

00662
1

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**ANALISIS DE LA PREVALENCIA DE USO DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS Y DE LA ACTITUD SOBRE LA
CAUSALIDAD DE LAS ENFERMEDADES MAS FRECUENTES
EN LA POBLACION DERECHAHABIENTE DEL I. M. S. S.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN ADMINISTRACION DE
LA ATENCION MEDICA Y HOSPITALES

P R E S E N T A :

Javier de Jesús Cabral Soto

DIRECTOR DE TESIS: DR. JORGE RUIZ DE ESPARZA GARCIA

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1986



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.

I N D I C E

CAPITULO 1

PAGS.

MARCO CONCEPTUAL

1.1	El Proceso de Planeación de la Administración Médica.	6
1.2	La Prestación de los Servicios Médicos a Través de Programas Institucionales.	8
1.2.1	Ejecución y Control de Programas Médicos	9
1.2.2	Relevancia de Avance de los Servicios de Planificación Familiar.	13
1.2.3	Evaluación del Programa de Planificación Familiar.	15
1.3	La Actitud del Personal Médico y su Importancia en la Prestación de los Servicios Médicos.	20
1.3.1	Modelos Epidemiológicos y Niveles de Prevención de las Enfermedades.	22
1.3.2	La Actitud del Personal Médico ante la Causalidad del Daño.	25

CAPITULO 2

ALCANCES Y PROPOSITOS

2.1	El Mejoramiento del Proceso de la Planeación de los Servicios.	28
2.2	Objetivos de la Encuesta.	30
2.3	Hipótesis.	30

CAPITULO 3

METODOLOGIA

3.1	Descripción de la Encuesta de donde se obtuvo la información a analizar.	32
3.2	Análisis de la Prevalencia de Uso de Métodos Anticonceptivos.	36
3.2.1	Distribución de Frecuencias.	39
3.2.2	Análisis de Variables Sociodemográficas y Prevalencia de Uso.	41
3.2.3	Análisis de Variables Sociodemográficas y Tipo de Métodos Anticonceptivos.	42
3.3	Análisis de la Actitud del Personal Médico sobre la causalidad de la enfermedad.	44
3.3.1	Distribución de Frecuencias.	47
3.3.2	Análisis de la opinión mediante la media y desviación standard.	48
3.3.3	Análisis de la opinión mediante la mediana y los cuartiles.	53

CAPITULO 4

RESULTADOS

4.1	Prevalencia de Uso de Anticonceptivos.	56
4.1.1	Introducción.	56
4.1.2	Prevalencia de Uso de Métodos Anticonceptivos.	57
4.1.3	Condiciones Sociodemográficas y Condición de Uso de Métodos Anticonceptivos.	60
4.1.4	Tipo de Métodos Anticonceptivos Utilizados.	63
4.1.5	Medición del Avance del Programa de Planificación Familiar.	66
4.2.	Actitud ante la Causalidad de la Enfermedad.	74
4.2.1	Introducción: La Actitud del Médico ante la Causalidad de la Enfermedad.	74

4.2.2 Actitud sobre las Características Humanas.	75
4.2.3 Actitud sobre el Medio Ambiente.	76
4.2.4 Actitud sobre el Estilo de Vida.	77
4.2.5 Actitud sobre la Organización de Servicios de Salud.	80
4.2.6 Intervención Médica en la Causalidad de la Enfermedad.	86

CONCLUSIONES GENERALES	86
------------------------	----

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Los servicios de salud se enfrentan a la tarea de disminuir los niveles de morbilidad y mortalidad que afectan a la población; para lo cual la administración de la atención médica requiere utilizar técnicas y herramientas administrativas modernas que le permitan lograr los objetivos en una forma más racional y al menor tiempo posible.

En la actualidad el proceso de planeación de la atención médica ha mejorado los procedimientos necesarios para contar con información diagnóstica actualizada y representativa de la población con el propósito de plantear nuevas estrategias o programas que faciliten la prestación y la eficacia de los servicios por parte del personal de salud; y lograr una aceptación mayor de los usuarios al contar con la información necesaria para conocer el avance o evaluar los programas médicos.

Un instrumento moderno que facilita la administración de los servicios médicos es el levantamiento de una encuesta, método que permite obtener información de cierto número de individuos, mediante una muestra de ellos, con objeto de conocer y evaluar el avance de los programas en desarrollo. El proceso administrativo utilizado en los servicios médicos se basa en la administración científica aplicada a diferentes empresas e instituciones; se divide básicamente en cuatro fases dinámicas: planeación, organización, dirección y control-evaluación (1)(2). Para los fines de este trabajo, el interés se centrará en la fase o proceso de planeación, la cual contempla la previsión o determinación del problema y se relaciona con la fase de control a través de la evaluación que se posibilita con la disponi

bilidad de información oportuna y confiable que permite medir, comparar y emitir un juicio de valor relacionado con el desarrollo adecuado o inadecuado de las acciones realizadas en la ejecución de los programas médicos, constituyéndose de esta manera el ciclo evolutivo y dinámico de la administración.

Las técnicas analíticas de la planeación tienen diferentes usos y niveles de profundidad en su desarrollo para explicar la problemática existente. Dentro de la prestación de los servicios de salud, es necesario conocer, entre otros factores, el comportamiento y enfoque que el personal tiene para resolver la demanda de salud. Por otro lado, se requiere contar también con indicadores que permitan valorar el avance de los programas médicos existentes.

Dentro de la compleja interacción y dinámica presentación de los problemas de salud que afectan a la población se pueden elegir, por su alta importancia en el desarrollo de un nivel de salud adecuado, dos aspectos fundamentales que afectan a la prestación de servicios médicos: la actitud, medida a través de la opinión del personal médico familiar sobre la causalidad de las enfermedades de mayor frecuencia que afectan a la población; y la adopción de práctica y distribución de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil como parte de los logros y avances de los programas de planificación familiar.

Son estos dos factores diferentes que desde el punto de vista de la planeación médica constituyen elementos explicativos de la presencia de los daños y del avance actual de los programas médicos y que son utilizados pa

ra diseñar nuevas estrategias o continuar con las establecidas con el fin de resolver la magnitud de la morbilidad y la mortalidad que afecta a la población. Las enfermedades gastrointestinales, la diabetes mellitus, el cáncer cérvico uterino, la hipertensión arterial y la mortalidad perinatal, constituyen el panorama epidemiológico actual de la población mexicana(3). Varios son los estudios epidemiológicos que se han llevado a cabo para analizar estos daños, tanto en lo que se refiere a sus niveles como a su evolución; los grupos étnicos que afecta; la magnitud que presentan en nuestro medio comparados con la de otras regiones así como los factores que favorecen su causalidad. Asimismo, se han desarrollado estudios clínicos básicos con objeto de determinar la etiología principal de dichas enfermedades.

Dentro del proceso de planeación de la prestación de los servicios médicos, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, específicamente en el primer contacto del personal de salud con la población derechohabiente ha surgido la necesidad de conocer el papel de la intervención médica en la población usuaria de los servicios, sobre todo en la etapa prepatogénica de la historia natural de las enfermedades, antes que se presente el daño; cómo y cuándo interactúan una serie de factores personales o características humanas; los factores del medio ambiente y el estilo de vida de la población para que se presenten estas enfermedades. Ello con la finalidad de establecer un diagnóstico de la conducta del médico sobre la causalidad del daño y, en su caso, desarrollar nuevas estrategias de atención para que el personal de salud promueva sus conocimientos y actúe antes que se presente la enfermedad y contribuir de tal forma a disminuir la magnitud de las enfermedades señaladas.

La información obtenida mediante una Encuesta que permita realizar el diagnóstico de la conducta del médico hacia la causalidad del daño, permitirá incorporar al proceso de planeación médica una información adecuada para mejorar el proceso de capacitación y los programas operativos de prestación médica tendientes a lograr una actitud eminentemente preventiva y más eficaz para disminuir los daños.

Por otro lado, ha surgido también la necesidad de contar con información actual de la prevalencia de métodos anticonceptivos en la población usuaria de los servicios médicos de primer nivel del Instituto; esto es, tener una información indicativa del avance del Programa de Planificación Familiar en lo referente a su uso y aceptación de métodos. Esta información es de amplia utilidad pues permite conocer la magnitud en la que el demandante real de la población derechohabiente practica la anticoncepción, ya que en la actualidad sólo se cuenta con los registros cotidianos que permiten conocer el número de aceptantes y usuarias nuevas, mas no su estudio sobre una base de población demandante real de los servicios médicos.

El contar con información sobre la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la población usuaria de los servicios médicos permite enriquecer el proceso de planeación de los mismos y, por ende, lograr más eficazmente los objetivos previstos al utilizar un instrumento técnico de planeación-evaluación de recolección de información, como lo es la encuesta al personal médico de la institución y a las usuarias de los servicios médicos.

En este trabajo se analizará por un lado la actitud del personal médico ante la causalidad de las enfermedades que más afectan a la población y por otro la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la población femenina que asiste a los servicios médicos del primer nivel de atención.

La información disponible se obtuvo de una encuesta realizada al personal médico y a las usuarias de los Servicios Médicos en 1983 por la Jefatura de los Servicios de Medicina Familiar con la colaboración técnica de la Jefatura de los Servicios de Planificación Familiar (31). El análisis actual de los datos constituye el presente trabajo de tesis.

CAPITULO 1

MARCO CONCEPTUAL

1.1 El Proceso de Planeación en la Administración Médica.

La planificación es una etapa de la administración de suma importancia porque incluye la selección entre diversos cursos alternativos de acción - que se basa en la previsión, la cual determina el diagnóstico situacional o el problema existente; fija con precisión lo que va a hacerse o sea el curso concreto de acción que ha de seguirse, estableciendo los principios que habrán de orientarla, la secuencia de las operaciones para realizarlas y la determinación de tiempo y recursos necesarios para su realización(4).

La función exacta de la planificación en salud es recoger información de los desajustes que se están produciendo entre las necesidades de la población; esto es, de qué se enferma y de qué se muere y los recursos para satisfacerlas; y elaborar criterios nacionales para su utilización adecuada, compatibles con las estrategias fijadas por la política de prestación de servicios de la Institución.

La planificación en salud parte de la proposición de que las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud tienen por propósito reducir o evitar el daño que afecta a la población(5). La planificación es - una etapa del proceso administrativo la cual tiene a su vez varias subetapas; diagnóstico de la situación de salud, explicación de la situación, -- pronóstico de la situación, evaluación de la situación, programación, discusión del plan y la toma de decisiones.

Los aspectos más relevantes del proceso de planeación son el diagnóstico de salud y la explicación de la situación prevaleciente; ambos ayudan a la toma de decisiones para establecer un plan en la medida que el administrador los lleva a cabo con instrumentos técnicos actualizados: El proceso diagnóstico permite describir cuantitativa o cualitativamente un problema; cuál es la magnitud o la frecuencia del problema con la cual se va a enfrentar el directivo al destinar una cantidad determinada de recursos para realizar ciertas acciones tendientes a modificar la magnitud del fenómeno encontrado. En este sentido, las técnicas de evaluación permiten la medición de la frecuencia o magnitud de los hechos logrados a través del tiempo y -- compararlos con lo preestablecido o programado y consecuentemente emitir -- un juicio de valor sobre lo observado contra lo esperado. Así, el producto de la evaluación sirve como elemento diagnóstico para replantear o conti-- nuar con los planes; situación que hace conjuntar el ciclo dinámico y constante de la administración, planeación-ejecución-control(6).

La explicación de la situación en el proceso de la planeación es otro elemento importante en la toma de decisiones porque permite analizar cuáles son las causas o qué factores están interrelacionados y en qué magni-- tud para que se presente un efecto. Quizá para la administración de los -- servicios de salud la explicación de la situación o del problema sea uno de los retos más importantes ya que le permite desglosar los factores presentes en la causa del problema; analizando en conjunto o por separado cada factor y la forma de relacionarse. La relación prestación-aceptación de los servicios médicos protagonizada por el personal de salud y los usuarios del servicio conjunta varios factores que la influyen: Dentro del proceso -

de explicación es posible estudiar por separado esta relación y plantear - hipótesis o supuestos que influyen para que no se logren los objetivos de los servicios de salud. En este proyecto se estudia un factor que puede influir en la prestación adecuada de servicios por parte del personal de salud: el enfoque o la actitud que tiene respecto a la causalidad de las enfermedades más prevalentes de la población.

Para establecer el pronóstico de la situación o problemática hay que basarlo en un juego de hipótesis razonables; operantes en un tiempo adecuado, acorde con lo que se ha pensado desarrollar en el plan, ya sea a través de cada una de las actividades o en su conjunto, actividades que al final van a constituir un plan a desarrollarse e implementarse mediante el concurso de los programas médicos.

1.2 La Prestación de los Servicios Médicos a través de Programas Institucionales.

El Plan de Salud surge como una resultante del diagnóstico situacional de la problemática de salud; es la proposición de un conjunto de decisiones articuladas dentro de un modelo de cambio de la situación de salud observada en una área programática y constituye la norma primaria de las acciones a realizar. El Plan de Salud establece también una hipótesis de trabajo -- fundamental en la que se prevén los resultados a alcanzar mediante la realización de un conjunto de actividades producidas por una cierta cantidad de recursos que se aplican de acuerdo con determinadas condiciones de eficacia.

Como una respuesta a las necesidades de salud expresadas y analizadas en las causas de enfermedad y muerte, el Estado, a través de sus expertos

en salud, pretende conjuntar los esfuerzos individuales del personal de salud y establece organizaciones médicas o instituciones de salud a las cuales les encomienda el objetivo principal: mejorar la salud de la población. De esta forma, las instituciones administran y ejecutan sus programas con el fin de lograr un propósito básico. El proceso de planeación médica conduce a la determinación de estos programas, es decir, el conjunto de acciones afines necesarias de acuerdo a las causas del daño; La estructura de los programas obedece entonces al tipo de causas de enfermedad a atender. En el proceso de formulación de programas para prestar u otorgar los servicios médicos a la población se pueden distinguir las siguientes etapas: establecimiento de prioridades; establecimiento de metas de normalización; establecimiento de los niveles de operación expresados en metas de salud; determinación de las actividades y técnicas a realizar; determinación de los instrumentos o recursos necesarios y la búsqueda del balance entre recursos disponibles y requeridos. Finalmente, se concluye con la formulación del plan de salud y el presupuesto global a ejercerse. Por otro lado, se busca la apertura programática, instrumento que responde a la adecuación programática o de recursos afines para evitar o tratar el padecimiento o grupo de padecimientos que cuenten con una causa o factores causales comunes, de manera que los programas médicos constituyen el instrumento administrativo con los cuales se estructura, ejecutan y evalúan los servicios médicos.

1.2.1 Ejecución y Control de los Programas Médicos.

La ejecución del plan médico implica un proceso administrativo dinámico y permanente en el que participan todos los componentes del equipo de salud. De aquí que, por bueno que sea el plan, no será mejor que el perso-

nal que lo va a ejecutar; siempre hay que considerar al factor humano en todo el proceso; su preparación técnica y responsabilidad funcionaría así como la complejidad de las relaciones humanas.

Por otro lado, buena parte del éxito de un plan depende de una adecuada dirección lo cual es responsabilidad del administrador. La dirección es el arte de encauzar todo el proceso administrativo hacia el logro de los objetivos y metas propuestas. La dirección correcta de un plan está muy relacionada con las condiciones personales del administrador y con el conocimiento y el arte de la administración; implica un proceso continuo de decisiones frente a alternativas de supervisión, de evaluación y de investigación(7).

Los programas médicos establecidos en las instituciones de salud deben cumplir los principios y bases de la administración, de tal manera que el proceso dinámico de planear, organizar, dirigir, coordinar y controlarlo - sea llevado a cabo con el fin de alcanzar los objetivos de los programas - médicos: mejorar la salud de la población.

Uno de los retos más importantes con los cuales se enfrenta la administración médica es sin duda el control de los programas. Se entiende por control a una función de la administración que persigue promover el que la ejecución se enmarque en los planes y normas existentes por medio de instrumentos de comparación y el uso de la autoridad correctiva en caso necesario. Mientras más instrumentado se encuentre un programa desde su fase de planeación se hará más evidente la necesidad de controlarlo. Los programas de planificación familiar por su prioridad y determinación política --

son ejemplo de una constante revisión de sus metas, supervisión de la realización de actividades y evaluación de sus logros ya que sus resultados tienen un efecto directo en el crecimiento de la población y principalmente en la salud reproductiva del ser humano.

Así a partir del planteamiento para programar actividades de planificación familiar entre otras actividades médicas, se puede medir el progreso y vigilar su ejecución mediante la adecuación de la operación de las unidades médicas, evitando desviaciones por medio de la aplicación de medidas correctivas; el reajuste de sus metas, de su estructura y organización, -- así como de los procedimientos utilizados para la realización de las actividades.

El proceso del control en la administración médica implica las mismas etapas y principios universales de un sistema de control: la determinación de normas, la medición de lo ejecutado y la corrección de desviaciones.

Determinación de Normas. Para efectos de control del programa médico se establecen indicadores o estándares que permitan la confrontación entre lo programado y lo ejecutado; estos indicadores están referidos a las metas de la planificación y a los procedimientos a ejecutarse.

Medición de lo Ejecutado. Se trata de la función del ente comparador -- ya citado, cuya acción no ocurre sólo al final del proceso, sino también -- importantemente durante el tiempo de la ejecución. El principio es el de predecir el problema para evitar que se produzca o, en su defecto, detectarlo tempranamente para evitar la magnificación del daño.

Corrección de las Desviaciones. El control implica acciones de vigilancia y comparación, en ellas se encierra su función central. Los efectos -- producidos hacen entrar en juego otras funciones de la administración a la planificación, si se deduce necesidad de reajustar las metas; a la organización, si por la información del control se ponen de manifiesto necesidades de cambios estructurales o procedimientos; a la dirección, porque obligará a tomar decisiones sobre diversos aspectos; y a la coordinación, cuando la falla detectada es de este campo. Así, la anterior interacción de -- las funciones básicas reitera que la administración es un sistema integral y que debe ser aplicado como tal a los servicios médicos.

Por otro lado, todos los principios de un sistema de control deben ser tomados en cuenta en los programas médicos. La adecuación debe plantearse de acuerdo con el tipo de institución o empresa de que se trate y de acuerdo con los productos a realizar. En el Programa de Planificación Familiar se tomarán en cuenta el tipo de actividades, el tipo de métodos anticonceptivos promovidos y aplicados, etc., su adecuación al aspecto demográfico y de salud de la población. La oportunidad es un principio que en el Programa de Planificación Familiar recibe importancia capital debido a que por -- los ciclos evolutivos de la reproducción humana es necesario detectar los problemas oportunamente antes de que existan efectos irreversibles. Por último, la predicción constituye un elemento útil para aplicar a tiempo las medidas correctivas requeridas.

El principio de la aplicación de estrategias es muy importante en el -- área materno infantil que cubre el Programa de Planificación Familiar ya -- que existen momentos o acontecimientos críticos; citemos, por ejemplo, las

etapas del posparto y el postaborto o el espacio intergestacional, estados en que el control debe recibir un mayor énfasis puesto que son estos estados los que condicionarán otras actividades y la implementación del programa total. El principio de la objetividad es determinante para evitar confusiones y lo que implica tanto en el aspecto de salud como en el área demográfica. Así, la claridad de los métodos o indicadores de control del Programa de Planificación Familiar deben ser concretamente cuantificables.

El principio de divulgación es quizá uno de los parámetros de continuidad de los programas médicos ya que el conocimiento perfecto de controladores y controlados sobre los objetivos y contenido de la medición que hace el control plantean un desafío de realización y no una condición política de precarios resultados. Finalmente, cabe remarcar el control debe ser flexible ya que éste no se debe a sí mismo, ni a elevar el estatus de quien lo debe ejercer, sino al cumplimiento de los objetivos institucionales.

