

37 11226

Universidad Nacional Autónoma de México

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR

No. 1

LEON, NORTE DELEGACION GUANAJUATO.



MODELO OPERATIVO EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTAN LOS DOCTORES:
CASTRO VARGAS / MA. MARGARITA
ESPINOZA TORRES MA. CONCEPCION
PEREZ JUAREZ ANTONIO
VELA OTERO YOLANDA

~~2002~~
2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" La planificación Familiar no es la negación del derecho, también básico de procrear, sino simplemente la toma de conciencia de que este derecho, no es absoluto e incondicional, pues debe estar regido por la inteligencia y libertad del ser humano ".

Planificar la familia significa, tener los hijos a quienes se pueda dar cariño, educar y sostener.

" Al niño habrá de dársele los medios necesarios que lo capaciten para desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente de un modo saludable y normal, y en condiciones de libertad y dignidad ".

(Art. 1ro. de los Derechos del Niño de la O.N.U.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E .

PROLOGO 1
 2
 3
Evolución histórica de la Planificación Familiar .. 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
Introducción 17
Hipótesis 18
Material y Métodos 19
 20
Tablas y Cuadros 21
 22
 23
 24
 25

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultados	26
.	27
Discusión y Conclusiones	28
.	29
Referencias Bibliográficas	30

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P R O L O G O .

En esta etapa de la humanidad en que se reconoce que el control de la población es vital para la supervivencia se ha dado primordial importancia a los programas de Planificación Familiar. En las sociedades primitivas la elevada mortalidad y el promedio de vida tan corto, limitaban la demografía (sobrepoblación). El control de las enfermedades y los adelantos de la tecnología han reducido en forma sorprendente la mortalidad y la provisión alimentaria ha aumentado de tal modo que a cada por resultado un estándar más alto de salubridad de educación y de calidad de la vida, siem re que se impida que la población sobrepase a los abastecimientos y servicios.

Para darnos una idea de como la humanidad ha ido creciendo recordamos los siguientes datos:

Para que la población se duplicara hubieron de pasar desde el año I hasta el 1650 o sea dieciseis y medio siglos habiendo alcanzado la cifra de 470 millones de habitantes; se vuelve a duplicar la población en 1650 habiendo transcurrido solamente 200 años (escasos dos siglos) y alcanzó la cifra de 1,091 millones de habitantes; la tercera duplicación ocurre en el año de 1930, habiendo necesitado solamente 80 años alcanzando la cifra de 2,015 millones de habitantes; se vuelve a duplicar en el año de 1975 rebasando la cifra de 3,860 millones de habitantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Todo parece indicar que para el año 2000 la población mundial alcanzará una cifra que oscila entre los 7,000 y 8,000 millones de habitantes. En 1972 la población de el mundo, alcanzó la cifra de 3,546 millones y solo en el último año aumentó en 65 millones que equivale a un incremento de 5.4 millones, de 180.000, por día y de 7,500 por hora 125 por minuto y 21 nacimientos por segundo.

Los países de América Latina, son los que tienen un crecimiento anual mayor de población y duplicarán la misma en tan solo 25 años. Los habitantes de las dos terceras partes más pobres del mundo aumentan a una velocidad mayor que los países sin muchas preocupaciones económicas, sin embargo ni aún en estos países el problema de la sobrepoblación se a resuelto, ni existe el anti-conceptivo perfecto, además aún no se reconoce que la planificación familiar responsable sea un deber moral.

Debido a la mortalidad tan importante que prevalecía y a la corta esperanza de vida, se tuvo (e incluso en algunas regiones aún se tiene), la idea de las familias numerosas para de esta forma evitar que la humanidad mermara o que incluso se extinguiera, esta forma de pensar vino trascendiendo de tal manera que existe una máxima anotada por Ari escritor egipcio famoso la cual dice " Cásate con tu esposa cuando eres joven, ella traerá a tu hijo al mundo. Déjala que le nazca para tí, cuando tu eres joven. Es sabido tener hijos; feliz el hombre cuya familia es numerosa "., dicha máxima habla de la conducta reproductiva de la época que continuó hasta el siglo XIX. Con esta forma de pensar que aún existe en algunas regiones del mundo y de nuestro país, es difícil cambiar la mentalidad de una forma tan radical y en tan corto periodo de tiempo.

LEÍDO CON
FALLA DE ORIGEN

Los interesados en fenómenos demográficos observaron durante más de 10 años que el equilibrio entre natalidad (que permanecía elevada) y mortalidad (que descendía de manera importante) se alteraba de tal manera que el crecimiento demográfico no estaba de acuerdo con el desarrollo del país . Existía la necesidad de adecuar dicho equilibrio,, para lo cual se tomaron medidas políticas y se estableció un plan que fijará metas a corto-mediano y largo plazo y que hicieran congruentes el desarrollo del país con sus recursos, facilitando de esta forma el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el nivel de vida en general.

