



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

11226
10
28
HOSPITAL GENERAL LAZARO

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL "C" ' PDTE. LAZARO CARDENAS '
CHIHUAHUA, CHIH.**

**COBERTURA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN EL HOSPITAL PRESIDENTE LAZARO
CARDENAS DEL ISSSTE. CHIHUAHUA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:**

LA C. MARIA GUADALUPE ARVIZO MOLINA

**CHIHUAHUA, CHIH.. 1995
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

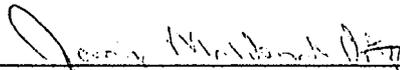
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**COBERTURA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN EL HOSPITAL PRESIDENTE LAZARO CARDENAS DEL
ISSSTE. CHIHUAHUA.
1994**

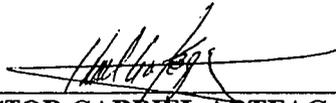
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA.

LA C. MARIA GUADALUPE ARVIZU MOLINA

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER MALDONADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA
Jefe del departamento de medicina familiar
jefatura de servicios de Enseñanza
ISSSTE

**COBERTURA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN EL HOSPITAL PRESIDENTE LAZARO CARDENAS DEL
ISSSTE. CHIHUAHUA.
1994**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR PRESENTA :**

LA C. MARIA GUADALUPE ARVIZU MOLINA

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO BRIGUYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARCIA
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



DEDICATORIA.

A la memoria de mi Madre y a mis hijos.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios y a mis Padres por haberme dado la vida.

A mis hijos porque con su Amor y compañía me ayudaron a seguir adelante.

A la Dra. L. E. Olvera. Ing. A. Gutiérrez y a la Lic. Elsita Rodríguez. porque con paciencia y comprensión compartieron sus conocimientos conmigo.

1.-INTRODUCCION

Uno de los programas prioritarios de los servicios de salud es el de Planificación Familiar, el cual ha tenido una evolución en los últimos tiempos, ya que de haberse iniciado únicamente con la finalidad de prevenir el embarazo, actualmente constituye uno de los mecanismos para la conservación de la salud reproductiva, al haberse acuñado el concepto de riesgo reproductivo y actuar en consecuencia para el control del binomio madre-hijo.

El presente trabajo se diseñó buscando conocer la realidad de la cobertura que tiene dicho programa en el Hospital Gral. Pdte. Lázaro Cárdenas del ISSSTE de Chihuahua, y de esta manera definir más adecuadamente las metas y las estrategias que se deben implementar para el adecuado seguimiento del programa.

Se encuestaron 116 personas en edad fértil, que acuden a consulta de Medicina Familiar durante el período del estudio. De ellas 110 refirieron vida sexual activa y 69% se encuentran usando un método anticonceptivo.

Predominaron en la muestra las mujeres que tienen de 1-3 gestas de las cuales 30.2 utilizan DIU, 42.2% tienen Salpingoclasia, 18.1% utilizan Hormonales y las restantes métodos de apoyo y naturales.

El personal de salud que mayormente oferta el programa es el médico general/ familiar y en segundo lugar el personal adscrito al servicio de Planificación Familiar.

Los resultados de la presente investigación nos permitirán adecuar las metas que se deben llenar para cubrir satisfactoriamente el programa.

2.-MARCO TEORICO

ANTECEDENTES HISTORICOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO.

El primer antecedente del que se tiene noticia data 1922, cuando el lider Agrarista Felipe Carrillo Puerto llegó a incluir en su programa de Reforma Agraria un capítulo referente a planificación familiar e intentó aplicar este programa en varias comunidades del Estado de Yucatán, a través de una campaña educativa que incluyó la distribución de folletos explicativos ilustrados con métodos de planificación familiar existentes en la época.

La preocupación histórica de la sociedad mexicana, respecto a la dinámica demográfica, fué siempre la de mantener un crecimiento constante de la población, a fin de poblar el extenso territorio nacional, a través del sostenimiento de elevados índices de fecundidad y de la lucha por disminuir los niveles de mortalidad.

Este pensamiento se expresó claramente en las leyes generales de población promulgadas en 1936 y 1947. En esta última, sin diferir en lo sustancial de la anterior, se establece que el aumento de la población debe procurarse:

I.-Por el crecimiento natural

II.-Por inmigración, y que por ello se dictarán o promoverán las medidas adecuadas al fomento de los matrimonios y al aumento de la natalidad

Sin embargo, fue el espectacular descenso de las tasas de mortalidad, observado a partir de los años cuarenta, lo que realmente permitió alcanzar un crecimiento acelerado de la población, incremento que tiempo después empezó a preocupar a diversos sectores de la sociedad, lo que generó un cambio radical en la política de población mexicana.

En 1973 se aprueba un nuevo código sanitario, en el que se deroga el artículo del código anterior que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos.

El 11 de diciembre de 1973 se promulga una nueva Ley General de Población, en la que se asienta, como objetivo central de la política de población, regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su

volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.

Todo esto lleva, entre otras cosas, a considerar la necesidad de realizar programas de planificación familiar a través de servicios educativos y de salud pública. Así mismo, destaca el hecho de que, en diciembre de 1974 se reformó el Artículo 4o. Constitucional, el cual establece que " Toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos."

Finalmente , se expide el Reglamento de la Ley General de Población el 17 de noviembre de 1976. en el que se ubica a los programas de planificación familiar en el contexto de las políticas de bienestar social, actuando fundamentalmente en los campos de la salud, la educación, la protección de la familia y, en especial, de la madre y el niño.

Con fundamento en esta nueva Ley, se crea el Consejo Nacional de Población, organismo interinstitucional que tiene a su cargo la planeación demográfica del país, con objeto de incorporar a la población en los programas de desarrollo socioeconómico, contribuir a su progreso y a elevar sus condiciones de vida.

Todas estas bases legales tuvieron diversas expresiones, tanto programáticas como operativo por parte del Ejecutivo Federal. De esta manera, en octubre de 1977 el C.Presidente de la República aprobó el Plan Nacional de Planificación Familiar; en él se establecieron objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, acordes con la nueva política demográfica nacional.