1.2.2 Relevancia del Avance de los Servicios de Planificación Familiar.

Con el conocimiento pleno, de acuerdo a lo señalado previamente respecto a la utilidad del control y su relación con el proceso de planeación, de que sin evaluación y control de un programa médico la planeación tiende a convertirse a menudo en un ejercicio inútil de elaboración de proyectos que generalmente no culminan en el logro de los objetivos planteados, se ha puesto especial atención en el proceso de evaluación del Programa de Planificación Familiar.

El avance del programa como producto de la evaluación permite sustentar de manera más consistente la toma de decisiones para que un sistema o programa como el de planificación familiar logre el fin predeterminado: mejorar la salud reproductiva y contribuir a la planeación demográfica del país. Dado que la evaluación requiere de información específica para conocer el avance del Programa de Planificación Familiar, es necesario analizar y sintetizar los indicadores que habrán de utilizarse y se debe asegurar que ellos cuenten con los atributos de oportunidad y veracidad necesarios tanto en la parte normativa como en la operativa. La evaluación es parte del proceso de planeación y debe llevarse a cabo durante las diferentes etapas de desarrollo de un programa.

Criterios para evaluar un Programa de Planificación Familiar. Se deben tomar en cuenta las características, propiedades y conceptos de utilidad para determinar si una acción concreta es eficaz o es rentable. Así, los criterios serán: el costo de las acciones, sus beneficios los cuales serán resumidos en el número de aceptantes y en las repercusiones demográficas y de salud sobre la población(B).

Los principales indicadores del avance de los programas de planificación familiar utilizados en la actualidad pueden clasificarse como cuantitativos o cualitativos.

Entre los cuantitativos se pueden citar dos: la cobertura de usuarias activas que es la proporción de usuarias activas en relación con las mujeres en edad fértil de la población adscrita a la unidad médica; otro indicador es el logro de aceptantes; es decir el grado de cumplimiento de las actividades programadas.

Por su parte un indicador cualitativo es la preparación del tipo de métodos utilizados, el cual es sumamente valioso en relación con la calidad del programa respecto a la protección anticonceptiva de la población mediante métodos de mayor eficacia y continuidad y menores efectos indeseables.

De acuerdo a lo señalado en los párrafos precedentes se destaca la relevancia de que los administradores de los servicios de salud conozcan el avance de los programas de planificación familiar. En el campo de la salud reproductiva de la pareja se requiere contar con la información sobre el tipo de métodos anticonceptivos utilizados, mientras que en el campo de la demografía se precisa conocer la distribución y crecimiento de la población de acuerdo a la cantidad de individuos en riesgo de concebir protegidos por métodos anticonceptivos.

1.2.3 Evaluación del Programa de Planificación Familiar.

El avance de los programas de planificación familiar respecto a indicadores cuantitativos y cualitativos es valorado por la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la población derechohabiente. Para conocer el número de aceptantes y usuarias del programa, normalmente se cuenta con el registro administrativo cotidiano que permite conocer cuántas mujeres que acuden a los servicios aceptan la metodología anticonceptiva y qué tipo de método adoptan. Sin embargo, con dicha información no se puede determinar en un momento dado qué porcentaje de la población derechohabiente del INSS que realmente es asistente de los servicios médicos usa métodos anticonceptivos.

Con la información administrativa es posible determinar el logro de las metas del programa, comparando el número de acciones realizadas en relación a la población adscrita a la unidad o respecto a las estimaciones de población asistente a los servicios. Empero, no es posible determinar la prevalencia real de uso de métodos por carecer del dato de la población asistente en un momento dado a los servicios médicos; esto es, el denominador para obtener la prevalencia de uso y así conocer el número de mujeres-unidas que usan métodos anticonceptivos contra el número total de mujeres-asistentes a los servicios médicos del IMSS.

Las ventajas de contar con la información de la prevalencia real de uso de métodos en la población derechohabiente permite comparar la información administrativa del programa y estimar de manera más precisa el uso real de los métodos; asimismo, evaluar el avance obtenido y llevar a cabo la toma informada de decisiones que permiten plantear nuevas alternativas o estrategias de acción. Por otro lado, se analizan también los aspectos operativos y normativos del programa con la finalidad de replantearlos, continuarlos o reafirmarlos de acuerdo al logro del programa. Además, este tipo de información permite realizar proyecciones de necesidades de métodos anticonceptivos y de coberturas teóricas de acuerdo a lo realizado en la población susceptible de ser atendida.

La prevalencia de uso de métodos obtenida a través de una encuesta requiere de seguir una metodología probada no sólo para recolectar la información, sino también debe permitir comparar los indicadores de uso con otras encuestas realizadas a nivel nacional e internacional(9). Para captar las características de las mujeres entrevistadas en relación con su

situación al momento de la entrevista se consideró conveniente clasificarlas de acuerdo con las condiciones de uso de los métodos. Esta variable se dividió en tres categorías.

- Usan: mujeres que declararon estar usando un método anticonceptivo al momento de la entrevista, o que lo usaron en el mes anterior;
- Usaron: mujeres que han usado algún método anticonceptivo, pero no se encontraban en la clasificación anterior;
- Nunca usaron: mujeres que no han usado un método anticonceptivo.

A partir de la primera categoría se captará lo que en las encuestas anteriores se había definido como prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos.

La variable más importante que se capta para las mujeres que usan algún método anticonceptivo es el tipo de método que están utilizando. Esto permite medir la cobertura de uso que tiene el Instituto en la población asistente a los servicios médicos del primer nivel y sobre todo el tipo de métodos para relacionarlo con su preferencia y eficacia anticonceptiva en función del método que estaban utilizando en el momento de la entrevista.

Las mujeres usan métodos anticonceptivos para espaciar o limitar la familia; así, el concepto de limitación implica el saber algo más concreto en relación con el deseo de tener más hijos, es decir, si la mujer declara que usa métodos anticonceptivos para limitar su familia, es evidente que tiene idea de que su etapa reproductiva ha terminado. En cambio, las mujeres que usan métodos para espaciarla, indican el deseo de controlar su período fértil únicamente por cierto tiempo.

Las mujeres que usan métodos anticonceptivos presentan características especiales que las hacen diferentes al resto de la población. Sin embargo, es obvio que esta diferencia no se da en forma aislada en las mujeres: la decisión de evitar los embarazos debe tomarse en un contexto familiar. -- Así, para ver la participación del cónyuge en relación con la planificación familiar, se indagó sobre la persona que consigue o tiene el método que utiliza la pareja.

Por otro lado, aunque las mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos tuvieron ya un primer contacto con la anticoncepción, esto no garantiza que haya sido un método eficaz, por lo cual es necesario indagar acerca del último método utilizado por dichas mujeres.

En la categoría de mujeres que nunca han usado métodos se investiga si usan o usaron algún método ya que las mujeres están en riesgo de concebir; esto permite determinar una parte importante de mujeres que no han tenido contacto con las acciones de planificación familiar o que nunca han usado métodos lo cual significa un reto futuro para mejorar las coberturas y estimar el riesgo de aumento en la fecundidad al no proteger a ciertas mujeres con alto riesgo de concebir.

Con la información obtenida, la administración de los servicios médicos cuenta con indicadores confiables que le permiten determinar el avance de los programas médicos que lleva a la práctica entre los derechohabientes y diseñar así nuevas estrategias de acción y consecuentemente mejorar su proceso de planeación al utilizar instrumentos más adecuados, racionales y modernos que le permitan llevar a cabo una toma de decisiones con mayor pre-

cisión y por ende mejorar la posibilidad de atender la demanda real de los servicios de planificación familiar.

La administración de los servicios médicos se enfrenta a una misión fundamental; mejorar la salud de la población con diferentes métodos, estrategias y acciones planeadas en los programas de atención médica preventiva, curativa y rehabilitatoria encaminadas a disminuir, limitar y prevenir las enfermedades que más afectan a la población. Una de las formas de resolver la situación que prevalece en el aspecto de salud-enfermedad en la población es el conocimiento y análisis de las causas del problema a resolver - para tomarlas como elementos nuevos en la planeación de los servicios médicos y consecuentemente, mejorar el diseño del plan a realizar, la ejecución de los programas y la supervisión de los mismos; y finalmente, evaluar los avances y logros de las acciones que permitan replantear el proceso de administración médica.

La dirección de los servicios médicos, siguiendo este eje de análisis - a través de la observación directa y documentada ha detectado, entre otros problemas de la atención médica, un aspecto fundamental de alta prioridad de acuerdo a su plan de acción: la elevada magnitud de las enfermedades -- que afectan a la población que acude a los servicios médicos, como son: la - gastroenteritis, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cérvico uterino y elevadas tasas de mortalidad perinatal y sus repercusiones. Estos hechos, que incapacitan y provocan la muerte, crean un elevado consumo de recursos y pérdidas humanas que es posible evitar si se actúa en una -- forma más eficaz y preventiva antes de que se lleve a cabo la interrela--- ción de los factores causales del daño.

1.3 La Actitud del Personal Médico y su Importancia en la Prestación de los Servicios Médicos.

El conocimiento de la actitud del personal médico respecto a su intervención profesional para evitar o prevenir las enfermedades es un elemento diagnóstico de suma importancia para la administración de los servicios médicos. Ello porque permite contrastar el aspecto motivacional o conductual de quien realiza las acciones médicas respecto a ciertos enfoques preventivos de intervención médica, esto es, intervenir antes de que los factores considerados como causales de la enfermedad se encuentren presentes ya sea en las características biológicas del individuo, en el medio en que éste se desenvuelve, en su forma de vivir o la manera de utilizar los servicios de salud disponibles.

La actitud del personal de salud medida a través de escalas de actitud permite a la administración médica racionalizar los procesos de capacitación o convencimiento hacia su personal para que acepte los nuevos enfoques de acción sanitaria.

En toda institución de salud la administración de los servicios médicos se enfrenta al reto de disminuir la frecuencia de los daños que afectan a la población. Sin embargo, dentro de la prestación de servicios existen varios factores que pueden condicionar la realización de las acciones médicas destinadas a disminuir o evitar las enfermedades. Por el lado del prestador de servicios, entre otros factores, encontramos principalmente, el conocimiento o capacidad técnica de hacer las tareas médicas y el convencimiento relacionado con el aspecto motivacional ante ciertos enfoques de intervención médica sobre la causalidad de la enfermedad

El aspecto motivacional traducido al enfoque de intervención profesional para evitar el daño es un parámetro que puede ser evaluado por la administración de los servicios médicos a través del conocimiento de la opinión de los médicos respecto a la causalidad del daño medida a través de las actitudes pues éstas son procesos claves para entender las tendencias del individuo en relación a los objetos y valores del mundo externo. Las actitudes en el contexto individual representan un estado mental que es un puente entre estados psicológicos y objetos exteriores. Varios autores señalan que se puede definir a una actitud como una organización durable de procesos motivacionales, emocionales, perceptivos y cognoscitivos con respecto a algún aspecto del mundo del individuo(10).

Las actitudes representan un residuo de la experiencia anterior del sujeto, las actitudes perduran en el sentido que tales residuos son "translados" a nuevas situaciones, pero cambian en la medida en que nuevos residuos son adquiridos a través de experiencias en situaciones nuevas. Las actitudes serían entonces tendencias a actuar con respecto a alguna entidad específica o son la tendencia individual a reaccionar positiva o negativamente a un valor social dado(11).

Los servicios médicos están llevando a la práctica médica diferentes enfoques de atención mediante diferentes estrategias con el propósito de contribuir a lograr el fin de la prestación de los servicios: mejorar los niveles de salud a través del tratamiento y prevención de las enfermedades. El enfoque de riesgo eminentemente preventivo plantea al personal de salud la necesidad de actuar antes de que ocurra la interacción causal de la enfermedad, al identificar los factores de riesgo y actuar en consecuen

cia; sin embargo, este enfoque plantea a la administración de los servicios tener en cuenta la opinión de su personal operativo con el fin de incorporarlo a su esquema rutinario de trabajo mediante el conocimiento y comprensión de estos nuevos enfoques de acción médica(12).

Ante el proyecto de intervención médica eminentemente preventivo, los servicios de salud deben considerar la opinión del personal que participa, ya que por buena que sea técnicamente la estrategia, no será mejor que el personal que la va a ejecutar; es necesario considerar la importancia del factor humano. El recurso más importante de la organización es el hombre; de la eficiencia con que desarrolle sus actividades dependerá en gran medida el cumplimiento de los objetivos de la administración de los servicios de salud. Interesa, por tanto, conocer la opinión del médico respecto a la causalidad del daño para determinar el grado de aceptación o conocimiento - respecto a este enfoque preventivo en la causalidad será posible así incorporar al sistema de planeación médica el diagnóstico de la actitud actual - del personal respecto a la causalidad e implementar los programas de capacitación y operativos que permitan orientar el enfoque médico curativo hacia una intervención más preventiva y consecuentemente, acelerar el proceso de disminución de los daños y mejorar la salud de la población(13).

1.3.1 Modelos Epidemiológicos y Niveles de Prevención de las Enfermedades.

Los factores presentes en la causalidad de la mortalidad perinatal: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Gastroenteritis y Cáncer Cérvico Uterino, se pueden clasificar y analizar mediante el uso de modelos epidemiológicos, los cuales determinan su papel causal y sus formas de relacio-

narse o interactuar para producir la enfermedad y plantear medidas de acción para evitar la presencia del daño. En la actualidad, la epidemiología ha planteado dos modelos de causalidad para explicar la presencia de dos grandes grupos de enfermedades: las infecto-contagiosas y las crónico-degenerativas. El modelo que explica las enfermedades infecciosas comprende la relación o interacción entre el agente infeccioso, el medio ambiente y el huésped o el ser humano(14). El que explica las crónico-degenerativas señala a las características humanas, el medio ambiente, el estilo de vida y la disponibilidad y uso de los servicios de salud(15).

Las enfermedades infecciosas dependen esencialmente de varias características del agente infeccioso, de la persona susceptible y del medio ambiente que los rodea. La presencia y el efecto del agente infeccioso depende de la cantidad, capacidad vital y de su potencial biológico para producir el daño.

El papel del medio ambiente depende de las características físicas y químicas que pueden favorecer el crecimiento de agentes infecciosos o afectar la capacidad de resistencia del hombre hacia agresiones externas e internas. Las características del huésped dependen de su estado biológico de crecimiento y desarrollo y de sus antecedentes genéticos, los cuales se traducen en una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad a los ataques de agentes infecciosos.

Las enfermedades crónico-degenerativas y de causa endógena dependen de las características del individuo; de los factores físicos, químicos y biológicos que se desarrollan en el medio ambiente; de los riesgos propios que el individuo acepta por su estilo de vida y, finalmente, de la disponi

bilidad y uso de los servicios de salud.

Las características humanas se refieren a los componentes básicos del ser humano: la edad, el peso, la talla, los antecedentes genéticos son considerados como factores humanos universales; su normalidad o anormalidad puede favorecer o evitar la interacción con otros factores para que se presenten enfermedades crónico-degenerativas. Los factores del medio ambiente en este modelo se definen como los factores externos al cuerpo humano que no es posible controlar y se subdividen en: físicos, químicos, biológicos y socioeconómicos.

El estilo de vida, o mejor dicho los riesgos autocreados por la manera de ser o vivir del individuo, se pueden subdividir en tres tipos de riesgos: los derivados de la forma de divertirse o recrear la vida, los derivados de los patrones de consumo alimenticio, y los derivados del trabajo u ocupación a que se dedica el individuo. La decisión y voluntad del individuo son elementos de control que puede tener el individuo para evitar o practicar estos riesgos. El sistema de organización de los servicios de salud disponibles se pueden dividir también en tres elementos: curativos, rehabilitativos y preventivos. El sistema por sí mismo consiste en la disponibilidad, calidad y cantidad de los servicios que se llevan a cabo para otorgar la atención de la salud.

La epidemiología se ha consolidado como una disciplina científica que aporta elementos para entender la causa de las enfermedades mediante modelos explicativos y permite al conocimiento médico diseñar acciones específicas de prevención y tratamiento con el propósito de limitar y prevenir el daño(16).

En toda institución de salud la administración de los servicios médicos se enfrenta al reto de disminuir la frecuencia de los daños que afecta a la población que ampara; para ello se han creado programas que se traducen en acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias. La realización de las acciones corresponde a la historia natural de la enfermedad siempre con el propósito de limitar o prevenirla. Sin embargo, dentro de la prestación de servicios existen varios factores que condicionan la realización de las actividades; por el lado del prestador de servicios encontramos principalmente el conocimiento o la capacidad técnica de hacer las tareas médicas y el convencimiento relacionado con el aspecto motivacional ante ciertos enfoques de intervención médica sobre el desarrollo y presencia de la enfermedad.

1.3.2. La Actitud del Personal Médico ante la Causalidad del Daño.

La Administración de los Servicios Médicos considera relevante para el logro de sus programas, el aspecto conductual y humano de su personal como elemento trascendental en la planeación y organización de los servicios a otorgar a la población. Como ya se ha señalado, la importancia del factor humano para la ejecución de los planes; sus motivos personales y actitud hacia un hecho determinado; sus valores y creencias depende una gran parte de la eficiencia con que desarrolle sus actividades encaminadas por la dirección médica. Interesa, entonces, conocer la actitud de la intervención médica ante la causalidad del daño, porque puede ser un factor que retrase o favorezca el máximo aprovechamiento de la potencialidad humana para lograr el objetivo de los programas médicos.

Durante mucho tiempo se ha insistido en los fundamentos administrativos que el factor humano así como su actitud u opinión hacia algún hecho es un

instrumento importante en el éxito de la organización. Desde hace algunos años, y cada vez con mayor insistencia, se da importancia al factor humano estudiando y analizando científicamente el comportamiento del individuo, las características de su personalidad, sus valores y las interrelaciones con otros individuos dentro y fuera del medio de trabajo. - - Existen organizaciones o instituciones que tienen como objetivos los de los individuos que la componen, siendo armónicos, por tanto, sus relaciones y su forma y enfoque de trabajo. No sucede lo mismo en ocasiones en las instituciones de salud a las que llegan médicos de diferentes instituciones académicas; algunos con una especialidad enfocada en aspectos preventivos, otros con un enfoque más tradicional de acuerdo a su experiencia, etc. Sin embargo, es la institución de salud, a través de la administración médica, quien fija los objetivos que habrá de realizar.

El personal médico se incorpora a la institución cuando los planes y programas han sido establecidos y la estructura administrativa y operativa está definida. Pero este personal de salud tiene enfoques de atención médica propios, los cuales pueden no coincidir con lo que persigue la organización o sus cuerpos directivos. Quizá una alternativa de mantener una estrecha coordinación e integración en los enfoques de intervención médica ante la causalidad del daño, residiría en la capacidad de la empresa para conocer la opinión de su personal respecto a ciertos propósitos de acciones institucionales y los valores y elementos con que cuentan para responder o actuar de una forma determinada ante ciertos aspectos laborales.

El conocimiento de la actitud del personal médico ante la causalidad de las enfermedades que más afectan a la población derechohabiente tiene importancia en la administración de los servicios médicos. La comunión de

objetivos se lograría conociendo con mayor precisión la reacción o actitud del personal ante una política de acción nueva y obviamente por la participación del personal de salud en la determinación de los nuevos objetivos - de la institución donde presta sus servicios.

Se obtiene así una mejora en el proceso de planeación médica a través de una identificación, lo más fiable posible, de los objetivos de la institución y los objetivos de los individuos que la componen. El personal de salud dará así un significado personal a su trabajo, brindando una mayor cooperación en general a las actividades desempeñadas.

