

Autor: Med.
Ivette Mata
Maqueda

Factores asociados a la baja cobertura de
Planificación Familiar en Mujeres Indígenas, en edad
fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso,
Amealco.

Año
2011



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

Nombre de la tesis
Factores asociados a la baja cobertura de Planificación
Familiar en Mujeres Indígenas, en edad fértil, con vida
sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en Investigación Médica, Línea Terminal Salud
Pública

Presenta:

Med.Gral. Ivette Mata Maqueda

Querétaro, Querétaro, Junio 2011



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Maestría en Investigación Médica
Línea Terminal Salud Pública

"Factores asociados a la baja cobertura de Planificación Familiar en Mujeres Indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco."

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Investigación Médica en Línea Terminal Salud Pública

Presenta:
Med. Gral. Ivette Mata Maqueda

Dirigido por:
M.S.P. Lenin Torres García

SINODALES

M.S.P. Lenin Torres García
Presidente

Dra. en C.S. Ma. Guadalupe del Rocío Guerrero Lara
Secretario

M.S.P. Helios Mancera Roque
Vocal

Dr. en C.S. Nicolás Camacho Calderón
Suplente

M.S.P. Juan Carlos David Aguilar Medina
Suplente

Med. Esp. Enrique A. López Arvizu
Director de la Facultad

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Septiembre 2011
México

RESUMEN

En México el uso de métodos anticonceptivos está muy ligado con el nivel socioeconómico, cultural y tipo de población de mujeres. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la baja cobertura de planificación familiar (PF) en las Mujeres indígenas, en edad fértil (15 a 49 años), con vida sexual activa (MIFVSA), de San Ildefonso, Amealco. **Material y métodos:** Estudio de casos y controles 1:1. Se trabajó con el universo (MIFVSA), los casos fueron 174, originarias y residentes de San Ildefonso, con uso de MPF. Los controles fueron 174, originarias y residentes de San Ildefonso, no usuarias de MPF. Mediante encuesta estructurada (17 preguntas), se obtuvo la información por encuestadores capacitados exprofeso, previo consentimiento informado, se aplicó una encuesta al 100% de las MIFVSA. Se analizó la información en el programa EPI INFO 6. **Resultados.** De 348 MIFVSA, 174 casos y 174 controles de las variables socio demográficas: casadas el 62.8 %, analfabetas 25%, ocupación al hogar 46 %, católicas el 89%, con más de 4 hijos el 47.8%. De las variables relacionadas a los servicios de salud SESEQ – CS San Ildefonso el 73.4% vive a menos de una hora del CS, el 62.7% conocen el horario de atención, el 70% esperan más de 60 minutos para atención de PF, el 71% no acude al CS por su método y el 62.8% no saben que el programa de PF es gratuito. Las variables asociadas a la baja cobertura de PF, son: El no estar casadas (OR 2.95, p 0.00002, e IC 1.83-4.77), No saber de la gratuidad del programa de PF (OR 2.65, p 0.00002, e IC 1.68-4.21), el no acudir por método de PF (OR 13.9, p0.00002, e IC 7.44-26.62)

(Palabras clave: Mujeres, indígenas, planificación familiar, cobertura de planificación familiar).

SUMMARY

On Mexico the use of contraceptive methods est closely linked with socioeconomic status, cultural and population rate of women. Objective: To determine factors associated with low coverage of family planning (FP) on indigenous women in fertile age (15 to 49 years), sexually active (MIFVSA), San Ildefonso, Amealco. Material and methods: case-control study 1:1. We worked with the universe (MIFVSA), cases were 174, originating and residents of San Ildefonso, use of the MPF. Controls were 174, originating and residents of San Ildefonso, not using MPF. Using structured survey (17 questions), information was obtained by trained interviewers expofeso, informed consent, a survey was applied to 100% of MIFVSA. We analyze the information in the EPI INFO 6 program. Results. MIFVSA of 348, 174 cases and 174 controls for sociodemographic variables: married 62.8%, 25% illiterate, 46% home occupancy, 89% Catholic, 4 children with more than 47.8%. Of the variables related to health services SESEQ, CS San Ildefonso 73.4% live less than an hour of CS, 62.7% know the schedule of attention, 70% expect more than 60 minutes to care for PF, 71 % Do not visit the CS with its method and 62.8% did not know that the FP program is free. The variables associated with the low coverage of PF, are: Not being married (OR 2.95, p 0.00002, and CI 1.83-4.77), not knowing of free PF program (OR 2.65, p 0.00002, and CI 1.68-4.21), not to go for m? all PP (OR 13.9, p0.00002, and CI 7.44-26.62).

(Key words: women, indigenous, family planning, family planning coverage.)

A mí Esposo Luis Enrique Velázquez Romero, que con su apoyo y su amor me ayuda a desenvolverme en mi vida personal y profesional.

A mí Hija Ivette Guadalupe Velázquez Mata que es la inspiración de mi vida

A mis Padres por haber creído en mí, y ser el motor de mi preparación.

A Dios, por darme esta familia maravillosa

AGRADECIMIENTOS

En la preparación de esta Tesis se conto con el apoyo desinteresado del Director de Tesis MSP Lenin Torres García y Profesores de Posgrado, principalmente Dr. Adrian Hernández Lomelí, Dr. Trinidad López Vázquez y Dra.en C.S.Ma. Guadalupe del Rocío Guerrero Lara, al M.S.P. Helios Mancera Roque, Dr. En C. S. Nicolas Camacho Calderòn, y M.S.P. Juan Carlos David Aguilar Medina. De otro M.S.P que no pertenece al cuerpo de profesores de la UAQ, pero que sin su ayuda no hubiese sido posible la integración de esta Tesis M.S.P Ernesto Díaz Hernández.

Al Director de la Jurisdicción Sanitaria N.2, Dr. Sergio Alejandro Vargas Guerrero por su apoyo y comprensión, así como, al personal administrativo del Departamento de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria N. 2 (CP. Carmen Figueroa Mejía, C. Mary Ojeda Carlos, C. Clemente Velázquez Molina, C. Elvira Otero López, C. Ruth Carrillo Piña y Lic. Janet Pichardo Hernández).

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
	1
I. INTRODUCCIÓN	
II.REVISIÓN DE LITERATURA	3
II.1 Definiciones	3
II.2 Marco Legal y Jurídico de políticas de población y salud de México.	5
II.3 Uso de Métodos de planificación familiar	8
II.4 Indígenas en México	8
II.5 Generalidades de Planificación Familiar	16
II.6 Otomíes y San Ildefonso	20
II.7 Metas del Milenio	21
III.METODOLOGÍA	
III.1 Material y Métodos	23
IV.RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	37
VII. PROPUESTAS	38
VIII.LITERATURA CITADA	39
IX. APENDICE	43

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
2.1	Microregionalización de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro 2008, INEGI	21
4.1	Distribución de frecuencias del perfil sociodemográfico de las mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.	26
4.2	Distribución de frecuencias de las variables del perfil sociodemográfico, de las mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.	27
4.3	Distribución de frecuencias de las variables de los servicios de salud de SESEQ - Centro de Salud de San Ildefonso	28
4.4	Análisis bivariado de factores asociados del perfil sociodemográfico a la baja cobertura de planificación familiar de las mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.	30
4.5	Análisis bivariado de las variables de los servicios de salud del Estado de Querétaro (SESEQ) Centro de Salud de San Ildefonso asociadas a la baja cobertura de planificación familiar de las mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.	32

I. INTRODUCCIÓN

Cada año, más de medio millón de mujeres en el mundo, que viven en países en desarrollo mueren en el embarazo, durante el parto, o poco después, especialmente mujeres pobres e indígenas (Guttmacher Institute, 2010).

La mayoría de estas muertes pueden evitarse, por lo que esta situación es inaceptable en términos de normas generales de salud pública y equidad global, ligado la falta de servicios de salud materna accesibles y efectivos, especialmente aquellos que proporcionan atención obstétrica de emergencia, una de las acciones de salud pública que contribuye a evitar estas muertes, es la planificación familiar (Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción, 2008).

A nivel mundial, los programas de planificación familiar han demostrado un efecto positivo en la reducción de la mortalidad materna e infantil y la disminución del crecimiento de la población, así como, mejor en la calidad de vida de la población (Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción, 2008).

Una de las poblaciones vulnerables en esta problemática son las poblaciones indígenas (nacidos dentro de un área con propiedades lingüísticas, étnicas, culturales, sociales y económicas propias). El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es tres veces mayor que el de una mujer que vive en el área urbana, de ahí el impacto social de la baja cobertura de planificación familiar en mujeres indígenas en edad fértil unidas (Guttmacher Institute, 2010).

