

Uso de Servicios Preventivos de Salud Materno-Infantil en un Grupo de Mujeres Mexicanas

MAYRA CHAVEZ-COURTOIS y ESTHER CASANUEVA

Recibido 15 Noviembre 2004/Enviado para Modificación 31 Diciembre 2004/Aceptado 8 Febrero 2005

RESUMEN

Objetivo Identificar los factores que promueven el uso de los servicios de salud, en un grupo de mujeres en edad reproductiva desde la perspectiva de género.

Métodos Estudio retrospectivo y analítico. Se diseñó un cuestionario sobre morbi-mortalidad materno-infantil que se aplicó a 50 mujeres (usuarias y no usuarias de servicios preventivos e salud) en Centros de Salud de la ciudad de México. Se realizó un análisis de conglomerados. Para evaluar la bondad de ajuste del modelo se realizó un análisis de varianza. Se utilizó el paquete estadístico (SPSS versión 12.0).

Resultados La planeación del último embarazo incluido el antecedente de haber tenido relaciones sexuales con la intención de procreación, fue la conducta que mostró diferencia significativa ($p=0.001$) entre las usuarias y las no usuarias de servicios preventivos de salud. Las características socio-demográficas (edad, escolaridad, estado civil y ocupación de la mujer) no presentaron diferencias entre los grupos.

Conclusión La planeación en la reproducción podría ser un indicador que permita conocer la conducta preventiva en la utilización de servicios de salud preventivos.

Palabras Clave: Salud de las mujeres, prevención y control, servicios de salud, género, México (*fuentes: DeCS, BIREME*)

ABSTRACT

Use of maternal-infant preventative health services in a group of Mexican women

Objective To identify factors that promote the use of health services in a group of women of reproductive age from a gender perspective.

Method A retrospective and analytical study based on a questionnaire on maternal infant mortality of fifty women (users and non-users of preventative health services) in health centers in Mexico City was carried out. A conglomerate analysis of averages was executed. An analysis of variance was done to evaluate the fitness of the model. The statistical analysis was done using the SPSS statistical package version 12.0.

Results Planning of the last pregnancy, including having had sexual relations with the intention of procreation, was the behavior that showed a significant difference ($p=0.001$) between users and non-users of preventative health services. Social-demographic characteristics (age, education level, marital status, woman's occupation) did not reveal any differences between the two groups.

Conclusion Reproductive planning could be an indicator of preventative behavior in the use of preventative health services.

Key Words: Women, prevention and control, health services, gender, Mexico (*source: MeSH, NLM*).

Este trabajo pretende explorar algunos determinantes socioculturales, que llevan a las mujeres a utilizar servicios preventivos de salud reproductiva, puesto que la "salud -individual y colectiva- es un proceso dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica y factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales que influyen sobre ella y la modifican"(1).

Desde la perspectiva epidemiológica el uso de los servicios de salud puede dar un panorama de la conducta preventiva de una población. En México, según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI (2) del total de las mujeres que habitan en el Distrito Federal, el 52,7 % manifestó ser usuaria de los servicios públicos de salud. El 80,8 % de las mujeres con control prenatal recibieron información sobre planificación familiar, pero sólo al 66,9 %, se le ofreció algún método anticonceptivo en el posparto. La entidad federativa, donde las mujeres recibieron mayor información fue Nuevo León (91,6 %), mientras en el Distrito Federal, el 83,5 %. En la Ciudad de México, en el caso del penúltimo y último hijo/a, el 81,5 % de las mujeres acudió a control prenatal en el primer trimestre de la gestación, y para el segundo y tercer trimestre la asistencia fue de 14,8 % y 3,6 % respectivamente.

La conducta preventiva, también puede ser explorada por el uso de anticoncepción. En México, el 96,6 % de las mujeres (3) refieren que conocen al menos un método anticonceptivo. Oaxaca, es el Estado con

menos porcentaje de conocimiento (86,3 %), mientras en el Distrito Federal, 99,2 % manifiesta conocerlo. En algunos estudios, se han comprobado que el bajo conocimiento de métodos anticonceptivos, está relacionado con la dificultad de su uso y con el nivel de participación de la mujer, en los distintos ámbitos de la sociedad (4). En México, el uso de anticoncepción de mujeres en edad fértil es del 68,5 % (5,6) el porcentaje en ésta misma edad, pero de mujeres unidas es casi similar a la anterior con el 68,4 % (3). Mientras tanto, se hace referencia que 16,3 % de la población femenina nunca ha usado métodos anticonceptivos (5).

