

Si bien no entramos en si la muestra elegida posee una mayor o menor rigurosidad estadística, creemos que los datos obtenidos si son acordes con la realidad y pueden ser tomados como orientativos.

## II

**PRIMERAS VISITAS.**—Al examinar los datos nos encontramos con que de las 191 consultas habidas en estos nueve días, 60, casi una tercera parte (31'38%), son pacientes que consultan por primera vez (gráfico 3.º). Esto trasladado al total de consultas (6.204) nos indica que en 1982 hemos visto aproximadamente unas 2.000 mujeres que han acudido en tres ocasiones, por término medio, a nuestra consulta. Esto concuerda con la rutina diagnóstica que seguimos, que hace necesario que la paciente acuda de nuevo a saber los resultados de analítica u otras exploraciones complementarias o simplemente para valorar la evolución y respuesta al tratamiento.

## III

**DISTRIBUCION DE LA CONSULTA POR GRUPOS DE EDAD.**—Se refleja en el gráfico 4.º, donde se observa un pico en el grupo de 21 a 30 años (35'04 %). No creemos que esta sea la década de mayor frecuencia para la patología ginecológica, si no que, como más adelante veremos, es debido a la demanda de Planificación Familiar que incide especialmente sobre los grupos de mujeres más jóvenes. Ampliando un poco más vemos que prácticamente el 60 por ciento de las mujeres que consultan se encuentran entre los 21 y los 40 años de edad.

## IV

**MOTIVO DE CONSULTA.**—Las 191 consultas habidas en el período de estudio, tienen un motivo inicial de consulta que se refleja en el cuadro II.

En el orden **asistencial** nos encontramos los grandes grupos de: patología mamaria (18'30%), sangrado vaginal (15'69%), dolor pelviano (14'64%), sintomatología infecciosa vulvovaginal (11'49%), amenorreas (6'27%), patología derivada del fallo del suelo pelviano (5'23%), esterilidad o infertilidad (2'09%) y otras causas (3'13%), que con toda seguridad reflejan la incidencia de la distinta patología ginecológica ambulatoria.

Los otros dos apartados, la planificación familiar y el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico, entran totalmente dentro de la **Medicina preventiva y social**.

**PLANIFICACION FAMILIAR.**—Es la primera causa motivo de consulta, (19'87%). Este dato debe ser tomado como fiel reflejo de la imperiosa necesidad social que supone dentro de la zona que no ocupa. Efectivamente, dentro de la extensa área sanitaria de Valdepeñas, no existe ningún Centro de Planificación Familiar.

No queremos entrar en los interesados o altruistas motivos que nos llevan a intentar suplir esa falta de centro de Planificación Familiar, pero si queremos decir que dentro del contexto de una consulta de ginecología, tal y como está estructurada en los ambulatorios de la Seguridad Social, la Planificación Familiar que se hace (que hemos podido hacer), es por muchos imperativos, deficiente y en ocasiones insuficiente.

Tampoco renunciamos a la tentación de exponer nuestro criterio sobre las premisas que creemos necesarias para el correcto funcionamiento de la Planificación familiar. En primer lugar, consideramos imprescindible una legislación más amplia y clarificadora. Después una INFORMACION-EDUCA-