A nivel mundial existen 5000 diferentes pueblos indígenas, 450 millones de personas. En México, hay 63 grupos indígenas que superan los 10 millones de habitantes (Mojarro y Mendoza, 2007).

En el Estado de Querétaro, hay 3 pueblos indígenas, con un total de 50 000 habitantes, los cuales se encuentran en los Municipios de Amealco con la población Otomí, en Cadereyta población Chichimeca y en Jalpan la población Pame (Servicios de Salud en el Estado de Querétaro. Microregionalización, 2010).

El uso de métodos de planificación familiar conocido como la cobertura de planificación familiar en mujeres en edad fértil (15 a 49 años), del área urbana es del 20% mayor a la del área indígena. Así como la demanda insatisfecha en planificación familiar, es decir, las mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de algún método anticonceptivo, a pesar de su deseo de querer limitar o espaciar su descendencia, y que por algún motivo no tienen acceso a él, encontrándose que el 25.8% de las mujeres indígenas, 22.2% de las residentes en localidades rurales y el 21.8% de las mujeres sin escolaridad (ENADID, 2006).

La aceptabilidad de la metodología anticonceptiva en las poblaciones indígenas, está íntimamente ligada a la oferta del programa y a la difusión del mismo, elevar la información y el conocimiento del uso de métodos anticonceptivos en la población indígena, particularmente en el área rural, a través de ampliar la información, educación y comunicación, basada en materiales y mensajes adaptados a sus lenguas (Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción, 2008).

El objetivo de este estudio fue determinar los factores asociados a la baja cobertura de planificación familiar en las mujeres indígenas en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.

II. REVISION DE LITERATURA

II.1 Definiciones

La planificación familiar, en los términos del artículo 4°. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información y los servicios idóneos de ella (Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, 2006).

La Planificación Familiar, es un programa prioritario, porque contribuye a alcanzar una vida sexual y reproductiva sana y placentera, a través de su contribución a la prevención de embarazos no planeados y de alto riesgo, de la disminución del riesgo de mortalidad perinatal, aborto e infecciones de transmisión sexual. Fomenta una actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar las condiciones de vida de los individuos, tanto para los padres como para los hijos y coadyuva a disminuir los niveles de fecundidad y, en consecuencia, a favorecer el crecimiento armónico de la población, lo que repercute positivamente en el desarrollo económico (Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción, 2008).

El uso de anticonceptivos se ha incrementado en todos los países en desarrollo, y casi siempre se ha visto acompañado de reducciones en la fecundidad. Las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar (es decir, la brecha que existe entre el deseo de una mujer de posponer o evitar un embarazo y el uso efectivo de anticonceptivos), sigue siendo de moderada a alta en la mayoría de las regiones (Sánchez, et al., 2009).

México ha tenido una amplia experiencia en actividades de planificación familiar desde los años sesenta, pero no es sino hasta 1974 cuando se establece el

programa oficial en México con actividades primordialmente en zonas urbanas, las cuales se extendieron posteriormente a las zonas rurales. Los logros alcanzados después de tres décadas son innegables: la fecundidad en el país se ha reducido y el acceso y prevalencia de métodos anticonceptivos se ha incrementado. Asimismo, en la Conferencia Internacional sobre Población realizada en el Cairo en 1994, surgió un cambio de enfoque de la planificación familiar, ya que de tener una racionalidad eminentemente demográfica, pasó a un enfoque de derechos reproductivos; reconociendo el estrecho vínculo que tiene la salud reproductiva con el desarrollo social de las familias, comunidades y sociedad (Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción, 2008).

En las últimas tres décadas, la difusión de los métodos anticonceptivos se ha visto acompañada de una amplia aceptación de los mismos. El porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que utilizaba alguno de ellos se elevó de 30.2% en 1976 a 70.9% en el 2006. Por grupos de edad, se observa un incremento en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil unidas, excepto en el grupo de 15 a 19 años, cuyo porcentaje se ha estancado en alrededor de 38.9% (Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción, 2008).

El gasto en planificación familiar en México es mayormente público y representó 5,9% del gasto total en Salud Reproductiva (Cahuana, et al., 2006).

En cuanto a cobertura de planificación familiar (es decir el uso de algún método para espaciar los embarazos) en la población de mujeres en edad fértil con vida sexual activa fue del 36.4% en el 2010, para la Jurisdicción Sanitaria de San Juan del Río del 32.2%, el Municipio de Amealco de 38.3%, específicamente en la Localidad de San Ildefonso de 22.4%, este último por debajo de la Cobertura Municipal (Servicios de Salud en el Estado de Querétaro, Sistema de información en Salud, 2010).

II.2 Marco Legal y Jurídico de políticas de población y salud en México

El derecho a la salud e información con calidad, al servicio de planificación familiar y a la equidad de género, está garantizado en: Constitución política de los estados unidos mexicanos, - Artículo 4º: “El varón y la mujer son iguales ante la ley toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” de la Ley general de población (Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, 2001).

Los derechos sexuales y reproductivos incluyen:

- El derecho a alcanzar el nivel más elevado de bienestar sexual y reproductivo.
- El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia.

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

- Información sobre los beneficios, mecanismos de acción, forma de uso, indicaciones, contraindicaciones, precauciones y efectividad de todos los métodos anticonceptivos disponibles.
- Recibir atención y servicios de salud reproductiva con calidad.
- Decidir responsable e informada y con libertad sobre la práctica de la planificación familiar y el uso de métodos de la regulación de la fertilidad.
- Tener acceso a métodos anticonceptivos efectivos y exentos de riesgos y daños para la salud.
- Recibir información, orientación-consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias y con privacidad.

- Establecer relación con los prestadores de salud con confidencialidad y certeza de que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.
- Recibir un trato digno y respetuoso por parte de los prestadores de servicios.

Recibir información, servicios y suministros en planificación familiar por el tiempo que sea requerido para asegurar el uso sin interrupciones involuntarias de un método anticonceptivo (Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, 2001).

Cualquier oferta Institucional en metodología anticonceptiva para las mujeres debe de ir acompañada de un proceso de adquisición y ejercicio de los derechos reproductivos, se trata de que las mujeres puedan decidir en condiciones de igualdad que hacer con sus cuerpos (Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, 2001).

Para conocer el impacto de la planificación familiar, la respuesta de la población y la adopción de métodos de planificación familiar se utilizan indicadores como la prevalencia de uso de métodos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) casadas o unidas a una pareja que usa métodos anticonceptivos, así como, la efectividad anticonceptiva derivada de la distribución de usuarias por método (Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, 2001).

Otros indicadores a este respecto, son:

Cobertura: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad, que utilizan un método anticonceptivo (proporcionado por la Secretaría de Salud, respecto al total de mujeres de ese grupo de edad de la población no derechohabiente (valor esperado 45%).

Calidad: Porcentaje de usuarias y usuarios de métodos temporales de planificación familiar en los centros de atención de la Secretaría de Salud respecto

a las usuarias y usuarios de métodos temporales de planificación familiar del año previo (valor esperado 85%).

Oportunidad: Porcentaje de mujeres atendidas por algún evento obstétrico en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, que adoptaron un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario, a las que se suman las aceptantes de métodos anticonceptivos durante el puerperio, en las unidades de primer nivel de atención (valor esperado 70%).

Aceptación en adolescentes: Porcentaje de mujeres menores de 20 años atendidas por algún evento obstétrico en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, que adoptaron un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario (valor esperado 70%).

Participación del hombre: Porcentaje de vasectomías realizadas por cada cien oclusiones tubarias bilaterales en las unidades médicas de la Secretaría de Salud valor esperado 12% (Secretaría de Salud. Manual Metodológico de Caminando a la Excelencia en Planificación familiar, 2007).

Otra forma de medir el acceso a la metodología anticonceptiva es la tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA), otros indicadores relevantes incluyen la mezcla de métodos, las tasas de fertilidad, las tasas de embarazos adolescentes, la necesidad insatisfecha y los diversos gastos del propio bolsillo. Para ayudar a identificar a los grupos insuficientemente atendidos, cada uno de estos indicadores debe analizarse por edad, grupo socioeconómico, residencia rural o urbana y geografía (región/distrito/municipalidad). Las Encuestas de Demografía y Salud, las Encuestas de Estándar de Vida y Bienes, y las Cuentas Nacionales de Salud pueden suministrar algunos de estos datos (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, 2008).

Por varias décadas la inequidad en el acceso a servicios e insumos de salud en general ha prevalecido es más acentuada en la provisión de servicios e insumos

anticonceptivos y de salud reproductiva(Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, 2008).

La religión católica y los grupos de derecha que han contribuido a limitar el acceso a la información y al uso de la anticoncepción, cuya presencia se ha incrementado en años recientes (Martín, 2004).