Por otra parte, existe una brecha entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, que causa conflicto a las mujeres; ya que no "depende solamente del acceso a los métodos, ni de la información que posean, sino de complejos procesos de toma de decisiones que la enfrentan a valoraciones y discursos contradictorios referidos a su propia identidad" (7). En un estudio realizado en la Ciudad de México, Sánchez (8) confirma que "la utilización de algún método no es garantía de que la mujer lo conozca (*técnicamente*), o por el contrario, el hecho de que conozca el método no garantiza que continúe en un programa de planificación familiar". De hecho, se calcula que en México entre 40 % y 60 % de los embarazos que ocurrieron entre 1989 y 1992 fueron no deseados y terminaron en un nacimiento indeseado o en un aborto inducido (9).

Los determinantes del uso de los servicios de salud varían dependiendo del marco de referencia de los autores. De esta manera, por ejemplo el modelo psicosocial considera que el uso de los servicios tiene como punto de referencia la conducta de las personas respecto a la salud, esto es, sólo se acude cuando reconoce la presencia de una alteración en su salud. En el modelo social o sociológico el uso de los servicios se relaciona con aspectos socioculturales y ambientales, así como con el conjunto de creencias alrededor de la salud y la enfermedad. Por último, el modelo económico que se basa principalmente en la demanda y el capital humano (10).

Para fines del presente trabajo, se acepta el modelo social o sociológico propuesto por Anderson en 1968. Este modelo considera factores predisponentes como son: las actitudes y creencias en torno a la salud y enfermedad por un lado y las características sociodemográficas (el estado civil, clase social, sexo, edad) por el otro (11). En este último se puede agregar el análisis desde una perspectiva de género, entendiendo por género al conjunto de "creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conduc-

tas y actividades que diferencian al hombre de la mujer mediante un proceso de construcción social" (12). Estos factores permiten entender el uso de servicios de salud preventivos desde dos enfoques. El primero comprende los servicios de salud como "un tipo específico de acción social, es decir, como una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos constituyen a través de la interacción social"(13); mientras que el segundo, como un hecho social, esto es, que la decisión del uso de los servicios de salud, por parte de la población, está determinada por factores socio-culturales, como podrían ser, lo institucional, el lugar de origen, nivel de escolaridad, etcétera, dejando a un lado la percepción del individuo sobre sus necesidades.

Uno de los trabajos que deja ver este segundo enfoque socio-cultural en la explicación del uso de los servicios de salud, es el estudio realizado por Travassos en Brasil (14). En esta investigación se comprobó, que el lugar de trabajo, la escolaridad, la posición y el sexo del jefe de familia, fueron factores determinantes para el uso de los servicios de salud en las mujeres, mientras en el caso del varón lo fue la posición en el mercado laboral. Al analizar las diferencias entre grupos se encontró que las mujeres de nivel socioeconómico alto utilizaban más los servicios de salud, debido a que tenían mayor escolaridad, poder adquisitivo, se encontraban en el sector formal de la economía, y pertenecían a una familia, donde el jefe era el hombre.

Por su parte Bronfman (13), estudiando en ocho áreas urbanas del país pertenecientes a estratos socioeconómicos medio y bajo, encontró que las razones de la falta de asistencia a los servicios médicos públicos, en la población que pertenece a sectores económicos medios y bajos, se debe fundamentalmente a dos motivos. El primero, es que se considera como primera opción, lo "inmediato", es decir, la automedicación, si ésta no resuelve el problema, entonces se acude al médico. La segunda causa, corresponde al lugar, esto es, si cuentan son derechohabientes de alguna institución de salud. Los que no cuentan con derecho al servicio, optan por otras medidas de acuerdo a sus posibilidades de pago.

