

# ÍNDICE

• Presentación	7
• Introducción	9
• Diseño del programa	13
• Líneas de acción y concertación	15
• Lineamientos normativos	17
• Orientación-consejería	19
• Capacitación en la técnica quirúrgica	21
• Promoción y actividades de información, educación y comunicación	25
• Mecanismos de vigilancia y supervisión	31
• Evaluación y resultados	33
• Características del varón vasectomizado en la Secretaría de Salud	39
• Factores que han contribuido al éxito	41
• Futuro del programa	43
• Anexos	44
• Bibliografía recomendada	47



**La mención de insumos anticonceptivos por sus nombres comerciales, no implica que esos productos son recomendados por la Secretaría de Salud, en preferencia a otros productos de naturaleza similar que no están mencionados.**

## Directorio

**Dr. Juan Ramón de la Fuente**  
Secretario de Salud

**Dr. José Narro Robles**  
Subsecretario de Coordinación Sectorial

**Dr. Roberto Tapia Conyer**  
Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades

**Lic. José Campillo García**  
Subsecretario de Regulación y Fomento Sanitario

**Lic. Jorge Tamayo**  
Oficial Mayor

**Lic. Alberto Pérez Blas**  
Director General de Comunicación Social

**Dr. Gregorio Pérez Palacios**  
Director General de Salud Reproductiva

Primera edición, marzo de 1999

ISBN 968-6605-24-X

**DERECHOS RESERVADOS**

© 1999 Secretaría de Salud

Dirección General de Salud Reproductiva

Insurgentes Sur No. 1397- 6° piso

Col. Insurgentes Mixcoac

03920 México D.F.

Teléfonos: 5598-58-71 y 5598-90-29

**Se permite la reproducción parcial o total de este documento citando la fuente.**

# **Coordinación Técnica**

**Dirección General de Salud Reproductiva, SSA**

**G. Pérez Palacios, G. Fuentes Sánchez, J. A. Castro Garduño  
y J. Garza Flores**

# **P**resentación

En 1974, el Gobierno de la República promulgó una nueva y renovada Ley General de Población y se elevó a rango constitucional el derecho de todos los mexicanos y mexicanas a la planificación familiar. El Sector Salud asumió, en seguimiento de estas acciones, la responsabilidad de la promoción y prestación de servicios en materia de planificación familiar, en forma gratuita a nivel nacional. En los veinte años de actividades, el Programa logró avances importantes en la desaceleración del crecimiento poblacional a través de la disminución de la tasa global de fecundidad, que ocurrió por el incremento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas.

Durante esta Administración Pública Federal, la planificación familiar se incorporó como un componente fundamental del Programa de Salud Reproductiva, ampliando el universo de sus acciones e incorporando nuevas estrategias operativas. En la Secretaría de Salud se fortalecieron los servicios de planificación familiar ampliando las opciones de métodos y estrategias en la regulación de la fertilidad, para cubrir las demandas de los individuos y las parejas en las diferentes etapas del ciclo reproductivo, una de ellas fue el reforzamiento de la vasectomía sin bisturí, incorporando así al varón a las decisiones reproductivas.

Los lineamientos técnicos de esta estrategia se apegan estrictamente a las Normas Oficiales de los Servicios de Planificación Familiar con énfasis en la información, orientación y consejería a los usuarios.

Este documento describe la experiencia institucional en el fortalecimiento de esta estrategia prioritaria de planificación familiar que ha contribuido a incrementar la calidad en la prestación de servicios de salud reproductiva.

**DR. JUAN RAMÓN DE LA FUENTE**  
*Secretario de Salud*

# *Introducción*

*E*n México en 1993, se produjo un cambio trascendental en política de población, que se cristalizó en el Programa Nacional de Planificación Familiar con objetivos y metas demográficas precisas que permitirían llegar al siglo XXI con un crecimiento natural del uno por ciento y con una población de alrededor de 100 millones de habitantes.

Desde el inicio del programa existió interés por hacer participar al varón a través del uso de algún método anticonceptivo, sin embargo, ante las múltiples opciones anticonceptivas femeninas disponibles, el hombre optó por una actitud pasiva, delegando en la mujer la responsabilidad de la planeación del tamaño de la familia.

A pesar de que el hombre no participaba activamente en las decisiones anticonceptivas, como se señaló en el párrafo anterior, disponía de dos métodos: el condón y la vasectomía tradicional. Esta última se ofrecía únicamente en unidades de segundo nivel, por médicos especialistas, como cirugía electiva, previa realización de exámenes preoperatorios y trámites administrativos engorrosos, con un costo hospitalario alto y molestias para el solicitante. El método no se promocionaba y sólo se realizaba a solicitud del interesado.

Por otra parte, no existía uniformidad de criterios entre el personal médico y no médico responsable de la prestación del servicio, mucho menos información veraz entre la población, prevaleciendo las experiencias negativas y los mitos en torno al método, circunstancias que colocaron a la vasectomía fuera de las opciones anticonceptivas masculinas disponibles.