Las personas que adquirieran una conciencia moderna de las necesidades de planear su familia, tomarán libremente sus decisiones de acuerdo con sus ideas morales, con su sentido de la vida con sus niveles de ingresos, con sus conceptos de educación y formación de los hijos. Al adquirir esta conciencia de paternidad y maternidad responsables tenderán a obtener asistencia técnica para guiar el desarrollo de su familia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVOLUCION HISTORICA DE LA
PLANIFICACION FAMILIAR.

El control de la natalidad es considerado actualmente por la mayoría de los médicos como un elemento de la medicina preventiva y los consejos sobre métodos anticonceptivos como una actividad pertinente del doctor en el ejercicio de su profesión, - sin embargo esto ha ocurrido solo en los últimos cuarenta años. En las sociedades de la antigüedad los conocimientos sobre anticonceptivos tenían una base escrita, en textos que formaron una tradición médica continua, desde Aristóteles en el siglo IV antes de Cristo, através de diversos autores griegos y romanos - hasta Plinio el viejo Discóides en el siglo primero antes de Cristo. En el siglo segundo, Soranus (médico griego que ejercía en roma) en su Gynaccia, alcanzó niveles teóricos y prácticos sobrepasados solo durante los últimos sesenta años y después de él , la tradición fué seguida en la obra de Gaelius Aurelianus en el siglo V y en la de Aetius en el siglo VI.

Desde luego que tales conocimientos nunca se difundieron ampliamente y en la mayoría de estos escritos las rentas racionales se discutían junto con las mágicas. No obstante de esta tradición continuada se derivaron los métodos anticonceptivos que habian de popularizarse en Europa durante los siglos diecinueve y veinte, aunque llegara a través de las fuentes islámicas.

La teoría y la práctica médica en la Europa Medieval se desarrolló dentro del marco de la iglesia Católica y la educación médica se emprendió en gran parte como una sección de la educación monástica. En estas circunstancias no resulta sorprendente

el descuido de las prácticas anticonceptivas entre los médicos anteriores al siglo diecinueve. En realidad - cuando se revivió y transcribió la Gynaecia de Soranus, los paisajes que se referían al control de la natalidad se suprimieron por completo , en los escritos ingleses-especialistas en sífilis se negaban a discutir acerca - del condón, que se conocía bien desde el siglo XVI como método profiláctico, contra las infecciones venéreas.

Joseph Cam (1734) declaró que " publicar métodos de prevención del embarazo huele tanto a libertino y libre pensador que no debería permitirse en un país cristiano.

MOVIMIENTO EN PRO DEL CONTROL DE LA NATALIDAD
EN EL SIGLO XIX.

Los pioneros en pro del control de la natalidad en el siglo diecinueve que surgieron en respuesta al debate sobre el famoso ensayo acerca de la población de Maltus asumieron no obstante una responsabilidad médica en las estipulaciones acerca de los consejos sobre control de la natalidad. Aunque la exhortación de las " Octavillas Diabólicas " de Francis Place (quizá el primer medio de consejo anticonceptivo a domicilio y en cuya distribución tuvo que enfrentarse a la policía el joven John Stuart Mill) era principalmente de tipo económico.

En una edición se indicaba que la debilidad constitucional y las malformaciones pélvicas eran condiciones en las que se recomendaba el control de la natalidad, este punto de vista no encontró eco en la prensa médica, en los siguientes diez años Place, escribió que para hacer sus octavillas los métodos que recomendaba contaban con la aprobación de muchos parteros y médicos aunque nunca se conoció su identidad.

Durante los siguientes cuarenta años en Inglaterra, se ignoró el problema haciendo alusión a ello únicamente en las mujeres que tenían malformaciones de cadera por la Osteomalacia alegando que una mujer que continuara teniendo relaciones sexuales sabiendo que su hija al nacer iba a morir debía considerarse como un asesinato de parte suya para su hijo.

A finales de la década de 1860 el tema fué enfrentado claramente y los organismos oficiales de la profesión médica - fueron provocados a mencionar por primera vez en forma explícita la limitación de la fertilidad por el incidente de Lord Amberley acaecido en 1868, Lord Amberley, padre de Bertrand Russell, presidía una reunión de la sociedad Diabética de Londres, en la que su anterior tutor, James Laurie habló sobre el problema de las familias numerosas, en ella también intervinieron Charles Bradlaugh y Drysdale. Amberley deploró la actitud de la Iglesia respecto al control de la natalidad pero considero que tal vez los médicos pudieran contribuir de algún modo mediante los métodos inocuos.

