

PUBLICACIÓN N° 4:

SALUD DE LAS MUJERES Y VULNERABILIDAD: VIDA REPRODUCTIVA Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Salud de las mujeres y vulnerabilidad: vida reproductiva y prácticas preventivas

*Elsa López
Andrea Federico*

Introducción

LOS ENFOQUES PREVALECIENTES EN EL ESTUDIO DE LA SALUD de las mujeres se orientaron durante muchos años hacia el cuidado de embarazos y partos. Esa orientación se ha ido modificando en las últimas décadas debido, principalmente, a la aparición de nuevos y más eficaces métodos para evitar los embarazos, al aumento en la esperanza de vida, al recrudecimiento de las enfermedades de transmisión sexual y la aparición del sida, y al papel creciente de temas referidos a las mujeres en las agendas de las políticas públicas. Lo anterior ha dado lugar a la incorporación de otros aspectos importantes que deben tomarse en cuenta en el campo de la salud femenina. Ellos son, enumerados de una manera muy breve: *a)* la prevención y el tratamiento de la salud ginecológica y mamaria, ya sea de las enfermedades degenerativas o de las infecciosas, incluyendo las de transmisión sexual, la menopausia y la posmenopausia, y *b)* la que atañe a la sexualidad y la reproducción en sus aspectos preventivos, curativos y educativos.

Desde esta perspectiva, los objetivos a lograr en la salud femenina son: *a)* la reducción de enfermedades evitables, de incapacidades, sufrimiento, miedo, vergüenza y muerte que se asocian con la sexualidad, la reproducción y la posreproducción; *b)* la regulación segura y efectiva de la fecundidad; *c)* el derecho a criar hijos sanos cuando se decida tenerlos; *d)* la prevención y el tratamiento de la patología ginecológica y mamaria, y *e)* la reducción de la incidencia de la osteoporosis, la artritis y los trastornos depresivos, que cobran mayor protagonismo en los años posreproductivos (López y Tamargo, 1996; Gogna, Ramos y Romero, 1999).

Los indicadores del estado de salud de las mujeres en la Argentina son contradictorios. Si bien la esperanza de vida desde el nacimiento es más alta que la de muchos países de la región (75.7 años durante el primer quinquenio de 1990), la mortalidad materna sigue siendo inusualmente elevada (Valdés y Gomariz, 1995, y INDEC, 1997): 46 defunciones de mujeres por cada cien mil nacidos vivos en 1996, cifra seguramente mayor debido a que muchas de las muertes causadas por embarazos o partos se registran como defunciones por "otras causas", no vinculadas al proceso reproductivo. El nivel de la tasa de mortalidad materna sitúa desfavorablemente a la Argentina en comparación con Cuba, Uruguay, Costa Rica y Chile, y supera en alrededor de 10 veces el vigente en Canadá o los Estados Unidos (4 y 6.5 por cien mil nacidos vivos, respectivamente) (Valdés y Gomariz, 1995; Mora y Yunes, 1993).

La causa más importante de la mortalidad materna en la Argentina continúa siendo el aborto inducido, que concentra la tercera parte de las defunciones. La decisión de interrumpir un embarazo ocurre cuando éste se considera inoportuno, por lo cual el papel de la prevención es fundamental. Los embarazos inoportunos tienen como una de sus principales causas la ausencia de uso de métodos anticonceptivos o su inadecuada utilización. Al estar el aborto penado por la ley, la seguridad de su práctica depende de las posibilidades económicas de las mujeres. En consecuencia, aquellas que no pueden pagar la intervención se someten a graves peligros para su vida y su salud; sucede lo contrario si se dispone de medios económicos para hacerse un aborto. Garantizar el acceso a la anticoncepción segura y efectiva y a los servicios públicos de salud que informen y provean los métodos para hacerla efectiva es un paso esencial para reducir la incidencia del aborto inducido, mejorar las condiciones de salud de las mujeres, disminuir la inequidad y ejercer efectivamente la ciudadanía.

La atención adecuada durante el embarazo influye decisivamente en la reducción de la mortalidad materna. Aunque los embarazos y partos son hechos fisiológicos normales, ambos suponen riesgos que es importante prevenir, detectar y enfrentar de manera precoz, antes de que las complicaciones se conviertan en emergencias que amenacen la vida de mujeres y niños. Estudios recientes muestran que las complicaciones obstétricas no sólo son impredecibles sino también imprevisibles, por lo cual la estrategia para evitar las muertes maternas es tratarlas en forma rápida y adecuada (Maine *et al.*, 1995). En la búsqueda de una mayor equidad, la maternidad es un derecho a ser ejercido con un mínimo de riesgos.

El cuidado prenatal durante el embarazo asegura la detección temprana y el manejo de las complicaciones, la inmunización contra el tétanos, el diagnóstico de la pre-eclampsia y la eclampsia, el tratamiento de las enfermedades de

transmisión sexual y otras infecciones, y la detección y tratamiento de los desórdenes hipertensivos. Diversos trabajos han mostrado la potenciación de los efectos beneficiosos del cuidado prenatal en las mujeres en situaciones socioeconómicas desventajosas (Greenberg, 1983; Moore *et al.*, 1986; McLaughlin *et al.*, 1992).

En esta última línea de análisis, se han desarrollado algunos de los marcos conceptuales sobre la vulnerabilidad en salud. Con ellos se han aportado una serie de lineamientos para conectar la enfermedad como fenómeno biológico y social con un conjunto de factores, especialmente de naturaleza cultural, que pueden favorecer su aparición en el individuo o en la comunidad. La enfermedad, expresada en la mortalidad o la morbilidad, forma parte de los modelos demográficos y epidemiológicos que prevalecen en cada sociedad, mediante los cuales se manifiestan lo biológico, las prácticas culturales y las condiciones socioeconómicas. El análisis de los factores que intervienen en el proceso de enfermar y morir requiere de herramientas más sofisticadas que las que se utilizan en los enfoques descriptivos, en lo que concierne tanto a la formulación de hipótesis de investigación, como a la incorporación de la temporalidad de los fenómenos en observación. La formulación del modelo de riesgo permite disponer de elementos conceptuales y metodológicos para profundizar en la investigación. La estructura social, política, económica o cultural que define las enfermedades aparece usualmente con elementos no siempre posibles de ser cuantificados. Más allá de una única exposición al riesgo de enfermar habría una sucesión de exposiciones a lo largo del tiempo que acabaría constituyendo un complejo causal suficiente (Dunn y Janes, 1986; Vineis, 1990; Landers, 1992).

¿Cuál es la relación entre salud, enfermedad, riesgos, pobreza y vulnerabilidad? Castel (1994) propone la existencia de una dinámica de exclusión que se manifiesta antes de que se produzcan efectos completamente desocializantes. La gran marginalidad se presenta al fin de un recorrido, y esa zona de exclusión está formada tanto por los marginados como por los que están amenazados por la marginación: los inestables en el trabajo o los que están en riesgo de caer en esa situación. En salud, los que están en riesgo de caer son los más vulnerables, los peor alimentados, los menos educados, los que viven hacinados, los que no tienen coberturas sociales. Según Castel, la lógica de las políticas y los servicios sociales se asienta en la identificación de las poblaciones en peligro: indigentes, inválidos, niños abandonados. A este enfoque no le falta mérito, pero presenta dos inconvenientes: a menudo confiere un carácter estigmatizante y condena a los asistidos a un destino social e institucional definitivo al no incorporar a personas con ciertas características que circulan de uno a otro ámbito, principalmente en el trabajo precario, la delincuencia o la

toxicomanía. En la actualidad, las zonas de integración tienen fronteras móviles que se relacionan con el trabajo y la inserción relacional (Castel, 1994). Sin duda, el problema económico está en la base de la mayoría de las situaciones de gran marginalidad, si no es que de todas. Sin embargo, es difícil definir un umbral de pobreza que sirva de criterio para decidir quiénes son aquellos que tienen necesidad de ser socorridos. "Contar los pobres" es una operación indispensable, aunque sólo sea por razones administrativas, pero la heterogeneidad de las evaluaciones muestra que la dimensión económica no es una información suficiente. En palabras de Sen (1992), las necesidades relevantes susceptibles de ser satisfechas varían desde cosas tan elementales como alimentarse, tener buena salud, evitar las enfermedades y las muertes evitables hasta alcanzar logros más complejos como ser feliz, tener respeto de sí mismo o tomar parte en la vida de la comunidad. A esas necesidades, Sen (1992) las denominó factores de intercambio de un individuo o una familia. Esos factores son los bienes y servicios que una persona puede adquirir a cambio de los recursos de que dispone. Los intercambios pueden ser conferidos públicamente o basarse en la lógica del mercado; los primeros están disponibles mediante la intervención del Estado, como un suplemento no sujeto al intercambio del mercado o como un derecho social. Se considera que dichos intercambios constituyen un requisito para la igualdad. Es necesario ver concretamente cuáles son las prácticas que conducen a convertir ciertos bienes y servicios en derechos sociales. Por sus efectos sobre la salud, la alimentación, la vivienda, la provisión de agua y las condiciones sanitarias son derechos de suma importancia. También la educación, especialmente la de las mujeres, es un factor crítico en la salud familiar, y se menciona entre los más importantes intercambios. En este sentido, debido a la gran importancia que se otorga a la utilización de los servicios de prevención materna e infantil en la reducción del riesgo en salud, la cuestión de la educación de las mujeres constituye un aspecto fundamental en los programas de atención primaria de la salud.

Entre las proposiciones atinentes a la educación de las mujeres, se han planteado principalmente dos posturas: la primera pone el énfasis en su papel protagónico y la segunda relativiza su relevancia, otorgándole un peso preponderante a la oferta de servicios de salud. A pesar de atribuirle o no a la educación ciertas preeminencias, los hallazgos coinciden en señalar las modalidades o caminos mediante los cuales ésta opera para producir resultados positivos. Uno de esos caminos postula que las mujeres más educadas tienden a casarse y a tener su primer hijo más tardíamente, lo cual aumenta la probabilidad de supervivencia del niño, sobre todo si nace después de que su madre tenga 18 años. En la misma línea, Cleland (1990) agrega que las mujeres que han ido a la escuela tienen una mayor propensión al uso de recursos

médicos, una mayor capacidad para el manejo de trámites burocráticos, una actitud más innovadora hacia la vida y la adopción de prácticas modernas de salud basadas en una comunicación más directa con las personas del equipo de salud. Las mujeres más escolarizadas acuden más prontamente a la atención médica cuando la necesitan y siguen más ajustadamente las prescripciones. La instrucción permite romper la tradición, ser menos fatalista frente a la enfermedad y adoptar las nuevas terapéuticas y alternativas en materia de cuidados, encontrar los servicios necesarios y considerar su utilización como un derecho y no como una mera asistencia. Adicionalmente, el acceso de las mujeres a la instrucción contribuye a modificar profundamente la estructura tradicional de las relaciones intrafamiliares y le permite adquirir autonomía en relación con las decisiones sobre la manera de regular la formación de su familia, el nacimiento de sus hijos y la forma de educarlos, nutrirlos y cuidarlos.

En lo que se refiere a la postura que confiere mayor importancia a la oferta de servicios de salud, existe acuerdo acerca del rol de la medicina moderna y los servicios de salud en el mejoramiento de la calidad de vida. La ampliación de los servicios de salud, aún en el corto plazo, produce como resultado un fuerte descenso en los niveles de morbilidad (Caldwell, 1986; Caldwell *et al.*, 1989). Es por ello que se recomienda que los servicios de salud privilegien la accesibilidad y gratuidad antes que a la alta tecnología.

¿Cómo pueden disminuirse a corto plazo los efectos sobre la salud que surgen de las diferencias educacionales? Mediante la provisión de servicios de salud más focalizados que establezcan un sistema de visitas al hogar, con la institucionalización de todos los partos y con la ampliación de la cobertura del cuidado pre y postnatal. Estudios clásicos mostraron que Cuba y Costa Rica redujeron estas diferencias gracias a la educación en la mortalidad a partir del compromiso gubernamental dirigido a proveer información y servicios de salud a los sectores más vulnerables (Sandiford *et al.*, 1995; Rosero-Bixby, 1985; Behm, 1980, y Schultz, 1990). También Elo (1992), subraya la importancia del acceso a los servicios de salud como factor esencial en la reducción de las diferencias entre mujeres más o menos educadas. Esta autora encontró una mayor probabilidad de que las mujeres busquen servicios de atención materna e infantil en los primeros nacimientos, que en los últimos, sobre todo si no han experimentado dificultades durante el embarazo o parto previos. La existencia de niños en edad preescolar en el hogar puede constituir un factor que facilite o inhiba la búsqueda de servicios de salud ya que, al ser las mujeres las que cuidan a los niños, el efecto sobre la demanda puede ser negativo ante la imposibilidad de dejarlos solos si no existe un miembro del hogar que pueda quedarse acompañándolos.

El trabajo que se presenta intenta responder a varias interrogantes que se refieren a la salud reproductiva de las mujeres, en especial de las que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Por una parte, si bien la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos es relativamente alta en la población femenina de la Capital Federal, ésta presenta distintos grados de utilización en diferentes estratos socioeconómicos, lo cual llevaría a las mujeres más desfavorecidas a situaciones de mayor riesgo ante un embarazo inoportuno o a un nacimiento adicional. Por la otra, persiste una situación de notoria desigualdad en la atención del embarazo que afecta particularmente a las mujeres más desprotegidas. Si bien es cierto que existe una elevada proporción de mujeres que cumple con las indicaciones de realizar al menos 5 controles y de hacer la primera consulta durante el primer trimestre del embarazo, los datos muestran que las madres recientes que no cumplen con las indicaciones están fuertemente concentradas en grupos con ciertos atributos asociados a la vulnerabilidad. Por último, la evidencia de importantes magnitudes de operaciones cesáreas en las mujeres que tienen mejores condiciones de vida parece indicar un problema que no se vincula a las condiciones de vida deficitarias sino, probablemente, a las modalidades de organización y funcionamiento de los servicios de salud prepagos y privados. En este trabajo se describirán diversos aspectos de las condiciones de atención de la salud de las mujeres como la cobertura de salud, la consulta ginecológica en el último año, el uso de métodos anticonceptivos y, para las mujeres con hijos nacidos vivos en los 3 años anteriores a la Encuesta, la atención del embarazo y el parto.

Las mujeres del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)

El cuadro 1 presenta algunas características de los hogares de las encuestadas en el cual se pone de manifiesto el mayor número promedio de miembros del hogar y la presencia más abultada de niños menores de 14 años en las unidades domésticas pobres. En cuanto a la clasificación de hogares según la composición del parentesco, si bien en todos ellos predomina el tipo nuclear se comprueba que en los hogares no pobres se constata con más frecuencia la existencia de no familiares y jefas mujeres, mientras que en los hogares pobres hay comparativamente mayores arreglos familiares propios de los hogares extensos y compuestos, circunstancias que podrían asociarse con un porcentaje más elevado de precariedad habitacional y con la necesidad de sumar ingresos. Es interesante agregar que cerca de una cuarta parte de las mujeres en edad reproductiva vive en hogares pobres, definidos éstos por indicadores de privación muy relacionados con la vivienda.

Cuadro 1

Características de los hogares según condición de pobreza

	<i>Pobres</i>	<i>No pobres</i>	<i>Total</i>
Tamaño medio	4.4	3.1	3.4
Número medio de menores de 14 años	1.7	0.6	0.8
Jefas mujeres	15.2%	23.9%	22.4%
Composición de parentesco			
No familiar	10.2%	15.4%	14.5%
Nuclear completo	59.4%	59.0%	59.9%
Nuclear incompleto	6.3%	8.2%	7.8%
Extenso/compuesto	24.1%	16.5%	17.9%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares. Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales. 1994.

La composición de la población femenina de 15 a 49 años según el estado conyugal, señala que la mitad de las mujeres está casada, el 11% es unida o conviviente, el 34% es soltera y el 5% separada o divorciada (sólo el 1% es viuda). Al vincular la situación conyugal y la pobreza resalta que, mientras las casadas y solteras tienen similar proporción tanto en la población femenina pobre como en el total de mujeres (una de cada cinco), la relación se altera visiblemente en las unidas, ya que la mitad de ellas son pobres. El nivel de instrucción de las mujeres es relativamente bueno: el 42% completó o superó la educación secundaria, la mitad tiene el tramo secundario incompleto (muchas de las menores de 20 años lo está cursando) y el 8% no alcanzó a finalizar la educación primaria.

La salud de las mujeres

Afiliación a sistemas de salud y consulta ginecológica en el último año

Las dos terceras partes de las mujeres del AMBA están afiliadas a algún sistema de salud (Cuadro 2). El patrón de cobertura por edad indica que las menores de 30 años no llegan al promedio y las mayores lo superan. La mayor regularidad en el empleo (de ellas mismas, de sus cónyuges o de sus padres) podría explicar este comportamiento. La cobertura de salud aparece netamente diferenciada por estrato socioeconómico, favoreciendo a las mujeres no pobres.

Cuadro 2

Porcentaje de mujeres con cobertura de salud
por edad y condición de pobreza

<i>Edad</i>	<i>Pobres</i>	<i>No pobres</i>	<i>Total</i>
15-19	43.4%	71.0%	63.4%
20-24	32.8%	69.0%	59.7%
25-29	39.5%	68.1%	60.2%
30-34	35.3%	75.3%	65.4%
35-39	40.3%	77.1%	68.9%
40-44	59.6%	75.0%	72.1%
45-49	57.2%	78.0%	75.4%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares. Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales. 1994.

La consulta ginecológica, factor preponderante en la prevención de las afecciones génito-mamarias, fue realizada en el año anterior al relevamiento por más de la mitad de las mujeres en edades fértiles. Como se muestra en el Cuadro 3, existen diferencias según la condición de pobreza de los hogares, la cobertura de salud y el nivel de educación de las mujeres. La situación de alta paridad que acompaña a la pobreza y a la educación deficiente muestra que las madres de cuatro hijos o más realizaron menos controles ginecológicos que las mujeres con menos hijos, diferencias que ponen de manifiesto situaciones de inequidad en la prevención de la salud.

La consulta ginecológica en el último año según la edad mostró un aumento del porcentaje de mujeres hasta los 34 años y luego un decrecimiento (Gráfica 1). Esta situación podría estar indicando que las mujeres consultan al ginecólogo en las ocasiones en las que acuden a los controles del embarazo o al seguimiento de la salud de sus hijos, lo cual debe alertar sobre las insuficientes medidas de prevención de las mujeres mayores, que afrontan riesgos crecientes de patologías como el cáncer de cuello uterino o de mama.

Para conocer los factores que influyen en la consulta ginecológica, se recurrió al análisis de regresión logística. Para ello se agrupó a las mujeres pobres y no pobres de manera independiente, aplicándoles diferentes modelos que incluyeron variables sociodemográficas y de cobertura de salud. Los resultados se muestran en el Cuadro 4.

Cuadro 3

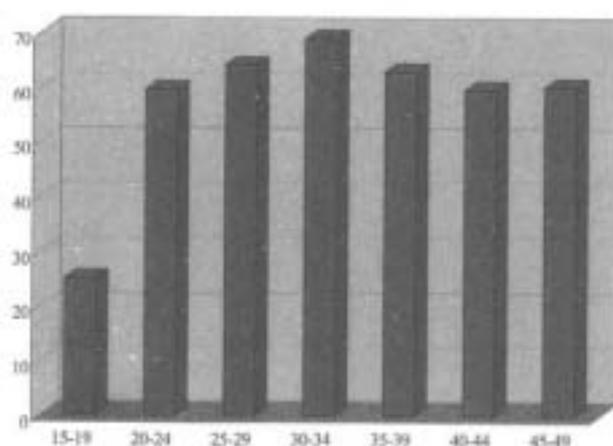
Porcentaje de mujeres que realizaron consulta ginecológica en el último año según diversas características

<i>Condición de pobreza</i>	%
Pobres	47.5
No pobres	58.6
<i>Cobertura de salud</i>	%
Con cobertura	62.2
Sin cobertura	44.0
<i>Educación</i>	%
Hasta primaria incompleta	44.3
Primaria completa/sec. incompleta	48.5
Secundaria completa o más	67.3
<i>Cantidad de hijos</i>	%
1-3	65.5
4 o más	59.6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares. Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales, 1994.

Gráfica 1

Distribución porcentual de las mujeres que realizaron consulta ginecológica en el último año por edad



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares. Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales, 1994.

Cuadro 4

Realización de consulta ginecológica. Odds Ratio (y 95% de Intervalos de Confianza) a partir de 2 modelos de regresión logística para determinantes de la realización de consulta ginecológica. Mujeres pobres y no pobres

Características sociodemográficas y de cobertura	Mujeres pobres		Mujeres no pobres	
	Modelo 1 N=689	Modelo 2 N=689	Modelo 1 N=1746	Modelo 2 N=1746
Nivel de educación				1.34 (1.11-1.62)*
Hasta primaria inc. (c.r.)	1.00	1.00	1.00	
Primaria compl./secundaria inc.	1.62 (1.05-2.49)*	1.63 (1.07-2.48)*	0.90 (0.53-1.53)	
Secundaria compl. y más	2.73 (1.38-5.42)*	3.11 (1.64-5.88)*	1.36 (0.79-2.34)*	
Edad				
15-19	0.76 (0.35-1.61)	0.47 (0.25-0.90)*	0.34 (0.20-0.57)*	0.30 (0.18-0.50)*
20-24	1.01 (0.54-1.89)	0.93 (0.51-1.69)	0.85 (0.56-1.28)	0.81 (0.54-1.21)
25-29	0.81 (0.45-1.47)	0.85 (0.48-1.52)	0.79 (0.54-1.17)	0.78 (0.53-1.14)
30-34 (c.r.)	1.00	1.00	1.00	1.00
35-39	0.55 (0.31-1.00)*	0.61 (0.34-1.10)	0.73 (0.51-1.05)	0.75 (0.52-1.07)
40-44	0.47 (0.24-0.90)*	0.51 (0.27-0.96)*	0.65 (0.45-0.93)*	0.67 (0.47-0.97)*
45-49	0.31 (0.14-0.70)*	0.34 (0.15-0.76)*	0.81 (0.55-1.18)	0.84 (0.58-1.23)
Hijos nacidos vivos				
Nullíparas (c.r.)	1.00	N.I.	1.00	N.I.
1 a 3 hijos	0.67 (0.38-1.17)		0.82 (0.60-1.11)	

4 o más hijos	0.95	(0.62-1.46)	1.13	(0.80-1.61)
Estado conyugal				
No unidas (c.r.)	1.00	1.00	1.00	1.00
Unidas	2.94	(1.70-5.08)*	1.79	(1.16-2.76)*
Casadas	1.73	(1.01-2.95)*	1.15	(0.86-1.54)
Con cobertura de salud	1.27	(0.87-1.86)	2.32	(1.83-2.93)*
		N.I.		(1.84-2.93)*
Usuaría de anticonceptivos	1.31	(0.90-1.90)	1.32	(1.06-1.66)*
		N.I.		(1.07-1.67)*
χ^2 del modelo	56.48; Sig <0.001	93.50; Sig <0.001	146.53; Sig <0.001	141.31; Sig <0.001

* p < 0.05; N.I. Variable no incluida; c.r.: categoría de referencia.

Mujeres pobres

Se probaron 2 modelos. El primero puso a prueba el efecto que ejercen la edad, el estado conyugal, el nivel de educación, el número de hijos nacidos vivos, la cobertura de salud y el uso actual de métodos anticonceptivos sobre la consulta ginecológica. Al analizar los resultados se observó que la educación y el estado conyugal tienen un efecto significativo sobre la realización de consulta; en cambio, la edad, el número de hijos nacidos vivos, la cobertura de salud y el uso actual de anticonceptivos no mantuvieron una relación lineal con el cambio en la probabilidad de realización de la consulta. El modelo obtenido es estadísticamente significativo y tiene una capacidad predictiva del 63% (alcanza ese porcentaje de estimaciones correctas) para el total y del 72% para la realización de consulta. Los resultados obtenidos llevaron a la construcción de un segundo modelo, en el que se excluyeron las variables no significativas (cobertura de salud e hijos nacidos vivos). Se obtuvieron los siguientes resultados: *a*) la educación tiene un efecto significativo sobre la realización de consulta. Cuando se compara a las mujeres pobres de educación media y alta con las de baja educación se observa que las primeras tienen 62% más probabilidad de haber realizado una consulta, probabilidad que se duplica en las mujeres de más alta educación; *b*) la edad indica que las mujeres más jóvenes tienen 64% menos de probabilidades de haber hecho una consulta que las de 30 a 34 años. El descenso es del 50% en las mujeres de 40 a 44 años y del 67% en las de 45 a 49 años, y *c*) el estado conyugal señala que las mujeres unidas consensualmente superan en 4.6 veces y las casadas en tres veces las probabilidades que tienen las no unidas (predominantemente jóvenes y solteras), de haber hecho una consulta ginecológica. El segundo modelo tiene una mejor bondad de ajuste que el primero (es más explicativo). Su capacidad predictiva general es similar al anterior (64%); en la categoría "Realizó consulta" la capacidad de predecir correctamente las observaciones es del 68%, algo menor a la del modelo 1 debido a que se han incluido menos factores explicativos (variables independientes).

En síntesis, la consulta ginecológica de las mujeres más pobres del Gran Buenos Aires está asociada a las características sociodemográficas. La educación se constituye en un factor "de protección"; en cambio, tener menos de 20 años o ser mayor de 40 funciona como condición negativa para la consulta, aunque es preciso destacar que la indicación para la consulta ginecológica no es similar en la adolescencia que en las edades mayores, en las cuales aumenta el riesgo del cáncer génito-mamario. La circunstancia de vivir en unión conyugal hace crecer las probabilidades de consulta ginecológica, mientras que tener hijos o no tenerlos, y contar o no con cobertura de salud no influye de manera importante en la consulta de las mujeres pobres.

Mujeres no pobres

Para las mujeres no pobres se partió de la aplicación de un modelo similar al modelo 1 de las mujeres pobres. Los resultados muestran que los factores relevantes para la explicación de la realización de consulta en este subconjunto de mujeres fueron: *a)* la edad. Se observaron diferencias significativas en las probabilidades de realizar una consulta por parte de las mujeres de 15 a 19 años (67% menos) y de las de 40 a 44 años (35% menos) con respecto a las de 30 a 34 años (categoría de referencia). Al respecto, cabe ampliar el comentario hecho más arriba acerca de las probabilidades disminuidas de consulta: mientras que en las más jóvenes la consulta de control es deseable porque instala modalidades de prevención en trayectorias sexuales y reproductivas que se están iniciando, en las más grandes esas consultas actúan sobre el estado de salud en el momento presente o en el futuro próximo, y la ausencia de consultas es una señal de alarma para los Programas de prevención de la salud de las mujeres; *b)* el estado conyugal de las mujeres de sectores medios influye diferencialmente entre las mujeres unidas y las no unidas por un lado, y entre las casadas y las no unidas por el otro. Los datos indican que las mujeres unidas tienen alrededor del 80% más de probabilidades de haber consultado que las no unidas. En cambio, no se hallaron diferencias significativas entre las casadas y las no unidas; *c)* la educación se relaciona con la consulta, aunque no se encontraron diferencias entre la consulta de mujeres de educación media y alta comparadas con las de educación baja. Debido a ello, en el modelo 2 se introduce esta variable sin definir categorías de referencia; *d)* el número de hijos nacidos vivos no interviene, y *e)* la cobertura de salud y la condición de usuaria actual de métodos anticonceptivos son factores que influyen en la realización de la consulta y que diferencian a estas mujeres de las que viven en condiciones extremas de pobreza. Contar con cobertura de salud aumenta en 130% la probabilidad de haber realizado alguna consulta y ser usuaria actual de anticonceptivos la incrementa en el 32%. El χ^2 -cuadrado del modelo indica que es significativamente explicativo. En total, el 68% de las estimaciones son correctas, porcentaje que alcanza al 90% en la estimación de "Realizó consulta".

A partir de los resultados del modelo 1 se aplicó un nuevo modelo (Modelo 2). Las variables incluidas fueron las mismas, excepto hijos nacidos vivos. Se modificó, sin indicar la categoría de referencia, el nivel de educación. Los resultados fueron: *a)* la edad señala que tener de 15 a 19 años disminuye la probabilidad de realizar una consulta por parte de las mujeres en un 70%, y tener de 40 a 44 años la baja en un 33%; *b)* el estado conyugal indica que las mujeres unidas casi duplican a las no unidas en la probabili-

dad de realizar consulta y las casadas no muestran un comportamiento significativamente diferente de las no unidas; *c*) la educación mostró que el aumento en cada uno de los niveles conduce a un crecimiento del 34% en la probabilidad de haber realizado consulta, y *d*) la cobertura de salud es un factor que duplica la probabilidad de haber hecho consulta y la condición de usar métodos anticonceptivos la aumenta en un 30%. Las variables incluidas son estadísticamente significativas para explicar la variable dependiente. La capacidad predictiva es 67% para el total y 89% para consulta realizada. En líneas generales, este modelo tiene un poder explicativo similar a los anteriores.

En síntesis, en las mujeres no pobres los factores que contribuyen a la realización de la consulta ginecológica son, además de los de orden sociodemográfico, la cobertura de salud y el uso actual de métodos anticonceptivos. Cabe destacar el efecto "protector" de la educación, la mayor vulnerabilidad de las mujeres más grandes y el comportamiento similar entre casadas y no unidas.

Comparación de las mujeres pobres y no pobres

Las similitudes y diferencias encontradas fueron: *a*) para ambos subconjuntos de mujeres, la educación es un factor protector, y tener menos de 20 años o más de 40 años constituye condición negativa para la consulta (es necesario establecer diferencias entre el menor riesgo de las mujeres jóvenes y el más elevado de las mayores de 40 años); *b*) mientras que para las mujeres pobres el convivir en unión aumenta las probabilidades de realizar consultas, para las no pobres esta diferencia sólo se produce entre las mujeres unidas y las no unidas; las casadas siguen un comportamiento similar a las no unidas; *c*) el hecho de tener hijos o no, no influye sobre la realización de consulta, y *d*) el contar con cobertura de salud o la condición de usuaria de anticonceptivos no afecta la realización de la consulta ginecológica en las mujeres más pobres, mientras que en las no pobres estos factores influyen en las probabilidades de realizar la consulta.

