug Utilization Research Group (nació en 1969 y se vinculó formalmente a la OMS diez años más tarde, con el objetivo prioritario de estandarizar la metodología de los EUM. (González, et al., 2005).

Los EUM estudian la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad (OMS, 1997), y las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes. Abarcan la prescripción, dispensación e ingesta de medicamentos, y son la principal herramienta para detectar la mala utilización, identificar los factores responsables, diseñar intervenciones efectivas de mejora, y evaluar los logros de esas intervenciones (Provencio, 1996; Figueiras et al., 2000). Tienen carácter interdisciplinario, con tareas específicas para médicos, farmacéuticos, salubristas, economistas, informáticos y otros profesionales. Representan un avance en el conocimiento de la calidad y eficiencia de la atención sanitaria, pero tienen algunas limitaciones, la más seria de las cuales es su falta de validez externa. Al ser estudios empíricos de la utilización de medicamentos en un referente temporal y espacial definido, ni sus resultados ni sus recomendaciones pueden ser generalmente extrapoladas a otros entornos, ni generalizados como leyes empíricas universales. (González, et al., 2005).

La utilización de medicamentos se considera un indicador socio-sanitario, siendo los EUM la herramienta que nos permite su evaluación y posterior diseño de estrategias de intervención.

## **9.1. OBJETIVOS DE LOS EUM**

Algunos autores marcan como objetivos generales mejorar la calidad de la utilización de los medicamentos mediante la mejora del nivel de conocimientos sobre los mismos al:

- ✓ Identificar problemas en su utilización
- ✓ Identificar factores que condicionan la mala utilización.

Otros autores matizan:

- ✓ Identificación de problemas relacionados con el empleo de fármacos.
- ✓ Análisis de dichos problemas en relación con su magnitud, causas y posibles consecuencias.
- ✓ Evaluación de su impacto. (Álvarez, 2004).

## **9.2. CLASIFICACIÓN DE LOS EUM**

Los EUM se realizan tanto a nivel comunitario como hospitalario. Los principales tipos, según su objetivo y teniendo en cuenta el origen de los datos son:

### **9.2.1. ESTUDIOS SOBRE LA OFERTA DE MEDICAMENTOS**

La fuente de información son los catálogos nacionales de especialidades farmacéuticas, las guías farmacoterapéuticas, etc. Se obtiene conocimiento sobre la calidad de la oferta y calidad de la información ofrecida. (Álvarez, 2004).

### **9.2.2. ESTUDIOS CUANTITATIVOS DE CONSUMO**

Las fuentes de información son las cifras de ventas del mercado obtenidas por empresas privadas, los datos suministrados por los bancos de datos de medicamentos. Se obtiene información sobre tendencias comparadas de consumo entre regiones o tiempo y el objetivo es cuantificar consumo. (Álvarez, 2004).

### **9.2.3. ESTUDIOS CUALITATIVOS DE CONSUMO**

La fuente de información es la misma que en el caso de los estudios cuantitativos. Se analiza la calidad farmacológica intrínseca de los fármacos que se utilizan. (Álvarez, 2004).

### **9.2.4. OTROS ESTUDIOS CUALITATIVOS**

La fuente de información la proporcionan las prescripciones médicas, los datos recogidos en impresos diseñados al efecto, etc. El análisis se puede hacer a diferentes niveles: (Álvarez, 2004).

#### **9.2.4.1. OTROS ESTUDIOS CUALITATIVOS**

##### **9.2.4.1.1. ESTUDIOS DE PRESCRIPCIÓN**

Se puede analizar la relación entre indicación y prescripción. En el medio comunitario se elaboran los perfiles farmacoterapéuticos de cada facultativo a partir de los datos de las recetas de la Seguridad Social. (Álvarez, 2004).

##### **9.2.4.1.2. ESTUDIOS DE DISPENSACIÓN**

Se puede estudiar la calidad de la dispensación, de la información al paciente, etc. (Álvarez, 2004).

##### **9.2.4.1.3. ESTUDIOS DE USO-ADMINISTRACIÓN**

Permiten valorar la calidad de uso de los medicamentos por el personal de enfermería, el cumplimiento por parte del paciente, la auto prescripción, etc. (Álvarez, 2004).

#### **9.2.4.1.4. ESTUDIOS ORIENTADOS A PROBLEMAS**

Dentro de éstos cabe destacar las auditorias terapéuticas en que se analiza el uso de los fármacos de acuerdo con unos criterios estándar de uso correcto. (Álvarez, 2004).

En general, las clasificaciones no agrupan los EUM en función de la metodología empleada para realizar el estudio (en función del diseño epidemiológico) sino de las distintas características de las variables principales del estudio. Así, un determinado EUM puede pertenecer, dentro de una misma clasificación, a más de un tipo de estudio al analizar varios tipos de variables, no existiendo un único criterio de clasificación en los EUM. Una propuesta de clasificación se expresa en la Figura 8(Álvarez, 2004).

Figura 8

Utilización de medicamentos en Atención Primaria.

Tipo de estudio	Objetivo	Fuentes	Principal información obtenida
Descriptivos -De consumo	Describir y cuantificar los medicamentos usados	Facturación de recetas del SNS Cifras de ventas del mercado	Análisis de la situación Comparación entre diferentes ámbitos Tendencias temporales
Analíticos - De prescripción- indicación	Describir las indicaciones en las que se emplea un fármaco o grupo de fármacos	Historias clínicas Subgrupos de tratamientos de riesgo	Descripción de la idoneidad del uso de medicamentos para la indicación estudiada
- De indicación- prescripción	Identificar los fármacos empleados en una indicación determinada	Historias clínicas Subgrupos de pacientes de riesgo	- Criterios de utilización de protocolos terapéuticos y/o <i>guidelines</i> según la prescripción estudiada
- Sobre esquema terapéutico ( <i>Audits</i> )	Describir las características de la utilización práctica de los medicamentos: fármaco seleccionado, dosis y duración del tratamiento, cumplimiento terapéutico, etc.	Recetas médicas Historias clínicas Hojas de enfermería Hojas de medicación Entrevista con el paciente	Calidad de empleo de medicamentos, el grado de cumplimiento terapéutico, etc.
- De los factores que condicionan los hábitos de prescripción	Describir las características relacionadas con la estructura sanitaria, prescriptores, dispensadores, usuarios u otros agentes relacionados con el empleo de medicamentos y su asociación a hábitos de prescripción o dispensación	Encuestas específicas Datos sociodemográficos Historias clínicas Recetas médicas	Identificación sobre áreas prioritarias de mejora en el uso de medicamentos, si como sobre las posibilidades reales de éxito de dicha intervención
- Análisis del impacto de la utilización de los medicamentos	Describir el resultado en términos clínicos (eficacia y seguridad), económicos y humanos del tratamiento farmacológico	Historias clínicas Encuestas específicas Facturación al SNS	Datos relacionados con el éxito o fracaso de una pauta farmacoterapéutica. Satisfacción y calidad de vida del paciente
<i>De intervención</i> - Orientados a problemas	Modificar problemas relacionados con la utilización de medicamentos puestos en evidencia mediante los correspondientes EUN analíticos	Historias clínicas Grupos de pacientes de riesgo Grupos de tratamientos de riesgo	Datos relacionados con el éxito o fracaso de una intervención realizada en relación con el problema detectado

Adaptado de Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, p. 134, por Gené J, Catalán A. Martín A, Cano JF. 5ª ed. Madrid. 2003.

### **9.3. APLICACIONES DE LOS EUM**

Los EUM proporcionan datos descriptivos respecto al consumo de fármacos, algunos de los aspectos que se pueden investigar son los siguientes:

- ✓ La evolución de los perfiles terapéuticos con el tiempo.
- ✓ Análisis de los factores que determinan el uso de ciertos fármacos (edad, sexo, diagnóstico, etc.).
- ✓ Descripción de patrones de uso de medicamentos. •Detección del uso inadecuado de los medicamentos tanto por exceso como por defecto.
- ✓ Diseño de estudios farmacoeconómicos.
- ✓ Estimación de las necesidades de medicamentos como base para planificar su selección, y la elaboración de guías farmacoterapéuticas.
- ✓ Evaluación de los resultados de políticas educacionales, informativas o legislativas.
- ✓ Análisis de la demanda de fármacos con objeto de rentabilizar los recursos. (Álvarez, 2004).

### **III. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio de investigación es descriptivo, de corte transversal; además es clasificada como Estudio de Utilización de Medicamentos cualitativos, en la categoría de Investigación de Estudios de Uso-Administración, es decir, EUM de factores que condicionan los hábitos de utilización.

#### **2. PERÍODO Y LUGAR**

Este estudio de Utilización de Medicamentos, se realizó en los Centros de Salud de primer nivel de atención, pertenecientes a la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, con datos de Sistema de Información de la Administración Logística para Medicamentos (SIAL) del año 2015, y encuestas realizadas en el año 2016.

#### **3. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Pacientes mujeres en edad fértil (10-59 años), asistentes a los centros de salud de primer nivel de atención, pertenecientes a la Red 2 Noroeste del municipio de La Paz en el año 2016.

#### **4. MUESTRA**

El presente es estudio observacional - epidemiológico, solo se estima parámetros de la población, su presencia y magnitud.

##### **4.1. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

En las investigaciones donde la variable principal es de tipo cualitativo, que se reporta mediante la proporción del fenómeno en estudio en la población de referencia, el tamaño de muestra se lo puede calcular a través de la siguiente fórmula:



a) Para población finita (cuando se conoce el total de unidades de observación que la integran), **Formula estadística de muestreo descriptivo-cualitativo de Aguilar:**

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 - p). La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio. (Aguilar, 2005).

#### **4.2. DATOS A CONSIDERAR PARA EL TAMAÑO MUESTRAL**

p = Proporción aproximada de mujeres en edad fértil (**37%=0.37**)

q = Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p). (**1-0.37= 0.63**)

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población (**157,222**)

Z = Valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza. (**99%= 2.575**)

d = Nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado. (**99%= 0.01**). Datos de las Proyecciones de SNIS-MS/INE 2014.

Se tomó en cuenta el nivel de confianza deseado “Z”= 99% = 2.575, porque da más confianza de que el valor verdadero del parámetro en la población, se encuentre en la muestra calculada y aporta más confiabilidad a los resultados del estudio.; Además se dio el valor del Nivel de precisión absoluta “d” = 99%= 0.01, porque cuanto más precisión haya, más estrecho será este intervalo.