El British Medical Journal informó con satisfacción que uno de los médicos que había asistido a la reunión "desea que insinuemos que él de ninguna manera, sería partidario de asignar a la profesión una función tan antihigiénica" y la revista Medical Times and Gazette comentó: "insulto tan escandaloso" a la profesión médica. El siguiente año en la reunión de la Asociación Médica Británica, el doctor Beatty condenó "las estratagemas bestiales para limitar el número de descendientes.

LIGA MALTHUSIANA.

En 1887 la Liga malthusiana organizada después del juicio de Bradlaugh-Besant, reconocieron la necesidad de transformar la opinión médica acerca del tema y lograr la " adhesión de todos los individuos conscientes ".

En 1887 Albutt, secretario de la rama médica de la liga editó el MANUAL DE LA MORUA, anexando propaganda que no era profesional con el nombre de " practicas malthusianas". El consejo votó en contra de Albutt y borró su nombre de el registro. Este manual solo contenía conocimientos sobre higiene doméstica, que incluía un capítulo sobre cuidados prenatales, embarazo y atención del bebé, además el capítulo de " como evitar la concepción " en este se incluía la mención del diafragma de mensigna del que probablemente Albutt tenía conocimiento a través de los delegados holandeses. El uso de la esponja impregnada, del condón, de las duchas y del pesario de guinina de Mendell, se describía con detalle el coito interrumpido el cual se consideraba un método definido por muchos médicos eminentes. Pero el " ritmo o periodo seguro" al que atribuían 95% de la tasa de éxitos, se describió erróneamente entre el 9o. y 23o. día del ciclo.

En contraste, las revistas norteamericanas desde poco después de 1880 contenían artículos en los que se discutía racionalmente las ventajas de la familia pequeña y los méritos de las diferentes técnicas anticonceptivas. En E.U. desde 1830 se había iniciado un movimiento activo en pro del control de la natalidad encabezado por Robert Dale Owen y -

El doctor Charles Knowlton. La " Filosofía Moral " en 1830 fué el primer libro sobre el control de la natalidad y " Frutos de la filosofía " en 1832 de Knowlton es quizá el folleto en defensa del control de la natalidad que ha tenido más influencia , técnicamente superó a todo lo publicado anteriormente y era superior casi a todo lo que habría de publicarse durante los siguientes 50 años y lo que es más importante , ese folleto fué el tema en Inglaterra del famoso juicio de Bradlaugh-Besant en 1877.

La prensa médica inglesa continuó condenando la práctica anticonceptiva durante 40 años, la oposición se basaba en conceptos éticos y morales, los médicos además reclamaban los efectos físicos supuestamente perjudiciales de las prácticas anticonceptivas (deterioro mental, amnesia y palpitaciones cardiacas en los hombres, en ambos sexos, manías que terminaban en el suicidio,) incluso se llegó a prohibir la venta de anticonceptivos.

En 1813 en Inglaterra, la liga malthusiana decidió dar un paso adelante infundiendo las técnicas anticonceptivas en vista de que sir James Barr presidente de la Asociación Médica Británica, el año anterior declaró : " el consejo de la liga Malthusiana, aunque sigue considerado como un tema que concierne a la profesión médica y que debería ser manejado por ella, a redactado un folleto titulado " Método Higiénico de limitación de la Familia " en beneficio de aquellos que estan deseosos de tener un número determinado de hijos y que ignoran la forma de lograrlo y no pueden obtener consejo médico al respecto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fueron solicitados más de 5000 copias de este folleto durante el primer año y 200 médicos se encontraban entre los primeros, fué la única publicación sobre Planificación familiar que apareció durante los primeros veinte años de este siglo y aunque tenía una revisión útil de las técnicas existentes, aportó poco a la teoría anticonceptiva. La liga malthusiana se dió cuenta para entonces que únicamente se podría adelantar si existían clínicas para el control de la natalidad semejantes a las que existían en Holanda. La llegada de la primera clínica de Control de la Natalidad, " en el Imperio Británico fundada por Marie Stopes en 1921.

LA TRANSICION DE LA FAMILIA PARTE DEL SIGLO XX

La primera guerra mundial fué un suceso sin paralelo en Inglaterra y que hizo cambiar el enfoque que los médicos tenían sobre la planificación familiar, distinguiendo cuidadosamente entre los métodos anticonceptivos y el aborto y haciendo resaltar la completa ausencia de pruebas acerca de los supuestos efectos dañinos de estos.