La fecundidad

Los datos de fecundidad se refieren a las mujeres que viven en algún tipo de unión conyugal (legal o consensual) y a las solteras con hijos. En el análisis de la fecundidad, se advierte que el 13% de estas mujeres no tiene hijos, el

Cuadro 5

Distribución porcentual de las madres por número de hijos según diversas características

	<i>Hijos</i>	
	<i>1-3</i>	<i>4 o más</i>
<i>Estado conyugal</i>		
Soltera	5.0%	6.0%
Unida	12.1%	20.0%
Casada	73.2%	67.1%
Separada/divorciada	8.1%	4.5%
Viuda	1.5%	2.5%
<i>Educación</i>		
Hasta prim. inc.	7.8%	20.5%
Prim.comp/sec.inc.	48.5%	55.1%
Sec. comp. o más	43.7%	24.3%
<i>Condición de pobreza</i>		
Pobres	21.4%	47.5%
No pobres	78.6%	52.5%
<i>Cobertura de salud</i>		
Con cobertura	68.1%	52.5%
Sin cobertura	31.9%	47.5%
Total	100%	100%
Base	1 340 417	350 777

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares. Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales. 1994.

69% es madre de uno, dos o tres y el 18% restante tiene cuatro hijos o más. Si se comparan estas cifras con las de otras ciudades de la Argentina como Salta y Resistencia, donde una de cada tres mujeres tiene 4 hijos o más, resaltan las menores descendencias del AMBA (López, 1997).

Al comparar el estado conyugal de las mujeres con uno, dos o tres hijos con el de las que tienen cuatro o más, resalta en estas últimas el mayor porcentaje de cohabitantes, el menor peso de las casadas y los niveles de educación más precarios. Asimismo, se advierte que la proporción de mujeres pobres es mucho más alta y la cobertura de salud más deficitaria (Cuadro 5).

La prevalencia en el uso de anticonceptivos

En el Cuadro 6, se presenta información sobre la relación entre condición de uso de anticonceptivos (en mujeres casadas, unidas o con vida sexual activa) y diversas características. Los datos señalan que las usuarias actuales de métodos anticonceptivos llegan al 63%, las nunca usuarias al 17% y las mujeres que usaron alguna vez, pero no lo hacen en la actualidad, al 20%. Resaltan los bajos niveles de uso entre las mujeres más jóvenes y las de más edad. Las razones de las más grandes para no estar usando anticonceptivos podrían buscarse, de acuerdo a los resultados de otras investigaciones, en la pérdida sostenida de la capacidad fértil. En cuanto a las más jóvenes se puede recurrir a diversas interpretaciones o a la combinación de ellas: *a)* la motivación para comenzar a tener hijos; *b)* la falta de información sobre la fisiología de la reproducción y de los métodos apropiados y seguros y *c)* la carencia o insuficiencia de los servicios de salud que atiendan la asistencia en anticoncepción (López, 1997 y 2000). En cambio, desde los 25 hasta los 39 años el uso es amplio; más de dos tercios de las mujeres. El uso de anticonceptivos difiere según el estado conyugal: el 70% de las casadas son usuarias, contra el 58% de las unidas y el 57% de las solteras (¿falta de información sobre la prevención de los embarazos o deseo de concepciones prenupciales para acelerar la formación de la pareja?). Puede añadirse que la composición por edades de las unidas es más joven que la de las casadas, por lo cual muchas de ellas están en la edad de formación de sus familias. A ello puede agregarse que son mujeres de estratos socioeconómicos más bajos que las casadas, con una predisposición menor hacia el control de la fecundidad y un ideal de familia más numeroso (López, 1998). Más arriba, al mencionar las descendencias y la fecundidad, se aludió a las prácticas sociales que las fundamentan, que pueden resumirse en el valor que se asigna a la constitución temprana de la familia y al tamaño más numeroso de ésta, en el desconocimiento de los métodos para prevenir el embarazo, en la falta de accesibilidad cognitiva, económica o cultural a los servicios de salud ginecológica y en la insuficiencia o poca calidad de los programas de salud que atienden a las mujeres (López y Findling, 1998a, y López, 1998). Todas estas causas intervienen en los altos niveles de fecundidad y de aborto inducido que mencionamos al inicio de este trabajo.

La condición de pobreza muestra con nitidez las diferencias en el uso de anticonceptivos. Se advierte, de acuerdo a lo esperado, un uso más extendido en las mujeres no pobres. El uso de anticoncepción difiere también según las mujeres dispongan o no de cobertura de salud. Pareciera que la afiliación acompaña mayores niveles de uso, aunque es preciso tener en cuenta que la

Cuadro 6

Distribución porcentual de las mujeres casadas, unidas o con relaciones sexuales por condición de uso de anticonceptivos y diversas características

	<i>Condición de uso</i>			<i>Total</i>
	<i>Usuaría actual</i>	<i>Alguna vez usuaria</i>	<i>Nunca usuaria</i>	
<i>Edad</i>				
15-19	54.0	13.8	32.2	192 953
20-24	64.4	12.9	22.7	344 486
25-29	70.1	15.8	14.1	362 638
30-34	69.7	18.0	12.3	419 056
35-39	69.8	18.8	11.4	418 988
40-44	61.9	23.0	15.0	390 266
45-49	44.9	35.0	20.1	331 033
<i>Estado conyugal</i>				
Soltera	56.7	14.1	29.2	568 462
Unida	58.3	21.4	20.4	308 335
Casada	70.2	18.5	11.3	1 408 628
Sep/divorciada	40.8	44.6	14.7	141 012
Viuda	19.2	58.1	22.6	32 982
<i>Educación</i>				
Hasta prim. inc.	48.1	26.9	25.0	202 155
Prim. comp/sec. inc	59.4	21.0	19.7	1 144 455
Sec. comp. o más	70.2	17.5	12.2	1 099 640
<i>Condición de pobreza</i>				
Con NBI	52.9	22.1	24.9	579 625
Sin NBI	66.4	19.2	14.4	1 879 793
<i>Afiliación al sistema de salud</i>				
Sí	66.4	19.0	14.6	1 616 310
No	56.7	21.8	21.5	862 718
Total	63.1	20.0	17.0	2 479 028

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares. Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales, 1994.

afiliación misma está asociada a factores como son los de una mayor edad y una situación socio-ocupacional que predispone hacia la planificación de la familia.

Uso actual de métodos anticonceptivos

Para conocer los factores que influyen en el uso actual de anticonceptivos se recurrió al análisis de regresión logística. De manera idéntica a la aplicación que se hizo para la consulta ginecológica, se agrupó a las mujeres pobres y no pobres de manera independiente, aplicándoles diferentes modelos que incluyeron variables sociodemográficas y de cobertura de salud. Los resultados se muestran en el cuadro 7.

En ambos subconjuntos de mujeres se aplicó un primer modelo que incluyó las siguientes variables: edad, estado conyugal, número de hijos nacidos vivos, nivel de educación y cobertura de salud. A partir de los resultados obtenidos (Cuadro 7), y con el fin de lograr un mejor ajuste, se modificaron y reformularon los modelos, con los resultados para mujeres pobres y no pobres que se presentan a continuación.

Mujeres pobres

Los resultados del primer modelo establecieron la relación entre la condición actual de uso de métodos anticonceptivos y la edad, el estado conyugal y la educación y, a la inversa, no la mostraron ni el número de hijos nacidos vivos ni la cobertura de salud. Los efectos hallados fueron: *a*) la edad no señala efectos claros, ya que, al aumentar ésta, disminuye la probabilidad del uso actual de métodos. Dado el supuesto de una relación no lineal entre la probabilidad de uso y la edad, se reformuló la variable tomando como categoría de comparación a las mujeres de 30 a 34 años; *b*) el estado conyugal indica que las mujeres casadas duplican la probabilidad del uso actual de métodos en comparación con las unidas; *c*) la educación muestra que pasar del nivel bajo al medio y de éste al alto aumenta en más del 50% las probabilidades de ser usuaria actual de anticonceptivos; para evaluar si esta relación es lineal, se modificó, en el modelo 2, la categoría de referencia (educación baja) de la educación, y *d*) el número de hijos nacidos vivos y el contar o no con cobertura de salud no se relacionan con el uso actual de anticonceptivos. La evaluación del χ^2 cuadrado del modelo indica que las variables introducidas son explicativas de la variable dependiente (uso actual de anticonceptivos). Este modelo tiene una capacidad predictiva del 63%.

A partir de los resultados obtenidos se aplicó un nuevo modelo (modelo 2) en el que se definió como categoría de comparación para educación el nivel bajo y para edad el tramo de 30 a 34 años, eliminándose el número de hijos nacidos vivos y la cobertura de salud. El estado conyugal se mantuvo

como en el modelo 1. Los resultados obtenidos fueron: *a*) la edad. Se observan diferencias significativas en las mujeres de 20 a 24 años y las de 35 y más respecto de las de 30 a 34 años. En las de 35 años y más, las probabilidades de que usen métodos anticonceptivos en la actualidad descienden el 50% en las de 35 a 39 años, el 35% en las de 40 a 44 años y el 83% en las de 45 a 49 años. El mismo efecto se produce en las mujeres de 20 a 24 años, que tienen la mitad de probabilidades de ser usuarias actuales de anticonceptivos que las de 30 a 34 años; *b*) no se notaron cambios en el efecto del estado conyugal con respecto al modelo anterior; *c*) la educación no mostró diferencias significativas al comparar el nivel medio con el bajo. En contraste, existen diferencias significativas entre el nivel bajo y el alto, y tener una escolaridad elevada triplica las probabilidades de ser usuaria actual de métodos. Se trata de un modelo que incluye variables que aportan a la explicación del uso actual de métodos y cuya capacidad predictiva es del 63% (y del 81% para la condición de usuaria actual). Se observa una mínima diferencia en cuanto a la capacidad predictiva de este modelo respecto del anterior, lo cual no implica que este modelo no sea lo suficientemente adecuado como para explicar la condición de uso.

Con el objetivo de evaluar los efectos de interacción de variables se aplicaron 2 nuevos modelos. En uno de ellos se incluyó la relación edad-educación y en el otro la relación edad-número de hijos nacidos vivos. En ninguno de ellos se encontró que estas relaciones fueran significativas para la explicación del uso actual de métodos anticonceptivos. En síntesis, en las mujeres pobres el uso actual de métodos anticonceptivos se asocia a la educación (que actúa como factor de protección), descendiendo las probabilidades de uso en las de 20 a 24 años y duplicándolas a partir de los 35 años si las mujeres están casadas.

Mujeres no pobres

El primer modelo muestra que las variables asociadas al uso actual de métodos anticonceptivos son la edad, el estado conyugal, la educación y el número de hijos nacidos vivos. Contar o no con cobertura de salud no influye sobre la condición de uso; los factores que influyen son: *a*) la edad. El aumento en la edad disminuye la probabilidad de uso. Pasar de un quinquenio al siguiente disminuye en poco más del 22% las probabilidades de ser usuaria actual de métodos. De manera similar a lo señalado en las mujeres pobres, y debido a que la edad no guarda una relación lineal con el uso actual de anticonceptivos, en el modelo siguiente se define como categoría de com-

Cuadro 7

Uso actual de métodos anticonceptivos. Odds Ratio (y 95% de Intervalos de Confianza) a partir de 2 modelos de regresión logística para determinantes de uso de métodos anticonceptivos. Mujeres pobres y no pobres

Características sociodemográficas y de cobertura	Mujeres pobres		Mujeres no pobres	
	Modelo 1 N=429	Modelo 2 N=429	Modelo 1 N=1185	Modelo 2 N=1185
Nivel de educación	1.52 (1.05-2.20)*		1.51 (1.20-1.89)*	
Hasta primaria incompleta (c.r.)		1.00		1.00
Primaria comp./secundaria inc.		1.33 (0.83-2.15)		1.41 (0.79-2.52)
Secundaria compl. y más		3.01 (1.26-7.17)*		2.18 (1.21-3.92)*
Edad	0.85 (0.74-0.97)*		0.78 (0.71-0.85)*	
15-19		0.93 (0.32-2.72)		0.43 (0.07-2.72)
20-24		0.48 (0.23-0.99)*		1.77 (0.92-3.40)
25-29		0.66 (0.33-1.31)		1.52 (0.91-2.52)
30-34 (c.r.)		1.00		1.00
35-39		0.51 (0.26-0.99)*		1.09 (0.71-1.68)
40-44		0.34 (0.16-0.71)*		0.92 (0.60-1.39)
45-49		0.17 (0.07-0.45)*		0.34 (0.22-0.51)*
Estado conyugal casada	1.93 (1.25-2.98)*	1.96 (1.27-3.01)*	1.51 (1.01-2.25)*	1.15 (0.76-1.74)*

Hijos nacidos vivos	1.32	(0.93-1.88)	N.I.	1.44 (1.10-1.89)*
Nalíparas (c.r.)				1.00
1 a 3 hijos				4.70 (3.11-7.10)*
4 o más hijos				2.18 (1.31-3.63)*
Con cobertura de salud	0.81 (0.53-1.23)	N.I.	1.05 (0.77-1.43)	N.I.
χ^2 del modelo	23.10; Sig <0.001	36.25; Sig <0.001	51.93; Sig <0.001	129.20; Sig <0.001

*p<0.05; N.I. Variable no incluida; c.r.: categoría de referencia

paración a las mujeres de 30 a 34 años; *b*) estar casada aumenta la probabilidad de ser usuaria en 50% con respecto a las unidas; *c*) la educación: el aumento en cada nivel de educación produce un incremento del 50% en la probabilidad de uso. Al igual que en el caso anterior, y para evaluar si la educación se comporta linealmente en relación con la probabilidad de uso, se aplicó en el modelo 2 la definición de categoría de referencia, y *d*) tener hijos nacidos vivos aumenta la probabilidad de ser usuaria. Para evaluar cómo es el comportamiento de esta variable, en el modelo siguiente se la define tomando como categoría de referencia a las mujeres nulíparas. El modelo es estadísticamente significativo y predice correctamente el 72% de las observaciones (el 99% en la categoría "usuaria"). Sin embargo, la estimación de la condición de no usuaria es poco precisa, lo que haría sospechar que se sobreestima el uso a través de este modelo. Con el objetivo de mejorar el ajuste se aplicó un segundo modelo en el que se definieron nuevas categorías de referencia: 30-34 años para la edad, nulíparas para el número de hijos nacidos vivos y educación baja para la educación. La variable cobertura de salud fue eliminada debido a la falta de asociación con el uso actual. Los resultados fueron los siguientes: *a*) edad: sólo se observan diferencias estadísticamente significativas en las mujeres de 45 a 49 años, en las que disminuye la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos en un 66% con respecto a las de la categoría de referencia; *b*) estado conyugal: las casadas tienen la mitad de probabilidades de ser usuarias actuales de métodos anticonceptivos en comparación con las unidas, situación en la que debe influir la composición por edades de unidas (más jóvenes) y casadas; *c*) número de hijos nacidos vivos. Las mujeres que tienen de 1 a 3 hijos cuatriplifican las probabilidades en comparación con las nulíparas en el uso actual y las mujeres con 4 hijos o más la duplican, y *d*) educación: el aumento en la educación hace crecer la probabilidad de ser usuaria: las mujeres de más alta educación duplican a las de baja en el uso actual de métodos anticonceptivos. Al igual que en los casos anteriores, se trata de un modelo significativo desde el punto de vista estadístico ($\chi^2 = 129.20$; sig <0.001), cuya capacidad predictiva es relativamente buena: 73% de estimaciones correctas para el total y 95% para la categoría "usuarias".

Asimismo, se probaron otros modelos incluyendo la relación entre edad y estado conyugal y entre edad y cantidad de hijos nacidos vivos. En términos generales, no se encontraron diferencias relevantes.

En síntesis, el uso actual de métodos anticonceptivos en las mujeres no pobres está asociado a la edad (aumentando la probabilidad de uso en las más jóvenes y disminuyendo a partir de los 45 años), al estado conyugal (estar casada aumenta la probabilidad de uso), al número de hijos nacidos

vivos y a la educación, que actúa, como se vio en otros modelos, como factor de protección.

Comparación de las mujeres pobres y no pobres

Las similitudes y diferencias encontradas fueron: *a)* al aumentar la edad disminuye la probabilidad del uso actual de métodos anticonceptivos en ambos grupos; en las pobres, a partir de los 40 años y en las no pobres, después de los 45; asimismo, en las edades menores a los 30 años las mujeres pobres tienen menos probabilidades de ser usuarias actuales y, en cambio, en las no pobres, la probabilidad de uso aumenta en las de 20 a 29; *b)* el estar casada —siendo pobre o no pobre— aumenta la probabilidad de ser usuaria actual de métodos anticonceptivos; *c)* la educación actúa de manera similar en las mujeres pobres y en las no pobres: a mayor educación mayor probabilidad de uso; *d)* el tener cobertura de salud aumenta la probabilidad de uso de las pobres pero no afecta a las no pobres, y *e)* en cambio, tener hijos nacidos vivos aumenta las probabilidades del uso actual en las no pobres y no tiene efecto en las mujeres pobres.

Las madres recientes

Más del 98% de las madres recientes efectuó controles prenatales durante su último embarazo, y nueve de cada diez mujeres hicieron al menos 5 controles en el lapso de su embarazo. Como se registra en el Cuadro 8, se evidenciaron situaciones claramente desfavorables en las madres pertenecientes a hogares pobres, ya que la cantidad de controles desciende si la mujer es muy joven o soltera, o si tiene poca educación o no tiene cobertura de salud. También es importante el porcentaje de mujeres que realizó el primer control prenatal durante el primer trimestre de gestación (84%), pero esta situación es notablemente más desventajosa en las mujeres jóvenes (menores de 25 años), principalmente solteras y unidas, con baja educación, sin cobertura de salud y en condición de pobreza.

A partir de la observación de las características descritas, se clasificó a las mujeres según el riesgo de situaciones de vulnerabilidad en sus condiciones de atención del embarazo. En esta clasificación, se agruparon las madres que en el último embarazo realizaron menos de 5 controles o hicieron el primer control a partir del segundo trimestre del embarazo. Así definidas, las madres vulnerables representaron el 23% de las madres recientes. La combi-

Cuadro 8

Distribución porcentual de madres vulnerables según
situación de vulnerabilidad

Menos de 5 controles y 1er. control tardío	15.7
Menos de 5 y 1er. control a tiempo	27.6
Más de 5 controles y 1er. control tardío	56.7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares. Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales. 1994.

nación de controles escasos o tardíos en este conjunto de mujeres sigue la distribución del Cuadro 8.

Perfiles de las madres vulnerables

En el Cuadro 9, se sintetiza el perfil de las madres que no cumplieron de manera eficiente con el número de controles recomendados y con la oportunidad del primer control. En este conjunto, la mitad eran solteras o cohabi-

Cuadro 9

Madres recientes por condición de vulnerabilidad según
diversas características

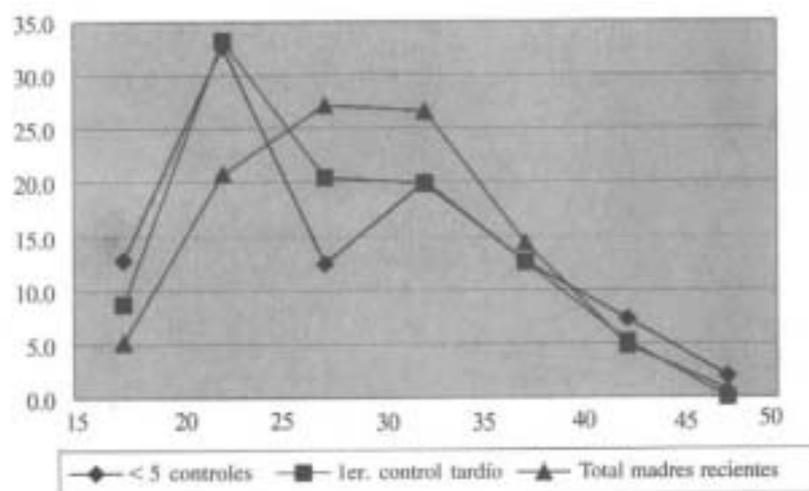
	<i>Condición de vulnerabilidad</i>		
	<i>Vulnerables</i>	<i>No vulnerables</i>	<i>Total</i>
<i>Edad</i>			
15-19	9.4%	3.9%	5.1%
20-24	32.7%	17.3%	20.8%
25-29	18.0%	30.0%	27.3%
30-34	20.2%	28.6%	26.7%
35-39	12.8%	14.9%	14.4%
40-44	6.1%	4.5%	4.9%
45-49	0.9%	0.8%	0.8%

<i>Estado conyugal</i>			
Soltera	15.1%	4.7%	7.1%
Unida	34.7%	20.8%	24.0%
Casada	44.3%	72.4%	65.9%
Separada/divorciada	4.2%	2.1%	2.6%
Viuda	1.7%		0.4%
<i>Educación</i>			
Primaria incompleta	22.7%	5.4%	9.3%
Prim. completa/Sec. inc.	64.7%	49.6%	53.0%
Sec. comp. o más	12.8%	45.0%	37.6%
<i>Cantidad de hijos</i>			
1	25.2%	32.0%	30.4%
2	21.7%	33.2%	30.5%
3	14.7%	18.4%	17.5%
4 o más	38.4%	16.5%	21.6%
<i>Condición de pobreza</i>			
Pobres	72.3%	32.3%	41.5%
No pobres	27.7%	67.7%	58.5%
<i>Cobertura de salud</i>			
Sí	32.5%	64.7%	57.3%
No	67.5%	35.3%	42.7%
<i>Condición de uso de MAC</i>			
Usuaría actual	51.1%	74.5%	69.1%
Alguna vez usuaria	20.8%	16.7%	17.7%
Nunca usuaria	28.1%	8.8%	13.3%
<i>Consulta ginecológica</i>			
Realizó	60.4%	76.0%	72.4%
No realizó	39.6%	24.0%	27.6%
<i>Relación con el jefe del hogar</i>			
Jefa	8.4%	2.7%	4.0%
Cónyuge	68.3%	81.3%	78.3%
Hija	15.3%	9.0%	10.4%
Nuera	3.7%	6.0%	5.4%
Otro familiar	4.3%	1.1%	1.9%
<i>Tipo de hogar</i>			
Nuclear completo	62.4%	74.4%	71.7%
Nuclear incompleto	5.1%	1.6%	2.4%
Extenso/Compuesto	32.5%	24.0%	25.9%
Total	100%	100%	100%
Base	111 232	370 581	481 813

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares. Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales, 1994. MAC = Métodos anticonceptivos.

Gráfica 2

Composición por edad de las madres recientes. Total, madres con menos de 5 controles y con primer control tardío



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares. Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales. 1994.

tantes; nueve de cada diez tenían un nivel educacional bajo o muy bajo; tres de cada cuatro eran pobres y el 70% no tenía cobertura social. En cuanto al número de hijos tenidos, más de una tercera parte de las mujeres vulnerables tenía 4 hijos o más, contra el 13% de la población femenina del AMBA. El uso de métodos anticonceptivos es bajo (alrededor de la mitad los utiliza) contra el 65% de las mujeres del área en estudio. La columna del cuadro que corresponde al primer control tardío sigue un patrón muy similar al descrito, lo que permite concluir la situación de gran vulnerabilidad social que caracteriza a estas mujeres en el tratamiento de sus embarazos.

En la Gráfica 2, se presenta la distribución de las madres recientes por edad, escaso número de controles prenatales y oportunidad tardía del primer control. Nótese las diferentes formas que adquieren las curvas en la totalidad de las madres recientes y en las madres vulnerables, en las cuales se aprecia con nitidez la concentración de la atención deficiente del embarazo en las edades más jóvenes.

El tipo de parto

Entre las madres recientes, se observa que un porcentaje elevado (27%) tuvo el último nacimiento por cesárea. En el Cuadro 10, se enumeran las características de esas mujeres. El perfil de esas madres revela una situación diferente a la anterior: son casadas en su mayoría, tienen un nivel educacional más alto que el promedio de las mujeres del AMBA, dos tercios de ellas no son pobres y tienen cobertura de salud, son madres de un número menor de hijos y el uso de anticonceptivos es superior al promedio de las mujeres del AMBA. El exceso de operaciones cesáreas es preocupante por la magnitud que adquiere y sus consecuencias sobre la morbilidad materna e infantil.

La interpretación de las diferencias puede buscarse en la capacidad de pago de las mujeres de mayores recursos y a ciertas modalidades de la seguridad social y de las empresas de medicina prepago, que gravan de manera diferencial los partos normales y los quirúrgicos. Por las consecuencias que tienen en la salud de las mujeres y los niños, se ha demostrado que las cesáreas entrañan mayores riesgos, así como costos más elevados para el sistema de salud.

Parece importante profundizar la investigación en estas cuestiones, ya que existen fuertes intereses corporativos y económicos por parte de los médicos y, al parecer, demandas por parte de las pacientes.

Conclusiones

La intención de este trabajo ha sido mostrar datos recientes sobre salud y reproducción en mujeres del principal aglomerado urbano de la Argentina, el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Los resultados no dejan dudas con respecto a la inequidad social que sufre una porción importante de las mujeres, aquella con menores niveles de educación o cuyas familias no alcanzan a satisfacer las necesidades más elementales. Casi la totalidad de los indicadores analizados hacen resaltar nítidamente las diferencias entre las mujeres pobres y las que no lo son, entre las que han asistido a la escuela en mayor y en menor medida, entre las casadas, las unidas y las solteras. Estos indicadores son el acceso a la cobertura de salud, los controles ginecológicos y prenatales, una fecundidad más elevada y el menor uso de métodos anticonceptivos. Como se mostró, solo uno de los acontecimientos ligados a la salud reproductiva, el nacimiento por cesárea, señala un perjuicio para las mujeres mejor situadas en la estructura social. Al respecto, es interesante añadir que otra investigación realizada entre tocoginecólogos concluyó que éstos temen la aparición de juicios por mala

Cuadro 10

Distribución porcentual de madres recientes con nacimientos por cesárea por diversas características

	%
<i>Edad</i>	
15-19	2.9
20-24	17.1
25-29	27.4
30-34	29.6
35-39	14.5
40-44	7.0
45-49	1.5
<i>Estado conyugal</i>	
Soltera	8.2
Unida	20.4
Casada	69.1
Separada/divorciada	2.3
<i>Educación</i>	
Hasta primaria incompleta	3.7
Prim. comp./sec. inc.	50.1
Sec. comp. o más	46.2
<i>Condición de pobreza</i>	
Pobres	32.5
No pobres	67.5
<i>Cobertura de salud</i>	
Con cobertura	67.8
Sin cobertura	32.2
<i>Consulta ginecológica</i>	
Realizó	74.5
No realizó	25.5
<i>Cantidad de hijos</i>	
1-3	81.5
4 o más	18.5
<i>Condición de uso de MAC</i>	
Usuaría actual	68.7
Alguna vez usuaria	17.0
Nunca usuaria	14.3
Total	100%
Base	136 852

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares, Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales, 1994. MAC = Métodos anticonceptivos.

práctica médica después de los partos, lo cual los lleva a tomar la decisión de realizar la cesárea en las mujeres de clase media (que son las que tienen los recursos económicos y culturales como para plantear esos juicios) ante la mínima duda del resultado del parto (López y Findling, 1998b).

Por los hallazgos que ha habido, puede concluirse que las condiciones materiales de vida son las que brindan un mayor sustento a las explicaciones de las modalidades reproductivas observadas. Esta conclusión no invalida la relevancia del papel de los factores simbólicos y culturales. La práctica anti-conceptiva más extendida en los sectores más acomodados del AMBA está anclada en significaciones que superan el encuadre meramente socioeconómico y se conectan con aspectos ligados a valores, expectativas y creencias, y en el papel que desempeñan hijos, parejas y familias dentro de la organización social. En el mismo plano de importancia, debe contemplarse el acceso diferencial de las mujeres al sistema de salud privado donde intervienen factores socioculturales como la comunicación más horizontal y democrática que se establece entre las mujeres de estratos socioeconómicos medios y los tocoginecólogos y el entorno más privado de sus consultas si se las compara con el ámbito del hospital público (López y Findling, 1998b).

Del material examinado surgen modalidades y perfiles que ponen de relieve grandes contrastes. La mayoría de la población del área estudiada tiene descendencia moderada; una minoría está en el proceso de transición de la fecundidad. Mayoría y minoría provienen de historias socioculturales y migratorias diversas, y ocupan distintas posiciones en la estructura social (López, 2000, y López y Findling, 1998b). Los índices de fecundidad más bajos se asocian en la mayoría de las mujeres con estándares educativos más altos, a un mayor control de la reproducción y a una mayor frecuencia de nacimientos por cesárea. Sólo en un grupo reducido de mujeres se ponen de manifiesto situaciones de vulnerabilidad en la atención de embarazos, de partos y en el cuidado ginecológico, que son las constantes que acompañan a las mujeres más pobres.

Mientras se diseñan y se llevan a cabo las medidas que disminuyan la inequidad de género, de empleo y bienestar, en pleno año 2000, se impone tomar medidas a corto plazo para reducir las desigualdades más inaceptables. Esas medidas podrían dirigirse al perfil de la población femenina que se ha destacado en este trabajo: las que no concurren a la consulta ginecológica y ponen en riesgo su vida porque no previenen el cáncer génito-mamario, las que realizan menos controles prenatales o lo hacen de manera tardía, las que son sometidas a operaciones quirúrgicas sin necesidad. Uno de los caminos para reducir la morbilidad materna, para lograr mejores niveles de salud y equidad y ejercer de manera efectiva los derechos reproductivos reside

en el aumento de la oferta y de la calidad en la atención ginecológica, en el embarazo y en el parto. Como se expuso en este trabajo, la frecuencia con la cual las mujeres realizaron consultas prenatales y partos dentro del sistema hospitalario es alta; sin embargo, los resultados dejan mucho que desear si se toman en cuenta las estadísticas de morbilidad materna y de mortalidad infantil. Existe en este punto una cuestión central: la calidad de la atención, que incluye también la asistencia en anticoncepción en los servicios de salud ginecológica y obstétrica. A ello se suma, en las mujeres de menores recursos, la ausencia de la provisión gratuita de métodos más adecuados para la regulación de la fecundidad. En este contexto, tienen un rol preponderante los servicios de salud gineco-obstétrica, no para imponer modelos de tamaño de familia sino para acompañar y dar respuestas a las necesidades diversas de los usuarios de salud, mujeres y varones, en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva.