La instituciones del Sector Salud adecuaron sus programas a las exigencias importantes por las metas y objetivos del Plan Nacional de Planificación Familiar. Para 1980 no sólo se logró ofrecer servicios de planificación familiar en prácticamente todas las unidades médicas de la SSA, el IMSS y el ISSSTE existentes en el inicio del programa, sino que también se logró incrementar la oferta a través de la creación de más de 15,000 puestos de salud y de la preparación de elementos tales como parteras empíricas y personal auxiliar voluntario que buscaba satisfacer las demandas de grupos menos privilegiados de nuestra sociedad.

En Febrero de 1984, se publicó la Ley General de Salud, que reglamenta el derecho a la protección de la salud y considera a la Planificación Familiar, servicio básico de salud y como materia de salubridad general, dándole carácter prioritario al programa. Así mismo se hace énfasis en que el Sistema Nacional de Salud, tiene entre sus principales objetivos, contribuir al desarrollo armónico del país.

De los ordenamientos legales anteriores se resume que la Planificación Familiar, es un derecho establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el título de las garantías individuales, excluyendo las medidas de carácter obligatorio y coercitivo, que por otra parte la ubica en el contexto de las políticas de bienestar social, actuando fundamentalmente en los campos de la salud, la educación, la capacitación y la protección de la familia, particularmente de la madre del niño.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

En 1973 a iniciativa del Presidente Echeverría se llevó a cabo la primera Convención Nacional de salud que tuvo como objeto fundamental un nuevo plan de salud, dentro del cual se incluyó el subprograma de "Planificación Familiar" con el que se pretendió disminuir los problemas de alta fecundidad, y paridad frecuente y sus repercusiones en la salud materna así como las alteraciones sociológicas y psíquicas de los productos de la concepción en grandes multiparas; se considera el derecho del ser humano a recibir información, educación y servicios que le permitan regular la fertilidad para poder planear su futuro.

El concepto de planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. La evolución del programa ha permitido clarificar las profundas interrelaciones existentes entre la regulación de la fecundidad y el estado de salud de la población particularmente en el grupo materno infantil.

Actualmente se conoce que existe ciertas condiciones de la mujer, así como algunos antecedentes en su historia reproductiva y la presencia de ciertas enfermedades que propician el aumento de la probabilidad de ocurrencia de eventos desfavorables tanto para la madre como para su hijo. En relación con lo anterior nace el enfoque o concepto de Riesgo Reproductivo.

Dicho concepto plantea la necesidad de brindar protección anticonceptiva preferentemente dirigida al grupo de mujeres de alto riesgo, con el fin de lograr una modificación de los daños a la salud tanto de la madre como de su hijo, a través de la prevención de la ocurrencia de embarazo de alto riesgo.

Por otro lado y de acuerdo con la evolución que han sufrido los Programas de Planificación Familiar, la orientación de la metodología se ha dirigido hacia aquellos métodos modernos, seguros y eficaces que nos permita tanto a contribuir a la regulación del crecimiento demográfico, como a coadyuvar a la reducción de la morbilidad materna, perinatal e infantil al propiciar una conducta reproductiva que protege la salud, a través de la prevención de las gestaciones de alto riesgo con los consecuentes impactos en salud.

La Planificación Familiar Comprende las Actividades Siguietes;
Promoción y Difusión
Atención del Usuario
Selección, prescripción y aplicación del método anticonceptivo.
Seguimiento del usuario
Identificación de casos de infertilidad y esterilidad.
Promoción y Difusión.

La promoción y difusión de las actividades de Planificación Familiar comprenden las acciones siguientes:

Entrevista personal.
Visita domiciliaria.
Pláticas a grupos.
Comunicación social

La promoción y difusión de las actividades de Planificación Familiar comprenden los aspectos siguientes:

Sexualidad humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.
Importancia para la salud del inicio tardío y la terminación temprana de la reproducción, así como del espaciamiento entre los embarazos.
Características de los métodos anticonceptivos.
Importancia de la continuidad en el uso de los métodos anticonceptivos.
Disponibilidad de los servicios de Planificación familiar.

Atención del Usuario;

La atención del usuario de Planificación Familiar comprende las acciones siguientes:

Interrogatorio y exploración física.

Diagnóstico.

Prescripción del método anticonceptivo.

Señalamiento de riesgo.

Indicaciones preventivas.

Cita a consulta subsecuente o referencia a otra unidad de salud.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir el embarazo en forma temporal o permanente y son los siguientes:

Temporales;

Hormonales orales.

Hormonales inyectables.

Dispositivo intrauterino (DIU).

De barrera.

Permanentes:

Oclusión tubaria bilateral .

Vasectomía .

Métodos Anticonceptivos Temporales Hormonales orales.

Los métodos anticonceptivos hormonales orales, se utilizan de acuerdo con las disposiciones siguientes:

Indicaciones.

Mujeres en edad fértil, menores de 35 años, con patrón menstrual regular, nulíparas o multíparas que no deseen embarazarse.

Contraindicaciones:

Absolutas

Sospecha o embarazo comprobado.

Lactancia.

Sangrado vaginal no diagnosticado.

Antecedentes o presencia de:

Diabetes mellitus que requiera uso de la insulina.

Tromboembolismo.

Cáncer uterino o mamario.

Padecimientos cerebrovasculares o coronarios.

Alteraciones de las funciones hepáticas y renales.

Hiperlipidemia II o hipercolesterolemia.

Relativas:

Edad mayor de 35 años.

Tabaquismo.

Migraña,

Hipertensión arterial.

Depresión psíquica.

Hemoglobinopatía.

Uso de drogas que actúan con los anticonceptivos orales.

Dosis y formas administración:

Se utilizan la presentación de 21 y 28 tabletas:

Iniciar con una tableta cada 24 hrs. a partir del quinto día del principio de la menstruación.

En la presentación de 21 tabletas reiniciar la administración al 5 día del principio de la menstruación siguiente.

En la presentación de 28 tabletas tomar las dosis ininterumpidamente.