CAPITULO 2

ALCANCES Y PROPOSITOS DEL ESTUDIO

2.1 El Mejoramiento del Proceso de la Planeación de los Servicios Médicos.

Toda institución de salud cuenta con objetivos definidos hacia el bienestar de los individuos y sus familiares, objetivos que derivan en políticas que favorecen la prestación de los servicios médicos tendientes a mejorar su cobertura y la participación de la población derechohabiente. Estos propósitos responden a una problemática de salud existente que se traduce en índices de morbilidad y mortalidad.

Dentro de la problemática médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, existen todavía elevadas tasas de enfermedades, tanto infecciosas como crónico-degenerativas, tasas que plantean la necesidad de crear nuevas estrategias de acción para disminuirlas en lo posible. Por otro lado, en el proceso de prestación de los servicios se requiere contar con mejores indicadores de evaluación que permitan mejorar la toma de decisiones en lo que respecta al avance y logro de los programas médicos-operativos en desarrollo.

Para el logro de los propósitos señalados, la institución encomienda a la administración de los servicios médicos mejorar el nivel de la salud de la población derechohabiente, de tal forma que el cumplimiento adecuado de esta función administrativa se logra a través del mejoramiento de los procesos o fases de planeación-ejecución-evaluación de la atención médica. -- Sin duda, se podrá mejorar el proceso de planeación mediante la medición -

adecuada de la problemática a resolver, no sólo en forma descriptiva en -- términos de la magnitud; sino también en forma analítica que permita identificar el papel de ciertos factores cuasales interactuantes. Asimismo, el obtener información directa del prestador de servicios respecto a su conducta y actitud para resolver o evitar los daños prevalentes tenderá a favorecer el proceso de planeación médica.

La obtención de la información por medio de una encuesta permite a la - administración médica conocer, mediante instrumentos validados, lo concerniente a dos aspectos fundamentales relacionados con el otorgamiento de -- servicios: primero, la actitud que tiene el personal médico ante la causalidad de las enfermedades que más afectan a su población respecto a su intervención y orientación preventiva o curativa para evitarlas o prevenirlas; y segundo, evaluar qué grado de aceptación de los métodos anticonceptivos existe entre la población usuaria de los servicios médicos del primer nivel de atención.

Asimismo, el obtener dicha información mediante una encuesta planteada y realizada bajo las características metodológicas necesarias, justifica - incorporar estos datos al proceso de la toma de decisiones que lleva a cabo la administración médica. Será posible identificar así las causas que - predisponen la presencia de la problemática médica que afecta a los derechohabientes para que en los planes de capacitación continua y de formación del personal médico y paramédico se remarque la importancia de los factores causales de las enfermedades y la forma en que interactúan entre sí - con el propósito de transformar o cambiar su actitud hacia una disposición más preventiva.

Por otro lado, la información obtenida de esta manera permite ser la base de una comparación futura que señale el avance o el logro de los programas médicos como el de planificación familiar y diseñar o ratificar así, - nuevas alternativas o estrategias operativas para un logro más eficaz de los objetivos. Más aún, esta información permite conocer qué tan eficaz y eficientemente se han desarrollado los programas médicos y qué tanto se pueden modificar o replantear para lograr en una forma más rápida y racional el logro de los objetivos institucionales.

2.2 Objetivos.

Los objetivos de la realización del presente trabajo de tesis son:

- Analizar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y relacionarlo con ciertas variables sociodemográficas en las mujeres asistentes de los servicios médicos de primer nivel del I.M.S.S.
- Analizar la actitud del personal médico sobre la causalidad de las enfermedades que más afectan a la población derechohabiente.

2.3 Hipótesis.

Se espera que la opinión de los médicos sobre las características humanas, el medio ambiente, el estilo de vida y los servicios de salud que influyen en la causalidad de las enfermedades más frecuentes en la población derechohabiente será favorable o totalmente de acuerdo.

Asimismo, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la población derechohabiente es similar a la reportada por las encuestas de prevalencia de uso a nivel nacional.

Una vez analizada la información obtenida en la encuesta, se explica la metodología de análisis para ambos temas; tanto de la prevalencia de anti-conceptivos como de la actitud medida a través de la opinión.

Se describen diferentes estadísticos para la medición de ambos temas y se señalan sus ventajas y desventajas.

En seguida se describen los resultados encontrados a través de un conjunto de tabulaciones, de la condición de uso y las variables sociodemográficas, asimismo, se describe la actitud de los médicos sobre su opinión encontrada desde lo más favorable hasta lo más desfavorable respecto a la causalidad del daño, a través de porcentajes y gráficas de polígonos de frecuencia.

Finalmente, las conclusiones plantean que con este tipo de análisis se puede mejorar el proceso de planeación de los Servicios Médicos.

CAPITULO 3

METODOLOGIA

3.1. Descripción de la Encuesta de donde se obtuvo la información a analizar.

Se realizó por un grupo multidisciplinario el marco teórico del proyecto con el fin de delimitar teóricamente el problema a investigar y señalar las hipótesis correspondientes; asimismo, se procedió a realizar y validar los cuestionarios con los cuales se obtendrá la información necesaria para probar las hipótesis a través de la opinión del personal médico sobre la causalidad de las enfermedades y la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la población que asiste a los servicios médicos del primer nivel de atención.

Por otro lado, se determinó una muestra de las unidades médicas a investigar; para esto, se usó el marco muestral de unidades médicas, realizado por la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar y se definió la población objetivo de la encuesta:

- Médicos que proporcionan atención en Medicina Familiar en las Unidades del I.M.S.S.
- Usuarios de los Servicios de Medicina Familiar que proporciona el I.M.S.S.

El resultado de la primera etapa de muestreo, elaborado centralmente, se le proporcionó a cada coordinador de la atención médica delegacional, ésta fue una lista de unidades médicas en donde se realizaría la entrevista. Se señaló también la entidad, delegación, municipio, localidad, tipo de unidad, número de la unidad, el total de médicos familiares señalados en los catálogos de recursos de este año, el número aproximado y estimado de médicos familiares y de acuerdo a la productividad reciente de usuarios de medi

cina familiar en consulta por un día y por médico se determinó el número aproximado de usuarios a entrevistar por cada médico en muestra.

La selección de la segunda y tercera etapas se llevaron a cabo durante el trabajo de campo por las entrevistadoras, para lo cual se elaboraron las dos hojas previamente señaladas con sus instrumentos respectivos.

- "Hoja de Selección de Médicos Familiares"
- "Hoja de Selección de Usuarios"

Los formularios con los cuales se levantó la información necesaria para satisfacer los objetivos de la investigación se diseñaron mediante dos tipos y los propósitos son diferentes para ambos; por otro lado la encuesta de opinión requirió de un paso previo para su aplicación final; el análisis discriminatorio de los ítems. El diseño del cuestionario para determinar las preguntas de prevalencia de métodos anticonceptivos y qué tipo de métodos se realizó, de acuerdo a los documentos se obtienen las preguntas necesarias en su número, forma y contenido para determinar las tres variables de prevalencia; el uso actual, que alguna vez en su historia reproductiva hayan usado métodos y que nunca han usado.

Para facilitar la capacitación y el control, se efectuó una regionalización de las Delegaciones, cuyas cabeceras estaban en siete ciudades: Ciudad de México, Veracruz, Ver.; Mérida, Yuc.; León, Gto.; Guadalajara, Jal.; - Monterrey, N.L.; y Hermosillo, Son.

Se solicitó a cada delegación un médico coordinador de la atención como responsable del levantamiento, personal de trabajo social, de acuerdo al número de entrevistas a realizar que reunieran ciertas características.

Para cada centro de capacitación se nombró personal de nivel central como coordinadores regionales, los cuales impartieron la capacitación a los coordinadores delegacionales y a las trabajadoras sociales.

Para la ejecución o trabajo de campo se determinó la realización de la investigación a través del personal de trabajo social médico en las diferentes unidades médicas del I.M.S.S. Se responsabilizó al C. Delegado - Estatal del desarrollo de la encuesta; a través del Jefe de Servicios Médicos, el cual asignó a un médico que fue un representante de él y una trabajadora social que se encargó del desarrollo de la encuesta. Se ades tró a cada médico y trabajadora social por cada delegación del Instituto - Mexicano del Seguro Social en una ciudad determinada, por una regionalización del país como se detalló anteriormente para evitar desplazamiento a gran distancia y costos elevados.

Se seleccionó a un grupo de instructores comandados por una responsable del proyecto asignado por la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, los cuales previamente adiestrados se desplazaron a las ciudades seleccionadas, de acuerdo a la regionalización del país y fueron los responsables del adecuado desarrollo de la encuesta en cada región, mediante un programa de supervisión de campo y de adiestramiento de la pareja de médico delegacional y trabajadora social, como se ha señalado anteriormente. La asignación de unidades y de los médicos se determinó previamente bajo el muestreo así como el número de derechohabientes.

Una vez levantada la encuesta de acuerdo a lo programado por las trabajadoras sociales previamente capacitadas, el coordinador delegacional envió a nivel central los formularios, en donde se procedió a realizar la codificación para las preguntas abiertas.

En conjunto con el Departamento de Informática Médica, se diseñaron los programas de captura de la información con los pases y filtros necesarios para controlar la calidad de la información.

Y por último, se presentó ante las Autoridades Médicas del Instituto - los primeros resultados de la información obtenida mediante la encuesta.

Posteriormente, para realizar este trabajo de tesis, se procedió a:

Diseñar nuevos tabulados en base al marco conceptual administrativo para mejorar el proceso de planeación, teniendo en cuenta los objetivos de - análisis, tanto de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, así - como de la actitud del personal médico sobre la causalidad de las enfermedades.

A través del paquete "OSIRIS IV" se realizó todo el trabajo de programación.

Se interpretó y analizó por el autor de la Tesis la información de los tabulados procesados.

Finalmente, se elaboró el trabajo o reporte de presentación de resultados como elemento sustancial de la presente tesis.

3.2. Análisis de la prevalencia de Uso de Métodos Anticonceptivos.

Con la finalidad de determinar en un momento dado la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, es necesario seguir unos lineamientos metodológicos no solo en el análisis de la información, sino en la realización del cuestionario. El tipo de cuestionarios requerido para investigar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos está probado en encuestas de planificación familiar y cumple un aspecto metodológico validado en el campo de la demografía. El análisis de la condición de uso de métodos se describe a continuación:

Uso de métodos anticonceptivos: El análisis de la anticoncepción constituye un aspecto fundamental del estudio de la reproducción humana. Entre las variables explicativas de la reducción de la fecundidad principalmente por el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, el uso de estos métodos se ha cambiado históricamente cuando existen cambios en el orden económico y social. Actualmente, aún cuando no se han precisado las relaciones existentes entre los cambios socioeconómicos y el descenso de la fecundidad mediante el uso de anticonceptivos, México ha demostrado descensos apreciables en la fecundidad en los años setenta, cuando se iniciaron los programas de planificación familiar.

El efecto del Programa de Planificación Familiar sobre la fecundidad es un proceso difícil de analizar por la multiplicidad de datos que se requieren, ya que algunos no figuran en los registros administrativos. La recolección de datos pertinentes para este objeto sólo se puede lograr mediante una encuesta por muestreo.

El esquema utilizado para ayudar a interpretar la información de la Encuesta sobre el Uso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos es sencillo y se basa en tres consideraciones: por una parte se afirma que el uso de métodos anticonceptivos está en función del tipo de información que per

cibe la mujer; el uso de métodos eficientes, además de que las mujeres conozcan el manejo y prevención de nacimientos por medio de estos métodos, - está en función de la disponibilidad o acceso al lugar de abasto; existen patrones de orden cultural que influyen en un mayor o menor control y espaciamiento de los hijos con métodos anticonceptivos, estas consideraciones son la base para elaborar la hipótesis sobre el comportamiento de las mujeres en el uso de métodos anticonceptivos.

Condiciones de uso: Para captar las características de las mujeres entrevistadas en relación con su situación al momento de la entrevista, se consideró conveniente clasificarlas de acuerdo con las condiciones de uso de los métodos. Esta variable se dividió en tres categorías:

Usan: mujeres que declararon estar usando un método anticonceptivo al momento de la entrevista, o que lo usaron en el mes anterior.

Usaron: mujeres que han usado algún método anticonceptivo, pero no se encontraban en la clasificación anterior.

Nunca usaron: mujeres que no han usado un método anticonceptivo.

Con la primera categoría se captará lo que en las encuestas se había de finido con prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos.

Dependiendo de la condición de uso se diseñaron las variables relevantes que permitieron analizar las características que tienen estas mujeres.

Mujeres que usan algún método anticonceptivo: La variable más importante que se captó en esta población es el método que se está utilizando en el último mes a la entrevista y a la fecha actual, esto permite medir la -

cobertura que tiene el servicio médico de la institución y comparar los datos con los obtenidos en registros diarios de la atención médica. Las mujeres usan métodos anticonceptivos para espaciar o limitar la familia. Así, el concepto de limitación implica el saber algo más concreto en relación - con el deseo de tener más hijos, es decir, si la mujer declara que usa métodos anticonceptivos para limitar su familia, es evidente que tiene idea de que su etapa reproductiva ha terminado. En cambio las mujeres que usan métodos para espaciarla, indicarían deseo de prolongar su período fértil - por un tiempo.

Mujeres que usaron algún método anticonceptivo: Las mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos tuvieron ya un primer contacto con la anticoncepción, pero esto no garantiza que haya sido un método eficaz por lo cual es necesario indagar sobre el último método utilizado por estas mujeres. - Sin embargo, es importante conocer las causas por las cuales las mujeres - dejan de utilizar los métodos anticonceptivos; más aún, es necesario investigar qué métodos desearían volver a utilizar y también es importante preguntar por la participación del cónyuge.

Mujeres que nunca usaron métodos anticonceptivos: Como se mencionó anteriormente, los conceptos que se captan para este grupo de mujeres no se -- aplican para las que dijeron no conocer ningún método anticonceptivo, además, en encuestas anteriores se encontró que estas mujeres no habían usado métodos anticonceptivos debido a su estado conyugal; por lo que se decidió eliminar a las que no estuvieran casadas o en unión libre al momento de la entrevista. Estando las mujeres en unión (casadas o en unión libre) más expuestas al riesgo de concebir, es importante indagar los motivos por los - cuales estas mujeres nunca han utilizado algún método(19).

3.2.1 Distribución de Frecuencias.

La medición de la condición de uso de métodos anticonceptivos, corresponde a una colección de datos proporcionados por las personas entrevistadas y capturadas por el sistema de cómputo en cintas en donde se identifica a cada persona entrevistada por un número progresivo de cuestionario y se encuentra la identificación de la entrevistada, además de toda una serie de características recolectadas a lo largo de la entrevista.

El primer elemento de medición en la prevalencia de uso, es la distribución de frecuencia relativa; dicha medición fue utilizada en este trabajo y se define como la frecuencia del valor dividido por el total de frecuencias de todos los valores y se expresa generalmente como porcentaje. La suma de las frecuencias relativas de todos los valores es evidentemente 1 ó 100%. Si las frecuencias se presentan gráficamente ó en cuadros se le denomina: distribución de frecuencias relativas, distribución porcentual ó tabla de frecuencias relativas. Las gráficas que resultan se les denomina histogramas de frecuencias relativas o histogramas porcentuales.

La condición de uso y el porcentaje de mujeres se obtiene de los tabulados de computación solicitados mediante el Programa "OSIRIS IV" en el Programa "TABLES-FRECUENCIES AND ORDER STATISTICS" en la cual se solicita mediante la instrucción "CROSS TABS" el cruce de variables entre la condición de uso (usan, usaron, nunca han usado) y las diferentes variables sociodemográficas ó el tipo de métodos utilizado.

Los tabulados presentan la información de las frecuencias simples en el código correspondiente, el número absoluto de casos (mujeres entrevistadas) y el porcentaje correspondiente al código y el total. Asimismo, las cruces presentan el porcentaje por columna y por renglón y el total de totales.

Dentro del proceso de computación y de acuerdo al instructivo del Programa OSIRIS, si se requieren la estadística como la media, mediana, desviación standard, etc., se ejecuta una instrucción y se obtiene la información.

El trabajo de programación fue realizado por personal especializado al cual se le solicitó, de acuerdo al autor del presente trabajo, en base a la orientación metodológica para determinar la prevalencia de usos de métodos anticonceptivos.

3.2.2 Análisis de Variables Sociodemográficas y Prevalencia de Uso.

Una vez obtenido la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos mediante porcentajes o frecuencias relativas, en el total de las mujeres de 15 a 49 años de edad que asisten a los servicios de Medicina Familiar ó Primer Nivel de Atención, se analizó qué tipo de mujeres son las que usan o no anticonceptivos.

De acuerdo a un marco teórico en el campo de la planificación familiar y de la demografía que sustenta qué grupos de mujeres aceptan el uso de métodos y qué tipo de variables socioeconómicas y demográficas pueden ser explicativas de que usen los métodos; en otras palabras, qué escolaridad o qué tipo de trabajo o qué número de hijos han tenido las mujeres que más aceptan la planificación familiar, con el propósito de describir esta relación encontrada y poder plantear teorías explicativas de qué factores son la causa de que alguna persona decida usar o no métodos anticonceptivos.

El primer paso que se debe realizar para analizar las variables socioeconómicas y demográficas respecto a la condición de uso, es determinar qué tipo de mujeres son y la población a estudiar y porqué. Primero; serán todas las mujeres que son susceptibles de concebir o que se encuentran en edad fértil. Segundo; no todas las mujeres en edad fértil tienen la misma posibilidad en un momento dado de embarazarse; son aquellas que se encuentran unidas o tienen pareja en forma constante, son las más expuestas a concebir, las casadas o en cualquier tipo de unión, las solteras, viudas o separadas salen de nuestra población a estudiar.

Se definió a la condición de uso como la variable dependiente que se relacionó con las siguientes variables independientes: edad, paridad, escolaridad, condición de trabajo y ocupación del compañero.

3.2.3 Análisis de Variables Sociodemográficas y Tipo de Método Anticonceptivo.

Una vez obtenida la prevalencia de uso o el porcentaje de mujeres que usan algún método anticonceptivo; información elemental cuantitativa; se requiere conocer de las mujeres que usan método, cuál es el tipo de método; información cualitativa, de esta forma se puede inferir por un lado, el propósito de uso; para espaciar los nacimientos o para limitarlos o ya no tener más hijos; por otro lado, relacionar la eficacia de los métodos en función de la continuidad de éstos y del logro del objetivo del Programa de Planificación Familiar desde el punto de vista demográfico; disminuir los niveles de fecundidad a través de evitar el número de nacimientos.

Los métodos anticonceptivos se dividen según el propósito, para espaciar los nacimientos o métodos temporales que pueden ser removidos cuando se desee; método de abstinencia periódica, el método de Billings y la curva de temperatura basal. Los métodos de barrera entre los que se encuentran el preservativo, jaleas, óvulos, espumas, el diafragma, el capuchón cervical y esponjas vaginales.

Anticonceptivos hormonales, orales e inyectables y finalmente, los dispositivos intrauterinos.

Para limitar el número de hijos o ya no tener más familia, se cuenta con los métodos definitivos porque son irreversibles, tanto en la mujer como en el hombre; la oclusión tubaria bilateral ó salpingoclasia y la vasectomía parcial bilateral, respectivamente.

Los métodos de mayor eficacia y continuidad, aparte de los definitivos son el dispositivo intrauterino y con una continuidad hasta casi la mitad del tiempo del dispositivo se encuentran los hormonales orales, al igual que con la condición de uso, el cruce de variables socioeconómicas y demográficas con el tipo de métodos nos permiten hacer sugerencias principalmen

te de la eficacia de la anticoncepción y por ende, de lo esperado en cuanto a la disminución de la fecundidad. Los esquemas de métodos utilizados basados en métodos de baja eficacia y continuidad relacionados con mujeres en edad altamente reproductiva o con una paridad determinada, permiten señalar o plantear hipótesis sobre el éxito del Programa.

