

# Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010)

## Sociodemographic characteristics of people subjected to surgical sterilization (Medellín 2006-2010)

Características sociodemográficas de pessoas submetidas a esterilização cirúrgica (Medellín 2006-2010)

■  
Claudia María Torres Tabares<sup>1</sup>, Elizabeth Cristina Vergara Muñoz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médica y Cirujana. Estudiante Especialización en Gerencia de la Salud Pública, Universidad CES. e-mail:clamatota@gmail.com

<sup>2</sup> Instrumentadora Quirúrgica. Estudiante Especialización en Gerencia de la Salud Pública, Universidad CES. e-mail: lichavm\_14@hotmail.com

Recibido: Noviembre 11 de 2011 Revisado: Diciembre 05 de 2011 Aceptado: Abril 26 de 2012

### Resumen

**Introducción.** En todos los tiempos el control de la natalidad ha sido una preocupación de las poblaciones, utilizando métodos anticonceptivos desde los más rudimentarios hasta los últimos avances de la tecnología. El descenso rápido en la natalidad logrado en Colombia se asocia a una mayor aceptación de los métodos de planificación familiar y al uso cada vez más frecuente de la planificación definitiva o quirúrgica por parte de mujeres y hombres.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, con fuente de información secundaria tomando datos de registros clínicos de tubectomía y vasectomía en una institución de segundo nivel desde 2006 a 2010. Se registraron y analizaron las variables sociodemográficas de los usuarios, que incluyeron: fecha de realización, procedimiento realizado, edad, sexo, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, afiliación al sistema de seguridad social y número de hijos.

**Resultados:** Se realizaron 61.248 procedimientos de esterilización quirúrgica, 67,9% tubectomías y 32,1% vasectomías. Las edades más comunes para ambas operaciones están entre los 30 y 39 años. Los estratos socioeconómicos predominantes fueron dos y tres con un 44,9% y 33,2% respectivamente. Un alto porcentaje se encuentran en unión libre o casados. En cuanto a la ocupación, predominan las amas de casa con un 39% y obreros en general con un 47%; el 47,7% tuvieron un nivel de escolaridad de secundaria completa y un 44,9% tenían dos hijos. En cuanto al tipo de afiliación, el 91% de los usuarios pertenecían al régimen contributivo, siendo la EPS Sura la de mayor frecuencia, seguida de la EPS Coomeva.

**Conclusiones.** En el estudio se pudo tipificar así a las personas que accedieron en mayor proporción a la esterilización quirúrgica, las mujeres que solicitaron la tubectomía fueron en su mayoría personas entre 20 y 39 años, casadas, dedicadas al hogar como amas de casa, con secundaria completa y dos hijos como promedio, pertenecían al estrato socioeconómico dos y con afiliación al sistema de seguridad social contributivo. En cuanto a los hombres sometidos a la vasectomía, fueron en su mayoría personas entre 30 y 49 años, con una ocupación predominante de obrero, secundaria completa, 2 hijos en promedio, pertenecientes al nivel socioeconómico dos o tres y con afiliación al sistema contributivo.

**Palabras Clave:** Esterilización Reproductiva, Esterilización Tubaria, Vasectomía, Planificación Familiar, Anticoncepción

### Abstract

**Introduction.** In all times birth control has been a concern in the population, using contraceptive methods from the most rudimentary to the latest advances in technology. The rapid decline in birth control achieved in Colombia is associated with a greater acceptance of the family planning methods and to the more frequent usage of definitive or surgical planning by women and men.

**Materials and methods.** Retrospective descriptive study, with a secondary source of information taking data from clinical records of tubectomy and vasectomy in a second-tier institution from 2006 to 2010. Sociodemographic variables of users were registered and analyzed, including: date of sterilization, procedure performed, age, sex, education, marital status, socioeconomic status, affiliation to SGSSS and number of children.

**Results.** 61.248 procedures of surgical sterilization were performed, 67.9% tubectomies and 32.1% vasectomies. The most common ages for both procedures ranged between 30 and 39 years old. The predominant socioeconomic statuses were 2 and 3 with a 44.9% and 33.2% respectively. A high percentage was cohabitating or married. As for the occupation, predominantly housewives with a 39% and laborers in general with a 47%; a 47.7% had a secondary level of education completed and a 44.9% had two children. As for the type of affiliation, a 91% of users belonged to the contributory regime. Being the Sura EPS the one with major frequency, followed by Coomeva EPS.

**Conclusions.** From the study we can classify people that agreed the most to surgical sterilization this way, women that requested a tubectomy were in its majority people between 20 and 39 years old, married, housewives, with a secondary level of education completed and two children in average, belonging to the socioeconomic status 2 and with an affiliation to the contributory social security system. As for men subjected to a vasectomy, were in its majority people between 30 and 49 years old, with a predominant occupation in labor, secondary level of education completed, 2 children in average, belonging to the socioeconomic status 2-3 and with an affiliation to the contributory system.