También se ha identificado una relación entre la accesibilidad y la utilización de los servicios de salud; considerando la accesibilidad como un determinante principal en el uso de servicios, aunado con la creencia alrededor de la salud, confianza al servicio y tolerancia al dolor (10).

Con base en lo anterior el objetivo de este trabajo, fue identificar los factores que promueven el uso de los servicios preventivos de salud materno-in-

fantil, en un grupo de mujeres considerando tanto los aspectos sociodemográficos como los psicosociales.

MÉTODOS

Población

La identificación de las mujeres se llevó a cabo en tres Centros de Salud de la Secretaría de Salud del poniente, suroeste y noroeste Ciudad de México, uno por cada zona. Cabe mencionar que a estos centros acuden mujeres que carecen de seguridad social. Las mujeres fueron evaluadas consecutivamente y auto-seleccionadas por consentimiento informado. El consentimiento se dio en forma verbal ya que la investigación no presentaba riesgos ni fue invasiva (15)

El criterio de inclusión al estudio fue que tuvieran por lo menos dos hijos; que la edad mínima del más pequeño fuera de un año y máxima de dos años y tres meses. Fue criterio de exclusión que la mujer se encontrara embarazada en el momento de la entrevista. Cabe destacar, que a pesar de que la mujer fue identificada en el Centro de Salud, no necesariamente era usuaria del servicio, es decir, podría haber estado sólo como acompañante. Se identificó un total de 50 mujeres.

Instrumentos

Se diseñó un cuestionario, que incluyó: datos generales, historia reproductiva, estructura familiar, penúltimo hijo/a; último hijo/a, cultura sanitaria, crianza a la madre. Para la construcción de este instrumento se consideraron algunos apartados del Cuestionario de Estudios Perinatales, que fue validado en población abierta de la Ciudad de México, Cohorte de Estudios Perinatales (16,17) Los apartados restantes constituyen parte de la propuesta de este trabajo. El Cuestionario fue probado durante tres meses, a través de la aplicación de 17 encuestas. Con base en los resultados, se realizaron los ajustes necesarios.

Análisis

Para el análisis de los resultados, la variable dependiente fue el uso de servicios preventivos de salud en el último embarazo (planificación familiar, control prenatal o control de niño sano). Por lo que se formaron dos grupos: las usuarias, quienes utilizaron dos o más servicios (USP), y las no usuarias (NUSP).

Las variables independientes se analizaron en forma categórica. Las continuas se dicotomizaron con base en la media de la población. Las variables consideradas fueron:

- a. Características sociodemográficas: lugar de origen, (rural o urbana-metropolitana); estado civil (con y sin compañero); edad ($\leq 29,3$ años y $>29,3$ años); escolaridad (≤ 9 años (educación media) y >9 años (educación media superior y más); trabajo (las que laboraban dentro y fuera del hogar).
- b. Planeación del último hijo/a: deseo, intención y querencia de ese hijo, a cada una de estos reactivos se calificó en forma dicotómica (1. si, 2 no).

Para identificar las variables que permitían diferenciar a las mujeres con conductas preventivas de aquellas que no toman este tipo de conductas, se realizó un análisis de conglomerados de K medias. El modelo se dejó iterar hasta alcanzar la convergencia. Para evaluar la bondad de ajuste del modelo se realizó un análisis de varianza (ANOVA por sus siglas en inglés). Para el análisis de los resultados, se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS versión 12.0).

En el caso de la discusión de los resultados, se consideró la condición de género como eje central, con el fin de dar una posible explicación del comportamiento preventivo.

RESULTADOS

Se aplicaron 54 entrevistas y se descartaron cuatro cuestionarios por estar incompletos. Se clasificaron como usuarias de los servicios de salud preventivos (USP) 39 mujeres (0,78), las restantes como no usuarias de los servicios de salud (NUSP). En la Tabla 1, se muestran los indicadores de la salud reproductiva de las mujeres, según uso de servicio. Como se puede observar se trató de mujeres jóvenes, donde cerca del 50 % tenía 3 o más embarazos.