Los tabulados obtenidos fueron realizados a través del Programa OSIRIS IV con el Programa TABLES y el comando CROSS TABS, relacionando en renglón los métodos anticonceptivos y en columna la variable sociodemográfica y se expresan en distribuciones porcentuales de mujeres que usan el tipo de método anticonceptivo.

3.3. Análisis de la Actitud del Personal Médico sobre la Causalidad de la enfermedad.

Para medir la actitud del personal médico, fue necesario en la realización de la encuesta, llevar a cabo una serie de procedimientos metodológicos que se pueden resumir en tres fases: primero, el tema al que se le quiere medir la actitud a través de la opinión del personal; segundo, la construcción de la escala o determinación del formulario mediante la validación estadística con un "item análisis", ésto es, realizar un formulario de preguntas de opinión validado con pruebas estadísticas para que los items discriminen mejor la opinión encuestada; la prueba de cálculo del poder discriminatorio de cada item, con la t de student, la prueba de cancelación item-test y la prueba del test de la mediana. La prueba que se realizó fue la t de student (21).

Finalmente, el tercero es la aplicación de la escala definitiva a la población objetivo, que en este caso fue el personal médico mediante reactivos o items de opinión, en los cuales se encuentran cinco alternativas de respuestas posibles:

- REACTIVO DE
OPINION:
- (1) Totalmente de acuerdo.
 - (2) De acuerdo.
 - (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 - (4) En desacuerdo.
 - (5) Totalmente en desacuerdo.

A cada reactivo se le asignó un puntaje de acuerdo a la respuesta u opinión señalada por el entrevistado; y fue de 1 a 5, 1 para el que opina totalmente de acuerdo, 3 para el que su opinión es indiferente y así sucesivamente.

Por otro lado, la construcción de los reactivos fue realizada en forma positiva y negativa en relación a la variable, con el fin de controlar los efectos del "Response-Set", ésto es, controlar las pautas de respuesta de aquellos respondientes que tienden a dar respuestas afirmativas o negativas de manera automática.

La captura de la información obtenida fue el número o código correspondiente marcado con una X, de tal forma que al analizarlos fue necesario - convertirlos o estandarizarlos todos en un mismo sentido positivo, con el propósito de poder aplicar las estadísticas de medidas de tendencia central y de dispersión.

Los ítems fueron contruidos de acuerdo al objetivo de conocer cuál es la actitud del médico ante la causalidad de las enfermedades más frecuentes en la población; Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cáncer Cérvico Uterino, Mortalidad Perinatal y Gastroenteritis; como ya se señaló en el marco conceptual, la causalidad se estudió en base a los modelos epidemiológicos que explican las enfermedades crónico-degenerativas y las infecto-contagiosas; así los factores causales se dividieron para el primer tipo de enfermedades en características humanas, medio ambiente, estilo de vida y servicios de salud; para el segundo tipo de enfermedades, se consideró a la tríada ecológica clásica de agente, medio y huésped.

Los ítems contruidos tratan de provocar qué actitud tiene el médico - cuando ciertos factores causales del medio ambiente se combinan con ciertas características y producen una enfermedad en el individuo, por ejemplo: un ítem relacionado con el estilo de vida como factor causal de una enfermedad crónico-degenerativa como la Diabetes, señalaba; los patrones de consumo - personales (estilo de vida) no son factores altamente predisponentes de la

Diabetes Mellitus, a lo cual se le daban opciones de la opinión; ésto es, el médico cree que estos factores producen la enfermedad y se señalaba en diferentes grados de intensidad su opinión, desde lo más positivo o de acuerdo, hasta lo más negativo o en desacuerdo; cabe aclarar, que los ítems se distribuyeron la mitad en forma positiva y negativa, su construcción - como el ejemplo señalado fue en forma negativa.

3.3.1 Distribución de Frecuencias.

Se solicitó las frecuencias relativas por cada reactivo de actitud y por cada elemento del modelo epidemiológico, después se analizó en conjunto todos los reactivos positivos y negativos; previa conversión de los puntajes negativos en positivos.

La distribución de frecuencias o porcentuales de los médicos de acuerdo a su opinión, se presentan en cuadros. .

Se utilizó el paquete de computación OSIRIS IV con el Programa TABLES-FREQUENCIES AND RANK ORDER STATISTICS.

3.3.2 Análisis de la Opinión Mediante la Media y Desviación Standard.

Por cada elemento del modelo epidemiológico, se determinó la medida de tendencia central y de dispersión. Se solicitaron tanto la media como la desviación standard, a pesar de que la Escala de Actitudes mide a nivel ordinal, a la cual es posible aplicarle dichos estadísticos, como a las escalas nominales; sin embargo, no es posible calcular una media o una desviación standard porque no puede hablarse de la actitud media en relación a la causalidad de la enfermedad, ya que se desconoce la distancia o intervalo entre cada categoría, desde el totalmente favorable, hasta el totalmente desfavorable; ya que puede darse el caso de que las respuestas clasificadas en las categorías 1 y 2, sean bastante similares unas de otras (totalmente de acuerdo y de acuerdo), mientras que las que caen en las categorías 4 y 5 (en desacuerdo o totalmente en desacuerdo) sean muy diferentes.

Se señala sin embargo, tanto la media y la desviación standard en el capítulo siguiente y se explica el uso de la mediana y de los cuartiles.

Se presentan ambas medidas y se puede apreciar la diferencia de aplicar un estadístico adecuado, al tipo de variable y a la escala a medir.

Medidas de Tendencia Central. Incluye solamente la media aritmética, la mediana y el modo. Estos promedios indican los valores centrales de observaciones. Sirven para: describir en forma sintética el conjunto de datos: los promedios provenientes de muestras pueden ser utilizados como una buena estimación de los valores parámetros, existiendo para ello una serie de técnicas de estimación a partir de valores muestrales en la estadística inferencial.

La media aritmética, es lo que conocemos familiarmente como promedio, esto es, el resultado de dividir la suma total de todas las mediciones por la cantidad total de casos. La mediana es el punto en la distribución que la divide en dos partes iguales, esto es, por encima de la mediana se encuentra el 50% de los casos y por debajo el otro 50%. El modo es el punto en la distribución que registra la frecuencia máxima. La media aritmética es la más exacta y confiable de las tres medidas.

Ejemplo de media, mediana y modo. El nivel de medición apropiado para cada uno de los niveles es:

nominal modo
ordinal modo, mediana
intervalar o racional modo, mediana, media

Existen algunos casos en los cuales, además del nivel de medición apropiado, es necesario tener en cuenta la forma de la distribución de los datos. En síntesis, se computa la media aritmética cuando: a) Los datos están medidos a nivel intervalar al menos, b) Cuando la distribución es simétrica, aproximadamente normal y unimodal, c) Cuando se van a efectuar cálculos posteriores.

La mediana cuando: a) Los datos están medidos a nivel ordinal al menos, b) Cuando se cuenta con distribuciones incompletas, c) Cuando la distribución es necesariamente asimétrica.

El modo cuando: a) La escala es nominal, b) Cuando se desea conocer el caso más típico.

Medidas de Variabilidad o de Dispersión. Las medidas de tendencia central por sí solas constituyen una información valiosa, pero insuficiente para un análisis de la distribución, necesitando el complemento de lo que se conoce como medidas de variabilidad o de dispersión. Estas medidas indican cómo se distribuyen los valores alrededor de las medidas de tendencia central. Las medidas de variabilidad más importantes son:

Amplitud total (range) que denota simplemente la diferencia entre los valores máximo y mínimo de la distribución;

La amplitud semi-intercuartil (Q) que es la mitad de la amplitud de 50% central de casos;

La desviación media (AD) es la media aritmética de todos los desvíos con relación al promedio, cuando no se toman en consideración los signos algebraicos.

La Desviación standard (σ , d), que es un desvío cuadrático medio, o en términos operacionales la raíz cuadrada de la media aritmética del cuadrado de las desviaciones de cada una de las medidas en relación al promedio aritmético.

Cada una de estas medidas de variabilidad, complementan la información de las medidas de tendencia central. Por ejemplo:

Medida de tendencia central:	Medida de variabilidad:
Modo	Amplitud total
Mediana	Amplitud semiintercuartil
Media	Desviación media-desviación standard

Los valores provenientes de la amplitud total son útiles para tener una idea general del rango de variación en los datos; sin embargo, es poco confiable en la medida que para su cálculo solamente se utilizan dos valores extremos, por lo cual es imprecisa.

La amplitud semintercuartil, complemento de la mediana, es útil como índice de la simetría de la distribución total. En distribuciones perfectamente simétricas el cuartil 1 (Q_1) y el cuartil 3 (Q_3) están a igual distancia del centro de la distribución o mediana (Q_2). Si las distancias son desiguales hay asimetría. En resumen:

Asimetría positiva cuando: $(Q_3 - Q_2) > (Q_2 - Q_1)$

Asimetría negativa cuando: $(Q_3 - Q_2) < (Q_2 - Q_1)$

Asimetría cero cuando: $(Q_3 - Q_2) = (Q_2 - Q_1)$

La desviación media nos informa sobre la magnitud de las desviaciones respecto a la media. Cuando la distribución es normal, aproximadamente 58% de las observaciones caen en el espacio comprendido entre la media aritmética más desviación media y la media aritmética menos una desviación media.

La desviación standard es la medida de variabilidad más exacta y confiable y la más empleada en cálculos posteriores (correlación, varianza, etc.).

La interpretación más común de la desviación standard es idéntica a la que realizamos con la desviación media, esto es, en términos de distribución normal; sumando y restando a la media aritmética una desviación standard debe esperarse que el 68.26% de todos los casos, caiga en esa área de la curva. De esta manera, podemos estimar para una distribución cualquiera cuánto se acerca o se aleja de una distribución normal. Cuando la distribución es muy asimétrica el cálculo de la desviación standard no es conveniente, recomendándose más el cálculo de desviación media o desviación intercuartil (30).

El análisis se realizó mediante el Programa OSIRIS IV, obteniéndose la distribución de frecuencias relativas de cada uno de los reactivos y en el conjunto de los positivos y el conjunto de los negativos, luego la transformación o estandarización de los puntajes en sentido positivo, para determinar por cada elemento del modelo epidemiológico, la opinión a través de distribuciones porcentuales del personal médico y se obtuvo las estadísticas de medidas de tendencia central y de dispersión. La presentación se realizó en cuadros y gráficas y polígonos de frecuencias.

3.3.3 Análisis de la Opinión Mediante la Mediana y los Cuartiles.

La forma más simple de realizar un análisis a nivel de una sola variable, es contando el número de casos en cada categoría, obteniendo la distribución de frecuencia de la variable. Sin embargo, ésta no es del todo interesante, a menos que se efectúen ciertas operaciones estadísticas suplementarias. La naturaleza de estas operaciones dependen del tipo de variable o más estrictamente, del tipo de medida a efectuar. Para la investigación, es útil distinguir tres tipos de medidas: nominales, ordinales y de intervalo.

Como ya se ha señalado, las variables a medir en la escala de actitud se pueden clasificar en las medidas ordinales; éstas se denominan así porque existe una jerarquía entre las diferentes categorías. En otras palabras, la categoría que tiene el número 1, puede considerarse más elevada que la que tiene el número 2, que puede a su vez, considerarse mayor que la que tiene el número 3. Por ejemplo, cuando se busca conocer la opinión con respecto al uso de anticonceptivos, podría utilizarse la siguiente clasificación:

- (1) Totalmente de acuerdo.
- (2) De acuerdo.
- (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
- (4) En desacuerdo.
- (5) Totalmente en desacuerdo.

Los números asignados a las diferentes categorías no sólo permiten distinguir si los elementos están en una misma categoría o en diferentes (como el caso de las variables nominales), sino que además indican un orden jerárquico que va del 1, el cual es igual a alto (totalmente de acuerdo) hasta

el 5 que es igual a bajo (totalmente en desacuerdo).

Las variables ordinales se prestan a las mismas operaciones estadísticas que con las nominales (como la Moda y los porcentajes); pero además, debido al orden jerárquico de los números, es posible el uso de estadísticas como la mediana, el percentil y varias pruebas no paramétricas.

Medidas de intervalo; una variable de intervalo es aquella en la que se conoce la distancia (o intervalo) entre las diferentes categorías. Los números asignados a las diferentes categorías de las variables cuantitativas poseen todas las características de las variables nominales u ordinales, con la característica adicional de poseer una unidad constante de medición entre las diferentes categorías que están igualmente espaciadas. Todas las operaciones estadísticas que es posible realizar con variables nominales u ordinales, también son aplicables a las variables de intervalo, sin ser siempre necesariamente apropiadas para estas últimas. Además de lo anterior, con las variables de intervalo es posible calcular y usar medidas como la media, desviación standard, coeficiente de correlación y muchos otros estadísticos.

Medidas nominales: en las medidas nominales las categorías de la variable difieren unas de otras sólo en cuanto al nombre, en otras palabras, una categoría de la variable no es necesariamente mayor ni menor que otra, la única diferencia reside en el nombre, ejemplo: en el sexo, el investigador asigna el 1 para el hombre y el 2 para la mujer, el único propósito de estos números es distinguir una categoría de la otra.

Como ya se ha señalado, la medición de la actitud se estimó por medio de la distribución de frecuencias en cuanto a distribuciones porcentuales

e incluso se estimaron medidas de tendencia central y dispersión.

Las estadísticas adecuadas a las variables ordinales como es la medición de la actitud, son la mediana y los cuartiles o porcentiles. Se estimó por medio del paquete OSIRIS IV de computación para el grupo de factores causales de las enfermedades ambos índices. Se calculó la actitud del personal médico ante las características humanas, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud.

La mediana de una colección de datos ordenados por magnitud, es el valor medio o la media aritmética de los dos valores medios. Geométricamente, la mediana es el valor de x (abscisa) que corresponde a la vertical que divide un histograma en dos partes de igual área. Este valor de x se denota a veces por \bar{x} .

Cuartiles, Deciles y Percentiles; si una serie de datos se colocan en orden de magnitud, el valor medio (o la medida aritmética de los dos valores medios) que divide al conjunto de datos en dos partes iguales es la mediana. Por extensión de esta idea se puede pensar en aquellos valores que dividen los datos en cuatro partes iguales. Estos valores representados por Q_1 , Q_2 , y Q_3 se llaman primero, segundo y tercer cuartil, respectivamente; el valor de Q_2 es igual al de la mediana.

En las segundas gráficas se presentan tanto los cuartiles como la mediana.

CAPITULO 4

RESULTADOS

4.1 Prevalencia de Uso de Anticonceptivos.

4.1.1 Introducción: El uso de métodos anticonceptivos presenta el análisis hecho de la información captada en la Encuesta realizada a la población de mujeres usuarias de los servicios médicos del primer nivel de atención que se proporciona en las unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. La población usuaria es aquella que asiste con regularidad o por primera vez a consulta con su médico familiar correspondiente; esta población es una parte del total de la población que está adscrita a la unidad; es la población que si hace uso de los servicios médicos al menos una vez al año. La población femenina de 15 a 49 años de edad al momento del levantamiento de la encuesta es la población objeto de estudio. Se hace la siguiente clasificación dado que son mujeres más expuestas al riesgo de concebir.

La condición de uso de métodos anticonceptivos permite que en el análisis se clasifique a las mujeres en tres conjuntos:

1. Usuarías: Son las mujeres que declararon estar usando un método -- anticonceptivo durante el mes anterior al día de la entrevista.
2. Exusuarías: Son las mujeres que han usado algún método anticonceptivo pero no se encontraban en la clasificación anterior.
3. No usuarias: Son las mujeres que nunca han usado un método anticonceptivo.

Para propósito de análisis, el uso de métodos anticonceptivos se entiende como la actitud que tienen las mujeres para evitar la concepción y el nacimiento de hijos, por lo que el aborto inducido es considerado como un método anticonceptivo, ya que si bien no evita la concepción, si evita los nacimientos.

El análisis se hace en función de la condición de uso y la variable socioeconómica o demográfica seleccionada, después se toma al grupo de mujeres usuarias dependiendo de la variable seleccionada y se analiza la distribución porcentual de las mujeres usuarias según el método que utilizan.

4.1.2 Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.

La información disponible para conocer la prevalencia y el tipo de método anticonceptivo utilizado procede de varios estudios realizados en los últimos años; tales como la Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos de 1979, realizada a toda la población de mujeres en edad fértil por la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, de la Encuesta Rural de Planificación Familiar de 1981 realizada por el IMSS y la Encuesta Nacional Demográfica de -- 1982 llevada a cabo por la Secretaría de Gobernación a través del CONAPO. En dichas encuestas es posible conocer el porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos y su relación con características sociodemográficas. En el Instituto se cuenta con los registros cotidianos de actividades del programa que permite conocer el número de mujeres que usan métodos dentro de los servicios de medicina familiar o en los servicios médicos en donde se lleva a cabo una acción de planificación familiar. Sin embargo con la información obtenida en esta encuesta es posible conocer la base poblacional o el universo de referencia, mujeres unidas en edad fértil, lo cual permite elaborar tasas o proporciones de uso que estimen la prevalencia de anticonceptivos de las mujeres derecho habientes usuarias de medicina familiar con el propósito de determinar y comparar el alcance del programa con otras fuentes de información.

Población objetivo:

La población objetivo mujeres de 15 a 49 años se determinó con fines de análisis de prevalencia de uso de anticonceptivos a aquélla que está -- más expuesta a concebir, por lo tanto es una parte del total de mujeres en edad fértil. Según la información de la Encuesta el 88.4% de las mujeres en edad fértil se encuentran dentro de las mujeres a las cuales se les analizará la condición de uso y el tipo de métodos anticonceptivos.

La estructura de la población en edad fértil que acude a los servicios - de medicina familiar independientemente del estado civil, describe un pico importante entre las mujeres de 20 a 29 años de edad, lo que se explica por ser las mujeres que proporcionalmente tienen índices de casamien- to y son las que se encuentran en la parte mas activa de la reproducción y consecuentemente son el grueso de las madres que acuden con sus hijos a consulta, los grupos de edad que se encuentran en los extremos de la - vida reproductiva representan por su condición los porcentajes más bajos ya que no demandan con regularidad los servicios principalmente las de - 15 a 19 años. (Gráfica No. 1)*

El análisis se fundamenta en la siguiente información:

- Total de mujeres derechohabientes en edad fértil.
- Estado civil y condición de uso.

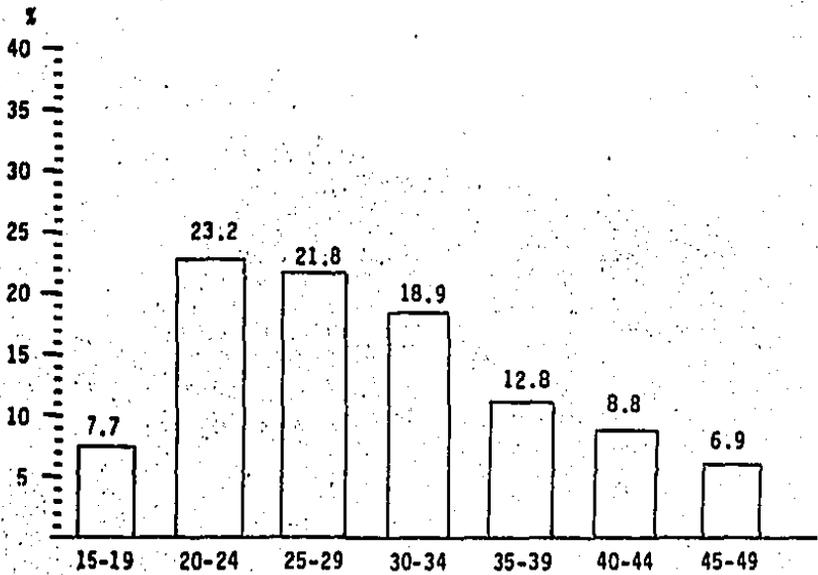
Población objetivo

- Mujeres derechohabientes unidas
- Grupos de edad
- Paridad
- Escolaridad
- Condición de trabajo
- Ocupación del compañero

Condición de Uso
y Tipo de Métodos

GRAFICA 1 *

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDADES DE MUJERES
EN EDAD FERTIL 15 - 49 AÑOS. ENCUESTA MEDICINA FAMILIAR
1983 IMSS



Condición de uso y estado civil.