**Key Words:** *Sterilization Reproductive, Sterilization Tubal, Vasectomy, Family Planning (Public Health), Contraception*

### Resumo

**Introdução.** Em todas as vezes que o controle de natalidade tem sido uma preocupação das pessoas, usando métodos contraceptivos desde o mais rudimentar para os mais recentes avanços na tecnologia. O rápido declínio da taxa de natalidade alcançado na Colômbia está associada a uma maior aceitação de métodos de planejamento familiar eo uso cada vez mais freqüente de planejamento de curto ou cirúrgico por mulheres e homens.

**Materiais e métodos.** Estudo descritivo e retrospectivo, com fonte de informação secundária puxando dados de registros clínicos de tubectomia e vasectomia em uma instituição de segunda linha 2006-2010. Foram registradas e analisadas as variáveis sociodemográficas dos usuários, incluindo: data de conclusão, procedimento realizado, idade, sexo, escolaridade, estado civil, nível sócio-econômico, a participação no sistema de segurança social e número de filhos

**Resultados.** Havia 61.248 procedimentos de esterilização cirúrgica, 67,9% e 32,1% tubectomies vasectomia. As idades mais comuns para ambas as operações são entre 30 e 39 anos. Os estratos sócio-econômicas foram de dois e três com 44,9% e 33,2%, respectivamente. Uma alta porcentagem são coabitação ou casamento. Em termos de ocupação, donas de casa dominam com 39% e os trabalhadores em geral, com 47% ea 47,7% tinham um nível de escolaridade do ensino médio completo e 44,9% tiveram dois filhos. Quanto ao tipo de associação, 91% dos usuários estavam no regime contributivo, EPS Sura sendo o mais freqüente, seguido de EPS Coomeva.

**Conclusões.** O estudo pode também definir as pessoas que concordaram mais à esterilização cirúrgica, as mulheres que foram aplicadas tubectomia é principalmente pessoas entre 20 e 39 anos de idade, casado, donas de casa e as donas de casa, com completa secundário e dois filhos, em média, dois pertenciam ao nível socioeconômico e contributiva filiação sistema de segurança social. Para os homens submetidos à vasectomia eram em sua maioria pessoas entre 30 e 49 anos, com um trabalhador ocupação predominante, preencha secundário, duas crianças, em média, pertencentes a duas ou três status socioeconômico e sistema de cotização.

**Palavras Chave:** *Esterilização Reprodutiva, Esterilização Tubária, Vasectomia, Planejamento Familiar, Anticoncepção*

## Introducción

En todos los tiempos el control de la natalidad ha sido una preocupación de las poblaciones, se han utilizado métodos desde los más rudimentarios como extractos naturales hasta los últimos avances de la tecnología llegando a los métodos definitivos de esterilización quirúrgica. El concepto de planificación familiar y salud reproductiva son mucho más recientes y han generado mayor investigación y desarrollo enfocado a eficiencia en los métodos (1).

En Colombia se ha logrado con éxito un descenso rápido de la fecundidad en comparación con los demás países latinoamericanos, situación que se ha dado entre otros, por la gran aceptación de la planificación familiar (2). El uso de métodos como la tubectomía y/o la ligadura de trompas entre las mujeres, se ha consolidado como el método preferido por las que se encuentran casadas o en unión libre según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) presentada por Profamilia para el año 2010, también se destaca un aumento en la frecuencia de hombres que se practican la vasectomía. El uso de la esterilización quirúrgica en mujeres ha aumentado 14 puntos porcentuales y es probable que aumente ya que el 70% de las mujeres Colombianas no desea tener más hijos (3).

Este descenso debido al control responsable de la fecundidad se relaciona con las metas del nuevo milenio consistentes en reducir la mortalidad materna tres cuartas partes de 1990 a 2015 y promover la igualdad de sexos y la autonomía de la mujer (4).

La salud de la mujer abarca todo su bienestar, por ello es importante la capacidad de controlar la fecundidad, minimizando las patologías asociadas a la gestación que dejan secuelas en la mujer y evitando los embarazos indeseados que llevan a procedimientos no legales y muy peligrosos. Las relaciones personales y sociales son muy importantes para la mujer y esto influye en su sexualidad (5), que es un importante compo-

nente de su vida. En la actualidad los hombres se han hecho conscientes de estos temas y por ello también optan por métodos de planificación seguros para su pareja aportando así a su desarrollo y protección. La nueva legislación del 2010 (ley 1412 de Oct. 19 de 2010) claramente habla de que "La paternidad y la maternidad responsables son un derecho y un deber ciudadano. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que conformarán la familia. La progenitura responsable, se considera una actitud positiva frente a la sociedad, y como tal será reconocida, facilitada y estimulada por las autoridades" y es esta ley la que facilita el acceso a los métodos definitivos al convertirlos en obligatoriamente libres de pago por el afiliado a la seguridad social al que se le realizan (6).