Recibido: mayo, 2002

Revisado: noviembre, 2002

Correspondencia: Universidad de Buenos Aires/Facultad de Ciencias Sociales/Instituto Gino Germani/Uribeuro 950 6º piso/(1114) Buenos Aires/Argentina/correo electrónico: E. L.: elmlopez@mail.retina.ar; A. F.: afederic@mail.retina.ar

Bibliografía

- Behm, Hugo (1980), "Socioeconomic Determinants of Mortality in Latin America", *Proceedings of the Meeting on Socioeconomic Determinants and Consequences of Mortality, Mexico City 1979*, Nueva York y Ginebra, United Nations, World Health Organization.
- Caldwell, J. C. (1986), "Routes to Low Mortality in Poor Countries", *Population and Development Review*, vol. 12, núm. 2, pp. 171-215.
- Caldwell, J. C. et al. (1989), "Sensitization to Illness and the Risk of Death: an Explanation for Sri Lanka's Approach to Good Health for All", *Social Science and Medicine*, vol. 28, núm. 4, pp. 365-379.
- Castel, R. (1994), "La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation", *Marginalité et exclusion sociales, Cahiers de recherche sociologique*, núm. 22, pp. 11-27.
- Cleland, J. G. (1990), "Maternal Education on and Child Survival: Further Evidence and Explanations", en J. Caldwell et al. (eds.), *What we know about the Health Transition: the Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*, vol. 1, Canberra, Health Transition Center, The Australian National University, pp. 400-419.
- Dunn, F. L. y C. R. Janes (1986), "Introduction: Medical Anthropology and Epide-

- miology", en C. R. Janes, R. Stall y S. M. Gifford (eds.), *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*, Reidel, Dordrecht, pp. 3-34.
- Elo, I. (1992), "Utilization of Maternal Health-Care Services in Peru: the Role of Women's Education", *Health Transition Review*, vol. 2, núm. 1, pp. 1-20.
- Gogna, M., S. Ramos y M. Romero (1999), "La salud reproductiva en la Argentina: estado de situación y problemas críticos", en *IV Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Resistencia, AEPN/Universidad Nacional del Noreste.
- Greenberg, R. S. (1983), "The Impact of Prenatal Care in Different Social Groups", *American Journal Obstetrics and Gynecology*, vol. 145, núm. 7, pp. 797-801.
- INDEC (1997), *Situación y evolución social*, Buenos Aires, INDEC.
- Landers, J. (1992), "Historical Epidemiology and the Structural Analysis of Mortality", *Health Transition Review. Historical Epidemiology and the Health Transition*, vol. 2, (Suppl), pp. 47-75.
- López, E. (2000), "Los dichos y los hechos: formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires", en E. A. Pantelides y S. Bott (comps.), *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Buenos Aires, Biblos/ Organización Mundial de la Salud (OMS-Ginebra).
- (1998), "Aspectos socioculturales de la reproducción en mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires: más lejos del modelo y más cerca de América Latina?", en H. Hernández Bringas y C. Menkes (coords.), *La población de México a final del Siglo XX*, Cuernavaca, Sociedad Mexicana de Demografía/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (CRIM-UNAM).
- (1997), *Anticoncepción y aborto. Su papel y sentido en la vida reproductiva*, Buenos Aires, Instituto de Investigaciones "Gino Germani", Facultad de Ciencias Sociales/Oficina de Publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires.
- López, E. y L. Findling (1998a), "Reproducción, familia y género: decisiones en torno a la fecundidad y al trabajo", en A. M. Mendes Diz, L. Findling, M. Petracci y A. Federico (comps.), *Salud y Población. Cuestiones sociales pendientes*, Buenos Aires, Editorial Espacios.
- (1998b), "La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿qué se dice, a quién y cómo?", en *Avances en la investigación social de salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)/Centro de Estudios de Población (CENEP)/Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPN).
- López, E. y M. del C. Tamargo (1996), "La salud de la mujer", en *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, Buenos Aires, INDEC.
- Maine, D. et al. (1995), "Risks and Rights: The Uses of Reproductive Health Data", en *Reproductive Health Matters*, núm. 6, pp. 40-51.
- McLaughlin, F. J. et al. (1992), "Randomized Trial of Comprehensive Prenatal Care for Low-Income Women: Effect on Infant Birth Weight", *Pediatrics*, vol. 89, núm. 1, pp. 128-132.

- Moore, T. *et al.* (1986), "The Perinatal and Economic Impact of Prenatal Care in a Low-Socioeconomic Population", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 154, núm. 1, pp. 29-33.
- Mora, Germán y J. Yunes (1993), "Mortalidad materna: una tragedia ignorada", en E. Gómez Gómez (ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, pp. 68-86.
- Rosero-Bixby, L. (1985), "The Case of Costa Rica", en J. Vallin y A. D. López (eds), *Health Policy Social Policy and Mortality Prospects*, Liège, Ordina Editions, pp. 341-370.
- Sandiford, P. *et al.* (1995), "The Impact of Women's Literacy on Child Health and its Interaction with Access to Health Services", *Population Studies*, vol. 49, núm. 1, pp. 5-17.
- Schultz, T. P. (1990), *Returns to Women's Education*, New Haven, Yale University (Economic Growth Center Discussion Paper, núm. 603).
- Sen, A. (1992), *Inequality Reexamined*, Oxford, Oxford University Press.
- Valdés, T. O. y E. Gomariz (eds.) (1995), *Mujeres latinoamericanas en cifras*, tomo comparativo, Santiago de Chile, Instituto de la Mujer de España/FLACSO.
- Vineis, P. (1990), *Modelli di rischio. Epidemiologia e causalità*, Turín, Giulio Einaudi (Microstorie 19).

PUBLICACIÓN N° 5:

LA DIVERSIDAD DE DISCURSOS Y PRÁCTICAS MÉDICAS EN LA SALUD REPRODUCTIVA: ¿QUÉ SE DICE, A QUIÉN Y CÓMO?

*Avances en la investigación social
en salud reproductiva y sexualidad*

**Trabajos del Tercer Taller de Investigaciones Sociales
en Salud Reproductiva y Sexualidad**

12, 13 y 14 de agosto de 1998

Buenos Aires, Argentina

AEPA [Asociación de Estudios de Población de la Argentina]

CEDES [Centro de Estudios de Estado y Sociedad]

CENEP [Centro de Estudios de Población]

Este libro es una publicación de

AEPA

[Asociación de Estudios de Población de la Argentina]

CEDES

[Centro de Estudios de Estado y Sociedad]

CENEP

[Centro de Estudios de Población]

AEPA

Ecuador 873

(1214) Buenos Aires, Argentina

Te: (541) 962-7026/7046

Correo Electrónico: elimiopez@mail.retina.ar

CEDES

Sanchez de Bustamante 27

(1173) Buenos Aires, Argentina

Te: (541) 861-2126/5204/4568

Fax: (541) 862-0805

Correo electrónico: salud@cedes.edu.ar

CENEP

Corrientes 2817 7º

(1193) Buenos Aires, Argentina

Te: (541) 961-0309/2268

Fax: (541) 961-6195

Correo Electrónico: cenep@cenep.satlink.net

Dirección Postal

Casilla de Correo 4397

Correo central

(1000) Buenos Aires, Argentina

Las opiniones vertidas en los trabajos publicados
son responsabilidad de cada autor/a.

Edición: Teresa Durand

Diseño de tapa: Juan Marcos Ventura

Composición y armado: La Bomba

*Dedicamos este libro a la memoria de
nuestro querido amigo y colega Juan José
Llovet con quien compartimos muchos años
de trabajo y la firme convicción de que la
investigación social debe contribuir a reducir
las desigualdades sociales y garantizar la
plena vigencia de los derechos humanos.*

AEPA-CEDES-CENEP



Índice

Presentación	11
CAPITULO I: <i>Sexualidad y reproducción en la adolescencia</i>	
Maternidad adolescente: estrategias conyugales, reproductivas y de crianza de los hijos <i>Graciela Irma Climent, Diana Beatriz Arias, Cecilia Spurio y Maritza Muzillo</i>	15
Género y sexualidad adolescente: problemas frente a la reproducción y la prevención del VIH/SIDA <i>Mabel Bianco, María Inés Re y Laura Pagani</i>	35
Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos <i>Edith Alejandra Pantelides y Rosa Noemí Geldstein</i>	45
Anticoncepción, sexualidad y vida. La historia convertida en cuerpos adolescentes <i>Nestor J. Mendieta</i>	55
CAPITULO II: <i>Anticoncepción: mujeres, médicos e instituciones</i>	
La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva, qué se dice, a quién y cómo? <i>Elsa López y Liliana Findling</i>	79

El comportamiento reproductivo de las mujeres
pobres urbanas de la ciudad de Bahía Blanca y la
posibilidad de apropiarse de la información para
el uso de métodos anticonceptivos
*Edith Alvarez, Nieves Goicochea, María del
Carmen Iribar, Adriana Leiva, Daniela Milano
y Alejandra Verdinelli* 105

Representaciones de la sexualidad femenina y
sus influencias en el uso del método anticoncepti-
vo D.I.U., en mujeres participantes del Programa
de Orientación Sexual y Planificación Familiar del
Hospital Materno Provincial de Córdoba
*Rosa Filomena del Valle Almada y Elizabeth
Andrea Zabala* 119

Orientación en anticoncepción post-aborto
Margoth Mora Téllez y Martha Stella Castaño 141

CAPITULO III:

El rol de los varones en la reproducción

Amor y pareja en la responsabilidad
de los hombres ante el aborto
Elsa S. Guevara Ruiseñor 161

Ser hombre, ser padre. Un estudio sobre
las representaciones sociales de la paternidad
*Ana Lía Kornblit, Mónica Petracci
y Ana María Mendes Diz* 181

El varón en las relaciones de género: reflexiones
para la intervención en sexualidad y reproducción
Alejandro Marcelo Villa 199

CAPITULO IV: Sexualidad

Peripecias del placer en el embarazo
y el puerperio
Virginia Martínez Verdier 217

Modelos eróticos
Graciela Sikos 227

Estudio etnográfico rápido de la cultura sexual
local y la situación de SIDA en Chiclayo, Cusco
e Iquitos (Perú)
*Carlos F. Cáceres, Carmen Yon, Ana María
Rosasco y Carlos Cabezudo* 235

**CAPITULO V: Limitaciones y avances en los
métodos de investigación**

Población, pobreza y salud reproductiva.
Propuesta para una herramienta de apoyo para la
planificación en salud reproductiva
Mariska Meurs 251

Dificultades operacionales no desenvolvimiento de
una pesquisa qualitativa multicentrica no campo
da saúde reprodutiva
*Graciana Alves Duarte, Ellen Hardy, María José
Duarte Osis, Magalí Possan y Ximena Espejo* 267

**CAPITULO VI: Derechos sexuales y
reproductivos**

Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto
a los derechos sexuales y reproductivos
Teresa Durand y María Alicia Gutiérrez 281

Ciudadana del mundo: el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de la identidad política <i>Cristina Zurutuza</i>	303
Políticas públicas, sexualidad y salud reproductiva <i>Alejandra López Gómez y Susana Rostagnol</i>	315
La anticoncepción de emergencia, un aporte para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres <i>Zulema Palma</i>	331
 CAPITULO VII: <i>Representaciones y realidades del aborto</i>	
Cuando digo aborto... <i>July Cháneton y Alejandra Oberti</i>	345
"Me lo quiero sacar": discursos y sentimientos de las mujeres cuando van a abortar <i>Andrea Díez</i>	355
O corpo do aborto, falas e escritas, versoes e metáforas <i>Danielle Ardailon</i>	367
Acerca de las instituciones organizadoras	393

Presentación

El Tercer Taller de Investigaciones en Salud Reproductiva y Sexualidad fue organizado conjuntamente por AEPA, CEDES y CENEP. El propósito de esta actividad, al igual que los dos talleres anteriores ha sido convocar a científicos sociales, profesionales de la salud y miembros de ONGs dedicadas a la problemática de la salud reproductiva, para intercambiar resultados de investigaciones sociales y socio-médicas en este campo. Tanto en el primer y segundo taller como en este tercero, hemos tenido la posibilidad de reunir a investigadores de otras provincias de nuestro país, así como a colegas de otros países de América Latina. A todos ellos queremos agradecer su interés y entusiasmo por compartir sus trabajos en este espacio. Hasta el presente, ésta ha sido una instancia de trabajo muy fructífera, que ha dado como resultado tres publicaciones.

La comunidad científica latinoamericana dedicada a la investigación social básica y aplicada en salud reproductiva se ha ido consolidando en los últimos años. Diversos equipos, tanto en instituciones públicas como privadas, han desarrollado esfuerzos en esta dirección y paulatinamente se ha comenzado a conformar una masa crítica de investigadores con experiencia en este campo. Los vínculos de esta comunidad académica con otras organizaciones de la sociedad civil y con organismos del estado, aún cuando están todavía lejos de ser los ideales, están también consolidándose cada vez más.

La promoción de la salud reproductiva y de los derechos sexuales y reproductivos es uno de los desafíos actuales de la agenda de la salud pública y de los derechos humanos de nuestras sociedades. Los investigadores e investigadoras estamos

*La diversidad de discursos y prácticas médicas
en la salud reproductiva:
¿Qué se dice, a quién y como?*

Elsa López ¹
Liliana Findling ²

Introducción

En los últimos años se ha asistido a un visible crecimiento de los trabajos sobre las relaciones entre práctica anticonceptiva y entorno sociocultural. En muchos de ellos priman los enfoques descriptivos y exploratorios, centrados principalmente en las mujeres en edades reproductivas. No abundan, hasta hora, los trabajos sobre las opiniones y prácticas profesionales acerca de la regulación de la fecundidad expuesta por los mismos médicos. También es escasa la producción de conocimientos sobre las diferencias de discursos médicos e indicaciones terapéuticas entre la práctica privada y la ejercida en los servicios públicos de salud.

En este trabajo nos proponemos aportar evidencias empíricas sobre opiniones y percepciones que tienen los ginecólogos y obstetras con respecto a la anticoncepción y otros aspectos de la salud reproductiva de las mujeres, el tipo de prácticas ejercidas, el modo de orientar la demanda y las normas institucionales que regulan el funcionamiento de los servicios. Hemos preferido exponer la riqueza de los relatos de las entrevistas a adentrarnos en aspectos conceptuales, porque pensamos que no existen muchos trabajos en esta línea, que seguiremos desarrollando en los proyectos en curso.

1. Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires
2. Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

La información de este trabajo proviene de la investigación "Conexiones de sentido en la salud reproductiva: mujeres y servicios de salud", con asiento en el Instituto "Gino Germani" de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y financiada por el Programa de Investigación y Desarrollo de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la misma Universidad.

El enfoque metodológico elegido fue de naturaleza cualitativa, para lo cual se diseñó una muestra no probabilística e intencional. Se realizaron 15 entrevistas en profundidad a médicos tocoginecólogos que ejercen su profesión en hospitales, unidades sanitarias y consultorios privados del Conurbano Bonaerense (C.B.). Los médicos se seleccionaron según cuotas de sexo, edad, práctica pública o privada y zona del C.B. (oeste, sur y norte). El trabajo de campo se realizó durante los meses de enero, febrero y marzo de 1998.³

Formación en anticoncepción

Los entrevistados coincidieron en la necesidad de promover la incorporación de aspectos de la regulación de la fecundidad en los planes de estudio de grado y posgrado de la medicina, actualmente muy escasa. La anticoncepción como tal no se constituye en un objeto de estudio particular y, si bien se abordan los diferentes tipos de métodos a nivel de información general, se carece de experiencia concreta:

"La formación es tan floja que hay muchos ginecólogos residentes que no saben colocar un DIU" (dispositivo intrauterino)(42 años, mujer).

Según los médicos, la oferta de cursos de especialización está sumamente atomizada y la posibilidad de actualización depende casi exclusivamente de la búsqueda individual. Especialmente los más jóvenes han encarado su especialización mediante cursos en la Sociedad Argentina de Planificación Familiar, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia, la Asociación de Protección Familiar o las actividades de capacitación organizados por los laboratorios.

La práctica médica en hospitales y unidades sanitarias: "todo a pulmón"

Casi todos los médicos tienen múltiples inserciones ocupacionales dedicando, en promedio, 4 horas diarias, 3 ó 4 veces por semana, al trabajo hospitalario en el sector público. Señalan la dificultad para cubrir la demanda en ese tiempo y destacan las deficiencias en el funcionamiento de los servicios de salud en el C.B., de-

3. Agradecemos la colaboración de la Lic. Cristina Ventura y del Dr. Ezequiel Klimovsky en la realización de las entrevistas en profundidad.

bido al desmantelamiento de los recursos físicos y humanos a raíz de la reducción presupuestaria y a la creciente precarización del trabajo médico.

Son pocos los profesionales que trabajan en hospitales con consultorios especializados en Planificación Familiar (P.F.) (5); el resto lo hace en Unidades Sanitarias, en las que se crearon Programas de Planificación Familiar (3) o en Servicios de Ginecología o de Obstetricia, en los que encaran asesoramiento y orientación sobre anticoncepción (7). Del discurso de los entrevistados se desprende una marcada fragmentación entre los distintos servicios de salud y una ausencia de planificación de actividades en común. Se revelan escasos los programas de P.F. compuestos por equipos interdisciplinarios; únicamente dos de los médicos mencionaron trabajar en conjunto con trabajadoras sociales y enfermeras y sólo una relató haber encarado un estudio socioeconómico del área programática. Se resaltó, asimismo, la inexistencia de programas que realicen reuniones grupales con las mujeres que demandan atención: la relación con esas pacientes es exclusivamente individual.

La mayoría de los médicos dijo que el servicio en el que trabajan ofrece un método anticonceptivo gratuito, sea de pastillas o de preservativos, ambos donados por laboratorios. Con respecto a la colocación del DIU, la mitad indicó que el servicio lo provee y lo coloca a un precio módico (\$10) y el resto sólo lo coloca, dejando a cargo de la paciente la adquisición del mismo en diversos lugares: la Asociación de Protección Familiar o los hospitales provinciales más cercanos.

La evolución de la demanda de anticonceptivos en el C.B. en los últimos años muestra un crecimiento constante, luego de la implementación de programas de P.F., no como fruto de una política de salud planificada e impulsada por el Gobierno sino por la voluntad, esfuerzo y organización de los responsables de los servicios, hecho que para ellos implica un desafío ideológico considerable ya que, aún en la actualidad, la dimensión religiosa constituye un escollo importante para llevar a cabo adecuadamente el programa. Estas opiniones se vierten independientemente del sexo, la edad y la religión de los respondientes. ¿Qué razones aducen como importantes para la creación de Programas de Procreación Responsable o de Planificación Familiar? La mayoría de los médicos invoca la constatación de un alto número de abortos inducidos:

"Hay fuertes intereses, como el factor religioso y las influencias políticas, que están en contra de la planificación familiar. El tema de la religión incide mucho, no la religión como sentimiento individual sino a nivel político" (57 años, hombre).

"A pesar de todo, acá sigue funcionando el Consultorio de Planificación Familiar 2 veces por semana, pero todo a pulmón, el gobierno nada, las autoridades del hospital tampoco. Pero es muy poco lo que podemos hacer" (61 años, mujer).

"En este momento acá en Guernica no hay consultorio de planificación familiar. No sé de dónde vienen pero hay trabas para armar un consultorio, a veces hay ideologías políticas y religiosas que no están muy de acuerdo con los métodos

anticonceptivos. Mi manera de pensar es otra: la paciente es la que tiene que decidir sobre su cuerpo, sobre su proyección, nada mejor que ella para planificar su familia de acuerdo a sus necesidades económicas, sociales, financieras... a veces están en un estado de carencia tan importante que no pueden llegar a comprar un método anticonceptivo adecuado y después caen en un embarazo y después llegan a... en la zona hay muchos abortos provocados que son producto de eso... de que no pueden tener un método como la gente" (49 años, hombre)

"Yo tengo entendido que en la Provincia de Buenos Aires no hay Planificación Familiar: el gobierno no impulsa la Planificación Familiar. En aquellos lugares en que se hace, en los lugares más empobrecidos, se pone a hacer planificación familiar al último residente del servicio o a médicos concurrentes o a médicos que no tienen experiencia en planificación familiar, porque la planificación familiar no es solamente decirles "tomate una pastilla, colócate un DIU", sino que es hablar mucho con la paciente; no hay tiempo, hay pocos médicos y todo eso hace que la planificación familiar no tenga el objetivo que tendría que tener... y no sólo tendría que haber médicos sino psicólogos, visitadoras sociales, es decir una serie de personas que se dedicaran a ese tema" (58 años, hombre).

"Al no existir un programa de planificación familiar uno se encuentra en el aire, sin apoyo... Lo que más nos falla acá es poder hacer una buena planificación a nivel nacional... Por poderes externos a los médicos... por ejemplo la curia, el poder religioso... te dan la libertad de hacerlo pero no te van a dar la libertad de reglamentarlo, porque son todos temas muy delicados, todos rozan temas como el de la familia, como el aborto, estamos tocando temas que van contra la naturaleza del ser humano que es procrear. Otros métodos que no se hablan son la interrupción de un embarazo, que está penado" (61 años, mujer).

"Nosotros tenemos un consultorio de planificación familiar, nadie nos prohíbe pero tampoco nos apoya. Todavía no salió la ley de que el hospital debe proveer de métodos anticonceptivos, acá porque es tradición de que en este hospital hace 30 años que existe este consultorio, que antes era subvencionado por la Asociación de Protección Familiar" (30 años, hombre).

"El inicio de la Planificación Familiar en la Unidad Sanitaria fue una charla verbal con la Dirección, les pedí porque yo ví que había embarazadas jóvenes o que había maniobras abortivas; obviamente no lo podía demostrar, pero que había que hacer algo respecto a eso" (42 años, hombre).

Saberes sobre anticoncepción

Se observan dos posturas diferenciadas entre los médicos con respecto a los saberes sobre sexualidad y reproducción de las mujeres consultantes. La primera, a la que podríamos denominar "cognitiva progresiva" agrupa casi a la mitad de

los médicos. Considera que en los últimos años el conocimiento de las mujeres sobre los métodos anticonceptivos ha aumentado, atribuyendo este cambio al mayor flujo de información, proveniente de los medios de comunicación y de los entornos educativos y familiares. Adicionalmente, el accionar de los programas de planificación familiar en el C.B. ha jugado un papel importante. Los conocimientos e inquietudes de las mujeres difieren según su edad: las jóvenes son las que más conocen y preguntan sobre métodos anticonceptivos y las mayores las que están dispuestas a adoptar el uso, preocupándose también por la prevención de la salud reproductiva en aspectos como el del cáncer cérvico-uterino (estudios de Papanicolau y colposcopia). Si bien los médicos creen que las mujeres usan más métodos anticonceptivos que hace 10 años, aún consideran que hay serias dificultades para encarar un uso eficiente y adecuado.

"En realidad, hoy en día todas tienen conocimiento, porque años anteriores, cuando yo recién empecé la especialidad, las pacientes no tenían conocimiento, no sólo de anticonceptivos sino que no tenían conocimiento de nada de su cuerpo, de su parte genital, ginecológicamente eran muy ignorantes...; ha habido un cambio, porque los medios de comunicación, la televisión sobre todo, se ha contactado con el paciente, que ya conoce los métodos anticonceptivos..." (58 años, hombre).

"Existe bastante información por parte de la mujer en cuanto a prevención, del punto de vista de anticoncepción existe más educación que hace diez años, ya sea por información televisiva o de los padres, y no se ven tantos embarazos en menores en esta zona como se debe ver en los límites del partido. Saben porque se informan en el colegio, las amigas y porque se trata de... es parte de la educación que le dan los padres, ¿no? rudimentaria, pero dentro de su léxico le dicen "no, no tenés que quedar embarazada por tal cosa". Ése es motivo de consulta y a veces vienen acompañadas por su madre chicas de 14 ó 15 años. Y las mayores usan métodos anticonceptivos. Algunos equivocados, otras parece que se detuvieron en el tiempo y en el espacio, usando anticonceptivos o pastillas que no se fabrican más. Años atrás no. No existía conciencia de método anticonceptivo; veíamos embarazadas jóvenes. Pienso que también tuvo que ver el miedo al SIDA, y entonces ya es una consulta combinada: cómo me puedo cuidar del SIDA y cómo me puedo cuidar del embarazo" (42 años, hombre).

"Y, ahora saben bastante, porque nosotros hace ocho años que estamos haciendo esta actividad. Pero al principio no sabían absolutamente nada, no sabían lo que era un preservativo. Tampoco sabían que lo tenía que usar el hombre. Nos costó bastante educar a la gente. Además, siempre venía a la consulta la mujer, el hombre nunca la acompañaba. No digo que les enseñamos a toda la localidad de Laferrere pero sí a una buena parte de la gente. Tenemos una pequeña minoría que no tiene la menor idea, pero son las menos" (40 años, mujer).

La otra mitad de los médicos sostiene posturas que podemos llamar "cogni-

tiva regresiva", ya que juzga que el saber de las mujeres es casi nulo o muy limitado. La demanda para los programas de P.F. es captada por los servicios de obstetricia o ginecología, que derivan a las pacientes para encarar un método de cuidado más sistemático, encontrando barreras para la implementación relacionadas con el bajo nivel socioeconómico y el escaso conocimiento sobre su cuerpo y su sexualidad:

"Generalmente no saben nada. Muchas vienen porque tienen el parto acá y sacan turno para planificación porque las residentes les informan del consultorio. Vienen por una inquietud de cuidarse, pero no saben nada y hay que explicarles todos los métodos; las ayudamos a elegir el método más apropiado y aprovechamos para hacerles todo un control: Pap, colpo, revisión ginecológica y luego el método que sea más conveniente para cada una. Pero no tienen idea de nada, es un nivel económico muy bajo, más bajo no existe, es lo peor que hay" (62 años, hombre).

"En un trabajo que hicimos hace 3 años evaluamos que la información sexual era escasa: cómo era su ciclo, qué posibilidades tenían de embarazo, qué riesgos corrían... Tenemos mujeres con 5, 6, 7 cesáreas, que no tienen idea de que cada cesárea es un riesgo mayor. Lo que se hace es pasar todos los días por las 34 camas y explicarles" (53 años, mujer).

En relación al asesoramiento que piden las pacientes sobre tipos de métodos anticonceptivos, la mayoría de los profesionales (9) informó que las mujeres que asisten a los hospitales públicos no consultan por un método en particular. Esto está muy ligado al desconocimiento, al nivel social y a la limitada comunicación que existe con sus parejas respecto de estos temas. En este caso, el procedimiento es informar en la consulta sobre la existencia de diversos métodos, explicando ventajas y desventajas, resaltando que la elección del método se toma en conjunto entre el médico y la paciente:

"Parece que tuvieron un desgano que ni consejo piden" (58 años, hombre).

"A veces no tienen información. Lo que se hace en la primera consulta es preguntarles si saben cuáles son los métodos anticonceptivos y, si no los conocen, hablarles de ellos, decirles los pro y los contra de cada método... y entre las pacientes y uno se elige el método anticonceptivo" (39 años, mujer).

"Cuando tienen una pareja estable, ellas dicen que no pueden usar el preservativo porque hay resistencias en la pareja y (ellas) no piden nada en especial, piden anticoncepción, entonces se las orienta acerca de lo que es adecuado para ellas" (53 años, mujer).

"El motivo de consulta de una chica de 14, 15, 16 años es por el método anticonceptivo, vienen, consultan "; cómo me puedo cuidar, qué puedo hacer, qué me sugiere, qué no me sugiere?" (42 años, hombre).

Otros médicos, en cambio, (5) indican que las mujeres asisten a la consulta con la solicitud de un método en particular y con una preferencia predeterminada. El pedido se basa en un cambio de método, originado ya sea en problemas con

el método actual o el anterior si no están usando en la actualidad o bien en la búsqueda de una indicación de un método exitoso cuando fue usado por vecinas, amigas o familiares:

"Hay un alto porcentaje de pacientes que prefieren la pastilla porque le tienen miedo a las inyecciones, tienen una especie de fantasía de que las inyecciones traen hemorragias porque han escuchado comentarios de alguien que tuvo algún problema. Entonces hay más salida de pastillas que de inyecciones. El preservativo, prácticamente, no lo solicitan. Los dispositivos no son muy aceptados en la población que tenemos. En primer lugar, las pastillas, en segundo las inyecciones, en tercero el espiral y en cuarto el preservativo" (40 años, mujer).

"Muchas vienen por el DIU porque fueron rechazadas en otros lugares. Nosotros recibimos pacientes de diferentes lugares de la zona sur de Lomas de Zamora, Lanús, Quilmes, de acá mismo de Avellaneda..." (30 años, hombre).

"Si lo pueden elegir, prefieren el DIU... Hay un 60-70% de DIU y el resto de anticonceptivos orales. Con las pastillas pasa que las que ya la toman por su cuenta y no se quedan embarazadas no vienen. Ya consiguieron el objetivo que querían y no les interesa... no toman conciencia de que hay que controlarse" (62 años, hombre).

La información de los médicos es consistente con la hallada en la Encuesta de Salud Reproductiva con respecto a la preferencia de métodos en las mujeres pobres, en las cuales predominan el uso de las pastillas, inyecciones y DIU, dependiendo de la edad y paridad (López, 1997). También emerge de los relatos el desconocimiento que tienen los médicos de lo que ocurre en el ámbito mundial con respecto al uso de métodos anticonceptivos: la altísima prevalencia de esterilizaciones femeninas en Brasil, México, República Dominicana, entre otros países de América Latina.

Métodos anticonceptivos recomendados

Frente al asesoramiento e indicación de métodos anticonceptivos y en el marco de su práctica profesional se observa que más que una elección en conjunto del método más apropiado entre el médico y la paciente (reconociendo que este vínculo se origina en una relación desigual de los saberes previos), existe una expresa recomendación de uno o más métodos de acuerdo al diagnóstico clínico efectuado y a la experiencia profesional en planificación familiar. Si bien los protocolos para la recomendación de cada método son similares, el discurso médico permite señalar marcadas preferencias por algunos métodos en particular. Así, por ejemplo, aquellos que consideran que el DIU es el método más efectivo, acentúan considerablemente sus beneficios, destacando su elevada efectividad y la ausencia de contraindicaciones; paralelamente, desacreditan otros métodos como los anticonceptivos orales, justificando su decisión en las complicaciones de su uso prolongado, en el costo y en el fracaso en casos de olvido de la ingesta diaria, más frecuente en las mujeres pobres.