Con estos antecedentes la población masculina se convirtió en un reto formidable para el Programa de Planificación Familiar, cuyas principales acciones hasta la fecha se habían dirigido especialmente a la mujer, por lo que la regulación de la fertilidad en el hombre debió

ser considerada no sólo por su impacto en la productividad del programa, sino por su importante repercusión en la salud reproductiva de la población.

En septiembre de 1993 y anticipándose a El Cairo, la Secretaría de Salud (SSA) inicia un programa de cobertura nacional dirigido al varón, con énfasis en educación sexual, fomento al uso del condón y la introducción de la vasectomía sin bisturí para aquellos que hubieran completado sus expectativas reproductivas. Estas acciones contemplaron algunos de los acuerdos que un año después, emergieron de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994, en donde se subrayó la necesidad de fomentar la corresponsabilidad del varón en el proceso reproductivo y su participación activa en planificación familiar.

La vasectomía sin bisturí (VSB) no es un método de práctica reciente, ya que en 1974 el Dr. Li Shunqiang, de la República Popular China, desarrolló la técnica quirúrgica de vasectomía que obviaba el uso del bisturí. Se trataba de un procedimiento fino, sencillo, ambulatorio, con mínimos efectos colaterales y de gran efectividad. Diseñó además el instrumental quirúrgico consistente en sólo dos pinzas: una de anillos y otra de punción. Esto, aunado a la factibilidad de realizarse en un consultorio médico, al uso exclusivo de anestesia local y al poco material quirúrgico requerido, representó una gran ventaja en tiempo y costos comparado con la técnica tradicional. La técnica del Dr. Li, permitía ofrecer este método anticonceptivo en unidades de primer nivel de atención, haciéndolo atractivo y ventajoso en la mentalidad de los varones.

## Ventajas de la vasectomía sin bisturí

---

	<i>Vasectomía tradicional</i>	<i>Vasectomía sin bisturí</i>
Técnica Quirúrgica	• Varias	• Dr. Li Shunqiang
Realizada por	• Especialistas	• Médicos Generales o Familiares
Área Física	• Quirófano	• Consultorio
Instrumental	• Equipo de cirugía	• Juego de Pinzas del Dr. Li (2 pinzas)
Campos Quirúrgicos	▪ 5	• Un Hendido
Suturas	• Varias	• Una Seda 000
Anestesia	• Regional, General, Local	• Local
Morbilidad	• Mayor	• Menor
Recuperación	• Lenta	• Inmediata
Exámenes preoperatorios	• Necesarios	• No es requisito, en candidatos sanos
Hospitalización	• Ocasional	• No necesaria
Costo	• Mayor	• Mínimo

---



# ***Diseño del programa***

Como se mencionó, en septiembre de 1993 la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Planificación Familiar, actualmente de Salud Reproductiva, tomó la decisión y responsabilidad de elaborar y establecer el primer Programa de Vasectomía sin Bisturí con la finalidad de propiciar la participación activa del varón en planificación familiar, ofreciendo dicho método en el primer nivel de atención.

Para esto se determinó:

- Establecer un Centro Estatal de Capacitación en la técnica quirúrgica, integrado a la consulta externa de una unidad de salud urbana de primer nivel de atención, en las 31 Entidades Federativas del país y en las 16 Jurisdicciones Sanitarias del Distrito Federal.
- Capacitar a dos médicos de cada unidad médica seleccionada, en la técnica quirúrgica y a dos enfermeras y dos trabajadoras sociales en actividades relacionadas con el servicio.
- A partir del Centro Estatal de Capacitación extender el programa a otras unidades médicas de la Entidad Federativa para crear servicios de vasectomía sin bisturí (VSB).
- Elaborar material de apoyo didáctico dirigido al personal médico y no médico involucrado en la prestación del servicio y material de promoción para la población en general.
- Equipar a los centros que se establezcan con el mobiliario e instrumental necesarios.

# ***Líneas de acción y concertación***

*L*a instrumentación de este programa requirió una serie de estrategias y acciones que se llevaron a cabo en los diferentes niveles involucrados: central, estatal, jurisdiccional y operativo.

El primer paso fue crear dentro de la Dirección General de Planificación familiar, hoy de Salud Reproductiva, un área específica, encargada de desarrollar las diferentes etapas del programa. Se le dotó de personal con experiencia en acciones de planificación familiar, orientación-consejería y expertos en la técnica quirúrgica del Dr. Li.

En las Entidades Federativas se llevaron a cabo reuniones de gestión con las autoridades de salud, con la finalidad de concertar el apoyo para las actividades a desarrollar. En sesiones clínicas informativas se dio a conocer el programa, su objetivo, actividades, compromisos, plazos de ejecución, responsabilidades, técnica quirúrgica, bondades del procedimiento, estrategias de capacitación al personal médico y no médico, acciones de promoción y difusión por desarrollar, así como el sistema de información que permitiría el control del programa por parte del nivel central.