Otra tendencia dada por la mayor conciencia del impacto que genera el tener hijos en momentos no adecuados o no deseados, es el acceder a métodos definitivos de planificación familiar cuando se considera satisfecha la paridad o aun tempranamente por parte de algunas personas que no desean hijos.

Es imprescindible destacar que los servicios de planificación familiar han sido un éxito a nivel mundial, demostrándolo con el importante incremento en el uso de los métodos anticonceptivos y la consiguiente disminución en la morbi-mortalidad maternas y perinatales y permitiendo a las parejas e individuos, posponer, espaciar y limitar el número de hijos (7).

Existe una amplia oferta de métodos para la planificación familiar, en todas las latitudes se escriben artículos e instructivos para que se ofrezcan de una manera agradable y llamativa a la población en edad fértil tanto hombres como mujeres, de esa manera se busca la instrucción adecuada para que así las personas escojan el método que más se acople a sus pensamientos y estilos de vida (3).

Según datos reportados por la OMS para el 2010, la prevalencia en el uso de métodos anticoncep-

tivos en mujeres casadas o que forman parte de una pareja estable notifican el uso de al menos un método anticonceptivo fue: América con un promedio regional de 70.6%, África 23.7%, Europa 68.4%, Mediterráneo Oriental 42.8%, Asia Sudoriental 57.5%, Pacífico Occidental 82.7%, respectivamente, pero también OMS indica una necesidad insatisfecha de planificación familiar de mujeres que son fértiles y sexualmente activas: en América un promedio regional de 9.4%, África de 24.3%, Mediterráneo Oriental de 18.6%, Asia Sudoriental de 12.8% y Pacífico Occidental de 3.4% (8).

La cifra de embarazos no deseados en relación al no conocimiento de planificación o mal uso de métodos o simplemente no uso de ellos, ha ido en aumento, el 48% de los embarazos registrados en los últimos cinco años en el estudio del la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) no fueron deseados, el 29% de ellos se aceptaron tardíamente pero el 23% fueron abiertamente no deseados; sin embargo como se enuncio al principio, en Colombia la tasa de fecundidad ha descendido a 2.1 hijos por mujer en 2010; la tasa general paso de 83 nacimientos por 1000 mujeres a 74 en el mismo periodo.

En la presente investigación, se intentó realizar la caracterización socio demográfica de la población que cada vez accede en mayor número a los métodos de planificación definitivos, analizando los datos de los últimos cinco años en una clínica de la ciudad de Medellín, para realizar una pequeña comparación con lo hallado en otros países (9-14).

### ***Materiales y métodos***

Estudio descriptivo retrospectivo, con fuente de información secundaria tomada de datos de registros clínicos de tubectomía y vasectomía en una institución de segundo nivel de 2006 al 2010.

El criterio de inclusión fue tener más de 18 años sin límite superior de edad. Se registraron y ana-

lizaron las variables sociodemográficas de los usuarios, que incluyeron: fecha de realización, procedimiento realizado, edad, sexo, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y número de hijos.

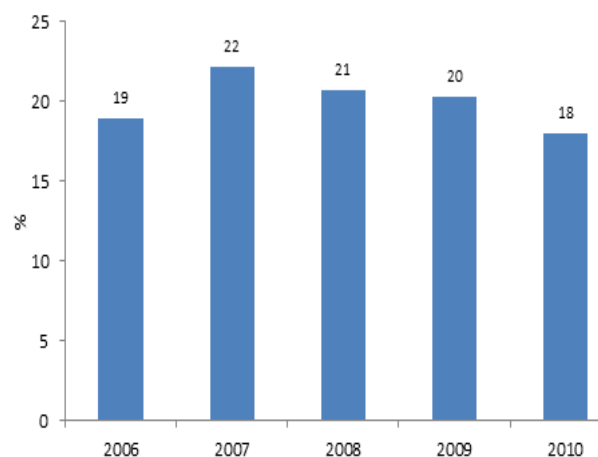
Los datos se capturaron en Excel, procesados y analizados con el programa estadístico Stata versión 10; de esta forma se cruzaron las diferentes variables y se caracterizó a la población en estudio sometida a la planificación definitiva.

### ***Resultados***

Se tomó la base de datos de una clínica de salud sexual y reproductiva de la ciudad de Medellín que incluyó 61.248 registros de usuarios sometidos a los procedimientos quirúrgicos Tubectomía y Vasectomía en cinco años, de 2006 a 2010 respectivamente.

En la Figura 1 se pudo ver como se presenta la distribución proporcional para cada año, encontrándose la frecuencia más alta en el año 2007.