En la Tabla 2, se presentan las características de cada uno de los grupos. Se puede observar, que se trató de un grupo constituido por mujeres cuya mayoría nacieron en área urbano-metropolitana, unida conyugalmente que trabajaban en el hogar, y cuya escolaridad era equivalente a la educación media, cabe mencionar que no se presentaron diferencias significativas entre uno y otro grupo.

Tabla 1. Historia reproductiva de las mujeres entrevistadas

Características	Uso de servicios Preventivos		Nivel de significancia
	No n= 11	Si n=39	
Edad, años (promedio)	29.3± 5.6 ^a	29.3± 5.6	>0.05
No. de embarazos			
≤ Dos	6(0.55) ^b	17(0.44)	>0.05
Tres a cinco	5(0.45)	20(0.51)	
Más de cinco	---	2(0.05)	
No. de Hijos/as vivos			
≤ Dos	7(0.64)	20(0.51)	>0.05
Tres a cinco	4(0.36)	19(0.49)	

^a Promedio± desviación estándar ^bnúmero de casos (proporción)

Tabla 2. Características socioeconómicas de las mujeres entrevistadas

Características	Uso de servicios Preventivos		Significancia
	No n= 11	Si n=39	
Escolaridad			
≤ secundaria	8(0.73) ^a	28(0.72)	>0.05
Lugar de origen			
Urbano- metropolitano	7(0.64)	30(0.77)	>0.05
Estado Civil			
Con compañero	10(0.91)	36(0.51)	>0.05
Ocupación			
Trabajo en el hogar	9(0.82)	33(0.85)	>0.05

^a numero de casos (proporción)

En la Tabla 3 se presenta el resultado del análisis de conglomerados de K medias. La distancia mínima entre centros era de 1.73 al inicio y el cambio máximo de coordenadas absolutas para cualquier centro en la tercera iteración fue de cero, por lo que se consideró que el modelo alcanzó su convergencia. Se formaron dos conglomerados claramente diferenciados en función a las variables de planeación. Las variables socioeconómicas no mostraron poder de discriminación. En el primer conglomerado (NUSP) se agruparon las mujeres que no tuvieron relaciones sexuales con la intención de embarazo, no querían al hijo o no lo aceptaban; su contraparte USP estuvo constituido por las mujeres que desearon, quisieron y tuvieron relaciones sexuales con la intención de embarazarse. Las distancias entre los centros de los conglomerados finales fue de 1.368 ($p < 0.01$).

Tabla 3. Predicción de uso de servicios preventivos de salud
Conglomerados de K medias

Variable independiente	Conglomerado		Error		F	Nivel de Significancia
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
Decidió que iba a tener a este hijo (a)	7.20	1	0.09	48	76.0	0.001
Quería tener este hijo (a)	6.48	1	0.06	48	56.4	0.001
Tuvo relaciones con la intención de embarazarse	9.68	1	0.06	48	165.9	0.001

DISCUSIÓN

Las principales limitaciones del estudio tienen que ver por una parte, con el tamaño y forma de selección (no aleatoria) de la muestra, la cual dificulta la extrapolación de los resultados. La otra se relaciona con el hecho de que se identificó a las mujeres en un Centro de Salud y en población abierta ya que esto pudo haber sesgado las respuestas de las mujeres. Por todo lo anterior los resultados deben ser tomados con cautela.

Si bien no se encontraron diferencias significativas respecto a las características sociodemográficas entre ambos grupos, éstas tampoco fueron determinantes en el uso de los servicios preventivos de salud. Como se vio en los resultados, la planeación del último hijo (intención, aceptación y deseo) fue el factor que hizo la diferencia en la conducta del uso o no de los servicios de salud. Pero ¿qué nos dice lo anterior?