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más indicados? Para las jóvenes, casi todos coinciden en los anticonceptivos orales de bajas dosis hormonales y preservativos por el Sida. La mayoría de los médicos señala que el uso del preservativo es muy resistido por las parejas de las mujeres. Para las mujeres con pocos hijos o aquellas que quieren espaciar o limitar los nacimientos sugieren los anticonceptivos orales o los preservativos, de acuerdo a la frecuencia de relaciones sexuales. Si la mujer es múltipara y tiene más de 35 años, recomiendan el DIU o los anticonceptivos orales.

Son muy pocos los médicos que indican otros métodos en el sector público: una profesional receta ocasionalmente inyecciones mensuales, que le son ofrecidas gratuitamente por los laboratorios en caso de que la paciente no pueda colocarse el DIU. Otro médico joven recomienda preservativos y, en caso de resistencias para su uso, capacita a las pacientes en el método del ritmo. Algunos doctores (6) mencionan la existencia de diferencias entre colegas con respecto a la indicación de métodos y los atribuyen a diversas orientaciones académicas (el resquemor a usar el DIU por posibles infecciones ó perforación uterina), a las especializaciones elegidas (diferencias en el ejercicio de la práctica entre un servicio dedicado a ginecología/obstetricia y un programa de Planificación Familiar) y a posturas ético-religiosas (alimentando el miedo al DIU por ser supuestamente abortivo).

Existe acuerdo sobre de la necesidad de encarar estudios diagnósticos previos a la adopción de un método anticonceptivo. Los médicos aconsejan usualmente a las pacientes el Papanicolau y una colposcopia. Son pocos los que solicitan ecografías, mamografías o análisis sanguíneos adicionales. En las consultas realizan tacto y revisión de mamas. Casi todos son conscientes de que la práctica diagnóstica implica una traba para una pronta implementación del método anticonceptivo, ya que hay pocas posibilidades de efectuarla con agilidad. La paciente regresa con los resultados diagnósticos a Planificación Familiar recién a los 45 ó 60 días de haber efectuado su primer consulta, independientemente de la existencia de infraestructura propia en el servicio. Al respecto expresan:

"Lo que más recomiendo a las pacientes es el dispositivo intrauterino... lo que uso también son los anticonceptivos orales, porque pienso que es el más inocuo de los anticonceptivos, a pesar de que ahora con el tema Sida se está volviendo a usar el preservativo. Pero en una pareja estable, donde veo que la pareja es una pareja, en la cual no noto promiscuidad, les aconsejo que mejor que los anticonceptivos orales son los dispositivos intrauterinos... El DIU me da muy buenos resultados, no tengo ningún inconveniente, tengo muy pocos embarazos, diría que en mi carrera médica... dicen los que saben que el 98% de las mujeres no se embarazan... y, en realidad, yo tengo ese porcentaje. Les digo que cada 2 años se lo tienen que cambiar y...no tengo problemas" (58 años, hombre).

"No existe un método único, yo diría que cuanto mayor cantidad de hijos y sin alteraciones de su estado físico, quizás sería más indicado un método mecánico

como un dispositivo intrauterino, y en mujeres que no tienen muchos hijos y que por ahí no tienen alteración, quizás sería conveniente indicar los anticonceptivos orales que se usan de 35 años para abajo, porque después hay que ver si tiene una pareja estable, por las infecciones. El preservativo lo adopta poca gente porque es incómodo, pero tiene su indicación cuando la gente no tiene una vida muy estable o hay temor de que tenga contacto con alguna enfermedad infectocontagiosa. Si es una mujer que nunca tuvo relaciones el método que les indico son los anticonceptivos orales, porque puede colocarse un DIU ni un diafragma" (49 años, hombre).

"Lo que se ofrece en las salas son anticonceptivos orales, que les damos inmediatamente. Al principio éramos más rigurosos, no les dábamos anticonceptivos si no teníamos un Pap, una mamografía y una serie de cosas, pero veíamos que no le hacíamos anticoncepción a nadie. Entonces empezamos a tener protocolos menos rigurosos y parece que llegamos un poco más. No es que prescindamos del Pap, sino que empezamos a darle anticoncepción si la madre tiene lactancia, con anticonceptivos que puedan darse en la lactancia y la citamos. Tenemos un protocolo de DIU, esto es nuevo, tendrá un mes y medio. Estamos pidiendo a las autoridades que nos compren DIU porque hasta ahora nunca nos habían comprado. Todavía no nos dieron nada. Estamos usando unos DIU que nosotros teníamos, que nos había dado la Sociedad Argentina de Planificación Familiar" (53 años, mujer).

"El preservativo, que es uno de los mejores métodos anticonceptivos, porque no sólo te previene del embarazo sino también de enfermedades infectocontagiosas y del Sida. Y cuando son mujeres que tienen más chicos, que tienen planeada su familia, que están casadas, uno les recomienda anticoncepción de tipo oral, con todos los estudios previos: con su Papanicolau, su colposcopia, su ecografía, sus análisis de sangre y con el control estricto cada 6 meses de repetir todos los estudios. No es que se le da: "tome, señora". No, las pacientes vienen a consultar, se les arma la consulta, las pacientes dicen "sí, yo voy a tomar pastillas", acá se les entregan las pastillas, pero tienen que tener los estudios. El DIU es un método anticonceptivo pero no es de primera elección, por lo menos yo acá en planificación familiar no lo uso de primera elección, porque pienso que trae bastantes complicaciones y uno trata de evitar las complicaciones, lo que tiene que hacer es darle un método que le dé seguridad pero que no le traiga demasiadas contraindicaciones. Por lo general, las pacientes acá, en este tiempo, consultan hasta los 38, 39 años, después ya no consultan. Planificación tiene un nivel de pacientes que por ahí están entre los 18 y los 28, 30 años. Con el DIU hay toda una cuestión, no porque una paciente diga me quiero poner el DIU..., no, primero y principal tenemos normatizaciones para poner el DIU: tienen que ser mayores de 27 años, con más de 2 hijos, que no tengan ninguna contraindicación: a menores de edad no se les coloca DIU, tampoco a pacientes sin hijos o que hayan tenido 4 ó 5 cesáreas, porque un útero cesareado es un útero operado, que tiene cicatrices y por más que uno tenga una ecografía no ve aden-

tri cuando lo pone; nos manejamos con esas normas. Si la paciente tiene contraindicaciones para el anticonceptivo oral se evalúa, pero no para todas las pacientes. La mayoría opta por los anticonceptivos orales” (39 años, mujer).

“Si ya tuvieron un chico, apunto mucho al DIU. Si no, a las nulíparas no se les pone DIU. Las manejamos con anticonceptivos orales si es que no tienen ninguna contraindicación y, si no, con preservativos hasta que se puedan colocar el DIU. El DIU anda muy bien; las pastillas se olvidan de tomarlas, va todo de acuerdo al nivel social que son ellas. Creo que el DIU, como ya está puesto, tienen que venir a controlarse una vez cada seis meses; no es tan difícil. A las pastillas que tienen que tomar todos los días, no se tienen que olvidar y en este medio es complicado el tema. Con las pastillas hay todo un problema social que se va pasando de boca en boca: que hay miedo a que engorden, hay miedo a las contraindicaciones, a los efectos que puedan traer, tal vez a que los anticonceptivos orales antiguos traían alguna complicación. Pero las que las toman andan bien, no han tenido problemas. En este medio el preservativo no tiene eco por la pareja masculina. Ellas se lo pondrían o se lo harían poner al marido pero él no acepta esa posibilidad. El riesgo existe, hay un riesgo de Sida altísimo, pero no hay manera de..., por lo menos evitar el riesgo de embarazo, al menos si no se puede evitar otra cosa. El tema del preservativo es muy difícil metérselos en la cabeza. Son muy pocas las que lo usan y es transitorio, mientras se quedaron sin pastillas y no pudieron venir o cuando se están por colocar el DIU porque todavía no están los resultados. No hay manera, porque él no se lo quiere poner y ella acepta y bueno, que tenga otra pareja y que no use preservativos, lo aceptan, se lo bancan” (62 años, hombre).

“Yo, normalmente, recomiendo como mejor método anticonceptivo el preservativo, que es el que está en el momento y se usa y no tiene que tener la responsabilidad de tomarlo todos los días a cierto horario, de ponérselo como el diafragma antes de salir o antes de tener la relación sexual, o un DIU que ya implica un cuerpo extraño y, sobre todo, una paciente que no ha tenido todavía paridad. Si tiene pareja estable y a la pareja no le incomoda, le doy las pautas de los métodos de los días de fertilidad y cuáles son los días que tiene que usarlo, siempre y cuando tenga la pareja estable de un tiempo atrás y con un HIV negativo” (32 años, hombre).

Los aspectos que tienen en cuenta los médicos para la indicación de métodos anticonceptivos son ciertas variables sociodemográficas como la edad, el número de hijos, el estado civil y la estabilidad de la pareja y un gran número de indicadores del estado de salud de la mujer; el nivel de la tensión arterial, la existencia de enfermedades cardiorrelatorias o diabetes, las cesáreas anteriores y las enfermedades generales previas para diagnosticar el uso adecuado de hormonas y el análisis de las pruebas diagnósticas.

Los médicos más jóvenes y aquellos que ejercen en Unidades Sanitarias parecen tener inquietudes relacionadas con aspectos socioculturales indagando sobre el

tamaño deseado de familia, la situación socioeconómica, la religión y la frecuencia de relaciones sexuales. Sólo una profesional se plantea explorar la adecuación "psíquica" de la paciente hacia el método:

"Si se coloca el DIU intento ver qué reacción va a tener el DIU sobre ella, si acepta tener un cuerpo extraño dentro de su organismo, si lo va a rechazar, si va a tener algún inconveniente en ese aspecto, qué pasa con el esposo, si el esposo acepta que se coloque el DIU" (55 años, mujer).

Esterilización femenina

Los médicos aclaran rápidamente ante este tema los aspectos jurídico-legales de la ligadura tubaria, informando que es un método prohibido por el Código Civil y que no es suficiente el consentimiento de la paciente y el de su marido para encararlo. Insisten con preocupación sobre los riesgos de los juicios a los que pueden ser sometidos y enumeran múltiples barreras burocráticas ante la evidencia del peligro de la vida de la mujer que supondría un nuevo embarazo, ya que debe solicitarse autorización judicial.

El resultado de este entramado siniestro es la retirada de la práctica de la esterilización femenina, aún en casos de necesidad extrema. Estos casos se dan casi exclusivamente en las mujeres pobres, por su mayor paridad y porque la operación debe sujetarse a una normatividad más inflexible. Los casos de las mujeres de clase media no se debaten en los medios televisivos y se resuelven favorablemente en los consultorios privados.

Las opiniones sobre la esterilización femenina pueden sintetizarse en tres reacciones diferentes: de los 8 médicos que han respondido sobre esta cuestión sólo dos están netamente en contra, llegando a negar que sea un método anticonceptivo y derivando la decisión hacia sus colegas obstetras porque lo consideran una intervención quirúrgica:

"Si alguna que otra la solicita se les explica que no es legal, que no se debe hacer..." (58 años, hombre).

"No, eso lo tendrías que hablar con maternidad, porque no es un método anticonceptivo..., entonces bajo ningún concepto está bajo la línea de los métodos anticonceptivos. Hay pacientes que la tienen hecha, vos le preguntás y te dicen que tienen ligadura pero yo no hablo sobre la ligadura de trompas como método anticonceptivo porque para mí no es un método anticonceptivo" (39 años, mujer).

Otros cuatro médicos, en cambio, se sitúan en una postura de mayor aceptación de la esterilización femenina ya que, si bien mencionan las trabas legales, la aceptan en aquellos casos en que un nuevo embarazo pondría en riesgo la vida de la mujer, advirtiendo que sería preferible encarar programas de planificación familiar para evitar inconvenientes:

"Hay mujeres que siguen solicitando la ligadura de trompas por el número de hijos. Las que la piden son, en su mayoría, de sectores bajos y la vienen pidiendo por el número de hijos o porque tienen 3 ó 4 cesáreas, o porque tienen algún problema de hipertensión o diabetes. Saben que tienen alguna enfermedad que puede ser riesgosa. Se da el caso de mujeres muy negadoras, que son la mayoría de las diabéticas e hipertensas, y se les pide que tomen anticonceptivos, a pesar de lo cual quedan embarazadas. La actitud del médico es no acceder frente a la ligadura, decirles la verdad, que es una intervención que está prohibida en nuestro código civil y el médico corre el riesgo de que le saquen el título. Con el consentimiento de la mujer y el del marido no alcanza para nuestro código, tiene que haber una contraindicación médica para el nuevo embarazo potencial y que éste ponga en peligro la vida, y son causas bien específicas, pero con autorización judicial. Como todo eso es muy complicado y nadie lo hace, algunos médicos accedemos a ligarles la trompa. Yo no tendría que decirlo, pero es la verdad. En aquellos casos donde hay riesgo, o porque hay cesáreas, o porque es hipertensa, diabética o por el RH negativo y, a veces, por el número de hijos cuando otros métodos que han usado, como por ejemplo el espiral, no les resultó, porque se han embarazado. Yo he hecho y otros compañeros también, en algunas ocasiones. Otros se niegan rotundamente, no sin motivo. Hubo casos de juicio después de la ligadura. En general se niegan a hacerse, pero no son muchas tampoco las mujeres que lo piden. En privado son muy pocas las mujeres de mayor nivel socioeconómico que piden la ligadura" (54 años, mujer).

"He visto en Laferrere, he preguntado a pacientes multiparas: "¿por qué, señora, sigue teniendo hijos?", al octavo, al décimo, al decimoquinto como he visto (casos de decimoquinto he visto dos), pero de octavo, de séptimo, de sexto, de cuatro cesáreas anteriores, que ya es un problema un poco más orgánico y más peligroso también para la paciente. "Porque no, mi marido no quiere". Con respecto a la ligadura, a veces la paciente lo pide, pero lo explicás que como es un problema legal, que es una lesión gravísima, no lo podés hacer. A pesar de mi creencia religiosa yo creo que en cierto momento habría que hacerlo, quizá cuando está en juego la vida o la salud de la mujer. Nunca ví que alguien, por ejemplo el jefe de guardia y el que está debajo de él en mi guardia, lo hayan hecho en algún momento. Entonces, uno tampoco quiere ir al choque primero, trata de dejar que la gente que tiene más años o más tiempo en el lugar encabezen la idea. Uno está un poquito más atacado por la cantidad de juicios y demás y es preferible entonces "arreglate" y no comerse un juicio de arriba por tratar de hacer algo bien. Porque a mí me parece que no estaría mal, pero no correr el riesgo. Cuesta mucho estar en el lugar donde uno está como para perderlo por algo que no... El mismo paciente después te puede..., no va a ser la primera vez que la paciente te pide, después se muere o se separa la pareja y busca otra pareja y la otra pareja le dice "pero cómo, te ligaron las trompas. Eso no se puede hacer". Sahe que no se puede hacer y te caen por sobre la cabeza.

Aunque todo esté en la historia clínica, tener que ir a mostrarlo en un juicio, aunque vos ganez, va el mismo hecho de tener que ir a perder tiempo y a pasar un mal momento y a tener que explicar todo de vuelta no lo vale. No lo vale. Las coronorias no lo valen, son más importantes” (32 años, hombre).

“Creen que eso tiene que ser una decisión propia de cada paciente. Si la paciente está de acuerdo y firma una autorización se hace responsable, cosa que después no se arrepienta. ¿no?, eso puede pasar...cada uno tiene decisión propia sobre su vida y sobre lo que quiere, y si después se arrepiente entra entre todas las posibilidades que tenemos de elegir. Si, tendría que ser aceptada (la operación femenina). Acá en el hospital no la hacen. Con el tema de lo ilegal y de los juicios nadie se quiere hacer responsable de algo que no lo vale, y habiendo otros métodos... Por ahí en el hospital antes se hacía, en alguna paciente muy puntual, con un riesgo muy importante... pero ahora con el consultorio de PF (Planificación Familiar) no lo hace nadie. Nadie se quiere exponer si existe otra manera de poderlo evitar. Nadie quiere esterilizar a la paciente y después exponerse a un riesgo de... legal. Se le consigue un turno rápido para PF pero no se liga más” (33 años, mujer).

“Eso tendrías que preguntarlo en maternidad; a los ginecólogos no nos piden porque requiere de una operación. Yo no estoy en contra, si bien la ley no lo permite, pero en algunos casos creo que es una solución en determinados casos... En aquellas mujeres que tienen inconveniente para tomar hormonales y que no tienen un marido disciplinado para usar profiláctico y que han rechazado o se han embarazado con DIU y con una paridad completa y por lo menos más de 35 años, cuando vos sabés que aunque cambien de pareja no van a buscar otro hijo. Nosotros hemos visto muchísimas acá que han cambiado de pareja, que tienen las trompas ligadas y que nos han pedido que se las desliguemos. Como es un método definitivo hay que tener mucha cautela. La paridad completa depende de lo que ellas consideren que están satisfechas y aunque cambien de marido no quieren tener más hijos pero así y todo les aconsejamos que no, porque si son jóvenes pueden cambiar de marido y si forman pareja con alguien que no tiene hijos pueden querer tener otro hijo. Una mujer con 35 años, con 3, 4 hijos ya no quiere más nada, pero eso es individual. Tenés que ver el medio sociocultural, porque una mujer profesional, que trabaja no quiere tener hijos a esa edad. Pero en un medio sociocultural bajo no tienen problemas en tener hijos a esa edad, tienen hijos cuando su hija también tiene hijos y no pasa nada...” (61 años, mujer).

Finalmente, un tercer grupo de médicos está en una postura intermedia: lo consideran válido en casos de riesgo de vida para la mujer, opinan que es un método eficiente pero enfatizan mucho más las complicaciones que los beneficios.

“La ligadura de trompas en el país está proscripta por ley, pero en los casos en que se hace no trae mayores inconvenientes; en otros países está permitida, hasta se está haciendo ligadura de trompas fuera del embarazo, con laparoscopia

fuera del embarazo. En este país está prohibida; ahora, como método anticonceptivo es uno de los métodos más seguros; yo he visto muy pocos fracasos, fracasos significa que a veces se recanalizan y quedan embarazadas, pero en general es un método que no trae demasiada alteración y como está prohibido no hay mucha estadística. En la práctica privada depende del médico actuante; si está de acuerdo o si está prohibido, depende de la decisión de cada uno..." (49 años, hombre).

"La esterilización tubaria.... acá se han hecho algunas muy pocas; incluso hubo un problema hace unos años atrás... (se interrumpe). Una patología complicadísima, pero de las más graves, decían los cardiólogos. En ese momento se hizo un ateneo, vino uno de los profesores titulares de obstetricia, que a su vez era médico del cuerpo médico forense de los Tribunales de la Nación, que depende de la Suprema Corte y, si bien no acepto la ligadura de trompas, porque para hacerlo en el servicio si lo hace otro soy tan responsable como él, es lo mismo que el aborto. Si yo tengo una paciente que la mando a otro médico para que le haga el aborto está bien, no lo hago yo pero es lo mismo, eso que no me vengan con el cuento. Se hizo un ateneo y se indicó y se escribió todo lo que se le hacía, la ligadura, porque era tan grave el cuadro de la paciente, que si bien se podía salvar de esa cesárea de este parto, en un próximo embarazo se moría. Yo creo que ante una circunstancia como esa se puede justificar, pero tampoco hacérselo a todo el mundo... Usted qué sabe lo que le puede pasar, puede tener un hijo y se le puede morir, el marido se le puede ir, conoció a otro, el otro quiere tener un hijo y nadie sabe lo que le va a pasar en la vida, nadie sabe. Está bien que hoy en día, con la cirugía tubaria en algunos casos puede solucionar el problema, porque se hace microcirugía, se vuelve para... pero no siempre es posible. Entonces hay que tener mucho cuidado con eso" (62 años, hombre).

Aborto inducido

Sólo la mitad de los médicos contestó sobre este tema; de ellos, la mitad opinó que el número de abortos es elevado, siendo una práctica usual en las mujeres de bajos recursos, que se realiza en condiciones deficientes poniendo en riesgo sus vidas. La mayoría piensa que deberían multiplicarse los programas de Planificación Familiar para evitar dicha práctica y mejorar el nivel de educación de las mujeres, a fin de percibir los peligros de encarar un aborto sin adecuados recursos médicos y tecnológicos. No se advierte una actitud crítica o de censura hacia las mujeres que abortan. Asisten a las mujeres que acuden con abortos incompletos y dicen que no las denuncian.

En relación a la legalización o despenalización del aborto se despliegan dos posturas diferenciadas: un grupo minoritario (2) está a favor del aborto, porque consideran que así habría más posibilidades de disminuir prácticas riesgosas para la salud de las mujeres;

"Yo pienso que, dada la irresponsabilidad de muchas personas, muchos toman el aborto como una solución, porque sí: cualquier cosa, me hago un aborto. Si por un error, si porque todos somos seres humanos, si nos equivocamos... Yo creo que tendría que estar legalizado por varios motivos: primero, porque a pesar de mis creencias religiosas creo que uno tendría que ser libre de decidir cuándo está capacitado o no para tener un chico. Creo que una chica de 14, 15 años que, irresponsable como es, se queda embarazada, no está capacitada para tener un hijo o para criarlo como se debe. Y, otras de las cosas importantes, creo que el aborto es necesario legalizarlo porque he visto morirse muchas mujeres infectadas, gracias a hacerse el aborto o meterse cualquier cosa para abortar o que se lo hace gente que no está capacitada. Entonces yo creo que legalizado salvaríamos un montón de vidas, a pesar de que el aborto es, digamos, cortar una vida. Pero a veces no sería cortar dos. Yo no estoy en contra del aborto, a pesar de que no hago, es como que no me saldría, si en este momento no me sale. No sé lo que haré más adelante. Pero cuando me preguntan cuando están decididas a hacerlo, mi consejo siempre es que busquen a un médico o una persona entendida que se lo haga. Porque ir a la matrona de la vuelta de la casa como se decía antes, o a la partera vieja de la vuelta que no sabe, ni lo hace en las condiciones de asepsia que debería ser" (32 años, hombre)."

"Y, acá tenemos bastantes casos.... con el consultorio ha disminuido un poco, pero tampoco se anuló el tema. Acá hay un promedio de tres a cinco abortos diarios, provocados, bastante alto... y un aborto séptico por mes, es un tema bastante delicado. Lo que pasa es que La Matanza es un partido bastante grande y no se puede abarcar todo, es un granito nada más lo que pudimos hacer, se bajó algo pero siguen cayendo... Tendría que haber más centros de planificación para poder evitar esto. Así abortan igual pero lo hacen en cualquier lado, con cualquiera, porque no tienen los medios para hacérselo y se mueren. Con esto no estoy diciendo que el aborto tiene que ser legal, no lo sé, pero... hacen que la paciente no haga algo ilegal pero lo hacen igual y se dejan poner cualquier cosa y el riesgo es peor, o sea, se muere un chico y se muere una madre. Entonces no sé hasta qué punto el tema de la legalidad no habría que evaluarlo. Yo creo que habría que legalizarlo. Esto es lo mismo que el divorcio: no es que la gente vaya a abortar más porque es legal, abortan los que quieren abortar, nada más que no se mueren. El que no quiera tener un chico no lo va a tener, va a hacer lo imposible para no tenerlo, hasta morirse. Antes de legalizar el aborto creo que hay que aumentar los centros de PF; el aborto no tiene que ser un método anticonceptivo, hay que fomentar los centros de planificación. Yo creo que no puede hacerse un raspado a cualquier paciente. Va a haber que poner una norma y determinar... una paciente que viene con cinco meses de embarazo no puede abortar. Pero creo que sería algo importante" (33 años, mujer).

Los médicos restantes no están de acuerdo con la legalización del aborto: sin embargo, se observan matices más o menos tolerantes. Los que se ubican en una

actitud tolerante consideran que es un tema a debatir, e intentan "ponerse en el lugar de" comprendiendo las situaciones planteadas y aceptando la libertad de decisión individual:

"No estoy de acuerdo ni con las maniobras abortivas criminales ni con la legalización del aborto. Pienso que para llegar a eso existen antes métodos anticonceptivos o sea la prevención. Es igual que el SIDA: necesita prevención, en eso soy terminante. Para algunos casos sí se contemplaría, pero no el común de la consulta. El único que ampara la ley, que es menor deficiente mental violada. Mi opinión personal podría agregarse algo más, el riesgo de muerte de la madre, pero también estás queriendo salvar una vida matando otra. Una relación de pareja, queda embarazada y quiero hacer un aborto. Eso sí que no. Yo pienso que eso es un debate largo: nos tenemos que juntar médicos, iglesia y abogados o jueces, ¿no? y buscar un equilibrio, porque hay cosas que a mí se me escapan. Yo puedo hablar del punto de vista estrictamente médico, no puedo hablar de leyes, no puedo hablar mucho de iglesia. Se tendrían que poner de acuerdo todos y ver qué casos se contemplarían, pero lo que nosotros vemos vulgarmente a veces en el hospital, maniobras abortivas y abortos que llegan en estado pero ya prácticamente terminales son generalmente parejas que tienen uno o dos chicos o novios jóvenes y quedó embarazada. Antes de llegar a eso pienso que tiene que haber métodos anticonceptivos, para evitar ese tipo de cosas" (42 años, hombre).

"Es un tema muy álgido, la opinión mía personal es...eh...es muy...que es lo que yo haría si estoy en ese lugar, yo soy un ferviente..., respeto la vida humana y la condición humana en primer lugar..., eh..., lo que no puedo transmitirlo a todas las personas porque yo estoy transmitiendo un servicio y la paciente que viene yo no puedo ni alentarla a que haga algo malo ni tampoco reprimirla..., no la quiero alentar, si viene con el deseo de interrumpir yo no la puedo alentar, pero tampoco darle un sermón ni nada por el estilo. Si comentar los riesgos que tiene, qué es lo que está haciendo, en la consulta además de ver la parte clínica tenés que escuchar bastante a la paciente, escuchar muchos de sus problemas. En las consultas ginecológicas todas las veces es escucharla a la paciente, uno tiene una mejor relación con las pacientes y muchas veces la decisión en caliente de interrumpir algo, sabiendo que de este lado tiene a alguien que la va a escuchar y que la va a comprender, después lo piensa bien y muchas veces siguen adelante con el embarazo y con el tema este no estoy de acuerdo con legislar, legitimar todo lo que sea una interrupción por tu decisión..." (30 años, hombre).

"Y hay abortos. En estos momentos tengo internadas 2 para raspar, hoy se fueron 2 de alta, es continuo, continuo. Por supuesto que no son todos provocados, pero el 80% sí, ni les preguntamos ya, les preguntamos por las dudas por algún tratamiento. Pero nosotros no hacemos la inquisición, nosotros les solucionamos el problema y punto. Lo que sí les decimos es: "¡señora...!" o "¡vos sos una piba joven, por

favor!, ¡pensá que tenés hijos! o ¿por qué hiciste eso?, no lo vuelvas a hacer porque podés perder la vida y aunque no pierdas la vida te quedan infecciones, te quedan problemas, pensá en tus hijos, a lo mejor el día de mañana querés tener un hijo y no podés". Pero qué hacés si no tenés otro tipo de difusión y yo creo que todo ser humano tiene derecho a gozar de su sexualidad con libertad, discreción, pero bien, sin el temor al Sida ni al embarazo. Lo peor que hay son los embarazos no deseados y hay chicos abandonados y abortos. Yo no puedo hablar de estadísticas de abortos, nosotros tenemos menos que antes porque se han abierto muchos hospitales: Berazategui, que era nuestro proveedor y Florencio Varela tienen sus hospitales, entonces nosotros tenemos menos pero no porque haya menos sino porque hay más lugares para atenderse. Hace 15 años teníamos hasta en los pasillos camas habilitadas y la mitad eran abortos. No pienso que hayan disminuido sino que acá llegan menos y no hay tantos abortos sépticos, porque la gente que los hace por lo menos sabe que hay que usar antibióticos... Estamos en una sociedad hipócrita, yo siempre hablé así, por eso tuve varios problemas, nadie piensa que yo soy católica practicante, parezco ateu, me enferma la actitud de la Iglesia, hemos retrocedido con este Papa, lamentablemente hasta llegó a decir que la mujer no tiene que tener satisfacción en la relación sexual. Pero las relaciones sexuales son para disfrutarlas, no para procrear solamente, hay que darle dignidad al sexo" (61 años, mujer).

Los que sostienen una postura más terminante en relación a la legalización del aborto acentúan el rechazo a interrumpir una vida y destacan los riesgos sanitarios y la existencia de otros métodos anticonceptivos que reducen la incidencia del aborto:

"Es que en esa clase baja o en la marginal o pobre estructural, cuando la mujer tiene 3, 4, 5 hijos y sabe que no los puede mantener y ya tiene 30 años, entonces se va a hacer un aborto que le colocan una sonda. Y ahí viene el problema. Estoy absolutamente en contra del aborto, le aclaro para que no haya ningún tipo de discusión. Pienso que la solución no pasa por el aborto, porque yo no tengo derecho a matar a nadie. Pasa por una correcta planificación familiar, en un país con el grave problema de una baja tasa de natalidad. Yo creo que no hay ninguna situación que justifique matar a un individuo, a otra persona que es el feto, salvo el caso muy particular de cuello en la primera mitad del embarazo. Donde hay que actuar como si no existiera nada. Si yo tengo que hacer la histerectomía se la hago o saco todo, bueno, listo" (62 años, hombre).

"Yo hace 16 años que trabajo acá y te estoy diciendo que en estos últimos cinco años por ahí no se ve con la frecuencia que se veía hace 15 años. Hace 15 años atrás esto era terrorífico. Pero ahora no. Yo creo que todo tiene que ver con educación. Uno trata de prevenirlo con las armas que tiene, instruyendo a la paciente de las complicaciones que eso puede traer. Yo particularmente estoy en contra del aborto. O sea, mi especialidad es la obstetricia así que estoy acá para traer vidas al mun-

do, no para destruirlas así que nada que ver. No hay que legalizarlo. Existiendo métodos que lo pueden prevenir. Ahora, si vos me decís que no hay manera de prevenir un embarazo, bueno no sé. No me entra a mí en la cabeza que tenga que destruir una vida habiendo métodos como para poder prevenir un embarazo. (40 años, mujer).