**Figura 1.** Distribución porcentual de cirugías por año

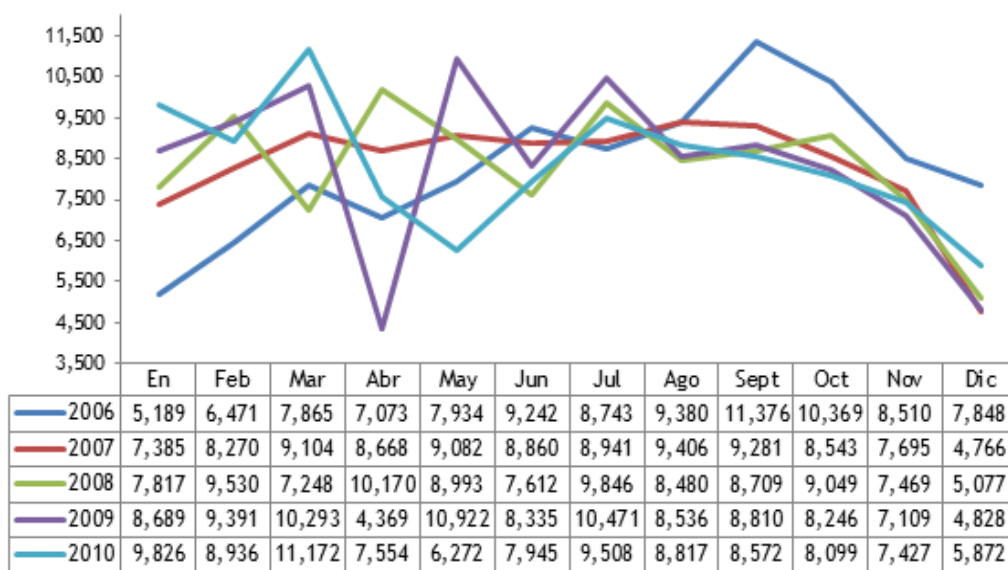


Se encontró una mayor proporción de mujeres en la muestra seleccionada con un 67.9%, reflejo del uso del método de planificación definitiva con respecto al sexo. La frecuencia de Tubectomías anual es de aproximadamente 8000 manteniéndose constante en los 5 años de seguimiento, en cuanto a las Vasectomías hubo un aumento del 7% del 2006 al 2007 que se mantuvo hasta 2009 con

una cantidad de aproximadamente 4000 cirugías, no obstante en 2010 la cifra disminuyó casi como en 2006.

La tendencia en la proporción de cirugías por mes para cada año no es concluyente, cada año tiene un mes pico diferente y solo para julio se encontraron valores similares para todos los años (Figura 2).

Figura 2. Distribución porcentual de cirugías por mes y año



Se observó que las edades más comunes para la esterilización quirúrgica femenina y masculina, están entre los 30 y 39 años con una frecuencia del 47% y 44%, con un leve predominio de mujeres en razón de 47.077 mujeres contra 44.488 hombres, seguido de un 31% de mujeres entre los 20 y 29 años superando ampliamente en número de hombres, y un 35% de hombres entre 40 y 49 años, con un amplio margen sobre las mujeres; en los dos

extremos de la vida reproductiva, tanto en hombres como mujeres que ven cifras poco significativas, casi nulas en el rango de 10-19 años, un resultado que va de la mano con la lógica y un valor pequeño pero con mayoría en los hombres en el rango de 50-59 años, también de la mano con la realidad pues en esta edad las mujeres ya están en falla ovárica, mientras los hombres conservan su fertilidad (Figura 3 y Tabla 1).