II.3 Uso de métodos de planificación familiar

En México el uso de métodos anticonceptivos está muy ligado con el nivel socioeconómico de las mujeres, la escolaridad, y con las poblaciones indígenas. Las poblaciones indígenas se definen hoy, a través de su lengua y de otras prácticas sociales y culturales, pero sobre todo en referencia a un territorio de origen. Los pueblos indígenas poseen una concepción diferente de los ciclos vitales y la reproducción, no se les deben imponer modelos reproductivos similares a los de la sociedad occidental sino garantizar “el derecho a decidir, libre y responsablemente, el número y espaciamiento de los hijos, y también a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para hacerlo” (Loggia GS, 2009).

II. 4 Indígenas en México

En México existen 63 grupos indígenas que superan los 10 millones de habitantes, la atención de la salud sexual y reproductiva de esta población ha sido tradicionalmente una prioridad y una meta no cumplida en su totalidad.

El rezago social en que viven estas mexicanas y mexicanos es el mayor obstáculo para incorporarlos de una manera rápida al desarrollo social del país, el cual se debe llevar con el absoluto respeto a sus costumbres y tradiciones.(Vázquez, 2009).

Tendencias recientes de Pueblos indígenas

1. En términos de las tendencias en la dinámica demográfica de la población indígena, destaca la disminución de la proporción de la población hablante de lengua indígena desde mediados del siglo XX, sin embargo, el factor principal que explica esta tendencia desde 1950 hasta la fecha es la pérdida del marcador étnico (Vázquez, 2009).

2. El uso de métodos anticonceptivos depende fuertemente de la oferta ofrecida en los servicios de salud. El acceso a los servicios de salud pero principalmente al conocimiento de los métodos anticonceptivos y sus formas de uso, es un elemento fundamental para que las mujeres que desean posponer o evitar un próximo embarazo utilicen métodos anticonceptivos para lograrlo (Vázquez, 2009).

3.- En el medio rural, el principal obstáculo de la disminución de la fecundidad se encuentra en la falta de acceso a los métodos anticonceptivos. A partir de la segunda mitad de los años 1980, las parejas indígenas están optando por reducir su descendencia a través del uso generalizado de métodos anticonceptivos modernos. Estos son obtenidos en su gran mayoría por mujeres en las unidades del sector salud como resultado de la consejería una vez que acceden a los servicios para la atención del parto de sus hijos. Las mujeres que atienden sus partos con ayuda de parteras o en sus casas presentan porcentajes muchos menores de uso de métodos anticonceptivos (Vázquez, 2009).

Las mujeres que hablan una lengua indígena pero no hablan el español, que suman un total de aproximadamente un millón de personas, aún no inician a controlar su fecundidad y el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos es casi nulo entre ellas (Vázquez y Flores, 2003).

Algunos investigadores han comentado que las tasas de fecundidad entre las mujeres indígenas siguen siendo altas porque desean tener familias grandes, tienden a recibir pocos servicios por parte de los proveedores de salud por

muchas razones, inclusive las barreras culturales, el idioma y la accesibilidad(Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, 2008).

Los estudios disponibles sobre poblaciones indígenas indican que su Tasa global de fecundidad se encuentra entre 7,0 y 8,0 (La tasa global de fecundidad o TGF) mide el número total de nacimientos que una mujer tiene durante su vida(Mojarro y Mendoza, 2007).

Las mujeres indígenas en edad reproductiva tienen la tasa más alta respecto a la fecundidad nacional. Está presenta diferencias sustanciales respecto al monolingüismo, el promedio de hijos nacidos vivos (hnv) de quienes hablan sólo lengua indígena es de 3.2 hnv por mujer, mientras que el promedio en las mujeres no hablantes de lengua indígena 1.7 hnv (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2006).

La maternidad tiene un significado muy importante para los pueblos indígenas, mujer, matrimonio y maternidad es una tríada inseparable, son su destino(Rodríguez, 2008).

En lo que concierne a la fecundidad indígena en México ¿Hasta qué grado las políticas y los programas de planificación familiar, consideran cómo conciben los y las indígenas su reproducción? Existe, desconfianza y/o rechazo por parte de algunas etnias hacia las prácticas que el sector salud implementa en materia de salud reproductiva en sus comunidades (Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. 2004).

La fecundidad indígena puede y debe ser caracterizada, a fin de conocer y tomar en cuenta su especificidad cultural, al momento de crear y aplicar los programas de población en México. Lo importante es destacar primeramente el hecho de que existe cierto divorcio entre dos esferas. La primera esfera es: lo planteado en la

Ley General de Población, el Programa Nacional de Planificación Familiar (con sus proyectos y prácticas concretas que arriban e implementan en las comunidades indígenas). Y la otra esfera: la realidad indígena (en el marco de sus expresiones, simbolismos y prácticas acerca de la fecundidad (Publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008).

Los programas de salud reproductiva han estado más orientados a la disminución de la fecundidad, han sido creados fuera de las comunidades indígenas y, por consecuencia, no consideran las prioridades de aquellas (Publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008).

Las prácticas de la fecundidad indígena varían por lo tanto, en grado y forma según el nivel de desarrollo y la ubicación de la comunidad respecto a los centros concentradores de servicios (salud, comunicación, agua, electricidad, etcétera), también dependen en cierta medida, del arraigo de la costumbre o tradición (Publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008).

Existe un rico y complejo sincretismo religioso indígena (producto principalmente de la fusión del catolicismo y la cosmovisión indígena), existe un abanico de prácticas y costumbres que conllevan en el mundo indígena formas particulares de concebir la fecundidad, en cada etnia -y más aún en cada comunidad indígena- las prácticas de la fecundidad son particulares. Lo cual nos lleva a la deducción de que la fecundidad indígena en México, no es homogénea. (Publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008).

La Salud Reproductiva en zonas indígenas, de acuerdo al “Modelo Médico Hegemónico”, es desatendida y no tratada con calidad y calidez como debería ser, tomando en cuenta las cosmovisiones de las diferentes etnias que existen en nuestro país. Dentro del Sistema Médico Indígena, llamado también Medicina Tradicional, existen especialistas, que gracias a ellos, las comunidades indígenas han sobrevivido; entre ellos se encuentran las parteras, los yerberos(as), los

hueseros(as), los chupadores (as), los rezanderos(as) y los curanderos(as) en general (Urdanivia S, 2007).

Garantizar el acceso a los anticonceptivos y su elección por parte de los grupos insuficientemente atendidos representa un desafío importante para los defensores de la disponibilidad de insumos anticonceptivos, puesto que existen muchos impedimentos que llevan a la falta de acceso, así como a la falta de información sobre los insumos y servicios de salud disponibles, son los factores que pueden limitar el acceso a los anticonceptivos y a los servicios de planificación familiar (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, 2008).

Estos incluyen:

- Disponibilidad geográfica y física de los productos y servicios, la existencia de productos y proveedores en los puntos de entrega de servicios(Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, 2008).
- Asequibilidad de los productos y servicios, la cual está determinada por el precio de los insumos, los costos del viaje, la capacidad de pago de los clientes, su elegibilidad para servicios subsidiados, su participación en los programas de seguro de salud que cubren la planificación familiar, y la pérdida de ingresos como consecuencia del tiempo empleado en viajar y recibir servicios(Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, 2008).
- Lo apropiado de la manera en que se entregan los servicios y productos, como los días y las horas de funcionamiento, la necesidad de citas, los tiempos de espera, las relaciones cliente-proveedor, la privacidad y el ambiente del establecimiento de salud (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, 2008).
- Aceptabilidad, la cual está determinada por las actitudes de los clientes respecto a los proveedores y métodos disponibles, así como los sesgos del proveedor en

relación con los usuarios apropiados para un método específico(Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, 2008).

Cada uno de estos factores puede ser atendido por medio de intervenciones relacionados con oferta y relacionados con la demanda. Por ejemplo, el acceso geográfico deficiente se puede atender construyendo establecimientos de salud en zonas remotas o estableciendo servicios de extensión o de distribución comunitaria para expandir la disponibilidad (una intervención relacionada con la oferta), o ayudando a las personas a llegar a los servicios o establecimientos ya existentes , una intervención relacionada con de la demanda de métodos (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, 2008).

La selección de estrategias destinadas a mejorar el acceso a los servicios y productos anticonceptivos para las poblaciones insuficientemente atendidas requiere comprender qué grupos no están suficientemente atendidos, dónde están ubicados, y cuáles son las barreras que enfrentan para acceder a los insumos anticonceptivos(Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, 2008).