En caso de olvido de la toma de una tableta tomarla en cuanto se acuerde.

En caso de olvido de la toma de 2 tabletas en días consecutivos tomar dos tabletas juntas los dos días siguientes y emplear un método anticonceptivo de barrera.

En caso de olvido de tres tabletas en días consecutivos suspender la toma de las tabletas emplear un método de barrera y acudir a consulta.

Reacción adversa y conducta a seguir:

Sangrado intermenstrual;

Cambiar a otro anticonceptivo oral de dosis mayor, si continúa el sangrado suspender el anticonceptivo investigar la causa y utilizar otro método.

Nauseas, vomitos y edema generalmente desaparecen después del tercer ciclo de administrar el anticonceptivo si persiste suspenderlo y administrar otro anticonceptivo oral con dosis menor de progestágeno o cambiar a otro método.

Hipertensión arterial, cefalea persistente y cloasma suspender el anticonceptivo y cambiar a otro método no hormonal.

Seguimiento:

Las consultas subsecuentes se llevan acabo la primera al mes y las siguientes cada 80 días.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).

El dispositivo intrauterino se utiliza de acuerdo con las disposiciones siguientes:

Utero y anexos anatómicos normales.

Indicaciones:

Mujeres en edad fértil nulíparas o multíparas que deseen espaciar el embarazo.

Tabaquismo de más de 15 cigarrillos diarios.

Lactancia.

Intolerancia al uso de anticonceptivos hormonales.

Contraindicaciones:

Sospecha o embarazo comprobado.

Miomatosis uterina.

Sospecha de cáncer cérvicouterino comprobado.

Insuficiencia cardiaca.

Anemia.

Antecedentes de embarazo ectópico.

Dismenorrea incapacitante.

Hemoglobinopatía, leucemia y alteraciones en la coagulación.

Sangrado genital no diagnosticado o abundante.

Cervicitis endometriosis o anexitis.

Parto o cesárea con ruptura de membranas.

Aborto complicado.

Atonia uterina.

Sobre distención uterina.

Trabajo de parto prolongado.

Momento de Aplicación:

Durante la menstruación.

Durante la estancia de la usuaria en la unidad de salud.

Despues de un parto eutócico.

Despues de un aborto espontáneo no complicado.

Durante la operación cesárea.

Planificación Familiar con Dispositivo Intrauterino.

Reacciones adversas y conducta a seguir..

- Hipermenorrea, si persiste en tres ciclos menstruales consecutivos, cambiar a otro método.
- Dolor pélvico; durante la primera semana después de la aplicación, administrar analgésico, si persiste cambiar a otro método.
- Dispareunia; verificar inserción correcta del DIU y si se requiere cortar los hilos.

Complicaciones:

- Perforación uterina; referir a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad,
- Infección pélvica: retirar el DIU administrar antibiótico y cambiar de método.
- Embarazo extrauterino: referir a la paciente a una unidad de mayor complejidad.

Seguimiento:

- Las consultas subsiguientes se llevan a cabo durante el primer año al mes, a los seis y a los doce meses; después una cada año.
- En cada consulta se procede de la manera siguiente:-
- Verificar la posición correcta del DIU visualizando los hilos,
- Investigar cervicitis, reacciones adversas y complicaciones,
- Investigar embarazo:
- Si existe, es menor de ocho semanas y los hilos del DIU no son visibles, o el embarazo es mayor de ocho semanas, se refiere a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad.

MÉTODOS DE BARRERA.

Los métodos anticonceptivos de barrera son: El preservativo (condón) y los espermicidas (óvulos, espumas y tabletas). Se utilizan de acuerdo a las disposiciones siguientes:

Indicaciones:

- Relaciones sexuales esporádicas entre personas que deseen evitar el embarazo,
- Apoyo a otro método anticonceptivo e
- Intolerancia a otros métodos anticonceptivos.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad al espermaticida

Aplicación:

- Antes de cada relación sexual.

METODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES.

Los prestadores de servicios de salud están obligados a proporcionar al usuario información clara y completa de los métodos anticonceptivos permanentes, destacando su carácter irreversible y la existencia de métodos temporales con el objeto de que este seleccione libremente el que mejor convenga a sus intereses.

Los prestadores de servicios de salud están obligados a recabar por escrito la autorización del usuario en quien se va a practicar oclusión tubaria bilateral o vasectomía. Cuando el usuario no tiene capacidad legal, la autorización la otorga su representante.

OCLUSION TUBARIA BILATERAL.

La oclusión tubaria bilateral se realiza en una unidad de salud de mayor complejidad, de acuerdo con las disposiciones siguientes:

Indicaciones:

- Paridad satisfecha.
- Padecimientos que pongan en peligro la vida al ocurrir el embarazo.
- Transmisión de padecimientos genéticos y
- Deficiencia mental.

Contraindicaciones:

- Recién nacido pretérmino o deprimido
- Sospecha o embarazo comprobado
- Infección pélvica
- Parto o cesárea con ruptura de membranas de más de 6 hrs.
- Sepsis puerperal
- Eclampsia
- Hemorragia pre y pos aborto
- Traumatismo obstétrico

Aborto provocado.

-Hernia abdominal, cirugía abdominal previa y tumoración pélvica (laparoscopia).

Realización:

- Cuando la usuaria lo solicite
- Durante la estancia de la usuaria en la unidad de salud
- Después de un parto eutócico
- Después de un aborto espontáneo no complicado y
- Durante la operación cesárea.

Vías de acceso:

- Minilaparotomía
- Laparotomía y
- Laparoscopia.

Técnica:

- Pomeroy (ligadura y sección de las trompas en el tercio medio)
- Fimbriectomía o
- Aplicación de anillo de silastic

VASECTOMIA.

La vasectomía se realiza de acuerdo con las disposiciones siguientes:

Indicaciones:

- Fecundidad satisfecha,
- Transmisión de padecimientos genéticos y
- Deficiencia mental.