Figura 3. Distribución según grupos de edad y sexo

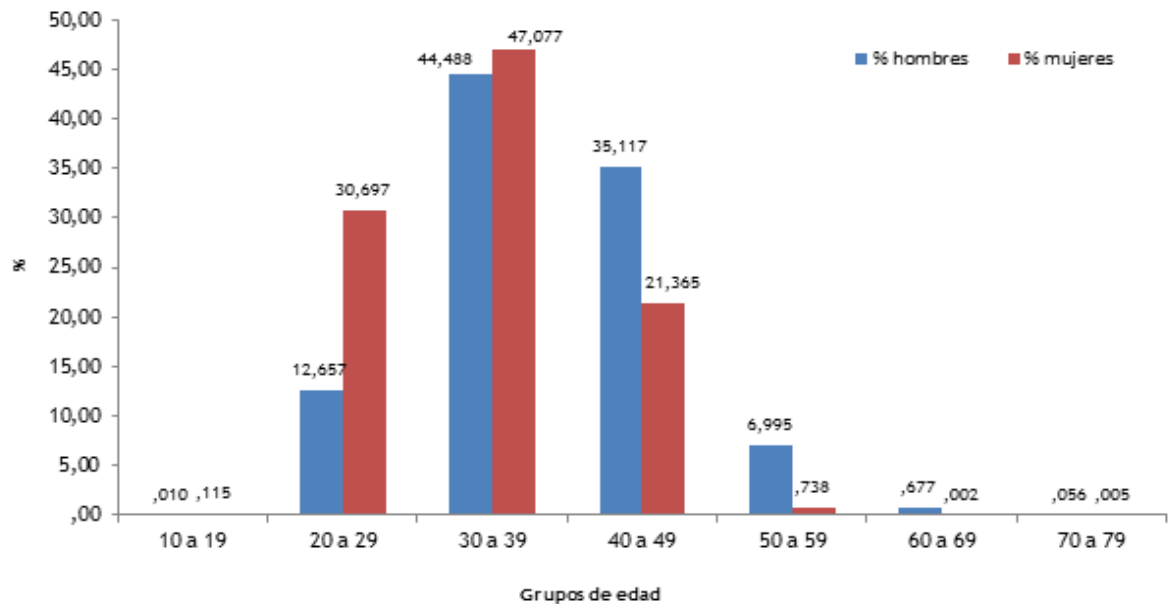


Tabla 1. Distribución por grupos de edad y sexo

Grupos de edad	% Masculino (n=19657)	% Femenino (n=41591)	Valor de p
10 a 19	0,0	0,1	0,000
20 a 29	12,7	30,7	0,000
30 a 39	44,5	47,1	0,000
40 a 49	35,1	21,4	0,000
50 a 59	7,0	0,7	0,000
60 a 69	0,7	0,0	0,000
70 a 79	0,1	0,0	0,000

En relación al estrato socioeconómico, se encontró que la mayor parte de la población en estudio pertenece a los estratos 2 y 3 con un 44.9% y 33.2% respectivamente (Figura 4). Respecto al estado civil, se encuentra en Unión libre o Casado el 32.6% y 39.6% y en cuanto a la ocupación, predominan las amas de casa con un 39% y obreros

en general con un 47% (Tabla 2), con un nivel de escolaridad predominante de bachillerato con grado 11, del 47.7%, y un número de hijos predominante común de 2 en 27.525 personas divididos así: 17.811 mujeres tubectomizadas y 9.539 hombres vasectomizados (Figuras 5 y 6).

Figura 4. Distribución porcentual de cirugías según estrato socioeconómico

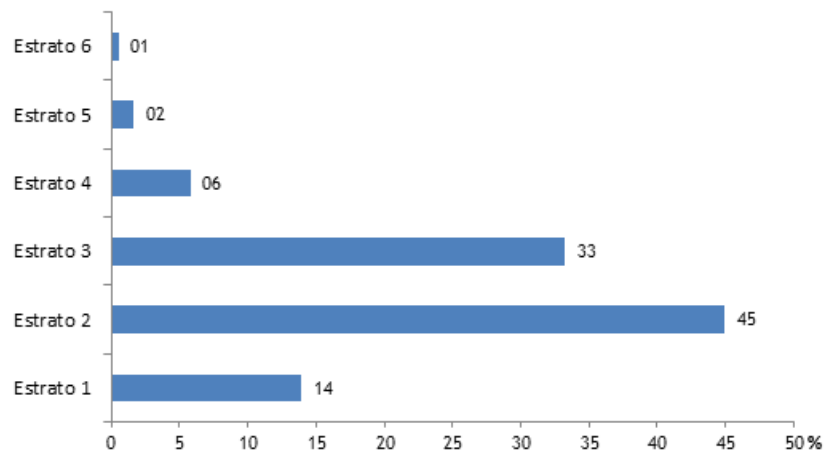


Tabla 2. Distribución según ocupación

Ocupación	Frecuencia	%
Personas que no han declarado ocupación	29049	47,4
Obreros en general	24478	39,9
Técnicos y Tecnólogos	5406	8,8
Profesionales	2315	3,8