La proporción de mujeres unidas, como ya se ha señalado es la población - con más probabilidad de concebir y es la población con la cual se analizará la condición de uso, sin embargo, al observar el tipo de estado civil que mas prevalece en la población derechohabiente como se espera; de acuerdo a la adscripción de los trabajadores y obreros los índices de matrimonio son elevados, cerca del 88% de las mujeres están unidas, no así en encuestas - nacionales o a población abierta en la cual este porcentaje disminuye hasta la mitad.

En la condición de uso de las mujeres de 15 a 49 años de acuerdo al estado civil es importante señalar un porcentaje importante de los que nunca usaron de las mujeres unidas, sin embargo, también son las que más usan, por - lo cual el análisis se fundamenta en este grupo de mujeres, no así las que no están unidas y cuyo uso es mínimo como es de esperarse. (Cuadro 1).

A partir de este cuadro, sólo se analizará el 88% de las mujeres derechohabientes en edad fértil y son las mujeres casadas más las de unión libre.

Prevalencia de Uso.

La prevalencia de uso al tiempo de la entrevista, señala que las mujeres - unidas derechohabientes usan ya un método anticonceptivo 5 de cada 10 y que aún 3 de ellas no han usado algún método. La diferencia entre la prevalencia de una población cautiva como es la asegurada, se espera sea mayor que en la población abierta, no solo por la disponibilidad de servicios, sino por la posibilidad de controlar a la población adscrita al médico familiar y por ende a promover y educar más específicamente a la población sobre los programas médicos. La comparación del uso de anticonceptivos entre el total de la población nacional y las mujeres derechohabientes es casi igual. (Cuadro 2).

CUADRO 1

ESTADO CIVIL	CONDICION DE USO			TOTAL
	USAN	USARON	NUNCA USARON	
CASADA (81.3%)	45.8	22.7	31.5	100
UNION LIBRE (7.1%)	39.7	19.0	41.3	100
VIUDA (2.3%)	5.0	7.5	87.5	100
DIVORCIADA O SEPARADA (2.1%)	22.9	11.4	65.7	100
SOLTERA (7.2%)	6.6	7.4	86.0	100

CUADRO 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EN UNION. COMPARACION DE POBLACION ASISTENTE A MEDICINA FAMILIAR. IMSS 1983 Y POBLACION NACIONAL				
MUJERES EN UNION	USAN	USARON	NUNCA USARON	TOTAL
E.N.O. 1982*	47.7	52.3		100
IMSS, 1983	45.3	22.4	32.3	100

* ENCUESTA NACIONAL DEMOGRAFICA, CONAPO. SECRETARIA DE GOBERNACION.

4.1.3 Condiciones sociodemográficas y condición de uso de métodos anticonceptivos.

La aceptación y uso de métodos anticonceptivos en las mujeres derechohabientes y en general todas; está determinado por una serie de factores condicionantes relacionados con la manera de ser de las mujeres y la forma en que conviven y se desarrollan en una sociedad. Las diferentes investigaciones realizadas en el campo de la demografía y de la salud con el propósito de conocer cuáles son los factores propios de los individuos y los de la sociedad en sí que están relacionados o presentes en la decisión de la aceptación y uso de métodos anticonceptivos, han demostrado que existe una asociación significativa entre el uso de métodos y varios factores socioeconómicos y culturales entre los que destacan la escolaridad, la ocupación de la mujer y el tipo de trabajo que desempeña durante su vida reproductiva.

El análisis entre la condición de uso de métodos anticonceptivos permite determinar qué tipo de mujer está aceptando los métodos y plantear hipótesis que expliquen las causas de aceptación; en otros términos permite reconocer qué factores externos y propios del individuo están relacionados con la aceptación de los programas de planificación familiar y no sólo los factores propios de los servicios como son la accesibilidad y la disponibilidad. Esta información permite por tanto mejorar los procesos de diseño y planeación de los servicios de planificación familiar y aportan elementos para incorporar estrategias que permitan obtener un logro más adecuado y a corto plazo al conocer mejor los factores condicionantes de la aceptación de métodos anticonceptivos por parte de la población usuaria.

Edad y condición de uso.

El uso de anticonceptivos en las mujeres derechohabientes en unión presenta variaciones importantes de acuerdo con la edad de las mujeres.

El grupo de mujeres que alcanza un mayor uso es el de 30 a 34 años de edad del cual inicia una disminución paulatina hasta el final de la vida reproductiva, sin embargo, al observar el nunca uso el porcentaje aumenta conforme las mujeres se acercan mas a la posibilidad de que en esta edad los niveles de reproducción expresados en la paridad aumentan considerablemente.

La distribución de la población de mujeres derechohabientes unidas es similar a la total de mujeres señalada en el inicio de los resultados. El grupo de edad menor a los 19 años que representa un grupo de riesgo por la edad en sí para los fines de reproducción llama la atención que la mitad no ha usado métodos y que están en un riesgo, por la unión en sí, para que se embaracen. (Cuadro 3)

Número de hijos y condición de uso.

La condición de uso de métodos anticonceptivos está influida principalmente por el número de hijos ya que una de las principales razones e indicaciones de los métodos anticonceptivos en la vida reproductiva es para espaciar los nacimientos y por tanto disminuir el número de nacimientos o bien para limitar el número de hijos que ya se tuvo y por tanto terminar la vida reproductiva.

El porcentaje mayor de mujeres de acuerdo al número de hijos son aquellas que tienen entre 1 y 4 hijos; dentro del grupo de mujeres con 3 ó más hijos, la condición de uso es aún muy limitada en cuanto al uso ac-

CUADRO 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EN UNION ASISTENTES A MEDICINA FAMILIAR POR GRUPOS DE EDADES Y CONDICION DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. IMSS, 1983.

EDAD	CONDICION DE USO			TOTAL
	USAN	USARON	NUNCA USARON	
15-19 (6.0)*	33.3	16.7	50.0	100
20-24 (22.9)	45.3	22.1	32.6	100
25-29 (22.6)	50.6	23.5	25.9	100
30-34 (20.2)	53.6	21.7	24.7	100
35-39 (13.2)	46.0	26.2	27.8	100
40-44 (8.5)	32.3	18.1	49.6	100
45-49 (6.6)	27.3	25.2	47.5	100

* (%) Por grupo de edad.

tual de anticonceptivos, las mujeres con este número de hijos alcanzan un porcentaje importante en cuanto a que nunca han usado especialmente las que tienen 3 a 4 hijos, esto habla de una alta posibilidad de continuar activamente con la procreación de más hijos a pesar de la amplia disponibilidad de métodos en esta población derechohabiente que sí hace uso de los servicios médicos de primer nivel. (Cuadro 4).

Escolaridad y condición de uso.

Cuando se analiza el nivel de escolaridad de las mujeres que están en unión y que nunca han sido usuarias de métodos es fácil percibir una estrecha relación entre el deseo de no usar métodos anticonceptivos y los bajos niveles de educación a pesar de ser mujeres derechohabientes esposas y compañeras de personas con un trabajo determinado y con posibilidad de acceso a los servicios médicos mayor que la población en general. El porcentaje mayor es para las mujeres con menor escolaridad; sin escolaridad 46.3% y de 1° a 3° de primaria, 46.4%. (Cuadro 5).

La falta de escolaridad impide que se rompa con patrones culturales e inhibe el propósito de usar métodos anticonceptivos, ya que no cuentan con elementos técnicos que les permita reconocer la dinámica de los fenómenos biológicos como la reproducción y la sexualidad; como se observa en el cuadro correspondiente los porcentajes de uso se incrementan hasta dos veces cuando la mujer alcanza una escolaridad mayor.

Condición de trabajo y condición de uso.

La proporción de mujeres que trabajan en una población derechohabiente se espera obviamente mucho menor que el de la población en general, ya que la mayoría de las mujeres son compañeras o esposas de obreros o -- trabajadores asalariados. La condición de trabajo es un factor determi

CUADRO 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EN UNION ASISTENTES A MEDICINA FAMILIAR POR NUMERO DE HIJOS Y CONDICION DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. IMSS, 1983.

HIJOS NACIDOS VIVOS	CONDICION DE USO			TOTAL
	USAN	USARON	NUNCA USARON	
0 HIJOS (5.2)	12.9	25.9	61.2	100
1 - 2 (36.9)	49.7	21.9	28.4	100
3 - 4 (29.1)	52.8	21.8	25.4	100
5 - 6 (15.7)	42.3	28.0	29.7	100
7 Y MAS HIJOS (13.1)	39.8	19.4	40.8	100

CUADRO 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DERECHOHABIENTES UNIDAS POR NIVEL DE ESCOLARIDAD ALCANZADO Y CONDICION DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	CONDICION DE USO			TOTAL
	USAN	USARON	NUNCA USARON	
Sin escolaridad	40.2	13.5	46.3	100
1° a 3° de Prim.	33.8	19.8	46.4	100
4° a 5° de Prim.	34.0	29.2	36.8	100
Primaria Completa	43.8	28.9	27.3	100
1° a 3er. año de Secundaria	55.5	22.6	21.9	100
1 a 4 años de Preparatoria o Normal	48.6	27.8	23.6	100
Profesional	69.1	12.7	18.2	100

Fuente: Encuesta Medicina Familiar IMSS. 1983.

nante para la aceptación y uso de anticonceptivos ya que la mujer requiere de espaciar o limitar la familia en una proporción mayor que las que no lo hacen, ya que las actividades laborales demandan y reducen el tiempo que antes de que la mujer trabajara se dedicaba al manejo y cuidado del hogar.

La diferencia de uso de métodos en este grupo de mujeres derechohabientes es mínima para las que trabajan aunque son las menos 20.8%. esto hace suponer que la comparación por la condición de trabajo en las mujeres derechohabientes no es adecuada (Cuadro 6).

Ocupación del compañero y condición de uso.

La ocupación del compañero es otro indicador que puede explicar la condición de uso de anticonceptivos; como es de esperarse la mayoría de los esposos o compañeros de las mujeres derechohabientes son obreros o empleados, sin embargo es importante conocer la prevalencia de uso en especial de las mujeres de estos trabajadores en las cuales se espera un porcentaje elevado de uso en comparación con aquellas cuyo compañero no trabaja por diferentes causas (Cuadro 7).

El que nunca hayan usado algún método es un indicador importante como se observa en mayor porcentaje en las mujeres de los empleados u obreros a diferencia de las esposas de los que trabajan por su cuenta, eso habla de que aun los logros o aceptación del programa en la población mayoritaria y fundamentalmente del Instituto no se ha alcanzado lo que se esperaba.

4.1.4 Tipo de método anticonceptivo utilizado.

La selección y prescripción del tipo de método debe estar fundamentada en el propósito de uso y en la eficacia anticonceptiva del método. De acuerdo al concepto de espaciar los nacimientos en las edades más jóvenes

CUADRO 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DERECHOHABIENTES UNIDAS, POR CONDICION DE TRABAJO Y DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

CONDICION DE TRABAJO	CONDICION DE USO			TOTAL
	USAN	USARON	NUNCA USARON	
Trabajan (20.8)	45.0	24.6	30.4	100
No Trabajan (79.2)	42.6	23.7	33.7	100

Fuente: Encuesta Medicina Familiar, IMSS 1983.

CUADRO 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EN UNION ASISTENTES A MEDICINA FAMILIAR POR OCUPACION DEL COMPARERO Y CONDICION DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, IMSS, 1983.

OCUPACION DEL COMPARERO*	USAN	CONDICION DE USO		TOTAL
		USARON	NUNCA USARON	
TRABAJA POR CUENTA PROPIA. (10.4)	45.1	28.1	26.8	100
EMPLEADO U OBRERO (88.0)	45.5	22.2	32.3	100
NO TRABAJA (1.6)	39.1	8.7	52.2	100

*COMPARERO DE LA ASISTENTE A MEDICINA FAMILIAR, TANTO ASEGURADA COMO DERECHOHABIENTE.

nes en la vida reproductiva los anticonceptivos ideales serán los temporales locales de bajos efectos indeseables. De acuerdo al concepto de limitar los nacimientos y sobre todo terminar la etapa reproductiva serán los métodos definitivos.

La población de mujeres derechohabientes declaró usar en mayor proporción tanto los anticonceptivos hormonales orales como la oclusión tubaria bilateral seguidas del uso del dispositivo intrauterino (Cuadro 8). Como un punto de referencia para conocer el tipo de métodos utilizados se comparó el tipo de método que la población total usa, y la diferencia se establece en los dispositivos intrauterinos. (Cuadro 9).

Método utilizado por grupos de edades.

El tipo de método utilizado depende en forma muy importante como habíamos señalado del propósito de la anticoncepción. La edad es un factor determinante para la vida reproductiva y marca las perspectivas en cuanto a las tendencias de la fecundidad o la posibilidad de que mientras más temprano (edad de 15 a 19) se inicie la reproducción, más probabilidad hay de tener varios hijos. El análisis de los grupos de edades de acuerdo con el tipo de métodos anticonceptivos se puede realizar al separar en tres grandes grupos de edades a las mujeres en unión y relacionándolas con el objetivo de la anticoncepción.

El primer grupo son las mujeres entre 15 a 20 años de edad, el segundo las mujeres entre los 21 a 34 años y el tercero entre los 35 a los 45 ó 49 años. Para el primer grupo el propósito de la anticoncepción es primeramente espaciar y retardar los nacimientos para lo cual los métodos ideales son el dispositivo intrauterino, luego los hormonales orales y como última opción los locales. Para el segundo grupo los métodos ideales son los relacionados con el espaciamiento y limitación del número -

CUADRO 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EN UNION ASISTENTES A MEDICINA FAMILIAR POR METODO UTILIZADO. IMSS, 1983.

METODO	MUJERES
O.T.B.	28.0
VASECTOMIA	1.0
PASTILLAS	28.0
INYECCIONES	5.6
DISPOSITIVO	26.2
METODOS LOCALES	2.6
PRESERVATIVO	5.3
ABORTO PROVOCADO	0.3
RITMO	2.2
RETIRO	0.8
TOTAL	100.0

CUADRO 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EN UNION, POR TIPO DE METODO UTILIZADO. COMPARACION: POBLACION NACIONAL E.N.D., 1982. POBLACION ASISTENTE A MEDICINA FAMILIAR. IMSS, 1983.

METODO	END.1982*	IMSS.1983
PASTILLAS	29.7	28.0
DISPOSITIVO	13.8	26.2
O.T.B.	28.1	28.0
VASECTOMIA	0.7	1.0
INYECCIONES	10.6	5.6
METODOS LOCALES	4.1	2.6
METODOS TRADICIONALES	13.0	-
OTROS	1.1	-
PRESERVATIVOS	-	5.3
RITMO	-	2.2
RETIRO	-	0.8
ABORTO PROVOCADO	-	0.3
TOTAL	100.0	100.0

*ENCUESTA NACIONAL DEMOGRAFICA, CONAPO. SECRETARIA DE GOBERNACION.

de hijos, éste último mientras más se acerque a edades mayores y obviamente la paridad esté satisfecha; los métodos son los dispositivos intrauterinos y los métodos definitivos para la pareja. Para el tercer grupo salvo en casos especiales los métodos utilizados son ya para limitar el número de la familia y por ende terminar el período reproductivo; los métodos definitivos para ambos son los ideales. El aborto provocado no es un método permitido en nuestra sociedad sin embargo hubo una mujer que declaró tal hecho en el grupo de 20 a 24 años. (Cuadro 10).

Método utilizado y nivel de escolaridad.

La escolaridad como ya se ha señalado es una variable determinante en la aceptación de métodos anticonceptivos, los conocimientos adecuados para comprender los aspectos biológicos de la reproducción y sobre todo conocer los mecanismos de acción y los efectos colaterales que pueden tener los anticonceptivos; provienen de fuentes de información formales e informales de la educación; es evidente que a mayor grado de escolaridad mayor capacidad de comprensión de los fenómenos biológicos. Al comparar la distribución del tipo de métodos que aceptan las mujeres sin escolaridad, con nivel de primaria y profesional observamos que la estructura de los métodos cambia considerablemente, llama la atención la frecuencia mayor de oclusión tubaria en las mujeres sin escolaridad; pero se puede señalar que es el método seleccionado por muchas mujeres que ya terminan su vida reproductiva y por tanto son los que menos oportunidad tuvieron de asistir a la escuela, sin embargo se observa la diferencia entre este método y la aceptación de pastillas y dispositivos, esto es más evidente en el grupo de primaria completa en la cual la diferencia entre la oclusión y el dispositivo es casi similar. (Cuadro 11).

CUADRO 10

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DERECHOHABIENTES UNIDAS
USUARIAS POR GRUPOS DE EDADES Y METODO ANTICONCEPTIVO.

METODO	GRUPOS DE EDAD							
	15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
O.T.B.	28.0	0.0	3.7	27.2	36.5	46.4	47.3	60.3
VASECTOMIA	1.0	1.6	0.3	0.0	0.0	6.9	1.4	0.0
PASTILLAS	28.0	60.7	39.0	31.8	18.9	16.8	15.9	11.8
INYECCIONES	5.6	6.6	9.3	6.8	3.9	4.4	0.0	10.3
D.I.U.	26.2	27.9	33.4	30.7	28.3	9.9	15.8	2.9
LOCALES	2.6	0.0	2.2	0.0	2.8	7.4	6.8	11.8
PRESERVATIVO	5.3	3.2	8.4	1.7	5.8	6.4	2.4	0.0
ABORTO P.	0.3	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
RITMO	2.2	0.0	1.9	1.3	1.9	1.8	10.4	2.9
RETIRO	0.8	0.0	0.4	0.5	1.9	0.0	0.0	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta Medicina Familiar, IMSS, 1983.

CUADRO 11

TIPO DE METODO	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DERECHAHABIENTES UNIDAS USUARIAS POR ESCOLARIDAD Y TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO						
	N I V E L D E E S C O L A R I D A D						
	SIN ESCOLARIDAD	1o. A 3o. DE PRIMARIA	4o. A 5o. DE PRIMARIA	PRIMARIA COMPLETA	1o. A 3o. DE SECUNDARIA	1o. A 4o. DE PREPARATORIA O NORMAL	PROFESIONAL
O.T.B.	35.9	31.6	32.7	24.7	26.5	22.2	22.3
VASECTOMIA	0.9	2.4	4.7	0.4	0.0	0.0	0.0
PASTILLAS	25.5	25.9	28.0	32.2	24.5	26.9	30.2
INYECCIONES	4.7	7.9	8.0	3.8	7.4	4.7	0.0
D.I.U.	20.4	24.7	13.3	26.9	33.6	26.9	26.3
LOCALES	4.9	2.8	2.0	0.8	2.8	0.0	13.3
PRESERVATIVO	3.4	3.9	6.0	9.8	1.1	1.7	6.6
ABORTO P.	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0
RITMO	3.4	0.4	4.0	1.4	1.9	9.7	1.3
RETIRO	0.9	0.4	1.3	0.0	0.8	7.9	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta Medicina Familiar IMSS. 1983.

Método utilizado y condición de trabajo.

La condición de trabajo de la mujer derechohabiente no permite tener - importantes conclusiones de acuerdo al método utilizado ya que como se señaló anteriormente el gran porcentaje de ellas no trabaja por ser -- las compañeras y esposas de los obreros, la fuerza laboral que constituye el grueso de la población asegurada.

Es evidente que los porcentajes de uso de los diferentes tipos de métodos son mayores en las mujeres derechohabientes que no trabajan.