Existe un conjunto único de condiciones para expandir rápidamente la cobertura de planificación familiar, reducir la brecha de demanda insatisfecha y superar las condiciones de inequidad en el acceso a planificación familiar. Algunas de estas condiciones son: un marco legal favorable y explícito para universalizar el acceso equitativo, un marco financiero que hace viables los esfuerzos de expansión de los servicios y un personal que se ha venido capacitando y dotando de insumos para la prestación de estos servicios con calidad, adoptando algunos cambios en el programa de planificación familiar:

- a) Ajustar mejor la mezcla de métodos a las necesidades de limitar o espaciar de los y las usuarias. En la medida que la necesidad de limitar se resuelve a las usuarias con métodos de abastecimiento periódico más caros, se reduce el índice de costo beneficio obtenido por el programa. El aumento

de métodos como DIU o Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina (Valladares y Jaramillo, 2008).

- b) Segmentar mejor la oferta de métodos hacia poblaciones sin acceso, orientándose al segmento de usuarios y usuarias que carecen de proveedor alternativo de servicios y por tanto no tienen a quién recurrir si no están presentes los servicios de Salud (Valladares y Jaramillo, 2008).
- c) Mejorar la efectividad de la consejería, para reducir el, los conflictos de conciencia y las ideas erróneas que impiden a las usuarias que no desean más hijos o no los desean pronto el uso de servicios de planificación familiar (Valladares y Jaramillo, 2008).
- d) Ofreciendo una variedad de métodos de planificación familiar, así como en programas de sólo métodos naturales, o bien la introducción de Método de Días Fijos o Abstinencia en días fértiles (Velásquez C, 2003).
- e) Las actividades de información, educación y comunicación sobre salud reproductiva dirigidas a los hombres. A pesar del incremento en el conocimiento y uso de la planificación familiar, aún hay muchos miedos y mitos arraigados en relación con los métodos que refuerzan la necesidad de actividades de información, educación y comunicación sobre salud reproductiva para llegar a la gente a edades mucho más tempranas. El uso de métodos de planificación familiar estuvo asociado con el conocimiento del español entre las mujeres, y puede reflejar su mejor acceso a la educación, los recursos y la comunicación directa con todos los miembros del equipo. De hecho, las mujeres que hablan español tienen cuatro veces mayor probabilidad de usar un método de planificación familiar que aquellas que no lo hablan (Alonso, et al., 2004).

Los datos obtenidos de la experiencia clínica parecen indicar que la preferencia por los métodos definitivos tiene su base en un cierto cansancio del uso de los

métodos reversibles y que las mujeres, o sus parejas, buscan desentenderse definitivamente de los problemas relacionados con la fecundidad, considerando que las mujeres que utilizan métodos poco eficaces (coitus interruptus, métodos naturales, etc.) se exponen al riesgo de un embarazo no deseado, tiene algunas razones para no utilizar anticoncepción, como son: (Iñaki y Martínez, 2004).

- No tengo relaciones sexuales
- No puedo quedarme embarazada
- No me importa quedarme embarazada
- Miedos y temores al uso de métodos anticonceptivos

Digamos la visión oficial versus la realidad indígena. Se plantea que los niveles de marginación en que viven y se desarrollan los indígenas no favorecen la penetración del programa de planificación familiar. De coadyuvar a la reflexión acerca de la necesidad de tomar en cuenta las características de la fecundidad indígena en los planes y programas de planificación familiar ha sido casi sinónimo de control de nacimientos en las poblaciones indígenas (Publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008).

Las altas tasas de mortalidad infantil (por enfermedades prevenibles) y altas tasas de mortalidad materna que caracterizan en general a las comunidades indígenas son desplazados al priorizar el programa de salud reproductiva. Es importante señalar, el hecho de que los programas gubernamentales son impuestos en las comunidades indígenas. “Género Desde la Visión de las Mujeres Indígenas” plantean de manera abierta: “Exigimos, a los Estados y Programas de Salud, garantizar el Derecho de las Mujeres Indígenas a una atención de salud de calidad, incluidas la salud sexual y reproductiva desde la Cosmovisión de las Mujeres Indígenas, y la atención psicológica y mental por daños psicológicos, que sea culturalmente apropiada y respete la identidad y los conocimientos médicos tradicionales de los Pueblos (Publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008).

En el mundo indígena el concepto de salud y enfermedad no es uno sólo. Se trata de un conjunto de saberes basados en la herbolaria principalmente. Se toma directamente de la naturaleza aquello que restaurará el equilibrio perdido en el cuerpo humano. La reproducción de la vida corresponde a un orden natural, pero también divino, natural en tanto se le visualiza y asemeja con el proceso de fertilidad de la tierra (de ahí los rituales respectivos), la Madre Tierra, que a su vez alimenta y procrea los otros seres vivientes (Publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008).

II.5 Generalidades de Planificación familiar

La planificación familiar favorece al desarrollo socioeconómico, derecho que es negado al sector femenino, especialmente en los países en desarrollo, según el UNFPA, los programas de planificación de la familia, crean condiciones propicias al ingreso de la mujer en la fuerza laboral, redundando en más recursos dedicados a las hijas e hijos, mejor nutrición y mejores niveles de educación y salud (Publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008).

El UNFPA y su aporte al Programa Nacional de Salud Reproductiva, existen barreras para la prestación de los servicios, en especial para las mujeres indígenas, una es que “muchas de ellas carecen de acceso a los métodos, porque los servicios no han desarrollado una capacidad de comunicación, en relación con los idiomas y la forma de hablar sobre los temas” (Publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008).

Los anticonceptivos están a disposición de la población, sin embargo los prejuicios de las y los médicos, las enfermeras y los promotores de salud influyen negativamente. Ven a la indígena como una persona que no entiende o no sabe, lo que les impide el acceso a una consejería balanceada y completa. Esta percepción impone barreras a la utilización del servicio por parte de las mujeres

indígenas, limita el acceso a los métodos anticonceptivos y afecta la calidad de los servicios para los usuarios (Publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008).

No es que existan deseos reproductivos distintos entre varones y mujeres, no aparece mayoritariamente la persistencia de los varones en tener un mayor número de hijos como prueba de mayor virilidad, una de las características tradicionales del machismo latinoamericano que se podía suponer aun persistía en el medio rural. Sino, más bien, son las propias contradicciones en la construcción de la masculinidad, que hacen que los deseos de los hombres de una familia pequeña se contrapongan con sus prácticas. Así, por un lado está su rol de proveedor, en un contexto de precarias condiciones de vida y donde la educación de los hijos e hijas constituye un importante elemento de prestigio social, lo cual le obliga en pensar en pocos hijos. Por otro, la necesidad de demostrar virilidad ante sí mismo y los demás, tanto al engendrar hijos hombres como en el gran temor a la infidelidad de sus esposas con el uso de métodos anticonceptivos modernos, porque sienten que la sexualidad femenina se escapa de su control. Esto se manifiesta en su negativa al uso de estos métodos y a la asistencia de profesionales de salud hombres pues significaría una posibilidad de exposición a la infidelidad (Congresso da Associação Latino Americana de População, LAP. 2004).

La necesidad de afirmar su masculinidad, siguiendo el modelo hegemónico del macro sistema social, se impone, convirtiéndose en un factor fundamental de riesgo para la fecundidad no deseada que contradice los derechos reproductivos de las mujeres, pero también de los mismos varones (Carbone, 2004).

Las experiencias reproductivas de las mujeres generalmente están determinadas por una gran diversidad de factores que intervienen en su vida cotidiana, de tal manera que al abordarlas se deben situar en el contexto en que cada una de las mujeres las llevan a cabo (Coloquio Mujer y Género, 2006).

Las justificaciones sobre el control de población son diversas desde el amenazante peligro de una explosión demográfica, “en el cual profetizan una catástrofe, afirmando que la tendencia de la población era crecer más rápido que la producción de alimentos”. Otra razón, es “que el origen de la pobreza la ven en la ilimitada multiplicación de los pobres (Chirix, 2007).

Se encuentran disparidades dentro de los diferentes segmentos de la sociedad y con los grupos vulnerables; la necesidad insatisfecha es la más grande entre las mujeres indígenas, así como las de más bajos recursos y las de áreas rurales. El acceso se restringe por razones de horario de atención, distancia y educación en PF. Impulsar el ejercicio pleno de los pueblos indígenas colectivos e individuales en un marco de equidad social, igualdad de género y autogestión (Quesada, et al., 2005).

En México, no existe fuente confiable para el estudio demográfico indígena a nivel Municipal, el alto subregistro de los censos de población y del registro civil en las zonas indígenas con la declaración tardía de los nacimientos no facilita en conocimiento exacto de los niveles y de las tendencias de la fecundidad en México (Sandoval y Fernández, 2009).