### 4.3. TAMAÑO DE MUESTRA

**Formula estadística de muestreo descriptivo-cualitativo de Aguilar:**

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N - 1) + Z^2pq}$$

**Remplazando los datos:**

$$n = (157,222 * [2.575]^2 * 37.201 * 62.799) / ([0.01]^2 (157,222 - 1) + [2.575]^2 * 37.201 * 62.799)$$

$$n = 157.219$$

**n** =Tamaño muestral a encuestar es de**157**Pacientes Mujeres en edad fértil (10-59 años), asistentes a los centros de salud de primer nivel de atención, pertenecientes a la Red 2 Noroeste del municipio de La Paz.

### 4.4. SELECCIÓN DE MUESTRA

#### 4.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mujeres en edad fértil, sexualmente activas, atendidas en los centros de salud de primer nivel de atención, pertenecientes a la Red 2 Noroeste del municipio de La Paz.

#### 4.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pacientes mujeres que no estén en edad fértil y son atendidas en los centros de salud de primer nivel de atención, pertenecientes a la Red 2 Noroeste del municipio de La Paz.
- ✓ Pacientes mujeres en edad fértil que no pertenecen a la Red 2 Noroeste y son atendidas en los centros de salud de primer nivel de atención de la Red 2 Noroeste del municipio de La Paz.
- ✓ Pacientes mujeres menopáusicas.

### 5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

#### 5.1. EVALUACIÓN DE PREVALENCIA

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR	MEDIDAS DE RESUMEN
		Categoría	Descripción		
<b>Uso de métodos anticonceptivos modernos</b>	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usa</li> <li>• No usa</li> </ul>	Según uso de algún método anticonceptivo de la Mujer encuestada	% de mujeres que usan anticonceptivos Modernos	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta
<b>Prescripción de los métodos anticonceptivos en los centros de salud.</b>	Cualitativa nominal politémica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de Anticonceptivos Modernos*</li> <li>• Centros de Salud**</li> </ul>	Según la Prescripción del Anticonceptivo por centro de Salud derivado del SIAL	% de mayor Prescripción de anticonceptivos modernos	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta
<b>Preferencia de anticonceptivos modernos</b>	Cualitativa nominal politémica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Condón Masculino</li> <li>• Dispositivo Intrauterino (Diu)</li> <li>• Anticoncepción Oral</li> </ul>	Según la Preferencia del Anticonceptivo utilizado en las Mujeres Encuestadas	% de mayor Preferencia de anticonceptivos modernos	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta

		Combinada •Inyectable Trimestral •Implante Subdérmico • Otro			
<b>Uso de métodos anticonceptivos según el grado de escolaridad</b>	Cualitativa nominal dicotómica	•Si usa •No usa •Grado de escolaridad ***	Según el uso de método anticonceptivo o versus el grado de escolaridad de la mujer encuestada.	% de mujeres que si usan anticonceptivos según su grado de escolaridad	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta

\*, \*\* Y \*\*\* Detallados en la siguiente tabla:

<b>** CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD QUE PERTENECEN A LA RED2 NOROESTE</b>	<b>*CLASIFICACIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS UTILIZADOS EN LOS CENTROS DE PRIMER NIVEL</b>
C.S. Alto Mcal. Santa Cruz	Método De Barrera (Condón Masculino)
C.S. Bajo Tejar	Dispositivo Intrauterino (DIU)
C.S. Ciudadela Ferroviaria	Anticoncepción Oral Combinada
C.S. Camsique Zongo	Inyectable Trimestral
C.S. Munaypata	Implante Subdérmico
C.S. Obispo Indaburo	<b>***GRADO DE ESCOLARIDAD</b>
C.S. Said	Sin Estudios
C.S. Panticirca	Primario
C.S. Villa Victoria	Secundario
C.S. Chamoco Chico	Universitario
C.S.M.I. El Tejar	
C.S. La Portada	
C.S. Apumalla	

## 5.2. CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR	MEDIDAS DE RESUMEN
		Categoría	Descripción		
<b>Grado de escolaridad</b>	Cualitativa ordinal politémica	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Sin Estudios</li> <li>•Primario</li> <li>•Secundario</li> <li>•Universitario</li> </ul>	Según el grado vencido de la Mujer encuestada	% de mujeres que usan anticonceptivos Modernos por estado de escolaridad.	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta
<b>Estado civil</b>	Cualitativa nominal política	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Soltera</li> <li>•Casada</li> <li>•Concubina</li> </ul>	Según el Estado marital de la Mujer encuestada	% de mujeres que usan métodos anticonceptivos por estado civil.	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta
<b>Grupos etarios</b>	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> <li>•10-14</li> <li>•15-19</li> <li>•20-34</li> <li>•35-49</li> <li>•50-59</li> </ul>	Según los años cumplidos de la Mujer encuestada	% de rango de edad de mujeres que usan métodos anticonceptivos.	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta
<b>Tenencia de Hijos</b>	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Si tiene</li> <li>•No Tiene</li> </ul>	Según la existencia de hijos de la Mujer encuestada	% de mujeres que tiene Hijos.	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta
<b>Presencia de Gestación</b>	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Si está embarazada</li> <li>•No está embarazada</li> </ul>	Según la existencia o no de gravidez de la Mujer encuestada	% de mujeres en estado de gestación.	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta

### 5.3. VALORACIÓN DE FACTORES QUE CONDICIONAN EL USO

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR	MEDIDAS DE RESUMEN
		Categoría	Descripción		
<b>Relaciones Sexuales</b>	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si Tiene</li> <li>• No Tiene</li> </ul>	Según asuma relaciones sexuales la Mujer encuestada	% de mujeres que tienen relaciones sexuales	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta
<b>Periodicidad de relaciones sexuales</b>	Cualitativa ordinal politémica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semanal</li> <li>• Mensual</li> <li>• Anual</li> <li>• Ninguno</li> </ul>	Según la frecuencia de relaciones sexuales que tenga la Mujer encuestada	% de mayor Periodicidad de relaciones sexuales que tiene la Mujer encuestada	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta
<b>Noción de las fuentes de obtención de Métodos de planificación familiar</b>	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si sabe dónde adquirirlos</li> <li>• No sabe dónde adquirirlos</li> </ul>	Según noción de fuentes para la Obtención de Métodos de planificación familiar de la Mujer encuestada	% de mujeres que si saben dónde obtener métodos de planificación familiar.	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta
<b>Sitio de instrucción del uso del método anticonceptivo</b>	Cualitativa nominal politémica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultorio publico</li> <li>• Consultorio Privado</li> <li>• A través de un familiar</li> <li>• A través de un Amigo</li> <li>• Otro</li> </ul>	Según el sitio de instrucción del método anticonceptivo de la Mujer encuestada	% mayor del sitio de instrucción de manejo del método anticonceptivo	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta
<b>Motivo de la Preferencia de uso del método anticonceptivo</b>	Cualitativa nominal politémica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comodidad de uso</li> <li>• Patología Individual</li> <li>• Sugerencia de un amigo</li> <li>• Sugerencia</li> </ul>	Según la causa de elección del método anticonceptivo de la Mujer encuestada	% de mayor causa que determina la Preferencia del uso del método anticonceptivo	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta

		de un familiar •Ninguno		vo	
<b>Interacción sobre los métodos de planificación familiar en los centros de salud.</b>	Cualitativa nominal dicotómica	•Si le hablaron. •No le hablaron.	Según noción le hablaron acerca de los Métodos de planificación familiar a la Mujer encuestada	% de mujeres que si a las que si se les hablo sobre los métodos de planificación familiar.	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta
<b>Recomendación sobre divulgación de información acerca la planificación familiar.</b>	Cualitativa nominal dicotómica	•Si recomiendan •No recomiendan	Según recomienda la divulgación de información acerca la planificación familiar de planificación familiar de la Mujer encuestada	% de mujeres que si recomiendan la divulgación de información acerca la planificación familiar.	Frecuencia relativa y frecuencia absoluta

## 6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para poder lograr los objetivos del estudio, se utilizó un cuestionario de tipo cerrado con formato estructurado, donde se aplicó una escala dicotómica y politómica. Para la validación del cuestionario, se contó con un panel evaluador de expertos conformado por 7 miembros del personal del equipo de salud del Centro de Salud de Munaypata, mismos denominados así, porque son ellos los médicos y enfermeras más antiguos trabajadores del centro de salud, que prescribieron y continúan prescribiendo los métodos anticonceptivos, mismos que alcanzaron un nivel de confianza con sus pacientes con quienes llevan el contacto directo por su historia clínica y personal. De ellos se tomaron en cuenta las recomendaciones, que orientaron a facilitar la claridad de las preguntas, la relevancia de las mismas, si el número de preguntas es adecuado, o si el tiempo que

toma contestarlo es o no apropiado; se utilizaron preguntas breves y fáciles de comprender. La puntuación de los ítems fue simple, en donde la puntuación directa se obtuvo con el sumatorio de valores que se hayan dado a cada opción. La pregunta se consideró adecuada cuando el 80 % de los expertos le otorgaron la máxima puntuación.

Una vez diseñado el borrador definitivo del cuestionario y ordenadas las preguntas, se realizó una prueba piloto, donde se encuestaron 30 pacientes mujeres en edad fértil que son atendidas en los centros de salud de primer nivel de atención de la Red 2 Noroeste del municipio de La Paz.

Posteriormente, ya validada la encuesta se ejecutó el trabajo de campo, para recolección de los datos del estudio, a través de las encuestas consumadas personalmente a 207 Pacientes (50 mujeres más de lo planificado, ya que para reducir el margen de error se debe aumentar el tamaño de la muestra y con ello aumenta el nivel de confianza, lo que quiere decir que a mayor tamaño de muestra reduce el margen de error o incrementa el nivel de confianza) mujeres en edad fértil (10-59 años), asistentes a los centros de salud de primer nivel de atención, pertenecientes a la Red 2 Noroeste del municipio de La Paz. Además se describió a los Métodos Anticonceptivos Modernos actualmente utilizados por los centros de salud de primer nivel de la ciudad de La Paz, mediante revisión bibliográfica de publicaciones literarias del tema, sintetizándolas en un solo compendio; también se utilizó los datos proporcionados por el Sistema de Información de la Administración Logística para Medicamentos (SIAL), como herramienta básica de información, a través del cual se procesó a nivel local la información relativa a la utilización de anticonceptivos modernos.