Contraindicaciones:

- Infección génito-urinaria
- Hernia escrotal
- Tumor testicular, varicocele e hidrocele

Precauciones:

Usar un método anticonceptivo temporal hasta que no se observen espermatozoides en el eyaculado, se hayan producido 20 eyaculaciones o transcurrido ocho semanas después de la intervención.

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en materia de planificación familiar ha tenido el siguiente desarrollo del programa.

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN AL DELEGACION DEL ISSSTE EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA.

El programa se inició fundamentalmente en la delegación en 1979 con la designación de un coordinador Estatal y la instalación del programa en unidades de primer y segundo nivel, evaluando socialmente aspectos cuantitativos del programa, número de consultas y número de usuarias nuevas en forma global por todo los métodos. En 1989 se inicia la captación de

usuarias activas y la incorporación del rubro consultas en el avance físico financiero.

En 1991 se modifica el enfoque del programa y se introduce el concepto del riesgo, considerando la distribución de usuarias nuevas por tipo de método para medir la calidad en función de la utilización de métodos de mayor continuidad. Se implementó la oferta sistemática en consulta externa, y el subprograma de anticoncepción post parto.

Se envía un médico a Brasil a capacitarse en la técnica de Vasectomía sin bisturí.

Se instala el centro regional de capacitación y se inicia formalmente el programa de vasectomía sin bisturí:

Situación Actual del Programa:

A diciembre de 1994 se obtuvieron los siguientes resultados

• Consultas efectuadas	18,257.
• Usuarias nuevas captadas	4,582
• Usuarias Activas Acumuladas	15,343
• Cobertura Estatal	38%

Programa de Planificación Familiar en el Hospital Jurisdiccional Presidente Lázaro Cardenas:

Se inicio en 1979 con la instalación de un consultorio de planificación familiar a cargo de un médico ginecólogo responsable de todas las actividades inherentes al programa.

1984.- se intrumentan acciones de promoción y educación, dotación de métodos anticonceptivos y control administrativo.

1991.- Se intensifica la oferta, se establece la anticoncepción pos-parto, se fortalece la captación, se presta el servicio en base a la presencia de riesgo reproductivo.

1992.- Se inicia el subprograma de vasectomía sin bisturí, se capacita al personal en técnica de consejería.

La situación del programa al concluir 1994 es de :

Actividades	Meta	Logro	%
Consultas	6294	4245	67
Usuaris nuevas	1543	1345	87
Usuaris activas	6180	5145	83

Cobertura de anticoncepción post-parto en relación a actos obstétricos presentados.

La cobertura general de usuarias del programa 31%.

Distribución porcentual por tipo de método

Hormonales	22%
DIU	42%
Quirurgico	36%

Total de mujeres en edad fértil de 16,748.

1974.

Se inicia la campaña de Paternidad Responsable con fines de promoción de la demanda voluntaria de anticoncepción en la mayoría de la Unidades Médicas del Distrito Federal, y en algunas Unidades de los Estados.

1975.

Se integra en la Institución la Coordinación del Programa de Planificación Familiar con funciones normativas de programación y de control.

1976.

Se formaliza la oferta de metodología anticonceptiva.

1977

Se elaboran metas y objetivos demográficos Institucionales e Interinstitucionales para el sexenio 1977-1982 diseñando las estrategias para lograrlos en coordinación con el órgano rector del Programa Nacional y el apoyo al Plan Nacional de Planificación Familiar.

1978:

Los servicios se prestan en cada Unidad del D.F. por módulos integrados por un Médico General, una Enfermera y una trabajadora social en el Distrito Federal.

1979

Se extienden los servicios del Programa a algunas Unidades Médicas de entidades federativas y se inicia el intento de horizontalizar el Programa integrado a los médicos generales en la prestación de los servicios.

Se establecen los Cordinadores Delegacionales del Programa en todos los Estados.

1980

Se participa en la integración de los Comités de Planificación Familiar en todo los Estados de la República conjuntamente con los Servicios Coordinados de Salud Publica.

1984

Se elaboran los Programas estatales de la Institución y se participa en la elaboración de los Programas Estatales Globales, en las metas de cobertura (sobre mujeres en edad fértil), estimadas por el Consejo Nacional de Población.

1985

Se elabora un Programa emergente con estrategias de promoción y educación actualizada para incrementar la demanda de capacitación al personal médico y paramédico a fin de involucrar a todos los médicos del Instituto en el Programa.

Se inicia la prestación de servicios horizontales, se intensifican los cursos de capacitación con énfasis en el enfoque de riesgo a la reproducción.

Se implementan módulos quirúrgicos de alto rendimiento para la oclusión tubaria bilateral en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre y en el Centro de Cirugía Ambulatoria

1986

Se integran las Delegaciones en el D.F. y se inicia la programación, asesoría y control del programa por los coordinadores Delegacionales en esa área.

Se promueve el programa postparto y postaborto y se inicia en éste formalmente la prestación de servicios como indicación médica en base a la presencia de riesgo reproductivo.

1987

Se desarrolló el Curso Monográfico "Riesgo Reproductivo y Planificación Familiar" con elementos de este Instituto, Jefes de Servicio de Gineco-Obstetricia y Jefes de Enseñanza de hospitales y delegaciones.

1988

Se llevaron a cabo reuniones de Delegados y Subdelegados para responsabilizarlos de la reproducción de los cursos en todas las Unidades Médicas del Instituto, haciendo entrega oficial de un paquete de 9 Guías Didácticas de Temas de Planificación Familiar.

Se realizaron reuniones de información con los Jefes de Departamento de Atención Preventiva y Jefes de Enseñanza Delegacionales a fin de coordinar las actividades de capacitación en las Unidades Médicas.

Se desarrollaron grupos de capacitación en Planificación Familiar y Orientación Sexual, con énfasis en la detección de factores de riesgo e indicación médica de metodología anticonceptiva.

1989

Se participó en un Comité de Expertos para la elaboración de Normas para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Mortalidad Materna y Perinatal a fin de identificar las causas de muerte y marcar su relación con la previsibilidad a través de la anticoncepción.