(Cuadro 12).

4.1.5 Medición del avance del Programa de Planificación Familiar.

El Programa de Planificación Familiar es una serie de acciones orientadas a proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud, el desarrollo demográfico y el bienestar familiar y comunitario cuyos objetivos dirigidos a nivel familiar son:

- Procurar el mejoramiento de la calidad de vida de las familias.
- Promover una actitud participante y voluntaria de los individuos y las familias para el desarrollo de su propia vida y comunidad.
- Producir, a partir de la práctica de la planificación familiar y de la adecuada información al respecto, una verdadera paternidad responsable antes y después de la procreación que sea voluntaria y de decisión libre sobre el número de hijos a concebir y espaciar entre ellos con pleno respeto a la dignidad de la pareja.
- Promover el uso de métodos anticonceptivos para una regulación eficaz de la fecundidad mediante productos adecuados e inocuos para la salud de las usuarias en concordancia con sus características de --

CUADRO 12

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EN UNION; ASISTENTES A MEDICINA FAMILIAR POR CONDICION DE TRABAJO Y METODO UTILIZADO. IMSS, 1983.

METODO ANTICONCEPTIVO	CONDICION DE TRABAJO		TOTAL
	TRABAJA (21.3)	NO TRABAJA (78.7)	
O.T.B. (28.0)	23.0	77.0	100
VASECTOMIA (1.0)	14.3	85.7	100
PASTILLAS (28.0)	20.3	79.7	100
INYECCIONES (5.6)	33.3	66.7	100
DISPOSITIVO (26.2)	23.1	76.9	100
MET. LOCALES (2.6)	22.2	77.8	100
PRESERVATIVO (5.3)	22.6	77.4	100
ABORTO PROVOCADO (0.3)	-	100.0	100
RITMO (2.2)	25.0	75.0	100
RETIRO (0.8)	14.3	85.7	100

edad, paridad, condiciones de vida y preferencias en su demanda.

- Lograr que el crecimiento demográfico sea armónico con el proceso de desarrollo socioeconómico, mediante la regulación de las tasas de natalidad y el abatimiento de la morbilidad y mortalidad materno-infantil.
- Favorecer el mejoramiento de las condiciones de salud biopsicosociales y promover el sentido comunitario de las familias.

Desde el punto de vista demográfico, no puede desconocerse que la planificación familiar es uno de los instrumentos principales de la regulación de la fecundidad y que por lo tanto incide sobre el factor más importante del crecimiento de la población: la natalidad. Por ello, los programas de planificación familiar deben tener una adecuada correspondencia con las metas de regulación demográfica, derivadas de la política de población del país.

Desde el punto de vista del desarrollo familiar y comunitario, la planificación familiar debe tener un sentido esencialmente cualitativo, en función del mejoramiento de la calidad de vida de la familia y de su comunidad, intrínsecamente vinculada, por lo tanto, a la lucha del núcleo familiar por su subsistencia; al ideal de tamaño familiar; al valor moral de la paternidad responsable, antes, durante y después de cada embarazo; al de la madurez de la conducta sexual; al de la integración y desarrollo de la pareja humana; al del mejoramiento del status de la mujer; al del trabajo, ingreso y seguridad socioeconómica de la familia; al de la educación adecuada de los hijos, y sobre todo, al mejoramiento de las relaciones personales y grupales familiares e interfamiliares.

Respecto a los logros evidentes de las acciones de planificación familiar en nuestro país, el descenso continuado en los niveles de fecundidad demuestra que el número medio de hijos que la mujer mexicana procreaba en 1976 era de 5.4 y para 1979 disminuyó a 4.6. La tasa bruta de natalidad que hasta 1970 se mantuvo por encima de 40 nacimientos por cada 1000 habitantes, se redujo en 1980 a 33.0, de tal manera que la tasa de crecimiento natural anual de la población llegó en este último año alrededor del 2%. El rumbo demográfico del país se modificó en forma importante e irreversible de tal manera que el volumen de 126 millones de habitantes estimado para el año 2000, en caso de no haberse realizado los programas de planificación familiar, se reducirá a 109 ó a 100 millones, dependiendo de la amplitud y la intensidad del esfuerzo que se realice en la continuación de estas actividades hasta finales de siglo. ⁽²⁸⁾

Debe tenerse presente sin embargo, que el mayor impacto de los programas de planificación familiar se ha dado en las clases medias y obreras urbanas (derechohabientes del régimen ordinario) y en los grupos sociales en mejores condiciones económicas en el medio rural. El nivel de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres alguna vez unidas, cambió en el promedio nacional del 29.5% en 1976 al 35.3% en 1979; en el medio metropolitano varió del 43% al 49%, en tanto que en el medio rural aumentó del 16.5% al 25.5%. De igual modo, la proporción de mujeres entrevistadas en 1979 que nunca habían utilizado algún método anticonceptivo, fué de 64% en el medio rural, 39% en el medio urbano y 34% en las áreas metropolitanas. ⁽²⁹⁾

Como parte del proceso programación-evaluación-información el programa

de planificación familiar lleva a cabo los sistemas de información que le permitan obtener datos congruentes y uniformes de las actividades realizadas y los logros alcanzados y con ello mejorar tanto el proceso de programación como de evaluación con la finalidad de alcanzar las metas propuestas como parte de la política nacional de población. Los sistemas de información elemento fundamental de la evaluación consisten en; registros administrativos cotidianos en las unidades médicas y encuestas y estudios especiales.

Respecto al análisis estadístico de los datos básicos de los sistemas institucionales administrativos se incluye: Logros de aceptantes y de usuarias activas, en cifras absolutas y en relación con las metas anuales establecidas en cada institución y en el plan nacional, tanto en el régimen ordinario como en el solidariohabiente y la distribución de las nuevas usuarias del programa y por tipo de método.

En las encuestas y estudios especiales se obtienen: Los patrones de conocimiento, uso y no uso de métodos anticonceptivos en la población femenina de 15 a 49 años y las características socioeconómicas de la población, los niveles de fecundidad, fuente de obtención de los anticonceptivos, la determinación de los niveles de mortalidad y algún otro módulo especial de información como el de mortalidad infantil y la atención materno-infantil.

La realización de la encuesta a la población derechohabiente que asiste a los servicios médicos de primer nivel permitió en un corte transversal obtener datos sobre la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y asociarla a ciertas variables sociodemográficas; las ventajas

de esta información son evidentes al poder cuantificar o medir en un momento dado una de las acciones más trascendentes para el logro de los objetivos del programa de planificación familiar:

Los resultados nos demuestran que la estructura de la población demandante es similar a la esperada en cuanto a que los grupos extremos de las mujeres en edad fértil son las menos demandantes, no así las mujeres entre los 20 a 24 años las cuales están en plena etapa reproductiva y son las que mayor probabilidad de demanda de servicio por atención prenatal o atención para su hijo en la vigilancia del crecimiento y desarrollo o en la alta susceptibilidad a las enfermedades infecciosas debidas al mal saneamiento del medio como es la gastroenteritis y las enfermedades respiratorias características en la población infantil.

El grupo de mujeres derechohabientes por su relación con el grupo obrero o trabajadores asalariados demuestra que un gran porcentaje de ellas están unidas y que el análisis en cuanto a la condición de uso es congruente porque mide el uso en las mujeres más expuestas a concebir. La prevalencia de uso es aparentemente similar entre las mujeres derechohabientes y la población total del país.

En cuanto a las variables sociodemográficas se puede señalar que existe una relación esperada entre la edad, paridad, escolaridad y condición de trabajo de las mujeres así como la ocupación del compañero y el uso de métodos anticonceptivos; sin embargo cabe destacar que existe un alto porcentaje de ellas que nunca han usado algún método y como se ha señalado anteriormente; por las características de una población accesible y cautiva es factible mejorar la prevalencia de uso y sobre

todo mejorar la estructura del tipo de métodos de acuerdo a la salud reproductiva de las mujeres derechohabientes.

La distribución de los métodos anticonceptivos es sensiblemente diferente al nacional con franca tendencia a mejorar en el tipo de método seleccionado en función de su inocuidad para la salud materno-infantil y de acuerdo a sus tasas de continuidad en función de la eficacia del método anticonceptivo, asimismo cada vez es menor la proporción de métodos locales y temporales que no permiten obtener un logro adecuado o una repercusión importante en los niveles de fecundidad de la población derechohabiente.

Las variaciones en el nivel de fecundidad de una población se pueden estudiar a través de aquellas variables que se asocian más directamente con la fecundidad: uniones maritales y otras formas de convivencia, frecuencia de relaciones sexuales dentro de la unión, control voluntario de los nacimientos, uso de métodos anticonceptivos, lactancia, aborto espontáneo o inducido.

Para estimar los niveles y tendencias de la fecundidad se usan las tasas específicas de fecundidad las cuales determinan las frecuencias de nacimientos que ocurren en un año determinado por cada 1000 mujeres en cada uno de los grupos de edad de reproducción (15 a 49 años).

Para efectos de análisis se separan a dos grupos de variables; las que se deben a un inicio conyugal y los relacionados con el comportamiento dentro de la vida marital, así podemos aislar el peso real de las uniones tempranas y el peso que tiene la regulación de los nacimientos (métodos anticonceptivos) en la determinación del nivel total de la fecundidad en una población.

El uso de métodos anticonceptivos es un elemento determinante que influye en la fecundidad marital. Existe una relación inversamente proporcional entre el uso de métodos anticonceptivos y el nivel de fecundidad marital, esta relación se debe a que los niveles de fecundidad tienen efectos sobre la natalidad y por ende sobre la tasa de crecimiento natural de la población.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la población derechohabiente alcanza cifras similares a las obtenidas a nivel nacional, sin embargo existe una proporción importante de mujeres que nunca han usado algún método, se estima que los niveles de fecundidad de acuerdo a la prevalencia de uso existente es de 4 a 5 hijos por mujer; sin embargo debido a las características de la población derechohabiente, -- los servicios médicos todavía tienen un amplio margen de acción en --- cuanto a cobertura y prevalencia de métodos, además de mejorar la estructura del tipo de métodos usados; esto es, utilizar métodos inocuos para la salud, de alta eficacia y de alta continuidad; como se observa ya en las diferentes estructuras del tipo de métodos en la población total y la población derechohabiente; existe entonces una tendencia al cambio de métodos hormonales hacia el dispositivo y cada vez menos uso de métodos locales de poca eficacia.

Así los cambios cuantitativos en la fecundidad y en el uso de los métodos anticonceptivos, ponen de manifiesto un hecho de extraordinaria importancia romper la inercia social de alta fecundidad, que había prevalecido en nuestro país durante muchos años e introducir la planificación familiar como una práctica aceptada socialmente, a pesar de que hasta - fechas relativamente recientes, era causa de gran controversia y motivo

de rechazo por parte de amplios sectores de la población.

La información obtenida por las encuestas constituye un enriquecimiento de datos para el proceso de planeación de los servicios médicos ya que proporciona varios elementos que no es posible obtener en fuentes cotidianas administrativas y sirve de referencia para determinar varios indicadores sociodemográficos de la población derechohabiente los cuales constituyen las bases adecuadas para una planeación más racional de la población que acude realmente a los servicios médicos del primer nivel.

4.2 Actitud ante la causalidad de la enfermedad.

4.2.1 Introducción: La actitud del médico ante la causalidad de la enfermedad.

De acuerdo a los modelos Epidemiológicos descritos en el marco conceptual en la sección de la actitud del personal médico y su importancia -- en la prestación de los servicios médicos, se investigó la opinión que -- los médicos familiares tienen sobre los diferentes factores del modelo -- epidemiológico que explica la presencia de los daños que afectan en mayor frecuencia a la población derechohabiente. Los factores causales son las características humanas, propias del individuo, el medio ambiente en donde se desarrolla, la manera de ser o el estilo de vida que lleva a -- cabo el individuo caracterizado por sus patrones de consumo o alimentación, el tipo de ocupación o trabajo que desarrolla y sus actividades re creativas, y la disponibilidad de los servicios de salud.

La opinión explorada pretende determinar o conocer cuál es la actitud -- del médico, sobre la causalidad de las enfermedades más frecuentes como son, la Gastroenteritis, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cán-- cer Cérvico Uterino y las diferentes causas de daño perinatal, con el -- propósito de establecer su posición o reacción de acuerdo a su intervención o acción médica; esto es, conocer cuál es su enfoque de acción mé-- dica; específicamente explorar si su actitud está de acuerdo en relación a una intervención eminentemente preventiva o no, ya que su actitud como médico se relacionará a los factores causales del daño cuando estén presentes o interactuando entre ellos para provocar la enfermedad, y por -- tanto relacionar su actitud médica con la presencia del daño.

El análisis de la opinión se investigó de acuerdo a la escala de actitudes previamente validada a través de reactivos construidos en forma posi

tiva o negativa relacionados con los factores causales del modelo epidemiológico.

La opinión de los médicos familiares respecto a la influencia de las características humanas en la presencia de las enfermedades descritas se exploró con un reactivo positivo y tres negativos; la opinión sobre la influencia del medio ambiente con tres positivos y dos negativos; el estilo de vida, un positivo y tres negativos y finalmente la organización de servicios de salud con siete positivos y cuatro negativos. La opinión sobre cada uno de los elementos del modelo epidemiológico se de terminó al conjuntar los reactivos positivos y negativos invirtiendo la escala, tomando como punto neutral de la actitud ni a favor ni en contra como el punto 3 del código de los reactivos.

4.2.2 Actitud sobre las características humanas.

La actitud medida a través de la opinión permite determinar un síntoma de la tendencia a actuar de un individuo con respecto a alguna entidad específica o es la tendencia individual o reaccionar, positiva o negativamente a un valor social dado. La escala de actitudes construida permite conocer la tendencia a actuar como médico ante el hecho de que existan ciertos factores causales o de riesgo de las enfermedades ya mencionadas. Las características humanas son los factores biológicos propios del individuo con determinación universal y constituyen el reflejo de la capacidad del individuo a enfrentarse a agentes externos; la edad, el peso, la talla y el sexo son características humanas que pueden de-terminar, causar o favorecer que exista o se presente un daño o una enfermedad en un momento dado y en un lugar o medio ambiente determinado.

La actitud que tiene el médico respecto al papel causal de las características humanas en la presencia de la enfermedad; de acuerdo al grupo de reactivo positivo la opinión es favorable para la mayoría de los médicos aunque no es marcadamente de acuerdo (Cuadro 1). Los reactivos negativos contruñdos para contrarrestar los positivos señalan que la opinión de los médicos corresponde a que las características humanas sí están relacionadas con la presencia de la enfermedad especialmente en los dos últimos reactivos; aunque también la opinión no es totalmente marcada a una posición. (Cuadro 2).

Al conjuntar todos los reactivos observamos que la opinión general tiene las mismas características; es favorable (Cuadro 3), lo que señala que la actitud esperada de los médicos sobre los factores biológicos propios del individuo es positiva en casi el 80% de los médicos; lo que puede señalar que el personal sí está conciente de la relación causal de estos factores en el daño y por tanto se espera que sus acciones tanto de promoción como de curación tiendan a recomendar a sus pacientes que eviten la presencia o la interacción de estos factores y así poder contribuir a la disminución de ciertas enfermedades. (Gráfica 1).

4.2.3 Actitud sobre el medio ambiente.

El medio ambiente comprende en este modelo epidemiológico todos los factores físicos, químicos, biológicos y culturales externos al ser humano con los cuales convive y se rodea o puede estar en contacto en un momento dado, cada uno de los factores del medio ambiente tiene sus características propias relacionadas con la potencialidad de producir o favorecer el crecimiento de un agente patógeno y por tanto lesionar al individuo.

CUADRO 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEDICOS FAMILIARES Y SU OPINION SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS HUMANAS EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES

	O P I N I O N					
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	NI de Acuerdo NI en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
El sexo, la talla y la edad se deben identificar y valorar como factores de riesgo en las enfermedades.	30.4	52.9	6.7	7.5	2.5	100.0

CUADRO 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEDICOS FAMILIARES Y SU OPINION SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS HUMANAS EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES

O P I N I O N

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
La edad del individuo por si sola es determinante para la presencia de enfermedades.	21.8	32.9	11.8	25.9	7.6	100.0
La disminucion de la Diabetes no debe relacionarse con la presencia de antecedentes hereditarios diabeticos.	5.4	12.4	4.6	44.4	33.2	100.0
Para disminuir la incidencia de las enfermedades no se debe tomar en cuenta las caracterfsticas humanas del individuo.	4.4	9.5	4.4	55.3	26.4	100.0

CUADRO 3

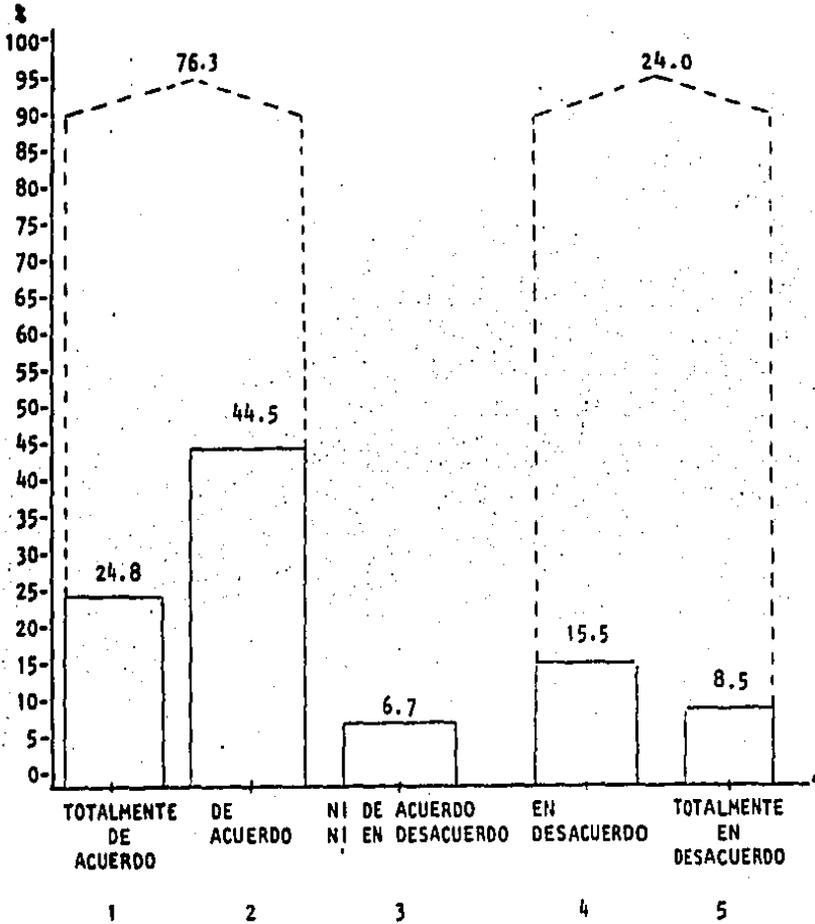
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEDICOS FAMILIARES Y SU OPINION SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS HUMANAS EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES

O P I N I O N

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Opinión de la influencia de las características humanas en la presencia de las enfermedades.	24.8	44.5	6.7	15.5	8.5	100.0

GRAFICA 1

OPINION DE LOS MEDICOS SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS HUMANAS EN LA PRESENCIA DE LAS ENFERMEDADES



N. 833

Media \bar{X} : 2.38

Desviación Standard 1.24

Moda 2

La actitud que el médico tiene respecto a los factores del medio ambiente en la causalidad de la enfermedad es favorable o están de acuerdo -- cuando se señala específicamente la escolaridad del individuo, sin embargo cuando se refiere en relación a otros factores del medio, la opinión cambia a desfavorable o negativa (Cuadro 4). En los reactivos construidos en forma negativa la opinión del personal médico está bien definida y es favorable respecto al papel de los diferentes factores del -- medio ambiente (Cuadro 5).