En cada una de las Jurisdicciones Sanitarias elegidas, se seleccionó y verificó las condiciones físicas de las unidades médicas que funcionarían como el Centro Estatal de Capacitación y el Centro de Servicio y se designó al personal que se encargaría de la prestación del mismo.

Esto permitió contar en cada Entidad Federativa, con un centro de entrenamiento en el cual no sólo se ofrecería el servicio, sino que serviría como unidad de capacitación para cubrir las necesidades del estado en ese sentido y poder satisfacer la demanda local. Una vez

consolidados los Centros Estatales de Capacitación, se extendió el programa a unidades médicas seleccionadas como Centros de Servicios de VSB en los cuales los responsables de otorgar el método serían los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales capacitados por el estado.

# *Lineamientos normativos*

El nivel central desarrolló toda la documentación técnica y normativa que dio sustento a las diferentes acciones, unificó criterios y estableció niveles de responsabilidad del personal prestador del servicio.

## Documentación técnica-normativa

- Manual de procedimientos operativos para el personal de salud
- Manual de orientación-consejería
- Modelo de capacitación
- Manual para la prevención, detección y manejo de complicaciones
- Políticas y normas de operación
- Flujograma del solicitante
- Libreta de control de usuarios
- Hoja de indicaciones médicas
- Hoja de autorización voluntaria de anticoncepción quirúrgica masculina
- Hoja de instrucciones preoperatorias
- Informe de visita domiciliaria
- Hoja de instrucciones post-operatorias
- Información sobre uso del condón
- Informe de complicaciones
- Tarjeta de control de usuarios de planificación familiar
- Informe mensual
- Guía técnica para la capacitación en el procedimiento quirúrgico
- Bibliografía de apoyo

# ***Orientación-consejería***

*L*a orientación-consejería (O-C) es de gran utilidad en la prestación del servicio de VSB, porque a través de ella el personal de salud ofrece al solicitante la posibilidad de tomar una decisión fundamentada en el conocimiento de otras opciones anticonceptivas, del método en sí mismo, su técnica, los efectos colaterales, así como las posibles complicaciones. Además, permite abordar temas estrechamente relacionados con su vida sexual y reproductiva. Como consecuencia de este proceso de comunicación interpersonal, el solicitante informado acepta la realización del procedimiento y firma la Hoja de Autorización Voluntaria de Anticoncepción Quirúrgica Masculina (anexo 1). Este proceso se debe llevar a cabo con cada uno de los solicitantes del método y es requisito indispensable antes de proceder a la cirugía.

OTORGAR ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA

OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

FIRMAR LA HOJA DE AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA  
DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA

# *Capacitación en la técnica quirúrgica*

*S*e realizó en dos vertientes:

## **1) Orientación-consejería**

Considerando que la O-C es un elemento esencial en el proceso de aceptación de los métodos anticonceptivos, se implementaron actividades de capacitación en ese rubro para el personal médico y no médico de las Jurisdicciones Sanitarias, en cuyas unidades médicas seleccionadas se establecerían los Centros Estatales de Capacitación. El temario incluyó conocimientos sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles para la pareja, aspectos generales de la vasectomía sin bisturí, requisitos pre-operatorios y cuidados post-operatorios. Se subrayó la importancia del control del usuario, su seguimiento y alta con azoospermia.

Al finalizar la capacitación, se entregó material didáctico a los asistentes, estableciéndose con ellos el compromiso de replicar la actividad en cada uno de sus centros de trabajo, con el fin de lograr uniformidad en los conocimientos del personal de salud.

## **2) Técnica quirúrgica**

La parte más delicada del desarrollo del programa, fue la capacitación en la técnica quirúrgica al personal médico seleccionado. Fue de carácter tutorial, se hizo a través de jornadas quirúrgicas y consistió de tres etapas.

### Capacitación en la técnica quirúrgica

- Demostración
- Verificación
- Certificación



Capacitación en la técnica quirúrgica.

### **Etapas de demostración**

Durante esta etapa, los médicos capacitados observan y/o intervienen como ayudantes, dependiendo de su habilidad, en diez procedimientos quirúrgicos como mínimo.

Se enseña al resto del equipo de salud (enfermera y trabajadora social) el uso y llenado de los formatos de control y seguimiento de los varones vasectomizados.

Para asegurar el mayor número de solicitantes de la cirugía y lograr un entrenamiento de buen nivel, días previos al desarrollo de las actividades en el estado, se intensifican las campañas de promoción.

## **Etapas de verificación**

Para esta etapa se requieren de varias jornadas quirúrgicas en las cuales los médicos en capacitación intervienen inicialmente como ayudantes, para luego y en forma progresiva participar como cirujanos.

Una vez que el capacitador considera que el educando ha alcanzado la destreza necesaria y puede realizar la técnica por sí mismo, se le permite operar solo. Al finalizar esta etapa se le proporciona un juego de pinzas del Dr. Li, para que a partir de ese momento el servicio se otorgue a libre demanda.

Cabe señalar que la capacitación en esta etapa, incluye a una enfermera en la instrumentación del procedimiento y en técnicas de apoyo psicológico que se brinda al solicitante durante la cirugía.