A partir de la dinámica de representación social de los roles, el aspecto cuantitativo de las participaciones Hombre-Mujer en función de la decisión de planificar la familia, retrasar el primer embarazo, la unión misma, espaciamiento intergenésico o entre un embarazo y otro, y terminación de la fecundidad (Ortiz, 2007).

En las zonas urbanas hay más participación activa del hombre y de las parejas; mientras que en el campo se aprecia un igual número de intervenciones de hombre y mujer e incluso la mujer juega un papel determinante en la dinámica reproductiva de la familia a través de la figura de la suegra (la madre del hombre),

quien efectivamente tiene un peso moral y determinante en el seguimiento de la fecundidad de la pareja (Ortiz, 2007).

Los programas de educación deberán tener en cuenta que el mayor impedimento contra el uso de la planificación familiar son las creencias erróneas acerca de ésta (como por ejemplo que interfiere con el placer sexual, la intimidad y la espontaneidad). Incorporar perspectivas socioculturales en salud sexual y reproductiva puede ayudar a vislumbrar factores de riesgo y protectores interculturales, y favorecer la elaboración de investigaciones, la adaptación de técnicas de recolección de información y las formas de devolución de resultados a grupos culturales diversos (Dides y Pérez, 2007).

Se destaca el papel de los varones, en dos sentidos; primero, la conciencia de los líderes acerca del esfuerzo económico que representa la manutención de los hijos y, segundo, la decisiva participación masculina en la adhesión a la planificación familiar occidental, conservando la jerarquía de género, lo cual refleja las complejas relaciones intergenéricas, intergeneracionales y de poder. Dentro del rol femenino es importante establecer el Calendario Reproductivo, donde se incluye: edad de la menarca, entrada a la unión (nupcialidad – inicio de vida sexual activa, edad de la primera gestación y edad en el primer parto (Arias, 2005).

El derecho de las mujeres a la información incluye su derecho a recibir una información sobre la salud sexual, reproductiva y materna que les permita decidir si quedar embarazadas y cuándo, y dar el consentimiento informado a la contracepción y la atención de la salud sexual, reproductiva y materna. Cuando a una mujer se le niegan estos derechos por su origen étnico o su situación socioeconómica, por su edad o por su género, también se está violando su derecho a la igualdad y la no discriminación. Cuando las mujeres no pueden decidir en cuestiones relativas a su sexualidad y sus vidas reproductivas sin sufrir coacción, discriminación y violencia, se les están negando sus derechos sexuales y reproductivos (Amnistía, 2009).

II.6 Población indígena otomí y San Ildefonso

La fecundidad de las mujeres indígenas es mayor que la de las mujeres no indígenas y diferente en cada grupo, ya que cada uno expresa una postura propia ante los diversos hechos que componen la reproducción, es decir, ante el nacimiento de los hijos, la aceptación de la anticoncepción y la condición de salud de las mujeres; eventos antecedidos de prácticas y costumbres específicas de formación de pareja (Amnistía, 2009).

Para el caso de los otomíes, los patrones demográficos observados responden a los altos niveles de marginación en que vive esta comunidad. La pobreza los obliga a procrear mayor cantidad de hijos y la misma ocasiona que buena parte de ellos fallezca en los primeros años. Comparativamente con el promedio estatal, tanto la fecundidad como la mortalidad de los otomíes representan mayores niveles; en este sentido, las mujeres otomíes tienen cerca de cuatro hijos más que el promedio estatal, y éstos viven cinco años menos en promedio. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2010).

El pueblo otomí, ocupa el séptimo lugar en poblaciones indígenas en México, el 15.9% de las mujeres de 15 a 19 años tiene su primer hijo a esta edad, en cuanto al analfabetismo en mujeres es del 13.4 al 21% (Mariaca, 2007).

La palabra otomí, otomie u otomite, proviene de la raíz totomitl, nombre de etimología desconocido presuntamente derivada del náhuatl cuyo significado es “flechador de pájaros”. La lengua de esta población era conocida por los mismos como nhyu (Mariaca, 2007).

Casi la mitad de la población es monolingüe en otomí. El fenómeno migratorio ha obligado a los indígenas a aprender el español. Aquí no existe una sola mujer que no sepa tejer o bordar. Niñas, adolescentes, adultas y ancianas tejen sin cesar con

agujas, ganchos e hilos en la manufactura de servilletas, manteles, bolsas, morrales, monederos, carpetas, etcétera (Mariaca, 2007).

San Ildefonso, Amealco, cuyo significado es: "Lugar de tules". Está integrado por diez barrios: El Saucito, El Tepozán, El Bothe, El Rincón, Yospí, El Cuisillo, Xajay, Tenasdá, La Piní y Mesillas, San Ildefonso Tultepec. Población situada a veinte kilómetros de Amealco, al sur del Estado de Querétaro (Mariaca, 2007).

Población:

Población total de San Ildefonso	2658
Abierta (sin derechohabiencia)	2298
IMSS	247
ISSSTE	64
SEDENA	1
MUJERES EN EDAD FERTIL	1384
MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS	480

Capítulo 2, cuadro 1, Servicios de Salud del Estado de Querétaro. Microregionalización. 2008, INEGI 2008

Existen parteros, sobadores, chupadores (que succionan la parte afectada para extraer el mal que aqueja al paciente), hueseros, hierberos y especialistas en limpias (Mariaca, 2007).

Con este entorno de la cosmovisión de la Comunidad de San Ildefonso, su lengua y sus costumbres, el abordar el tema de planificación familiar no fue ajeno a la mayoría de las Mujeres (Mariaca, 2007).

II.7 Metas del Milenio

En el VII Encuentro Internacional de Estadísticas de Género en el Marco de las Metas del Milenio, celebrado en Aguascalientes, México, 19 al 21 de septiembre del 2006 "Pueblos indígenas de América Latina, definieron pueblo indígena: "Por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región

geográfica que pertenece al país, conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. Además la conciencia de su identidad indígena o tribal”. En esta cumbre la aprobación de la Declaración de Naciones Unidas de los derechos de los Pueblos Indígenas, entre otros la no discriminación, integridad cultural, propiedad, uso control de y acceso a las tierras y los recursos, al desarrollo y al bienestar (Bremner y Dorélien, 2009).

Se incluye en los objetivos del Milenio para cumplir en el 2015, el acceso Universal a la salud reproductiva:

- Tasa de uso de anticonceptivos
- Tasa de natalidad entre las adolescentes
- Cobertura de atención prenatal
- Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar(Bremner y Dorélien, 2009).

III. METODOLOGIA

III.1 Material y métodos:

Se realizó un estudio de Casos y Controles, en una población de 348 mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco, siendo 174 casos y 174 controles.

Se estudiaron las variables: Uso de métodos de PF (cobertura), no uso de métodos de PF (no cobertura), edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, número de hijos, accesibilidad geográfica al Centro de Salud de San Ildefonso, conocimiento de la gratuidad del servicio, conocimiento del horario de atención del CS de San Ildefonso, accesibilidad a los MPF, tiempo de espera para la atención de planificación familiar en el CS de San Ildefonso y acudir al Centro de Salud por su método de planificación familiar

Casos: Mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, **NO usuarias de métodos de planificación familiar (sin cobertura de PF)**, originarias y residentes de San Ildefonso, Amealco.

Controles: Mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, **usuarias de métodos de planificación familiar (con cobertura de PF)**, originarias y residentes de San Ildefonso, Amealco.

Criterios de inclusión:

Mujeres indígenas:

- Originarias de San Ildefonso y que continúen viviendo en la Localidad
- En edad fértil (de 15 a 49 años)
- Con vida sexual activa.
- Acepten contestar la encuesta a través de su firma o huella digital en el formato de consentimiento informado.

Se excluyeron a las mujeres indígenas en edad fértil, con vida sexual activa, que:

- No se encuentren en su domicilio en el momento de la visita.
- Presenten capacidades diferentes, como: Sx. de Down, parálisis cerebral infantil, etc, y que no puedan tomar decisiones.

Se eliminaron a mujeres que:

- No contestaron la encuesta al 100%.
- Que fallecieron o emigraron durante el estudio.

Para la realización de este trabajo se solicito autorización y apoyo al Director de la Jurisdicción Sanitaria Número 2 de San Juan del Río.

A cada una de las participantes se le aplicó una encuesta de 17 preguntas, previo consentimiento informado por escrito, leyéndose en otomí y en español, firmando o colocando su huella digital.

Se realizó una prueba piloto en 10 mujeres indígenas con la finalidad de evaluar el instrumento de recolección de datos, determinar si las preguntas fueron correctamente elaboradas, capacitar a los entrevistadores, determinar el tiempo de duración de la aplicación del instrumento y preparación para el trabajo de campo.