Se continuó en las unidades operativas con la capacitación del personal médico y paramédico, haciendo hincapié en el adiestramiento y práctica de la aplicación de dispositivo intrauterinos.

Se llevaron a cabo visitas a unidades médicas a fin de promover la autoevaluación de riesgo reproductivo entre la población y de motivar al médico general en la prestación de servicios de planificación familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El campo de análisis y conceptualización del programa de planificación familiar es muy amplio por lo que este trabajo se centraron en el aspecto gerencial, interpretado a partir de programación y logro de metas así como cobertura general y por tipo de método. Se pretende determinar si existe correlación entre las metas y coberturas determinadas de nivel estatal y las existentes en las mujeres en edad fértil de la clínica Lázaro Cárdenas. El problema se representa de la siguiente forma. ¿Cual es la cobertura real del programa de planificación familiar en el Hospital Gral. Pdte. Lázaro Cárdenas del ISSSTE de Chihuahua?.

OBJETIVOS.

General:

Definir la cobertura del programa de planificación familiar en el Hospital Gral. Lázaro Cárdenas del ISSSTE de Chihuahua, y establecer metas y estrategias congruentes con la realidad.

Específicos.

Determinar % de usuarias activas en los diferentes métodos de planificación familiar.

Establecer las metas reales en el programa de planificación familiar.

Proponer estrategias para el adecuado seguimiento del programa.

JUSTIFICACION.

El programa de planificación del ISSSTE en el Estado de Chihuahua y específicamente en el hospital presidente Lázaro Cárdenas consecuente con el concepto moderno de proporcionar a su población amparada metodología anticonceptiva en forma intencionada, así como de mantenerse cobertura de calidad en las mujeres en edad fértil.

Los métodos propuestos a nivel central y los logros obtenidos durante el año anterior mostraban muy bajos niveles de cobertura alrededor de 30% ; y de baja calidad ya que había predominio en la indicación de hormonales.

Esta situación sin embargo se contradecía con la tasa de fertilidad hospitalaria de 1.8 % por lo que se planteó la necesidad de determinar la tasa real de cobertura cuantificando los porcentos que ya habían recibido métodos definitivos y que son captados solamente en la ocasión en que se aplica el método y no vuelvan acudir al servicio

3.-MATERIAL Y METODOS.

3.1 Tipo de estudios el presente estudio es de tipo descriptivo y transversal en virtud de que se identifica la cobertura en anticoncepción en un solo grupo de población y en un momento histórico determinado.

3.2 Universo. El universo de trabajo estuvo constituido por mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años , asistentes a consulta general en el Hospital General Pdte. Lázaro Cárdenas.

3.3 Muestra:

3.3.I Tamaño:

Para calcular el tamaño de la muestra se considera el número total de mujeres en edad fértil (17,000) registradas en vigencia de derechos . El tamaño de la muestra calculada fue de 164 mujeres y se obtuvo utilizando la formula.

$$n = \frac{Z^2 P \cdot Q}{p^2}$$

Con un 99% de confiabilidad.

3.3.1 Tipo de Muestra:

Fué muestra por conveniencia ya que no se utilizó el azar, se encuestó al total de las mujeres en edad fértil que acudió a consulta por cualquier razón.

3.4 Unidad de Investigación:

La unidad de investigación fué la mujer en edad fértil que acudió a la consulta de medicina general en el hospital Pdte. Lázaro Cardenas.

3.4.1 Criterio Inclusión :

- Mujeres de 15 a 49 años
- Mujeres derechohabientes del ISSSTE
- Que acepten contestar la encuesta.

3.4.2 Criterio de Exclusión

Mujeres que no aceptaron contestar el instrumento.

3.5 Procedimiento:

3.5.1 Diseño del Estudio:

En el momento de la planeación del presente trabajo se decidió determinar las coberturas reales de usuarias de planificación familiar y en la imposibilidad de encuestar a las usuarias en sus domicilios, se considera pertinente encuestar a las mujeres que acuden a demandar consulta aún considerando que la información pudiera presentar un sesgo, el presente trabajo permitirá una primera aproximación al fenómeno quedando para trabajos posteriores el realizar revisión de expedientes de mujeres en edad fértil registradas, así como visitas domiciliarias:

Para establecer la cobertura por tipo de método fue necesario identificarlos en forma general y posteriormente clasificarlos en cada uno. Así mismo contrastar los resultados del estudio con el comportamiento que tuvo el programa durante 1994, información que se encuentra en los reportes estadísticos lo cual permite validar las metas de 1995.

3.5.2 Recolección de la Información:

Para iniciar se diseñó un instrumento que se probó en mujeres no derechohabientes del ISSSTE y posteriormente en la población objeto de estudio. Se solicitó la colaboración de Médicos Residentes de Medicina Familiar que contaran con mujeres en edad fértil en la población adscrita a su consultorio.

Se aplicó el cuestionario a las mujeres que aceptaron responder y que acudieron a la consulta externa. En total fueron 166 mujeres encuestadas que representan el 100% de la muestra calculada.

3.5.3-Analisis de los Datos:

Se revisó cada uno de los instrumentos aplicados y se construyó base de datos en el programa Fox-Pro 2-0. Se capturó la información y se analizó en el programa estadístico SPSS.

Se tomó como dato eje la pregunta "actualmente utiliza algún método de planificación familiar" y se cruzó con datos generales de : edad, estado civil, escolaridad y ocupación

Así mismo se realizó cruce con la información referente a historia ginecoobstétrica: vida sexual activa, gesta, para, aborto, y cesarea, fecha de último acto obstétrico ,e histerectomía. De igual forma se cruzó con los aspectos de planificación familiar lo cual es la parte medular del presente estudio, de las personas que respondieron y que utilizan algún método de planificación familiar, cual fué, donde lo obtuvieron, desde cuando lo usan, así mismo, tanto a quienes contestaron si o no, se cruzo la información referente a si le han ofrecido algún metodo de planificación en el ISSSTE y quien lo ha hecho, si desea utilizar algún metodo, si desea tener más hijos, si sabe cuáles son los métodos de planificación familiar, sus ventajas y desventajas, donde obtuvo la información.