## **Etapas de certificación**

Una vez que se verifica que el médico capacitado continúa realizando los procedimientos, se programa una jornada quirúrgica con un mínimo de ocho candidatos, durante la cual, se aplica al capacitado, una evaluación teórico-práctica que incluye conocimientos sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y los principales pasos de la técnica quirúrgica.

Si la evaluación es satisfactoria, en un noventa por ciento, se le confiere la categoría de certificado en la técnica con la entrega de un documento avalado por la Dirección General de Salud Reproductiva (anexo 2).

Una vez completada la capacitación quirúrgica y de acuerdo con los lineamientos del modelo de capacitación, se inició el adiestramiento del personal estatal, por parte de los médicos certificados para lograr así uno de los objetivos del programa de extensión del servicio y autosuficiencia de personal calificado en las Entidades Federativas.



# ***Promoción y actividades de información, educación y comunicación***

*S*e diseñó e imprimió material para la promoción del método en forma de carteles con diferentes mensajes, dípticos para los prestadores de servicios y trípticos dirigidos al público en general, en los que se mostraban en forma esquemática los principales pasos de la cirugía, las ventajas de la técnica, los cuidados post-operatorios, signos y síntomas de alarma, las indicaciones para el recuento espermático, etc.

Solicita información  
en el Centro de Salud  
más cercano

*Los servicios de  
planificación familiar  
son gratuitos*



Secretaría de Salud  
Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades  
Dirección General de Salud Reproductiva



Se instalaron anuncios espectaculares en las capitales estatales y en el Distrito Federal, y con apoyo municipal se pintaron promocionales en bardas de las principales calles de las ciudades. Se colocaron mantas alusivas al método en las unidades de salud y lugares de mayor concurrencia de público. Además se entregaron trípticos y posters referentes al procedimiento.



Promoción del método.

Se transmitieron spots de televisión y cuñas de radio que incluían mensajes en dialectos regionales donde las condiciones étnicas lo demandaban. Últimamente se incorporaron mensajes publicitarios en tarjetas telefónicas.

Promoción en tarjetas telefónicas.



# ***Mecanismos de vigilancia y supervisión***

- Sistema de información complementario
- Visitas de asesoría y apoyo técnico
- Visitas de verificación de actividades quirúrgicas
- Reuniones de evaluación

Con la finalidad de conocer los avances del programa y mantener el control del mismo, el nivel central desarrolló un sistema complementario al sistema oficial de información, a través de reportes mensuales que las Entidades Federativas hacían llegar a la Dirección General de Salud Reproductiva; esto permitió determinar de primera instancia las unidades médicas con dificultades en mantener su productividad y tomar medidas correctivas y oportunas.

A partir de 1995 se implementaron visitas de asesoría y apoyo técnico al operativo por parte del personal experto del nivel central, con la finalidad de:

- Evaluar, analizar y en su caso asesorar el adecuado manejo técnico-normativo del programa.
- Revisar y asesorar el desarrollo de las actividades de información, comunicación y O-C con énfasis en consentimiento informado.
- Verificar las estrategias de extensión del programa, conocer y dar alternativas de solución a los factores que dificulten el desarrollo del programa.

También se llevaron a cabo visitas de asesoría quirúrgica con el propósito de:

- Evaluar el manejo integral del usuario.
- Evaluar la productividad y verificar la realización de la técnica quirúrgica.
- Asesorar al personal médico sobre la prevención, detección, manejo y en caso necesario referencia de las complicaciones del procedimiento quirúrgico.
- Asesorar y apoyar en las acciones de seguimiento del usuario post-vasectomizado hasta su alta con azoospermia.