La actitud total de los médicos respecto al papel causal que los factores propios del medio ambiente, donde se desarrolla el individuo es favorable aunque no bien definida para la mayoría de ellos, sin embargo, el 30% de los médicos señala no estar de acuerdo que el medio ambiente influye en la presencia de las enfermedades (Cuadro 6). La actitud del médico ante los factores del medio ambiente es muy significativa ya que la controversia entre los enfoques biologicistas contra los socioculturales es muy frecuente en el personal de salud, cerca de un 30% opinan - que el medio ambiente no tiene relación con la causalidad del daño, hecho que señala por parte de los servicios médicos la necesidad de promover el interés en el personal de que el individuo es un ser interrelacionado con varios factores y que el medio ambiente es determinante para - que una enfermedad aumente en su frecuencia o se presente. Se puede concluir que la mayoría de los médicos tienen una actitud favorable y que su intervención médica tiene en cuenta los factores del medio ambiente como factores causales del daño a la salud (Gráfica 2).

4.2.4 Actitud sobre el estilo de vida.

El estilo de vida de los individuos es un factor determinante para la -

CUADRO 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEDICOS FAMILIARES Y SU OPINION SOBRE LA INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES

O P I N I O N

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	NI de Acuerdo NI en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
El nivel educativo de la población determina la capacidad para reconocer una complicación.	44.8	40.6	4.4	8.6	1.6	100.0
La probabilidad de -- que una mujer tenga -- un producto anormal -- debe relacionarse entre otros factores -- con el analfabetismo.	8.9	22.4	10.9	37.9	19.9	100.0
La utilización de servicios de salud dependerá del nivel educativo de la población.	38.8	38.8	2.8	11.8	7.8	100.0

CUADRO 5

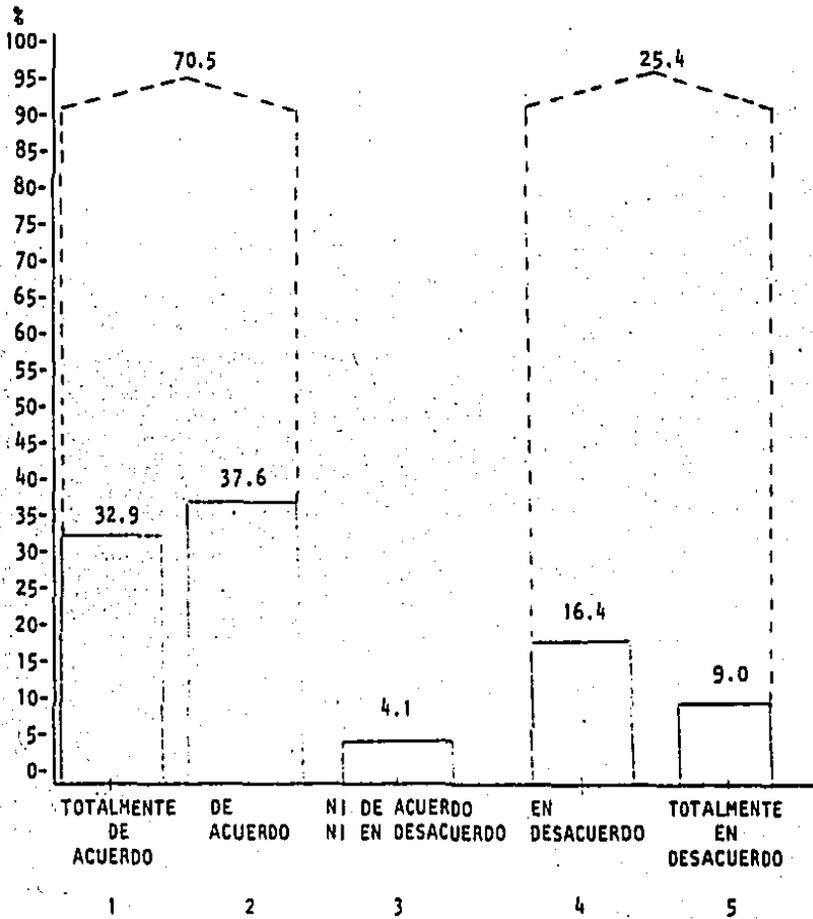
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEDICOS FAMILIARES Y SU OPINION SOBRE LA INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES						
O P I N I O N						
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
La falta de saneamiento ambiental por si solo no es un factor condicionante en la presencia de Gastroenteritis.	15.0	21.6	2.4	36.2	24.8	100.0
Para disminuir la incidencia de las enfermedades no se debe tomar en cuenta el medio ambiente del individuo.	2.8	2.7	0.8	49.8	43.9	100.0

CUADRO 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEDICOS FAMILIARES Y SU OPINION SOBRE LA INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES						
O P I N I O N						
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	NI de Acuerdo NI en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Opinión de la influencia del medio ambiente en la presencia de las enfermedades.	32.9	37.6	4.1	16.4	9.0	100.0

GRAFICA 2

OPINION DE LOS MEDICOS SOBRE LA INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE
EN LA PRESENCIA DE LAS ENFERMEDADES



N. 833

Media \bar{x} 2.30

Desviación Standard 1.33

Moda 2

presencia de ciertos riesgos presentes en las enfermedades crónico-degenerativas, se considera que los factores derivados del estilo de vida tienen una gran posibilidad de ser controlados ya que son riesgos - que uno mismo selecciona, sin embargo los aspectos culturales actuales conducen al individuo a repetir o adoptar ciertos patrones en su forma de ser o de vivir y relacionarse con los demás en un contexto determinado.

Dentro del estilo de vida existen tres grandes tipos de factores de riesgo que uno mismo adopta o selecciona; los patrones de consumo, el trabajo u oficio que se realiza cotidianamente y las actividades recreativas que el individuo practica o no.

Los patrones de consumo o el tipo de alimentos que se está acostumbrado a ingerir, ya sea por selección habitual o tradicional o por nuevos hábitos alimenticios adquiridos de acuerdo a los diferentes niveles o estratos socio-económicos determinan el tipo de alimentos que -llevan a un determinado estado nutricional al individuo. La Diabetes Mellitus es una enfermedad íntimamente relacionada con la nutrición - y la capacidad hormonal para contribuir al consumo energético. Aquellos individuos o grupos que están acostumbrados a grandes cantidades de alimentos ricos en hidratos de carbono y grasas, la obesidad conduce a su organismo a tener cierto tipo de respuesta metabólica que en ocasiones provoca un desequilibrio hormonal insulínico que conduce a una Diabetes. La Hipertensión arterial cuya presencia está ampliamente demostrada en relación con la ingestión de alimentos ricos en grasas y cantidades importantes de sodio, ingredientes de la alimentación a base de productos lácteos y embutidos o procesados de carnes frías muy

frecuentes en los patrones alimenticios de las sociedades desarrolladas.

El tipo de trabajo que se lleva a cabo como elemento sustantivo de la vida del individuo en ocasiones constituye por sí mismo un riesgo a la salud del sujeto; trabajan en donde los riesgos de daño son elevados y difíciles o imposible de evitarlos con las medidas de protección y seguridad actual exponen a los individuos a una propensión a enfermedades generativas o a accidentes graves o bien trabajo sedentario eminentemente pasivo con componentes de alto contenido de presión o estrés nervioso favorecen la incidencia de enfermedades izquémicas del corazón.

Las actividades recreativas pueden estar relacionadas o favorecer tanto a la presencia o ausencia de las enfermedades crónico-degenerativas la práctica del deporte aeróbico constituye un elemento muy trascendental en la prevención de enfermedades cardiovasculares y está recomendado ampliamente como una medida eficaz de prevención y control de enfermedades crónicas que afectan a la población adulta.

Conocer cuál es la actitud que tiene el médico ante la interacción de esta serie de factores es trascendental porque permite diseñar nuevos enfoques de intervención médica previa capacitación y concientización de que estos factores de riesgo del estilo de vida de los individuos si tienen relación con la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas. Al observar el reactivo positivo construido para conocer la actitud sobre los patrones de consumo sólo el 60% de los médicos están de acuerdo en que si predisponen a enfermedades crónico-degenerativas, llama la atención al resto de médicos que no sólo tienen una opinión

neutra sino que un 20.6% está en desacuerdo (Cuadro 7).

Los reactivos negativos que explican al estilo de vida como factor de riesgo también señalan una baja actitud favorable a que estos factores están relacionados o predisponen enfermedades crónico-degenerativas (Cuadro 8).

Se puede señalar que la actitud en general del personal médico está muy dividida y que prácticamente nos revela el desconocimiento o la falta de concientización de que estos factores del estilo de vida por sí mismos tienen algún papel causal en las enfermedades. El hallazgo de que prácticamente la mitad de la población está de acuerdo y la otra en desacuerdo revela la necesidad de capacitar técnicamente al personal con el propósito de hacer cambios radicales en su intervención; por actitudes más preventivas o favorables a evitar la interrelación o presencia de estos factores de riesgo implícitos en la forma de ser del individuo (Cuadro 9 y Gráfica 3).

4.2.5 Actitud sobre la organización de servicios de salud.

Uno de los factores que están íntimamente relacionados con la posibilidad de evitar o de presentarse una enfermedad, en los momentos actuales, es sin duda la disponibilidad de los servicios de salud a la población demandante.

La prestación de la atención médica en una institución de salud debe tener ciertos elementos mínimos indispensables de disponibilidad, accesibilidad y sobre todo calidad para atender a la población, estos elementos deben estar incluidos en los tres niveles de atención con todos los recursos médicos y paramédicos actuales y necesarios para -

CUADRO 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEDICOS FAMILIARES Y SU OPINION SOBRE LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES

O P I N I O N

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	NI de Acuerdo Ni en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Los factores de <u>con</u> sumo son un factor predisponente para la presencia de enfermedades crónico-degenerativas.	16.4	44.8	13.0	20.6	5.2	100.0

CUADRO 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEDICOS FAMILIARES Y SU OPINION SOBRE LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES

O P I N I O N

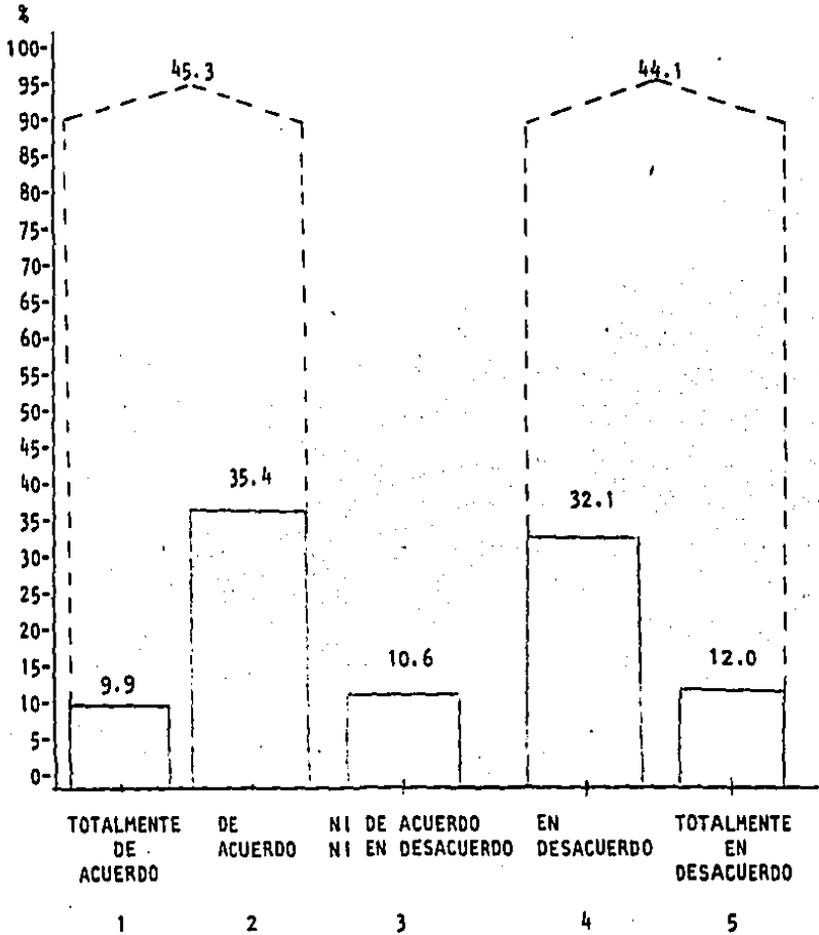
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Los patrones de consumo personales no son factores altamente pre-disponentes de la Diabetes.	15.6	31.1	9.5	30.9	11.9	100.0
La presencia de Hipertensión Arterial no se debe a riesgo que uno mismo escoge al tener un estilo de vida determinado.	10.7	24.1	11.9	42.9	10.4	100.0
La presencia de enfermedades crónico-degenerativas no se debe a riesgos que uno mismo escoge al tener un estilo de vida determinado.	8.5	27.7	11.7	44.1	8.0	100.0

CUADRO 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEDICOS FAMILIARES Y SU OPINION SOBRE LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES						
O P I N I O N						
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	NI de Acuerdo NI en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Opinión de la influencia del estilo de vida en la presencia de las enfermedades.	9.9	35.4	10.6	32.1	12.0	100.0

GRAFICA 3

OPINION DE LOS MEDICOS SOBRE LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES



N. 833

Media \bar{x} 3.00

Desviación Standard 1.25

Moda 2

resolver los problemas de salud.

El factor organización de servicios de salud en la presencia de la enfermedad implica la posibilidad de mejorar o deteriorar la salud de la población, mediante una adecuada o inadecuada calidad de atención médica.

Para que el médico pueda otorgar la atención médica al paciente; se -- debe contar con una estructura de servicios de salud en la cual se incluyen el tipo de organización, el tipo de instalaciones, equipo e instrumental médico y en general los recursos materiales y económicos necesarios para el funcionamiento de las unidades médicas, así como el tipo de personal médico y paramédico de cierta calidad académica, etc. de esta manera el personal de salud podrá llevar a cabo el proceso mismo de la atención médica el cual incluye el interrogatorio, la exploración, la utilización de los estudios de laboratorio y gabinete para -- llegar a un diagnóstico y establecer un tratamiento que conlleve a un resultado médico. Dicha atención médica tiene siempre un resultado que puede ser favorable o desfavorable en relación a la vida del paciente. Este resultado tiene además una característica cualitativa determinada tanto por el prestador de servicios como por los sujetos expresada a través de la satisfacción interpersonal del paciente.

La serie de reactivos contruidos en forma positiva señalan que más -- del 60% del personal médico tiene una actitud favorable hacia la relación que tienen los servicios de salud en la presencia del daño, sin embargo existe un reactivo en donde se mencionan los aspectos administrativos contra los aspectos de la calidad de la atención médica y el 40% de ellos no está de acuerdo con la relación de los servicios de sa

lud y los recursos para mejorar la calidad de la atención (Cuadro 10). La actitud explorada mediante reactivos negativos es favorable o de acuerdo también en un alto porcentaje (Cuadro 11). Esto significa que en general el médico está conciente del papel que desempeña no sólo la organización de los servicios de salud en si para evitar la presencia de las enfermedades sino toma en cuenta la calidad de la atención que él lleva a cabo durante el proceso mismo de la atención (Cuadro 12). Se puede concluir al observar el gran porcentaje de médicos que tienen una opinión de acuerdo y totalmente de acuerdo en que los servicios de salud si influyen en la presencia de enfermedades (Gráfica 4).

4.2.6 Intervención médica en la causalidad de la enfermedad.

El propósito fundamental de conocer la actitud del personal médico ante la causalidad o la interacción de los factores causales de las enfermedades más frecuentes en la población derechohabiente, es proponer o plantear nuevas políticas de intervención médica para disminuir o limitar la prevalencia de las enfermedades.

Se exploró la actitud a través de la opinión como un síntoma o signo de la tendencia a actuar de un sujeto con respecto a la causalidad de la enfermedad, ésta se definió a través de un modelo epidemiológico -- probado previamente como explicativo de la presencia de las enfermedades especialmente las crónico-degenerativas.

La actitud encontrada en el personal nos permite concluir que existe una posibilidad favorable para que la intervención del médico sea más preventiva que curativa; esto es, que promueva ante sus pacientes el conocimiento de ciertos factores de riesgo o causales de las enfermeda

CUADRO 10

	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MÉDICOS FAMILIARES Y SU OPINIÓN SOBRE LA INFLUENCIA DE LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES					
	O P I N I O N					
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	NI de Acuerdo NI en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Se debe vigilar y monitorear siempre a las poblaciones diferenciadas en base a riesgo.	41.9	48.7	6.2	1.6	1.6	100.0
La presencia o ausencia de mortalidad perinatal está condicionada por la calidad de la atención médica.	30.6	34.9	11.3	17.5	5.7	100.0
Los servicios médicos deben investigar y analizar qué importancia tienen los diferentes factores en la multicausalidad de las enfermedades para conocer a cuál deben aplicarse las medidas para controlar el daño.	57.3	38.4	1.9	1.9	0.5	100.0
El control de la Diabetes está condicionado por la calidad de la atención médica.	35.6	38.5	7.2	15.6	3.1	100.0
La posibilidad de optimizar los recursos en la atención médica está en mejorar la calidad de la atención médica y no en los procedimientos administrativos.	28.1	31.9	10.8	22.7	6.5	100.0
No basta con identificar a las poblaciones que tienen un riesgo mayor de sufrir un daño se deben además monitorear (seguir) para obtener un resultado.	44.2	51.2	2.9	1.3	0.4	100.0
Se debe mejorar la salud de la población si se diferencia la atención en base a poblaciones con alto y bajo riesgo.	38.4	42.8	6.6	9.6	2.6	100.0

CUADRO 11

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEDICOS FAMILIARES Y SU OPINION SOBRE LA INFLUENCIA DE LA ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES						
O P I N I O N						
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	NI de Acuerdo NI en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
La posibilidad de disminuir la incidencia de cáncer cérvico-uterino no está en relación con la oportunidad de la detección.	9.6	9.6	3.3	33.8	43.7	100.0
Los servicios médicos no deben ser más activos y eficientes con la población más expuesta a un riesgo de padecer cáncer cérvico uterino.	3.6	4.6	5.8	43.5	42.5	100.0
La atención médica por sí sola disminuye la presencia de la Gastroenteritis.	11.4	18.2	6.2	43.6	20.6	100.0
Las acciones médicas para la Hipertensión Arterial no se deben programar de acuerdo a la cantidad de población más expuesta al riesgo de padecerla.	2.8	11.9	5.6	57.3	22.4	100.0

CUADRO 12

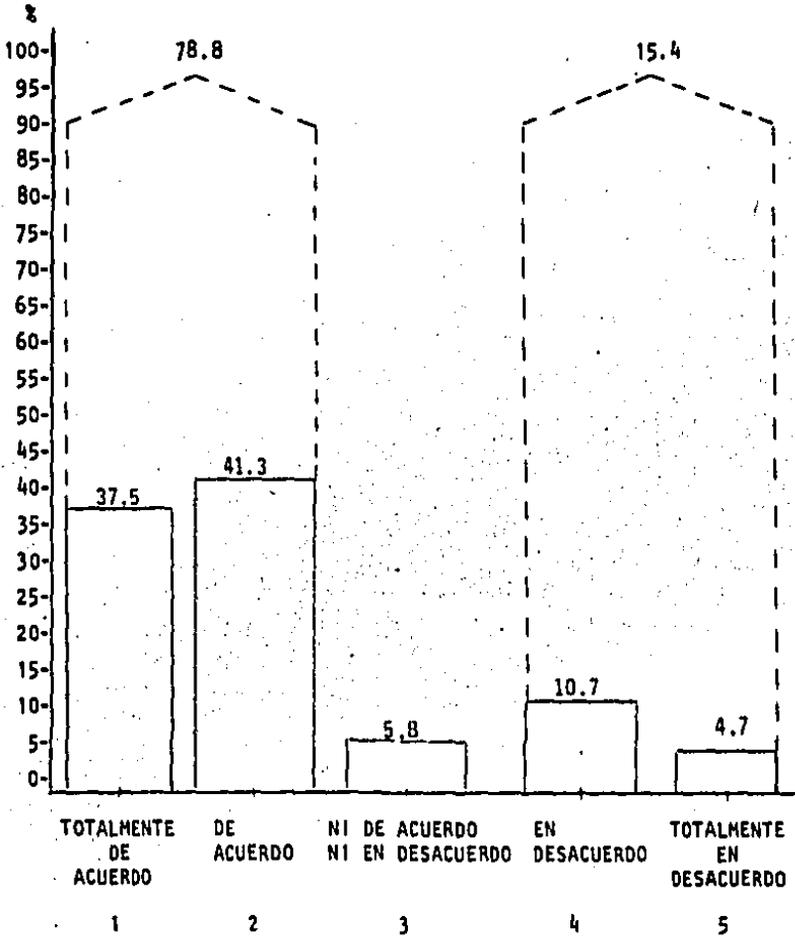
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MEDICOS FAMILIARES Y SU OPINION SOBRE LA INFLUENCIA DE LA ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES

O P I N I O N

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	NI de Acuerdo NI en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Opinión de la influencia de la organización de servicios de salud en la presencia de las enfermedades.	37.5	41.3	5.8	10.7	4.7	100.0

GRAFICA 4

OPINION DE LOS MEDICOS SOBRE LA INFLUENCIA DE LA ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA PRESENCIA DE LAS ENFERMEDADES



N. 833

Media \bar{X} 2.00

Desviación Standard 1.13

Moda 2.

des con el fin de que los identifiquen y valoren su interacción y así evitarlos y por ende contribuir a disminuir el daño, asimismo que el personal médico se concientice en su acción ya que es necesario actuar más dinámicamente ante la presencia del daño, esto significa que su acción no sólo se limite a prestar atención curativa cuando ya su población derechohabiente acude con él con un signo o síntoma de la enfermedad ante la cual sólo la acción curativa y rehabilitativa son las indicadas.