Se contrastó la información obtenida con los aspectos consignados en el marco teórico referencial.

4.- RESULTADOS

Se encuestaron 166 personas todas pertenecientes al grupo blanco de mujeres en edad fértil de 15-49 años, los grupos predominantes fueron el de 30-34 años con 32 personas que corresponde al 19% del total y el de 35-39 con 37 personas que representa un 22.2%.

De las 166 personas, 116 manifestaron estar utilizando un método anticonceptivo (69.8%), 37 respondieron que no y 13 no informaron (cuadro No.1).

En el cuadro No. 2 se consigna la información de estado civil y utilización de un método anticonceptivo destacado las mujeres casadas como usuarias activas de un método de planificación familiar, respondieron que si 104 casadas y 12 solteras, agrupando en este rubro las viudas y divorciadas. Se asoció escolaridad con utilización de métodos anticonceptivos y se encuentra a las mujeres con niveles profesionales (42.2 %) y mujeres con comercio 25.9% de uso de Planificación Familiar, así mismo destaca que de las mujeres que respondieron que no utilizan métodos de planificación familiar corresponde a la misma categoría (cuadro No. 3).

En el cuadro No. 4 se encontró que las mujeres que ejercen una profesión y los que se dedican al hogar son el grupo mayoritario que respondió ser usuarias activas del programa, situación congruente con lo expuesto en el rubro de escolaridad.

De 145 personas que informaron tener vida sexual activa, 110 utilizan algún método y 24 no lo utilizan, 11 no informaron, lo que representa que el 24% se encuentra sin protección. (cuadro No.5).

En la población encuestada según número de gestas predominan las que han tenido 1,2 y 3 embarazos, con una media de 2-6 (cuadro No. 6). En el cuadro No. 7 se realizó la clasificación en base a número de partos y se encontró con cero partos el 26.6% , con 3 el 23% y con 1 el 21%.

De las 166 mujeres encuestadas 119 el 71.6% no han tenido cesáreas y 24 el 14.4% les han efectuado una y el restante 14% les han sido practicadas 2 y 3 cesáreas (cuadro No.8).

Las mujeres que si utilizan un método anticonceptivo son 116, de las cuales el 30.2% utilizan DIU; 42.2% Salpingoclasia; Hormonales 18.1% todos ellos métodos incluidos en el programa institucional, las usuarias restantes son de métodos de apoyo y naturales (cuadro No. 9).

Al efectuar analisis por tipo de método utilizado y grupo de edad se encontró a 48 personas usuarias de Salpingoclasia en el grupo de 25-49 años lo cual representa 41.3 %, así mismo se encontraron como usuarias de hormonal 7.7%, en el grupo de 30-49 años, 35 mujeres (30%) que usan DIU pertenecientes al grupo de 20-44 años.

En el cuadro No. 11 e que se consigna la información de dónde se obtuvo el método, se encontró que predominantemente es fué en el ISSSTE 70 personas (42%); en establecimientos privados principalmente médicos particulares y farmacias 22 personas. En el aspecto relacionado a si le han ofrecido en el ISSSTE los métodos de planificación familiar la respuesta es si a 106 personas 63.8% de los cuales 83 si son usuarias y 19 No. (cuadro No. 12).

Las personas que han ofertado los métodos son los medicos generales en primer termino y personal de servicio de planificación familiar en segundo lugar; cabe destacar a 30 personas que no utilizan método y no les han ofrecido el programa. (cuadro No. 13).

5. DISCUSION

Una vez hecho el analisis de los datos obtenidos en el estudio se observo: que en la distribución de la población encuestada predomina el grupo de 30 a 39 años, situación similar a las piramides de población de la clinica "Lázaro Cardenas" y de la delegación en las cuales aparece el mismo grupo etario mayoritario de mujer derechohabiente.

El 69% manifestó que si utilizan un método anticonceptivo, cifra superior a la reportada en los registros estadísticos del programa, así mismo la mayoría reportaron ser casadas y tener vida sexual activa, situación que favorece la persistencia en el programa, aun que cabe mencionar 33 personas 24% que si tienen vida sexual activa y no estan protegidas con algun método.

En los aspectos relacionados con escolaridad y ocupación se refleja que las usuarias de planificación familiar pertenecia al grupo de profesionistas y en segundo término los que se dedican al hogar, con lo cual se pide demostrar que el nivel educativo y la actividad laboral influye positivamente para acudir al programa y permanecer en él.

Analizando la información de gesta, paras y cesareas presenta un comportamiento semejante según aparece en cuadros 6,7 y 8. Se encuentra una media aritmetica de embarazos de de 2.6 y una tasa de fecundidad de 2.9 ligeramente superior a la Estatal de 2.2 e inferior a la respuesta a nivel Nacional en la encuesta nacional de salud que es de 3.8. Destaca el hecho que la población encuestada es en su mayoría de 30 años y más por lo cual denota más importancia el desenso en el número de hijos y el deseo manifiesto de no querer tener más. Dado que en este grupo son más probables los embarazos de alto riesgo, dicho comportamiento tiene efectos benéficos sobre la salud materno infantil.

De las 116 mujeres que si utilizan algun método anticonceptivo se encontro que 30% es usuaria de DIU, 45%de quirurgico y 18% de hormonal y el 7% restante de método de apoyo y natural.

Se efectuó el analisis de la distribución porcentual de los métodos considerados en el programa institucional. Se realizó estimación para conocer

dentro de que límites se encuentra el verdadero % de usuarias de cada uno de los métodos y se encuentra que:

Entre 38.2% y 21.8% se encuentra el verdadero % de usuarias de DIU en el universo.

En la estimación para conocer los límites de % de hormonal se encontró un error estándar de .035 y entre 11.2% y 24.8% se encuentra el verdadero % de usuarias de hormonal en el universo.

En la estimación para método quirúrgico se encuentra un error estándar de 0.042 y entre 40.4% y 49.6% se encuentra el verdadero % de usuarias de quirúrgico en el universo. Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confiabilidad que los intervalos de confianza de los % de la muestra son semejantes a los del universo.