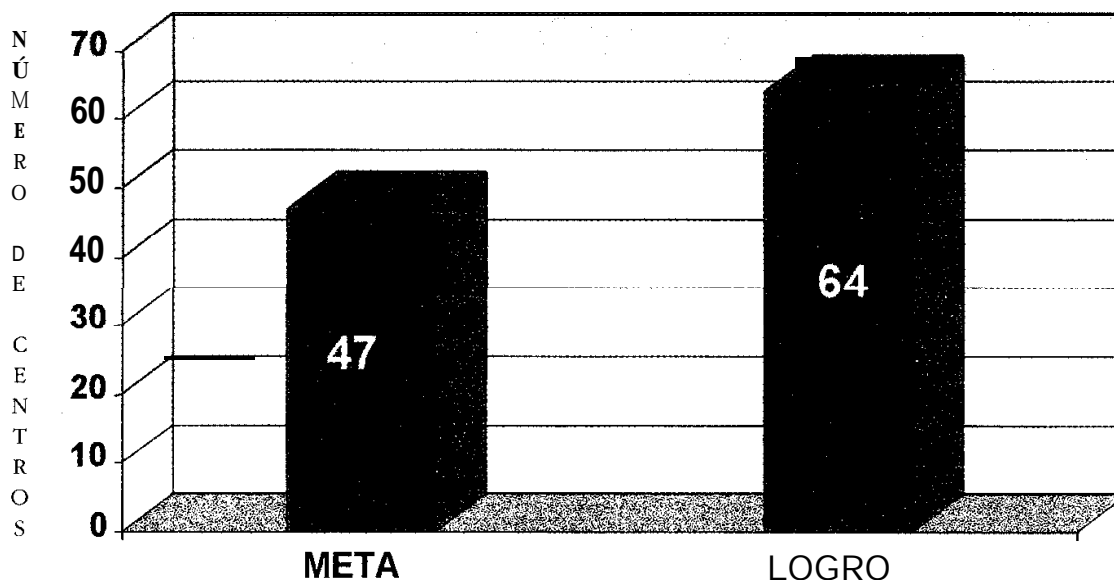
Reuniones de evaluación

Se realizaron además, reuniones periódicas de evaluación, con la asistencia de los médicos capacitados y certificados y los responsables estatales de los programas de salud reproductiva, con la finalidad de analizar el avance de las actividades e implementar nuevas estrategias para la extensión y consolidación del programa.

# Evaluación y resultados

Para finales de 1994, a casi un año de iniciado el programa, se habían establecido en el país un total de 47 centros de capacitación en la técnica, ubicados en las capitales de las 31 Entidades Federativas y en cada una de las 16 Jurisdicciones Sanitarias del Distrito Federal, lo que representó un logro de 100% de lo programado. Ese mismo año y en respuesta a la alta demanda, se implementaron 17 servicios más en 15 entidades federativas.

Centros de servicios establecidos al finalizar el primer año del programa



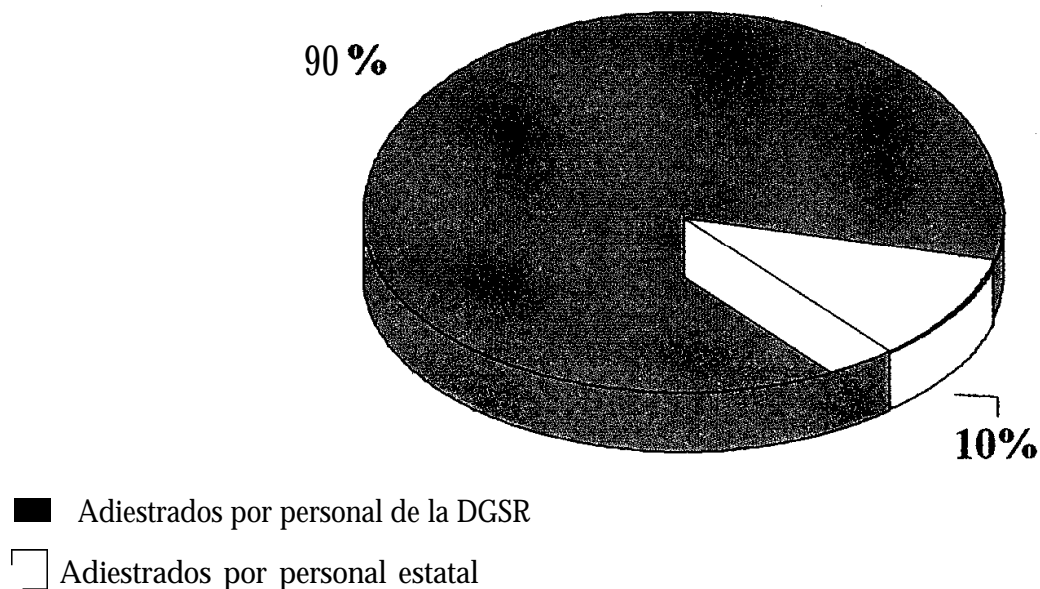
Fuente: Dirección General de Salud Reproductiva.

En la actualidad, México cuenta ya con 47 centros de capacitación y 104 servicios, lo que da un total de 151 unidades médicas debidamente equipadas en las cuales se ofrece este método de manera permanente.

Se han realizado **151** talleres de O-C e igual número de sesiones clínicas, como parte de las actividades de instalación y extensión del programa. A estos eventos han asistido alrededor de **4,960** prestadores de servicios de salud.