La tendencia a actuar del médico es favorable para tres de los cuatro factores del modelo epidemiológico de las enfermedades, sin embargo - no ocurre así cuando se refiere al estilo de vida de los individuos, como ya se ha señalado la serie de factores inherentes a esta característica son altamente favorecedores o predisponentes a las enfermedades crónico-degenerativas; estos factores denominados autoseleccionados o que el mismo individuo escoge o prefiere por la forma de ser o de vivir; tienen la posibilidad de evitarse voluntariamente al conocer su mecanismo de acción en la causa de las enfermedades.

La actitud diagnosticada permitirá entonces al sistema de planeación médica mejorar sus enfoques de intervención estableciendo procedimientos de capacitación y promoción no sólo en el personal médico sino -- extenderlo a todo el equipo de salud de la institución y además hacer partícipe a la población derechohabiente de que su voluntad o concientización y por lo tanto su actitud misma será un elemento determinante en el cambio de su estilo de vida, en la transformación de sus patrones de consumo, o tipo de alimentación, y en su actividad recreativa o deportiva principalmente y cuidar o redoblar esfuerzos para evitar riesgos en el trabajo que desarrolla la población asegurada.

Mediana y Cuartiles:**Características Humanas:**

El 25% de los médicos está totalmente de acuerdo o de acuerdo que las características humanas influyen en la presencia de las enfermedades.

El 50% está de acuerdo o la mitad del personal médico está de acuerdo. El 25% restante no está de acuerdo ni en desacuerdo.

Se concluye que la mayoría de los médicos tiene una actitud favorable o de acuerdo en que las características humanas influyen en las enfermedades. (Gráfica 5).

Medio Ambiente:

El 25% de los médicos está totalmente de acuerdo que el medio ambiente influye en la presencia de las enfermedades.

El 50% está de acuerdo, o la mitad del personal médico está de acuerdo. El 25% restante está totalmente en desacuerdo o en desacuerdo.

Se concluye que la mayoría de los médicos tiene una actitud favorable o de acuerdo a que el medio ambiente influye en las enfermedades (Gráfica 6).

Estilo de Vida:

El 25% de los médicos está de acuerdo que el estilo de vida influye en la presencia de las enfermedades.

El 50% está indiferente o ni de acuerdo ni en desacuerdo. El 25% restante está en desacuerdo.

Se concluye que la mayoría de los médicos tiene una actitud indiferente o ni de acuerdo ni en desacuerdo a que el estilo de vida influye en las enfermedades (Gráfica 7).

Organización de Servicios de Salud:

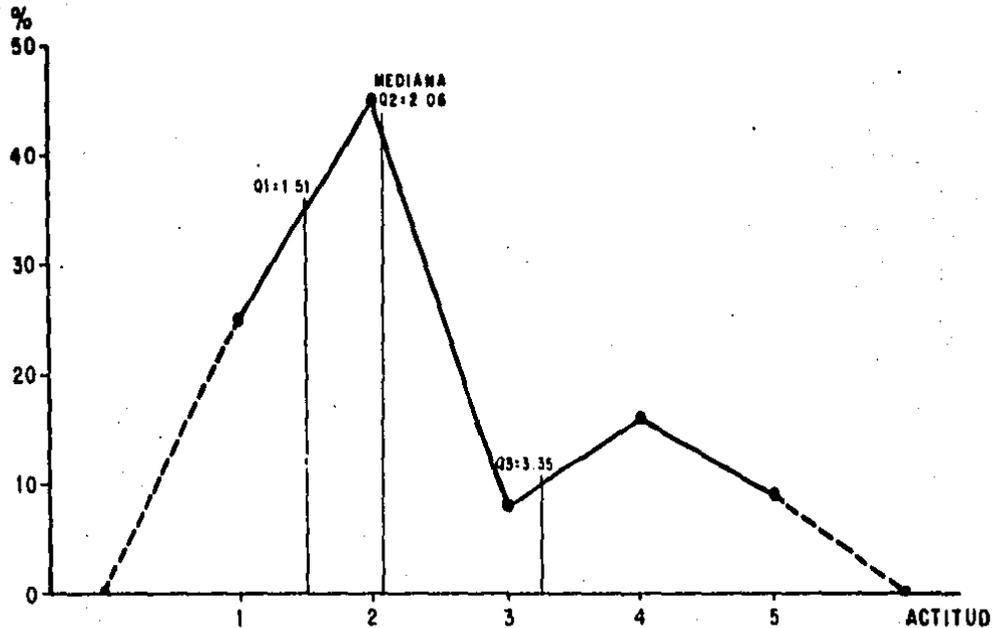
El 25% de los médicos está totalmente de acuerdo que la organización de los servicios de salud influye en la presencia de las enfermedades.

El 50% está totalmente de acuerdo o de acuerdo. El 25% restante también está de acuerdo.

Se concluye que la mayoría de los médicos tiene una actitud favorable o de acuerdo a que la organización de los servicios de salud influye en las enfermedades (Gráfica 8).

GRAFICA - 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL PERSONAL MEDICO SEGUN SU ACTITUD
ANTE LAS CARACTERISTICAS HUMANAS EN LAS ENFERMEDADES

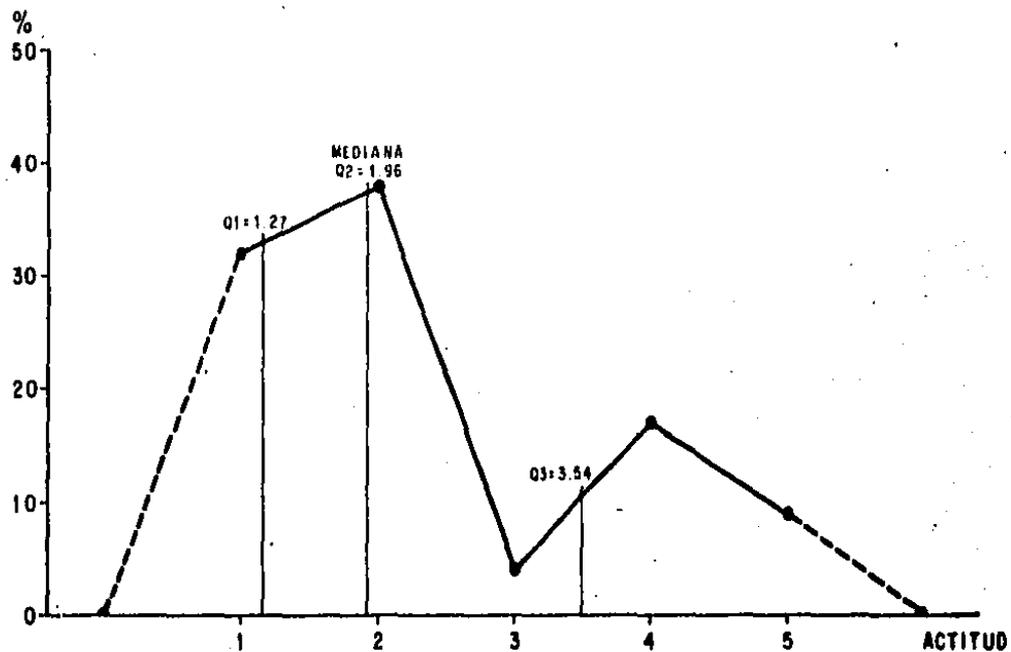


1- Totalmente de acuerdo. 2- De acuerdo. 3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4- En desacuerdo. 5- Totalmente en desacuerdo.

GRAFICA - 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL PERSONAL MEDICO SEGUN SU ACTITUD ANTE EL MEDIO AMBIENTE EN LAS ENFERMEDADES

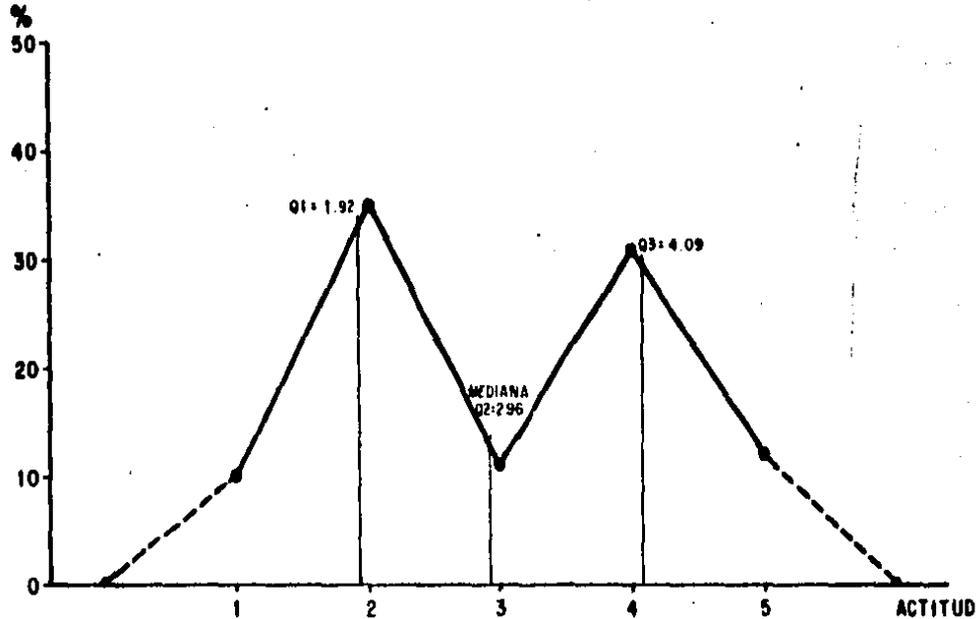


1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4.- En desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo.

GRAFICA - 7

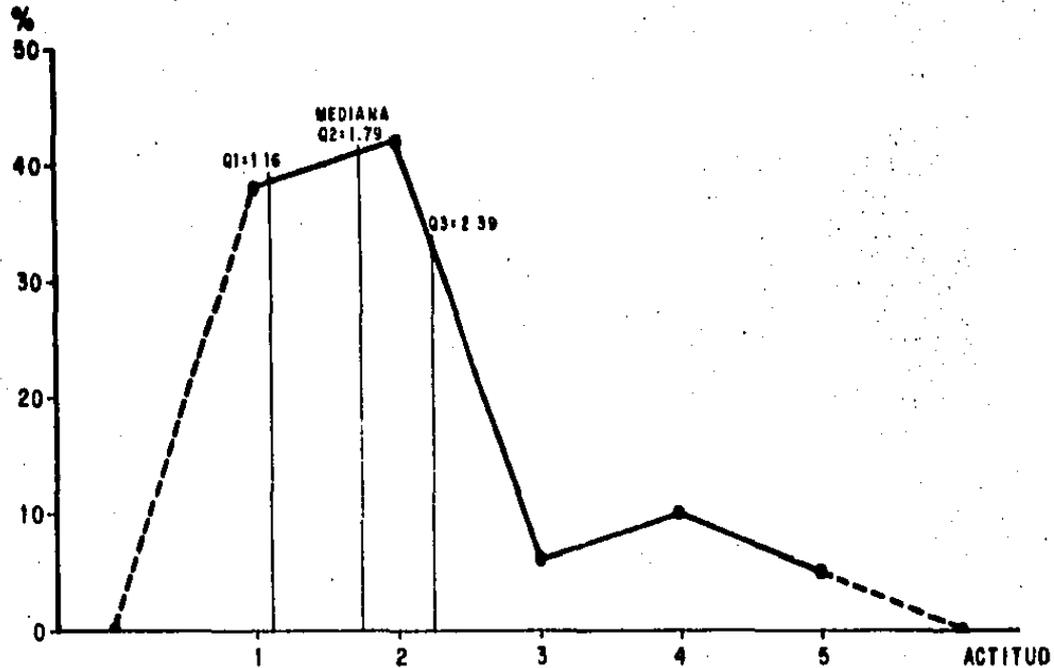
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL PERSONAL MEDICO SEGUN SU ACTITUD
ANTE EL ESTILO DE VIDA EN LAS ENFERMEDADES



1- Totalmente de acuerdo. 2- De acuerdo. 3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4- En desacuerdo. 5- Totalmente en desacuerdo.

GRAFICA - 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL PERSONAL MEDICO SEGUN SU ACTITUD ANTE LA ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ENFERMEDADES



1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4.- En desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo.

CONCLUSIONES GENERALES

De acuerdo a lo señalado en el propósito final de la realización de la Encuesta, la información disponible permite mejorar el proceso de planeación de los servicios médicos.

Sin duda la estimación de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la población derechohabiente que acude a los servicios médicos de primer nivel; señala la necesidad de mejorar la cobertura y el logro de las acciones de planificación familiar, especialmente por los porcentajes de mujeres que nunca han usado algún método, por otro lado, señala también la necesidad de incrementar las acciones específicas con el fin de cambiar la estructura de la distribución del tipo de métodos anticonceptivos hacia métodos de mayor eficacia y de mayor continuidad que tengan una repercusión en la salud materno infantil.

El conocimiento de la actitud del personal médico permite señalar políticas más específicas de capacitación y por ende de intervención médica con el propósito de disminuir o evitar la incidencia de las enfermedades que más afectan a la población derechohabiente; la actitud encontrada es favorable para los factores propios del individuo, del medio ambiente y de los servicios de salud; sin embargo la actitud del personal a los factores denominados como riesgos que el mismo individuo escoge al llevar a cabo ciertos patrones de consumo, actividades recreativas y el tipo de trabajo desempeñado no es favorable y un porcentaje importante tiene una actitud adversa. Es importante para la planeación médica contar con este-

tipo de información, ya que el panorama epidemiológico, está en la actualidad constituido en una proporción muy importante por enfermedades crónico-degenerativas favorecidas o predispuestas por los factores adversos del estilo de vida de los individuos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Koontz O'Donnell. Curso de Administración Moderna. Ed. McGraw Hill. México 1979, pp. 6-110.
- (2) Reyes Ponce A. Administración de Empresas. Teoría y Práctica. México, Editorial Limusa-Hiley. 1971.
- (3) Instituto Mexicano del Seguro Social. Anuario Estadístico de Servicios Médicos. Subdirección General Médica. México 1983.
- (4) Ackoff Russell L. Un Concepto de Planeación de Empresa. Ed. Limusa. México 1982. pp. 13-31.
- (5) Hernán San Martín. Salud y Enfermedad. El Proceso de Administración - en Salud Pública. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1979. pp. -- 537-543.
- (6) Deniston, O.L., Rosenstock, I.M. & Getting, V.A. Evaluation of Program Effectiveness. Public Health Vol. 83, April 1968. pp. 323-335.
- (7) Terry G.R. Principios de Administración. Ed. Compañía Editorial Continental. México 1971.
- (8) Instituto Mexicano del Seguro Social. Innovaciones Administrativas del Programa de Planificación Familiar. Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar 1986.
- (9) Instituto Mexicano del Seguro Social. Encuesta Rural de Planificación Familiar 1981. Documento Metodológico. Ed. IMSS, México 1983. pp.24-29
- (10) Summers Gene, F. Medición de Actitudes. Ed. Trillas. México 1978. pp. 182-193.
- (11) Padua Jorge. Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1982. pp. 160-162.
- (12) Organización Mundial de la Salud. Método de Atención Sanitaria de la Madre y el Niño Basado en el Concepto de Riesgo. OMS. Publicación en - offset. No. 39. Ginebra 1978.

- (13) Lilienfeld, A. y Lilienfeld, D. Fundamento de Epidemiología. Ed. Fondo Educativo Interamericano. México 1983.
- (14) MacMahon, B.A.; Pugh, T.F.; Elpsen, J. Epidemiologic Methods. Ed. Little Brown and Company. Boston, 1960.
- (15) Denver, L.A. Policies in Health Organization. Epidemiologic Models. Ed. Boston Press. E.U.A. 1982.
- (16) Mausner, J.S. Epidemiología. Ed. Interamericana. México 1978. pp.19-37.
- (17) Leavell, H.R. & Gurney Clark, E. Textbook of Preventive Medicine. Ed. Mc.Graw Hill. New York.
- (18) Padua Jorge. Op.Cit. pp. 86-118
- (19) Instituto Mexicano del Seguro Social. Encuesta Rural de Planificación Familiar 1981. Op.Cit.
- (20) Arias Galicia Fernando. La Psicología Enfocada a las Organizaciones. Ed. Trillas, México 1979.
- (21) Padua Jorge. Op. Cit. pp. 163-179
- (22) Summers Gene F. Op. Cit. pp. 182-193
- (23) Reyes Castañeda Pedro. Bioestadística Aplicada. Ed. Trillas. México 1980. pp. 79-85.
- (24) Reyes Castañeda Pedro. Op. Cit. pp. 201.
- (25) Instituto Mexicano del Seguro Social. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Bases para un Sistema de Encuestas en las Unidades Médicas del IMSS. México 1983. Documento Interno.
- (26) Nie, N.H., Hull, C.H., Jenkins, J.G., Steinbrenner, K., Bent, D.H., Statistical Package for the Social Sciences. SPSS. Ed. McGraw-Hill, Second Edition 1975.
- (27) Survey Research Center: OSIRIS IV Manual. The University of Michigan, 1975, U.S.A.

- (28) Instituto Mexicano del Seguro Social. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. La Revolución Demográfica en México 1970-1980. Ed. Jorge Martínez Manautou. México 1982. pp.203-444.
- (29) Instituto Mexicano del Seguro Social. Op. Cit. pp.315-394.
- (30) Padua Jorge. Op. Cit. pp. 274-277.
- (31) Instituto Mexicano del Seguro Social. Jefatura de Servicios de Medicina Familiar, Subdirección General Médica. Encuesta de Opinión 1983. Documento Interno.