Se solicito censo de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) del CS de San Ildefonso para conocer los domicilios de las mujeres, se entrevistaron a las mujeres del 10 al 14 de octubre 2010 en el Centro de Salud de San Ildefonso, las faltantes en base al censo se buscaron en sus domicilios.

Análisis Estadístico

Se integro una base de datos en el programa de EPI INFO versión 6, posteriormente se realizo análisis estadístico (frecuencias, proporciones, etc).

Se realizó análisis univariado donde se categorizaron las variables del perfil sociodemográfico y de los servicios de salud con los que cuentan, así como la distribución de frecuencias y proporciones, con intervalos de confianza al 95%. Presentándose en tablas.

Para el análisis bivariado se realizó a través de odds ratio e intervalo de confianza al 95%.

IV. RESULTADOS

Se estudiaron 348 mujeres indígenas en edad fértil, con vida sexual activa de San Ildefonso, Amealco, de las cuales (174) no usuarias de un MPF (casos) y (174) usuarias de algún método (controles).

Encontrándose en el análisis univariado del perfil sociodemográfico, de las mujeres indígenas en edad fértil, con vida sexual activa (MIVSA) de San Ildefonso, Amealco, que el 63.3%, pertenece al grupo de edad de 15 a 34 años, el 62.8% son casadas, el 25% no tiene ninguna escolaridad, el 75% con escolaridad, el 82.1% se dedica al hogar, el 89% son católicas, el 47.8 % tiene 4 y más hijos (Cuadro 4.1 y 4.2).

Cuadro 4.1 Distribución de frecuencias del análisis univariado de las variables del perfil sociodemográfico (edad, estado civil, y escolaridad) de las Mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.

Cuadro 4.1 Distribución de frecuencias del perfil socio demográfico de las mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa , de San Ildefonso, Amealco			
Variables	Número	Proporción	I. C. 95%
Edad			
35 – 49	127	36.4	31.9 – 41.2
15 – 34	221	63.3	58.8 – 68.1
Total	348	100	-
Estado civil			
No casada	129	37.2	32.1-40.6
Casada	219	62.8	57.6 – 68.5
Total	348	100	-
Escolaridad			
Sin Escolaridad	86	25	27.7-44.2
Con Escolaridad	261	75	70.9-89.9
Total	431	100	-

IC: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 4.2 Distribución de frecuencias del análisis univariado de las variables del perfil sociodemográfico (ocupación, religión y número de hijos), de las Mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.

Cuadro 4.2 Distribución de frecuencias de las variables del perfil, de las mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.			
Variables	Número	Proporción	I. C. 95%
Ocupación			
Hogar	286	82.1	77.6-88.1
No hogar	62	17.9	5.4-19.7
Total	348	100	-
Religión			
Católica	310	89	85.2 – 91.6
No católica	38	10.9	39.1 – 47.8
Total	348	100	-
Número de hijos			
4 y más	166	47.8	40.9-55.4
0 a 3	182	52.2	44.3-63.1
Total	348	100	-

IC: Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Instrumento de recolección de datos

En el análisis univariado, de las variables de los Servicios de Salud de SESEQ - Centro de Salud de San Ildefonso (accesibilidad geográfica al CS de San Ildefonso, conocimiento del horario de atención, conocimiento de la gratuidad del programa de planificación familiar, tiempo de espera para la atención y acudir al Centro de Salud por su método de planificación familiar), de las Mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.

En el cuadro 4.3, el 73.4% de las mujeres indígenas vive a menos de 60 minutos caminando o en su transporte habitual de distancia del Centro de Salud de San Ildefonso, el 62.6% no conoce el horario de atención, el 65.7% tiene el conocimiento que el programa de planificación familiar es gratuito, el 70% espera para consulta de planificación familiar más de 60 minutos mientras que el 13.5% espera menos de 60 minutos, el 70.9% no acude al Centro de Salud por su método de PF.

Cuadro 4.3			
Distribución de frecuencias de las variables de los servicios de salud de SESEQ - Centro de Salud de San Ildefonso, de las Mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.			
Variables	Número	Proporción	I. C. 95%
Accesibilidad geográfica			
No	93	26.6	17.2-55.1
Si	255	73.4	38.4-88.0
Total	348	100	-
Conoce el horario de atención			
No	218	62.6	57.6-67
Si	130	37.4	32.8-42.1
Total	348	100	-
Sabe de la gratuidad de la consulta y métodos de PF			
No	119	34.3	29.9-39.1
Si	228	65.7	60.9-70.1
Total	348	100	-
Tiempo de espera (minutos) para la atención de PF en el CS San Ildefonso**			
>60 min	215	72.5	56.1-77.5
< 60 min	133	28.5	11.8-19.1
Total	348	100	-
Acudir al CS de San Ildefonso por su método de Planificación Familiar			
No	247	70.9	55.2-72.6
Si	101	29.1	22.8-39.3
Total	348	-	-

* Distancia del domicilio de la usuaria en su transporte habitual o caminando al Centro de Salud de San Ildefonso

**El tiempo en minutos desde el momento que llega la Mujer al CS, hasta el momento en que recibe la atención de PF.

IC: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Para el análisis bivariado se realizó odds ratio, en el cuadro 4.4, el análisis bivariado se demuestra que la religión no es un factor de riesgo para la baja cobertura de Planificación familiar (OR 0.94, p 0.85 e IC 0.43 – 2.03). Así como, la asociación de la variable del perfil sociodemográfico, estado civil (OR 2.95, p 0.00, 1.83-4.77) y la baja cobertura de Planificación familiar.

Cuadro 4.4 Análisis bivariado de factores asociados del perfil sociodemográfico a la baja cobertura de planificación familiar de las mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.					
VARIABLE	CASO N (174)	CONTROL N (174)	OR	P	IC
Edad					
35 - 49	64	63	1.03	0.91	0.65-1.62
15 - 34	110	111	1.0	-	-
Total	174	174	-	-	-
Estado civil					
No casada	87	44	2.95	0.0000	1.83-4.77
Casada	87	130	1.0	-	-
Total	174	174	-	-	-
Ocupación					
No hogar	29	35	1.25	0.37	0.74-2.11
Hogar	145	139	1.0	-	-
Total	174	174	-	-	-
Religión					
Católica	157	158	0.94	0.85	0.43-2.03
No católica	17	16	1.0	-	-
Total	174	174	-	-	-
Núm. de hijos					
0-3	97	82	1.41	0.10	0.91-2.20
4 y más	77	92	1.0	-	-
Total	174	174	-	-	-
Escolaridad					
Sin Escolaridad	51	41	1.35	0.22	0.81-2.23
Con Escolaridad	123	133	0.41	-	-
Total	174	174	-	-	-

IC: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En el cuadro 4.5, se demuestra la asociación de las variables de los servicios de salud con los que cuentan CS de San Ildefonso: de la gratuidad del programa de PF (OR 2.65, p 0.00002, e IC 1.68-4.21), el no acudir por método de PF (OR 13.9, p0.00002, e IC 7.44-26.62) y la baja cobertura de Planificación Familiar en las Mujeres Indígenas.

Cuadro4.5					
Análisis bivariado de las variables de los servicios de salud del Estado de Querétaro(SESEQ) Centro de Salud de San Ildefonso asociadas a la baja cobertura de planificación familiar de las mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.					
VARIABLE	CASO	CONTROL	OR	P	IC
	n	n			
Accesibilidad al CS de San Ildefonso					
No	87	85	1.05	0.83	0.67-1.63
Si	87	89	1.0	-	-
Total	174	174	-	-	-
Conoce el horario de atención de PF.					
No	108	97	1.30	0.23	0.83-2.04
Si	66	77	1.0	-	-
Total	174	174	-	-	-
Conocimiento de la gratuidad del servicio de PF					
No	97	56	2.65	0.0000	1.68-4.21
Si	77	118	1.0	-	-
Total	174	174	-	-	-
Tiempo de espera (minutos) para la atención de PF en el CS San Ildefonso**					
>60 min	156	159	1.82	0.05	0.38-2.39
< 60 min	18	15	1.0	-	-
Total	174	174	-	-	-
Acude al CS de San Ildefonso por su método de PF					
No	158	72	13.9	0.0000	7.44-26.62
Si	16	102	1.0	-	-
Total	174	174	-	-	-

IC: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Por lo anterior, se demuestra que las variables del perfil sociodemográfico como: el estado civil (no casadas), el no conocer que el servicio de planificación familiar es gratuito y el no acudir al Centro de Salud de San Ildefonso por su método, se asocian la baja cobertura de planificación familiar en Mujeres indígenas en edad fértil de San Ildefonso, Amealco.