Podríamos argumentar que en el caso del grupo de NUSP no existe una conducta de planeación reproductiva; así como de planeación propia del hijo, y sólo la presencia de éste se explique, como una manera de cumplir con la exigencia social: ser mujer, es ser madre, reafirmando de esta manera la percepción que se tiene respecto a la maternidad en sociedades como la nuestra, donde la “maternidad y la conyugalidad son las esferas vitales que organizan y conforman los modos de vida femeninos, independientemente de la edad, de la clase social, de la definición nacional, religiosa o política de las mujeres” (18). Se puede decir que en este grupo, su conducta tanto en la asistencia a servicios de salud como en la planeación de su último hijo/a, se determinó en gran medida por la carga sociocultural. Por ejemplo, en el caso de tener relaciones sexuales, pareciera ser que esta conducta sólo se realiza

con la intención de procrear, dejando a un lado el placer. Lo anterior desde la perspectiva de género, nos habla que este grupo de mujeres se limita a cumplir con el papel socialmente asignado: ser madres sin derecho al placer.

En caso de las USP sucede lo contrario; el hecho de haber planeado su último embarazo tiene relación con la decisión de ser madre, esto es, existe la convicción hacia la maternidad. Lo anterior nos habla de cierta independencia, es decir, si bien, la parte sociocultural es fundamental y determinante, existe cierta autonomía que bien se puede relacionar con tomar decisiones de cuándo y qué servicios preventivos de salud utilizar.

La muestra analizada dejó ver que existen otros factores más allá de las características sociodemográficas que dan explicación al comportamiento de autocuidado en la salud, como es de la reproducción, específicamente la planeación del último embarazo.

Por tanto, la planeación en la reproducción es un indicador para conocer si existe el uso de los servicios preventivos de salud. Así como también, nos invita a reflexionar, sobre la necesidad de que se consideren en los programas de salud, la visión de género que reconozca a la mujer como actora, y no sólo como receptora dentro del sistema salud-enfermedad-atención ♦

Agradecimientos. A Alma Nava y Mónica Vázquez por su colaboración en la aplicación de los cuestionarios.

REFERENCIAS

1. Langer A, Lozano R. Condición de la mujer en Figueroa (comp.) La condición de la mujer en el espacio de la salud. México Colegio de México COLMEX; 1998:33-82
2. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos de la muestra censal. Aguascalientes; Ags, 2001
3. INEGI, Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, 1997, Aguascalientes; Ags, 1999
4. Lerner S, Yanes M. Elementos para una interpretación de los cambios en la fecundidad rural mexicana de las nuevas trayectorias reproductivas. En: Lartigue T; Ávila H.(Comp) Sexualidad y reproducción humana en México. México; Plaza y Valdés; 1996. Vol.II:121-148.
5. Consejo Nacional de Población-CONAPO. Encuesta Nacional Demográfica ENAD; 1997.
6. Consejo Nacional de Población-CONAPO. Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México EMIF, 1976. Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987. ENAD; 1992.

7. Szasz, I. Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y salud materno-infantil en La condición de la mujer en el espacio de la salud. México, COLMES; 1998:313-331.
8. Sánchez B. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. En : Lartigue T, Ávila H.(Comp.) Sexualidad y reproducción humana en México. México; Plaza y Valdés, 1996; Vol.II:21-48.
9. Population Council. Mensajes sobre salud sexual y reproductiva; Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Tomo I; 1999:35-39.
10. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis en Salud Pública. México; 1992.34:36-49.
11. Hulka B, Wheat J. Patterns of utilization. Patient perspective. Med Care 1985; 23: 438- 460.
12. Benería, L, Roldán M. Las encrucijadas de clase y género. Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la ciudad de México. México, Colegio de México- Fondo de Cultura Económica; 1992.
13. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. From "how many" to "why": Health services utilization from the users' perspective. Salud pública Méx. 1997; 39: 442-450.
14. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. Rev. Panam. Salud Publica. 2002; 11: 365-373.
15. Instituto Nacional de Perinatología Manual de Normas y Procedimientos de Investigación. México; 1994.
16. Arroyo P, Ávila H, Casanueva E, García D, Jurado E. Programa para la captación de una cohorte de estudios perinatales I. Justificación y estrategias. Bol Of. Sanit. Panam .1983;95:35-43.
17. Casanueva E, Ávila H, Arroyo P, García D, Jurado E; Programa para la captación de una cohorte de estudios perinatales II. Evaluación de la aceptación de un servicio de salud. Bol. Of. Sanit. Panam. 1983;95:44-50.
18. Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México, Programa Universitario de Estudios de Género PUEG, UNAM; 1993.