"Se hace a nivel privado, en clase media con recursos. Hay gente que se dedica exclusivamente a eso o como ingreso complementario y se hace en buenas condiciones, con asepsia, anestesia adecuada, ambiente adecuado, en fin, no pasa nada. Las pacientes piden un aborto, lo comentan, el que no hace deriva y el que hace lo toma. A nivel popular, por la falta de recursos la cosa es distinta, entonces el problema es que le colocan algo, rompen la membrana con una aguja de tejer, una laminaria que es una fibra que dilata el cuello o actualmente hay unas pastillitas que provocan contracciones y se colocan en vagina; algunos, los más sofisticados, lo hacen cuando la paciente empieza con dolores y con hemorragia y les dicen: "andate al hospital". A veces vienen con dolores hemorrágicos y terminamos completando un aborto en el hospital o con una infección masiva que termina con la vida de la paciente o no, depende del momento. A nivel popular el aborto se resuelve así, en esas condiciones de falta de asepsia y de falta de recursos. Acá en el hospital no lo piden, porque saben que aquí las sacan volando, además saben que en el hospital, cuando hay un riesgo de vida se hace denuncia policial, no termina en nada esa denuncia pero se hace y entonces, en general no piden" (57 años, hombre).

Las diferencias entre la práctica pública y la privada

La gran mayoría de los entrevistados ejerce su profesión en el sector público y el privado. Existe acuerdo en reconocer que las diferencias en el nivel social de las pacientes influye en la demanda requerida. Algunos resaltan las diferencias en la relación médico-paciente. La mayoría sostiene que existe una estrecha vinculación entre el nivel social y el conocimiento de métodos; sin embargo, pocos lo refieren a un uso diferencial. Este punto no queda claro y deberá profundizarse, ya que cuando hablaron de los métodos anticonceptivos destacaron la importancia de la edad y la paridad de las mujeres y es evidente la diferencia de paridad entre las mujeres pobres, que se tratan en los hospitales públicos, y el resto de las mujeres.

¿Cuáles son los aspectos que los médicos registran como los más divergentes entre las pacientes del sistema público y el privado? Las que consultan privadamente tienen un mayor nivel social y cultural y, por lo tanto, conocen mejor los diferentes métodos anticonceptivos, sosteniendo un diálogo más fluido sobre aspectos vinculados a su sexualidad y a la reproducción, entre otras cosas porque su relación con el médico o médica es más antigua y no está sujeta a los cambios que tienen las consultantes del hospital público; las primeras consolidan una relación médico-paciente a lo largo del tiempo y los médicos tienen una mayor probabilidad de conocer

la relación de pareja de sus pacientes, inclusive conocen a sus parejas. Si bien el caudal de información de las mujeres más favorecidas es mayor, los médicos aclaran que hay que "tamizar el conocimiento que traen" ya que usualmente sus fuentes o criterios no son los más convenientes desde el punto de vista médico.

Muy pocos entrevistados (3) expresan diferencias entre los servicios del ámbito público del Conurbano y los de Capital Federal, ya que la mayoría sólo ejerce en el Conurbano. Los que conocen ambas jurisdicciones indican que las principales distinciones se refieren al nivel social de las pacientes y a una mejor política de implementación de programas de PF.

"Todos piden anticoncepción, también en el sector popular. Lo que pasa es que el Estado no tiene interés en la anticoncepción o no tiene presupuesto para centros especializados. El costo del DIU es alto para una mujer de los sectores populares, por la situación económica y por los prejuicios que implica el uso de anticonceptivos, la ignorancia, el varón muchas veces no acepta que la mujer tome anticonceptivos. En clase media los prejuicios son menores y la educación es mayor, se requiere con más frecuencia la anticoncepción, tiene sus exigencias, tiene el concepto de la limitación de la familia, planifica la familia como ella quiere, cosa que en el nivel popular no ocurre" (55 años, mujer).

"Sí, hay diferencias entre el sector público y el privado, se manejan mejor en privado, porque el consultorio particular es distinto al ámbito público, hay más relación médico-paciente, es un médico y una paciente; en cambio, en el hospital hoy atiende un médico, mañana atiende otro y ya es otro tipo de relación..." (55 años, hombre).

"Yo pienso que en el ámbito privado el control, la prevención de salud de las mujeres, el que yo tengo en mi práctica es óptimo. En el hospital se está formando... no tengo en este momento un colposcopio, ni mamógrafo. Yo pienso que todo parte de la educación, de gente que no tiene una instrucción completa, primaria por lo menos... entonces le cuesta más tener una relación médico-paciente, de tener la capacidad de discernir entre lo que es la prevención y la enfermedad. Hay veces que la gente no consulta porque no sabe o ignora y otras se deban a la imposición de los hombres, que se niegan al uso de anticonceptivos. Yo pienso que en Capital Federal hay mucho más... se atiende mucho mejor en la Capital, porque me parece que el nivel de gente cambia..., me da la sensación de que no hay tanta pobreza como hay en el Conurbano, hay más nivel de educación salvo en las villas de emergencia. Los hospitales están formados desde hace mucho más tiempo, con centros de planificación familiar; acá hay muy poco y recién se está haciendo. En la práctica privada la paciente dice "quiero ponerme un DIU, quiero tomar pastillas". En cambio, en la práctica hospitalaria la paciente es más sumisa y acepta lo que le propone el médico, quizás porque en la práctica pública hay una protocolarización, una normatización. En la práctica privada como es un contrato entre el médico y el paciente se adopta el mé-

todo que la paciente quiere, por eso hay una gran diferencia" (49 años, hombre).

"Entre el consultorio privado y el hospital hay diferencias con respecto a los métodos. La clase media es más de tendencia al uso del DIU. No toda la gente de clase media se coloca DIU, pero es lo que se ve. Y la clase social baja, en primer lugar las pastillas, en segundo las inyecciones, en tercero el DIU y el preservativo lo pongo en un cuarto lugar, pero no porque lo venga a buscar la paciente. Porque le contraíndicamos formalmente el uso de cualquier otro método por determinada patología" (40 años, mujer).

"En cuanto a nivel social sí. Pero en cuanto a preferencia no. En el consultorio entra a jugar más el preservativo, las pacientes usan diafragma, se reparte un poco más el método; acá (en el hospital) el método es uno o el otro, no hay mucha opción; allá, en el consultorio, es diferente, ya se cuida más, tiene más cuidado de lo que es el sida, hace más prevención. Por ahí (las pacientes del hospital) no saben leer y escribir, no se informan... es medio complicado. Para que entiendan el riesgo uno tiene que estar media hora con cada paciente y no tenés media hora para cuarenta por mañana, entonces se lo explicás pero no tenés el tiempo como en un consultorio particular. Lo que pasa es que ellas, en este medio, con tal de no perder a la pareja les da lo mismo que se lo coloquen o no (el preservativo). El tema es no perder a la pareja, entonces lo manejan por ese lado. Por eso a veces la pareja tiene más personas vinculadas sexualmente a uno de ellos, generalmente el hombre, y se ponen preservativos o no se los ponen. El tema de la autoestima está muy deteriorado acá (en el medio popular), que por ahí no pasa en otro nivel social, yo creo que es eso" (33 años, mujer).

Satisfacción con el uso de los servicios

La mitad de los médicos (7) considera que las mujeres se sienten satisfechas con el servicio al que asisten. Comentan que basan sus apreciaciones en indicadores más objetivos como por ejemplo la demanda de atención, el seguimiento del tratamiento y el elevado número de controles requeridos por el servicio. Los aspectos cualitativos señalados se refirieron a la aceptación de las indicaciones médicas (compliance) y a la percepción de una relación médico-paciente basada en el respeto.

Los médicos que trabajan en programas de Planificación Familiar señalan una mayor conformidad de las pacientes de sus servicios, así como la posibilidad de disponer de mejores estrategias para evaluar el servicio. Otros entrevistados(5) declaran la existencia de múltiples barreras para una óptima atención, centradas básicamente en la deficiente organización de los servicios, la exigua oferta de turnos, las deterioradas instalaciones y los magros salarios del personal de salud, reclamando un mayor compromiso por parte del Estado para encarar una eficaz política de P.F.

"Cuando hicimos esa primera encuesta tuvimos en cuenta si la paciente se consideraba bien atendida por las enfermeras, obstétricas y médicos... El mejor con-

cepto lo tenían de los médicos porque trataban de acercarse a su problemática. Acercu del tiempo de espera había muchas quejas; tratamos de modificar las cosas y ahora se está citando con turno. Al principio fue un caos, porque la paciente de hospital no está acostumbrada..., venían a las 6 de la mañana aunque tuvieran turno a las 12, otras sacaban turno y no concurrían, pero se está haciendo con cita y se dejan 2 ó 3 turnos para lo imprevisto del día" (53 años, mujer).

"La demanda de gente se cubre porque están dados los turnos hasta febrero, porque la gente consulta mucho en Planificación Familiar. La demanda de la gente en cuanto a sus expectativas también, porque vuelven; cuando una paciente vuelve y te dice "me tenía que hacer el Pap" es porque encontró una respuesta a lo que vino a preguntar. Con respecto a los turnos, a veces no se consiguen turnos y uno les facilita el adelantarle el turno. Uno les explica: "señora, empiece a tomar esta cajita, antes de que se le acabe saque el turno, aunque tenga (pastillas) nosotros le damos", para que no se queden sin pastillas y no tengan ningún problema, sobre todo las pacientes que quieren cuidarse porque tienen su familia completa, porque tienen 8, 9 ó 5 hijos. Del tiempo de espera no sé decirte" (39 años, mujer).

"No les queda otra... pero son muy agradecidas, porque no sólo pasan miserias esperando la atención sino que pasan miserias en todos lados y mala atención. Lo que más te agradecen las pacientes, andá al hospital y preguntalo a las pacientes que están esperando afuera, te van a decir que soy un excelente médico, no es porque yo sea, entendeme, no es porque tenga una formación excelente, tengo muchas carencias yo, tanto profesionales como personales, pero nunca una agresión a lo paciente, es lo fundamental. Yo tengo un montón de problemas, discuto con mis colegas, con mis pares, con la gente de salud, pero la que está sentada ahí es una paciente y tiene que sentir de vos buena onda, entonces si empezás por ahí... Eso la paciente en la parte pública no lo tiene, casi siempre son órdenes: "desvistase, vaya allá, póngase esto, abra las piernas!"... son imperativos. Nunca: por favor desnude-se, encima se tienen que desnudar en un box chiquitito como el que vos viste, delante tuyo se tienen que desnudar, no hay una sabanita para cubrirse y si encima vos se lo pedís a los gritos. Pero si vos le decís "por favor desvistase", salís, volvés a entrar cuando ya está lista, tratás de tener algo para que se cubra, por su pudor, siempre diciéndole las cosas por favor la paciente es muy agradecida, ella sabe que tiene que esperar 2 horas o que tiene que venir a las 6 de la mañana... cuando no hay turno tiene que venir a las 5 de la mañana para sacar un turno... pensá en invierno, o sea que se tiene que levantar a las 3 de la mañana para venir al hospital a las 6 de la mañana y después la atendés a las 11, 12; estuvo 6 horas en un hospital y si encima vos la tratás mal... Es un círculo vicioso, nada te lleva a que trates bien a las pacientes..., pero estamos los que creemos que no tiene que ser así, pienso que la dignidad es lo último que se pierde. Pensá... trabajás más, cobrás menos, vas perdiendo beneficios, la plata no te alcanza, trasladás tus problemas..., vos calculá que to-

dos los agentes del hospital tienen dos trabajos como mínimo. Yo te hablo de los estables, de los que están en planta, los del servicio de enfermería y todo eso, con un trabajo solo no viven. los médicos profesionales, ya de formación venimos que trabajamos en cinco lugares distintos, pero no sería lo ideal..." ().

"Les parece bien que uno las tenga en cuenta y las atienda, no las haga esperar y están tan contentas que es como que en agradecimiento se controlan. Tengo un número bastante alto de controles, que podrían no venir más, las de control del DIU que no tienen que volver vienen y se controlan cuando les decimos, cumplen bastante, yo creo 80% de gente que retorna a controlarse, así que es muy alto. No se quejan, porque la atención es rápida una vez que tienen turno. Aparte, tienen la opción de cuidarse con preservativos, así el turno sea para dentro de tres meses no va a ser para toda la vida. Por ahí puede parecer que es una urgencia pero tienen otra opción: se pueden cuidar con preservativos hasta que tengan el turno y después va rápido, porque en un mes está todo listo: se hace el Pap, colpo, ya están revisadas, menstruan y les coloco el DIU o les doy las pastillas. El agradecimiento en ellas es cumplir, es no faltar, es venir al control. Y por ahí son bastante agradecidas" (62 años, hombre).

En relación a la satisfacción de la atención desde la óptica del paciente, la mayoría de los estudios muestran que cuando se los interroga directamente la respuesta suele ser francamente positiva. Sin embargo el mismo entrevistado, al reflexionar sobre aspectos específicos de su tratamiento suele expresar descontentos escasamente compatibles con aquella afirmación general. (Belmartino, s/f)

Algo similar se observa en la ESR: 8 de cada 10 mujeres evalúan favorablemente el lugar de atención de la última consulta (uniendo las categorías bueno y muy bueno), siendo los aspectos más valorados la atención y los médicos. No se arriesgan opiniones desfavorables pero sí se percibe que el tiempo de espera tiende a ser elevado, el tiempo dedicado a la consulta no excede los 15 minutos y se visualiza un abandono en la realización de estudios complementarios. A medida que aumenta el nivel de instrucción disminuye la opinión positiva (López y Findling, 1995).

Según las opiniones vertidas en este trabajo podría suponerse que la paciente que acude a los servicios públicos en busca de un método anticonceptivo logra su objetivo aunque implique múltiples dificultades y prolongadas esperas. Las dificultades no son percibidas tan negativamente por las mujeres ante la posibilidad de acceso a un método. De acuerdo a Friedson (1961) se han resuelto las expectativas prácticas del paciente pero no las ideales.

Consideraciones finales

Como sostienen Snowden, Kennedy, León y otros (1988), la opinión de los médicos es altamente tenida en cuenta y aunque sean o no proveedores directos de métodos anticonceptivos, tienen una influencia considerable en la aceptabilidad de

los mismos. Las actitudes de los médicos afectan las percepciones de los usuarios. Los médicos no son sólo la fuente de información y provisión de métodos sino que influyen fuertemente como decisores en el uso de métodos. Estas consideraciones son válidas para los resultados que acabamos de exponer, ya que sus opiniones e indicaciones influyen en la demanda.

Aunque muchos estudios centrados en la relación médico-paciente se remiten a la relación intersubjetiva, creemos necesario enmarcar ese vínculo en un contexto más amplio que incluya lo social, habida cuenta de los cambios producidos en la política de salud de la Argentina en los últimos años, que afecta tanto la demanda como los recursos humanos. En la misma dirección, Belmartino (s/f) argumenta que debe trascenderse el enfoque del individuo/paciente/portador de necesidades de atención para construir una perspectiva relacional que vincule la organización de los servicios con las necesidades, expectativas y demandas de la población a cargo, incorporando la dimensión de los grupos sociales y la diversidad sociocultural. También coincidimos con Bloom y Wilson (1979) en la apreciación de que la relación médico-paciente se está sustituyendo por una relación paciente-institución, debido a cambios tan trascendentales en la estructura del sistema de salud que no se pueden explicar por factores individuales de la relación.

Igualmente necesario se hace reconocer las lógicas barreras sociales que afectan la relación médico-paciente explicitadas por Boltansky (1969) y resaltar la superposición entre la distancia social y la distancia temporal en la adquisición de saberes y de comportamientos en salud, debida a las diferentes modalidades de acercamiento de los médicos a los pacientes según pertenezcan éstos a las clases medias o a las populares. En las primeras existe una mayor familiaridad del trato, se tiende más a omitir las normativas y protocolos establecidos en relación al uso y recomendación de métodos, mientras que en las segundas se establecen modos de relación más jerárquicos y/o autoritarios, con consultas marcadas por la falta de tiempo y con prolongados tiempos de espera entre cada cita. Además, las personas de sectores populares, con menores niveles de educación formal, adoptan una actitud menos crítica hacia sus propios saberes o prejuicios, porque enfrentan dificultades para examinarlos como resultado de la menor acción formativa de la escuela. Bourdieu (1985) habla de las producciones culturales, históricamente acumuladas en la sociedad, que no pertenecen de igual manera a todos los individuos sino a aquellos que detentan los medios y saberes para apropiárselos. Esta idea remite a una heterogeneidad en el acceso y en la acumulación de los bienes culturales.

Lo que puede desprenderse del discurso de los médicos es una mayor toma de conciencia acerca de la salud reproductiva, si bien las carencias formativas e informativas aún persisten. Reconocen manejos autoritarios y tratos despersonalizados, en parte atribuidos al sistema en el que están inmersos, pero se advierte una mirada de empatía hacia la situación de las mujeres de escasos recursos, que los conduce a

demandar políticas de Planificación Familiar más amplias y adecuadas.

Bibliografía

Bourdieu, J. P.:1985: "La producción y reproducción de la lengua legítima" en: *Qué significa hablar*, Madrid, Akal.

Belmartino, S., Bloch, C., Luppi I. y Schapira, M:(s/f) *Mujer y Servicios de Salud. Una perspectiva crítica*. Rosario, CESS (Centro de Estudios Sanitarios y Sociales).

Bloom, S. y Wilson, R. 1996: "Relaciones entre médicos y pacientes". En: Careaga Pérez, G, Figueroa, J.G. y Mejía M.C. (comp.) *Ética y Salud Reproductiva*. México, Pueg, UNAM.

Boltansky, L. 1969. *Prime éducation et moral de classe*. Paris, Mouton.

Friedson, E. 1978. "Patients Views of Medical Practice" citado por Locker, D. y Dunt, D. "Theoretical and Metodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care". *Social Science and Medicine*, 12.

López, E.1997. *Anticoncepción y aborto: su papel y sentido en la vida reproductiva*. Buenos Aires, Oficina de Publicaciones del C.B.C. e Instituto Gino Germani (UBA)

López, E. y Findling, L: 1995. Mujeres pobres y servicios de salud reproductiva: un panorama desde las usuarias. III Conferencia Latinoamericana de Ciencias Sociales y Medicina, San Pablo, Brasil (inédito).

Snowden, R., Kennedy, K, León, F. y otros: 1988 "Physicians views of periodic abstinence (PA) methods: a study in four developing countries" en *Studies in Family Planning* 19, 4.

Anexo metodológico

Características de los médicos y médicas

Sexo

Masculino: 8

Femenino: 7

Edad

30-39: 5

40-49: 4

50-62: 6

Antigüedad en la profesión

De 5 a 10 años: 3

De 11 a 15 años: 6

De 16 años y más: 6

Religión

Católica: 10

Agnóstico/no tiene: 3

No contesta: 2

Universidad de origen

UBA: 12

UNLP: 2

Nordeste: 1

Lugar de trabajo

Público exclusivo (Hospital y/o U.S. del Conurbano): 2

Público y Consultorio Privado: 10

Público y Clínica Privada ó Sindicatos: 3

Categoría del cargo público

Jefe/a del servicio: 8

Médico/a del servicio ó unidad sanitaria: 7

PUBLICACIÓN N° 6:

**ANTICONCEPCIÓN, PATRONES REPRODUCTIVOS Y SALUD DE LAS MUJERES
EN LA ARGENTINA: PRECISIONES, CONTRASTES Y PROBLEMAS**

LA INVESTIGACIÓN SOCIAL HOY

A CUARENTA AÑOS DE LA RECREACIÓN
DEL INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA (UBA)

Darío Canton
Jorge Raúl Jorrot
COMPILADORES

COLABORAN

Acosta - Aparicio - Babini - Canton - Colabella - Cheresky - Di Tella - Giarracca -
Halperin Donghi - Jorrot - Kessler - Kornblit - Lattes - López - Mendes Dix -
Orlansky - Panaia - Petracci - Sautu - Sigal - Vapñarsky - Waisman

Instituto de Investigaciones Gino Germani
Oficina de Publicaciones del CBC
Universidad de Buenos Aires

Oficina de Publicaciones del CBC
Coordinación General: Lic. Ernesto Abramoff
Dirección: Darío Setajnszrajber
Dirección de Arte: María Laura Piaggio
Relaciones Institucionales: Martín Unzué

Diagramación: Oficina de Publicaciones del CBC
Diseño de tapa: María Laura Piaggio

Primera edición: agosto de 1997

© Oficina de Publicaciones del CBC
Universidad de Buenos Aires
Ciudad Universitaria, Pabellón III P.B.
Tel.: 780-1546 / Fax: 786-5601
(1428) Buenos Aires, República Argentina
ISBN 950-29-04-30-3

Queda hecho el depósito que establece la ley 11. 723

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia o otros métodos, sin el permiso del editor.

INDICE

Introducción	9
PARTE I	
UNA MIRADA SOBRE LA AMÉRICA LATINA	
Las lógicas contradictorias de la liberalización económica y política en América Latina <i>Por Carlos H. Waisman</i>	21
La extensión y distribución de la educación latinoamericana: un marco para delimitar los problemas cualitativos <i>Por Ana María Eichelbaum de Babini</i>	35
PARTE II:	
ESTUDIOS SOBRE ARGENTINA	
Historia y política	
Extranjeros y amenaza social en los orígenes del movimiento obrero argentino <i>Por Torcuato S. Di Tella</i>	61
El populismo de Manuel Fresco a la luz de su impacto electoral <i>Por Tulio Halperín Donghi</i>	91
El peronismo proscripto y su vuelta al gobierno: elecciones en la Capital Federal entre 1957 y 1973 <i>Por Darío Canton y Jorge Raúl Jorraz</i>	117

Economía, Estado y sociedad

La hiperinflación en Argentina: comportamientos y representaciones sociales
Por Silvia Sigal y Gabriel Kessler 155

El Estado en transición 1989-1995: el nuevo Estado empleador
Por Dora Orlansky 189

La división oficial del territorio argentino: ¿un rompecabezas insoluble?
Por César A. Vapñarsky 203

Elecciones y opinión pública

Encuestas electorales, profecías y resultados de elecciones
Por Santos Colabella 237

Percepciones de la economía y voto: 1993-1996
Por Darío Canton, Jorge Raúl Jorrot y Luis Roberto Acosta 263

Ocupación, trabajo y exclusión social

Pobreza estructural y exclusión social en Buenos Aires
Por Ruth Sautu 289

La acción social en los procesos económicos.
El caso de la actividad cañera en Tucumán
Por Norma Giarracca y Susana Aparicio 307

Las unidades económicas en la medición del sector informal argentino
Por Marta Panaia 327

Migraciones, patrones reproductivos y representaciones de la paternidad

Migración extranjera en la Argentina entre 1945 y 1994
Por Alfredo E. Lattes 351

Anticoncepción, patrones reproductivos y salud de las
mujeres en la Argentina: precisiones, contrastes y problemas
Por Elsa López 363

Representaciones acerca de la paternidad
en jóvenes varones residentes en la ciudad de Buenos Aires
Por Ana Lía Kornblit, Ana María Mendes Diz y Mónica Petracci 389

Reflexiones sobre un pasado doloroso

La inadmisibile desaparición de personas
Por Isidoro Cheresky 417

ANTICONCEPCIÓN, PATRONES REPRODUCTIVOS Y SALUD DE LAS MUJERES EN LA ARGENTINA: PRECISIONES, CONTRASTES Y PROBLEMAS

Elsa López

Introducción

La cantidad y calidad de la información sobre la salud de las mujeres constituye un escollo importante para el conocimiento de la morbimortalidad femenina y la toma de decisiones para su reducción, problema que se agrava en los países de menor desarrollo como la Argentina. Para ilustrar esta afirmación baste decir que en 1985 se estimó que el subregistro de la mortalidad materna en la ciudad de Buenos Aires -60 defunciones por cien mil nacidos vivos- alcanzaba al 50%, lo cual elevaba la tasa a niveles del 90 por cien mil (Ministerio de Salud y Acción Social, 1989). En 1993 se registró un descenso en el nivel de la tasa nacional, que se situó en 46 por cien mil, aunque es posible que un monto importante de defunciones maternas no se haya clasificado y agrupado de manera correcta (INDEC, 1995). Hasta 1991 el aborto inducido constituyó en ciertos países (Argentina, Chile, Uruguay y algunas naciones del Caribe) la causa principal de las muertes maternas, llegando a reunir a la tercera parte de ellas (Prada, 1992). A partir de 1992 el grupo más importante de causas se trasladó en la Argentina hacia las obstétricas directas, que considera las complicaciones del parto y del puerperio y excluye hemorragias y toxemias (Ministerio de Salud y Acción Social, 1995). Las patologías del parto y del puerperio están fuertemente ligadas a la cobertura y la calidad de los servicios de salud. En la interpretación de estos cambios se ha resaltado el peso excesivo de ciertas prácticas médicas ejercidas durante el parto, especialmente la cesárea, que se realiza fundamentalmente en clínicas privadas de la Argentina, el Brasil y Chile (Marconi, 1991; Mora y Yunes, 1993).

También existen serias limitaciones en lo que se refiere a la información sobre la morbilidad femenina; algunas de ellas se refieren a la definición y la medición de la misma, tanto en sus aspectos observables como en los percibidos, a la vinculación entre la percepción de morbilidad, la demanda de consulta médica y la eventual internación, y a la calidad de los registros de egresos hospitalarios.

Adicionalmente, también se comprueba insuficiencia en la información de los aspectos preventivos en la salud de las mujeres. El control de la fecundidad y del cáncer gínico-

mamario, las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA, el control precoz y el seguimiento del embarazo, la práctica de la lactancia materna, y el control del período menopáusico y posmenopáusico que promueva la reducción de la incidencia de la osteoporosis, la artritis y los trastornos depresivos son algunas de las finalidades a lograr en una visión integrada de la salud femenina (López, 1994).

En diversos campos del quehacer sociopolítico se ha insistido sobre la importancia de la información confiable y oportuna en el proceso de toma de decisiones. La recolección, análisis y uso de los datos se han convertido en factores críticos en la resolución de problemas de salud pública, principalmente en los grupos más vulnerables, así como en un insumo valorado por los organismos que buscan mejorar la condición de las mujeres. Los factores antedichos ayudan a conocer las necesidades de la población y constituyen elementos insustituibles en el momento de elaborar, monitorear y evaluar el cumplimiento de las metas a alcanzar y las etapas de los programas destinados a lograrlas. La información que se utilizará en este trabajo proviene de una fuente cuyo diseño respondió a las necesidades de diagnóstico y monitoreo de metas sociales. En efecto, el gobierno argentino adhirió en 1991 a la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, sobre la cual se formuló el Plan Nacional de Acción en favor de la Madre y el Niño. El plan formuló metas de salud y nutrición para el año 2000; las vinculadas a la salud de las mujeres fueron:

- Disminuir la mortalidad materna a menos del 40 por cien mil nacidos vivos.
- Lograr una cobertura del 90% de las embarazadas con vacuna antitetánica.
- Controlar el embarazo desde los primeros meses de gestación con un mínimo de 5 controles.
- Asegurar un mínimo de un control posparto a la madre.
- Desarrollar e implementar programas de procreación responsable en todas las jurisdicciones de acuerdo al sistema de valores vigente (Ministerio de Salud y Acción Social, 1993).

El camino seguido para el monitoreo de las metas fue el diseño de un módulo especial que se adicionó a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) aprovechando su carácter permanente dentro del sistema estadístico nacional. La EPH capta los niveles de ocupación y desocupación para conocer la situación de las personas y los hogares. Los temas relevados incluyen aspectos demográficos, ocupacionales, de educación, habitacionales y de ingreso. La EPH se realiza dos veces al año en 25 aglomerados urbanos, que representan al 70 por ciento de la población urbana del país y al 98 por ciento de la que reside en centros de más de 100.000 habitantes, en una muestra de aproximadamente 36.000 viviendas.

El Módulo para el monitoreo de metas sociales que se agregó a la EPH en 1994 se aplicó en 13 aglomerados urbanos y consistió en 5 cuestionarios (vivienda, salud de la mujer, salud de los niños de 0 a 5 años, educación y uso del tiempo de los niños de 6 a 14 años y estudio antropométrico de peso y estatura de los niños de 0 a 5 años).

El cuestionario a mujeres de 15 a 49 años que se usará como fuente de información del presente trabajo indagó sobre afiliación a sistemas de salud, atención de la salud gineco-obstétrica, fecundidad, métodos anticonceptivos e historia de embarazos, partos y lactancias

de los últimos 3 años. Los resultados que se presentan en este artículo se refieren a 4 aglomerados urbanos: el Gran Buenos Aires (la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense), Salta (la capital de la provincia de Salta), Neuquén (la capital de la provincia del Neuquén) y Resistencia (la capital de la provincia del Chaco).

El trabajo se propone mostrar facetas poco conocidas de la reproducción en la Argentina, especialmente las relativas al uso de las prácticas anticonceptivas y su vinculación con otros rasgos sociodemográficos como la edad, el estado conyugal, la paridez y las condiciones de vida de las mujeres. No ha sido posible utilizar los datos sobre el tipo de método utilizado debido al diseño defectuoso del cuestionario (la ambigüedad en la manera de indagar cuestiona la validez de lo que pudiera obtenerse), lo que constituye una de las limitaciones de la información del módulo. Sin embargo, los datos sobre prevalencia en el uso de los métodos constituyen un aporte para la búsqueda de una mayor equidad en la salud reproductiva, teniendo en cuenta que:

- existe una gran disparidad en la constitución de las descendencias de las mujeres argentinas según su pertenencia a diversos estratos socioeconómicos y a su lugar de residencia;

- la carencia de información sobre prevalencia de uso de anticonceptivos en el país, por no haberse realizado ninguna de las encuestas mundiales o regionales que estudiaron estos fenómenos;

- la precariedad de los programas de salud femenina dirigidos a promover la salud reproductiva en los aspectos de anticoncepción. En la ciudad de Buenos Aires se implementa, desde mediados de los años '80 y con recursos limitados, un programa de procreación responsable; en la provincia del Chaco, cuya capital es Resistencia, una de las ciudades que se analizan en esta presentación, la legislatura provincial aprobó y el gobernador vetó, en abril de 1996, una ley de salud reproductiva que contemplaba el asesoramiento y la provisión gratuita de métodos en los establecimientos de salud del sector público. Finalmente, y más avanzado el año, la legislatura chaqueña volvió a aprobar la ley. En la provincia de Córdoba también se asistió a la promulgación de la ley y su veto posterior. Las causas del rechazo fueron atribuidas a las presiones ejercidas por la alta jerarquía de la Iglesia católica, según los medios de comunicación y los organismos de defensa de los derechos reproductivos. En el mismo año 1996 se aprobó en la ciudad de Córdoba "una ordenanza que incorpora a los planes de estudio escolares temas vinculados a la reproducción y la sexualidad y autoriza a los médicos a recomendar métodos anticonceptivos en los centros de salud municipales... El gobernador explicó que, dado el proceso de descentralización del sistema de salud, los municipios deberían hacerse cargo de la atención primaria de la salud" (*Clarín*, 1996). Conviene aclarar que los gobernadores que ejercieron el veto pertenecen al partido opositor al gobierno de la nación, lo cual agrava el alcance del problema. Adicionalmente, existe en la provincia de La Pampa una ley de procreación responsable que no dispone de financiamiento para la distribución de métodos anticonceptivos.