## **7. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS PARA LAS VARIABLES**

Una vez concluido el trabajo de campo de la recolección de los datos, a través de las encuestas estructuradas validadas y a través de los datos obtenidos por los registros de movimiento de anticonceptivos otorgado por el Sistema de Información de la



Administración Logística para Medicamentos (SIAL); Se vaciaron todos los datos obtenidos en el sistema informático Microsoft Office Excel 2013, donde se consumaron los métodos estadísticos para el análisis de las variables, en frecuencia relativa, frecuencia relativa acumulada, frecuencia absoluta y frecuencia absoluta acumulada; posteriormente se expresaron los resultados a través de tablas y gráficos para evaluar la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos, de las mujeres en edad fértil, asistentes a los centros de salud de primer nivel de atención, pertenecientes a la red 2 Noroeste del municipio de La Paz, en el año 2016

## **8. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El compromiso hacia el paciente es el de cumplir con los requisitos de confiabilidad y reserva que el caso amerite, como se especifica en el código de ética del Ministerio de Salud y deportes del Estado Plurinacional de Bolivia y el código internacional de ética Médica, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Consentimiento informado del paciente.
- ✓ Los datos proporcionados por los pacientes son confidenciales.
- ✓ Compromiso con la institución de no publicar la información obtenida con otro fin que no sea el de la investigación como tal.
- ✓ Los resultados de la investigación serán expresados sin manipulación de los resultados.
- ✓ Además, con previa permisión al comité de ética de la gerencia de red 2 Noroeste, se solicitó el uso de los datos estadísticos proporcionados por el sistema informático SIAL, para fines de publicación y se solicitó la autorización para realizar las encuestas en los centros de Salud de primer nivel pertenecientes a la Red 2 Noroeste.

#### IV. RESULTADOS

Tabla 1

Distribución de mujeres en edad fértil según asumen usar métodos anticonceptivos, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

Usa métodos anticonceptivos	N°	%
Si	100	48
No	107	52
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

En la investigación fueron encuestadas 207 mujeres de ellas el 52% asumió usar métodos anticonceptivos y un 48 % manifestó no usar.

Tabla 2

Distribución de la prescripción de los métodos anticonceptivos en los centros de salud., de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

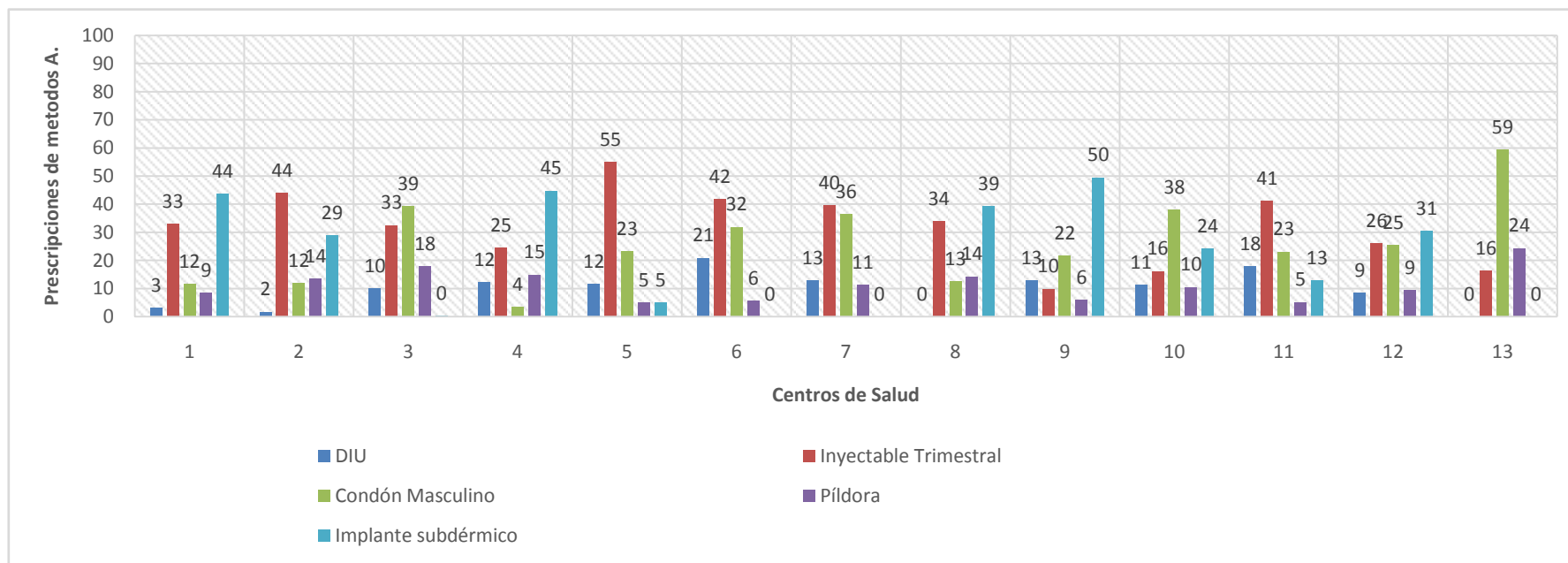
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		DIU		Inyectable Trimestral		Condón Masculino		Píldora		Implante subdérmico		TOTAL	
CENTROS DE SALUD		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Alto MCSC	3	2,0	31	6,4	11	2,6	8	4,3	41	11,0	94	5,8
2	Bajo Tejar	2	1,3	52	10,7	14	3,3	16	8,6	34	9,1	118	7,3
3	Chamoco C.	24	15,7	78	16,0	94	22,1	43	23,2	1	0,3	240	14,8
4	Ciudadela	14	9,2	28	5,7	4	0,9	17	9,2	51	13,7	114	7,0
5	La Portada	7	4,6	33	6,8	14	3,3	3	1,6	3	0,8	60	3,7

<b>6</b>	Munaypata	15	9,8	30	6,1	23	5,4	4	2,2	0	0,0	72	4,4
<b>7</b>	Obispo I.	16	10,5	49	10,0	45	10,6	14	7,6	0	0,0	124	7,6
<b>8</b>	Panticirca	0	0,0	19	3,9	7	1,6	8	4,3	22	5,9	56	3,4
<b>9</b>	Said	13	8,5	10	2,0	22	5,2	6	3,2	50	13,4	101	6,2
<b>10</b>	V. Vitoria	14	9,2	20	4,1	47	11,1	13	7,0	30	8,0	124	7,6
<b>11</b>	Apumalla	7	4,6	16	3,3	9	2,1	2	1,1	5	1,3	39	2,4
<b>12</b>	El Tejar	38	24,8	116	23,8	113	26,6	42	22,7	136	36,5	445	27,4
<b>13</b>	Camsique	0	0,0	6	1,2	22	5,2	9	4,9	0	0,0	37	2,3
<b>TOTAL</b>		153	9,4	488	30,0	425	26,2	185	11,4	373	23,0	1624	100,0

Sobre un total de 1624 prescripciones que se realizaron los diferentes centros de salud de la red 2 Noroeste en la gestión 2015, podemos decir que la mayor frecuencia corresponde a la prescripción del método anticonceptivo inyectable trimestral (30%), seguido del condón masculino (26,2 %) y el implante subdérmico (23 %). Entre los centros el que más reporta es el Tejar y el Chamoco C. con 27,4 y 14,8 %, respectivamente. El cual está representado gráficamente en el gráfico 1.

Gráfico 1.

Frecuencia de las prescripciones de anticonceptivos modernos realizadas en los diferentes centros de salud de primer nivel de la red 2 Noroeste del municipio de la paz en la gestión 2015.



Descripción de la leyenda de los centros representados numéricamente. 1 Alto MCSC, 2 Bajo Tejar, 3 Chamoco C., 4 Ciudadela, 5 La Portada, 6 Munaypata, 7 Obispo I., 8 Panticirca, 9 Said, 10 V. Vitoria, 11 Apumalla, 12 El Tejar, 13 Camsique.

Fuente: Datos extraídos del Sistema de Información de la Administración Logística para Medicamentos (SIAL), como herramienta básica de información, a través del cual se procesó a nivel local la información relativa a la utilización de anticonceptivos modernos.

Tabla 3

Distribución de mujeres en edad fértil según preferencia de método anticonceptivo, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Preferencia de método anticonceptivo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno</b>	56	27
<b>Condón</b>	56	27
<b>Inyectable</b>	40	19
<b>DIU</b>	16	8
<b>Píldora</b>	11	5
<b>Implante</b>	21	10
<b>Otro</b>	7	3
<b>TOTAL</b>	207	100

De un total de 207 personas encuestadas, la mayor frecuencia según preferencia de método anticonceptivo de las mujeres encuestadas (27%) fue el condón, seguido del inyectable trimestral 19% y el implante subdérmico con 10%.

Tabla 4

Distribución de mujeres en edad fértil según grado de escolaridad, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Grado de escolaridad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Sin Estudios</b>	6	3
<b>Primario</b>	23	11
<b>Secundario</b>	115	56
<b>Universitario</b>	63	30
<b>TOTAL</b>	207	100

De un total de 207 personas encuestadas, la mayor frecuencia de grado de escolaridad de las mujeres encuestadas (56%) presentaba estudios secundarios, seguido del estudio universitario en el 30 %.

Tabla 5

Distribución de mujeres en edad fértil que asumen usar métodos anticonceptivos según su grado de escolaridad en la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>GRADO DE ESCOLARIDAD</b>						
<b>Sin Estudios</b>	3	3,0	3	2,8	6	2,9
<b>Primario</b>	18	18,0	5	4,7	23	11,1
<b>Secundario</b>	46	46,0	69	64,5	115	55,6
<b>Universitario</b>	33	33,0	30	28,0	63	30,4
<b>TOTAL</b>	100	48,3	107	51,7	207	100,0

El 46% de mujeres de las 207 encuestadas, refirió tener estudios vencidos hasta el nivel secundario mismas que asumieron usar métodos anticonceptivos, mientras el 64,5 % de este grupo manifestó no usarlos; también es el grupo más frecuente identificado en la investigación. El cual está representado gráficamente en el gráfico 2. Por otro lado, las de formación universitaria que representaron el 30,4 % de la población encuestada tienen similares porcentajes de uso y no uso de anticonceptivos (33 % y 28 %).