Así mismo se efectuó prueba de 2 para conocer la significación estadística, comparando los porcentajes en muestra de cada uno de los métodos con los porcentajes registrados en el universo:

En DIU se encuentra un valor de $Z = a 1.7$

En hormonal el valor de $Z = a .27$

En quirúrgico el valor de $Z = a .43$

Por lo que no se encontró diferencia estadísticamente significativa, pudiéndose inferir que el % encontrado en la muestra es igual al del universo.

Se concluye que se deben considerar estos resultados en la programación de métodos de 1995 ya que esto genera un aumento en las consultas para mantener un adecuado seguimiento de las usuarias activas captadas sin olvidar la captación de usuarias nuevas que permitan mantener las coberturas actuales y la calidad del programa.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Censo Nacional de Población. Programa Nacional de Planificación Familiar. Diario oficial de la Federación. 1990-1994. México D.F. 17 Julio 1991.
- 2.- Norma Técnica de Planificación Familiar. Diario Oficial de la Federación. México D.F. 7 de Julio 1986.
- 3.- Martínez Monautou Jorge et al. Que es un programa de Planificación Familiar. Litografía Pegaso. Unica Edición: México D.F. Abril 1988.
- 4.- Secretaría de Salud. Diagnostico Sociodemografico del Estado Chihuahua para el programa de Planificación Familiar. México D.F. 1986
- 5.- Dirección general de Planificación Familiar SSA. Encuesta Nacional sobre fecundidad y Salud, 1987. México D.F. Octubre 1990 .
- 6.- Secretaría de Salud. Norma oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. México D.F. Mayo 1994.
- 7.- Medina E Jorge Et All. Manual de Planificación Familiar. Fundación Santa Fe de Bogota. Unica edición. Bogota Colombia .1990.
- 8.- Subdelegación General Medica. Programa de Planificación Familiar del ISSSTE. México D.F. 1991.
- 9.- Subdirección General Medica. Instructivo Técnico para el uso de Metodología anticonceptiva. ISSSTE. México D.F. Julio 1991.
- 10.- Fayad Canel. Estadística Medica y de Salud Publica. Talleres Graficos Universitarios. Universidad de los Andes Merida Venezuela.

GLOSARIO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

PLANIFICACION FAMILIAR

Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre responsable e informada, sobre el número y el espaciamieto de sus hijos y obtener la información espealizada y los servicios ideóneos.

El ejercicio de este derecho, es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas.

CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Es la consulta que se otorga por cualquier profesional de salud y comprende acciones de información o revición de metodo anticonceptivo.

CALIDAD DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Se define en términos de la forma en que los individuos y la parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar. Esta definición incorpora seis elementos: variedad de método anticonceptivo disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicio, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarior, mecanismo de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y, un conjunto apropiado de servicio de salud que incluyan los de planificación familiar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Posibilidad cierta de los usuarios para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud o para adquirirlos en las farmacias del país.

EDAD FERTIL O REPRODUCTIVA

Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.

USUARIAS

Personas que utilizan un método anticonceptivo temporal o le han sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

USUARIAS ACTIVAS

Son las personas que adoptan algun metodo anticonceptivo y continuan utilizandolo, de acuerdo a las tasas de continuidad que encuestas y estudios especiales señalan como adecuadas para la institucion y el método adaptado.

COBERTURA DE MUJERES EN EDAD FERTIL

(M.E.F.): Grupo de M.E.F. que utiliza los servicios de planificación familiar que proporciona la institución.

MUJERES EN EDAD FERTIL

Número de mujeres dentro del intervalo de 15 a 49 años de edad, adscritas a cada institución al 31 de diciembre del año. Fuente: Programa institucional de planificación familiar 1990-1994.

NUEVAS ACEPTANTES

Son las personas que solicitan por primera vez el servicio de planificación familiar, dentro del programa de la institución y adopta alguno de los métodos anticonceptivos que se prescribe.

Fuente: programa institucional de planificación familiar 1990-1994 septiembre 1990.

RIESGO REPRODUCTIVO

Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

SUBDELEGACION MEDICA CHIHUAHUA
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

ENTREVISTA PARA DETERMINAR COBERTURA DE USUARIAS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FERTIL DERECHOHABIENTES.

Numero _____
FECHA _____

DATOS GENERALES:

NOMBRE : _____
CEDULA : _____
EDAD _____ ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____
OCUPACION _____

HISTORIA GINECO-OBSTETRICA:

V.S.A. SI _____ NO _____ G _____ P _____ A _____ C _____

FECHA ULTIMO ACTO OBSTETRICO _____ HISTERECTOMIA SI _____ NO _____

PLANIFICACION FAMILIAR:

ACTUALMENTE UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR? SI O NO

¿CUAL? _____ ¿DONDE LO OBTUVO? _____

¿DESDE CUANDO LO USA? _____

¿LE HAN OFRECIDO ALGUN METODO DE P.F. EN EL ISSSTE? SI _____ NO _____

¿QUIEN? _____

¿DESEA UD. UTILIZAR ALGUN METODO? _____ (SI NO USA ACTULMENTE NINGUNO
SI _____ O NO _____

¿DESEA TENER MAS HIJOS? SI _____ NO _____

¿SABE UD. CUALES SON LOS METODOS DE P.F. SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS?
SI _____ NO _____

¿DONDE OBTUVO LA INFORMACION? _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR

Cuadro No. 1
Población encuestada según grupo de edad y respuesta a la utilización de
un método anticonceptivo.
Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994

Grupo de edad	Si		No		No informo		Total
	No.	%	No.	%	-No.	%	
15-19	1	0.9	2	5.4			3
20-24	9	7.8	5	13.5			14
25-29	21	18.1	12	32.4	1	7.7	31
30-34	28	24.1	3	8.1	1	7.7	33
35-39	31	26.7	3	8.1	3	23.1	37
40-44	19	16.4	8	21.6	6	46.2	33
45-49	6	5.2	4				
No informa	1	0.9					3
Total	116	100	37	100	13	100	166

Fuente: Encuesta aplicada

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Cuadro No. 2
Población encuestada según Estado Civil y respuesta a la utilización de
un método anticonceptivo.
Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994

Estado	Si		No		No informo		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
Casada	104		24		9		137
Divorciada	3		2		2		7
Soltera	6		11		1		18
Viuda	3		0		1		4
No informo	0		0		0		0
Total	116		37		13		166

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro No. 3.