Por qué se eligieron esas ciudades

Con la elección de las cuatro ciudades se ha buscado resaltar las diferencias en los niveles de fecundidad y del uso de anticoncepción así como explorar las prácticas conyugales y reproductivas en diversos conjuntos de mujeres, intentando reflexionar sobre las razones de las coincidencias o divergencias de los resultados obtenidos y sus consecuencias en el ámbito de la salud.

El Gran Buenos Aires (GBA) es el mayor aglomerado urbano del país y concentra un tercio de la población de la Argentina. Está compuesto por la ciudad de Buenos Aires, donde viven casi 3 millones de personas, y el Conurbano de Buenos Aires (CBA), con una población de 8 millones (INDEC, 1994). La dinámica sociodemográfica del GBA expresa diferentes niveles de bienestar, con mejores estándares habitacionales y de educación así como menores niveles de fecundidad en la ciudad de Buenos Aires.

Podría decirse que en el GBA conviven dos grandes conjuntos de población con diversos rasgos socioculturales; en cada uno de ellos la dinámica de la fecundidad se corresponde con ciertas características sociales:

1) Una fecundidad elevada asociada a:

a) mayor incidencia de la pobreza, predominio de asalariados, cuentapropistas de bajos ingresos y desocupados, bajo nivel de escolaridad, familias numerosas;

b) residencia en barrios semiurbanizados del conurbano, viviendas más precarias y alejadas de los centros residenciales o comerciales del medio urbano;

c) familias originadas en migraciones (recientes o relativamente antiguas) del interior del país o de los países limítrofes; esta cualidad alude al origen migratorio de la familia, por lo cual no se excluye que muchos de sus miembros sean nativos (y no pueda extraerse el carácter migrante de la cédula censal) con un peso cultural importante de los migrantes originarios. Como las migraciones internas comenzaron a manifestarse masivamente a partir de 1930 y alcanzaron su máximo nivel en las décadas siguientes los migrantes han sido los padres o los abuelos de muchos de los habitantes.

2) Una fecundidad baja o moderada que se vincula con:

a) pertenencia a la clase media o alta, situación ocupacional y de ingresos más desahogada, niveles educativos más elevados, familias más pequeñas;

b) residencia en la ciudad de Buenos Aires o en zonas residenciales del conurbano de Buenos Aires, ocupación de los territorios centrales de la ciudad y de muchas localidades suburbanas, mejores condiciones de las viviendas;

c) familias originadas en migraciones de origen europeo.

Estos conjuntos, organizados en torno a atributos opuestos, configuran el núcleo de grupos sociales que componen el grueso de la población del GBA. Si bien es cierto que podrían realizarse clasificaciones más sutiles y las dicotomías simplifican la realidad social, esta clasificación resulta útil, ya que lo que se busca es encontrar sentidos en las prácticas reproductivas ligadas a la maternidad, la anticoncepción o el tamaño de la familia, rastreando su significación en el contexto de los procesos culturales, económico-sociales e históricos en que estos hechos se producen y manifiestan. El trazado de dos grandes grupos configura, a grandes rasgos, alternativas culturales diferentes. Es en esos contextos que cobran sentido los intentos de explicación de la reproducción humana (López y Margulis, 1995).

Las preferencias por un determinado número de hijos, los patrones de relacionamiento sexual y conyugal, y en general, los aspectos ligados a la formación de la familia se hallan inmersos en la trama del tejido sociocultural, trama que se modifica con el tiempo y depende principalmente del estadio del ciclo de vida de la familia, de las situaciones coyunturales del empleo, de la relación de la pareja, de las oportunidades educacionales y de las políticas (López y Margulis, 1995). También las tramas están en estrecha relación con la socialización de las cohortes o generaciones, proceso que afecta la orientación de los valores. Cada cohorte es socializada en condiciones históricas específicas por un conjunto de padres, pares e instituciones, todo lo cual desemboca en un mapa de preferencias u opciones (Pzeworski, 1982).

La sociedad argentina imprimió sus preferencias demográficas entre la segunda década de este siglo y los años '30; en ese proceso la inmigración europea y la urbanización creciente desempeñaron un importante papel (Pantelides, 1986 y 1989). Mientras tanto, algunas de las provincias conservaron un tipo de comportamiento más tradicional, caracterizado por patrones reproductivos prolíficos, como se verá más adelante.

Salta y Resistencia son las capitales de dos provincias que se distinguen por una alta fecundidad y bajos niveles socioeconómicos; Neuquén es la capital de la provincia sudoccidental del mismo nombre. En las dos primeras provincias algo menos de la mitad de los habitantes se beneficia de sistemas de cobertura de salud, contra cerca de tres cuartos en el Gran Buenos Aires. La posición de la provincia del Neuquén es intermedia (INDEC, 1994). La disponibilidad de electricidad dentro de la vivienda mostró también enormes diferencias: mientras que el 7% de la población total del país no disponía de luz, en el Chaco el porcentaje alcanzó al 29%, en Salta al 22%, en Neuquén al 7% y en el Gran Buenos Aires no se registraron personas sin ese servicio (INDEC, 1994).

Un factor que influyó en la decisión de incluir a la ciudad de Neuquén en la comparación, estriba en las características del modelo de atención de la salud del aglomerado, que se expresa en una fuerte presencia del primer nivel de atención de la salud tanto en la ciudad de Neuquén como en el conjunto de la provincia -la unidad sanitaria. Esta modalidad de organización ha obtenido respuestas positivas a la oferta de servicios por parte de la población (López y Tamargo, 1995).

En lo que respecta a la nupcialidad, los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 muestran al Chaco como una de las provincias argentinas con mayor porcentaje de población de 14 años o más que vive en uniones consensuales: el 19%, siguiéndole Neuquén y Salta, con 16% y 15% respectivamente. En contraste, se observa el 7% en la Capital Federal y el 11% en el conurbano de Buenos Aires (INDEC, 1995).

Las mujeres del módulo para el monitoreo de metas sociales

La composición por edades y el estado conyugal

Un rasgo diferencial de las mujeres de los cuatro aglomerados urbanos es la estructura más envejecida del Gran Buenos Aires y la más joven de Resistencia, consecuencia de los niveles moderados o bajos de la fecundidad de la primera y de los índices más elevados de la segunda. En Neuquén se observa un mayor peso de la población joven y también de la de mayor edad, resultado de las corrientes migratorias sobre las que se ha basado el crecimiento demográfico de la zona. Podría pensarse en un contingente abultado de migrantes con alta fecundidad y sus hijas en las dos generaciones extremas.

Resistencia y Salta se caracterizan por tener los menores porcentajes de mujeres casadas y una alta proporción de solteras con un peso no desdeñable de las mayores de 35 años. Entre esa edad y los 49 años una proporción que va de un cuarto a un tercio de las mujeres de Resistencia se declara sin unión conyugal (soltera, separada, divorciada o viuda).

Resistencia y Neuquén, conservando la tendencia observada en el nivel provincial, son las ciudades con mayor proporción de uniones consensuales en este estudio.

La fecundidad

El número de hijos por edad

Cuadro 1

Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por edad, número de hijos nacidos vivos y aglomerado de residencia

HNV y aglomerado	Grupos de edad		
	15 a 24	25 a 34	35 a 49
GBA Total	100,0	100,0	100,0
0 hijos	81,9	30,6	13,2
Hasta 3	17,1	58,8	67,9
4 o más	1,0	10,6	18,9
Salta Total	100,0	100,0	100,0
0 hijos	76,9	23,7	8,0
Hasta 3	22,5	59,3	56,4
4 o más	0,6	16,9	35,6
Neuquén Total	100,0	100,0	100,0
0 hijos	72,0	21,3	7,8
Hasta 3	26,8	63,6	64,6
4 o más	1,2	15,1	27,6
Resistencia Total	100,0	100,0	100,0
0 hijos	72,5	25,0	10,5
Hasta 3	25,3	54,5	56,2
4 o más	2,2	20,5	33,3

Un dato a subrayar es el porcentaje de mujeres jóvenes sin hijos en las distintas ciudades. El mayor, que supera el 80%, corresponde al Gran Buenos Aires, seguido en orden decreciente por Salta, Resistencia y Neuquén; los datos parecen señalar un ejercicio más temprano de la maternidad en las tres últimas ciudades. En el otro extremo de la vida fértil las mujeres mayores muestran, nuevamente, que el Gran Buenos Aires es el contexto en el cual pesan más las mujeres sin hijos, las que tienen de uno a tres y las que con menor frecuencia tienen cuatro o más. En oposición, adquiere relevancia que una tercera parte de las mujeres tenga cuatro o más hijos en Salta y en Resistencia y una de cada cuatro en Neuquén. La comprobación de una menor proporción de mujeres sin hijos en Salta, Neuquén o Resistencia sugiere que la frecuencia de este evento no obedece a razones biológicas sino a determinantes sociales y culturales.

Entre las mujeres de 25 a 34 años se sigue un patrón similar: mayor proporción de las que no tienen hijos y menor de las que tienen cuatro o más en el Gran Buenos Aires, así como un peso relativo importante de las madres de cuatro hijos o más en el resto de las ciudades (una de cada cinco en Resistencia y una de cada seis en Salta y Neuquén).

Del análisis de un cuadro que no se presenta se extraen algunas conclusiones sobre la paridez y el estado conyugal. En primer lugar se comprueba que un tercio de las casadas en Salta, un cuarto en Resistencia, un quinto en Neuquén y un sexto en el Gran Buenos Aires se concentra en lo que podría definirse como alta paridez (cuatro hijos o más).

En segundo término, las unidas con esa descendencia constituyen una quinta parte en tres de las ciudades, con la excepción de Resistencia, en la cual constituyen un tercio de las mujeres en unión consensual.

Finalmente, las solteras sin hijos abarcan un rango que va desde el Gran Buenos Aires (92%) hasta Salta (78%); en esta última ciudad, una de cada cinco solteras tiene hasta tres hijos; Resistencia, Neuquén y el GBA presentan valores menores y decrecientes. Pese a ser una categoría residual también llama la atención la gran cantidad de mujeres separadas, divorciadas o viudas con alta paridez (casi una de cada tres, salvo en el GBA).

En resumen, la paridez de las mujeres señala pautas diferenciales para las cuatro ciudades, en las cuales aparece un patrón de maternidad más tardía, más legal y menos prolífica en el Gran Buenos Aires. En el extremo opuesto se encuentra Resistencia, con maternidades más tempranas y un número elevado de hijos desde los 25 años. Salta se asemeja al modelo de Resistencia, y en ambas se aprecia la impronta de las uniones consensuales y de la falta de uniones al momento de la encuesta. Neuquén se aleja algo de este modelo, aunque prevalece también en esta ciudad un patrón de maternidad temprana y de alta paridez.

En un estudio cualitativo reciente que indagó sobre la maternidad y la formación de la familia en el Gran Buenos Aires (López y Margulis, 1995), aparece la fuerza de estos eventos como un mandato social fuertemente enraizado. Un aspecto importante para comprender ciertas prácticas y valores es el origen de las entrevistadas o de sus familias. Se tornan evidentes ciertas pautas culturales distintivas según la procedencia familiar. En las entrevistadas de clase media se observan influencias del origen migratorio familiar, en su mayoría europeo-italianos o españoles- que ha significado una estimulación familiar hacia la valoración del trabajo y la educación como vehículo de ascenso económico-social y de realización personal.

Otro elemento a considerar es el tamaño de la familia de origen. Aunque las mujeres de clase media reconocen ciertas ventajas a las familias numerosas, en sus decisiones reproductivas privilegian otras realizaciones personales. En todas sus decisiones tiene un peso importante el tener un número "manejable" de hijos, social y económicamente. En cambio, en el sector más carenciado, proveniente generalmente de familias numerosas del interior de la Argentina o de países limítrofes se sigue otorgando valor a las familias grandes (López y Findling, 1995).

El número de hijos por escolaridad

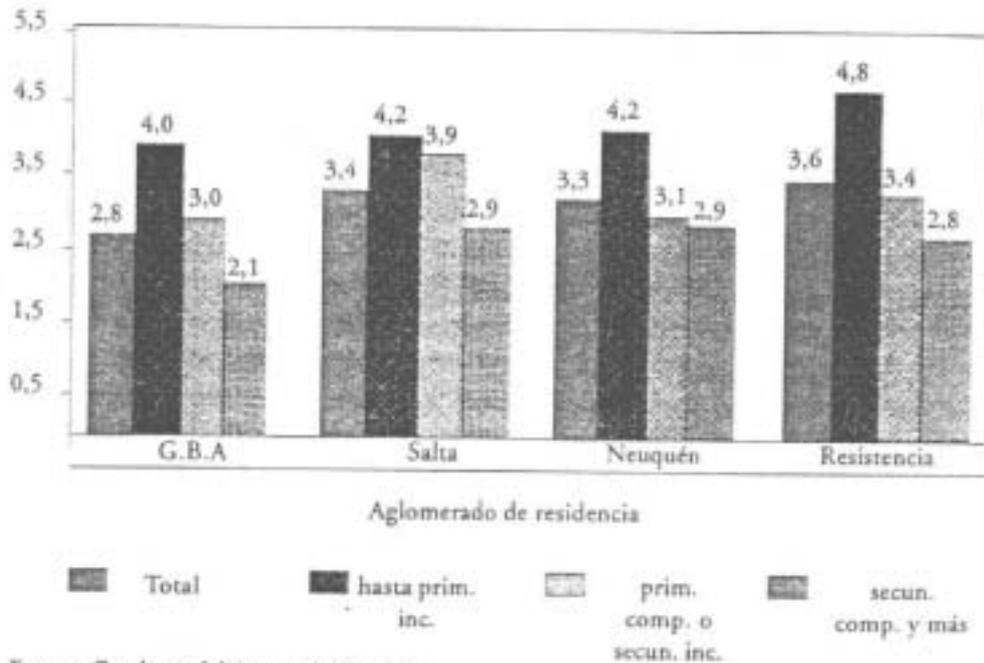
El nivel de escolaridad de la mujer es un factor importante en la explicación de los nexos entre reproducción y cuidado de la salud, ya que constituye un atributo de las personas muy relacionado con los aspectos preventivos. Aunque la clasificación socioeconómica de los hogares permite delinear conjuntos de mayor o menor vulnerabilidad, la edad y la escolaridad de las mujeres define ese objetivo de manera más adecuada, porque entre dos de ellas que compartan el hogar es probable que la más joven haya alcanzado mejores condiciones educativas, lo cual tiene un efecto positivo sobre la salud personal y familiar de la mujer. La edad, la escolaridad y la pertenencia a distintas generaciones imprimen los rasgos que distinguen a las personas según la época en la que han pasado por las transiciones más importantes de la vida (López y Tamargo, 1995; López y Findling, 1995; López, 1996).

Un comentario sobre la escolaridad de las mujeres en estudio: Resistencia tiene la situación más desfavorable de todas las ciudades, con el 16% de mujeres sin finalización de la escuela primaria (8% en el GBA, 6% en Salta, y 11% en Neuquén). Es de destacar, en todas las ciudades, la gran diferencia entre las menores de 25 años y las mayores de 40, que duplican con creces los niveles de estudios primarios incompletos. En la misma dirección, las mujeres más jóvenes han completado los niveles secundarios o superiores en mayor proporción que las de mayor edad. El dato es importante no sólo al enfocar la fecundidad sino en el análisis del uso de anticonceptivos, como se verá más adelante.

Resistencia muestra ser la ciudad con la mayor descendencia final alcanzada por las mujeres con alguna unión conyugal (Gráfico 1). Le siguen Salta, Neuquén y el Gran Buenos Aires. Las diferencias entre los extremos de la educación alcanzan a los dos hijos en GBA y Resistencia, y algo menos en Salta y Neuquén, existiendo una brecha entre el GBA y las otras ciudades que se mantiene, aunque se homologuen los niveles escolares. El importante número de mujeres sin primaria completa en Resistencia sitúa la descendencia total entre los valores de esa categoría y la que abarca hasta la secundaria incompleta.

Gráfico 1

Número medio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 40 a 44 años por nivel de escolaridad y aglomerado de residencia



Fuente: Cuadro 1 del Anexo de Cuadros.

Prevalencia en el uso actual de anticonceptivos

El uso por edad

La información se refiere al uso actual de anticonceptivos en mujeres casadas, unidas o con relaciones sexuales al momento de la encuesta. Es de resaltar los bajos niveles de uso entre las mujeres más jóvenes y las de más edad. Las causas del no uso en las mayores podrían rastrearse en factores asociados a la pérdida creciente de la capacidad fértil e indicar en las más jóvenes diversos rumbos: la motivación para comenzar a tener hijos, la falta de información sobre la fisiología de la reproducción y de los métodos más apropiados y seguros para la salud. Tampoco es de desdeñar el rol que desempeñan las conductas de riesgo tan características de la adolescencia (López, 1995; López y Tamargo, 1995).

La información del Gran Buenos Aires se presenta desagregada en Capital Federal (CF) y Conurbano de Buenos Aires (CBA) para ilustrar el diverso comportamiento de la prevalencia en el uso de anticonceptivos en ambas jurisdicciones y conectarlo con los rasgos distintivos comentados anteriormente.

Los datos muestran porcentajes de uso fuertemente diferenciados en las edades más jóvenes: en las menores de 20 años del Conurbano llega a la mitad del valor que asume en la Capital Federal (45% contra 86%) y es notablemente diverso de los 20 a los 29 años. Desde los 25 hasta los 39 años el rango de uso abarca desde los dos tercios a las tres cuartas partes de las mujeres.

En el resto de las ciudades se verifica el bajo uso de las mujeres más jóvenes, aun inferior al del conurbano de Buenos Aires. La escasa práctica anticonceptiva de las mujeres de Resistencia -40%- convierte a esta ciudad en la de menor nivel de uso. La comprobación es ilustrativa cuando se la compara con un estudio probabilístico de las mujeres más pobres del conurbano de Buenos Aires, que encontró una prevalencia actual del 55% en las casadas y unidas (López, 1995).

Más arriba, al mencionar las descendencias y la fecundidad se aludió a las prácticas sociales que la fundamentan, que pueden resumirse en el valor que se asigna a la constitución temprana de la familia y al tamaño más numeroso de ésta, en el desconocimiento de los métodos para prevenir el embarazo, en la falta de accesibilidad cognitiva, económica o cultural a los servicios de salud ginecológica y en la insuficiencia o carencia de programas de salud que atiendan estos problemas (López y Findling, 1995; López, 1995). Todas estas causas deben estar interactuando en los altos niveles de la fecundidad y su precario control, sobre todo en Resistencia y en Salta, constituyendo la carencia de programas de información y asistencia en este área una faceta de la situación de inequidad en la que viven muchas mujeres.

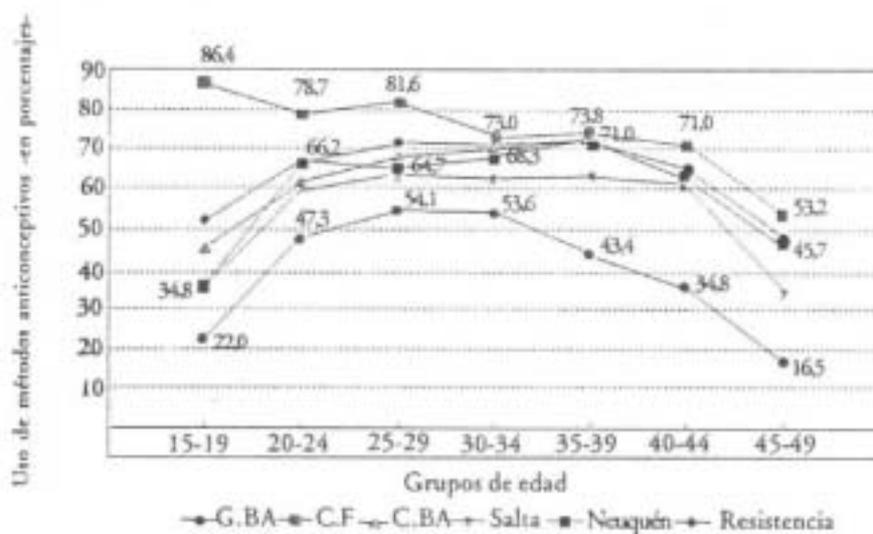
Cuadro 2

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales por aglomerado de residencia según uso actual de métodos anticonceptivos por edad

Edad	CF	CBA	GBA	Salta	Neuquén	Resist.
Total	72,8	62,0	64,9	57,1	61,4	40,4
15-19	86,4	44,6	51,6	35,3	34,8	22,0
20-24	78,7	61,3	65,9	59,7	66,2	47,3
25-29	81,6	67,9	71,6	63,5	64,7	54,1
30-34	73,0	70,3	71,0	62,2	68,3	53,6
35-39	73,8	71,7	72,3	63,1	71,7	43,4
40-44	71,0	62,7	64,9	61,0	62,3	34,8
45-49	53,2	45,2	47,5	34,3	45,7	16,5

Gráfico 2

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales por aglomerado de residencia según uso actual de métodos anticonceptivos por edad



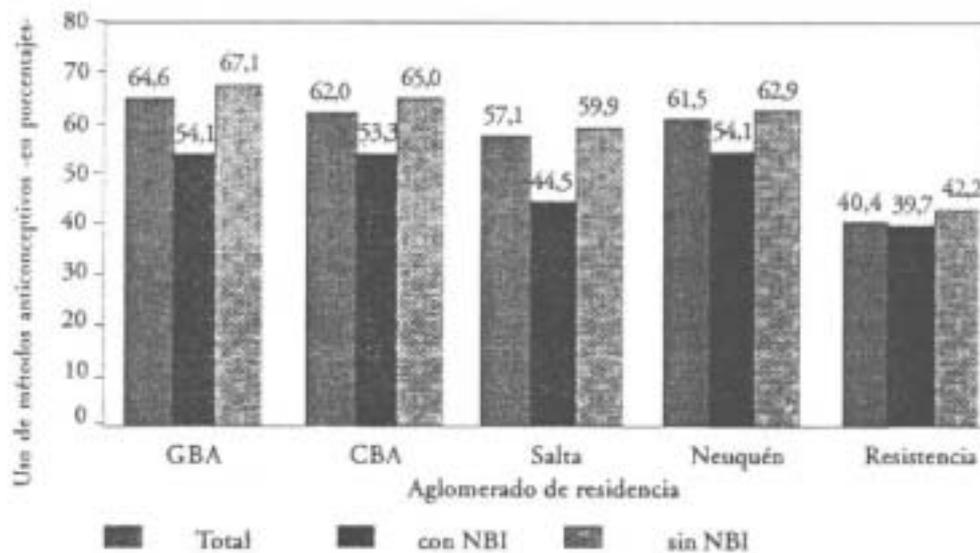
Fuente: Cuadro 2.

El uso por condición de pobreza

El Gráfico 3 muestra las diferencias en la prevalencia de uso de acuerdo a la situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas de los hogares (NBI) donde viven las mujeres, advirtiéndose el mayor uso entre las mujeres no pobres, con diferencias de alrededor de 13 puntos porcentuales en tres de los aglomerados, salvo en Resistencia, donde el bajo uso es bastante homogéneo. El porcentaje de mujeres pobres por NBI difiere en las cuatro ciudades: 20% en el GBA, 19% en Salta, 17% en Neuquén y 36% en Resistencia, lo que ayuda a comprender los valores hallados.

Gráfico 3

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por condición de NBI del hogar y aglomerado de residencia

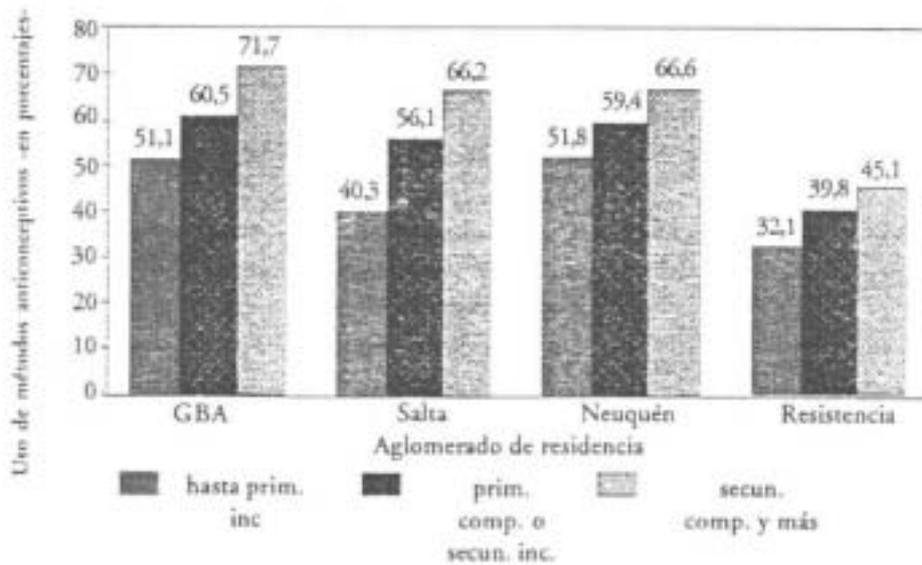


Fuente: Cuadro 2 del Anexo de Cuadros.

El uso por escolaridad

Gráfico 4

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por nivel de escolaridad y aglomerado de residencia



Fuente: Cuadro 3 del Anexo de Cuadros.

El Gráfico 4 permite conocer la desigual distribución del uso (y del acceso?) a los métodos que regulan los nacimientos de acuerdo a la trayectoria escolar de las mujeres. Las que no completaron la educación primaria son las que tienen más edad y un número mayor de hijos (bastante por encima del promedio de la ciudad) como resultado de la falta de práctica anticonceptiva o de su uso inadecuado. Las mujeres con secundaria incompleta suelen ser más jóvenes y están en la etapa de formación de sus familias. En general, salvo en el Gran Buenos Aires (donde el porcentaje de las mujeres con nivel secundario finalizado es importante), el peso relativo de las que no lo completaron determina que el porcentaje de uso total de la ciudad se sitúe muy cerca de los valores de esa categoría.

El uso por estado conyugal

¿Cuál es la relación entre el estado conyugal y el uso de métodos anticonceptivos? Como se expone en el Gráfico 5, las casadas son las mayores adoptantes de los métodos: tienen más

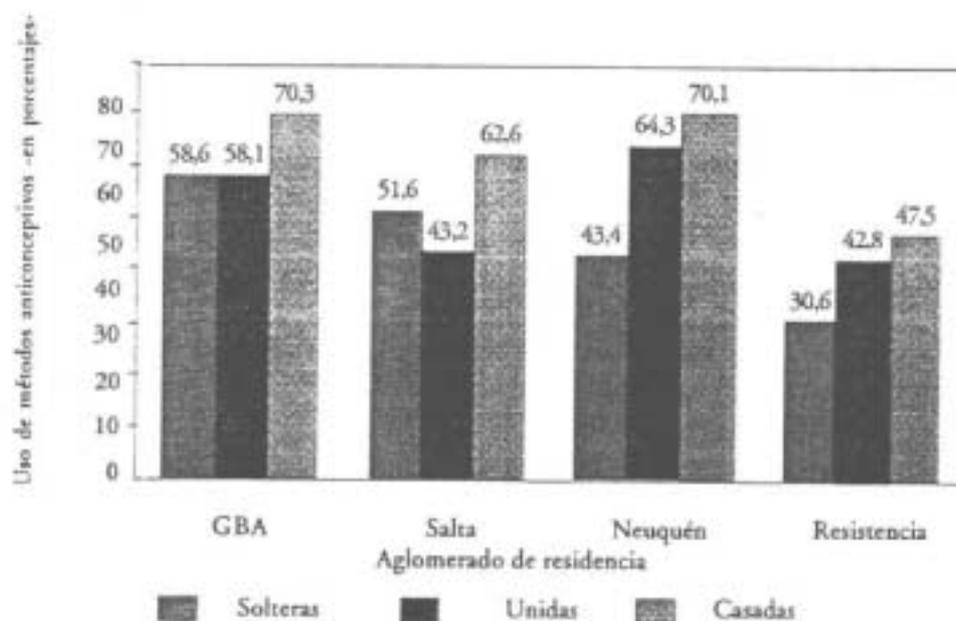
edad que las unidas y solteras y un número de hijos que probablemente consideraran suficiente, lo cual las inclina a limitar el tamaño de su familia. Neuquén y el Gran Buenos Aires muestran el mayor porcentaje de casadas con uso actual (el 70%). En Resistencia menos de la mitad de las casadas ejerce algún control sobre la reproducción.

En cuanto al uso entre las mujeres unidas, la información disponible muestra una prevalencia de casi dos tercios en Neuquén y valores inferiores en las otras ciudades, notándose diferencias de quince puntos entre el Gran Buenos Aires, Salta y Resistencia. Sin tener otros elementos de juicio podría sugerirse una mayor efectividad de los servicios públicos de salud que brindan asistencia en anticoncepción en Neuquén, lo cual se abona con la menor frecuencia observada en la alta paridez en esa ciudad.

Sólo un tercio de las solteras con relaciones sexuales de Resistencia usa anticonceptivos, siguiéndole Neuquén con el 43%, mientras que en el Gran Buenos Aires se ejerce un patrón de uso mucho más elevado, casi el 60%.