Gráfico 2

Frecuencia de mujeres en edad fértil que asumen usar métodos anticonceptivos según su grado de escolaridad en la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

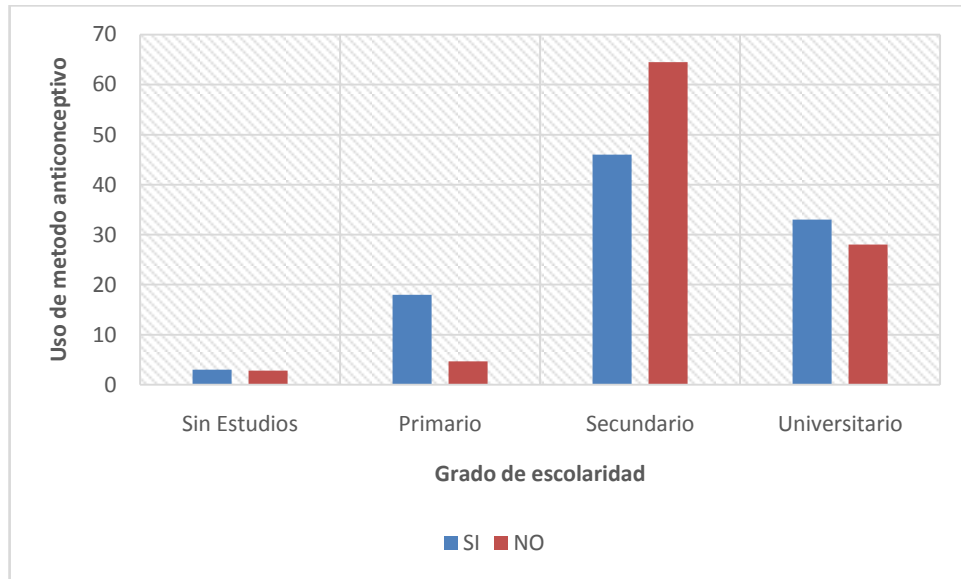


Tabla 6

Distribución de mujeres en edad fértil según Estado Civil, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

Estado Civil	N°	%
<b>Soltera</b>	47	23
<b>Casada</b>	74	36
<b>Concubina</b>	86	42
<b>TOTAL</b>	207	100

Del total de las encuestadas predominó el estado civil de concubina y/o “conviviente (42%), seguido del estado civil casado en un 36%.

Tabla 7

Distribución de mujeres en edad fértil según grupo etario, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Grupos Etarios</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>10-14 Años</b>	0	0
<b>15-19 Años</b>	16	8
<b>20-34 Años</b>	163	79
<b>35-49 Años</b>	27	13
<b>50-59 Años</b>	1	0
<b>Total</b>	207	100

En el estudio el 79% perteneció al rango de edad entre los 20-34 años cumplidos, siendo así que 163 mujeres pertenecían a este rango de edad, seguido del grupo de 35 a 49 años de edad.

Tabla 8

Distribución de mujeres en edad fértil según la tenencia de Hijos, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Tenencia deHijos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	175	85
<b>No</b>	32	15
<b>TOTAL</b>	207	100

El 85 % de las mujeres asumieron tener hijos, solo un 15 % manifestó que no tener.



Tabla 9

Distribución de mujeres en edad fértil según presencia de gestación, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Presencia de gestación</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	44	21
<b>No</b>	163	79
<b>TOTAL</b>	207	100

De un total de 207 personas encuestadas, el 79 % de las mujeres encuestadas asumieron No estar embarazadas y solo un 21 % manifestó estarlo.

Tabla 10

Distribución de mujeres en edad fértil según asumen tener relaciones sexuales, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Relaciones Sexuales</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	135	65
<b>No</b>	72	35
<b>TOTAL</b>	207	100

Con relación a las relaciones sexuales el 65 % de las asumieron tener relaciones sexuales, solo un 35 % manifestó no tener.

Tabla 11

Distribución de mujeres en edad fértil según la periodicidad de relaciones sexuales, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Periodicidad de relaciones sexuales</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Semanal</b>	87	42
<b>Mensual</b>	76	37
<b>Anual</b>	3	1
<b>Ninguno</b>	41	20
<b>TOTAL</b>	207	100

La mayor frecuencia de periodicidad con que tienen relaciones sexuales de las mujeres encuestadas (42%) fue semanalmente, seguido de la periodicidad mensual en el 37 %.

Tabla 12

Distribución de mujeres en edad fértil según asume conocer donde obtener un método de planificación familiar, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Noción de las fuentes de obtención de Métodos de planificación familiar</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	141	90
<b>No</b>	16	10
<b>TOTAL</b>	207	100

El 90% de las asumieron conocer donde obtener un método de planificación familiar y un 10 % manifestó que no conocían.

Tabla 13

Distribución de mujeres en edad fértil según el sitio de instrucción del uso del método anticonceptivo, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Sitio de instrucción del uso del método anticonceptivo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Consultorio Publico</b>	106	51
<b>Consultorio Privado</b>	16	8
<b>Vía Familiar</b>	30	14
<b>A través de un Amigo</b>	9	4
<b>Otro</b>	46	22
<b>TOTAL</b>	207	100

El sitio de instrucción del uso del método anticonceptivo fue predominantemente el consultorio público con 51%, seguido de haberlo aprendido de otro lugar 22% y un 14% lo aprendió vía familiar.

Tabla 14

Distribución de mujeres en edad fértil según el motivo de la preferencia de uso del método anticonceptivo, de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Motivo de la preferencia de uso del método anticonceptivo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Comodidad de Uso</b>	85	41
<b>Patología Individual</b>	8	4
<b>Sugerencia de un Amigo</b>	14	7
<b>Sugerencia de un Familiar</b>	31	15
<b>Ninguno</b>	69	33
<b>TOTAL</b>	207	100

De un total de 207 personas encuestadas, la mayor frecuencia según el motivo de la preferencia de uso del método anticonceptivo de las mujeres encuestadas (41%) respondió emplearlo por la comodidad de uso, seguido de ninguno 33 % y por sugerencia de un familiar con 15%.

Tabla 15

Distribución de mujeres en edad fértil según la Interacción sobre los métodos de planificación familiar en los centros de salud de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Interacción sobre los métodos de planificación familiar en los centros de salud.</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	123	59
<b>No</b>	84	41
<b>TOTAL</b>	207	100

De un total de 207 personas encuestadas, el 59% de las asumieron que le hablaron acerca de los métodos de planificación familiar y un 41 % manifestó que no le hablaron.

Tabla 16

Distribución de mujeres en edad fértil según la Recomendación sobre divulgación de información acerca la planificación familiar de la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz, año 2016.

<b>Recomendación sobre divulgación de información acerca la planificación familiar</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	199	96
<b>No</b>	8	4
<b>TOTAL</b>	207	100

El 96% de las encuestadas recomiendan se realicen campañas de información sobre la planificación familiar y su importancia en la sociedad y un 4 % no lo recomiendan.

#### **IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

La disponibilidad de métodos anticonceptivos, ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos.

Se sabe que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad; Así como lo señala un estudio realizado en la ciudad de Cochabamba en año 2010, en donde declararon que los determinantes de mayor importancia que conducen a menores niveles de fecundidad y mayor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos son las características individuales de la mujer y de su pareja, especialmente los niveles de instrucción, fuentes de información y acceso a los servicios de Planificación familiar (Nicolaeva, et al., 2010); Da suponer que la actitud, las creencias y las características individuales de la mujer y de su pareja juegan el papel más importante en la decisión de controlar la fecundidad. Estos resultados pueden ser muy útiles para el diseño de políticas de salud reproductiva y planificación familiar en Bolivia.

En este trabajo, se observó una prevalencia anticonceptiva moderna del 52%. Una proporción significativa donde más de la mitad de las mujeres reportaron usar métodos anticonceptivos modernos durante la gestión 2016 pertenecientes a la red 2 noroeste del municipio de La Paz, el cual se asoció significativamente con su edad, nivel educativo, el asesoramiento de planificación familiar durante, la periodicidad de actividades sexuales y preferencia del uso anticonceptivo.

Este hallazgo está en línea con los estudios realizados en la ciudad de Botswana en África (Hoque, et al., 2013). Donde la mayoría de un grupo de estudiantes (76%) informaron que siempre habían utilizado métodos anticonceptivos. Este hallazgo fue más alto en un estudio realizado en Kivu del Norte, República Democrática del

Congo(Casey, et al., 2017) donde 81,6% de las mujeres informaron que usaban continuamente su método anticonceptivo de referencia; Esto podría atribuirse a la estrategia de educación sanitaria de ese País.

Se puede observar también que la mayor frecuencia de prescripción de métodos anticonceptivos en el año 2015 fue del inyectable trimestral, donde la autora considera que según criterio médico y por diferentes características que la mujer presentaba, fue éste, el método más prescrito en la Red 2; que a diferencia de un estudio realizado en el Reino Unido (Soriano, et al., 2013) con las mismas características, los anticonceptivos orales 16,2% fueron los más prescritos, mismos que fueron utilizados por más de 3 meses.

Según la preferencia de anticonceptivos modernos, más de la cuarta parte de las mujeres encuestadas prefería utilizar el condón, seguido del inyectable trimestral y el implante subdérmico, en opinión de la autora este hallazgo puede relacionarse con la comodidad y disponibilidad del mismo en los centros de salud; que al igual que un estudio realizado en Uganda(Anguzu, et al., 2014) la preferencia de anticonceptivos de acción prolongada reversible es baja África urbana, como en la África urbana(Gueye, et al., 2016) en un estudio realizado en Kenia, Nigeria y Senegal describe ser los mismos los métodos modernos más preferidos.

Un poco menos de la mitad de las mujeres con estudios vencidos hasta el nivel secundario, asumieron Sí usar métodos anticonceptivos, donde en juicio de la autora se considera que este es uno de los más grandes factores que afectan a la intención de las mujeres para el uso de métodos anticonceptivos, ya que el número de años de educación puede proporcionar a las mujeres casadas una mayor conciencia sobre las ventajas del espaciamiento de la concepción y el uso de anticonceptivos. Del mismo modo, las mujeres educadas podrían tener un comportamiento positivo de búsqueda de salud; que a semejanza de un estudio realizado en la zona de Wolaita del sur de Etiopia (Meskele, et al., 2014) donde más de la mitad de las mujeres con nivel de educación Secundario, tuvieron una actitud negativa hacia el uso de los métodos anticonceptivos, ya que tienen

diferentes mitos y conceptos erróneos los cuales son las barreras para la utilización de los mismos.

Se puede conjeturar que el mayor grado de escolaridad de presente estudio fue, el nivel secundario seguido del universitario. Puesto que, en apreciación de la autora, gracias a las políticas educativas actuales la facilidad para concluir el nivel escolar es mucho más viable que en años pasados; mismo que en analogía a un estudio realizado en Divindi el año 2015(Mukengeshayi, et al., 2017) aunque es baja la prevalencia de la disponibilidad del servicio de planificación familiar, más de la mitad de las mujeres tiene un nivel secundario de educación, seguido de un nivel primario y universitario.