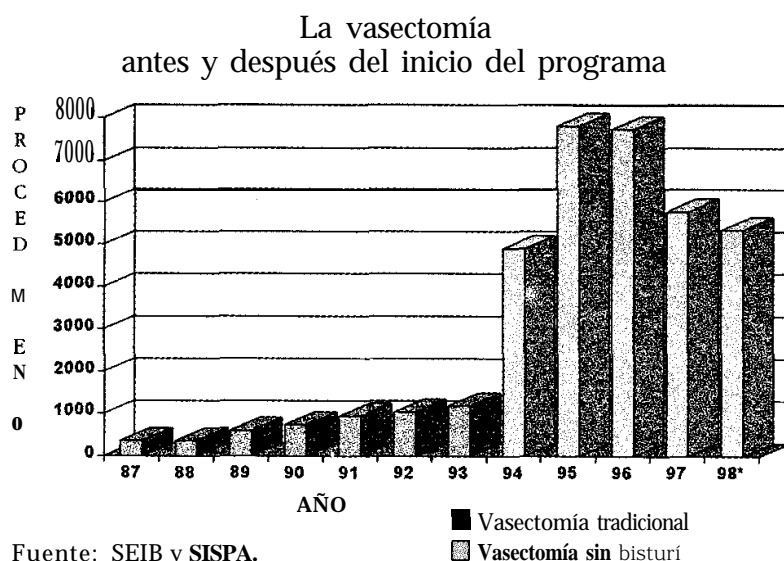
Desde el inicio del programa hasta 1998, se han capacitado en la técnica quirúrgica 310 médicos, el 90% de éstos, han sido adiestrados por la Dirección General de Salud Reproductiva y el 10% restante por personal de las Entidades Federativas, cumpliendo así el compromiso de capacitación con recursos propios. Además, se ha certificado en la técnica a casi el 80% de los médicos capacitados.

Personal capacitado en la técnica

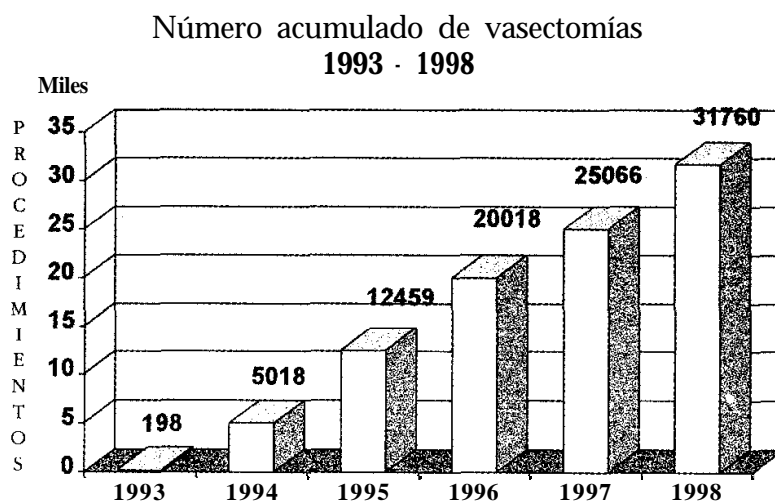


Fuente: Dirección General de Salud Reproductiva

La instrumentación de este programa modificó de manera drástica el número de vasectomías que se habían realizado en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, ya que entre 1987 y 1993 el promedio de vasectomías tradicionales no rebasaba los 1,000 procedimientos anuales.



Desde 1993 a diciembre de 1998 se han efectuado más de 30 mil vasectomías de las cuales el 90.2% se practicó en los últimos tres años, lo cual refleja el gran impacto que ha tenido la incorporación de la vasectomía sin bisturí como una nueva opción en planificación familiar. Entre 1995 y 1996 se realizó el 34% del total de las vasectomías registradas en la Secretaría de Salud en el último quinquenio.



Fuente: Dirección General de Salud Reproductiva



El aumento observado en el número acumulado de vasectomías sin bisturí realizadas en 1997-1998 se debe básicamente a 6 Entidades Federativas; entre las que destacan Distrito Federal, Puebla, Michoacán, Jalisco, Sonora, Guerrero y Tamaulipas.

Estados con el mayor número de vasectomías realizadas  
1997 - 1998

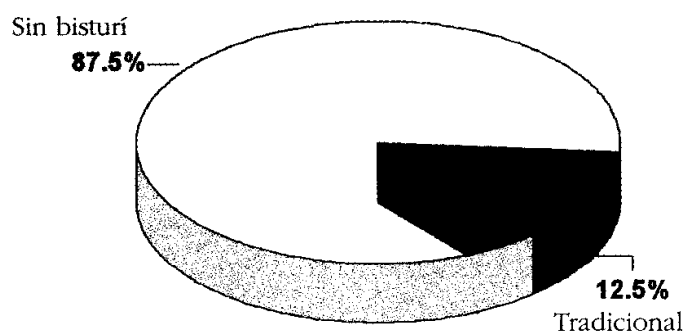


DISTRITO FEDERAL  
PUEBLA  
MICHOACÁN  
JALISCO  
SONORA  
GUERRERO

Fuente: Dirección General de Salud Reproductiva.

Del total de vasectomías hasta diciembre de 1998, el 90% se realizó con la técnica del Dr. Li y únicamente el 10% correspondieron a la técnica tradicional. Además, en 20 Entidades Federativas del país, el porcentaje de vasectomías sin bisturí es superior al promedio nacional, lo que indica que la aceptación que han tenido los métodos anti-conceptivos permanentes entre la población masculina, se debe básicamente a la incorporación de esta nueva técnica en el Programa de Salud Reproductiva.

Distribución de vasectomías según técnica utilizada  
1997 - 1998



Fuente: Dirección General de Salud Reproductiva

Cabe destacar estrategias especiales que se desarrollaron, como respuesta a situaciones específicas en algunos estados como Chiapas y San Luis Potosí, en los que se implementaron acciones intensivas con resultados satisfactorios a corto plazo.