Figura 5. Distribución según número de hijos

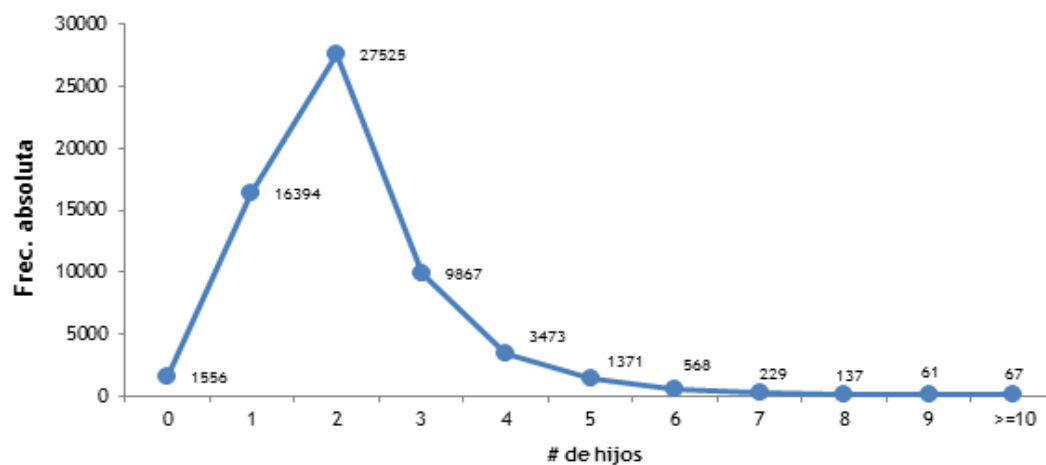
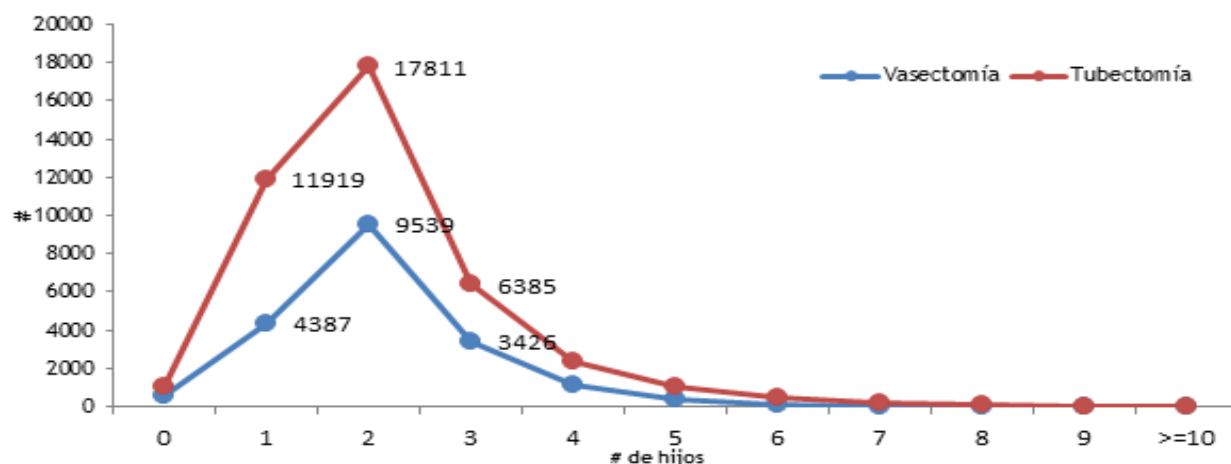




Figura 6. Distribución según procedimiento y número de hijos



En cuanto al tipo de afiliación, el 91% de los usuarios sometidos a Tubectomía y Vasectomía pertenecían al régimen contributivo, siendo la EPS Sura con un 44.3% la más frecuente, seguida de la EPS Coomeva con un 24.2%. Adicionalmente en estas IPS de la ciudad, no solo fueron manejados pacientes del municipio de Medellín, sino de toda

el área metropolitana y aun de algunos otros municipios de Antioquia y de Colombia, pero, limitándose al área metropolitana se encuentra que la mayor tasa en tubectomías la presentó Bello y en vasectomías Caldas, ambos por encima de los resultados de Medellín. (Tabla 3)

Tabla3. Distribución según municipio de procedencia (área metropolitana)

Municipio	Casos tubectomía	Tasa mujeres (1000 hbtes)	Casos vasectomía	Tasa hombres (1000 hbtes)
Medellín	25167	22,5	12240	11,9
Bello	4470	22,9	1938	11,2
Itagüí	2339	18,9	1212	11,0
Envigado	1148	12,2	985	12,3
Caldas	635	18,2	567	17,3
Barbosa	479	22,3	115	5,5
Copacabana	467	14,7	347	11,8
Sabaneta	457	17,9	291	13,8
Girardota	457	21,1	267	12,8
La Estrella	441	16,5	279	11,1



## Discusión

Desde el punto de vista de la salud pública, la planificación familiar tiene un papel importante al apuntarle a que las personas, tanto hombres como mujeres definan sus deseos de reproducción en un tiempo programado y definido, a que las mujeres no solo sean vistas como "madres" sino como seres integrales con un rol social visible, a que los hombres se incorporen y participen consciente y activamente al proceso de planificación de la familia contribuyendo a disminuir las desigualdades entre los sexos y la pobreza generada por una procreación sin control. La Organización Mundial de la Salud define Salud Reproductiva como "el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo, que contribuye o determina la reproducción humana en condiciones saludables". La planificación familiar hace parte del concepto de Salud Sexual y Reproductiva el cual es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones, puesto que con ésta no solo se evitan embarazos no deseados, sino también problemas fundamentales de salud pública como aborto y trastornos de la salud materno infantil, siendo de esta forma una buena inversión para la salud pública (7).

En este estudio como resultado muy relevante, se encontraron niveles de planificación quirúrgica en los últimos cinco años fluctuando entre 18% y 22.1%, siendo el año 2010 el de menor porcentaje, curiosamente cuando se generó la legislación que convirtió en gratuito el acceso a la tubectomía y vasectomía de los afiliados a la seguridad social (6). No se pudo confirmar la teoría del crecimiento exponencial de la práctica de las esterilizaciones quirúrgicas, pero si se encontró un resultado sostenido por encima del 18% en los cinco años, con un predominio claro de las mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida y los hombres en la quinta década de la vida, sin embargo esto no se relaciona con hallazgos de las encuesta de Uso y Conocimiento de Profamilia (3) donde la tendencia es de muy escaso ascenso, pero tampoco disminuyó.