Resaltar que los resultados reflejan que la mayoría de las mujeres encuestadas continúan concubinas, por ello la autora considera, que por los valores sociales reprimidos en muchos de los casos por el bajo nivel económico, gran parte de las mujeres prefieren convivir sin unión consensual, a vivir en matrimonio. No coincidente con un estudio con los mismos rasgos realizado en Etiopía(Susuman, et al., 2014) donde el 93,6% de las mujeres actualmente se casaron y solo el 6,4% de ellas viven con un concubino, gracias a las tradiciones o culturas africanas.

Una de las variables sociodemográficas relevantes como es la edad de las mujeres encuestadas, en su mayoría fue del rango de edad entre los 20-34 años cumplidos. Las cuales la autora considera son las más frecuentes asistentes a los centros de salud, donde la planificación de la familia es de primordial importancia para los adolescentes y jóvenes de este rango de edad, porque son los más expuestos a las consecuencias negativas de las prácticas sexuales, antes de la ocurrencia y recurrencia de embarazo. Se conoce que la planificación familiar ayuda a que los usuarios tengan la capacidad de prevenir embarazos no deseados, así como controlar su fertilidad y el número de hijos que desean. Estos resultados son similares a un estudio realizado en la ciudad de Aksum, al norte de Etiopía(Teklehaymanot, et al., 2017). El rango de edad de las encuestadas fue de 16-49 años y la edad media de las mujeres fue  $27.4 \pm 5.0$  años.

En su gran mayoría las mujeres del presente estudio afirmaron tener hijos, que en discernimiento de la autora es de suma preocupación, porque muchas de ellas solo asisten a recabar información a los centros de salud por necesidad de aliviar la enfermedad que sus hijos atraviesan. En realidad, son pocas las mujeres que se informan para prevenir o planificar antes de tener algún hijo, por ello que el porcentaje de mujeres que tienen hijos es alto un 85% en comparación al 15% que no tienen hijos, mismos resultados que coinciden con un estudio similar en Nigeria realizado el 2013 (Bola, 2017), donde la mayoría de las encuestadas asumieron tener hijos a edad temprana.

Es indiscutible declarar que más de la mitad de las mujeres participantes en el presente trabajo, asumen haber tenido relaciones sexuales, que como fue revelado en un estudio realizado de igual forma en La Paz (Torrico, et al., 2004), los factores individuales como el consumo de sustancia y la preferencia por actividades sociales están fuertemente relacionados con el inicio de la actividad sexual. Al igual que un Estudio publicado el 2016 proveniente de Australia (Coombe, et al., 2016) donde en su gran mayoría informaron las mujeres haber tenido relaciones sexuales alguna vez, donde las participantes sexualmente activas, casi la cuarta parte de ellas notificaron haber estado embarazadas o estaban embarazadas al momento de completar la encuesta.

Los resultados del presente trabajo son semejantes a un estudio de comportamiento sexual y conocimiento de métodos anticonceptivos realizado en Tanzania(Somba, et al., 2014) que mostró que más de la mitad de los estudiantes han tenido relaciones sexuales. Todos los participantes tenían conocimiento de la anticoncepción y entre el método más popular utilizado fueron los condones. En similitud del presente estudio la periodicidad con que tienen relaciones sexuales de las mujeres encuestadas en su mayoría son semanalmente, seguido de la periodicidad mensual. En un análisis reciente se encontró que, junto con el miedo a los efectos secundarios, la actividad sexual poco frecuente es una de las dos razones más comunes citadas para no utilizar la planificación familiar entre mujeres con necesidades no satisfechas en África, Asia y América Latina(Staveteig, 2017).es por ello que autora considera que el comportamiento sexual



es reconocido como una preocupación social y demográfica en el mundo en desarrollo, siendo los adolescentes el grupo etérea más sensible porque sufren consecuencias sociales y económicas.

Casi en su totalidad de la población encuestada tiene el conocimiento de donde pueden obtener estos métodos anticonceptivos gratuitamente, que a criterio de la autora esto permite ofrecer a las mujeres la oportunidad de iniciar el espaciamiento y la limitación de la concepción, independientemente del criterio sus parejas masculinas; que al igual que un estudio realizado en Biyem-Assi (el distrito de salud más grande de Yaundé – Camerún)(Bethel, et al., 2016), el 79,8 % de los lugares donde obtienen los métodos de planificación familiar gratuitamente son los centros de salud.

El trabajo demuestra también, que más de la mitad de la población estudiada aprendió a usar los métodos anticonceptivos en un consultorio público, a juicio de la autora considera también que el bajo nivel de alfabetización y la información por parte de los medios de comunicación, tales como la radio y la televisión juegan un papel importante en el conocimiento de los métodos anticonceptivos. Esto diverge con un estudio realizado en Myanmar (Aung, et al., 2017), el cuál demostró que la mayoría de las mujeres accedían a sus métodos anticonceptivos modernos del sector privado y que otras fuentes de información sobre los métodos de planificación familiar (es decir, amigos / familiares) representaron solo el 0,5%.

La mayor frecuencia según el motivo de la preferencia de uso del método anticonceptivo de las mujeres encuestadas respondió emplearlo por la comodidad de uso. A pesar de todos los factores que deben considerarse para la elección de un método anticonceptivo, la autora cree que uno de los mayores factores para incurrir en esta respuesta fue en la facilidad y/o comodidad que el método anticonceptivo ofrece para la continuidad de uso. A diferencia de un estudio realizado en la ciudad de Juárez en México(Campbell, et al., 2015) los participantes respondieron que como característica más importante para su uso fue la eficacia del método, respuesta que estaban por encima del consejo de familiares u otros métodos ideales.

Se constató que un poco más de la mitad de las mujeres encuestadas asumieron que les hablaron acerca de los métodos de planificación familiar en el centro de salud al cualmente asisten. En estos la información es brindada por el personal de salud lo cual es posible a partir de la adquisición de conocimientos técnicos y científicos en reacciones adversas importantes, indicaciones, contraindicaciones y formas de orientación por parte de salud en el uso anticonceptivos, con el fin de mejorar en la calidad de la atención prestada por los profesionales de salud durante consultas de planificación familiar.

Es de esta forma que se reporta en un estudio realizado en Brasil(Gregório, et al., 2013) la red de atención primaria de la salud como parte integrante el modelo de descentralización del Sistema Único de Salud, evaluó positivamente el desempeño de las enfermeras en la prescripción de anticonceptivos reversibles hormonales en Atención Primaria condado de Río Branco-Acre.

A diferencia de un estudio realizado en los Estados Unidos(Bello, et al., 2015)que, a pesar de esta mejora en su sistema de salud, solo el 14% de las visitas de mujeres no embarazadas en edad reproductiva recibieron servicios de planificación familiar en 2009-2010. Estos hallazgos respaldan la necesidad de identificar y superar las barreras que enfrentan los médicos de atención primaria para implementar en la práctica los servicios recomendados de anticoncepción y precepción.

Según un estudio realizado en el Municipio de Villa Serrano de la ciudad de Chuquisaca – Bolivia, (Gallardo, et al., 2014) Llama la atención que solo un cuarto de las mujeres entrevistadas para el estudio pudieron acceder a los métodos anticonceptivos, esto debido a que históricamente tanto el Servicio Departamental de Salud y las ONG's, que tienen la experiencia y manejo de esta área no produjeron el impacto de convencer a las mujeres del derecho que tienen para cuidar su salud y sobre todo el poder de decisión en cuanto a su vida sexual y reproductiva. Además se concluye que en semejanza del presente trabajo los diferentes seguros de salud que han sido implementados por los diferentes gobiernos al parecer no están produciendo el

impacto, estamos en el siglo XXI y hasta ahora continuamos con la falta o inadecuada información a pesar de que son ya varios años dentro de la Política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, que debería ser lo estratégico para permitir el acceso al derecho de decidir.

Finalmente, casi en su totalidad la población encuestada recomendó que se realicen campañas en los centros de salud donde se les informen sobre el uso de los métodos anticonceptivos. Es claro que se necesitan realizar con más frecuencia, campañas de información sobre la planificación familiar ya que sigue teniendo escasez de conocimiento por la población más vulnerable, a pesar del proceso de reducción de los niveles de fecundidad en Bolivia, la proporción de mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar es considerablemente alta, especialmente cuando se considera la necesidad de limitar el tamaño de la familia (Calle, et al., 2006), un estudio realizado en Brasil mostró los mismos resultados (Berreza, et al., 2014) donde constató la necesidad de invertir en un servicio especializado para los jóvenes, con sus propias características que facilitan el acceso temprano. Al igual que en Kenia (Godia, et al., 2014) que en relación con sus necesidades de Salud sexual y reproductivas concluyó que se debe proporcionar a los jóvenes información y servicios de salud sexual y reproductiva a través del sistema de salud existente ofreciendo actividades recreativas a través de los centros juveniles, mejorar las habilidades de comunicación interpersonal, la formación profesional y la facilitación del desarrollo de la carrera.

La asistencia en la planificación de la familia es de primordial importancia para la experiencia de la vida salud sexual y reproductiva, especialmente entre los adolescentes y jóvenes a causa de los comportamientos de riesgo están más expuestos a las consecuencias negativas de las prácticas sexuales de riesgo, ya sea en el contexto biológico, psicológico o social. Por lo tanto, es necesario involucrarlos a principios de los servicios de planificación de la familia, antes de la ocurrencia y recurrencia de embarazo, de modo que tengan la capacidad de prevenir no deseados, así como controlar su fertilidad el número de hijos que desean. Y este llegado de una manera planificada, en el contexto socio-económico favorable para su nacimiento y desarrollo.

## V. CONCLUSIONES

La población estudiada en un número mayor a la mitad, utilizan métodos anticonceptivos. Los métodos con mayor nivel de preferencia fueron, a partir de los resultados de las encuestas y las prescripciones de las mismas, el condón masculino y el inyectable trimestral, seguidamente del reciente método implementado que es el implante subdérmico.

La comodidad en el uso fue el factor aducido principalmente por mujeres en edad fértil entre 20 a 34 años cumplidos, las cuales son las más frecuentes asistentes al centro de salud de primer nivel. Estas a su vez no tienen unión consensual religiosa o civil.

Casi un tercio de la población encuestada tiene el conocimiento de donde pueden obtener estos métodos anticonceptivos gratuitamente y un poco más de la mitad han sido informadas sobre el uso de los métodos anticonceptivos en sus respectivos centros de salud.

Casi en su totalidad la población solicita la realización de campañas en los centros de salud donde se promoció el uso de los métodos anticonceptivos ya que es una necesidad.

Aunque la frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos en «mujeres expuestas» es alta, en el grupo de edad de 15 a 19 años es llamativamente baja. Por otra parte, aunque el preservativo, los inyectables y el implante son bien conocidos, es limitado el conocimiento acerca de otros métodos por parte de las mujeres de nuestra zona de salud.