Encuestada según escolaridad y respuesta a la utilización de un método anticonceptivo clínica

Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994

Escolaridad	Si		No		No informo		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
Primaria Incompleta	1	.9	0		1	7.7	2
Primaria completa	11	9.5	2	5.4	3	23.1	16
Secundaria	17	14.7	5	13.5	2	15.4	24
Comercio	30	25.9	10	27.0	4	30.8	44
Preparatoria	6	5.2	3	8.1	1	7.7	10
Profesional	49	42.2	17	45.9	2	15.4	68
No informo	2	1.7	0				2
TOTAL	116	100.0	37	100.0	13	100.0	166

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro No.4

Población encuestada según ocupación y respuesta a la utilización de un método anticonceptivo.

Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994

Ocupación	Si		No		No Informo		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
Empleo Manual	9	7.8	3	8.1	6	46.2	12
Empleo Admo.	26	22.4	13	35.1	1	7.7	38
Hogar	40	34.5	6	16.2	4	30.8	48
Profesional	41	35.3	15	40.5	2	15.4	57
No Informo	0						
Total	116	100	37	100	13	100	155

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro No. 5.

Población encuestada según vida sexual activa y respuesta a la utilización de un método anticonceptivo.

Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994

Vida sexual activa	Utilización de método anticonceptivo						
	Si		No		No Informo		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
	110	94.8	24	64.9	11	84.6	145
Si	110	94.8	24	64.9	11	84.6	21
No	6	5.2	13	35.1	2	15.4	0
No informo.	0	0	0	0	0	0	166
Total	116	100	37	100	13	100	

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro No.6

Población encuestada según Gesta y respuesta a la utilización de un método anticonceptivo.

Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994

Gesta	SI		No		No informo		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
0	2	1.7	8	21.6	1	7.7	11
1	25	21.6	14	37.8	0		39
2	28	24.1	4	10.8	4	30.8	36
3	33	28.4	6	16.2	3	23.1	42
4	18	15.5	3	8.1	1	7.7	22
5	6	5.2	0	0	1	7.7	7
6	1	.9	1	2.7	2	15.4	4
7	2	1.7	0	0	1	7.7	3
8	1	.9	1	2.7	0	0	2
Total	116	100	37	100	13	100	166

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro No.7

Población encuestada según partos y respuesta a la utilización de un método anticonceptivo.

Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994

Partos	SI		No		No informo		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
0	26	22.6	16	43.2	2	15.4	44
1	23	20.0	12	32.4	1	7.7	36
2	24	20.9	2	5.4	3	23.1	29
3	30	26.1	5	13.5	3	23.1	38
4	8	7.0	1	2.7	1	7.7	10
5	1	9	0	0	0	0	1
6	3	2.6	0	0	2	15.4	5
7	0	0	0	0	1	7.7	1
8	0	0	1	2.7	0	0	1
Total	115	100	37	100	13	100	165

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro No. 8.

Población encuestado según Cesárea y respuesta a la utilización de un método anticonceptivo.

Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994

Cesárea	SI		No		No informo		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
0	79	68.1	30	81.1	10	76.9	119
1	18	15.5	4	10.8	2	15.4	24
2	12	10.3	3	8.1	1	7.7	16
3	7	6.0	0	0	0	0	7
Total	116	100	37	100	13	100	166

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro No. 9.
Población encuestada según método de planificación familiar y respuesta
de utilización del mismo.
Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994

Metodo	Si		No		No Informo		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
DIU	35	30.2					35
Hormonal	21	18.1					21
Preservativo	14	3.4					14
Ritmo	2	1.7					2
Salpingoclasia	49	42.2					49
Vasectomia	4	3.4					4
No informa	1	.9					1
Total	116	100	37	100	13	100	116

Fuente: Cuestionario aplicado.

Cuadro No.10.
Población encuestada por grupo de edad y método de planificación
familiar utilizado.
Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994

Método Utilizado	Grupo de Edades							No Informo
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-45	45-49	
DIU		4	11	8	6	6		
Hormonal	1	3	8	6	2		1	
Salpingoclasia			2	11	19	12	4	
Vasectomia				1	2		1	
Preservativo		2		1	1			
Ritmo				1	1			
No informa	2	5	13	4	6	15	6	
Total	3	14	34	32	37	33	12	

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro No.11

**Población encuestada según lugar donde obtuvieron los métodos de planificación familiar y respuesta a utilización del mismo.
Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994**

	Si		No		No informo		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
Obtuvo el método							
ISSSTE	70	60.3					70
Establecimiento Privado	22	19.0					22
Establecimiento Publico	19	16.4					19
No informo	5	4.3					5
Total	116	100.0	37	100	13	100	116

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro No. 12.

**Población encuestada según método de planificación familiar ofrecido en el ISSSTE y respuesta a utilización del mismo.
Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chihuahua. 1994**

	SI		No		No informo		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
Ofrecido en el ISSSTE							
No	28	24.1	17	45.9	4	30.8	49
Si	83	71.6	19	51.4	4	30.8	106
No Informo	5	4.3	1	2.7	5	38.4	11
Total	116	100.0	37	100.0	13	100.0	166

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro No. 13.

Población encuestada según método de planificación familiar utilizado y el deseo de tener más hijos.

Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE Chihuahua, Chih.1994

Desea más hijos	SI Usa		No Usa		No informo		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
Si	82	78.1	34	63.0	0	0.0	116
No	17	16.2	18	33.3	2	28.6	37
No Informo	6	5.7	2	3.7	5	71.4	13
Total	105	100.0	54	100.0	7	100.0	166

Fuente: Encuesta aplicada