Por otro lado, la relación entre la oclusión tubaria bilateral y la vasectomía también ha sufrido modificaciones en favor de esta última.

Debido a que la aceptación de métodos permanentes ha aumentado a un ritmo superior entre los hombres, sobre todo en los últimos años, el número de oclusiones tubarias bilaterales por cada vasectomía realizada se ha modificado significativamente. En 1987 y 1988 este indicador alcanzó valores superiores a 100 como promedio nacional y en los últimos dos años se situó en 14 y 15.

Anticoncepción quirúrgica voluntaria según tipo,  
1987 - 1998

<i>Año</i>	<i>OTB's</i>	<i>Vasectomías</i>	<i>OTB/Vasect.</i>
1987	37,288	362	103/1
1988	41,132	359	115/1
1989	50,685	599	85/1
1990	41,982	739	57/1
1991	22,192	936	24/1
1992	55,517	1,035	54/1
1993	66,948	1,189	56/1
1994	68,175	4,899	14/1
1995	83,045	7,812	11/1
1996	85,882	7,736	11/1
1997	85,433	5,775	14/1
1998	84,804	5,350	15/1

Fuente: Dirección General de Salud Reproductiva.

# ***Características del varón vasectomizado en la Secretaría de Salud***

**E**n un estudio realizado en 1995 en centros de salud con servicio de vasectomía sin bisturí en el Distrito Federal se pudo comprobar a través de la aplicación de 188 cuestionarios, los cuales se realizaban postcirugía, que los hombres que están optando por este método anti-conceptivo en las unidades mencionadas lo hacen en una etapa altamente reproductiva y activa sexualmente y con un número promedio de 2.8 hijos, la mayoría sin adscripción a sistemas de seguridad social.

Entre las razones expuestas por estos individuos para ya no tener más hijos y para decidirse por este procedimiento está el deseo de acceder a una vida más satisfactoria para la familia, así como contribuir al bienestar de la salud de la pareja.

El varón vasectomizado en los centros de salud del D.F. muestra un alto grado de satisfacción por haber tomado esa decisión. Una alta proporción de usuarios manifestó que la recomendaría a otros hombres y que recurriría de nuevo a ella, si estuviese en la situación de volver a tomar la decisión.

No obstante, hubo quienes manifestaron haber tenido molestias posteriores a la operación y durante sus relaciones sexuales, como dolor y ligera inflamación asociados al procedimiento quirúrgico.

El conocimiento que los hombres vasectomizados tienen de éste y otros métodos anticonceptivos, fue en términos generales apropiado, aún cuando se apreciaron omisiones en algunos conceptos básicos.

Se advirtió el impacto favorable que están teniendo las diversas estrategias de promoción y la información que genera la propia pobla-

ción, ya que se encontró que una importante proporción de los varones que optaron por el método se enteró del mismo a través de familiares, vecinos, amigos o compañeros de trabajo que habían sido vasectomizados.

Se observó que los conceptos fundamentales sobre la vasectomía sin bisturí son del conocimiento de los prestadores de servicio. Sin embargo se encontró deficiencia en algunos de ellos en cuanto al conocimiento de las contraindicaciones y efectos colaterales.

Al evaluar la actitud de los prestadores de servicios se encontraron posturas a favor de la apertura del programa, del método y de la mayor participación del hombre en la planificación de su familia.

Estos resultados nos hacen suponer que la implementación de este programa hizo posible la satisfacción de la demanda de este método por parte de la población carente de seguro social y que tanto el prestador de servicios como el usuario vasectomizado se encuentran satisfechos con el método.

Por otra parte, se llevó a cabo en 1997 un análisis de 14,728 expedientes de usuarios vasectomizados durante el periodo de octubre de 1993 a diciembre de 1996. Mediante dicho análisis se puede configurar un perfil del varón vasectomizado en la Secretaría de Salud:

Edad promedio:	33 años
Estado civil:	casado
Escolaridad:	secundaria completa
Ocupación:	obrero o empleado
Número de hijos:	2.8
Razón para no tener hijos:	paternidad satisfecha
Método anticonceptivo en uso:	locales y naturales

# ***Factores que han contribuido al éxito***

*A*l instrumentarse el Programa de VSB como una estrategia prioritaria en Salud Reproductiva, contó desde su inicio con el apoyo de las autoridades centrales y estatales.

El compromiso del personal directivo, desde los directores de salud estatales y jurisdiccionales, responsables de salud reproductiva y directores de las unidades involucradas, fue y sigue siendo imprescindible para la adecuada organización y aplicación de estrategias.

El apoyo financiero es básico para cualquier estrategia que se inicia en el campo de la salud. El presupuesto otorgado por el gobierno mexicano y por los organismos internacionales facilitó la realización de las actividades básicas en el equipamiento de los Centros de Capacitación y de Servicios, elaboración de material impreso para la promoción y difusión del método, compra de mobiliario de consultorio, material quirúrgico desechable, pinzas del Dr. Li, así como la reproducción de los documentos técnico-normativos.