Uno de los sucesos más importantes sobre el control de la natalidad en el siglo XX fué el discurso de Lord Dawson Penn ante el congreso Eclesiástico de Birmingham en 1921, ya en el tiempo del juicio de Allbut Dawson estudiante de medicina con otros compañeros habían escrito y distribuido un folleto pequeño sobre técnicas del control de la natalidad llamado POCOS EN LA FAMILIA, FELICIDAD EN EL HOGAR. El discurso mencionado fué una defensa razonable y con plenos conocimientos del "control artificial de la fertilidad", con fundamentos médicos sociales y sobre todo personales.

COMITÉ DE INVESTIGACION SOBRE EL CONTROL
DE LA NATALIDAD.

En 1927 este comité llamó la atención a la falta de conocimientos científicos sobre la eficacia de las técnicas anticonceptivas y sobre la necesidad de reunir sistemáticamente los datos estadísticos durante un determinado número de años. El fin de esta liga era investigar los principios sociológicos y médicos del control de la natalidad; los efectos posibles. Posteriormente este comité patrocinó varios estudios científicos sobre el control de la natalidad de los cuales - el más significativo y detallado fué el del Doctor J.R.Baker y sus colaboradores en Oxford, acerca de métodos clínicos anticonceptivos, además de hacer aportaciones al conocimiento de la teoría fundamental de la fertilidad, descubrieron el Vapor uno de los adelantos más importantes en la historia prehormonal de los anticonceptivos, y también lograron elaborar las pruebas de actividad espermaticida y las primeras distribuciones independientes de anticonceptivos comerciales.

EL MOVIMIENTO DE LAS CLINICAS DEL CONTROL
DE LA NATALIDAD.

En el transcurso de 1930, las prácticas anticonceptivas adquirieron un lugar legítimo y permanente en la medicina-preventiva con la publicación del memorandum 153 MC# del - Ministerior de Salubridad que permitía a las autoridades - locales proporcionar consejos sobre métodos anticoncepti-- vos a las mujeres de clase pobre exclusivamente cuando las circunstancias así lo exigían. Este memorandum fué la única concesión gubernamental al movimiento de control de la natalidad en el país hasta la ley Planificación familiar - en 1967, puesto nuevamente al descubierto las deficiencias de la rama médica.

Durante un año , treinta y seis autoridades habían em-- prendido la acción apoyandose en el memorandum pero debido a la falta de experiencia general en estos métodos, la mayoría de estos médicos enviaban a sus pacientes a las clí-- nicas voluntarias.

DESARROLLO DE LOS ACCONTECIMIENTOS EN LOS ESTADOS
UNIDOS DE NORTE AMERICA.

Marie Stopes que ambicionaba indudablemente ser la fundadora de la " primera clínica en el mundo para el Control de la natalidad " , vió frustrados sus deseos por sucesos que tuvieron lugar en U.U. en la primera década de este siglo. En 1921 año en que Sir James Barr alabó las ventajas de la retribución presidencial de la Asociación Médica Norteamericana abogó por el uso de los anticonceptivos pero también en E.U. se apoyó en la tarea entusiasta de personas que como Marie Stopes no eran médicos también la figura de la Sra. Margaret Sanger fué importante.

su lucha por el control de la natalidad (título de su autobiografía) abarcó muchos aspectos , entre ellos inundar al país con su folleto limitación de la familia y posteriormente fué a Holanda donde hizo un estudio del Diagrama de mensaja y la organización del primer centro para el Control de la natalidad en Brooklyn en 1916 clausurado pronto por la policía de New York constituyó no obstante un pilar genuino en la historia del Centro de la Natalidad.

Por insistencia de ello, el tribunal de apelaciones permitía a las personas medicamente calificadas dar legalmente consejos-anticonceptivos para " curar y prevenir enfermedades" frase que se interpretó muy libremente. En 1927 organizó en Ginebra la Sra. Sanger la primera Conferencia mundial sobre Población a la que asistieron hombres de ciencia, sociólogos y médicos de Europa, el resultado fueron dos comités importantes: El grupo -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

médico Internacional y la Unión Internacional para el estudio Científico de la población que ha sobrevivido bajo las formas de Asociación oficial de demógrafos profesionales.