Las características sociodemográficas que se encontraron para las mujeres sometidas a la esterilización quirúrgica definen un perfil de una persona entre 20 y 39 años, casada, dedicada al hogar como ama de casa, con la secundaria completa y dos hijos, en un estrato socioeconómico 2 y un tipo de afiliación contributiva. Comparado con dos estudios realizados en Estados Unidos en 2001 y Brasil en 2004 respectivamente, el perfil de la mujer que opta por la planificación definitiva que se definió en este estudio es más similar a la mujer estadounidense que a la brasileña; puesto que la mujer brasileña tiene 34,6 años casada con un promedio de 8,3 años de escolaridad, un nivel socioeconómico de clase media, con 3 hijos, a diferencia de la mujer estadounidense la cual tiene de 20 a 39 años, casada, 2 hijos, con secundaria completa, con un nivel socioeconómico bajo, medio bajo (15-16).

En cuanto a las características sociodemográficas de los hombres sometidos a la vasectomía, se definió un perfil de una persona entre 30 y 49 años, con una ocupación de obrero en general, con secundaria completa, 2 hijos, un nivel socioeconómico 2-3 y un tipo de afiliación contributiva; un perfil parecido al definido en un par de estudios realizados en México de 2003 a 2007 donde la edad promedio de los hombres fue 36.5 años, escolaridad de 13.4 años, nivel socioeconómico medio, casados y con dos hijos (10); y en Estados Unidos en 2009, en el cual los hombres sometidos a la vasectomía estaban en un rango de edad de 30 a 45 años, casados, con 2 hijos, secundaria completa y un nivel socioeconómico medio, medio alto, la diferencia quizá más marcada es que en éstos estudios los hombres vasectomizados tienen un nivel socioeconómico y nivel de escolaridad más alto que en el presente estudio (5).

Una clara contribución de la población de clase media media, estrato dos y tres, escaso en el estrato uno y pobrísimo en los estratos más altos, es llamativo, a pesar de que un gran porcentaje estaban afiliados al régimen de seguridad social, en su gran mayoría contributivo; este hallazgo genera una preocupación, pues son los estratos menos

favorecidos y su población vulnerable los que más presentan embarazos adolescentes y no deseados generando una perpetuación de la pobreza y falta de crecimiento y por ende de oportunidades y encadenando a los niños a una vida con carencias sentidas y necesidades básicas insatisfechas. Es probable que la falta de cultura y educación, agregado a unas EPS de régimen subsidiado que no se comprometen con la educación y la promoción de una vida mejor para sus afiliados, cause que estos estratos sociales más vulnerables no conozcan sus derechos en materia de planificación familiar y por ello no se genera el acceso a los procedimientos de esterilización quirúrgica.

Siguen siendo las mujeres las más interesadas en tener un método seguro de planificación cuando se tiene una paridad satisfecha, normalmente entre uno y tres hijos, se corroboró con las cifras, que el uso de la tubectomía es más común que el uso de la vasectomía, con un promedio de 3 mujeres esterilizadas por 1 hombre, a pesar de que es un procedimiento más invasivo y con mayores riesgos; lo anterior no es solo en Colombia como lo demuestra un estudio realizado en Estados Unidos en junio de 2008 en el cual comparan el uso de la vasectomía y la tubectomía a nivel mundial con un resultado de vasectomías para el año 2008 de 2.7% y tubectomías de 19.7%, con dos curiosos datos comparando países desarrollados con un 4.5% vasectomías y 8.6% tubectomías en 1999, y países en desarrollo para 2004 con 2.5% vasectomías y 21.5% tubectomías, lo que se acerca mucho a los países desarrollados, en cuanto al uso de la esterilización quirúrgica hablando de uso femenino y masculino, puesto que casi se iguala el 2 a 1 (17).

No se encontró concordancia de las cifras de este estudio en el número de hijos predominante en las mujeres que accedían a la esterilización quirúrgica, mientras los estudios previos mostraban que a mayor número de hijos, más frecuencia en la esterilización; en el nuestro se halló que el valor mayor en mujeres se encontraba asociado a tener dos hijos, siguiendo el que tenía uno y al contrario disminuían los valores con números mayores de

hijos, pero muy similares fueron los resultados entre los hombres para el estudio presentado en 2010 por Profamilia (4).

Otros muchos estudios muestran diferencias significativas en el uso de la tubectomía y la vasectomía y esto se relaciona con respuestas netamente culturales, cuando se entrega toda la responsabilidad del control de la natalidad a la mujer y el rechazo del hombre a la vasectomía por todos los mitos relacionados a ésta como es la pérdida de potencia sexual, pero también contribuye que la cirugía es un método irreversible, la información incompleta acerca de la planificación familiar y los pocos métodos eficaces para el control natal que se le ofrecen al hombre; todo lo anterior influye en la toma de la decisión, sin embargo esto ocurre con grupos focales según su condición cultural, como se dijo antes, es un factor determinante, puesto que también se demostró un creciente número de hombres que llegados a una edad adulta temprana consideran que deben controlar su fertilidad, engrosando los valores halados los hombres en la quinta década de la vida. Se observó que situaciones como estar casados, nivel de escolaridad y mayores ingresos ayudan de forma positiva para tomar la decisión de la planificación definitiva masculina (18-19).