La promoción y difusión del método ocupó la prioridad del Programa. Lo destacable en este aspecto, es que la información se dirigió no sólo a la población abierta sino también a los prestadores de servicios, de esta forma se logró un impacto importante, con productividad muy alta en el primer año de desarrollo del programa a nivel nacional.

La promoción se adecuó a la cultura local, tomando en cuenta aspectos tales como: religión, sexualidad, costumbres y tradiciones. De tal forma que la promoción de un método anticonceptivo masculino, quirúrgico y permanente, relacionado directamente con el símbolo de masculinidad en nuestra cultura, a través de un lenguaje adecuado, logró impactar positivamente en la mentalidad de la población, sobre todo en su componente masculino.

# ***Futuro del programa***

Actualmente se continúa con estrategias de extensión del programa con énfasis en la consolidación de los centros existentes y el equipamiento de los centros de nueva creación.

Considerando que el mejor promotor de la vasectomía es el usuario satisfecho con el método, se ha iniciado la integración de agrupaciones de vasectomizados con la finalidad de que sean los portavoces de las ventajas del método entre la población en general.

Se continuará apoyando las acciones básicas de consejería en todos los niveles de atención, especialmente durante la etapa prenatal para fomentar la realización de la vasectomía perinatal o posparto.

Se facilitará el acceso al servicio al varón proveniente del área rural con la incorporación de la vasectomía sin bisturí en las jornadas quirúrgicas itinerantes.

Debido a la trascendencia de este procedimiento en la población mexicana, que se refleja en la cantidad de varones que han optado por esta técnica, es necesario evaluar el servicio en cuatro áreas fundamentales: recursos humanos, recursos materiales, área física y manejo técnico-normativo del programa. Esto con el afán de garantizar y certificar que la prestación del mismo se realice con calidad y apego a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana vigente.

De esta forma se logrará un seguimiento de avances, evaluación de metas, detección de obstáculos y facilidades. Esto servirá para la toma de decisiones a nivel operativo, jurisdiccional, estatal y central con el fin de mejorar la atención de usuarios, obtener información útil para su sistematización y continuar con el aumento de cobertura de este método.



**ANEXO No. 1**  
**HOJA DE AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA DE ANTICONCEPCIÓN**  
**QUIRÚRGICA MASCULINA**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 199 \_\_ .

El que suscribe: \_\_\_\_\_  
solicita y autoriza al personal de la Secretaría de Salud para que me realice el procedimiento quirúrgico de VASECTOMÍA SIN BISTURÍ.

Estoy enterado que:

1. Existen métodos anticonceptivos temporales que puedo utilizar para planificar mi familia.
2. La VASECTOMÍA SIN BISTURÍ es una operación quirúrgica y sus detalles, ventajas y riesgos me han sido explicados ampliamente.
3. La VASECTOMÍA SIN BISTURÍ es un método anticonceptivo permanente y ya no podré tener más hijos. También se me ha explicado que el procedimiento puede fallar en raras ocasiones por causas no atribuibles al personal médico.
4. Después de 25 eyaculaciones o tres meses de la operación debo de dar una muestra de semen, para realizar el estudio de laboratorio llamado espermatoconteo. Cuando el resultado de éste, sea negativo, seré dado de alta y hasta entonces podré tener actividad sexual sin usar algún método anticonceptivo.
5. Puedo desistir del procedimiento en cualquier momento antes de que se me realice la operación y como resultado de ello, no se me negarán servicios médicos de salud, ni otros beneficios.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del usuario

\_\_\_\_\_  
Dirección del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_



**ANEXO No. 2**



La Secretaría de Salud  
y la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades  
*otorgan el presente*

**CERTIFICADO**

a: \_\_\_\_\_

Por haber cumplido los requisitos Teórico-Prácticos para efectuar la  
TÉCNICA QUIRÚRGICA DE VASECTOMÍA SIN BISTURÍ

México, D.F. a **15** de enero, de **1999**

\_\_\_\_\_  
Dr. Gregorio Pérez Palacios  
Director General  
de Salud Reproductiva

\_\_\_\_\_  
Dr. Josué Garza Flores  
Director de Normatividad  
y Asistencia Técnica en  
Planificación Familiar



\_\_\_\_\_  
Dr. José Antonio Castro Garduño  
Médico Certificador

# ***Bibliografía recomendada***

- *Consejería en planificación familiar. Trazo Ltda. AVSC, 1995.*
- *González B., Shelby M., Gilberte V.: Vasectomía sin bisturí. Guía ilustrada para cirujano. AVSC, 1992.*
- *Hatcher R. Et al. Tecnología Anticonceptiva: Edición Internacional. Printed Matter. USA, 1998.*
- *Neamatalla G. y Harper P. Consejería en planificación familiar-y esterilización voluntaria. AVSC, 1994.*
- *No-Scalpel Vasectomy Curriculum. A Training Course ,for Vasectomy Providers and Assistants. AVSC, 1997.*