Gráfico 5

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por estado conyugal y aglomerado de residencia



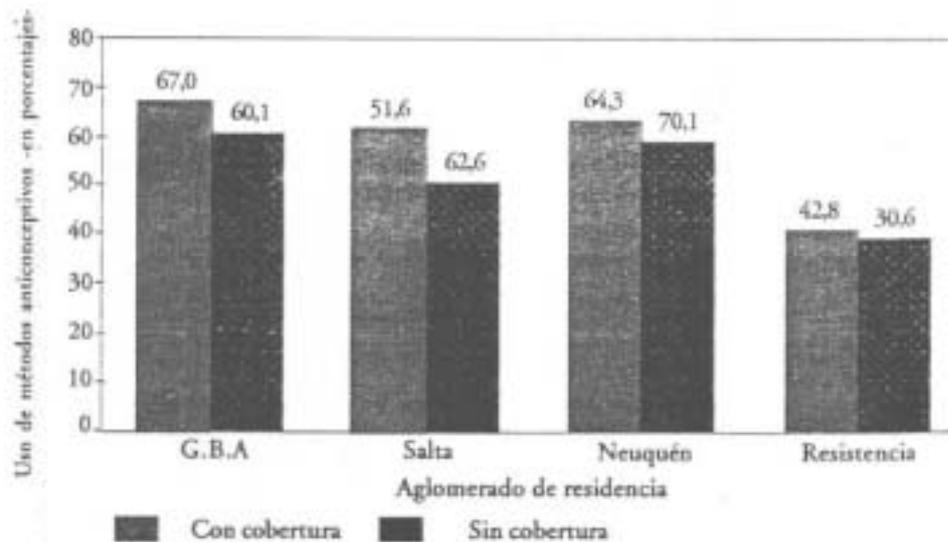
Fuente: Cuadro 4 del Anexo de Cuadros.

El uso por cobertura de salud

En el Gráfico 6 se muestra el efecto de la cobertura de salud sobre el uso actual de anticonceptivos en las distintas ciudades. Parece que la afiliación acompaña, en el caso del Gran Buenos Aires y Salta, porcentajes más elevados de uso actual, aunque es preciso tener en cuenta que la afiliación misma está asociada a factores como la mayor edad, el número más alto de hijos y una situación socio-ocupacional que predispone hacia la planificación de la familia. A la inversa, la afiliación no parece constituir un obstáculo para el uso en Neuquén, atribuible a la mayor cobertura de la población por el sistema de salud. En el caso de Resistencia, como se vio al analizar el uso por condición de pobreza, la diferencia entre las mujeres con o sin cobertura de salud casi no se percibe.

Gráfico 6

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usa actualmente algún método anticonceptivo por condición de cobertura de salud y aglomerado de residencia



Fuente: Cuadro 5 del Anexo de Cuadros.

El uso anterior de anticonceptivos y la práctica sexual en las no usuarias actuales

A las no usuarias actuales se les preguntó si habían usado algún método con anterioridad (Cuadro 3).

Las respuestas se organizaron de diversa manera en las distintas ciudades:

El Gran Buenos Aires, algo más un tercio de mujeres usó anteriormente, un tercio nunca usó y otro tanto no ha tenido prácticas sexuales;

En Salta, menos de un tercio usó y otro tanto nunca practicó la anticoncepción, llegando al 40% las que declararon no tener prácticas sexuales;

En Neuquén, alrededor de un tercio afirmó haber usado y algo más contesta que nunca usó; el porcentaje de las que no han tenido relaciones sexuales desciende al 28%;

Finalmente, en Resistencia se verifica la situación más extrema, con el 43% de no usuarias actuales que nunca utilizó los métodos y el 20% sin relaciones sexuales.

Cuadro 3

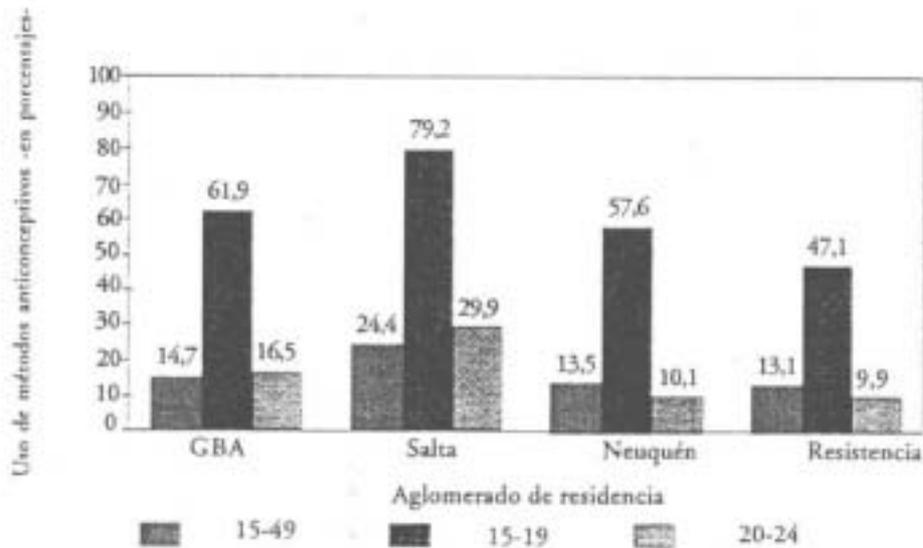
Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 24 años que no usan actualmente anticonceptivos por uso anterior y aglomerado de residencia

Edad	Total	Uso anterior		S/rel. sex
		Si	No	
GBA	100,0	36,9	31,3	31,8
15 a 19	100,0	6,7	15,3	77,9
20 a 24	100,0	22,9	41,4	35,7
Salta	100,0	31,6	29,7	38,7
15 a 19	100,0	5,9	11,1	83,0
20 a 24	100,0	22,2	31,0	46,8
Neuquén	100,0	34,4	37,4	28,2
15 a 19	100,0	5,2	26,0	68,8
20 a 24	100,0	37,4	38,9	23,8
Resistencia	100,0	37,4	42,7	19,9
15 a 19	100,0	5,9	40,3	53,8
20 a 24	100,0	31,3	52,0	16,7

En la búsqueda de mayores elementos para la interpretación, se calculó el porcentaje de mujeres sin relaciones sexuales sobre el total de mujeres de 15 a 24 años. Los resultados se ven en el Gráfico 7.

Gráfico 7

Porcentaje de mujeres sin relaciones sexuales. Total y de 15 a 24 años por aglomerado de residencia



Fuente: Cuadro 6 del Anexo de Cuadros.

Resulta llamativa la alta frecuencia de mujeres sin relaciones sexuales en Salta, casi un cuarto de todas ellas. Las cifras de las otras ciudades son similares entre sí y se ubican entre el 13% y el 15%. En las adolescentes se destaca la precocidad de la práctica sexual en Resistencia, donde más de la mitad la ha iniciado. Valores intermedios y más cercanos entre sí se advierten en Neuquén y el Gran Buenos Aires, situándose Salta en el rango superior, que llega al 80% de las menores de 20 años. Las mujeres de 20 a 24 años sin relaciones sexuales muestran porcentajes mucho más bajos, como era de esperar, aunque las cifras de Salta siguen siendo llamativas, lo cual podría indicar o una respuesta no verdadera por pudor a declarar prácticas distintas a las costumbres tradicionales o una respuesta verdadera y una práctica de las costumbres tradicionales. Sea lo que fuere, es un campo para investigar, que pone en evidencia el menor conflicto entre el ejercicio de la sexualidad y la declaración acerca del mismo en Resistencia, Neuquén o el Gran Buenos Aires.

Los embarazos perdidos

Se preguntó a las mujeres por el número de embarazos tenidos, el número de embarazos perdidos y el número de hijos nacidos vivos.

El porcentaje de embarazos perdidos sobre el total de embarazos fue del 8,9 en Resistencia, 14,6 en Neuquén, 16,3 en el Gran Buenos Aires y 17,4 en Salta. La cercanía de las cifras con los porcentajes esperados de embarazos perdidos, alrededor del 13%, sugiere que se declararon los abortos espontáneos y no se informó sobre los inducidos.

El porcentaje de hijos nacidos vivos sobre el total de embarazos fue del 94,9 en Resistencia, 87,4 en Neuquén, 83,2 en el Gran Buenos Aires y 81,8 en Salta.

El porcentaje de mujeres que no perdió ningún embarazo fue del 78,9 en Resistencia, 74,1 en Neuquén, 69,0 en el Gran Buenos Aires y 64,1 en Salta. El monto de mujeres con cinco o más embarazos fue del 40% en Salta, 35% en Resistencia, 29% en Neuquén y 27% en el Gran Buenos Aires. La alta proporción de mujeres con muchos embarazos en Salta y Resistencia haría esperable un comportamiento similar de las que experimentaron pérdidas, lo que no se verifica.

Los comentarios finales

La intención de este trabajo ha sido mostrar diversas prácticas ligadas a la reproducción de las mujeres argentinas en diferentes contextos. Del análisis precedente surgen algunas líneas que diferencian la manera en la cual las mujeres ejercen la sexualidad, se unen conyugalmente y forman y limitan su descendencia. En términos generales puede decirse que las condiciones materiales de vida configuran el marco explicativo más amplio de las prácticas observadas. Sin embargo, el uso escaso de la anticoncepción en Resistencia, independientemente de los niveles de escolaridad o la práctica más extendida en el Gran Buenos Aires en mujeres pobres, revelan una multitud de significaciones que exceden el mero encuadre socioeconómico, internándose en la esfera del papel que juegan los hijos y la familia dentro de particulares formas de organización familiar, social y productiva; en este enfoque dinámico juega un rol preponderante la oferta de servicios de salud y de asistencia en anticoncepción.

Del material examinado parecen surgir, a título provisorio, cuatro grandes modalidades o perfiles que corresponden a las ciudades en estudio, en el interior de las cuales es dable observar notables diferencias.

En el Gran Buenos Aires se observaron grandes contrastes procedentes de una población muy heterogénea, parte de la cual se caracteriza por haber recorrido todas las etapas de la transición de la fecundidad y alguna otra la está transitando. Menor descendencia, mayor escolaridad, mayor prevalencia en el uso actual de anticonceptivos y mayor legalidad de las uniones son algunos de los rasgos que distinguen la dinámica del Gran Buenos Aires, rasgos

que se acentúan al considerar a la Capital Federal. Estas subpoblaciones, como se dijo al inicio de este trabajo, provienen de historias socioculturales y migratorias diversas y ocupan distintas posiciones en la estructura social.

El caso opuesto se encontró en Resistencia, donde se evidencia un alto nivel de pobreza y fecundidad, baja escolarización, iniciación temprana de las relaciones sexuales, uso escaso de la anticoncepción en distintos estratos de mujeres y mayor inestabilidad de las uniones.

La ciudad de Salta reveló alta fecundidad, niveles de pobreza y escolaridad menores a los de Resistencia, un uso algo mayor de anticonceptivos, menor peso de las uniones sin vínculos legales y una tardía y llamativa práctica sexual, que se acompaña de la mayor frecuencia de mujeres con pérdidas de embarazos, conocimiento que debe ser profundizado.

Por último, Neuquén manifestó situaciones intermedias de fecundidad y uso de anticonceptivos insinuando el peso favorable de los servicios públicos de salud. Se situó entre las ciudades del norte argentino y el Gran Buenos Aires en los indicadores mencionados, pero acompañó a Resistencia en la importancia de las uniones no legales y en la precocidad de las iniciaciones sexuales.

En conclusión, existen en la Argentina realidades sociodemográficas y culturales extremadamente diversas y necesidades de salud y derechos largamente postergados. La preponderancia de la población que reside en la región pampeana (también con grandes disparidades en sus niveles de vida), que influye de manera decisiva en los indicadores sociodemográficos nacionales, no debe hacer perder de vista la multiplicidad de factores dinámicos que se traducen en aspectos tan centrales en la vida de la gente como el amor, la sexualidad y la procreación.

Referencia bibliográfica

- Federovisky, S.: "Córdoba. Rige una ordenanza sobre Planificación Familiar. Educación sexual en el aula", *Clarín*, 26 de agosto de 1996.
- INDEC: *Situación y evolución social*, Buenos Aires, 1995.
- INDEC: *Censo Nacional de Población y Vivienda 1991*, Buenos Aires, 1994.
- López, E.: "Fecundidad y práctica anticonceptiva en el Conurbano de Buenos Aires: nuevos datos, nuevos interrogantes", en *Segundas Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Buenos Aires, Honorable Senado de la Nación, 1995.
- López, E.: "Infancia y condiciones de vida", *Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales. Aglomerado de Resistencia*, Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, Secretaría de Programación Económica, *Documento de Trabajo 2/96*, 1996, 1995.
- López, E.: "Notas para la discusión de aspectos de la salud reproductiva" en A. L. Kornblit (comp.), *Ciencias sociales y medicina. La salud en Latinoamérica*, Buenos Aires, Instituto de Investigaciones, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 1994.
- López, E. y Findling, L.: "Valoraciones sobre la familia y la salud en mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires", *Jornadas de Aportes de la Universidad a los Estudios de la Mujer*, Buenos Aires, Ministerio de Cultura y Educación de la Nación y Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, 1995.
- López, E. y Margulis, M.: "Aproximación sociocultural al estudio de la salud reproductiva: mujeres y servicios de salud", Informe final de investigación de UBACyT, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Inédito, 1995.
- López, E. y Tamargo, M. del C.: "La salud de la mujer", en *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, Buenos Aires, INDEC, 1995.
- Marconi, E.: "Use of Vital Statistics in Programmes for the Prevention of Maternal Deaths", *Seminario sobre Causas y Prevención de la Mortalidad de los Adultos en los Países en Desarrollo*, Santiago, Celade, IUSSP, OPS, 1991.
- Ministerio de Salud y Acción Social, OPS/OMS: *Estudio de la mortalidad materna. Análisis del subregistro de las muertes maternas en Capital Federal*, Buenos Aires, 1989.
- Ministerio de Salud y Acción Social: *Plan Nacional de Acción en Favor de la Madre y el Niño*, Buenos Aires, 1993.
- Ministerio de Salud y Acción Social: *Programa Nacional de Estadísticas de Salud*, 1995.
- Mora, G. y Yunes, J.: "Mortalidad materna: una tragedia ignorada", en E. Gómez (ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1993.
- Pantelides, E. A.: "La fecundidad argentina desde mediados del Siglo XX", *Cuadernos del CENEP*, N° 41, Buenos Aires, 1989.

- Pantelides, E. A.: "Notas respecto a la posible influencia de la inmigración europea sobre la fecundidad en la Argentina", *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, 1 (3), Buenos Aires, 1986.
- Prada, E.: "Planificación familiar en América Latina", Ponencia presentada en la Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe, Santa Lucía, 1992.
- Pzeworski, A.: "Teoría sociológica y el estudio de la población: reflexiones sobre el trabajo de la Comisión de Población y Desarrollo de CLACSO", en *Reflexiones teórico-metodológicas sobre investigaciones en población*, México, El Colegio de México, 1982.

ANEXO DE CUADROS

Cuadro 1

Número medio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 40 a 44 años por nivel de escolaridad y aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Nivel de escolaridad		
		Primaria incompleta	P. comp. o sec. incomp.	Sec. comp. o más
GBA	2,8	4,0	3,0	2,1
Salta	3,4	4,2	3,9	2,9
Neuquén	3,3	4,2	3,1	2,9
Resistencia	3,6	4,8	3,4	2,8

Cuadro 2

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por condición de NBI del hogar y aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Con NBI	Sin NBI
Gran Buenos Aires	64,6	54,1	67,1
Conurbano de Bs. As.	62,0	53,3	65,0
Salta	57,1	44,5	59,9
Neuquén	61,5	54,1	62,9
Resistencia	40,4	39,7	42,2

Cuadro 3

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por nivel de escolaridad y aglomerado de residencia

Aglomerado	Total	Nivel de escolaridad		
		Primaria incompleta	P. comp. o sec. incomp.	Sec. comp. o más
GBA	64,9	51,1	60,5	71,7
Salta	57,1	40,3	56,1	66,2
Neuquén	61,4	51,8	59,4	66,6
Resistencia	40,4	32,1	39,8	45,1

Cuadro 4

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por estado conyugal y aglomerado de residencia

Usan	Total	Estado conyugal				
		Soltera	Unida	Casada	Sep/div	Viuda
GBA	64,7	58,6	58,1	70,3	51,9	26,8
Salta	57,1	51,6	43,2	62,6	37,9	62,5
Neuquén	61,4	43,4	64,3	70,1	63,8	12,2
Resistencia	40,4	30,6	42,8	47,5	28,7	-

Cuadro 5

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usa actualmente algún método anticonceptivo por condición de cobertura de salud y aglomerado de residencia

Aglomerado	Cobertura de salud	
	Con	Sin
Gran Buenos Aires	67,0	60,1
Salta	61,3	50,0
Neuquén	63,0	59,0
Resistencia	41,2	39,3

Cuadro 6

Porcentaje de mujeres sin relaciones sexuales. Total y de 15 a 24 años por aglomerado de residencia

Edad	GBA	Salta	Neuquén	Resistencia
Total	14,7	24,4	13,5	13,1
15 a 19	61,9	79,2	57,6	47,1
20 a 24	16,5	29,9	10,1	9,9

PUBLICACIÓN N° 7:

**LA SALUD DE LAS MUJERES EN LA ARGENTINA: PROCREACIÓN Y
DESIGUALDAD**



Mujeres en los '90

volumen II

escenarios y
desafíos

CENTRO MUNICIPAL DE LA MUJER DE...

Editoras:

Marcela V. Rodríguez

Diana L. Staubli

Patricia Laura Gómez

Diseño Gráfico:

Bordó

Ilustración:

Miriam Luchetto

© 1998

Centro Municipal de la Mujer de Vicente López
Acassuso 1752, (1636) Olivos - Pcia de Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: cmmujer@act.net.ar

ISBN (volumen II): 987-96271-1-3

ISBN (Obra completa): 987-96271-2-1

Impreso en Argentina

Reservados todos los derechos. Este libro no puede reproducirse, total o parcialmente, por ningún método gráfico, electrónico, mecánico y/o informático, incluyendo los sistemas de fotocopias, registro magnetofónico, o de alimentación de datos, sin expreso consentimiento del Centro Municipal de la Mujer de Vicente López.

Las opiniones expresadas por las autoras son de su exclusiva responsabilidad. El Centro Municipal de la Mujer de Vicente López no se identifica necesariamente con sus contenidos.

Índice

Presentación

Marcela V. Rodríguez y Diana L. Staubli 5

Capítulo 1

EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

La nueva Ley Federal de Educación:
Una mirada desde el género

Mónica García Frinchaboy 23

La construcción de la ciudadanía
desde el género. Un aporte de la educación

Alicia Norma Vila 43

Género y ciencia en Argentina

Diana Helena Maffia 61

Bibliografía 81

Capítulo 2

MERCADO, ORGANIZACIONES Y MODELO ECONÓMICO

La mujer y la economía
(Plataforma de Acción de Beijing)

IV Conferencia Mundial sobre la Mujer 85

La participación de las mujeres en las
organizaciones económicas en la Argentina
de los últimos años

Lidia Heller 111

Del trabajo a la casa ... a seguir trabajando. La discriminación por género frente a los cambios en el mercado de trabajo Rubén M. Lo Vuolo y Laura C. Pautassi	137
Bibliografía	161
 Capítulo 3	
DESARROLLO Y GESTIÓN LOCAL	
Desarrollo y gestión local desde una perspectiva de género Patricia Laura Gómez	169
Género y medio ambiente: ¿De qué sostenibilidad hablamos? Silvia Vega Ugalde	185
Desarrollo humano sostenible y la relación Género - Ambiente María Onestini	205
Bibliografía	225
 Capítulo 4	
SALUD	
Un análisis con perspectiva de género de la Salud Mental en la Argentina. Los espacios académicos y sociales de la Salud/Enfermedad Mental Cristina Ravazzola	231
La salud de las mujeres en la Argentina: procreación y desigualdad Elsa López	241
Aproximación al análisis del impacto de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en las mujeres argentinas Leonor Elina Nuñez	267
Bibliografía	293

La salud de las mujeres en la Argentina: procreación y desigualdad

Elsa López *

Introducción

La salud de las mujeres se ha identificado por largo tiempo con el cuidado de embarazos y partos, y los intentos por superar ese marco tan arraigado son relativamente recientes. En esa dirección, se han ampliado los temas a incluir en la salud de las mujeres atendiendo a las diferentes etapas de la vida:

- a) la prevención y el tratamiento de la salud ginecológica y mamaria, ya sea de las enfermedades degenerativas o de las infecciosas, incluyendo las de transmisión sexual, la menopausia y la posmenopausia; y
- b) la que atañe a la sexualidad y la reproducción en sus aspectos preventivos, curativos y educativos. En estos temas se ha promovido el estudio del rol de los varones como campo de interés.

Desde esta perspectiva, los objetivos a lograr en la salud femenina son:

- a) la reducción de las enfermedades evitables, incapacidades, sufrimiento, miedo, vergüenza y muerte que se asocian con la sexualidad, la reproducción y la posreproducción;
- b) la regulación segura y efectiva de la fecundidad;
- c) el derecho a criar hijos/as sanos/as cuando se decida tenerlos/as;

* Instituto Gimn Germani Universidad de Buenos Aires.

- d) la prevención y el tratamiento de la patología ginecológica y mamaria;
- e) la reducción de la incidencia de la osteoporosis, la artritis y los trastornos depresivos, que cobran mayor protagonismo en los años posreproductivos (López, 1994; Gogna, Ramos y Romero, 1997).

La situación de la salud de las mujeres en la Argentina es contradictoria. Mientras la esperanza de vida al nacimiento muestra ventajas al compararse con muchos países de la región, la mortalidad materna sigue siendo inusualmente alta. La esperanza de vida se estimó, en el primer quinquenio de 1990, en 75.7 años para las mujeres y 68.6 años para los varones, una diferencia de 7 años a favor de las primeras. En Costa Rica la situación era aún más ventajosa (79 años para las mujeres y 74 para los varones), mientras que la de Bolivia fue la más deteriorada del continente (60 años para las mujeres y 57 para los varones). Los datos mencionados revelan grandes diferencias entre mujeres y varones y distancias abismales entre las mujeres costarricenses y sus congéneres bolivianas (Valdés y Gomariz, 1995).

En lo que respecta a la mortalidad materna argentina, la tasa fue de 46 mujeres fallecidas por cada cien mil nacidos vivos en 1993, aunque el nivel podría ser mayor dada la subenumeración de las muertes debidas al embarazo, parto y posparto. Esta situación, ya documentada en otros estudios, se debe a una clasificación incorrecta de las causas de muerte que se registran como ajenas al hecho reproductivo, a lo que se suma el desconocimiento de la magnitud de las muertes que ocurren fuera de las instituciones de salud, en zonas rurales o poco urbanizadas (Ministerio de Salud y Acción Social, 1989; Vinacur et al, 1992; INDEC, 1995). La Argentina se ubica desfavorablemente en relación a Cuba, Uruguay, Costa Rica y Chile, y supera aproximadamente diez veces la vigente en Canadá o los Estados Unidos —4 y 6.5 mujeres fallecidas por cada cien mil nacidos vivos, respectivamente— (Valdés y Gomariz, 1995).

Las causas principales de las muertes maternas en la Argentina han cambiado en los últimos años. Hasta 1991, el aborto inducido

constituyó la más importante, llegando a concentrar la tercera parte de las muertes. Algo similar ocurría en Chile, Uruguay y algunas naciones del Caribe (Prada, 1992). A partir de 1992, las causas más importante de la mortalidad materna en la Argentina son las obstétricas directas: complicaciones del parto y del puerperio excluyendo las hemorragias y toxemias (Ministerio de Salud y Acción Social, 1995 a). En la interpretación de los cambios ocurridos se ha destacado el exceso de prácticas médicas como la cesárea, que se realiza principalmente en clínicas privadas de la Argentina, el Brasil (el 34% de todos los partos) y Chile (el 27%), contra el 17% en Costa Rica según datos de 1990 (Marconi, 1991; Mora y Yunes, 1993; Valdés y Gomariz, 1995).

Las causas obstétricas directas están en estrecha conexión con la cobertura y la calidad de los servicios de salud y con la atención del embarazo, el parto y el posparto. La salud de las mujeres mejorará en la medida en que se realicen controles y tratamientos adecuados de estos procesos, que pesan de manera preponderante en la probabilidad de tener hijos/as sanos. La atención adecuada de todos los embarazos influirá decisivamente en la reducción de la mortalidad materna. Aunque los embarazos y los partos son hechos fisiológicos normales, suponen riesgos que es importante prevenir, detectar y enfrentar de manera precoz, antes de que las complicaciones se conviertan en emergencias que amenacen la vida de mujeres y niños. Estudios recientes muestran que las complicaciones obstétricas no sólo son impredecibles sino también imprevisibles, por lo cual la estrategia para evitar las muertes maternas es tratarlas en forma rápida y adecuada (Maine et al, 1995). Las nuevas orientaciones en cuidados del embarazo y el parto cuestionan el enfoque tradicional de riesgo, porque éste focaliza la atención en mujeres de alto riesgo descuidando a la mayoría. Al parecer, los factores de riesgo son insuficientes para predecir las graves situaciones que llevan a morbilidad y a la muerte (Winicoff, 1995). En la búsqueda de una mayor equidad, la maternidad es un derecho a ser ejercido con un mínimo de riesgos.

El cuidado prenatal durante el embarazo asegura la detección temprana y el manejo de las complicaciones, la inmunización contra el tétanos, la detección de la preeclampsia y la eclampsia¹, el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y otras infecciosas, así como la detección y el tratamiento de los desórdenes hipertensivos. También se ha asociado el uso adecuado del control prenatal con la mejora del peso del niño al nacer y con la disminución de los nacimientos prematuros. Diversos trabajos han mostrado la potenciación de los efectos beneficiosos del cuidado prenatal entre las mujeres en situaciones socioeconómicas desventajosas (Greenberg, 1983; Moore et al, 1986; Mc Laughlin et al, 1992).

Otra situación que afecta gravemente la salud de las mujeres es la que ocurre cuando se produce un embarazo inoportuno, una de cuyas consecuencias, el aborto inducido, es una causa importante en la estructura de la mortalidad materna. La práctica del aborto está penada por la ley y el acceso a ella depende de las posibilidades de pagar por ese servicio, lo cual lleva a situaciones donde se lo practica con un riesgo mínimo para la salud de las mujeres y otras donde sucede estrictamente lo contrario. Los embarazos inoportunos tienen como una de sus principales causas la ausencia de uso de métodos anticonceptivos o su inadecuada utilización.

Garantizar el acceso a la anticoncepción segura y efectiva y a los servicios públicos de salud que informen sobre ella y provean los métodos para hacerla efectiva, es un paso esencial para mejorar las condiciones de salud de las mujeres y para ejercer efectivamente la ciudadanía.

En embarazos y nacimientos intervienen complejos procesos ligados a la formación de las parejas y las familias, la expresión de la sexualidad, los parentescos y alianzas, el control de la propiedad y las relaciones entre varones y mujeres. Familias, religiones y Estados se han encargado de regular y normar estos aspectos. El control sobre la

1 N de E.: la eclampsia es una enfermedad convulsiva que a veces padecen las mujeres que acaban de dar a luz.

capacidad reproductiva fue, y sigue siendo, un factor clave en las decisiones sobre las descendencias, habiéndose manifestado históricamente –de manera visible o encubierta– mediante la anticoncepción o el aborto.

La potencialidad de las mujeres para reproducir la especie y la maternidad constituyen en casi todas las culturas, un factor importantísimo que otorga sentido a sus vidas ya sea como origen de satisfacción emocional, de prestigio y poder, o de supervivencia económica. La maternidad se ha visto también como fuente de opresión y acatamiento a las normas sociales que impiden o dificultan el acceso de las mujeres a los ámbitos extradomésticos como el laboral, el político o el comunitario.

En este artículo se busca mostrar información reciente sobre la salud de las mujeres en algunas ciudades de la Argentina, tratando de vincularla con sus condiciones de vida. Los datos provienen de un Módulo Especial de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que se aplicó en mayo de 1994. Este módulo se propuso obtener un punto de partida sobre la salud de las mujeres de 15 a 49 años y de los/as niños/as de 0 a 5 años para permitir la observación de la situación de salud hasta el año 2000. Uno de los objetivos del Módulo fue controlar el cumplimiento de las metas sociales contenidas en la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, concretadas en el país como el Plan Nacional de Acción en favor de la Madre y el Niño (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1993 a). Las metas de salud de las mujeres establecidas por el Plan para el año 2000 fueron:

1. Disminuir la mortalidad materna a menos del 40 mujeres fallecidas por cada cien mil nacidos vivos;
2. Lograr una cobertura con vacuna antitetánica del 90% de las embarazadas;
3. Controlar el embarazo desde los primeros meses de gestación con un mínimo de 5 controles;

4. Asegurar, como mínimo, un control posparto a la mujer, y
5. Desarrollar e implementar Programas de Procreación Responsable en todas las jurisdicciones de acuerdo con el sistema de valores vigente.

En la encuesta que, como la EPH, se realiza en los domicilios de las encuestadas, se preguntó a las mujeres sobre la afiliación a sistemas de salud, atención de la salud gineco-obstétrica, fecundidad y métodos anticonceptivos. A las que habían tenido hijos/as nacidos/as vivos/as durante los tres años anteriores a la encuesta, se les indagó acerca de los cuidados prenatales y la atención del parto. Los resultados que se presentan en este artículo se refieren a cuatro de los trece aglomerados urbanos donde se aplicó el Módulo: el Gran Buenos Aires (la Ciudad de Buenos Aires más el Conurbano Bonaerense), Salta, Neuquén y Resistencia.

El trabajo se propone mostrar facetas poco conocidas de la reproducción en la Argentina, especialmente las relativas a la fecundidad y la anticoncepción ligadas a las condiciones de vida de las mujeres, como la condición de pobreza o la educación. No ha sido posible conocer el tipo de métodos anticonceptivos utilizados por las usuarias debido al diseño incorrecto del cuestionario utilizado. Sin embargo, los datos sobre prevalencia en el uso de los métodos constituyen aportes sustantivos en la búsqueda de una mayor equidad en la salud reproductiva, teniendo en cuenta que:

- a) existen grandes diferencias en el número de hijos/as tenidos/as por las mujeres argentinas según estrato socioeconómico y lugar de residencia;
- b) la falta de información referida a la prevalencia de uso de anticonceptivos en el país, se debe a que no se ha realizado ninguna de las encuestas mundiales o regionales que estudiaron estos fenómenos;
- c) la precariedad de los programas de salud de las mujeres dirigidos a promover la salud reproductiva en los aspectos de anticoncepción.