El uso de anticonceptivos está basado con el conocimiento de los mismos, como una actitud favorable a su uso, lo que presupone un cambio importante en la estructura de valores. Es por ello que, para elegir un método anticonceptivo de manera libre e informado, cada individuo tiene que conocer y tener acceso a todos los métodos anticonceptivos científicamente probados y disponibles, acogiendo la que mejor se

adapte a sus particularidades y condiciones de vida, los profesionales tienen que ser entrenados para la prescripción del anticonceptivo elegido por los clientes. Esto sólo es posible a partir de la adquisición de conocimientos técnicos y científicos en reacciones adversas importantes, indicaciones y contraindicaciones y formas de orientación, por lo tanto, el uso de información actualizada proporciona una mejora en la calidad de la atención prestada por los profesionales de salud durante consultas de planificación familiar.

## **VI. RECOMENDACIONES**

El estudio de la demanda y uso de métodos anticonceptivos es de particular importancia, no sólo porque es el determinante próximo más importante del nivel de la fecundidad, sino por la información que se obtenga en estos estudios.

- Hacer un uso práctico de los resultados de la tesis por administradores de los programas de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud.
- Mantener la difusión en publicaciones científicas y en eventos, de estudios de utilización del medicamento, para su posible empleo por otros investigadores e instituciones, así como para su desarrollo posterior.
- Incorporar instrumentos diseñados y validados para realizar estudios de prevalencia del uso de anticonceptivos, ya que es un indicador útil para medir el progreso hacia el acceso universal a la salud reproductiva, es por ello que los estudios sobre este tema deben estar en constante actualización.
- Continuar con el desarrollo de proyectos que profundicen en el uso adecuado de anticonceptivos en consonancia con estos resultados y aborden la modificación y evaluación de los programas existentes para satisfacer a la población sobre la demanda de los mismos, el conocimiento y educación para su mejor empleo.
- Desarrollar más campañas en los centros de salud respectivos a cada zona del municipio, dirigidos a población según el uso y preferencia de los métodos de planificación familiar.
- Utilizar el trabajo como un histórico para la planificación y adquisición de suministros anticonceptivos con vista de evitar el desabastecimiento de alguno de ellos en los respectivos centros de salud.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*. Villahermosa, México *11*(1-2), 333-338.
2. Altimiras J., Bautista J., Puigventós F., (1992) Farmacia Hospitalaria. Farmacoepidemiología y estudios de utilización de medicamentos. (pp. 541-544)
3. Álvarez, F. (2004). Estudios de Utilización de Medicamentos. Parte I: Concepto y metodología. *Farmacoepidemiología*. *2*(3), 130-135.
4. Anguzu, R., Tweheyo, R., Sekandi, J., Zalwango, V., Muhumuza, C., Tusiime, S., et al. (2014). Knowledge and attitudes towards use of long acting reversible contraceptives among women of reproductive age in Lubaga division. Kampala district Uganda. *BMC Research Notes*. *7*(153), 1-9.
5. Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios, *Matronas Profesión*, *5*(17), 23-29.
6. Asamblea Legislativa Plurinacional (2014), ley N<sup>a</sup> 475, *ley de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia* (pp. 1-6). Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, Derechos Reservados ©
7. Aung. T., Mo, N. and Sudhinarase, M. (2017). Increasing family planning in Myanmar: the role of the private sector and social franchise programs. *BMC Women's Health*. *17*(46): 2-9.
8. Bello, J., Rao, G., Stulberg, D. (2015). Trends in Contraceptive and Preconception Care in United States Ambulatory Practices. *Family Medicine*. *47*(4): 264-71.
9. Bethel, A., Nana, P., Kenfack, B., Ndinakie, M., Robinson, E. (2016). Knowledge of women in family planning and future desire to use contraception: a cross sectional survey in Urban Cameroon. *BioMed Central*. *9*(347): 2-6.
10. Bezerra, L., Oliveira, K. (2014). Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(3): 853-863.

11. Bola, S., (2017). Factors influencing contraceptive use and non-use among women of advanced reproductive age in Nigeria. *Solanke Journal of Health, Population and Nutrition*. 36 (1): 1-14.
12. Calle, M., Rodrigues, R., Da Costa Leite, L. (2006). Necesidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais na Bolívia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9), 1989-1996.
13. Campbell, O., Benova, L., Macleod, D., Goodman, C., Footman, K., et Al., (2015). Who, What, Where: an analysis of private sector family planning provision in 57 low- and middle-income countries. *Tropical Medicine and International Health*. 20(12): 1639–1656.
14. Casey, S., Cannon, A., Mushagalusa, B., Muyisa, J., Amsalu, R. et al. (2017). Twelve-month contraceptive continuation among women initiating short- and longacting reversible contraceptives in North Kivu. *PLOS ONE*. 1-17.
15. Coa, R. (2006). *Dinámica de la Anticoncepción en Bolivia y su interrelación con factores socioeconómicos 1989 – 2003* (pp. 5-12). Impresiones Master S.R.L. Bolivia.
16. Coa, R., Ochoa, L. (2009). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. *ENDSA 2008*. (pp. 76-77). MEASURE DHS, Macro International. La Paz, Bolivia.
17. Coombe, J., Harris, M., Wigginton, B., Lucke, J., Loxton D., (2016). Contraceptive use at the time of unintended pregnancy: Findings from the Contraceptive Use, Pregnancy Intention and Decisions study. *The Royal Australian College of General Practitioners 2016*. 45(11): 842-848
18. Conde, V. (2013). Métodos Anticonceptivos. Adaptado de la *atención integrada al continuo del curso de la vida* (pp. 29-31), por Ministerio de salud y deportes Bolivia.
19. Cordero, C., Urioste, D., Apaza, P. (2013). *La salud en el Municipio de La Paz*. (pp. 21-36) SPC Impresores S.A. La Paz – Bolivia.
20. Cordova-Pozo, K., Cordova-Pozo, D., Monza, A., Píriz, G., Moreno-Lopez, D., et al (2017). Derechos sexuales y reproductivos para la anticoncepción en Bolivia,



Colombia y Uruguay en el marco de los derechos humanos. *Revista Panamericana Salud Publica*. (41). 1-8.

21. Crespo, G., Bickis, T., Angulo, A. (2009). *Agenda nacional de prioridades de investigación en salud*. (pp.43.) Presencia. La Paz – Bolivia.
22. Gallardo CA., Oliveira J., Camacho C. (2014). Anticoncepción en Mujeres de 10 a 19 años y de 35 a 44 años. Municipio de Villa Serrano. *Archivos Bolivianos de Medicina*. 22(90). 36-44.
23. Gené J., Catalán A., Cano JF., (2003). Utilización de medicamentos en Atención Primaria. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª edición. Madrid.
24. Gebremariam, A., Addissie, A. (2014). Intention to use long acting and permanent contraceptive methods and factors affecting it among married women in Adigrat town, Tigray, Northern Ethiopia. *Reproductive Health*. 11(24), 1-9.
25. Godia, P., Olenja, J., Hofman, J., van den Broek, N. (2014). Young people's perception of sexual and reproductive health services in Kenya. *BMC Women's Health*. 14(172). 1472-6963.
26. González, B., López, A., Cabeza, A., Díaz, J., Ortún, V., Álamo, F. (2005). *Estudios de Utilización de Medicamentos y registros de datos en Atención Primaria*. Universidad de Las Palmas de GC, 1-3.
27. Gregório, J., Abrantes, J., Araújo, W. (2013). Atuação do Enfermeiro na Prescrição de Contraceptivos Hormonais na Rede de Atenção Primária em Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 66(6), 827-32.
28. Gueye, A., Speizer, I., Corroon, M., Okigbo, C. (2016). Belief in Family Planning Myths at the Individual and Community Levels and Modern Contraceptive Use in Urban Africa. *PMC*. 41(4): 191–199.
29. Hoque, M., Ntsipe, T., Mokgatle-Nthabu, M. (2013). Awareness and practices of contraceptive use among university students in Botswana. *Journal des Aspects Sociaux du VIH/SIDA*. 10 (2), 83-88.

30. Lizarzaburu, S. (2006). Barreras que impiden el uso de método anticonceptivo a adolescente hospitalizadas en el IEMP periodo de octubre-diciembre del año 2005 (Tesis de Pregrado) universidad nacional mayor de san marcos, Lima –Perú.
31. López, P. (2000). Población Muestra Y Muestreo. *Punto Cero*, 69-73.
32. Meskele, M., Mekonnen, W. (2014). Factors affecting women's intention to use long acting and permanent contraceptive methods in Wolaita Zone, Southern Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*.14 (109): 1472-6874.
33. Moreno, A., López, S., Corcho, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *salud pública de México*. 42(4). 342.
34. Mukengeshayi, A., Ngalula, R., Kaj, F., Mpoyi, T., Mulumba, J., et al. (2017). Use of modern contraceptive methods in the Democratic Republic of the Congo: prevalence and barriers in the health zone of Dibindi, Mbuji-Mayi. *Pan African Medical Journal*. 26(199):1-8.
35. Nicolaeva, M., McLaughlin, D. (2010). Fecundidad Y Planificación Familiar En Bolivia: Uso De Anticonceptivos, Status De La Mujer Y El Contexto Local De Desarrollo. *Perspectivas*. (25) 41-270.
36. Proyecciones Sistema Nacional de Información en Salud - Ministerio de Salud Bolivia (2014) *INE*.
37. Servicio Departamental de Salud La Paz. (2015, Julio 30) Recuperada de [http://www.sedeslapaz.gob.bo/index.php?option=com\\_content&view=category&id=49&Itemid=113](http://www.sedeslapaz.gob.bo/index.php?option=com_content&view=category&id=49&Itemid=113),
38. SNUS (2002). *Reglamento Del Sistema Nacional Único De Suministro "SNUS"*. (pp. 5-12) Prisa Ltda. La Paz – Bolivia.
39. Somba, M., Mbonile, M., Obure, J., Mahande, M. (2014). Sexual behaviour, contraceptive knowledge and use among female undergraduates' students of Muhimbili and Dar es Salaam Universities, Tanzania. *BMC Women's Health*.14 (94), 1472-6874.
40. Soriano, L., García, L., Machlitt, A., Wallander, M. (2013). Use of contraceptive methods prescribed in the general population of the United Kingdom: a primary care study. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. 2014(121):53-61.