En 1948 la Sra. Sanger, reunió a delegados de 23 países - para formar la Organización que posteriormente se convirtió - en la Federación Internacional de la Paternidad de la que era anteriormente presidenta honoraria. En su actitud hacia la - profesión médica la Sra. Sanger decidió cooperar con los sec- tores médicos más esclarecidos y entre sus primeros asociados se encontraban los doctores M.L. Dickinson, Abraham y Hannah- stone. Como presidente de la sociedad Norteamericana de Ginec- cólogos en 1920., Dickinson defendió mayores investigaciones- sobre las técnicas anticonceptivas y tres años después publi- có el primer artículo médico con autoridad sobre el control - de la natalidad. Así mismo fundó el Comité Nacional de Salu- bridad Materna, organización que llevaba a cabo actividades - semejantes al comité de Investigación sobre el control de la- natalidad.

Abraham Stone publicó la primera revista médica dedicada - al control de la natalidad, Journal Of Contraception que apa- reció por primera vez en 1935, además en colaboración con el- sociólogo Norman Himes era autor del libro que durante muchos años se consideró el texto estandar sobre el control de la - natalidad , su esposa importó en 1936 un paquete de materia- les anticonceptivos.

En 1959 la planeación familiar recibió respaldo médico oficial en un acuerdo de la Asociación Norteamericana de Salubridad Pública, apoyó que fué después confirmado por el Colegio Norteamericano de Ginecólogos y Obstetras.

I N T R O D U C C I O N .

En una encuesta efectuada durante el mes de mayo de 1982 en el Hospital General de Zona M. F. No. 1 del I.H.S.S. a los médicos familiares y que investigaban el grado de conocimientos de la cantidad de mujeres en edad fértil adscritas a su consultorio, el número de usuarias del programa de Planificación familiar (PPF), los tipos de métodos utilizados, sólo el 15% de los médicos encuestados los conocían en forma aproximada.

Por otra parte y a pesar de varias estrategias adoptadas para incrementar la productividad del PPF, ésta continuaba baja, detectándose además actitudes de rechazo y de hostilidad al desarrollo del programa de parte del médico familiar.

Por lo anterior y sabiendo que es la comunicación directa entre derechohabientes y médico el factor que más contribuye a motivar el ingreso al programa (1) , se estableció la siguiente hipótesis de trabajo: Suponemos que el conocimiento de parte del médico familiar de su población de mujeres en edad fértil, el grado de cobertura del programa, de tipo de método que utilizan, su población "suceptible" y la posibilidad de registro y evaluación de sus propias acciones y efectos, incrementará el grado de motivación hacia el programa, repercutiendo en un incremento significativo en las metas del PPF, y posiblemente en el grado de satisfacción personal.

En la actualidad el instrumento técnico que puede lograr el conocimiento de los anteriores aspectos es la Tarjeta de Registro familiar, sin embargo y desde su implantación en ésta unidad ha sido muy difícil lograrla , y prácticamente ningún médico familiar la utiliza con éste fin. Es por lo anterior que se decidió ensayar un instrumento sencillo, práctico y económico que permitiera obtener la información pertinente.

Este estudio pretende obtener conocimiento sobre el campo de la Investigación de Servicios de Salud que permitan aplicar mejores sistemas operativos en ésta área prioritaria de nuestro país , y está acorde con las perspectivas señaladas por la Jefatura de los servicios de Planificación Familiar del I.N.S.S. (2) .

MATERIAL Y METODOS.

El universo de trabajo lo constituyeron todos los consultorios de Medicina Familiar (32) del turno BD del Hospital General de Zona con MF No.1 del I.M.S.S. en León, Gto., en éste universo se seleccionó una muestra de 20 consultorios - (62.5 %) la selección se efectuó tomando en cuenta la aceptación del estudio de parte del médico familiar adscrito a cada consultorio.

La variable independiente la constituyó el desarrollo y la utilización del modelo. Las variables dependientes fueron: No. de ingresos al PFF y el porcentaje de usuarios en relación a las mujeres en edad fértil. Para minimizar las variables extranas se utilizó el diseño de pares pre-postpruebas siendo cada consultorio su propio control.

El modelo consistió en :

1.- Realización de un catálogo de mujeres en edad fértil tomadas de los expedientes clínicos de los derechohabientes adscritos a cada consultorio del presente estudio, - por medio de tarjetas falsas (Bristol) y que contenían los siguientes datos:

- Nombre
- Cédula
- fecha
- gestas
- Partos
- abortos
- Cesáreas

Usuarios del PFF o no usuarios, tipo de método, susceptible si o no de ingresar al PFF y si no era, el por qué - (Anexo 1).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 2.- Rectificación o ratificación o complementación de los datos anteriores cuando la mujer acudiera al consultorio por cualquier motivo.
- 3.- Si era susceptible, se le proponía y/o motivaba a ingresar al PPF, si no aceptaba se anotaba en la tarjeta del catálogo la razón.
- 4.- Se evaluó mensualmente los ingresos al PPF, las usuarias, las mujeres en edad fértil y las mujeres "no susceptibles." (beneficiarias, hijas y solteras). El estudio se realizó del 1º de junio al 31 de octubre de 1982.