En la Ciudad de Buenos Aires existe desde mediados de los años '80, un Programa de Procreación Responsable aunque el mismo cuenta con recursos limitados. En la provincia del Chaco se aprobó en 1996 una Ley de Salud Reproductiva que prevé el asesoramiento y la provisión gratuita de métodos anticonceptivos en los servicios de salud pública; aunque resulta prematuro evaluar la cobertura y calidad de los servicios. En el mismo período, en Córdoba se aprobó una ley de similares características que fue vetada por el gobernador Ramón Mestre. A nivel nacional, el juego de poderes que se ejerce sobre el Poder Legislativo ha impedido hasta la fecha la promulgación de la ley de Salud Reproductiva. Los vetos y la no promulgación de la ley se atribuyen a las presiones de la jerarquía católica. Adicionalmente, existe en la provincia de La Pampa una ley de Procreación Responsable para la distribución de métodos anticonceptivos, aunque no dispone de financiamiento. Finalmente, y mientras se escribía este artículo, la provincia del Neuquén aprobó una ley que contempla la provisión gratuita de métodos anticonceptivos reversibles de acuerdo con las preferencias de las mujeres y a las indicaciones de los profesionales (pastillas, dispositivo intrauterino, óvulos, jaleas) en los servicios públicos de salud y en la Obra Social de los Trabajadores de la Provincia (Clarín, 1997).

El trabajo se ha organizado en torno a dos subconjuntos de mujeres:

1. La totalidad de las que tienen entre 15 a 49 años, independientemente de su condición de maternidad. Se analiza la cobertura de salud, la consulta ginecológica del último año, la fecundidad y la prevalencia actual en el uso de métodos anticonceptivos.
2. Las madres recientes, con hijos/as nacidos/as vivos/as en los últimos tres años. Se describen aspectos referidos al número de controles prenatales, al mes del primer control, al tipo de parto y a la vacunación antitetánica.

Las razones para elegir las cuatro ciudades

Con la elección de las cuatro ciudades mencionadas se ha buscado ilustrar distintas realidades de las condiciones de vida y de salud de las mujeres de la Argentina; también se intenta reflexionar sobre las razones de las coincidencias o divergencias de los resultados obtenidos y sus consecuencias en el ámbito de la salud.

El Gran Buenos Aires (GBA) es el mayor aglomerado urbano del país y concentra un tercio de la población de la Argentina. Está compuesto por la Ciudad de Buenos Aires, donde viven casi tres millones de personas, y el Conurbano Bonaerense (CBA), con una población de ocho millones (INDEC, 1994). La dinámica sociodemográfica de la zona expresa diferentes niveles de bienestar, con mejores estándares habitacionales y de educación y menores niveles de fecundidad en la Ciudad de Buenos Aires.

Podría decirse que en el Gran Buenos Aires conviven dos grandes conjuntos socioculturales; en cada uno de ellos la dinámica de la fecundidad se corresponde con ciertas características sociales:

1. Una fecundidad elevada asociada a ciertos rasgos:

- a) mayor incidencia de la pobreza, predominio de asalariados, cuentapropistas de bajos ingresos y desocupados, bajo nivel de escolaridad, familias numerosas;
- b) residencia en barrios semiurbanizados del conurbano, viviendas más precarias y alejadas de los centros residenciales o comerciales del medio urbano;
- c) familias originadas en migraciones (recientes o relativamente antiguas) del interior del país o de los países limítrofes; este rasgo alude al origen migratorio de la familia, por lo cual no se excluye que muchos de sus miembros sean nativos (y no pueda explorarse el carácter migrante en la cédula censal) con un peso cultural importante de los migrantes originarios. Como las migraciones internas comenzaron a manifestarse masivamente a partir de 1930 y alcanzaron su máximo

nivel en las décadas siguientes, los migrantes de muchas familias han sido los padres o los abuelos.

2. Una fecundidad baja o moderada que se asocia a algunos aspectos:

- a) pertenencia a la clase media o alta, situación ocupacional y de ingresos más desahogada, niveles educativos más elevados, familias más pequeñas;
- b) residencia en la Ciudad de Buenos Aires o en zonas residenciales del Conurbano Bonaerense, ocupación de los territorios centrales de la ciudad y de muchas localidades suburbanas, mejores condiciones de las viviendas;
- c) familias originadas en migraciones de origen europeo.

Estos conjuntos organizados en torno a atributos opuestos, configuran el núcleo de grupos sociales que componen el grueso de la población del Gran Buenos Aires. Si bien es cierto que podrían realizarse clasificaciones más sutiles y las dicotomías simplifican la realidad social, esta clasificación parece útil ya que se busca encontrar sentidos en los comportamientos reproductivos, la maternidad, la anticoncepción y la familia numerosa, rastreando su significación en el contexto de los procesos culturales, económico-sociales e históricos en que estos hechos se producen y manifiestan. El trazado de dos grandes grupos configura, a grandes rasgos, alternativas culturales diferentes. Es en esos contextos que cobran sentido los intentos de explicación de la reproducción humana (López y Margulis, 1995).

Las preferencias por un determinado número de hijos/as, los patrones de vínculo sexual y conyugal y, en general, los aspectos ligados a la formación de la familia se hallan inmersos en la trama del tejido sociocultural; la trama se modifica a través del tiempo y depende principalmente del estadio del ciclo de vida de la familia, de las situaciones coyunturales del empleo, de la relación de la pareja y de las oportunidades educacionales y de las políticas (López y Margulis,

1995). También se conecta estrechamente con la socialización de la cohorte, que afecta la orientación de los valores. Cada cohorte es socializada en condiciones históricas específicas por un conjunto de padres, pares e instituciones, todo lo cual desemboca en un mapa de preferencias u opciones (Przeworski, 1982).

La sociedad argentina imprimió sus preferencias demográficas entre la segunda década de este siglo y los años '30; en ese proceso la inmigración europea y la urbanización creciente desempeñaron un importante papel (Pantelides, 1986 y 1989). Mientras tanto, algunas de las provincias conservaron un tipo de comportamiento más tradicional, con patrones reproductivos prolíficos.

Las ciudades de Salta y Resistencia se caracterizan por una alta fecundidad y bajos niveles socioeconómicos: algo menos de la mitad de los habitantes se benefician de sistemas de cobertura de salud, contra cerca de tres cuartos en el Gran Buenos Aires. La posición de la provincia del Neuquén es intermedia (INDEC, 1994)².

¿Cómo son las mujeres en estudio?

La composición por edades y el estado conyugal

Un rasgo diferencial de las mujeres de los cuatro aglomerados urbanos es la estructura más envejecida del Gran Buenos Aires y la más joven de Resistencia, consecuencia de los niveles moderados o bajos de la fecundidad de la primera ciudad y de los índices más elevados de la segunda. En Neuquén existen proporciones importantes de población joven y mayor, resultado probable de las corrientes migratorias sobre las que se ha basado el crecimiento demográfico de la zona. Podría pensarse en un contingente abultado de migrantes con

2 Un elemento que estuvo presente en la decisión de incluir a Neuquén en esta comparación se refiere a las características del modelo de atención de la salud que prevalece en ese aglomerado y que se expresa en la fuerte presencia del primer nivel de atención de la salud en la ciudad de Neuquén -la unidad sanitaria-. Este hallazgo es consistente con el desarrollo que ha experimentado el primer nivel de atención en toda la provincia, característico de una modalidad de organización que ha obtenido respuestas positivas a la oferta de servicios por parte de la población (López y Tamargo, 1995).

alta fecundidad y sus hijas en las dos generaciones extremas.

Resistencia y Salta se caracterizan por tener los menores porcentajes de mujeres casadas y una alta proporción de solteras, entre las cuales sobresalen las mayores de 35 años: entre esa edad y los 49 años, entre un 25% y un 30% de las mujeres de Resistencia se declara sin unión conyugal (soltera, separada, divorciada o viuda). Esta ciudad y Neuquén, conservando la tendencia observada en el nivel provincial, son las ciudades con mayor proporción de uniones consensuales en este estudio.

La afiliación a sistemas de salud

Dos de cada tres mujeres del Gran Buenos Aires están afiliadas a sistemas de salud, bajando esta cifra al 60% en Salta, Neuquén y Resistencia. Se pudo observar también un patrón uniforme de cobertura por edad en todas las ciudades: las menores de 30 años no alcanzan al promedio y a partir de esa edad se sitúan por encima de éste. La mayor regularidad en el empleo, sea el de las mismas mujeres o el de sus cónyuges o padres, podría explicar este comportamiento. También en todas las ciudades la cobertura de salud aparece netamente diferenciada, favoreciendo a las mujeres no pobres³.

La consulta ginecológica

La consulta ginecológica, factor preponderante en la prevención de las afecciones génito-mamarias, fue también examinada. Los datos mostraron que el 56% de las mujeres en edades fértiles del Gran Buenos Aires efectuó alguna consulta ginecológica durante el año anterior a la encuesta, 55% en Neuquén, 48% en Resistencia y 45% en Salta. Se comprobaron diferencias en el porcentaje de las mujeres que consultaron según el nivel socioeconómico de sus hogares, diferencias que señalan una distribución iniquitativa de la prevención de la salud.

La consulta ginecológica según la edad mostró que el porcentaje de consultantes va en aumento hasta los 34 años y luego decrece. Esta

³ En este trabajo se utiliza el criterio de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI).

situación sigue un patrón similar en el conjunto de las ciudades y estaría indicando que las mujeres consultan al ginecólogo/a en los períodos en que acuden por embarazos o por controles de la salud de sus hijos/as. Esto es una llamada de atención sobre la insuficiente prevención en las mujeres mayores, que afrontan riesgos crecientes de patología génito-mamaria.

La fecundidad

La cantidad de hijos/as señala pautas diferenciales para las cuatro ciudades, en las cuales aparece un patrón de maternidad más tardía, más legal y menos prolífica en el Gran Buenos Aires. En el extremo opuesto se encuentra Resistencia, con maternidades más tempranas y un número elevado de hijos/as desde los 25 años (López, 1996). Salta se asemeja al modelo de Resistencia y hay que recordar que en ambas ciudades existe una fuerte presencia de las uniones consensuales y de mujeres sin pareja con hijos/as en el momento de realizarse la encuesta. Neuquén se aleja algo de este modelo, aunque prevalece también en esta ciudad un patrón de maternidad temprana y de alta paridez.

En estudios cualitativos recientes que indagaron sobre la maternidad y la formación de la familia en mujeres de los estratos socioeconómicos medios y populares del Gran Buenos Aires (López y Margulis, 1995; López y Findling, 1997) aparece la fuerza de los mandatos sociales fuertemente enraizados que llevan a la formación de las familias y a la maternidad. Un aspecto importante para comprender prácticas y valores es el origen de las entrevistadas o de sus familias. Se tornan evidentes ciertas pautas culturales distintivas según la procedencia familiar. En las entrevistadas de clase media se observaron influencias del origen migratorio familiar (en su mayoría europeo –italianos o españoles–) que ha significado una estimulación familiar hacia la valoración del trabajo y la educación como vehículo de ascenso económico, social y de realización personal. Las expectativas de las mujeres más pobres, en cambio, se expresaron de manera más modesta, aludiendo a la armonía dentro del hogar y a la existencia de trabajo.

Otro elemento a considerar es el tamaño de la familia de origen. Aunque las mujeres de clase media reconocen ciertas ventajas a las familias numerosas, en sus decisiones reproductivas privilegian otras realizaciones personales. En todas sus decisiones tiene un peso importante el tener un número "manejable" de hijos/as, social y económicamente. En cambio en el sector más pobre, proveniente generalmente de familias numerosas del interior de la Argentina o de países limítrofes, se sigue otorgando valor a las familias grandes (López y Findling, 1995 y 1997).

Cuadro 1

Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por número de hijos/as nacidos vivos según edad y ciudad de residencia

HIJOS/AS NACIDOS VIVOS Y CIUDADES	GRUPOS DE EDAD		
	15 a 24	25 a 34	35 a 49
<i>Gran Buenos Aires Total</i>	100.0	100.0	100.0
0 hijos/as	61.9	30.6	13.2
1 a 3	17.1	58.8	67.9
4 o más	1.0	10.6	18.9
<i>Salta Total</i>	100.0	100.0	100.0
0 hijos/as	76.9	23.7	8.0
1 a 3	22.5	59.3	56.4
4 o más	0.6	16.9	35.6
<i>Neuquén Total</i>	100.0	100.0	100.0
0 hijos/as	72.0	21.3	7.8
1 a 3	26.8	63.6	64.6
4 o más	1.2	15.1	27.6
<i>Resistencia Total</i>	100.0	100.0	100.0
0 hijos/as	72.5	25.0	10.5
1 a 3	25.3	54.5	56.2
4 o más	2.2	20.5	33.3

Fuente: Módulo de Metas Sociales, EPH, 1994. Elaboración propia.

Los datos parecen señalar un ejercicio más temprano de la maternidad en Salta, Resistencia y Neuquén, resaltando que en el Gran Buenos Aires las jóvenes sin hijos/as superan el 80%. En las edades mayores de la vida fértil, también el Gran Buenos Aires sobresale como la ciudad en la cual existe mayor cantidad de mujeres sin hijos/as y con descendencias moderadas (uno a tres). En oposición, una tercera parte de las mujeres tiene cuatro hijos/as o más en Salta y en Resistencia y una de cada cuatro en Neuquén. La comprobación de una menor proporción de mujeres sin hijos/as en Salta, Neuquén o Resistencia confiere solidez a la proposición que vincula la frecuencia de los nacimientos con dimensiones sociales y culturales más que con las de orden biológico.

El número de hijos/as por escolaridad

El nivel de escolaridad de la mujer es un factor importante en la explicación de los nexos entre reproducción y cuidado de la salud, ya que constituye un atributo de las personas muy relacionado con los aspectos preventivos. Aunque la clasificación socioeconómica de los hogares –como la condición de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI)– permite identificar grupos con mayor o menor vulnerabilidad, la edad y la escolaridad de las mujeres define ese objetivo de manera más adecuada, porque en el mismo hogar, seguramente la más joven habrá alcanzado una educación más avanzada, lo cual provoca efectos positivos en su salud personal y familiar. Junto a la edad y a la educación, las distintas generaciones marcan los rasgos que distinguen a las personas según la época en la que han pasado por las transiciones más importantes de la vida (López y Tamargo, 1995; López y Findling, 1995; López, 1995)⁴.

4 Con respecto a la escolaridad de las mujeres de las cuatro ciudades, Resistencia tiene la situación más desfavorable de todas ellas con el 16% de mujeres sin finalización de la escuela primaria (8% en el Gran Buenos Aires, 6% en Salta, y 11% en Neuquén). Es de destacar en todas las ciudades, la gran diferencia entre las menores de 25 años y las mayores de 40: duplican ampliamente los niveles de estudio primarios incompletos. En la misma dirección, las mujeres más jóvenes han completado los niveles secundarios o superiores en mayor proporción que las de mayor edad. El dato es importante no sólo al enfocar la fecundidad sino en el análisis del uso de anticonceptivos, como se hace más adelante.

Resistencia muestra ser la ciudad con la mayor descendencia final alcanzada (cuadro N° 2), siguiéndole Salta, Neuquén y el Gran Buenos Aires. Las diferencias entre los extremos de la educación alcanzan a los dos hijos/as en el Gran Buenos Aires y Resistencia, y algo menos en Salta y Neuquén, existiendo una brecha entre el Gran Buenos Aires y las otras ciudades, que se mantiene aunque se homologuen los niveles escolares.

Cuadro N° 2

Número medio de hijos/as nacidos vivos de las mujeres de 40 a 44 años por nivel de escolaridad y ciudad de residencia

CIUDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	Total	Primario incompleto	Primario completo o Secundario incompleto	Secundario completo o más
Gran Buenos Aires	2.8	4.0	3.0	2.1
Salta	3.4	4.2	3.9	2.9
Neuquén	3.3	4.2	3.1	2.9
Resistencia	3.6	4.8	3.4	2.8

Fuente: Módulo de Metas Sociales, EPH, 1994. Elaboración propia.

Prevalencia en el uso de anticonceptivos

El uso por edad. La información se refiere al uso actual de anticonceptivos en mujeres casadas, unidas o con relaciones sexuales al momento de la encuesta. Es de resaltar los bajos niveles de uso entre las mujeres más jóvenes y las de más edad. Las causas del no uso en las mayores podrían rastrearse en factores asociados a la pérdida creciente de la capacidad fértil e indicar en las más jóvenes diversos rumbos: a) la motivación para comenzar a tener hijos/as; b) la falta de información sobre la fisiología de la reproducción y de los métodos apropiados y seguros; y c) la carencia o insuficiencia de los servicios de salud que atiendan la asistencia en anticoncepción.

Los datos⁵ muestran porcentajes de uso fuertemente diferenciados en las edades más jóvenes: en las menores de 20 años del Conurbano Bonaerense, el uso de anticonceptivos llega a la mitad de las de la Ciudad de Buenos Aires (45% contra 86%) y es notablemente diverso de los 20 a los 29 años. Desde los 25 hasta los 39 años el uso es amplio: de dos tercios a tres cuartas partes de las mujeres.

En el resto de las ciudades se verifica el bajo uso de las mujeres más jóvenes, aún inferior al del Conurbano Bonaerense. La escasa práctica anticonceptiva de las mujeres de Resistencia (40%) convierte a esta ciudad en la de menor nivel de uso. La comprobación es ilustrativa cuando se la compara con la Encuesta de Salud Reproductiva, un estudio probabilístico de las mujeres más pobres del Conurbano Bonaerense, que encontró una prevalencia del 55% (López, 1995).

El valor que se asigna a la constitución temprana de la familia y al tamaño más numeroso de ésta, el desconocimiento de los métodos para prevenir el embarazo, la falta de acceso a la información económica o cultural de los servicios de salud ginecológica, y la insuficiencia o carencia de programas de salud que atiendan estos problemas (López y Findling, 1995; López, 1995), deben estar interactuando en los altos niveles de la fecundidad y su precario control –sobre todo en Resistencia y en Salta–, constituyendo una faceta de la situación de iniquidad en la que viven muchas mujeres, la carencia de programas de información y asistencia en este área.

5 La información del Gran Buenos Aires se presenta desagregada en Capital Federal (CF) y conurbano bonaerense (CBA) para ilustrar el diverso comportamiento de la prevalencia en el uso de anticonceptivos en ambas jurisdicciones y conectarlo con los rasgos socioculturales ya mencionados.

Cuadro N°3

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales por uso actual de métodos anticonceptivos por edad y ciudad de residencia

EDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA					
	Gran. Bs. As.	Ciudad de Bs. As.	Conurbano bonaerense	Salta	Neuquén	Resistencia
15-19 años	51.6	86.4	44.6	35.3	34.8	22.0
20-24 años	65.9	78.7	61.3	59.7	66.2	47.3
25-29 años	71.6	81.6	67.9	63.5	64.7	54.1
30-34 años	71.0	73.0	70.3	62.2	68.3	53.6
35-39 años	72.3	73.8	71.7	63.1	71.7	43.4
40-44 años	64.9	71.0	62.7	61.0	62.3	34.8
45-49 años	47.5	53.2	45.2	34.3	45.7	16.5
TOTAL	64.9	72.8	62.0	57.1	61.4	40.4

Fuente: Módulo de Metas Sociales, EPH, 1994. Elaboración propia.

El uso por condición de pobreza. El cuadro N°4 muestra las diferencias en la prevalencia de uso de acuerdo con la situación de pobreza, advirtiéndose el mayor uso entre las mujeres no pobres, con diferencias de aproximadamente 13 puntos en tres de los aglomerados, salvo en Resistencia, donde el bajo uso es bastante homogéneo. El porcentaje de mujeres pobres por necesidades básicas insatisfechas (NBI) difiere en las cuatro ciudades: 20% en el Gran Buenos Aires, 19% en Salta, 17% en Neuquén y 36% en Resistencia, lo que ayuda a comprender los valores hallados.

Cuadro N°4

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por condición de NBI del hogar y ciudad de residencia

CIUDAD	TOTAL	CON NBI	SIN NBI
Gran Buenos Aires	64.6	54.1	67.1
Conurbano Bonaerense	62.0	53.3	65.0
Salta	57.1	44.5	59.9
Neuquén	61.5	54.1	62.9
Resistencia	40.4	39.7	42.2

Fuente: Módulo de Metas Sociales, EPH, 1994. Elaboración propia.

El uso por escolaridad. El cuadro N°5 permite conocer la desigual distribución del uso de los métodos que regulan los nacimientos, de acuerdo con la trayectoria escolar de las mujeres. Las que no completaron la educación primaria son las que tienen más edad y un número mayor de hijos/as (bastante por encima del promedio de la ciudad) como resultado de la falta de práctica anticonceptiva o de su uso inadecuado. Las mujeres con secundaria incompleta suelen ser más jóvenes y están en la etapa de formación de sus familias. En general, salvo en el Gran Buenos Aires (donde el porcentaje de las mujeres con nivel secundario finalizado es importante), el peso relativo de las que no lo completaron determina que el porcentaje de uso total de la ciudad se sitúe muy cerca de los valores de esa categoría.

Cuadro N° 5

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por nivel de escolaridad y ciudad de residencia

CIUDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	Total	Primario incompleto	Primario completo o Secundario incompleto	Secundario completo o más
Gran Bs. As.	64.9	51.1	60.5	71.7
Salta	57.1	40.3	56.1	66.2
Neuquén	61.4	51.8	59.4	66.6
Resistencia	40.4	32.1	39.6	45.1

Fuente: Módulo de Metas Sociales, EPH, 1994. Elaboración propia.

El uso por cobertura de salud. En el cuadro N° 6 se muestra el efecto de la cobertura de salud sobre el uso actual de anticonceptivos en las distintas ciudades. Pareciera que la afiliación acompaña, en el caso del Gran Buenos Aires y Salta, porcentajes más elevados de uso actual, aunque es preciso tener en cuenta que la afiliación misma está asociada a factores como la mayor edad, el número más alto de hijos/as y una situación socio-ocupacional que predispone hacia la planificación de la familia. A la inversa, la afiliación no parece constituir un obstáculo para el uso en Neuquén, atribuible a la mayor cobertura de la población por el sistema de salud. En el caso de Resistencia—como se vio al analizar el uso por condición de pobreza—, la diferencia entre las mujeres con o sin cobertura de salud casi no se percibe.

Cuadro N° 6

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usa actualmente algún método anticonceptivo por condición de cobertura de salud y ciudad de residencia

CIUDAD	COBERTURA DE SALUD	
	Con	Sin
Gran Buenos Aires	67.0	60.1
Salta	61.3	50.0
Neuquén	63.0	59.0
Resistencia	41.2	39.3

Fuente: Módulo de Metas Sociales, EPH, 1994. Elaboración propia.

Las madres recientes

Controles prenatales

Más del 95% de las madres recientes de las ciudades estudiadas efectuó controles prenatales durante su último embarazo. Las cifras indican que en el Gran Buenos Aires y Neuquén, ocho de cada diez mujeres controlaron su embarazo en cinco o más oportunidades; en Resistencia y Salta se presentaron porcentajes menores al 80%. Se manifestaron situaciones claramente desfavorables para las madres pobres (cuadro N° 7), observándose que la cantidad mínima de controles baja si la mujer pertenece a un hogar pobre⁶.

6. Nótese que Neuquén es la única ciudad donde las diferencias entre pobres y no pobres, si bien existentes, son menos significativas.

Cuadro N° 7

Porcentaje de mujeres con hijos/as nacidos vivos en los últimos 3 años que realizaron 5 o más controles prenatales según condición de pobreza

CIUDAD	CON NBI	SIN NBI
Gran Buenos Aires	79.4	94.8
Salta	60.9	86.0
Neuquén	80.8	89.1
Resistencia	66.7	85.0

Fuente: Módulo de Metas Sociales, EPH, 1994. Elaboración propia.

En lo que respecta a la educación, en el Gran Buenos Aires el 98% de las madres con mayor nivel educacional (secundario completo o más) realizó cinco o más controles, contra el 71% de las que tenían sin finalizar el ciclo primario. Este esquema se repite, con valores inferiores, en el resto de las ciudades.

El inicio de los controles prenatales

Con respecto al momento del inicio de los controles prenatales del último parto, el 86% de las mujeres de Neuquén, el 84% de las del Gran Buenos Aires, el 76% de las de Resistencia, y el 74% de las de Salta, lo hizo durante los tres primeros meses de gestación, lo cual significa que una cuarta parte de las mujeres de las dos últimas ciudades concurrió a la primera consulta de manera inoportuna, situación que se agudiza notablemente en las mujeres pobres: un poco más de la mitad de ellas hizo una primera visita en el tiempo recomendado en Salta y dos de cada tres en Resistencia⁷

⁷ Nótese que en Neuquén no se observan diferencias entre mujeres pobres y no pobres.

Cuadro N° 8
Porcentaje de mujeres con hijos/as nacidos vivos en los últimos 3 años que iniciaron el control prenatal en el primer trimestre del embarazo según condición de pobreza

CIUDAD	CON NBI	SIN NBI
Gran Buenos Aires	71.1	91.2
Salta	57.7	79.5
Neuquén	86.4	86.2
Resistencia	66.9	81.0

Fuente: Módulo de Metas Sociales, EPH, 1994. Elaboración propia.

El tipo de parto

En Salta y Resistencia se observa un porcentaje elevado de cesáreas (30%); en el Gran Buenos Aires alcanza al 27% de las madres recientes, y en Neuquén al 19%. Al respecto cabe señalar que en Resistencia y Salta se presenta una importante concurrencia al subsector privado, donde evidentemente la práctica de la cesárea es mayor que en el subsector público. Inversamente, las cifras más moderadas de cesáreas en Neuquén indican una fuerte presencia del subsector público en la satisfacción de la demanda de atención del parto.

En el Gran Buenos Aires se destacan las diferencias en el tipo de parto según la condición de necesidades básicas insatisfechas (NBI) de los hogares donde viven las mujeres, evidenciándose un aumento del porcentaje de cesáreas en las mujeres no pobres que llega al 31%, contra el 20% de las mujeres pobres. La interpretación de las diferencias puede buscarse en la capacidad de pago de las mujeres de mayores recursos y a ciertas modalidades de la seguridad social y de las empresas de medicina prepaga, que gravan de manera diferencial los partos normales y los quirúrgicos.

La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo

Los datos obtenidos indican una alta cobertura de esta vacuna entre las embarazadas de Resistencia (92%) y del Gran Buenos Aires (83%), no así de Neuquén (72%) y Salta (67%), muy por debajo de las metas establecidas (90%). El caso de Neuquén es llamativo, dada la política de atención en el primer nivel de atención que caracteriza a esa provincia y, es de suponer, a esa ciudad. Los datos indican la existencia de un significativo número de mujeres que no fueron captadas para ser inmunizadas contra el tétanos, quedando excluidas así de una de las prácticas de prevención más importantes ante el parto.

Conclusiones

La intención de este trabajo ha sido mostrar datos recientes sobre salud y reproducción en mujeres de diferentes ciudades del país. Los resultados no dejan dudas con respecto a la iniquidad social que sufre una porción importante de las mujeres, aquellas con menores niveles de educación o cuyas familias no pueden satisfacer las necesidades más elementales⁸. Un incremento en la calidad de la atención del embarazo y el parto y la inclusión del asesoramiento médico sobre anticoncepción, así como la distribución de los métodos para ejercer el derecho a la prevención de los embarazos no planeados, parece constituir uno de los caminos para lograr el descenso de la morbilidad materna evitable y posibilitar una salud con mayor equidad.

De acuerdo con los hallazgos encontrados, puede afirmarse que las condiciones materiales de vida son las que brindan el mayor sustento a las explicaciones sobre las prácticas reproductivas observadas. Sin embargo, el uso escaso de la anticoncepción en

8. No se ha descripto ningún indicador que no resalte esas diferencias, como el acceso a la cobertura de salud, los controles ginecológicos, los controles prenatales, la mayor fecundidad y el menor uso de métodos anticonceptivos.

Resistencia –independientemente de los niveles de escolaridad– o la práctica más extendida en el Gran Buenos Aires –aún en las mujeres más pobres–, revelan una variedad de significaciones que exceden el contexto socioeconómico, internándose en la esfera del papel que desempeñan hijos/as y familias dentro de formas particulares de la organización social. En este enfoque dinámico juega un rol preponderante la oferta de servicios de salud y de asistencia en anticoncepción, como se ve en Neuquén.

De los datos analizados parecen surgir, a título provisorio, cuatro grandes modalidades o perfiles que corresponden a las ciudades en estudio, en el interior de las cuales es posible observar notables diferencias.

En el Gran Buenos Aires se observan grandes contrastes, producto de una población muy heterogénea: la mayoría ya ha pasado por todas las etapas del descenso de la fecundidad y la minoría la está transitando. Ambas, como ya se dijo al inicio, provienen de historias socioculturales y migratorias diversas, y ocupan distintas posiciones en la estructura social. Menor descendencia, mayor escolaridad, mayor prevalencia en el uso actual de anticonceptivos y mayor legalidad de las uniones, son algunos de los rasgos que distinguen la dinámica del Gran Buenos Aires, rasgos que se acentúan en la Ciudad de Buenos Aires.

El caso opuesto se encontró en Resistencia, donde se evidencia un alto nivel de pobreza y fecundidad, mayor ilegalidad de las uniones, baja escolarización y uso escaso de anticoncepción (bastante uniforme en distintos estratos de mujeres). La ciudad de Salta reveló alta fecundidad, niveles de pobreza y escolaridad menores a los de Resistencia, un uso algo mayor de anticonceptivos y un peso algo menor de las uniones sin vínculos legales. Por último, Neuquén manifestó situaciones intermedias de fecundidad y uso de anticonceptivos, insinuando el papel favorable jugado por los servicios públicos de salud. Se situó entre las ciudades del norte argentino y el Gran Buenos

Aires en los indicadores mencionados, pero acompañó a Resistencia en la importancia de las uniones no legales.

En conclusión, existen en la Argentina realidades sociodemográficas y culturales extremadamente diversas y necesidades de salud y derechos largamente postergados. La preponderancia de la población que reside en la región pampeana (también con grandes disparidades en sus niveles de vida), que influye de manera decisiva en los indicadores sociodemográficos nacionales, no debe hacer perder de vista la multiplicidad de factores dinámicos que se traducen en aspectos tan centrales en la vida de la gente como la sexualidad, la procreación y la formación de las familias.