41. Staveteig, S. (2017) Fear, opposition, ambivalence, and omission: Results from a follow-up study on unmet need for family planning in Ghana. *PLOS ONE*.1-28.
42. Susuman, S., AristideBado, A., Lailulo Y. (2014). Promoting family planning use after childbirth and desire to limit childbearing in Ethiopia. *Reproductive Health*.11 (5314), 1-8.
43. Tejerina M., Vera O., Gutiérrez S. (2012). Normas Nacionales de Atención Clínica. Ministerio de Salud y Deportes, (pp. 28 – 33 y 1295 -1329). Rolando Costa Benavides, PRISA Ltda. La Paz – Bolivia.
44. Teklehaymanot, A., Alemayehu, T., Abebaw, A. (2017). Postpartum modern contraceptive use in northern Ethiopia: prevalence and associated factors. *Epidemiol Health*.2017(39): 1-9.
45. Torres, S., González A., Vavilova I. (2015). La Cita y Referencia Bibliográfica: Guía basada en las normas APA. *Biblioteca Central Uces*. (pp. 9-29)3ª edición revisada y ampliada. Ciudad de Buenos Aires.
46. Torrico, E., Salas, A., Gutierrez, A., Arce. M., Salazar. Jorge. (2004). Factores de riesgo asociado al inicio de relaciones sexuales en adolescentes mujeres estudiantes de secundaria en La Paz, Bolivia. *Sociedad Boliviana de Pediatría*. 43(1):3-7.
47. Vallenás, G. (2007). *Uso de Métodos Anticonceptivos en las Provincias del Perú*. 2005 (pp. 27-28) Talleres de la Oficina Técnica de Administración del INEI. Lima – Peru.
48. Zárate, A., Moreno, A., Padilla, H., Chávez, W., Castro, A., Távara, L., et al. (2010). *Norma nacional, reglas, protocolos y procedimientos en anticoncepción*. (pp. 11-42) Amaru Impresiones. La Paz – Bolivia.

## VIII. ANEXOS

### 1. MODELO DE ENCUESTA PROPUESTO



#### ENCUESTA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS EN CENTROS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE LA RED 2 NOROESTE LA PAZ



Este cuestionario tiene el objetivo Evaluar la Prevalencia del Uso de Anticonceptivos Modernos, de Mujeres en edad Fértil, asistentes a los Centros de Salud de Primer Nivel de Atención, pertenecientes a la Red 2 Noroeste del Municipio de La Paz. La información obtenida en esta encuesta es de carácter anónimo y de uso exclusivo para esta investigación. La encuesta consta de 14 preguntas de selección múltiple, de las cuales debe elegirse SOLO UNA OPCIÓN marcándola en el casillero del lado izquierdo de la respuesta.

☒ Agradezco de antemano su cooperación en este estudio.

1. ¿Qué Edad tiene?

- 1.- 10-14 años
- 2.- 15-19 años
- 3.- 20-34 años
- 4.- 35-49 años
- 5.- 50-59 años

2. ¿Cuál es su Estado Civil?

- 1.- Soltera
- 2.- Casada
- 3.- Concubina

3. ¿Qué estudios concluyo?

- 1.- Sin estudios
- 2.- Primario
- 3.- Secundario
- 4.- Universitario

4.- ¿Usted tiene Hijos?

- 1.- Si
- 2.- No

5. ¿Está usted embarazada actualmente?

- 1.- Si
- 2.- No

Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para evitar un embarazo.

6. ¿Actualmente tiene relaciones sexuales?

- 1.- Si
- 2.- No

7. ¿Cuán a menudo tiene relaciones sexuales? (marca la que te resulte más representativa)

- 1.- Semanal
- 2.- Mensual
- 3.- Anual
- 4.- Ninguno

8. ¿Utiliza usted algún método anticonceptivo?

- 1.- Si
- 2.- No

9. ¿Qué método anticonceptivo prefiere usar?

- 1.- Ninguno
- 2.- Condón
- 3.- Inyectable
- 4.- Diu T de Cobre
- 5.- Píldora
- 6.- Implante
- 7.- Otro

10. ¿Porque elige utilizar ese método anticonceptivo?

- 1.- Comodidad de uso
- 2.- Patología Individual
- 3.- Sugerencia de un amigo/a
- 4.- Sugerencia de un familiar
- 5.- Ninguno

11. ¿Dónde aprendió sobre los métodos anticonceptivos?

- 1.- Consultorio Publico
- 2.- Consultorio Privado
- 3.- a través de un Familiar
- 4.- A través de un Amigo(a)
- 5.- Otro

12. ¿Sabe usted de algún lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?

- 1.- Si
- 2.- No

13. ¿Alguien de este establecimiento de salud le habló acerca de los métodos de planificación familiar?

- 1.- Si
- 2.- No

14. ¿Recomendaría usted que se realicen campañas de información sobre la planificación familiar y su importancia en la sociedad?

- 1.- Si
- 2.- No

## 2. ASOCIACIÓN DE LETRAS/NÚMERO A LAS PREGUNTAS DE ESTUDIO.

P1. ¿Qué Edad tiene?
P2. ¿Cuál es su Estado Civil?
P3. ¿Qué estudios concluyo?
P4. ¿Usted tiene Hijos?
P5. ¿Está usted embarazada actualmente?
P6. ¿Actualmente tiene relaciones sexuales?
P7. ¿Cuán a menudo tiene relaciones sexuales?
P8. ¿Utiliza usted algún método anticonceptivo?
P9. ¿Qué método anticonceptivo prefiere usar?
P10. ¿Porque elige utilizar ese método anticonceptivo?
P11. ¿Dónde aprendió sobre los métodos anticonceptivos?
P12. ¿Sabe usted de algún lugar donde se pueda obtener un método de planificación familiar?
P13. ¿Alguien de este establecimiento de salud le habló acerca de los métodos de planificación familiar?
P14. ¿Recomendaría usted que se realicen campañas de información sobre la planificación familiar y su importancia en la sociedad?

**3. RESUMEN DEL NÚMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS VERSUS  
EL NÚMERO DE PREGUNTAS RESPONDIDAS RECOPIADAS  
PARA EL ESTUDIO.**

N° ENCUESTAS	PREGUNTAS DEL ESTUDIO													
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
1	3	3	2	1	2	1	2	1	4	2	1	2	2	1
2	3	2	4	2	1	1	2	2	2	1	5	1	1	1
3	3	3	4	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1
4	2	3	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
5	3	2	4	1	1	1	1	2	1	1	5	1	2	1
6	3	1	4	1	2	2	2	1	5	3	4	2	2	1
7	3	3	2	1	2	1	1	2	1	5	1	2	2	1
8	3	3	2	1	2	1	1	2	1	1	5	2	2	1
9	3	3	3	2	1	1	2	2	1	5	5	2	2	1
10	3	2	4	1	2	1	1	1	6	4	3	1	1	1
11	4	2	3	1	2	1	1	2	1	5	1	1	1	1
12	2	3	3	1	2	2	4	1	6	2	1	2	1	1
13	3	2	4	1	1	1	2	2	1	5	2	1	1	1
14	3	3	3	1	2	2	4	1	2	3	2	1	2	1
15	3	3	3	2	2	1	2	2	1	5	1	2	1	1
16	3	2	3	1	2	1	3	1	4	1	1	1	1	1
17	3	3	3	1	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1
18	3	3	4	1	2	2	1	1	2	5	5	1	2	1
19	3	3	3	1	2	1	1	1	5	4	3	1	1	1
20	3	2	3	1	2	1	1	2	1	5	5	1	1	1
21	3	3	4	1	2	1	2	1	2	5	5	1	1	1
22	3	3	4	1	1	1	1	2	1	5	5	1	2	1
23	3	2	3	1	2	2	1	2	1	5	2	1	1	1
24	3	3	4	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2
25	3	2	3	1	1	1	2	2	3	3	4	2	2	1
26	3	3	3	1	2	2	4	2	7	5	5	2	2	1
27	3	3	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
28	3	3	3	1	2	2	2	2	6	4	3	1	1	1
29	3	3	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
30	3	3	3	1	2	1	2	1	1	5	5	1	1	1
31	3	3	2	1	1	1	3	1	4	4	1	1	1	1
32	2	2	3	2	1	2	1	2	2	2	5	2	2	1
33	3	3	2	1	1	1	2	1	4	4	1	1	2	1
34	4	3	3	1	2	2	2	1	3	1	1	1	1	1
35	3	3	3	1	2	2	2	2	7	1	3	2	2	1
36	3	3	4	1	2	2	4	2	1	5	1	1	2	1

37	3	3	4	1	2	1	2	2	7	1	1	2	2	1
38	3	2	4	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1
39	3	3	3	1	2	1	2	1	4	4	3	1	1	1
40	3	2	3	1	2	1	2	2	1	5	5	1	1	1
41	3	2	3	1	2	2	4	2	3	1	1	1	1	1
42	3	2	4	1	2	1	2	1	3	4	5	1	1	1
43	3	3	4	1	2	1	2	1	2	1	5	1	1	1
44	2	1	3	1	2	2	2	1	2	3	5	1	1	1
45	3	3	3	1	2	1	2	2	1	1	3	2	1	1
46	3	2	4	1	2	1	1	1	3	3	4	2	2	1
47	2	1	3	1	2	2	4	2	2	1	1	2	1	1
48	3	1	3	1	2	2	4	2	1	5	1	2	2	1
49	3	2	3	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1
50	3	3	3	1	1	1	1	2	1	5	5	1	1	1
51	3	1	4	1	2	2	4	2	2	5	2	1	2	1
52	3	1	4	1	2	2	4	2	1	5	1	1	1	1
53	3	3	3	1	2	2	1	2	6	4	5	2	2	1
54	3	3	3	1	2	2	1	2	2	4	1	2	2	1
55	2	3	4	1	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1
56	3	1	3	1	2	2	2	1	2	1	5	1	1	1
57	3	2	4	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1
58	3	3	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
59	3	3	3	1	2	2	4	2	1	5	3	1	2	1
60	3	2	2	1	2	1	1	1	2	1	5	1	1	1
61	3	3	3	1	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1
62	3	3	3	1	2	1	1	2	1	5	3	2	1	1
63	3	3	3	1	2	1	1	1	6	4	3	1	1	1
64	3	2	4	1	2	1	2	1	4	5	1	1	1	1
65	3	2	3	1	2	1	1	2	1	1	3	1	2	1
66	3	3	1	1	2	2	4	2	1	5	4	1	2	1
67	3	3	3	1	2	1	1	2	7	1	5	1	1	1
68	3	3	3	1	1	1	2	2	2	5	5	2	2	1
69	3	2	3	1	2	1	2	1	7	4	1	1	2	1
70	3	2	3	1	2	2	2	2	1	2	5	1	1	1
71	2	1	3	2	1	2	4	2	1	5	5	2	2	1
72	4	2	3	1	2	2	1	1	5	3	1	1	2	1
73	3	3	3	1	2	1	2	2	1	5	2	1	2	1
74	3	3	3	1	1	1	4	2	1	5	1	1	1	1
75	3	2	3	1	2	2	4	2	3	1	3	1	1	1
76	3	1	4	1	2	1	2	2	1	5	1	2	2	1
77	3	2	4	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1
78	3	2	3	1	2	1	2	2	2	3	1	1	1	1
79	3	3	3	2	1	1	1	2	1	5	2	2	1	2