Con base en los hallazgos se podría recomendar programas de difusión y concientización a las personas de estrato 1 sobre la accesibilidad a los métodos quirúrgicos, de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS hacia sus afiliados, eliminando las ideas prejuiciosas que se manejan desde los ámbitos culturales y reforzando el conocimiento sobre la obligatoriedad y exención de pago que tiene dichos procedimientos desde la legislación que entro a regir en Octubre de 2010 (2-6).

Para poder establecer buenos programas de planificación familiar, hay que empezar por saber qué factores obstaculizan el acceso a la anticoncepción, qué puede hacerse al respecto para mejorar y ampliar las redes de comunicación y de servicios destinadas a la población femenina y masculina. Es fundamental adoptar una estrategia basada en:

mejores servicios de planificación familiar y la accesibilidad a la anticoncepción, asesoramiento individual y uso de los medios de comunicación, el uso de la anticonceptivos por el hombre y no solo por la mujer, participación del hombre en la planificación de la familia y vincularse más fuertemente con otros servicios de salud materno infantiles.

### Referencias

1. Fernández G, Enríquez M, Santana YL, Torres M. Control de la Natalidad: enfoque por diferentes épocas y culturas, Universidad Virtual de Salud Cuba. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.uvs.sld.cu>. Consultado 29 de marzo de 2011.
2. Colombia. Ministerio de Salud-Dirección general de promoción y prevención-. Resolución 412 de 2000, Febrero 25, Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres. Santa Fe de Bogotá; 2000.
3. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). [Sitio de Internet]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co>. Consultado 28 de Marzo de 2011.
4. Organización Mundial de la salud. Objetivos del Desarrollo del Milenio. Mejorar la salud Materna-Reducir los Riesgos del Embarazo y Promover la Igualdad de los Sexos y la Autonomía de la Mujer. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>. Consultado 28 de Marzo de 2011.
5. Phyllis L. Perspectivas de la salud de la mujer. En: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 2002; 4: 1025-1030.
6. Colombia. Congreso de la República. Decreto 1412 de 2010, Octubre 19, por medio del cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable. Bogotá: La República; 2010.
7. Organización Mundial de la salud. Estrategia de Salud Reproductiva. Para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>. Consultado 28 de Marzo de 2011.
8. Organización Mundial de la salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>. Consultado 28 de Marzo de 2011.
9. Rosales E, Felguérez JA. Impacto sociodemográfico de 15 años de planificación familiar. Ginecología y Obstetricia de México 2005; 73:443-50.
10. Lara R, Velázquez N, Reyes E. Vasectomía sin bisturí. Perfil del usuario y resultados. Ginecología y Obstetricia de México 2010; 78(4): 226-231.
11. Young B, Nguyeih BZ, Weiss-Laxer NS, Signum M, Nolan P. Factors Associated With Family Planning and Vasectomy Discussions: Results From a Health Provider Survey. Medicine & Health/Rhode Island 2010; 93(2): 48-50.
12. Hayford SR. The Evolution of Fertility Expectations over the Life Course. Demography 2009; 46(4): 765-783.
13. Bailey P, Duarte MJ, Faúndes A, De Sousa MH, Alves G. Fertility and reproductive history of sterilized and non-sterilized women in Campinas, São Paulo, Brazil. Cad. Saúde Pública 2003; 19(5):1399-1404.
14. Char A, Saavala M, Kulmala T. Male Perceptions on Female Sterilization: A Community-Based Study in Rural Central India Perspectives on Sexual and Reproductive Health. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2009, 35(3): 131-138.
15. Meloni E, Ford NJ. Provision of female sterilization in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. Cad. Saúde Pública 2004; 20(5):1201-1210.
16. Godecker AL, Thomson E, Bumpass LL. Union status, marital history and female contraceptive sterilization in the United State. Family planning perspectives 2001;

- 33(1): 35-41.
17. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Vasectomy: Reaching Out to New Users. Population reports, 2008. [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.populationreports.org/d6/>. Consultado 23 de Marzo de 2011.
  18. Eisenberg ML, Henderson JT, Amory JK, Smith JF, Walsh TJ. Racial Differences in Vasectomy Utilization in the United States: Data From the National Survey of Family Growth. *Infertility* 2009; 75(5): 1020-1024.
  19. Vega-Briones G, Jaramillo-Cardona MC. Percepciones y actitudes de los hombres de la frontera norte de México en relación con el uso de condones, práctica de la vasectomía y chequeos de próstata. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 2010; 9(18): 50-77.



Copyright of Revista CES Salud Pública is the property of Universidad CES and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.