Los resultados se presentan en cuadros estadísticos.

Los modelos estadísticos utilizados para ensayar las hipótesis estadísticas fueron: para los ingresos al PPF, la T de student., para grupos pareados teniendo como su posición la distribución normal e igualdad de variancias.

Para el porcentaje de mujeres usuarias entre mujeres en edad fértil se utilizó la prueba no paramétrica de rangos señalados y pares igualados de wilcoxon.

A N E X O (1)

No. de Afiliación		Fecha
Nombre		
No. de Gestas	No. de Partos	No. de Abortos
	No. de Cesareas	
Usuaría:	Si o No	
Método:	Cual:	
Suceptible:	Si o No	
No Suceptible	¿Por qué ?	

Ejemplo:

No. de Afiliación: 1281-54-0212		Fecha: 25-XI-82
Nombre: Esqueda Cienega María		
No. de Gestas III	No. de Partos II	No. de abortos I
	No. de Cesareas 0	
Usuaría:	Si <u>X</u> o No	
Método:	Cual : D.I.U.	
Suceptible:	Si o No <u>X</u>	
No susceptible:	¿ Por qué ?	

PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL EN RELACION AL TOTAL DE POBLACION ADSCRITA DE CADA CONSULTORIO AL INICIO Y CUATRO MESES DESPUES DE LA IMPLANTACION DEL MODELO.

CONS.	INICIO		4 MESES DESPUES .	
	POB.ADSC.	M.E.F. %	POB.ADSC.	M.E.F. %
1.-	2550	418 16.3	2522	408 16.1
2.-	2020	359 17.7	1951	362 18.5
3.-	2727	414 15.1	2775	435 15.6
4.-	2701	500 18.5	2771	496 17.8
5.-	2554	450 17.6	2576	471 18.2
6.-	2676	497 18.5	2696	528 19.5
7.-	2010	430 21.3	1964	464 23.6
8.-	2682	410 15.2	2712	540 19.9
9.-	2678	435 16.2	2725	441 16.1
10.-	2035	324 15.9	1980	339 17.1
11.-	2715	426 15.6	2751	454 16.5
12.-	2720	405 14.8	2773	541 19.5
13.-	2686	512 19.0	2708	557 20.5
14.-	2670	479 17.9	2739	558 20.3
15.-	2730	437 16.0	2775	492 17.7
16.-	2018	416 20.6	1970	425 21.5
17.-	2677	498 18.6	2709	556 20.5
18.-	2556	548 21.4	2768	487 17.5
19.-	2628	462 17.5	2559	561 21.9
20.-	2562	485 18.9	2503	396 15.8
TOTALES	50595	8905 352.6	50927	9511 374.1
MEDIA		17.6 %		18.6 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 2
 INGRESOS AL PROGRAMA POR CONSULTORIO DURANTE LOS CUATRO MESES
 ANTERIORES AL ESTUDIO Y CUATRO MESES DESPUES DE LA IMPLANTACION
 DEL MODELO.

CONSULTORIOS.	4 MESES ANTES .	4 MESES DESPUES.
1.-	0	20
2.-	3	9
3.-	4	17
4.-	0	9
5.-	3	12
6.-	5	19
7.-	0	20
8.-	6	11
9.-	2	13
10.-	2	12
11.-	3	11
12.-	3	22
13.-	8	17
14.-	7	13
15.-	4	10
16.-	7	12
17.-	24	52
18.-	31	87
19.-	4	40
20.-	5	34
TOTAL	121	414

$P < 0.005$

CUADRO No. 3

PORCENTAJE DE USUARIAS DEL PROGRAMA DE P.P.F. DE LAS MUJERES
EN EDAD FERTIL POR CONSULTORIO AL INICIO DEL ESTUDIO Y CUATRO
MESES DESPUES DE LA IMPLANTACION DEL MODELO.

CONSULTORIOS	ANTES	4 MESES DESPUES.
1.-,.	4.7	8.8
2.-	21.4	21.5
3.-	26.3	29.6
4.-	15.8	23.1
5.-	16.0	15.9
6.-	12.2	16.1
7.-	17.9	18.3
8.-	23.1	21.8
9.-	21.1	22.3
10.-	9.8	15.0
11.-	21.8	26.2
12.-	13.5	20.1
13.-	13.8	21.2
14.-	19.4	23.4
15.-	22.4	28.0
16.-	10.0	20.2
17.-	17.4	24.8
18.-	21.1	34.8
19.-	19.2	19.7
20.-	20.6	22.9
TOTAL	347.5	433.6
Media	17.3%	21.6%

P < 0.01

TOTALES POR METODO Y POR CONSULTORIO DURANTE LOS CUATRO MESES --
PREVIOS AL ESTUDIO Y CUATRO MESES POSTERIORES A LA IMPLANTACION
DEL MODELO.