V. DISCUSIÓN

Datos del Instituto Nacional de las Mujeres demuestran que en áreas rurales sólo la mitad de las mujeres en edad fértil usan algún tipo de anticonceptivo, mientras que 12% ha expresado su deseo de limitar o espaciar el nacimiento de hijos, sin que su demanda de anticoncepción fuese atendida. Dicho de otra manera, “en la población indígena una decada cuatro mujeres no tuvo acceso al uso de anticonceptivos a pesar de desearlo”(ENSADEMI, 2008).

Lo encontrado en el perfil sociodemográfico, de las mujeres indígenas en edad fértil, con vida sexual activa de San Ildefonso, Amealco, en la variable edad el 63.3%, pertenece al grupo de edad de 15 a 34 años, mayor del panorama sociodemográfico de la población indígena en Querétaro del 61.6% (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Panorama Sociodemográfico de la población indígena en Querétaro, 2009).

En México las uniones de pareja se realizan a edades tempranas: 21.5 por ciento de las mujeres entre 15 y 20 años. En los municipios indígenas del Estado de Querétaro, el hecho de que la costumbre sobre la herencia sea estrictamente patrilineal y sean los hijos varones los únicos y exclusivos herederos, (como sucede en la cultura otomí) hace imperativo que la mujer indígena se una conyugalmente en edad temprana, el 23.7% se casa entre los 12 y 20 años, después de los 30 años el 80.1 son casadas, en este estudio se encontró que el 62.8% de mujeres indígenas de San Ildefonso son casadas (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Panorama Sociodemográfico de la población indígena en Querétaro, 2009).

En los Municipios indígenas, la tasa de analfabetismo es de 43%, casi tres veces más alta que el promedio nacional, pero en las mujeres indígenas es más de 60

por ciento (ENSADEMI, 2008), en el Estado de Querétaro es menor a este (27.3%) en Mujeres indígenas, mayor a lo encontrado en este estudio que es del 25% (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Panorama Socio demográfico de la población indígena en Querétaro, 2009).

El trabajo femenino por ingresos se traslapa con el cuidado y alimentación de los hijos, parejas, padres y/o hermanos, con las tareas domésticas y comunitarias, además de su aporte a la producción del hogar. Este traslape genera un subregistro del trabajo femenino. En 2000, “una cuarta parte de la mujeres indígenas declaró ocuparse en los servicios domésticos o personales, los cuales, junto con la agricultura o manufactura constituyen las principales actividades de la población indígena femenina; casi 13 de cada cien se dedican al comercio y 3 a la venta y servicios en la vía pública” (ENSADEMI, 2008). En Querétaro el 74% de Mujeres indígenas son económicamente inactivas, en este estudio el 82.1% se dedica al hogar, superior a lo reportado en el Estado (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Panorama Socio demográfico de la población indígena en Querétaro, 2009).

La religión católica en México es profesada por el 80.8% de las Mujeres, en Municipios con Población indígena es del 83.8, en Querétaro del 91.5, en este estudio es del 89%, es decir similar al porcentaje Nacional y por debajo de Querétaro (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Indicadores Socio demográficos de la población indígena, 2006).

La tasa de fecundidad (número de nacimientos o de hijos, por cada grupo de 1.000 mujeres entre las edades de 15 a 49 años durante un año) para el Estado de Querétaro es de 2.2 hijos por mujer indígena, igual al promedio nacional, que es de 2.2 hijos por mujer, en este estudio realizado en San Ildefonso el 47.8 % tiene 4 y más hijos, generado por la baja cobertura de uso de métodos de planificación familiar.

La forma de evaluar la prestación de los Servicios de Salud de las Instituciones es a través de los Indicadores Nacionales de Información de Calidad en la Atención Médica (INDICAS), con 4 rubros generales: Trato digno, Atención Médica efectiva, Estructura de las organizaciones y Estructura del sistema. De ellos se desprenden 50 indicadores (Cruzada Nacional por la Calidad en la Atención Médica, 2010).

Específicamente en el área de Trato digno, se relaciona al tiempo de espera para consulta médica, dividiéndose en el área rural y área urbana, en el área rural es hasta 30 minutos, en San Ildefonso el 72.5% de las Mujeres indígenas espera más de 60 minutos mientras que el 28.5% espera menos de 60 minutos, no cumpliéndose con el indicador (Cruzada Nacional por la Calidad en la Atención Médica, 2010).

En este rubro de trato digno se encuentran otros indicadores como: El de surtimiento de medicamentos, relacionado con este el 71% no acude al Centro de Salud de San Ildefonso por su método de PF; en el indicador de organización de citas, el 62.7% no conoce el horario de atención del Centro de Salud de San Ildefonso, el 65.7% tiene el conocimiento que el programa de planificación familiar es gratuito, no cumpliéndose con estos indicadores (Cruzada Nacional por la Calidad en la Atención Médica, 2010).

VI CONCLUSIONES

1.-Un alto porcentaje (61.2%) de la población está conformada por mujeres entre 15 y 34 años, casadas en su mayoría, incluyendo analfabetas, y dedicadas al hogar.

2.- Los factores asociados a la baja cobertura de planificación familiar en Mujeres indígenas en edad fértil, con vida sexual activa de San Ildefonso, Amealco, son: el estado civil, el conocimiento del horario de atención y la gratuidad de la atención de planificación familiar y el acudir al servicio médico por su método de planificación familiar.

VIIPROPUESTAS

1.- Generar estrategias para la oferta permanente del programa de Planificación Familiar, independientemente de la causa por la que acuden las mujeres al Centro de Salud de San Ildefonso.

2.- Dentro de la organización de los servicios de salud con los que cuentan:

- a) Agilizar los tiempos de espera para la atención de planificación familiar.
- b) Dar cumplimiento en la aplicación de la NOM 005 de la prestación de los Servicios de Planificación familiar por el Equipo de Asesoría y Supervisión.
- c) Capacitar al personal de Enfermería en planificación familiar y NOM 005.

VIII LITERATURA CITADA

- Acevedo G, Nájera S y Bernal F. 2005. Perfil de la Mujer Usuaria y no usuaria de métodos anticonceptivos y causas de la no utilización. Archivos de Medicina Familiar. 7 (002): 54-56.
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID. 2008. Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos. Lecciones aprendidas II. 1-15. Consultado en septiembre del 2009.
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID. 2006. Segmentación del mercado de servicios de planificación familiar en Guatemala. 1-16.
- Alonso C, Miranda L, Hughes S y Fauveau Lucy. 2004. Reducción de la mortalidad materna entre poblaciones repatriadas a lo largo de la frontera Guatemala-México. 19: 12-14.
- Amnistía I. 2009. Deficiencias fatales las barreras a la salud materna en Perú. (Serial online). Julio (Referido en 52 páginas en pantalla). Disponible en www.amnesty.org/es
- Arias V. 2005. Determinantes próximos de la fecundidad: Comportamiento reproductivo de las indígenas Chamibida de Antioquia, Colombia. Cad.Sau. Pub. 21(4):1087-1098.
- Barroso C. 2004. La fecundidad indígena en México Bis a Bis la visión de los programa oficiales ¿Caminos divergentes?. Est. Cult. Cont. Univ. Col. 10 (020): 79 – 105.
- Bremner J, Dorélien A. 2009. Population Reference Bureau (serial online). Agosto (Referido en 5 páginas en pantalla). Disponible en <http://www.prb.org/SpanishContent.aspx>.
- Cahuana HL, Ávila BL, Pérez NR, Uribe ZP. 2006. Análisis del gasto en salud reproductiva. Rev. Panamá SP. 20: 287-98.
- Carbone C C. 2004. Del estigma de la mortalidad materna a la mortalidad maternasegura y saludable. En: Lineamientos Sectoriales de Salud 2002 – 2012. Perú. 1 – 9.
- Chirix G E. 2007. Tratamiento de la sexualidad. ALAI. 5: 1-10.

- Coloquio Mujer y Género. 2006. A 25 años de la Fundación del PIEM. Mayo 6. Realizado en Guatemala. Cambios y continuidades en comportamientos reproductivos.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Indicadores Socio demográficos de la población indígena 2000-2005. 2006. 1-46.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Panorama Socio demográfico de la población indígena en Querétaro. 2009. 1-69.
- Congresso da Associação Latino Americana de População, LAP. 2004. La fecundidad indígena en México y Brasil.
- Congresso da Associação Latino Americana de População, LAP. 2004. Septiembre de 18- 20. Realizado en Caxambú- MG – Brasil, Barroso CCG. La fecundidad indígena en México y Brasil. Visión oficial versus Visión indígena ¿dos caminos divergentes, espejos de América Latina?
- Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. 2004. Septiembre del 18 al 20. Realizado en Caxambú – MG- Brasil. Masculinidad y reproducción en comunidades indígenas peruanas.
- Dides C, Pérez M. 2007. Investigaciones en salud sexual y reproductiva de pueblos indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia étnica. Act Bioet. 13 (2): 216 – 222.
- Dirección General de Equidad de Género y Salud Reproductiva .2006. Componentes de la Salud Reproductiva. México. 24 – 26.
- Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas. ENSADEMI. 2008. México. 1-124.
- Estrada F, Hernández G, Walker D, Campero L. 2008. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. Salud Pública de México. 50 (6): 472 – 481.
- Juárez F, et al. 2010. Barreras para la Maternidad Segura en México. Instituto Guttmacher. 1-36.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. 2009. Encuesta Nacional de la dinámica demográfica, Modulo de la Mujer. México. 1-16.
- Informe sobre Desarrollo humano de los pueblos indígenas de México. 2006. Referido en 295 páginas en pantalla, disponible en (<http://www.cdi.gob.mx>). Consultado en agosto 2009.