80	3	3	4	1	2	1	1	1	2	5	1	1	2	1
81	3	3	4	1	2	1	1	1	6	1	3	1	1	1
82	3	1	2	1	2	2	4	2	1	5	5	2	2	1
83	3	2	3	1	2	1	1	2	1	1	3	1	2	1
84	3	2	3	1	1	2	4	2	1	5	5	1	1	1
85	3	1	4	1	2	2	1	1	3	1	3	2	2	1
86	3	1	4	1	2	2	4	2	2	4	1	2	2	1
87	3	2	3	1	2	1	1	1	3	1	1	2	2	1
88	3	2	3	1	1	2	4	2	4	1	1	1	1	1
89	3	1	3	1	2	2	2	1	3	1	1	1	1	1
90	3	3	3	1	1	1	2	2	1	4	1	1	1	1
91	4	2	4	1	2	1	2	2	6	1	3	1	1	1
92	3	3	4	1	2	1	1	2	6	1	3	2	2	1
93	2	3	3	1	2	1	2	2	6	3	5	2	2	1
94	3	1	1	1	2	1	2	2	1	5	1	2	1	2
95	3	3	1	1	2	2	4	1	3	1	1	2	1	1
96	3	3	3	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
97	3	3	3	2	1	2	4	2	3	4	5	2	1	1
98	3	3	3	1	2	1	1	1	3	4	1	2	2	2
99	3	1	3	1	2	2	4	1	2	1	1	1	1	1
100	3	2	3	1	2	1	4	2	1	5	5	1	1	1
101	3	1	4	2	2	2	1	1	2	1	5	1	2	1
102	3	2	2	1	2	1	4	1	3	1	2	1	2	2
103	3	3	3	2	1	2	1	2	1	5	5	2	1	1
104	2	1	4	2	1	1	2	2	1	5	3	2	2	1
105	2	3	3	1	2	2	1	2	3	4	1	1	1	1
106	3	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
107	3	3	4	1	1	2	2	2	6	1	3	2	2	1
108	4	3	3	1	1	2	2	2	1	1	3	2	2	1
109	3	3	3	1	1	2	2	2	6	1	4	2	2	1
110	3	2	3	1	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1
111	3	3	3	1	1	2	2	2	1	5	1	1	1	1
112	3	3	3	1	2	1	1	2	2	5	3	2	2	1
113	3	3	3	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
114	4	2	3	1	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1
115	3	3	3	1	2	1	2	2	4	1	1	1	1	2
116	3	3	4	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1
117	3	2	4	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1
118	3	1	4	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1
119	3	2	3	1	1	2	4	2	6	4	3	1	2	1
120	3	2	4	1	1	1	2	2	1	5	5	2	2	1
121	4	2	3	1	2	1	1	2	4	1	1	1	1	1
122	3	2	4	2	1	1	2	2	1	5	1	1	2	1



123	3	1	4	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
124	3	2	4	1	2	1	1	1	4	4	5	1	1	1
125	3	3	3	1	2	1	2	1	2	1	5	1	1	1
126	3	3	2	1	2	1	2	2	1	5	1	1	1	1
127	3	2	3	2	1	1	1	2	1	5	3	2	2	1
128	3	2	4	1	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1
129	3	3	4	1	2	2	2	2	1	5	5	2	1	1
130	4	2	4	1	2	1	1	1	6	1	1	1	1	1
131	3	2	3	1	2	2	4	2	1	5	1	1	1	1
132	3	3	2	1	2	1	1	1	3	4	1	2	2	2
133	3	2	4	2	1	2	2	1	2	1	5	1	2	1
134	3	3	3	1	1	1	2	2	2	5	1	2	2	1
135	3	1	3	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1
136	3	3	4	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2
137	4	2	3	1	2	1	1	1	3	4	1	1	1	1
138	4	2	4	1	2	1	1	2	1	5	1	1	2	1
139	3	2	3	1	1	1	2	2	3	3	3	1	1	1
140	4	1	4	1	2	2	2	2	7	3	3	2	2	1
141	3	1	3	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1
142	3	3	4	2	1	1	1	2	2	2	3	2	1	1
143	2	1	4	2	2	2	4	2	5	1	3	1	2	1
144	4	1	3	1	2	2	1	2	7	1	1	1	2	1
145	2	1	3	2	2	2	4	2	1	5	1	1	1	1
146	3	2	4	2	1	2	1	2	1	5	1	1	1	1
147	3	1	4	1	2	2	4	2	2	5	5	2	2	1
148	3	1	4	1	2	1	2	1	5	1	1	1	1	1
149	3	2	3	1	2	1	1	2	6	4	1	1	1	1
150	4	2	4	1	2	1	2	1	3	5	5	1	2	1
151	4	2	3	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2	1
152	3	3	4	1	2	1	2	2	3	1	5	2	2	1
153	2	1	3	1	2	1	2	2	1	5	2	1	2	1
154	4	2	3	1	2	2	2	1	3	1	1	1	1	1
155	3	1	4	2	2	2	4	2	4	4	3	1	1	1
156	3	1	3	1	2	2	4	1	2	5	1	2	2	1
157	3	3	4	1	1	1	1	1	2	4	2	1	1	1
158	2	1	3	1	2	2	2	1	2	1	4	2	2	1
159	3	2	3	1	2	1	2	2	5	1	5	1	1	1
160	3	2	2	1	2	2	1	1	3	1	1	1	1	1
161	2	1	3	2	2	2	4	2	1	5	1	2	2	1
162	3	1	4	2	1	2	2	1	2	4	5	1	1	1
163	3	2	3	1	2	1	1	1	2	1	5	1	1	1
164	3	1	3	1	2	2	4	2	1	5	2	2	2	1
165	3	1	4	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1

166	3	3	3	1	2	1	1	2	6	4	3	2	1	1
167	4	2	2	1	2	1	1	1	2	4	1	1	1	1
168	3	1	2	2	2	2	2	1	2	5	4	2	1	1
169	3	3	3	1	2	1	1	1	2	4	1	1	1	1
170	3	1	3	1	2	2	2	2	4	3	2	2	2	1
171	3	1	3	1	2	2	4	2	1	5	3	1	1	1
172	3	2	2	1	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1
173	4	1	3	2	1	2	4	2	1	5	4	1	1	1
174	3	2	3	1	2	1	1	1	5	5	1	1	1	1
175	4	2	2	1	2	1	1	1	5	1	1	1	1	1
176	4	3	2	1	2	2	4	1	3	1	1	1	2	1
177	3	2	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1
178	4	2	4	1	2	1	1	2	1	5	5	1	2	1
179	4	2	4	1	2	1	2	2	3	1	5	1	1	1
180	4	2	2	1	2	2	2	2	3	4	1	1	2	1
181	3	3	3	1	2	1	1	1	6	1	2	1	1	1
182	4	2	2	1	2	1	1	1	6	1	1	1	1	1
183	3	2	3	1	2	1	1	1	6	1	1	1	1	1
184	4	2	2	1	2	1	1	1	5	5	1	1	1	1
185	3	3	3	1	1	2	4	1	2	5	1	2	2	1
186	3	3	3	1	2	1	1	1	6	5	1	1	1	1
187	4	2	2	1	2	1	1	1	3	5	1	1	1	1
188	4	3	3	1	2	1	1	1	6	1	1	1	1	1
189	2	1	3	2	2	2	4	2	2	5	4	2	2	1
190	3	1	3	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1
191	3	1	1	2	2	1	1	1	3	5	1	1	1	1
192	3	2	4	1	2	1	4	2	2	5	1	2	1	1
193	3	3	3	1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	1
194	3	3	1	1	2	1	2	2	4	5	1	1	1	1
195	3	1	3	2	2	1	2	1	2	1	5	2	2	1
196	3	1	3	2	2	2	4	2	1	5	5	1	1	1
197	3	1	4	1	1	2	2	1	4	4	3	2	2	1
198	4	1	1	1	2	1	2	1	4	4	1	1	1	1
199	3	2	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1
200	5	1	3	1	2	2	4	2	1	5	1	1	1	1
201	3	2	4	1	2	1	1	1	2	1	5	1	2	1
202	3	3	3	2	2	1	1	2	1	5	1	1	1	1
203	3	3	3	1	2	1	1	1	6	1	1	1	1	1
204	3	3	3	1	2	1	4	1	5	3	1	1	1	1
205	3	3	3	1	2	1	1	1	3	4	1	1	1	1
206	3	3	3	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1
207	3	2	4	1	2	1	2	1	3	3	1	1	1	1

El anexo 3, muestra la información agrupada del número de encuestas realizadas versus el número de preguntas respondidas y compiladas para el estudio de las Mujeres en edad Fértil, asistentes a los Centros de Salud de Primer Nivel de Atención, pertenecientes a la red 2 Noroeste del municipio de La Paz.

#### 4. CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»)	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno)	Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación)	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 92% como se usa comúnmente	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico; no debe tomarse mientras se amamanta
Pastillas de progestágeno solo «minipastilla» o «minipíldora»	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno)	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación	99% si se usa de manera correcta y sostenida Entre 90% y 97% como se usa comúnmente	Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno	>99%	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses, según el producto	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno solo	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (entre 1 y 4 meses); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno	El mismo mecanismo de los anticonceptivos orales en combinación	>99% si se usan de manera correcta y sostenida 97% como se usan comúnmente	las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas

Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel	Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio)	>99%	Disminuye los cólicos menstruales y los síntomas de la endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia vaginal) en un 20% de las usuarias
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	90% si se usa de manera correcta y sostenida 79% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Esterilización masculina (vasectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Método de la amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo, día y noche, de una criatura menor de 6 meses	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	99% si se aplica de manera correcta y sostenida 98% como se practica comúnmente	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad
Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1,5 mg)	Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Evita la ovulación	Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo	No altera el embarazo si este ya se ha producido

Adaptado de Anticoncepción en Mujeres de 10 a 19 años y de 35 a 44 años. Municipio de Villa Serrano, p. 39-40, por Gallardo et. Al (2014), Vol. 22/90. Archivos Bolivianos de Medicina.