CONS.	4 MESES ANTES			4 MESES DESPUES			
	MET*	H	D	Q	H	D	Q
1.-		2	4	14	7	16	13
2.-		9	37	31	10	36	32
3.-		4	62	43	20	80	50
4.-		13	36	25	27 ¹	56	32
5.-		18	44	18	21	38	20
6.-		12	29	14	44	78	26
7.-		13	44	20	22	59	28
8.-		11	58	28	16	78	36
9.-		22	46	24	24	54	25
10.-		4	18	10	11	25	15
11.-		10	62	22	18	60	41
12.-		3	33	18	24	57	28
13.-		12	34	26	26	53	43
14.-		11	54	28	24	66	41
15.-		14	62	22	35	73	30
16.-		11	22	9	21	43	22
17.-		28	35	24	48	60	30
18.-		61	38	17	20	64	35
19.-		16	52	21	86	66	22
20.-		11	32	19	20	45	26
TOTAL		285	802	433	524	1007	595

METODOS *

- H = HORMONALES.
- D = D.I.U.
- Q = QUIRURGICOS.

CUADRO No. 5

PORCENTAJE DE NO SUCEPTIBLES EN RELACION AL TOTAL DE POBLACION ADSCRITA YA TOTAL DE M.E.F. DE CADA CONSUL-
TORIO AL INICIO DEL ESTUDIO Y CUATRO MESES DESPUES DE IMPLANTADO EL MODELO.

	INICIO		4 MESES DESPUES		MEF/SUC	NO. SUC. % POB/SUC. % MEF/SUC.				
	CONS. POB.A.	MEF. NO. SUC. % POB/N. SUC. % MEF/SUC	POB.ADS.	MEF. NO. SUC. % POB/SUC. % MEF/SUC.						
1.-	2550	418	80	3.1	19.1	2522	406	80	3.1	19.7
2.-	2020	359	91	4.5	25.3	1951	362	87	4.4	24.0
3.-	2727	414	46	1.6	11.1	2775	435	18	0.6	4.1
4.-	2701	500	30	1.1	1.6	2771	496	35	1.2	7.1
5.-	2554	450	70	2.7	15.5	2576	471	78	3.0	16.5
6.-	2676	497	38	1.4	7.6	2696	528	40	1.4	7.5
7.-	2010	430	89	4.4	20.6	1964	464	112	5.7	24.1
8.-	2682	410	24	0.8	5.8	2712	540	35	1.2	6.4
9.-	2678	435	37	1.3	8.0	2725	441	37	1.3	8.3
10.-	2035	324	40	1.9	12.3	1980	339	55	2.7	16.2
11.-	2715	426	53	1.3	12.4	2751	454	53	1.9	11.6
12.-	2720	405	40	1.4	9.8	2773	541	42	1.5	7.7
13.-	2686	512	37	1.3	7.2	2708	557	39	1.4	7.0
14.-	2670	479	5	0.1	1.0	2739	558	18	1.4	3.2
15.-	2750	437	19	0.7	4.3	2775	492	19	0.6	3.8
16.-	2018	416	44	2.1	10.5	1970	425	54	2.7	12.2
17.-	2677	498	12	0.4	2.4	2709	556	16	0.5	2.8
18.-	2656	548	36	1.3	6.5	2768	487	34	1.2	6.9
19.-	2628	462	54	2.0	11.6	2559	561	54	2.1	9.6
20.-	2562	485	18	0.7	3.7	2503	396	39	1.5	9.8
total	50595	8905	863	34.1	196.3	50927	9511	945	39.4	204.0
media				1.7 %	-9.7 %				1.9 %	10.2 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25-A

R E S U L T A D O S :

Por lo que se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil de la población adcrita hubo un incremento de 1% (de 17.6% al - 18.6%) entre el inicio del modelo operativo (M.O.) y cuatro meses después. En este mismo período la población adcrita creció - en los consultorios un 0.7% en promedio .

En lo que se refiere al número de ingresos al PPF encontramos que durante los cuatro meses anteriores al modelo, hubo 124 ingresos registrados de los 20 consultorios del presente estudio; - lo que nos da un promedio de 1.5% ingresos por consultorio y por mes; comparándose con 414 ingresos en los 4 meses siguientes a - la utilización del modelo , con una media de 5.5 ingresos por - consultorio y por mes. El anterior incremento representa un - - 242.1%.