Instituto N M.2006.La población indígena mexicana. (serial online) Diciembre (Referido en 16 páginas en pantalla). Disponible en (www.inmujeres.gob.mx). Consultado en septiembre del 2009.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2010. Mujeres y hombres en México. 1-141

Iñaki L, Martínez E. 2004. La Salud Reproductiva datos y reflexiones. Gac.Sanit. 18 (Supl 1):170-174.

Loggia GS. 2009. Población y pueblos indígenas. En: Secretaría de Educación Pública Las políticas de población en México. 241-249.

Mariaca GL, Diagnóstico de Salud de San Ildefonso Tultepec Amealco. Servicios de Salud en el Estado de Querétaro. 2007.1 – 97

Martin Antonieta. 2004. La Anticoncepción de emergencia.Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health 16(6): 424 – 431.

Mendoza G y Tapia C.2010. Situación Demográfica de México. CONAPO. 1-14

Moisén L. 2007. Educación y Salud de las Mujeres mexicanas. Los sentimientos de la Nación. 1-32

Mojarro DO y Mendoza VD. 2007. Tendencias y cambios determinantes en las políticas de anticoncepción en México y el Mundo ¿Qué hemos logrado y a ¿Dónde se pretende llegar?. Insp.; 49: 238-240.

Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar NOM-005-SSA2, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 1994, ha sido actualizada y contiene los aspectos técnicos y avances en tecnología anticonceptiva más recientes en el año 2001 en México, D.F. 1-154.

Ortiz B. 2007. Estereotipos masculinos y femeninos en una campaña de planificación familiar desde el modelo de las representaciones sociales de Moscovici. Ra Ximha. 3: 307-324.

Publicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) sobre salud reproductiva Planificación familiar sin prejuicios los métodos de anticonceptivos salvan vidas. 2008. Guatemala.

Quesada N, Uribe B, Martínez L, Soper S y Angudelo J. 2005. Diagnóstico sobre la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA). Ecuador USAID Calidad en Salud (serial online) Julio (Referido en 50 páginas en pantalla). Disponible en globalexchange@msh.org. Consultado en diciembre 2009.

- Rodríguez HM. 2008. La mujer indígena en las zonas rurales. Cámara de Diputados LXLegislatura. 1-17.
- Sánchez, Abramson W y Lamadrid C. 2009. Guatemala: Estudio del acceso a servicios e insumos de planificación familiar para identificar estrategias que mejoren el acceso hasta el último rincón del país Guatemala USAID Calidad en Salud (serial online). (Referido en 50 páginas en pantalla). Disponible en globalexchange@msh.org.
- Sandoval A, Fernández H. 2009. Retorno al indigenismo asistencialista. En: Políticas de Población y Pueblos indígenas. México. 1-2.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. 2006.
- Secretaría de Salud. Plan Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2008) México. 1-96.
- Secretaría de Salud. Programa de acción específica de planificación familiar y anticoncepción. 2008. México. 1-62
- Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. 2010. Cuadernillos de recolección de datos. México. 1-25.
- Secretaría de Salud. Manual Metodológico de Caminando a la Excelencia en Planificación familiar 2007. México. 1-295.
- Servicios de Salud en el Estado de Querétaro, Microregionalización. 2008.
- Servicios de Salud en el Estado de Querétaro, Sistema de información en Salud. 2010.
- Urdanivia S. 2007. Salud Reproductiva, Nutrición, Conocimientos Tradicionales y Comunidades Indígenas (serial online). Julio (Referido en 9 páginas en pantalla). Disponible en <http://www.changemakers.com/en-us/competitions>. Consultado en julio 2009.
- Valladares R, Jaramillo Luigi. 2008. Costo beneficio de la Planificación familiar en Guatemala USAID Calidad en Salud (serial online). Referido en 16 páginas en pantalla. Disponible en globalexchange@msh.org. Consultado en enero 2011.
- Velásquez C. 2003. Honduras: Introducción del Método de Días Fijos en programas de Los sectores público y privado (serial online). Referido en 3 páginas en pantalla. Disponible en red www.irh.org. Consultado en diciembre 2010.
- Vázquez SG. 2009. Población y pueblos indígenas. En: Secretaría de Educación Pública Las políticas de población en México. 235-240.

Vázquez V, Flores A. 2003. Uso de anticonceptivos en Mujeres Indígenas: Un estudio de caso del sureste Veracruzano. Red AL y C. 24:153 – 177.

IX APÉNDICE

ANEXO A



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN MÉDICA
LINEA TERMINAL SALUD PÚBLICA

TITULO: FACTORES ASOCIADOS A LA BAJA COBERTURA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES INDIGENAS, EN EDAD FÉRTIL, UNIDAS, CON VIDA SEXUAL ACTIVA, DE SAN ILDEFONSO, AMEALCO.

Saludos, si Usted lo permite, le haré algunas preguntas de carácter personal y confidencial, es decir la información que Usted proporcione no se comentará.

1.-NOMBRECOMPLETO_____2.-NÚMERO_____

3.-EDAD_____(*Se preguntará directamente y en caso de que la Mujer indígena dude, el encuestador solicitará credencial de elector, o documento oficial donde se encuentre el RFC de la Mujer Indígena*). *Se registraran años cumplidos.*

4.- ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL? (*El encuestador señalará el inciso que responda la Mujer Indígena*).

- A) Casada**
- B) Soltera**

5.- ¿SABE USTED LEER? (*El encuestador señalará el inciso que responda la Mujer Indígena*).

- a) Si**
- b) No**

6.- ¿SABE USTED ESCRIBIR? (*El encuestador señalará el inciso que responda la Mujer Indígena*).

- a) Si**
- b) No**

7.-ESCOLARIDAD (*El encuestador señalará el inciso que responda la Mujer Indígena*).

- a) Analfabeta**
- b) Primaria incompleta**

- c) **Primaria completa**
- d) **Secundaria y más**

8.- ¿A qué se dedica?, El encuestador señalará el inciso que responda la Mujer Indígena, o completará la respuesta.

- a) **Hogar**
- b) **Artesana**
- c) **Comerciante**
- d) **Costurera**
- e) **Campesina**
- f) **Otro, especifique_____**

9.- ¿Cuál es su religión?

- a) **Ninguna**
- b) **Católica**
- c) **Protestante**
- d) **Testigo de Jehová**

10.- ¿Cuántos hijos (vivos o muertos) ha tenido? El encuestador marcará el número cerrado que le refiera la Mujer Indígena.

- a) **Ninguno**
- b) **1 a 3**
- c) **4 y más**

11.- ¿A qué distancia (en minutos) de su domicilio, en su transporte habitual le queda el Centro de Salud de San Ildefonso?

- a) **Si (Menos de 30 minutos)**
- b) **No (De 31 y más)**

12.- ¿Sabe cuál es el horario en que puede acudir al C. S. para atención de planificación familiar?

- a) **Si**
- b) **No**

13.- Sabe que la consulta y el método de planificación familiar en el Centro de Salud de San Ildefonso es gratuito (*El encuestador tomará como si cuando refiera que si en ambos*)

- a) **Si**
- b) **No**

14.- ¿Cuándo requiere de métodos de planificación familiar acude al C. S. de San Ildefonso?

- a) **Si**
- b) **No**

15.- En caso de respuesta negativa a la pregunta 14, el encuestador preguntará a donde acude la Mujer en edad fértil, cuando requiere de métodos de planificación familiar y lo registrará en el espacio_____

16.- ¿Cuánto tiempo de espera (minutos) para la atención de PF en el Centro de Salud de San Ildefonso?

- a) > **180 min**
- b) **121 a 180 min**
- c) **61 a 120 min**
- d) < **60 min**

17.- Recomendaría a alguien acudir al Centro de Salud de San Ildefonso por métodos de planificación familiar

- a) **Si**
- b) **No**

Muchas gracias por su información, le recuerdo que es confidencial.