Al efectuarse el ensayo de la hipótesis se obtuvo una diferen- cia altamente significativa a favor de los resultados obtenidos- cuatro meses después de la utilización del modelo (P 0.005), - cuadro No. 2.

Por lo que respecta a la proporción de mujeres usuarias del - PPF por cada 100 mujeres en edad fértil, tenemos inmediatamente- antes de la utilización del modelo operativo éste era de 17.3% - en promedio por consultorio y después de cuatro meses de utiliza- ción del M.O. éste fué de 21.6% (incremento de 24%) esta dife- - rencia fué altamente significativa (P 0.01) cuadro No.3

La distribución de usuarios por método antes de iniciar el M. O. era: hormonales 285 (18.7%); L.I.U. 802 (52.7%); quirúrgicos-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

433 (28.4 %) y cuatro meses después; hormonales 542 (23.5%)
D.I.U. 10107 (40%); quirúrgicos 595 (26.7%). Cuadro No.4

Refiriéndose a la población no susceptible del programa -
(beneficiarias hijas y solteras) encontramos una media por-
consultorio antes de M.O. de 43 con una desviación standar -
de 23 y cuatro meses después de M.O. de 47 con una D.E. de 25
lo que representa un 9.7% de no susceptibles por cada 100 -
mujeres en edad fértil antes del modelo , de 10.2% cuatro -
meses después tasandolas con la población adscrita por con--
sultorio representando un promedio de 1,7% antes 1.9% después
del M.O. cuadro No. 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

La tasa de mujeres en edad fértil en estos consultorios - difiere con el porcentaje nacional estimado para el I.M.S.S. en 1980 de 22.3 (3) no tenemos ninguna explicación satisfactoria a éste hecho.

Por lo que se refiere al número de ingresos, el conocimiento de parte del médico familiar de su población susceptible como el grado de cobertura, el tipo de métodos, las razones - de rechazo al programa y el contar con un instrumento de registro y evolución hizo que la productividad del programa se incrementará en este indicador en forma altamente significativa; se probó la hipótesis de que el modelo era una variable - que determinaba este incremento substancial.

Lo mismo sucedió al evaluar la productividad del programa - a través del porcentaje de usuarias en relación al número de mujeres en edad fértil, indicador más consistente ya que evaluaba no solo la influencia del médico familiar para el ingreso de las mujeres al programa, sino también la acción del mismo - sobre la continuidad de las mujeres, además que representa - una tasa específica.

En lo que respecta al tipo de métodos observamos que aunque el porcentaje aumentó un poco en los métodos hormonales a expensas de los quirúrgicos a los cuatro meses de implantados el M.O. , no sucedió en cifras absolutas ya que se incrementaron importantemente los métodos del B.I.U. (38%) y los quirúrgicos (37%).

Es importante señalar que casi un 10% de las mujeres en - edad fértil son beneficiarias , hijas y solteras y que si las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sumamos al 21.6% de promedio de usuarias representa un 31.5% quedando un 68.5% de población susceptible si consideramos - que el 40% de la población adscrita a la unidad no acude al médico familiar en un año, son realmente pocas las mujeres - susceptibles que acuden a la unidad y a quien no se les ha - propuesto y motivado al PFF.

Podemos concluir que éste estudio se confirma la hipótesis de trabajo: de que la utilización de instrumentos operativos- por parte del médico familiar que le permitan conocer su población " blanco " su cobertura, sus metas concretas, así como las repercusiones que han tenido sus acciones médicas incrementen su grado de motivación y le permitirán ser más productivo.

Es necesario realizar más estudios en el campo de la investigación de servicios de salud que permitan por una parte incrementar la productividad de los programas de atención médica y por otra parte incrementar el grado de motivación y satisfacción del médico institucional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

B I B L I O G R A F I A S .

- 1.- Covarrubias A. C. González de Rivero U. la Comunicación y el Cambio cognocitivo, actitudinal y conductual en la Planificación Familiar. En Martínez Manatou J. Editor - La Revolución demográfica en México 1970-1980. México : I.M.S.S. 1982: 198-199
- 2.- Martínez Manatou J. Perspectivas en: Martínez Manatou J. Editor. La Revolución Demográfica en México 1970-1980. I.M.S.S. 1982:515
- 3.- Datos estadísticos de Planificación Familiar Delegación-Guanajuato Subjefatura de Programación . Jefatura de - Servicios de Planificación Familiar I.M.S.S. 1981-82.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN