

FAMILIA, MUJER Y SALUD REPRODUCTIVA

**Implicaciones en el uso de los servicios de
salud reproductiva en Tijuana, B.C., México.**

Norma Ojeda de la Peña

123

FAMILIA, MUJER Y SALUD REPRODUCTIVA

**Implicaciones en el uso de los servicios de
salud reproductiva en Tijuana, B.C., México.**

Norma Ojeda de la Peña

123

Aquest article es va escriure durant l'estada de l'autora al
CED en règim sabàtic, gràcies al recolzament de la
Fundació Ford i del Ministeri d'Educació i Ciència.
Es publicarà pròximament a *Mujer, Familia y
Conceptualización Social de la Salud Reproductiva en
México*, pel Colegio de la Frontera Norte.

Centre d'Estudis Demogràfics

1997

RESUM

Aquest treball presenta alguns resultats d'una recerca social feta al 1994 sobre l'ús que fan les dones a Mèxic, dels serveis de salut reproductiva que ofereix la Secretaria de Salut, a través dels seus centres als barris. S'analitza el cas de les dones dels sectors urbans-populars de la ciutat de Tijuana, a la frontera nord de Mèxic. Destaquen els següents resultats. Primer, malgrat l'alt percentatge de dones que freqüenten diàriament els centres de salut, és marcadament baixa la demanda que fan dels programes de salut reproductiva. Segon, la majoria de les visites que fan les dones als centres de salut són per portar els seus fills o d'altres parents al servei mèdic i només, de forma més minoritària, per rebre atenció elles mateixes. Tercer, un alt percentatge de dones que, atès el seu baix nivell socioeconòmic i per manca de seguretat social mèdica, són usuàries potencials del serveis de salut del sector públic, prefereixen utilitzar la medicina privada. Un altre important grup declara no utilitzar cap servei mèdic per atendre les seves necessitats de salut reproductiva. Finalment, destaca la manca d'informació adient que tenen les dones sobre els serveis que s'ofereixen als centres públics de salut reproductiva. Les xarxes informals d'amigues, veïnes i parents són la font principal d'informació de les dones, per oposició al minso paper que juguen les organitzacions dels serveis de salut del sector públic.

RESUMEN

Este trabajo presenta algunos resultados de una investigación social realizada en 1994 acerca del uso que hacen las mujeres en México de los servicios de salud reproductiva que ofrece la Secretaria de Salud, a través de sus centros de salud en las colonias. Se analiza el caso específico de las mujeres de los sectores urbanos populares de la ciudad de Tijuana, en la frontera norte de México. Entre otros hallazgos destacan los siguientes. Primero, no obstante el alto porcentaje de mujeres que acuden diariamente a los centros de salud es notablemente baja la demanda que hacen ellas de los programas de salud reproductiva. Segundo, la mayoría de las visitas que hacen las mujeres a los centros de salud son para llevar a sus hijos y a otros parientes al servicio médico y sólo en menor medida para recibir atención ellas mismas. Tercero, un alto porcentaje de las mujeres que, por su bajo nivel socioeconómico y por carecer de seguridad social médica, son potencialmente usuarias de los servicios de salud del sector público, prefieren utilizar la medicina privada. Otro importante número de ellas declaran no acudir con nadie para atender sus necesidades de salud reproductiva. Finalmente, resalta la falta de información adecuada que tienen las mujeres acerca de los servicios que se ofrecen de manera pública en los centros de salud dirigidos a atender la salud reproductiva. Las redes informales, de amigas, vecinas y otras mujeres parientes son la principal fuente de información de las mujeres, en contraste con el pobre papel que en ello juegan los prestadores de los servicios de salud del sector público.

ABSTRACT

This paper presents some research findings obtained in 1994 about the Mexican women's use of the reproductive health services that are offered by the community clinics of the Ministry of Health. It is analyzed the case of the women in the urban-popular sector in the Mexican-northern border city of Tijuana. Among the most important findings there are the following. First, despite of the high percentage of women who visit the clinics, it is noticeable the women's low demand of the reproductive health services. Second, majority of women attend to the clinics seeking health care for their children and other relatives. Only a low number of them attend to the clinics seeking health care for themselves. Third, a high percentage of women who are potential users of the public health care services -due to their low economic status and lack of health care- prefer to use the private medicine. Also, another group of these same women said they go with nobody to take care of their reproductive health. Finally, it is remarkable the women's lack of adequate information in respect to the available public reproductive health care programs. The informal networks, such as friends, neighbours and other female relatives are the women's main source of information in contrast with the poor role that public health care providers play in this matter.

RÉSUMÉ

Ce texte présente quelques résultats de recherche obtenus en 1994 au sujet de l'utilisation des services de santé reproductive offerts par les cliniques communautaires du Ministère de la Santé par les femmes mexicaines. Nous analysons le cas des femmes du secteur populaire urbain de la ville-frontière de Tijuana située au nord du pays. Voici les résultats les plus importants. En premier lieu, on a noté la faible demande en services de santé reproductive par les femmes, en dépit du pourcentage élevé de celles-ci qui fréquentent les cliniques. En deuxième lieu, une majorité de femmes vitent les cliniques pour leurs enfants ou pour d'autres parents. Seulement quelques-unes d'entre elles viennent à la clinique pour leurs propres besoins en service de santé. En troisième lieu, un pourcentage élevé des femmes qui devrait constituer les utilisateurs potentiels des services de santé -à cause de leur bas statut économique et leur manque de soins de santé- préfère les cliniques privées. Un autre groupe de femmes affirme qu'elles ne visitent personne en particulier pour leurs besoins en services de santé reproductive. Finalement, le manque d'information adéquate des femmes au sujet de la disponibilité des services de santé reproductive constitue un trait remarquable de nos résultats. Les réseaux informels, tels les amis, voisins et autres parents, représentent la principale source d'information, le rôle des organisations de service de santé dans ce domaine étant moins important.

ÍNDICE

1.- Introducción	1
2.- Los Hogares de la Población Abierta y la Utilización de los Servicios de Salud en las Unidades Médicas de la Secretaría de Salud En Tijuana, B.C.	2
2.1.- Características sociales y demográficas de los hogares	2
2.2.- Seguridad Social Médica y Utilización de los Servicios de los Centros de Salud en los Hogares	7
2.3.- Utilización de los Servicios de Salud en los Centros de Salud	11
3.- Utilización de los Servicios de Salud Reproductiva Entre Mujeres en los Centros de Salud	16
3.1.- Algunas características del uso que hacen las mujeres de los servicios de salud	16
3.2.- Alguna Vez Usuarías de los Servicios de Salud Reproductiva en los Centros de Salud	21
4.- Conocimiento y Uso de los Servicios de Salud Reproductiva Entre Mujeres "Responsables de la Salud Familiar" en los Hogares de Distintas Comunidades Urbanas de Tijuana	28
4.1.- Heterogeneidad social de las comunidades urbanas	29
4.2.- Conocimiento y Uso de los Servicios de Salud Reproductiva Entre Mujeres de Comunidades Distintas	33
5.- Nota Conclusiva	41
6.- Bibliografía	42
Anexo	43

ÍNDICE DE CUADROS

- 1.- Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", según su composición de parentesco, la edad y el sexo del jefe del hogar.
- 2.- Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los informantes, según la composición de parentesco de sus hogares y el sexo del jefe del hogar.
- 3.- Tijuana, B.C.: Número promedio de habitantes en los hogares de la "población abierta", según el sexo, la edad y el estado civil del jefe del hogar.
- 4.- Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", según su composición de parentesco, la ocupación y el sexo del jefe del hogar.
- 5.- Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", según el número de personas y de contribuyentes económicos en el hogar y el sexo del jefe del mismo.
- 6.- Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", según el número de personas y dormitorios en los mismos hogares jefaturados por hombres y mujeres por separado.
- 7.- Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", según su disponibilidad de excusado con agua corriente dentro de la vivienda y el sexo y la posición en el empleo del jefe del hogar.
- 8.- Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", según su disponibilidad de agua, el sexo y la posición en el empleo del jefe del hogar.
- 9.- Tijuana, B.C.: Hogares en Tijuana que forman parte de la Población potencialmente usuaria de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de Tijuana, B.C.
- 10.- Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta" con al menos un familiar, del jefe del mismo, que tiene derecho a usar servicios de salud en distintas instituciones, cuando el jefe del hogar tiene o no tiene servicios de salud.
- 11.- Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta" según el tiempo de traslado al Centro de Salud más próximo y el uso que han hecho de los servicios que ofrecen los mismos cuando el jefe del hogar tiene o bien no tiene derecho a Servicios públicos de salud.
- 12.- Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta" que durante el último año no usaron los servicios de los Centros de Salud, según el motivo de no-uso, el sexo del jefe del hogar y el derecho a servicios de salud.
- 13.- Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta" que durante el último año no usaron los servicios de los Centros de Salud en Tijuana, según el lugar al que acuden a servicio médico, motivo por el que acuden a ese lugar, y sexo del jefe del hogar.

- 14.- Tijuana, B.C.: Perfil del uso de los servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en tres comunidades y en el total del área urbana del municipio.
- 15.- Tijuana, B.C.: Porcentaje de mujeres a las que les recomendaron o refirieron a algún programa de salud reproductiva, según el tipo de servicio al que acudieron en los Centros de Salud de Tijuana, B.C.
- 16.- Tijuana, B.C.: Servicios solicitados y medios por los que las personas se enteran de dichos servicios en los Centros de Salud de Tijuana, B.C.
- 17.- Tijuana, B.C.: Características sociales y demográficas de las mujeres que acudieron a los Centros de la Secretaría de Salud, según su utilización de servicios de salud reproductiva en dichos Centros.
- 18.- Tijuana, B.C.: Proporción de mujeres que han recibido información sobre métodos anticonceptivos y les han hecho exploración ginecológica en los Centros de Salud de la Secretaría de Salud de Tijuana, según algunas de sus características demográficas.
- 19.- Tijuana, B.C.: Proporción de las mujeres usuarias de los servicios de salud reproductiva en los Centros de Salud según su recomendación principal para mejorar los servicios.
- 20.- Tijuana, B.C.: Proporción de hogares de la "población abierta" que alguna vez han usado los servicios que ofrecen los Centros de Salud y los servicios de salud en California, EUA, para tres comunidades urbanas distintas.
- 21.- Tijuana, B.C.: Algunas características de las viviendas de la "población abierta" en tres comunidades urbanas distintas.
- 22.- Tijuana, B.C.: Algunas características sociales y demográficas de las mujeres "responsables de la salud familiar" en los hogares de la "población abierta" en tres comunidades urbanas distintas.
- 23.- Tijuana, B.C.: Proporción de mujeres responsables de la salud familiar en los hogares de la "población abierta", que conocen algún centro de salud en Tijuana y, en particular, conocen el centro de salud de su colonia, según edad y años de vivir en Tijuana.
- 24.- Tijuana, B.C.: Algunas características del uso de los servicios en salud reproductiva por parte de las mujeres "responsables de la salud familiar" en los hogares de la "población abierta" en tres comunidades urbanas distintas.
- 25.- Tijuana, B.C.: Lugar al que acuden las mujeres "responsables de la salud familiar", en los hogares de la "población abierta" que declararon nunca haberse hecho la revisión ginecológica vaginal y de glándulas mamarias en los Centros de Salud de la SSA en Tijuana.
- 26.- Tijuana, B.C.: Proporción de mujeres "responsables de la salud familiar", en los hogares de la "población abierta", que han usado los servicios de los programas en salud reproductiva, según diversas características sociales y demográficas.

ÍNDICE DE GRÁFICAS

- 1.- Estado civil de los y las jefas de hogar. Hogares del municipio de Tijuana.
- 2.- Estado civil de los y las jefas de hogar y composición. Hogares del municipio de Tijuana.
- 3.- Personas que contribuyen a la economía familiar. Hogares del municipio de Tijuana.
- 4.- Disponibilidad de agua corriente. Hogares del municipio de Tijuana.
- 5.- Disponibilidad de servicios sanitarios. Hogares del municipio de Tijuana.
- 6.- Disponibilidad de drenaje. Hogares del municipio de Tijuana.
- 7.- Hogares de la "Población abierta". Hogares del municipio de Tijuana.
- 8.- Motivo por el que no usaron los servicios de S.S. Hogares del municipio de Tijuana.
- 9.- Jefes con y sin servicios de salud. Hogares del municipio de Tijuana.
- 10.- Jefas con y sin servicios de salud. Hogares del municipio de Tijuana.
- 11.- Lugar al que acudieron por servicio de salud. Hogares del municipio de Tijuana.
- 12.- Derecho a servicios de salud de los usuarios activos de la Secretaría de Salud, para tres comunidades urbanas distintas.
- 13.- Número de personas que acuden al Centro de Salud, para tres comunidades urbanas distintas.
- 14.- Parentesco de acompañantes al Centro de Salud, para tres comunidades urbanas distintas.
- 15.- Responsable de la salud familiar, para tres comunidades urbanas distintas.
- 16.- Motivos por los que acudió al Centro de Salud, para tres comunidades urbanas distintas.
- 17.- Servicios solicitados y medios de información, para tres comunidades urbanas distintas.
- 18.- Quien toma las decisiones sobre la salud familiar, para tres comunidades urbanas distintas.
- 19.- Acuden en busca de servicios en salud reproductiva, para tres comunidades urbanas distintas.

FAMILIA, MUJER Y SALUD REPRODUCTIVA.
Implicaciones en el uso de los servicios de salud reproductiva
en Tijuana, B.C., México.

1.- Introducción

El término de "población abierta" ha sido designado por el sector médico en México para hacer referencia al total de la población residente en el territorio nacional y a la misma que tiene acceso a los distintos servicios de salud proporcionados por la Secretaría de Salud en el país. En la práctica, sin embargo, el uso de tales servicios por parte de la "población abierta" se ve reducido en su número y se define social y demográficamente en función de ciertos factores, entre los que destacan la disponibilidad de seguridad social médica y el nivel socioeconómico de las personas. Estos factores van a actuar como un filtro, determinando el uso potencial de los servicios que ofrece la Secretaría de Salud en lugar de los que son ofrecidos por otras instituciones de salud pública y la medicina privada.

Es precisamente tomando en cuenta lo anterior que presentamos información acerca de algunas características sociodemográficas de los hogares y sobre la disponibilidad de seguridad social médica de la "población abierta" que consideramos relevantes para una mejor comprensión del uso que hace dicha población de los servicios de salud y, en particular, los de salud reproductiva. Esto es tomando como ejemplo el caso particular de los servicios que ofrece la Secretaría de Salud, a través de sus distintos centros de salud comunitarios en la ciudad de Tijuana, Baja California (B.C.).

Se analiza el perfil social y demográfico de la población abierta potencialmente usuaria de los servicios de salud y el uso efectivo de dichos servicios. Se hace énfasis en la utilización de los servicios de salud reproductiva por parte de las mujeres, considerándolas en su doble papel de "usuarias potenciales" en el total de los hogares de la población abierta y como "usuarias efectivas" captadas en los Centros de Salud.

El estudio se basa en dos fuentes de información que son: 1) la encuesta probabilística de hogares y 2) la encuesta-censo de los Centros de Salud y que forman partes complementarias de una misma y mas grande encuesta denominada *Encuesta Sobre*

Percepción Social de la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C., 1994.

2.- Los Hogares de la Población Abierta y la Utilización de los Servicios de Salud en las Unidades Médicas de la Secretaría de Salud En Tijuana, B.C.

2.1.- Características sociales y demográficas de los hogares

a) Tamaño y tipo de los hogares

La encuesta de hogares nos indica que la población abierta de Tijuana está organizada en un 66.4% en hogares de tipo nuclear; o sea formados por una pareja sola, una pareja viviendo con sus hijos, o bien uno solo de los padres con sus hijos. Los hogares extensos o compuestos representan el 28.2% y los de tipo unipersonales son únicamente el 5.4%. Esta distribución de los hogares sigue muy de cerca el patrón nacional, pero al igual que la composición de parentesco de los hogares tijuanaenses en su conjunto, cuando se le compara con el patrón nacional, sobresale un mayor porcentaje de hogares no nucleares. Esta situación es posible que esté relacionada con el hecho de que Tijuana es una ciudad con intensos flujos migratorios que se dejan sentir en los arreglos familiares y, en particular, en la composición de parentesco de sus hogares. Otro factor es el impacto que es posible suponer está teniendo los mayores niveles de divorcio y separación conyugal en la región norte de México, en comparación con lo que se observa en el nivel nacional y otras partes del país (Ojeda y Gonzalez, 1992).

Ahora bien, como podemos ver en los Cuadros 1 y 2, existen variaciones importantes en la edad y el estado civil de las personas que fungen como jefes de hogares, según se trate de mujeres o bien de hombres quienes desempeñen este rol. Así, tenemos que los hogares nucleares que presentan una distribución por edad más uniforme son los jefaturados principalmente por hombres casados o unidos y los de tipo nuclear; en contraste con los hogares extensos que presentan una estructura por edad menos joven y se distribuyen de manera diferencial según se trate de jefes hombres o mujeres. Los hogares extensos jefaturados por mujeres presentan una estructura por edad más envejecida que la de los jefaturados por hombres. Asimismo, los hogares extensos con jefes hombres corresponden en un 92% a casados o unidos, mientras que los hogares extensos con jefas

mujeres tienen una estructura por estado civil muy variada. Entre estos últimos destacan los hogares con jefas viudas en un 35.1% de los casos y los de jefas divorciadas o separadas con una proporción muy similar (32.3%); en tanto los hogares jefaturados por mujeres casadas o unidas representan el 17.5% y sorprendentemente los hogares con jefas solteras un 15.1% del total de los casos. Estos mismos resultados pueden apreciarse también y de manera más clara en las Gráficas 1 y 2.

Por su parte, los hogares unipersonales son encabezados en un 97% por personas de 50 y más años de edad y se trata principalmente de hogares con jefas mujeres que viven solas y cuyo estado civil es el de viudas que, como podemos ver en el Cuadro 2, representan el 71% de los casos. Este mismo tipo de hogares corresponden a mujeres divorciadas o separadas y constituyen el 14% del total de los mismos, en tanto que los de solteras el 12%. En cambio es interesante observar que la proporción de hogares unipersonales de la población abierta que son jefaturados por hombres es prácticamente insignificante.

De estos resultados un aspecto que es importante resaltar es la alta proporción de mujeres de edades intermedias y avanzadas, y sin pareja, que son jefas de hogares extensos en la población abierta de Tijuana. Entre otras implicaciones de esta situación, una de particular interés para los propósitos del presente estudio se refiere a su posible impacto sobre la salud física y mental de estas mujeres debido, por una parte, a los varios roles que seguramente varias de estas mujeres han de tener que desempeñar y, por otro, a la soledad en la que viven sobre todo las viudas de edades avanzadas.

Con relación al tamaño de los hogares, la información en el Cuadro 3 nos indica que en promedio los hogares de la población abierta de Tijuana tienen 4.2 personas. Los hogares jefaturados por hombres son más grandes que los que tienen jefas mujeres por tener, respectivamente, 4.6 y 3.8 personas en promedio; lo cual coincide con lo observado tanto a nivel nacional como en la población total de Tijuana. En el mismo Cuadro 3 también podemos ver que esta diferencia se relaciona con variaciones en el tamaño del hogar según la edad y el estado civil de hombres y mujeres en su rol de jefes de hogar. A grosso modo uno podría suponer que en el caso de los hogares con jefas mujeres se trata principalmente de mujeres sin parejas viviendo con hijos y/u otros familiares, mientras que los hogares con jefes hombres pudieran estar formados principalmente por adultos, tal vez migrantes, viviendo juntos. Situación que en caso de ser cierta supondría una situación de mayor vulnerabilidad económica entre los hogares jefaturados por mujeres.

b) Situación económica de los hogares

Con el propósito de tener una idea sobre la situación económica de los hogares de la población abierta se utilizan dos indicadores que son: la posición en el empleo del jefe o la jefa del hogar y el número de contribuidores a la economía del hogar. Respecto al primer indicador, el Cuadro 4 nos ilustra sobre la posición que tienen los jefes y las jefas de los hogares. En aproximadamente una cuarta parte de los casos se trata de hogares cuyos jefes no trabajan; 47% tienen jefes en la categoría de empleados y la siguiente categoría más numerosa es la de hogares con jefes trabajadores por cuenta propia con un 17% del total de casos. Al diferenciarlos según se trate de hogares con jefes hombres o mujeres, podemos notar que casi el 60% de los hogares con jefas mujeres están en la categoría "no trabaja", mientras que sólo el 15% de los hogares con jefes hombres se encuentran en esta misma situación. A sabiendas de que un número importante de hogares jefaturados por mujeres corresponden a viudas no es de extrañar que todos estos hogares de tipo unipersonales estén situados en la categoría "no trabaja"; en cambio sí llama nuestra atención que la proporción de jefas que no trabajan también sea alta entre los hogares extensos y nucleares jefaturados por mujeres. Esto es sobre todo sabiendo que en este tipo de hogares también es considerable el número de jefas divorciadas y separadas. Otro dato interesante es que aproximadamente 20% de los hogares con jefatura femenina y cerca del 18% de los hogares con jefes hombres corresponden a trabajadoras y trabajadores por cuenta propia.

La información sobre la posición en el empleo del jefe o la jefa del hogar es de gran importancia para los efectos de este estudio por tener implicaciones directas sobre las posibilidades de que los diferentes miembros de estos hogares puedan tener acceso a los servicios de salud mediante la disponibilidad de seguridad social médica. En un régimen de seguridad social como el mexicano es por lo general a través de la posición en el empleo del jefe de hogar que los otros miembros del mismo pueden tener acceso a los servicios de salud; esta característica es muy importante, especialmente si consideramos que la persona que ocupa tal cargo frecuentemente es también el padre o la madre de la familia, de modo que es a través de estos últimos que generalmente se hacen extensivos los beneficios que se derivan del contar o no con seguridad social médica; en Tijuana, como podemos ver en el mismo Cuadro 4, es alta la proporción de hogares de la población abierta que tienen jefes en la categoría de "no trabaja" y de "trabajador por cuenta propia", lo cual implica que el jefe y, por lo mismo, el hogar en su conjunto muy probablemente carezca de seguridad social médica.

En lo que se refiere al número de contribuidores económicos en el hogar, el Cuadro 5 nos indica que la proporción total de hogares de la población abierta en Tijuana sin contribuidores económicos es sólo del 6.6%; más de la mitad de los hogares tienen una sola persona que contribuye a los gastos de los mismos (53.5%); y el resto tienen al menos dos personas que contribuyen a la economía del hogar. Por supuesto, este indicador está en estrecha relación con el número de personas que viven en el hogar, característica que al ser considerada arroja resultados un tanto preocupantes acerca de las condiciones económicas por las que atraviesan un número considerable de estos hogares en la ciudad. También en el Cuadro 5 podemos ver que al considerar esta última característica aumenta la proporción de hogares sin contribuidores y llega a ser de 17% en el caso de los que tienen de 1 a 3 personas. Esta situación es todavía más alarmante entre los hogares jefaturados por mujeres ya que el 23% del total de éstos no tienen contribuidores económicos, y la proporción asciende hasta el 42% entre los hogares de 1 a 3 personas. De modo que nuevamente se pone de manifiesto una situación de mayor vulnerabilidad entre los hogares jefaturados por mujeres en sus condiciones de bienestar, en este caso de tipo económico, vía el número de personas que contribuyen a los gastos de los mismos (Véase Gráfica 3).

c) Densidad demográfica y servicios sanitarios en las viviendas

Otro aspecto relacionado con las condiciones de vida de la población en los hogares se da en los servicios disponibles en la vivienda. Al margen de la importancia que sobre el particular pudiera tener otro tipo de información sobre la vivienda, se considera como básica la relacionada con la densidad demográfica y la disponibilidad de servicios sanitarios por su relación con el fenómeno de la salud en el hogar.

Como una aproximación a la primera característica se presenta en el Cuadro 6 la distribución porcentual de los hogares de la población abierta de Tijuana según el número de personas y cuartos que son utilizados como dormitorios en los mismos. Al respecto, una primera observación es que poco más de una cuarta parte de los hogares sólo cuentan con un cuarto que es usado para dormir y que esta proporción varía muy poco según se trate de hogares jefaturados por hombres o mujeres. En ambos casos, también coincide el que los hogares tengan predominantemente dos cuartos para dormir, estando en esta situación el 45% de los hogares con jefes y el 44% de los hogares con jefas. Esta aparente similitud entre los hogares encabezados por hombres y mujeres en cambio disminuye ligeramente al considerar un dato complementario que se puede leer al final del mismo

cuadro y que se refiere a la proporción de cuartos de cocina que en cada caso son usados también como dormitorios en los hogares. Esta es la situación en casi el 16% de los hogares con jefes, y aproximadamente el 20% entre los hogares con jefas.

Sobre la disponibilidad de agua en la vivienda, la Gráfica 4 muestra como poco más de tres cuartas partes del total de los hogares cuentan con este servicio dentro de la vivienda; el 11% tiene agua fuera de la vivienda y casi el 16% no dispone de agua. A diferencia de lo que se ha observado en los indicadores anteriores, tenemos que en esta ocasión son los hogares jefaturados por hombres los que presentan menores condiciones de bienestar social en lo que se refiere a la disponibilidad de agua en sus viviendas. El 18.4% de este último tipo de hogares no cuentan con agua, mientras que esta situación en los hogares jefaturados por mujeres es sólo del 6.5%. Asimismo, en números relativos son más los hogares con jefas que cuentan con agua dentro de la vivienda que los hogares con jefes hombres.

La mejor situación de los hogares con jefas en comparación con los hogares con jefes se vuelve a poner de manifiesto en lo que se refiere a su respectiva disponibilidad de servicios sanitarios dentro de la vivienda. En la Gráfica 5 podemos observar que la proporción de hogares con jefas que tienen excusado con agua corriente dentro de la vivienda es más alta que entre los hogares con jefes. En el interés por tratar de ampliar esta información se considera la posición de los y las jefas del hogar en el empleo, información que se presenta en el Cuadro 7. En este último, podemos observar que la mejor disponibilidad de servicios sanitarios de este tipo dentro de la vivienda en los hogares encabezados por mujeres, en comparación a los hogares encabezados por hombres, se repite en todas las categorías de posición en el empleo e incluso en los casos en que el jefe o la jefa no trabajan. La ventaja comparativa de los hogares femeninos al respecto llega a ser más marcada en algunas categorías de empleo, como en el caso de los hogares con jefas obreras respecto a los hogares con jefes obreros con una diferencia de hasta 33 puntos porcentuales a favor del primer tipo de hogares (Véase Cuadro 7).

Finalmente, se considera la disponibilidad de drenaje en las viviendas, cuya representación visual se presenta en la Gráfica 6. En esta última podemos ver que nuevamente son los hogares con jefatura femenina los que tienen mejores condiciones por tener, por un lado, una menor proporción de viviendas sin drenaje y, por otro, una mayor proporción de viviendas con drenaje conectado a la calle. Al igual que en el indicador anterior, si consideramos la posición en el empleo de los jefes y las jefas de los hogares se puede observar, en el Cuadro 8, que siempre es mayor el número relativo de hogares encabezados por hombres que carecen de drenaje en sus viviendas en comparación con los

hogares dirigidos por mujeres. También siempre es mayor la proporción de hogares con drenaje conectado a la calle entre los hogares dirigidos por mujeres que por hombres. Esta situación llega a ser extremadamente marcada en algunas categorías de empleo, como son los casos de los hogares dirigidos por obreros versus obreras y los dirigidos por trabajadores por cuenta propia versus trabajadoras por cuenta propia.

2.2.- Seguridad Social Médica y Utilización de los Servicios de los Centros de Salud en los Hogares

a) Disponibilidad de seguridad social médica

La disponibilidad de seguridad social médica, junto con el nivel socioeconómico, se considera un factor de selección en el uso efectivo que la población abierta hace de los servicios que le ofrece la Secretaría de Salud, a través de sus distintos Centros ubicados en las colonias del municipio. En correspondencia y en conformidad con los criterios metodológicos que se siguieron para seleccionar la muestra estadística de la encuesta de hogares, era de esperarse que una alta proporción de los hogares de esta población careciera de seguridad social médica. En efecto, en la Gráfica 7 podemos ver el 58% del total de los hogares encuestados se declaró sin seguridad social.

Con base en este dato, uno esperaría que estos hogares fueran mínimamente los que utilizaran los servicios de la Secretaría de Salud. Los resultados obtenidos en la encuesta de hogares señalan que esta expectativa es ampliamente superada en la realidad ya que, como podemos ver en el Cuadro 9, el 73.3% del total de los hogares entrevistados declararon alguna vez haber utilizado los servicios que ofrece la Secretaría de Salud¹ a través de sus distintos centros comunitarios (en las colonias).

La disponibilidad de seguridad social médica entre los jefes del hogar se presenta en el Cuadro 10. Como podemos ver, con una diferencia muy ligera, respecto a las cifras presentadas en el cuadro anterior, el 41.6% de los jefes de hogar declararon tener algún tipo de seguridad social frente a un 58.4% que carecen de tal beneficio. La coincidencia de estas cifras con las anteriores nos hacen pensar en la importancia que parece tener esta

¹ Sólo como dato de referencia para apreciar el nivel de uso de los servicios de la Secretaría de Salud, se presenta también en el mismo Cuadro 9 la proporción de hogares en los que las mujeres autodefinidas como “responsables de la salud familiar” declararon haber utilizado alguna vez los servicios de salud en el estado californiano del país vecino. Una interpretación posible a este último dato se presenta en una sección posterior de este mismo estudio.

característica del jefe con la seguridad social del hogar. Esto podemos notarlo a través de la relación que hay entre la seguridad social médica de la persona que encabeza el hogar con la seguridad social médica de la que disponen otros miembros del hogar. Al preguntar sobre la disponibilidad de seguridad social médica entre al menos uno de los otros miembros del hogar, se encontró una alta frecuencia de casos de otros familiares con esta prestación social entre los hogares cuyo jefe o jefa tienen seguridad social; en tanto que prácticamente nadie en el hogar tiene seguridad social médica en los hogares donde el jefe o la jefa no gozan de tal prestación social (Véase Cuadro 10).

b) Uso de los servicios de los Centros de salud en los hogares

Entre las distintas razones posibles que pudieran explicar el uso o no uso de los servicios de los Centros de Salud, uno de elemental importancia es la distancia que hay entre la ubicación de los hogares y los Centros de Salud. Este factor que pareciera obvio, no lo es en el caso de Tijuana debido a su accidentada topografía y pésimas condiciones de urbanización, particularmente de pavimentación, disponibilidad insuficiente de vías de comunicación y falta de rutas del transporte público. Estas características que en cualquier ciudad medianamente urbanizada pudieran no ser factores decisivos para frenar el que las personas usen los servicios de salud, en Tijuana sí lo son.

Las dificultades en el acceso físico a los Centros de Salud explica por ejemplo que haya personas que les sea más fácil y/o menos costoso trasladarse a un Centro de Salud distinto al de su colonia, a pesar de que este último esté geográficamente más cerca. Por ejemplo, hay varias personas que prefieren ir al Centro de Salud N° 1 (Bomberos) ubicado en la zona centro de la ciudad, que al de su colonia porque para ir al primero sólo es necesario utilizar un transporte público; mientras que para ir al de su colonia es necesario cruzar un barranco o cañón a pie, o bien tomar más de un transporte para rodear el cerro o el barranco.

No obstante las limitaciones de la encuesta realizada para tratar este tema en el uso de los servicios de salud, se consideró conveniente indagar sobre la relevancia del mismo, mediante la pregunta del tiempo que le toma a las personas trasladarse al Centro de Salud de su colonia. La pregunta se hizo dejando al informante la posibilidad de elegir el medio de transporte usado como referencia en su respuesta y considerando el medio más comúnmente usado en sus hogares. Las respuestas respectivas se presentan en el Cuadro 11. En éste podemos ver que efectivamente la mayor lejanía en tiempo de traslado afecta la posibilidad de un mayor uso de los servicios de salud en los Centros de Salud

comunitarios. En todos los hogares, independientemente de su disponibilidad de seguridad social médica, a través del jefe o la jefa de los mismos, es más alto el porcentaje de hogares que nunca han usado los servicios de salud en las categorías que indican que el Centro de Salud de la colonia está por lo menos a una hora de distancia. Al respecto, sin embargo, no deja de llamar la atención que este porcentaje sea mayor entre los hogares con jefes que no tienen seguridad social o derecho a servicios de salud, que entre los hogares cuyos jefes si tienen tal prestación social.

Acercas del por qué no se usan los servicios, se dispone de información únicamente referida a los hogares que declararon no haber utilizado los servicios de los Centros de Salud durante el año inmediato anterior a la realización de la encuesta. Esta información se presenta gráficamente en la Figura 8 en la que se describen los motivos del no uso de tales servicios. Como puede verse, la razón más frecuentemente aludida es la de no haber sido necesario utilizar dichos servicios en más de la mitad de los casos (56.1%). Las siguientes razones más importantes numéricamente hablando son el no conocer donde está el Centro de Salud de su colonia (19.5%) y preferir otro lugar para atenderse de sus necesidades de atención a la salud (14.3%). Razones tales como estar lejos, no haber el servicio necesitado y el costo alto de los servicios son muy poco frecuentes, en tanto que la categoría "otro motivo" se presenta en menos de un 7% del total de los casos.

Esta distribución de motivos del por qué no fueron utilizados los servicios de los Centros de Salud comunitarios por parte de algunos de los hogares, durante el año anterior a la encuesta, presenta algunas variaciones interesantes según la disponibilidad de seguridad social médica por parte del jefe del hogar y según el sexo de este último. Las variaciones pueden ser observadas en el Cuadro 12 y más claramente al comparar las Gráficas 9 y 10. En éstos podemos ver que si bien los tres principales motivos y el orden en que aparecen los mismos se repite en todos los casos, su frecuencia varía en función del sexo de la jefatura de los hogares y conforme se dispone o no de seguridad social médica al interior de cada grupo de hogares con jefatura de un mismo sexo.

Al centrar el análisis a partir del sexo de las personas que encabezan los hogares tenemos que si bien la mayor diferencia se da en la categoría "no conocen" el Centro de Salud, como motivo de no uso de los servicios, son los hogares con jefes hombres los que mayoritariamente aluden al mismo con un 13.5% de los casos, frente a sólo un 2.2% entre los hogares con jefas. En tanto que "otro" motivo, que es la segunda categoría en variación de su frecuencia, presenta un comportamiento inverso. Solo el 2.6% de los hogares con jefes declararon como "otro" el motivo de no usar los servicios, a diferencia del 11.1% de hogares con jefas que aludieron a lo mismo.

Ahora bien, si centramos la comparación en la disponibilidad de servicios de salud en los hogares, podemos observar en el mismo Cuadro 11 que las mayores diferencias entre los motivos de no uso se dan entre los hogares jefaturados por mujeres. La razón de no haber sido necesario el servicio ocupa el 68% de los casos entre los hogares con jefas mujeres que tienen servicios de salud; versus un 44% de casos entre los hogares con jefas que carecen de este tipo de prestación social. Asimismo, el no conocer el Centro de Salud se alude como motivo de no uso únicamente en el 2.2% de los hogares de las jefas que tienen servicios de salud; mientras que esta razón de no uso se alude en aproximadamente 34% de los hogares con jefas que no disponen de seguridad social médica. Igualmente importa resaltar los diferentes porcentajes en la categoría "prefieren otro" entre ambos tipos de hogares jefaturados por mujeres.

Lo anterior nos permite inferir primeramente que si bien los motivos para no usar los servicios de salud que ofrecen los Centros de Salud comunitarios en Tijuana varían conforme se tenga o no seguridad social en los hogares, dicha variación es más marcada entre los hogares con jefas que entre los hogares con jefes. Segundo, tomando en cuenta la frecuencia de casos y la naturaleza cualitativa de los distintos motivos del por qué no se usaron los servicios de salud, podemos inferir que hay una situación de mayor vulnerabilidad al respecto entre los hogares jefaturados por mujeres. No es lo mismo no haber usado los servicios por no haberlos necesitado que por no conocer los Centros de Salud. Y la diferencia entre estos dos motivos es de poco más de 37 puntos porcentuales entre los hogares jefaturados por mujeres (indicando más casos de no uso por falta de conocimiento), en tanto que dicha diferencia es menor de 6 puntos porcentuales entre los hogares jefaturados por hombres.

Por último, se presenta información sobre el lugar al que acudieron en busca de servicios de salud los miembros de los hogares que durante el año anterior declararon no haber utilizado los servicios respectivos de los Centros de la Secretaría de Salud. Al respecto, en la Gráfica 11 puede observarse que mayoritariamente se acudió al médico particular considerando la experiencia del total de los hogares, lo mismo que entre los hogares con jefes hombres. El segundo lugar más frecuentado fue el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estos dos lugares se presentan también como los de mayor frecuencia entre los hogares jefaturados por mujeres pero ocupando lugares invertidos (primero el IMSS y después el médico privado) y con márgenes de diferencia mucho menores entre ellos. Al parecer hay una cierta homogeneidad en la frecuencia de estos dos últimos tipos de servicios de salud, por una parte y, por otra, hay una notable menor utilización de la medicina privada en los hogares jefaturados por mujeres que entre los hogares con jefes hombres; mientras que el uso de otro tipo de servicios en los primeros es más del

doble que entre los segundos. La categoría "otros", incluye servicios proporcionados por yerberos, farmacias, etc.

Con la idea de tratar de afinar esta información, en el Cuadro 13 se presentan los lugares a los que se acudió en busca de servicios de salud y las categorías más frecuentes del por qué se acudió a tales lugares, para los hogares con jefas y jefes, por separado. Los datos aquí presentados señalan como el uso de los servicios que ofrecen otras instituciones de salud pública se relacionan básicamente con el hecho de ser "derechohabientes" de tales instituciones, éstos son los casos de la preferencia por los servicios del IMSS y del ISSSTE; lo cual se da independientemente del sexo del jefe del hogar. En cambio, el uso de servicios de salud proporcionados por la Secretaría de Salud, pero directamente en el Hospital General (en calidad de urgencias) si bien son pocos los casos (3.1% de los casos totales) se explica por considerarse que es mejor el servicio y haber el servicio que se necesita. Solo en el caso de los hogares jefaturados por hombres se declaró como razón para acudir al Hospital General el estar más cerca que el Centro de Salud de la colonia.

El uso de la medicina privada se explica también de manera frecuente aludiendo a que el servicio es mejor y por tener el servicio necesitado entre los hogares con jefes hombres. En cambio, entre los hogares con jefas mujeres si bien también es frecuente declarar que se usa la medicina privada, en lugar de los servicios de salud de la Secretaría, el porcentaje de casos en este sentido es menor al de los hogares con jefes hombres. Asimismo, entre los hogares con jefas la segunda razón en frecuencia del por qué se usa la medicina privada es la de "gustar más", seguida de la categoría "otros motivos". (Véase Cuadro 13).

2.3.- Utilización de los Servicios de Salud en los Centros de Salud

Este apartado se desarrolla a partir de la información que nos proporciona la encuesta realizada en los 13 distintos Centros de Salud de la zona urbana de Tijuana. Esta fuente nos permite obtener una idea acerca del perfil del uso que efectivamente hace ese numeroso segmento de la población abierta que acude a los Centros de Salud en busca de atención médica y/o de otro tipo de servicios. Igualmente esta información permite, entre otros aspectos, poder ver en qué medida tienen fundamento algunos de los supuestos que más comúnmente se hacen acerca de las características tanto de los usuarios como de los servicios. Al respecto, dos supuestos de particular interés para este estudio son: 1) que se trata de usuarios colectivos formados en gran parte por familias y mujeres con niños; y 2) que en su mayoría los usuarios adultos son mujeres.

a) ¿Quiénes son los que acuden a los servicios que ofrecen los Centros de Salud?

Con relación a los usuarios, sería de esperarse que fueran las personas que carecen de seguridad social médica los que preferentemente utilizaran los servicios que ofrecen los Centros de Salud. Igualmente, por ofrecerse un servicio integral en los servicios de salud, podríamos esperar que se tratara de usuarios múltiples o colectivos pertenecientes a un mismo grupo, por ejemplo, personas de una misma familia que acuden para obtener distintos servicios durante una misma visita al Centro de Salud en cuestión. Con el propósito de comprobar o disprobar empíricamente tales supuestos, podemos recurrir a la información que se presenta en el Cuadro 14.

En este cuadro y en las Gráficas 12 y 12-bis podemos observar que efectivamente la gran mayoría de los usuarios de los servicios carecen de seguridad social médica tanto cuando se considera la situación que se presenta en el total de los Centros de Salud, como si nos referimos a cada uno de ellos por separado. De modo que el 77% del total de las personas entrevistadas en los trece Centros de Salud declararon no tener ningún tipo de seguridad social; proporción que llega a rebasar los 80 puntos porcentuales en algunos Centros de Salud, como en el caso del Centro de las colonias Herrera y Obrera. En términos comparativos estos dos Centros de Salud tienen, respectivamente, posiciones intermedia y baja en su capacidad técnica y médica instalada. La proporción de usuarios sin seguridad social médica también es alto en los Centros de Salud que están ubicados en colonias de clase media y que cuentan con mejores instalaciones como es el caso del centro de la colonia Otay. Este último estaba considerado como centro modelo por parte de las autoridades locales de la Secretaría de Salud en tiempos del levantamiento de la encuesta.

La frecuente falta de seguridad social médica que se observa entre la población abierta de Tijuana que acude a los Centros de Salud puede también apreciarse al nivel de sus hogares. En el mismo Cuadro 14 podemos ver que, con excepción del caso de Otay, la proporción de hogares que, sin contar al informante, no tienen persona alguna con seguridad social médica rebasa el 60% en todos los casos. Respecto a esta misma característica del perfil del usuario es importante, sin embargo, considerar la proporción nada despreciable de usuarios que sí cuentan con seguridad social médica. Podemos ver que este tipo de usuario representa una quinta parte del total de los usuarios de los Centros de Salud y llega a ser un tercio en algunos centros como en el caso de Otay. En especial se

trata de personas que tienen acceso a los servicios médicos que les da el ser derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Otra característica de particular interés es la que se refiere al número de personas de un mismo grupo y, en especial familiar, que acuden a recibir atención médica u otros servicios en los Centros de Salud comunitarios. Se presenta información sobre este aspecto en el mismo Cuadro 14, así como en las Gráficas 13, 13-bis y 14, 14-bis, para cada uno de los Centros.

Sobre el número de personas que acuden a los Centros de Salud, las Gráficas 13 y 13-bis muestran que el usuario único representa sensiblemente una menor proporción de casos a diferencia de los usuarios múltiples que constituyen aproximadamente tres cuartas partes del total de casos en Tijuana y en cada uno de los Centros de Salud considerados. Los grupos de dos usuarios se dan en el 43% de los casos a nivel del total y puede variar entre el 49 y 38% entre cada uno de los Centros de Salud; en tanto que los grupos de tres y más usuarios representan el 32% a nivel total y oscila entre el 42 y el 26% entre los Centros que aquí como se presentan como ejemplos.

Ahora bien, es de interés conocer qué relación hay entre los usuarios colectivos que acuden en busca de servicios a los Centros de Salud. Sobre este aspecto, las Gráficas 14 y 14-bis nos indican que frecuentemente los usuarios colectivos corresponden a grupos de parientes y en especial son familiares de primer grado que acuden juntos en busca de uno o más servicios en una misma visita al Centro de Salud. Así, tomando como referencia al total de los Centros, tenemos que prácticamente el 82% de los usuarios colectivos son familiares de primer grado; el 12.4% son grupos de otros parientes y solo un 5.1% son usuarios que no tienen relación de parentesco entre sí. Es interesante observar en las mismas Gráficas 14 y 14-bis que, al comparar los Centros los porcentajes de usuarios colectivos según estas mismas clasificaciones por parentesco varían poco y conservan la jerarquía ya señalada entre los mismos; lo que de alguna manera confirma que se trata fundamentalmente de usuarios colectivos de familias.

b) "Responsables de la salud familiar": un rol predominantemente femenino en la utilización de servicios de salud

Tomando en cuenta las características anteriormente señaladas acerca del carácter predominantemente colectivo y familiar que se observa entre los usuarios de los servicios de los Centros de Salud, surge la pregunta acerca de cómo se da esto y qué tipo de

servicios son los que se utilizan de esta manera. En el interés por dar una primera respuesta a esta interrogante, fue necesario seleccionar a una persona como informante dentro de cada grupo colectivo de usuarios. La observación obtenida en campo y previa a la encuesta, acerca de la dinámica que tienen los distintos Centros de Salud y sobre la composición por edad, sexo y relación de parentesco de los usuarios, nos indicó la conveniencia de considerar dos aspectos muy importantes en la interpretación de los resultados obtenidos: 1) diferenciar a los usuarios de sus acompañantes, y 2) identificar a la persona "responsable de la salud familiar" en cada grupo, mediante la autoidentificación de las mismas.

La información que se presenta también en el Cuadro 14 sobre el "responsable de la salud familiar", nos permite ver que en el 84.2% del total de los casos este rol lo desempeña la misma persona que fue seleccionada como informante en la entrevista. Importa aquí señalar que esta selección se hizo considerando la edad, el sexo y la relación de parentesco de las personas, procurando en lo posible, siempre entrevistar a las madres o abuelas en los colectivos con niños y a las esposas u otras mujeres acompañantes de ancianos y discapacitados; esto se hizo por considerarlas las más adecuadas para informar sobre todos los usuarios de cada colectivo. En los casos de usuarios únicos se entrevistó directamente a los usuarios. Bajo estos criterios, como podemos mirar en la Gráficas 15 y 15-bis, el informante es también en la mayoría de los casos "responsable de la salud familiar".

Otra característica del informante es que, además de ser en la mayoría de los casos "responsable de la salud familiar", se trata de personas del sexo femenino; situación que se da entre entre el 89 y el 97% de los casos al considerar los Centros de Salud por separado. Igualmente, los datos del Cuadro 14 señalan que mayoritariamente se trata de mujeres entre los 21 y los 45 años de edad y que en una alta proporción están casadas o unidas. Estas últimas representan aproximadamente el 85% de los informantes; esto es tanto en el conjunto formado por todos los Centros de Salud como en cada uno de tres Centros que se consideran por separado.

En relación a otras características que tienen las informantes, podemos ver en el mismo Cuadro 14 que en su mayoría son mujeres migrantes no-norteñas, siendo que la proporción de éstas varía entre un 64 y un 73% aproximadamente entre los tres Centros de Salud considerados y representan el 71% en el total de los 13 Centros de Salud ubicados en el área urbana de Tijuana. Esta distribución coincide muy de cerca con la composición mayoritariamente migratoria que tiene la población de Tijuana; sin embargo no deja de llamar la atención la muy baja proporción de informantes que son migrantes norteñas

(6.4% en el total de los Centros) y el hecho de que las nacidas en Baja California no exceden de una quinta parte en todos los casos.

Otro aspecto cercano al anterior, es la alta proporción de estas mujeres que tienen relativamente poco tiempo de vivir en Tijuana. Considerando el total de los casos, tenemos que poco más de la mitad de las informantes tienen menos de diez años de vivir en Tijuana. Por su parte al comparar los Centros de Salud, se tiene que casi en correspondencia con la antigüedad de la colonia donde se ubican, la proporción de mujeres con menos de diez años viviendo en Tijuana es mayor en las colonias más nuevas, como en el caso de Otay.

A manera de resumen sobre las características del informante como encabezante de los grupos de usuarios colectivos de los servicios de los Centros de Salud, podemos decir que se trata principalmente de mujeres que, a su vez, desempeñan el rol de "responsables de la salud familiar". Son en una gran proporción mujeres jóvenes y de edades maduras que oscilan entre los 21 y los 45 años de edad; son principalmente casadas o unidas; una gran proporción de ellas nacieron en los estados del centro y sur del país, y casi en la mitad de los casos han vivido menos de 10 años en Tijuana.

c) ¿Qué servicios se utilizan principalmente?

Finalmente, se presenta información sobre los motivos por los que las personas acudieron a los Centros de Salud y así poder identificar los servicios que comúnmente son utilizados. Cabe hacer notar que en una misma visita pueden haberse utilizado más de un solo servicio, ya sea por parte de una misma persona o por las distintas personas de un grupo. La encuesta recogió información sobre estos varios usos y en el Cuadro 14 se presentan algunos resultados referidos al tipo de servicios que el o la informante declaró haber usado ella y/o sus acompañantes, en caso de haber acudido en grupo.

Como podemos observar en este Cuadro las personas acudieron a consulta médica y/o hacerse análisis clínicos en aproximadamente 52% del total de casos; y fueron a llevar a menores de edad también a consulta con el médico y/o hacerles análisis clínicos en el 48% del total de los casos. Es interesante observar que este último motivo por el que se acudió al Centro de Salud representa el 82% del total de los casos en la colonia Herrera. En los otros dos Centros de Salud al parecer hay más diversidad en el tipo de servicios que son utilizados por parte de la población, aunque no deja de llamar la atención el nivel tan bajo en que los otros servicios son utilizados (Véase primer rubro del Cuadro 14).

El uso de los servicios de salud tan concentrado que se da en estas dos grandes categorías de servicios nos impide ir más allá en el análisis de la utilización de los servicios de salud en general. Para ello se necesitaría haber una desagregación más fina de las categorías de uso, lo cual puede ser verdaderamente abrumador ya que nos obligaría a considerar las distintas áreas de la salud que abarcan los servicios que ofrece la Secretaría de Salud, a través de sus centros comunitarios. Más importante que esto es que tal ejercicio nos alejaría con mucho de los objetivos analíticos que se ha propuesto el presente estudio. Por lo cual, un análisis más detallado del uso de los servicios de salud se desarrolla en los apartados subsiguientes pero únicamente referido al área de los servicios de salud reproductiva.

3.- Utilización de los Servicios de Salud Reproductiva Entre Mujeres en los Centros de Salud

3.1.- Algunas características del uso que hacen las mujeres de los servicios de salud

a) Modalidades de uso y demanda de los servicios

La encuesta realizada en los Centros de Salud presenta información acerca de las características sociales y demográficas de un total de 1.822 mujeres mayores de 14 años de edad que acudieron a los Centros en busca de algún tipo de servicio. Esta fuente también incluye información sobre el uso que estas mujeres alguna vez han hecho de los servicios de salud reproductiva que son ofrecidos por la Secretaría de Salud, a través de sus trece distintos Centros urbanos. Es con base en esta información que a continuación se analiza el perfil de uso de los servicios de salud reproductiva entre las mujeres que son usuarias activas de los servicios que en lo general ofrecen los Centros de Salud en Tijuana.

El apartado anterior de este mismo estudio nos permitió darnos cuenta que una gran proporción de las mujeres entrevistadas en los Centros de Salud se autoidentifican como "responsables de la salud familiar" y, conforme a esto, varias de ellas declararon haber acudido a los Centros de salud para llevar o acompañar a alguna otra persona, frecuentemente niños y, en menor medida, ancianos para su atención en la consulta médica, realizarse análisis de laboratorio, o bien recibir algún otro tipo de servicio. Debido

a esto, la asistencia de las mujeres a los Centros de Salud en calidad de pacientes o usuarias de los servicios puede adoptar dos modalidades: 1) como usuaria individual, o 2) como usuaria que forma parte de un colectivo, generalmente familias que, durante una misma visita al Centro de Salud pueden utilizar más de un servicio para ella o bien otra persona. Un ejemplo de esto último es el uso del servicio de vacunas por parte de los niños, acompañados por su madre y el uso del servicio de planificación familiar por esta última, durante una misma visita.

Considerando ambas modalidades, en esta ocasión el análisis se centra en el uso de los servicios de salud reproductiva que alguna vez han hecho las mujeres que fueron entrevistadas en los Centros de Salud. Concretamente nos interesa conocer la frecuencia con que las mujeres acuden a los Centros de Salud para recibir atención en esta área y, por lo mismo, solicitan ser atendidas al respecto como primera razón de su visita a los Centros de Salud. También nos interesa conocer la frecuencia con que el personal médico de los Centros de Salud recomiendan a las mujeres utilizar los servicios de salud reproductiva, o bien las refieren a este tipo de servicios para su atención, en caso de ser necesario, a pesar de que ellas hayan acudido y solicitado ser atendidas -ellas mismas o sus acompañantes- en otras áreas de la salud.

Además del interés que en sí mismo tiene conocer estos dos aspectos en la prestación de servicios en el área de la salud reproductiva, esta información nos permite aproximarnos al conocimiento empírico sobre la relación que hay entre el hecho de que las mujeres acudan en gran número a los Centros de Salud y el que éstas atiendan su salud reproductiva, mediante el uso que hacen éstas de los respectivos servicios de salud que ofrecen los Centros. Igualmente, nos da una idea de la importancia que puede estar teniendo el rol del personal médico en la difusión sobre el conocimiento y uso de este tipo de servicios entre la población femenina que acude a los Centros de Salud. Finalmente, conocer esto también nos da la posibilidad de contar con una medida alternativa a las estadísticas hospitalarias acerca de la puesta en práctica de una disposición interna de la propia Secretaría -Jurisdicción Sanitaria N° 2-, acerca de la "obligación" que se nos informó tiene el personal médico de informar, recomendar y, en caso necesario, referir a todas las mujeres en edades reproductivas y postreproductivas a los servicios de salud reproductiva, conforme lo amerite cada uno de los casos.

Con esta idea en mente y a partir de la información disponible en la encuesta de los Centros de Salud se presentan algunos resultados al respecto en el Cuadro 15. Este muestra la frecuencia en que cada uno de los distintos tipos de servicios de salud fueron solicitados, por parte de las mujeres. También se presentan las frecuencias en que los

servicios de salud reproductiva fueron usados como resultado de las recomendaciones del personal médico o bien porque las mujeres fueron directamente referidas a tales servicios, habiendo estas últimas entrado a recibir atención en alguna otra área.

Con relación al primer punto, es interesante observar que a pesar del gran número de mujeres que acuden a los Centros de Salud es muy baja la demanda de los distintos servicios de salud reproductiva ya que, como podemos ver en el Cuadro 15 es baja la frecuencia en que las mujeres solicitan utilizar este tipo de servicios de salud. Conforme la información del cuadro tenemos que aún considerando la suma de las frecuencias de los cuatro distintos tipos de servicios de salud reproductiva se tiene una demanda de apenas un 20.2%, la cual está muy por debajo de la correspondiente a la solicitud del servicio de consulta general (49.8%) e incluso ligeramente por debajo de la demanda que tiene el servicio de vacunas y control del niño sano (21.2%). Esta situación puede apreciarse de manera gráfica en la Figura 16. Un dato adicional importante de ser considerado respecto a estos resultados es que con frecuencia son los hijos u otros familiares de las mujeres quienes entran a la consulta general y las mujeres sólo acompañan a estos últimos como corresponde a su papel de "responsables de la salud familiar".

Al considerar la demanda desagregada de los servicios de salud reproductiva se observa una situación preocupante ya que además de ser muy baja la frecuencia global en que las mujeres solicitan este tipo de servicios, es prácticamente nula la demanda en ciertas subáreas de la salud reproductiva; tal es el caso del servicio en enfermedades de transmisión sexual que, durante la encuesta ninguna mujer solicitó ser atendida al respecto. Por su parte, planificación familiar es al parecer el servicio de salud reproductiva más solicitado, pero incluso en este caso llama poderosamente la atención el relativo bajo nivel de su demanda por representar sólo el 11% de la demanda del total de los servicios de salud.

Ahora bien, respecto a la frecuencia en que el personal médico recomienda o bien refiere a las mujeres a los servicios de salud reproductiva los datos presentados, en los renglones también del Cuadro 15, nos indica lo siguiente. Al parecer la mayor frecuencia de casos en que las mujeres son referidas a alguno de los servicios de salud reproductiva, o bien se les recomienda acudir a alguno de estos servicios, se da justamente cuando éstas han acudido para ser atendidas en esta misma área. En otras palabras, es más frecuente que habiendo solicitado algún tipo particular de servicio de salud reproductiva que el personal médico refiera a las mujeres a otro servicio en esta misma área, que cuando las mujeres solicitan servicios en algún área distinta.

De modo que del total de las mujeres que utilizaron los servicios de salud reproductiva entre el 48 y el 97% de ellas recibió alguna recomendación para volver a usar el mismo tipo de servicio en el futuro o acudir a algún otro de la misma área; o bien fueron directamente referidas a un servicio distinto pero también relacionado con la salud reproductiva. En cambio esta situación sólo se presentó entre el 11 y el 33% de los casos en el grupo de mujeres que solicitaron atención para ellas u otra persona en otras áreas de la salud.

Así por ejemplo, entre el total de las mujeres que solicitaron el servicio de planificación familiar aproximadamente al 37% de ellas les fue recomendado utilizar nuevamente este mismo tipo de servicio más adelante; a casi el 39% se les recomendó utilizar o bien fueron directamente transferidas al servicio de detección oportuna del cáncer; al 4.2 y al 1.6% de ellas, respectivamente se les recomendó o fueron transferidas a control del embarazo y atención post-partum; en tanto que al 3.1% de estas mujeres les fue recomendado o fueron transferidas a los servicios en enfermedades de transmisión sexual. Por comparación, del total de las mujeres que solicitaron para ellas o bien para alguna otra persona el servicio de consulta general, sólo un 33.2% de ellas fueron referidas o bien se les recomendó utilizar alguno de los servicios de salud reproductiva que ofrecen los mismos Centros de Salud. Esta proporción se compone así: el 10% fue referida o le fue recomendado usar el servicio de planificación familiar; un 12% de ellas fue referida o se le recomendó usar el servicio de detección oportuna del cáncer; 5.2 y 2.6, respectivamente los servicios de control del embarazo y atención post-partum; mientras que un 3.5% de las mismas fueron referidas o bien se les recomendó usar el servicio de enfermedades de transmisión sexual.

La importancia de lo anterior radica, entre posibles cosas, en la oportunidad de conocer en qué medida el personal médico de los Centros de Salud están fungiendo: 1) como agentes difusores de información acerca de la disponibilidad de servicios de salud reproductiva dentro de los mismos Centros; y 2) como agentes canalizadores de la población femenina para que ésta se beneficie con este tipo de servicios.

El papel que tienen o pueden tener los prestadores de servicios en la difusión de información y el acceso a los servicios de salud reproductiva es fundamental. Durante la realización de las entrevistas en profundidad a un grupo post-seleccionado de estas mismas mujeres pudo constatar que de manera común las mujeres dicen no saber que se den servicios de salud reproductiva en las unidades médicas de la Secretaría de Salud. En el mejor de los casos saben sobre el servicio de planificación familiar pero no así sobre enfermedades de transmisión sexual y prevención oportuna del cáncer. Esto es a pesar de que en varios casos se trata de usuarias activas de los Centros que acuden a ellos con

cierta frecuencia. También pudimos darnos cuenta que la población femenina identifica la labor de la Secretaría de Salud, mejor conocida como Salubridad, principalmente y, en ocasiones, únicamente por los servicios de medicina general, vacunas y control del niño sano.

b) Fuentes de información que manejan las mujeres

En relación también al importante tema de la información y la comunicación en la prestación de servicios de salud es de gran interés conocer el papel que tienen distintas fuentes de información en la difusión sobre la disponibilidad de los varios servicios que ofrece la Secretaría de Salud. Concretamente nos interesa conocer dónde obtienen las mujeres información, cuáles son sus fuentes de información.

Sobre el particular podemos darnos una idea cuando examinamos los datos que se presentan en el Cuadro 16 acerca de los servicios solicitados y los medios a través de los cuales las mujeres dijeron haberse enterado de la existencia de tales servicios. Como podemos observar las promotoras de salud y el personal médico de los Centros de Salud no son la principal fuente de información que citan las mujeres al respecto. Estos representan la fuente menos citada por las mujeres dado que únicamente un 11.3% de todas ellas declaró haberse enterado por este medio sobre la disponibilidad de los servicios de salud en los Centros. En cambio, son las redes informales de comunicación, vía los vecinos, parientes y amigos, la fuente más importante de información que declararon tener las mujeres acerca de la disponibilidad de los servicios que ofrece la Secretaría de Salud. Esta fuente concentra el 71% del total de casos. Le siguen en importancia los medios masivos de información como son la radio, los carteles o posters, la televisión, etc. Estos representan la segunda fuente de información en importancia para las mujeres con aproximadamente 22% del total de los casos.

Las distribuciones porcentuales que al respecto presentan las varias categorías de servicios solicitados muestran variaciones por arriba y por debajo de las cifras ya indicadas, sin embargo en ningún caso se modifica la relación que guardan entre sí las distintas fuentes en su importancia numérica. Si centramos nuestra atención únicamente en las categorías que corresponden a los servicios de salud reproductiva incluso podemos notar que el papel que tienen las redes informales de comunicación se acentúa. Así, este es el medio por el cual se enteraron el 79.2% de las usuarias del servicio de planificación familiar; el 75.3% de las usuarias del servicio de detección oportuna del cáncer, y el 74% de las usuarias de los servicios de control del embarazo y post-partum. El predominio

indiscutible que tienen en su conjunto amigas, vecinas y familiares en el conocimiento de las mujeres acerca de la disponibilidad de los distintos servicios de salud en los Centros de su colonia puede apreciarse más claramente en la Gráfica 17.

3.2.- Alguna Vez Usuarias de los Servicios de Salud Reproductiva en los Centros de Salud

Las mujeres entrevistadas en los Centros de salud fueron post-seleccionadas con el propósito de examinar más detalladamente su experiencia en el uso que alguna vez han hecho de los servicios de salud reproductiva en los Centros de Salud. La selección se hizo a partir de tener por lo menos una de las siguientes características: ser mayor de los 14 años de edad; haber estado alguna vez casada o unida; o haber tenido al menos un embarazo. De las 1.822 mujeres entrevistadas 1.679 quedaron seleccionadas y es sobre éstas que se describe el uso de los servicios de salud reproductiva en los Centros de Salud, durante la visita actual o bien en visitas anteriores a cualesquiera de los Centros de Salud.

a) Características sociales y demográficas de las alguna vez usuarias de los servicios de salud reproductiva

El Cuadro 17 presenta algunos datos sobre las características demográficas y sociales de las mujeres seleccionadas y sus respuestas acerca de haberse alguna vez sometido a la revisión ginecológica y la exploración de senos en alguno de los Centros de Salud en Tijuana. Con relación a sus características demográficas podemos ver, en la primera columna, que cerca de las tres cuartas partes de ellas se encuentran en edades reproductivas, concentrándose en las edades que van de los 20 a los 39 años en el 57% de los casos. Son fundamentalmente casadas o unidas (86.7%) y en el 96.3% de los casos han tenido al menos un embarazo. Se infiere un nivel intermedio de fecundidad, en correspondencia con su relativamente joven estructura por edad y a que más de la mitad de ellas declaró tener como máximo 2 hijos nacidos vivos y de las cuales un 6% no tienen hijos.

Sobre sus características sociales, vemos también en la primera columna del Cuadro 17 que el 78% de las mujeres carecen de seguridad social médica. Se trata de mujeres que en el 67% de los casos tienen por lo menos educación primaria y, entre éstas las hay con

educación post-primaria en casi un 43%. La gran mayoría (82%) declaró no estar trabajando a cambio de una remuneración económica; y del total de las que declararon sí estar trabajando 61% lo hacen como empleadas y casi un 27% como trabajadoras por cuenta propia. Sobre la participación laboral de estas mujeres no deja de llamar la atención la baja proporción de obreras (8%) entre las mujeres entrevistadas en los Centros de salud en una ciudad como Tijuana que tiene una alta participación femenina en la industria maquiladora. Esto último seguramente debido a que las trabajadoras en las maquiladoras acuden principalmente a los servicios respectivos que ofrece el IMSS vía su inserción laboral.

Tomando como referencia las distintas características demográficas y sociales de las mujeres se presenta información, también en el Cuadro 17 acerca de la utilización que han hecho éstas de los servicios de salud reproductiva en los Centros de salud. Concretamente se incluyen dos indicadores que consisten en la proporción de mujeres que declararon haberse sometido alguna vez a la revisión ginecológica vaginal y/o la exploración manual de senos en cualesquiera de los Centros de la Secretaría de Salud en Tijuana. Al respecto, se tiene que cerca del 40% de las mujeres declaran haberse hecho al menos una de estas dos revisiones ginecológicas en los Centros de la Secretaría de Salud. Esto, por supuesto no quiere decir que el porcentaje restante de mujeres no se hayan hecho también este tipo de pruebas en alguna otra institución de salud ya sea pública o privada.

En números absolutos son 668 mujeres las que declararon sí haberse sometido alguna vez a este tipo de revisiones en alguna de las instalaciones de la Secretaría de Salud. Es a partir únicamente de estas mujeres que se continúa con el análisis y se examina la relación de tal experiencia con algunas de las características sociales y demográficas de las mujeres.

En cuanto a la edad, podemos ver en la segunda columna del Cuadro 17 que las mujeres que sí han acudido a los Centros de Salud a hacerse ambos tipos de revisiones presentan la misma estructura por edad que el total de la población femenina en estudio; lo cual indica que no hay algún tipo de selectividad basada en la edad de las mujeres para acudir a los Centros de Salud a tales revisiones. Con relación al estado civil, hay un número relativo ligeramente mayor de casadas o unidas que se han sometido a estos exámenes en los Centros de Salud en comparación con el total de las casadas o unidas en la población estudiada; pero de manera opuesta es ligeramente menor el número relativo de divorciadas o separadas y de solteras que han acudido a los Centros para tales revisiones.

El número de hijos, aparentemente tampoco parece tener relación con el particular ya que sólo en el grupo de 3 a 4 hijos nacidos vivos se observa un porcentaje también un poco

mayor de mujeres que sí se han hecho las revisiones en los Centros de Salud en comparación con las mujeres de estas mismas edades en el total de la población estudiada. Esta misma situación se observa con relación a la disponibilidad de servicios de salud entre las mujeres. De manera que, con una ligera diferencia de 2.5 puntos porcentuales hay pocas más mujeres que carecen de seguridad social médica que han acudido a los Centros de salud para hacerse estas revisiones en comparación con las que tienen seguridad social.

En lo que la escolaridad se refiere, la información del mismo Cuadro 17 señala que, tomando como referencia a la población total en estudio, se observa un número relativo ligeramente más alto de mujeres con algún grado de educación primaria que acudieron a hacerse las dos revisiones ginecológicas en los Centros de Salud; en tanto que se da la relación inversa entre los grupos de mujeres con educación post-primaria. Esto sugiere que las pacientes que acuden a este tipo de servicios en la Secretaría de Salud son las de menor escolaridad.

Cuando se consideran la posición en el empleo entre las mujeres que declararon trabajar a cambio de una remuneración económica notamos también una proporción ligeramente mayor de empleadas y trabajadoras sin pago que han acudido alguna vez a hacerse la revisión ginecológica y/o de senos en los Centros de Salud, al compararlas con las correspondientes mujeres en el total de la población femenina en estudio; en tanto que en el grupo de obreras se da la situación opuesta (Véase Cuadro 17).

Finalmente, la importancia que del estatus de las mujeres en la jefatura del hogar sobre el uso de los servicios de salud reproductiva por parte de las mujeres parece operar en el siguiente sentido. Aparentemente es más frecuente que las mujeres acudan a los Centros de Salud para someterse a este tipo de revisiones cuando sus maridos son los que ostentan la jefatura familiar que cuando ellas son las jefas, ya que hay diferencias de aproximadamente 3 y 1 punto porcentuales, respectivamente, al compararlas con su contraparte en el total de las mujeres en estudio (Véase Cuadro 17).

b) Predominio de la revisión vaginal versus la exploración de senos

La realización de estos dos tipos de exploraciones en las mujeres en los Centros de Salud se lleva a cabo de manera muy desigual por ser notablemente más alta la proporción de mujeres a las que, alguna vez, les han realizado la revisión vaginal que las que se han hecho la revisión de glándulas mamarias. Esto lo podemos ver en los datos que se presentan en el Cuadro 18 sobre el particular. Mientras que suman 668 las mujeres a las

que se les ha hecho al menos una de estas revisiones ginecológicas, son 521 las que han pasado únicamente por la revisión vaginal y menos de la mitad (230) han sido examinadas únicamente de sus senos. Diferencia que no pudo ser explicada por las mujeres durante las entrevistas en profundidad.

Si comparamos las distribuciones por edad de ambos tipos de revisiones podemos ver, en las dos últimas columnas del Cuadro 18 que, como era de esperarse, tanto la revisión vaginal como la revisión de senos aumentan conforme aumenta la edad. La misma tendencia se da en las revisiones ginecológicas conforme aumenta el número de hijos nacidos vivos; en cambio ésto no se da en el caso de las revisiones de las glándulas mamarias. En este último caso, no parece haber una relación clara y son las mujeres sin hijos las que en mayor proporción han sido examinadas.

El uso actual de anticonceptivos señala una asociación directa entre el uso actual y el haberse hecho alguna vez una revisión vaginal; pero no así con la revisión de senos ya que no hay diferencia en la proporción de mujeres que se han hecho esta último tipo de revisión y estar actualmente usando o no algún método anticonceptivo por parte de las mujeres.

Por su parte, el estado civil de las mujeres parece también ser importante en la realización de estos dos tipos de exámenes en las mismas. Es interesante observar que si bien en todas las categorías de estado civil se tiene un número mayor de mujeres que se han hecho la revisión vaginal en comparación con la revisión de senos; la diferencia entre estos dos tipos de revisiones es mayor entre las solteras, con 53 puntos porcentuales a favor de la revisión vaginal versus la revisión de senos. Esto de alguna manera pudiera estar indicando la existencia de una mayor conciencia de parte de las mujeres acerca de la importancia que tienen las revisiones vaginales periódicas encaminadas a la detección temprana de problemas e infecciones del tracto vaginal, pero especialmente entre las solteras. Aunque también es posible que la diferencia que se observa entre mujeres solteras y mujeres alguna vez unidas exprese una situación generacional y no únicamente relacionada con el estado civil de las mujeres. Es de esperarse que las solteras sean más jóvenes que las mujeres en las otras categorías de estado civil.

c) Consulta a las mujeres acerca de sus preferencias en el uso de métodos anticonceptivos

Otro de los aspectos que es interesante examinar acerca del uso de los servicios de salud reproductiva se refiere a la información que sobre métodos anticonceptivos reciben las mujeres en los Centros de Salud: esto es particularmente acerca de la variedad y características que tienen los distintos métodos anticonceptivos disponibles en el mercado y en los Centros de Salud.

Con la intención de controlar las diferencias en las respuestas entre aquellas que usan y las que no usan anticonceptivos, se considera únicamente a la subpoblación de mujeres que dijeron alguna vez haber utilizado anticonceptivos. Un total de 447 mujeres respondieron de manera positiva y es sobre éstas que se presenta información en el Cuadro 18 sobre la información recibida acerca de métodos anticonceptivos en los Centros de Salud.

Las columnas centrales del Cuadro 18, diferencian entre el hecho de haber recibido información sobre los métodos y el que las mujeres hayan sido consultadas sobre sus preferencias a usar uno u otro tipo de método, durante su visita actual o pasada a cualesquiera de los Centros de Salud. Al considerar la edad, se tiene que son las mujeres menores de los 35 años y, en particular, las que tienen entre 25 y 29 años, las que declararon en mayor proporción haber sido informadas por el médico y/o la enfermera acerca de la variedad y características de los métodos disponibles. Son estas mismas mujeres las que también declaran en mayor proporción haber sido consultadas acerca de sus preferencias de uso de métodos anticonceptivos.

Sobre la importancia que pudiera tener el número de embarazos en el hecho de informar y consultar a las mujeres acerca de los métodos anticonceptivos, es interesante observar que son las mujeres sin hijos las que en una mayor proporción dicen haber sido informadas y consultadas al respecto en los Centros de Salud. Al parecer se trata principalmente de mujeres alguna vez casadas que no tienen hijos, ya que el peso relativo que pudiera estar teniendo en este último dato las mujeres solteras sin hijos, es mínimo según las distribuciones respectivas por estado civil de las mujeres. En el mismo Cuadro 18 podemos ver que en todas las categorías son comparativamente menores las proporciones de solteras que han recibido información sobre métodos anticonceptivos y que han sido consultadas sobre sus preferencias en el uso de los mismos. En todas las otras categorías de estado civil, la proporción de informadas es por lo menos del 60%, y la de las consultadas acerca de sus preferencias oscila entre el 40% entre las viudas y el 66% entre las actualmente casadas o unidas.

En el mismo Cuadro 18 podemos ver que el uso actual de métodos anticonceptivos también parece estar asociado a una mayor frecuencia de casos en que las mujeres han sido informadas y consultadas sobre sus preferencias de uso de métodos anticonceptivos.

d) Recomendaciones de las mujeres para mejorar los servicios de salud reproductiva

Con relación a la calidad y calidez de los servicios de salud reproductiva se incluye información acerca de las recomendaciones hechas por las mujeres para mejorar este tipo de servicios en los Centros de Salud. Al respecto se considera únicamente la información proporcionada por las mujeres que fueron entrevistadas inmediatamente después de haber sido atendidas en esta área de la salud durante su visita actual al Centro de Salud. En él se incluye información recabada para el conjunto de los 13 Centros de Salud y, por separado, para tres de estos Centros incluidos aquí a manera de ejemplo de situaciones extremas en sus condiciones según la capacidad técnica y médica instalada en los mismos. Se trata nuevamente del Centro de Salud de la colonia Otay que cuenta con las mejores condiciones; el Centro de salud de la colonia Herrera con condiciones intermedias y el Centro de salud de la colonia Obrera que tiene las peores condiciones.

A manera de introducción al complejo tema de las percepciones sobre la calidad y la calidez de los servicios de salud, el Cuadro 19 presenta las recomendaciones hechas por las mujeres para mejorar los servicios de salud reproductiva. Sobre el particular podemos ver que la categoría residual "otros" es en todos los casos la que presenta la proporción más grande de las recomendaciones dadas por las mujeres. Esta categoría incluye entre otras, recomendaciones tales como incluir servicios especializados dentales, oftalmología, psicología, etc.. Al margen de esta categoría, podemos ver que también en todos los casos, las recomendaciones individuales más frecuentes son primeramente el tener más médicos en los Centros de Salud con un 26% en el nivel total y entre el 23 y el 30% en los tres Centros de Salud aquí considerados. Le sigue la recomendación de mejorar las instalaciones y el equipo médico que se utilizan para la consulta. Esta última recomendación representa el 13.1% de casos en el conjunto de los Centros de Salud, aunque presenta significativas variaciones entre los tres Centros de Salud considerados por separado. Así, mientras en el Centro de Otay esta recomendación se da casi en un 16%, la misma es el doble en el Centro de la colonia Obrera. Situación que era de esperarse dadas las variaciones que hay en la capacidad instalada entre estos tres Centros de salud.

La segunda recomendación más importante, sin considerar la categoría residual, se da en el área de la comunicación. En un 11% del total de casos se recomienda que haya más información y mejor comunicación para con las pacientes. Esta misma recomendación se la hacen entre el 15 y el 22% de las mujeres que fueron atendidas en los tres Centros de Salud considerados aquí de manera individual. Por su parte las recomendaciones relacionadas con una demanda de mejor trato por parte del personal médico y del personal administrativo son comparativamente mucho mas bajas que las otras.

En la interpretación de estos resultados sería necesario tomar en cuenta que las recomendaciones hechas en torno a la capacidad técnica y médica instalada de los Centros de Salud son de una naturaleza cualitativa distinta a las recomendaciones sobre mejorar la información y la comunicación. Sin olvidar que existen importantes diferencias en este aspecto entre los 12 diferentes centros de salud, podríamos decir que el primer tipo de recomendaciones son de esperarse debido a las precarias condiciones que caracterizan a la infraestructura de la mayoría de los Centros de la Secretaría de Salud en Tijuana.

Sin embargo, este no es necesariamente el caso de las recomendaciones hechas en relación a la necesidad de contar con más información y mejorar la comunicación entre el personal médico y las pacientes. Si bien estamos concientes que también al respecto hay diferencias entre los varios Centros de Salud, éste es un aspecto de la prestación de servicios que sería más fácil y seguramente menos costoso para ser considerado por las autoridades de la Secretaría de Salud. La importancia de esta recomendación para mejorar la calidad y la calidez del servicio en los Centros de Salud también fue evidenciada al encontrar que no es el personal médico y paramédico de los Centros de Salud quienes están siendo los que principalmente informan a las mujeres sobre la disponibilidad de servicios de salud reproductiva. Por el contrario, pudimos observar que los Centros y su personal son la fuente menos importante que manejan las mujeres en materia de información y comunicación en esta área importante de la salud de las mujeres.

De modo que siguiendo las recomendaciones hechas por las mujeres en este sentido, es importante no sólo mejorar la capacidad técnica y médica instalada de los Centros de Salud, sino también y muy especialmente la información y la comunicación en los servicios de salud reproductiva que son ofrecidos por la Secretaría de Salud, a través de sus distintos Centros ubicados en colonias del área urbana de Tijuana.

4.- Conocimiento y Uso de los Servicios de Salud Reproductiva Entre Mujeres "Responsables de la Salud Familiar" en los Hogares de Distintas Comunidades Urbanas de Tijuana

En el apartado anterior hemos podido observar que a pesar de que las mujeres acuden en gran número a los Centros de Salud es muy baja la demanda que éstas hacen de los servicios de salud reproductiva ofrecidos en los Centros. En el interés por contribuir a un conocimiento más amplio al respecto, a continuación se presenta una descripción de algunas de las características que presenta la utilización de los servicios de salud reproductiva entre las mujeres de los hogares de la población abierta en el área urbana de Tijuana. Se parte de la experiencia que al respecto tienen únicamente las mujeres que en la encuesta de hogares se autoidentificaron como "responsables de la salud familiar" y que, en su inmensa mayoría, son cónyuges de los jefes varones de los hogares o bien son jefas de hogar.

Partir de la experiencia de estas mujeres constituye una limitación del análisis en cuanto a la representatividad del total de las mujeres tijuanaenses. No obstante esto, se recurre a esta estrategia de análisis por permitimos centrar la atención en la condiciones de las mujeres en los hogares y no precisamente en las mujeres a nivel individual. Se considera que las mujeres que declararon ostentar el rol de "responsables de la salud familiar" constituyen agentes sociales claves para acercarnos al conocimiento de la situación que sobre el particular prevalece en los hogares de Tijuana. El conocimiento de su comportamiento respecto al uso de los servicios de salud reproductiva nos ilustra sobre el "uso mínimo" que se da entre las mujeres a nivel de los hogares en esta área de la salud. Se parte del supuesto que las mujeres "responsables de la salud familiar" van a influir en el comportamiento que pueden tener otras mujeres en los hogares, por ser quienes, a su vez, ocupan las posiciones de jefas de hogar o bien de cónyuges de los jefes varones del hogar y, muy probablemente, también sean mayoritariamente las madres de niñas y otras mujeres -adolescentes o adultas- que se encuentran viviendo en los hogares. En correspondencia, es de esperarse que estas mujeres fungan como educadoras familiares sobre la salud en general y, en particular, en cuanto al conocimiento y cuidado del cuerpo de las mujeres. Asimismo, suponemos que éstas son trasmisoras -verbales y a través del ejemplo- de ideas y actitudes acerca de la importancia que tiene el cuidado de la salud y el hecho de acudir o no a los servicios de salud y especialmente de salud reproductiva entre las distintas mujeres de los hogares-familiares.

Con esta idea en mente y con propósitos comparativos se considera información por separado para tres comunidades preseleccionadas del área urbana de Tijuana, además del

total de la ciudad. La fuente de información es la encuesta de hogares sobre percepciones acerca de la calidad y la calidez de los servicios de salud reproductiva en los centros de la Secretaría de Salud.

4.1.- Heterogeneidad social de las comunidades urbanas

a) Diferencias sociales entre los hogares

Si bien es posible afirmar que los hogares de la población abierta tienden a tener condiciones socioeconómicas y de seguridad social médica por debajo de los niveles respectivos del total de los hogares tijuanaenses, ésto no quiere decir necesariamente que exista homogeneidad al respecto entre el primer tipo de hogares. Lejos de ello, el acelerado crecimiento demográfico de Tijuana ha conducido a que en todo el municipio se den asentamientos humanos con calidades muy disimiles en su pavimentación, alcantarillado, alumbrado público, agua y la disponibilidad de otros servicios urbanos. Igualmente, algunos de estos asentamientos por la manera y tiempo en que fueron formados agrupan personas que, a grosso modo, tienden a tener características económicas, sociales, orígenes migratorios y tiempos de residencia en la localidad muy diferentes entre sí.

Con el fin de analizar algunas de estas variaciones entre los hogares y las mujeres que viven en ellos se presenta información para tres diferentes comunidades urbanas que corresponden a las ya anteriormente incluidas en el estudio y que son: las colonias Otay, Herrera y Obrera. Se trata de comunidades preseleccionadas en función de las características que, a su vez, presentan los Centros de Salud ubicados en cada una de ellas y que, como indicamos, se refieren a sus diferentes calidades en su infraestructura técnica y médica instalada. Vale mencionar que ninguna de estas colonias pueden ser consideradas como de las mejores en la ciudad; en cambio corresponden a zonas de grupos socioeconómicos medio, intermedio y bajo, por identificarlas de alguna manera.

Un primer dato sobre tales diferencias entre comunidades urbanas tijuanaenses se refiere a la frecuencia en que los hogares alguna vez han utilizado los servicios que ofrecen los Centros de la Secretaría de Salud. En el Cuadro 20 podemos ver que, mientras que el 73% del total de los hogares de la población abierta de Tijuana declararon alguna vez haber utilizado dichos servicios, la proporción de hogares en esta misma situación llega a ser 91% en Otay; pero baja a 67% en la colonia Herrera. Las diferencias que existen entre los hogares de la población abierta de distintas comunidades se expresan incluso en el uso que

hacen de los servicios de salud ofrecidos por otro tipo de instituciones. A manera de ejemplo, en el mismo Cuadro 20 podemos ver que la proporción de hogares en que las mujeres declararon haber utilizado alguna vez servicios de salud en el estado de California en el país vecino oscila entre el 11% en la colonia Herrera y el 20% en los hogares de Otay.

La heterogeneidad entre los hogares de la población abierta también se aprecia en las condiciones sanitarias de sus viviendas. Al respecto podemos comparar en el Cuadro 21 algunas de las características de las viviendas entre las mismas tres comunidades. Nótese que mientras aproximadamente 48% de las viviendas de la colonia Obrera no tienen drenaje, este tipo de viviendas no excede del 16% en las otras dos comunidades. Una situación similar se da respecto a la disponibilidad de agua entubada en las viviendas de las tres comunidades. Al respecto es evidente la mayor precariedad de la colonia Obrera por tener un alarmante 45% de viviendas sin agua entubada, frente al 13 y 11% de viviendas sin agua entubada en Otay y la colonia Herrera, respectivamente. De igual modo, véase que el número de viviendas sin excusado en la colonia Obrera es más del doble que en la Herrera y casi ocho veces más que en Otay.

El hacinamiento dentro de las viviendas es otro indicador de las condiciones sanitarias que prevalencen en los hogares. Como una aproximación, también en el Cuadro 21, podemos ver que hay más viviendas en las que la cocina también es utilizada para dormir en la colonia Obrera que en Otay y en la Herrera.

En general, los datos apuntan hacia una mejor situación sanitaria de las viviendas en las colonias Otay y La Herrera, mientras que la precariedad de la colonia Obrera es evidente con mucho. Esto coincide con el estatus de mayor a menor calidad en la infraestructura técnica y médica instalada en los Centros de Salud ubicados en cada una de estas comunidades.

Tomando como referencia las diferencias anteriores entre comunidades, es ahora pertinente examinar algunas de las características sociales de las mujeres que viven en los hogares de la población abierta de estas mismas comunidades. En este sentido un primer aspecto relevante se refiere a la participación de las mujeres en la toma de decisiones en materia de salud en los hogares, según reportan las propias mujeres.

A la pregunta de quién o quiénes deciden qué hacer cuando alguien se enferma en el hogar se obtuvieron las siguientes respuestas. En el nivel del total de los hogares el 84% de las mujeres dijeron ser ellas mismas las que toman las decisiones; cerca de un 15% declaró

que es el cónyuge o bien ambos miembros de la pareja quienes toman las decisiones y sólo en el 1.0% es alguna otra persona (Véase Cuadro 22).

Al comparar la situación que se da entre las tres comunidades por separado, se observa una interesante variación en la proporción de mujeres que declaran ser ellas mismas versus el cónyuge o a la pareja quien toma las decisiones en materia de salud. Estas variaciones pueden apreciarse de mejor manera en las Gráficas 18 y 18 bis. En todos los casos son las mujeres quienes principalmente toman este tipo de decisiones en los hogares, aunque la proporción en que se da varía. Sobresale el caso de la colonia Herrera en que el 95% de las mujeres "responsables de la salud familiar" toman las decisiones al respecto; le sigue la colonia Obrera con un 84% de casos de mujeres en la misma situación y después Otay donde la proporción baja al 65%. Es en esta última comunidad donde se da una relativa mayor participación del cónyuge y de ambos miembros de la pareja en la toma de decisiones sobre la salud familiar.

Al contrastar los resultados con el hecho de que sean las mujeres quienes mayoritariamente se autodefinen como "responsables de la salud familiar", se observan dos aspectos que parecen contradictorios que sólo a través de la investigación cualitativa podrían ser aclarados; como pudimos darnos cuenta en una fase posterior de este mismo estudio y cuyos resultados se presentan en otro trabajo de esta misma autora (Ojeda, 1997). Por un lado, es posible deducir que las mujeres tienen una alta autoridad en este terreno sobre la toma de decisiones y la implementación de acciones respecto a la salud familiar. Pero, por otra parte, la alta participación de las mujeres en la toma de este tipo de decisiones pudiera también estar reflejando una situación adversa para las mujeres por darse como resultado de una recíproca menor atención y participación de los varones en las cuestiones de la salud de la familia, principalmente en lo que se refiere a la salud de los niños y los ancianos, por considerarlo como un "asunto de mujeres". De manera que si esta última interpretación fuera la correcta, los resultados obtenidos para las tres comunidades estarían indicando una situación de mayor equilibrio entre ambos miembros de la pareja frente a la toma de decisiones sobre la salud familiar en los hogares de la colonia Otay en comparación con lo que sucede en las otras dos comunidades. En estas últimas, las mujeres son las que, al parecer, llevan principalmente la responsabilidad de la atención y cuidado de la salud familiar sin que necesariamente sean apoyadas por el cónyuge.

b) Diferencias sociales entre las mujeres

Respecto a las características sociales y demográficas que tienen las mujeres de las distintas colonias, la información que se presenta en el mismo Cuadro 22 nos permite ver algunas diferencias que apuntan en lo general hacia condiciones de mayor desventaja entre las mujeres de la colonia Obrera, en comparación con las mujeres en Otay y la colonia Herrera.

Esto se puede apreciar tanto en materia de seguridad social como en cuanto a la escolaridad de las mujeres. Respecto al primer aspecto, se tiene que, en general, hay una alta proporción de mujeres que carecen de seguridad social médica, pero especialmente en la Obrera donde éstas representan casi el 68% frente al 59% en las otras dos colonias. En lo que a escolaridad se refiere, si bien el número relativo de mujeres con cero años de escolaridad es prácticamente el mismo en las colonias Obrera y Otay, hay una mayor proporción de mujeres con al menos un año de escolaridad en Herrera y Otay que en la Obrera.

También en el mismo Cuadro 22, podemos ver que si bien no hay mucha diferencia entre las tres comunidades en cuanto al porcentaje de mujeres que trabajan en el mercado laboral, éstas presentan marcadas diferencias en cuanto a la posición en el empleo. Las diferencias se dan principalmente entre el número de mujeres que trabajan por cuenta propia y las que lo hacen como empleadas. Es notable la mayor proporción de mujeres en la Obrera que trabajan por cuenta propia y en condiciones de menor estabilidad laboral que en las otras dos comunidades; este tipo de trabajadoras es casi el doble en la Obrera con relación a Otay y casi cinco veces más respecto a la colonia Herrera. En cambio, hay más mujeres que trabajan como empleadas en Otay y Herrera, ya que el número de empleadas en la colonia Obrera es la mitad de las de Otay y menos de un tercio de las de la Herrera.

Otro rasgo que importa considerar se refiere a la proporción de mujeres que desempeñan el rol de jefas de hogar en las tres comunidades. Su comparación nos permite ver que estas mujeres son más numerosas en términos relativos en la colonia Otay con un 31.1% de los casos, seguidas de sus cónyuges como jefes del hogar quienes representan el 64. La proporción de jefas en los hogares de la Herrera también es importante ya que constituyen casi un 25%, a diferencia de la Obrera donde son menos del 7%.

Estos últimos resultados indican por una parte, una mayor participación de mujeres en el estatus de jefas y, por lo mismo de autoridad en los hogares de Otay y la Herrera. Y, por otra parte, estos mismos resultados indican una mayor nuclearización de los hogares en Otay. La distribución de los jefes de hogar, según la relación de parentesco, sugiere la

presencia de hogares casi exclusivamente de tipo nuclear en Otay, por estar éstos jefaturados ya sea por uno o bien ambos miembros de la pareja; en cambio en la Obrera pero principalmente en la colonia Herrera se infiere una mayor presencia de hogares de tipo compuesto donde hay un mayor número de hogares jefaturados por "otro pariente".

Por último, los datos sobre nupcialidad y fecundidad de las mujeres aquí incluidas, indican la presencia de algunas sutiles diferencias que apuntan hacia mejores condiciones también entre las mujeres de Otay. Estas últimas tienen una estructura marital que sugiere mayor estabilidad conyugal; lo mismo que una menor proporción de mujeres con paridades por arriba de los cuatro hijos.

En cuanto a la estructura marital, nótese que si bien a grosso modo las tres comunidades son muy similares en cuanto al predominio de las casadas o unidas, el desglose de las categorías de estado civil indica una relativa mayor proporción de uniones consensuales entre las mujeres de la Obrera y la Herrera.

Estos resultados en su conjunto son una muestra de la heterogeneidad social que prevalece entre los hogares de la población abierta y entre las mujeres "responsables de la salud familiar" en dichos hogares en las distintas comunidades urbanas de Tijuana. Heterogeneidad que es importante de considerar respecto de la utilización que hacen las mujeres de los servicios de salud reproductiva en los Centros de Salud, ya que pudiera estar influyendo de alguna manera sobre el acceso a los Centros de Salud y el comportamiento de las mujeres en el uso de los servicios que en ellos son ofrecidos, especialmente en los que al área de la salud reproductiva se refiere.

4.2.- Conocimiento y Uso de los Servicios de Salud Reproductiva Entre Mujeres de Comunidades Distintas

a) Conocimiento de los Centros de Salud

Durante la fase piloto de la encuesta de hogares se puso de manifiesto la importancia que tiene distinguir entre el conocimiento que tienen las mujeres de los servicios que se ofrecen en el Centro de Salud de su colonia versus los servicios ofrecidos en otros Centros de la misma Secretaría de Salud en la ciudad. Asimismo, pudo constatar el uso intensivo de determinados Centros de Salud, como en el caso del Centro de salud N° 1, mejor conocido como "Bomberos" -por encontrarse frente a la estación central de

bomberos- al que acuden personas de todos los puntos de la ciudad; en comparación con otros menos utilizados por los vecinos de la misma comunidad.

Por considerar que este aspecto pudiera estar afectando de alguna manera la utilización de los servicios de salud reproductiva, por parte de las mujeres en las distintas colonias, se consideró conveniente incluirlo en la encuesta. Cabe mencionar, que los 12 distintos Centros de salud encuestados ofrecen los mismos servicios que, en ese entonces, quedaban comprendidos dentro del Programa de Salud Materno-Infantil de la Secretaría de Salud.

Así, a las preguntas, por separado, de si se conoce el Centro de salud de su colonia y si conocen al menos uno de los distintos Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, se obtuvieron las siguientes respuestas. Para el nivel de todo Tijuana, aproximadamente el 84% de las mujeres declararon conocer algún Centro de Salud en Tijuana, pero sólo el 63% de ellas dijeron conocer el Centro de Salud de su colonia (Véase Cuadro 23).

Con relación a las características de las mujeres que pudieran estar influyendo sobre su conocimiento de los Centros de Salud, la información del mismo Cuadro 23 nos indica que, en términos generales, hay una relación directa entre la edad y el tiempo de vivir en Tijuana con el hecho de conocer los Centros de Salud en Tijuana. De modo que conforme las mujeres son más jóvenes hay una menor proporción de ellas que conocen los Centros de Salud incluyendo el de su colonia. De igual forma, conforme las mujeres tienen menos tiempo de vivir en Tijuana es menor la proporción de ellas que dicen conocer los Centros de Salud, pero en especial el de su colonia. Esta relación es más clara a las edades menores de los 40 años en las mujeres y durante los primeros 14 años de residencia en Tijuana.

La proporción de mujeres "responsables de la salud familiar" que declaran conocer el Centro de Salud de su colonia va a variar entre las distintas comunidades. Tomando nuevamente los ejemplos de las comunidades de Otay, Herrera y Obrera, en el Cuadro 24 vemos que la proporción de mujeres que conocen el Centro de Salud de su colonia es relativamente alto y varía de aproximadamente del 67% en Herrera al 83% en la colonia Obrera. Ahora bien, al comparar este resultado con los correspondientes acerca de la utilización de los servicios en cualesquiera de los Centros de Salud en toda Tijuana se presenta una situación aparentemente contradictoria. Mientras la colonia Herrera tiene el nivel más bajo de utilización de los servicios en todos los casos, resulta que es Otay y no

la colonia Obrera, como se hubiera pensado, donde se utilizan más los servicios de los Centros de Salud ubicados en otras colonias de Tijuana.

b) Frecuencia de uso de los distintos programas de salud reproductiva

Ahora bien, en lo que se refiere al conocimiento y uso de los servicios de salud reproductiva entre las mujeres de las distintas comunidades, los resultados obtenidos indican una situación preocupante. En una situación similar a la que se observó antes, entre las mujeres que fueron entrevistadas en los Centros de Salud, es de llamar la atención el nivel tan bajo con que se da la frecuencia de uso de los servicios de salud reproductiva entre las mujeres "responsables de la salud familiar" en los hogares de la población abierta de Tijuana. Esto es, a pesar de la relativa alta proporción de mujeres que declararon conocer al menos un Centro de Salud, e incluso de la proporción también alta de mujeres con hogares donde se han utilizado los servicios de salud de los Centros.

La información que se presenta también en el Cuadro 24, indica una amplia brecha entre el hecho de haber escuchado versus el de haber utilizado los distintos servicios de salud reproductiva, por observarse diferencias muy amplias entre ambos aspectos que, de manera sistemática se repiten tanto en el nivel total de Tijuana como en cada una de las comunidades incluidas. En el nivel de toda Tijuana, mientras aproximadamente el 86% de las mujeres dicen haber escuchado sobre el servicio de planificación familiar en los Centros de Salud, únicamente el 14% de ellas declaran haber utilizado este servicio. Y no se diga sobre otros servicios de salud reproductiva menos conocidos como es el caso de las enfermedades de transmisión sexual. Cerca del 70% de las mujeres "responsables de la salud familiar" en los hogares de la población abierta de Tijuana dicen haber escuchado sobre este tipo de servicio de salud, pero sólo un 3% de ellas alguna vez lo han utilizado.

Una situación similar a la arriba descrita se presenta al examinar las distribuciones porcentuales respectivas en todas y cada una de las comunidades incluidas, ya que si bien hay variaciones en la brecha que hay entre haber escuchado y haber utilizado cada uno de los distintos tipos de servicios de salud reproductiva, al comparar a las comunidades tales variaciones no modifican el sentido general de la interpretación hecha a partir de los resultados obtenidos para el total de Tijuana.

En todo caso, es importante señalar el uso diferencial que se observa, entre las comunidades, de los varios servicios de salud reproductiva. Por ejemplo, mientras en Otay la planificación familiar es utilizada únicamente en un 6% de los casos; el uso de este

mismo tipo de servicios es más del doble por parte de las mujeres en la Herrera y la Obrera. Igualmente es interesante ver que el número relativo de mujeres en la colonia Obrera que han sido atendidas en el programa de atención oportuna del cáncer es más del doble que el correspondiente número de mujeres atendidas en este mismo programa en las colonias Otay y Herrera. De manera similar, aunque a un menor nivel, son más las mujeres que han sido atendidas en control del embarazo en la Obrera que en las otras dos colonias.

A modo de resumen podemos decir que es muy baja la frecuencia con que se utilizan todos y cada uno de los distintos servicios de salud reproductiva entre las mujeres "responsables de la salud familiar" en los hogares de la población abierta de Tijuana. Esta baja frecuencia de uso de este tipo de servicios de salud en los Centros de la Secretaría presenta importantes variaciones conforme se trata de una u otra comunidad urbana. De las tres comunidades analizadas por separado, se tiene que son las mujeres de la colonia Obrera las que utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud reproductiva ofrecidos por el Centro de Salud de la colonia, tanto de manera global como cada uno de los programas que son ofrecidos. Les siguen de mayor a menor frecuencia de uso de este tipo de servicios las mujeres de la colonia Herrera y por último las de la colonia Otay. Situación que a la luz de los resultados obtenidos acerca de la heterogeneidad social prevaleciente en las condiciones sociales de los hogares y de las mujeres entre comunidades, es posible suponer que está relacionada con las condiciones de mayor vulnerabilidad social de los hogares y las mujeres de la colonia Obrera en comparación con las otras dos comunidades.

c) Proveedores alternativos y uso de servicios de salud reproductiva

Frente a la baja demanda de los servicios de salud reproductiva una pregunta que se antoja es la de a dónde acuden las mujeres que declaran nunca haber utilizado este tipo de servicios en los Centros de la Secretaría de Salud. En el interés por dar respuesta a esta interrogante se presenta información al respecto en el Cuadro 25 y en la serie de Gráficas 19 y 19 bis. Para el total de estas mujeres en Tijuana la información del Cuadro nos deja ver una distribución muy concentrada de la demanda alternativa de este tipo de servicios, por ser principalmente dos los lugares a los que estas mujeres acuden para ser atendidas que son: la medicina privada en un 35% y el conjunto de otras instituciones públicas de salud, distintas a los Centros comunitarios de la Secretaría de Salud, en un 34% del los casos. Estas mujeres también acuden a otras unidades de salud como los dispensarios y

los consultorios homeopáticos, aunque en una proporción muy pequeña ya que considerados de manera conjunta absorben apenas un 3% de la demanda total. Existen otros lugares a los que las mujeres acuden en busca de servicios de salud reproductiva, como lo indica el 7.6% correspondiente a la categoría "otros". El dato más importante, sin embargo es el de que una quinta parte del total de las mujeres declara acudir con nadie para atenderse de sus necesidades en esta área de la salud; lo cual abre otra interrogante que queda abierta acerca de qué hacen estas mujeres para cuidar o bien curar su salud reproductiva.

La comparación entre comunidades nos permite darnos cuenta de algunas variaciones en la frecuencia con que las mujeres buscan ser atendidas en sus necesidades de salud reproductiva en lugares distintos a los Centros de Salud comunitarios. La información que se presenta también en el Cuadro 25 indica algunas variaciones al respecto entre las tres comunidades que son importantes de ser señaladas. Primeramente, nótese que entre el 76.2 y el 85.5% de las mujeres de estas tres comunidades declaran que nunca se han sometido a una revisión ginecológica vaginal y/o de glándulas mamarias en los Centros de la Secretaría de Salud. De modo que se trata de una proporción importante en todas y cada una de estas comunidades, al igual que en el conjunto de las mujeres entrevistadas en Tijuana.

Tomando como base a estas mujeres, se tiene que la distribución por lugar a donde acuden las mujeres en busca de servicios de salud reproductiva indica lo siguiente. En cada una de las comunidades la medicina privada y otras instituciones de salud pública son los principales lugares a los que se acude. Pero es importante notar que son las mujeres de la colonia Herrera las que acuden más a estos dos lugares; en tanto que entre las mujeres de las colonias Obrera y Otay se da una situación inversa a lo esperado. Las nunca usuarias de este tipo de servicios en los Centros de Salud en la Obrera acuden en mayor número a la medicina privada que las de la colonia Otay con casi diez puntos porcentuales. Esta situación, aparentemente contradictoria, es posible que se explique por el mayor número relativo de mujeres en Otay que cuentan con seguridad social médica, vía algún familiar principalmente el cónyuge o bien por las mismas mujeres que trabajan como empleadas y casi siempre cuentan con seguridad social para la empleada ya sea en el IMSS, el ISSSTE o bien ISSSTECALLI.

Otro dato interesante el que se refiere a las variaciones que existen entre comunidades en el número relativo de mujeres que dicen acudir con nadie para ser atendidas de las "cosas propias de mujeres", como son las revisiones ginecológicas vaginales y de senos, así como otros aspectos relacionados con su salud reproductiva. Como podemos ver también

en el Cuadro 25 el porcentaje menor de estas mujeres se da entre las que viven en la colonia Herrera con casi un 16%; en cambio las otras dos comunidades tienen porcentajes más altos que incluso rebasan el observado para Tijuana en su conjunto. Es la colonia Obrera la que presenta la proporción notablemente más alta con aproximadamente un 33% de mujeres que acuden con nadie para su atención, seguida por Otay con un porcentaje de 27.0 de mujeres en esta situación. Finalmente, nótese cómo la categoría "otro" también refleja una situación más favorable para las mujeres de la colonia Herrera.

El conjunto de estos resultados señalan que nuevamente son las mujeres de la colonia Obrera las que presentan condiciones más desfavorables en la frecuencia con que las mujeres acuden en busca de servicios de salud reproductiva alternativos a los que son ofrecidos por los Centros de la Secretaría de Salud. En el opuesto, son las mujeres de la colonia Herrera las que presentan la mejor situación al respecto. Esto puede apreciarse de mejor manera al comparar la serie de Gráficas 19 y 19-bis.

El haber realizado el análisis considerando por separado tres comunidades que ejemplifican situaciones muy extremas en las capacidades técnica y médica instaladas en sus respectivos Centros de Salud, nos ofrecen un soporte empírico para suponer que las nueve restantes comunidades consideradas también en el estudio y representadas en el total tijuanaense, presentan igualmente variaciones en el uso que hacen las mujeres de los distintos servicios de salud reproductiva que son ofrecidos por sus respectivos Centros de Salud. Y que la frecuencia de uso de este tipo de servicios no dependerá únicamente de las condiciones técnicas y médicas instaladas en dichos Centros, sino que también influirán otros factores como son las distintas condiciones sociales de los hogares y de las mujeres entre las comunidades. Estos resultados igualmente vienen a poner de manifiesto la necesidad de considerar del lado de la demanda de los servicios la percepción que tienen las mujeres acerca de la calidad y la calidez de los mismos; aspecto éste que ha sido analizado y puede ser consultado en el trabajo de Perez-Abreu y Ojeda (1997).

d) Perfil sociodemográfico de la utilización de los servicios de salud reproductiva

Un último aspecto por analizar es el perfil de uso de los servicios de salud reproductiva conforme las características sociales y demográficas que tienen las mujeres. Nuevamente se parte de la experiencia de las mujeres que, en los hogares del total de las comunidades incluidas en la encuesta, se autodefinieron como "responsables de la salud familiar", y que declararon alguna vez haber utilizado este tipo de servicios en cualesquiera de los Centros

de la Secretaría de Salud. Esta información se presenta en el Cuadro 26 y su análisis nos indica algunos aspectos interesantes e importantes de ser considerados en el diseño de los planes de la prestación de servicios en salud reproductiva.

Estando consciente de las particularidades que presentan estas mujeres en su perfil social y demográfico, se analiza la participación de cada subgrupo de mujeres, conforme cada una de sus características, en el uso de los diferentes tipos o programas de servicios de salud reproductiva. Sobre sus características demográficas podemos ver en el Cuadro 26 que las mujeres más activas en el uso de todos y cada uno de estos servicios son las que al momento de la encuesta tenían entre 30 y 34 años de edad. Las mujeres de este grupo de edades declaran haber acudido en mayor número a cada uno de los distintos servicios de salud reproductiva, pero especialmente a los de planificación familiar y detección oportuna del cáncer y control del embarazo.

Una lectura diferente de estos mismos resultados también nos indican que el programa de planificación familiar es al que en mayor número acuden las mujeres de los distintos grupos de edad; en tanto que el programa de enfermedades de transmisión sexual presenta el extremo opuesto de ser el programa menos utilizado, incluso por parte de las mujeres de 30 a 34 años de edad. Otros programas a los que por su propia naturaleza acuden las mujeres son los de control del embarazo y atención post-partum; y a los que acuden principalmente mujeres de los grupos de edad 25-29 y 30-34 años. Por último, nótese la proporción relativamente más alta de mujeres de los grupos 40-49 y 50 y más años de edad que declaran haber utilizado los servicios de detección oportuna de cáncer.

Con relación al estado civil de las mujeres, es interesante observar en el mismo Cuadro 26 la utilización de la planificación familiar por parte de las solteras. El uso de los servicios de salud reproductiva entre las casadas o unidas se concentra en los servicios de planificación familiar y detección oportuna del cáncer con proporciones similares alrededor del 16%; seguidas de los servicios de control de embarazo con aproximadamente un 10% de mujeres en estas edades que declaran haber utilizado tal servicio. Este último tipo de servicio de salud reproductiva es el que declaran haber utilizado más las mujeres con uniones conyugales disueltas (divorciadas y/o separadas); mientras que las viudas declaran haber acudido principalmente al programa de detección oportuna del cáncer, aunque en una proporción de sólo 9.3%.

Una característica especialmente importante de ser analizada se refiere al haber estado alguna vez embarazada y su relación con la utilización de los servicios de salud reproductiva. Uno supondría que el haber tenido al menos un embarazo hace más

propensas a las mujeres a que busquen este tipo de servicios. Según las cifras que se presentan en el Cuadro 26 este supuesto parece tener algún fundamento real. Sin embargo, llama la atención los valores tan bajos con que se da el uso de los distintos servicios, especialmente en el rubro de enfermedades de transmisión sexual y atención postpartum.

Sobre la relación de las características sociales de las mujeres con el uso de los distintos servicios de salud reproductiva se consideran únicamente tres que se refieren a: la disponibilidad de seguridad social médica, la escolaridad y el lugar de nacimiento de las entrevistadas. Los hallazgos así obtenidos nos indican, por un lado, que el hecho de tener o no seguridad social médica prácticamente no afecta la utilización del programa de planificación familiar, ya que el porcentaje de mujeres con o sin seguridad social es casi el mismo. En cambio esta característica sí parece influir sobre la mayor o menor utilización que hacen las mujeres de los otros tipos de servicios de salud reproductiva, aunque en niveles distintos.

Al parecer la escolaridad de las mujeres, lo mismo que el lugar de nacimiento de éstas hace que varíe la proporción de ellas que acude a los Centros de Salud en busca de los servicios de salud reproductiva. Sobre el lugar de nacimiento, son las mujeres nacidas en los estados del norte del país y, en particular las nacidas en Tijuana, las que declaran haber acudido en mayor proporción a los distintos servicios de salud reproductiva. Estas mujeres acuden especialmente a los servicios de planificación familiar, detección oportuna del cáncer y control del embarazo. Por su parte, las mujeres sin años de escolaridad declaran haber acudido fundamentalmente a los servicios de detección oportuna del cáncer; sobre lo cual es posible suponer que una gran parte de las mujeres en este grupo son las mismas del grupo de mujeres viudas y mayores de 50 años que, por la generación a la que pertenecen tienen niveles más bajos de escolaridad.

Entre las mujeres con escolaridad, son las que tienen entre 10 y 12 años de educación las que están representadas sistemáticamente en todos y cada uno de los programas de salud e incluso llama la atención que este grupo de mujeres presente el mayor porcentaje de usuarias del programa de detección oportuna del cáncer, tanto al interior de su propio grupo como al compararlas con las mujeres de otras edades; más aún, son estas mujeres las únicas que declararon haber acudido al programa de enfermedades de transmisión sexual en una proporción relativamente importante si se las compara con las mujeres con otros niveles de escolaridad. Este último dato es importante de ser considerado por parecer estar indicando una mayor consciencia acerca de este tipo de enfermedades, conforme las

mujeres tienen mayores niveles educativos, pero especialmente una vez rebasado el nivel de educación secundaria.

5.- Nota Conclusiva

Seguramente hay otras características sociales y demográficas que también podrían estar influyendo sobre la utilización que hacen las mujeres de los servicios de salud reproductiva y que no son consideradas en este estudio. No obstante ello, las aquí analizadas constituyen aspectos mínimos que sería conveniente considerar en el diseño y puesta en práctica de los distintos programas de salud reproductiva ofrecidos por parte de la Secretaría de Salud. Es necesario tomar en cuenta el distinto perfil sociodemográfico de las usuarias de cada uno de los programas si es que efectivamente se tiene interés tanto en aumentar la cobertura de usuarias, especialmente en los programas de detección oportuna del cáncer y el de enfermedades de transmisión sexual.

Los resultados obtenidos indican la necesidad de fomentar la utilización de los distintos programas de salud reproductiva entre determinados grupos de mujeres. Entre estos resaltan las mujeres en edades extremas (las muy jóvenes y solteras y las mujeres en edades post-menopausia); las menos escolarizadas; las migrantes provenientes de los estados del centro y sur del país; así como muy importantemente las que carecen de seguridad social médica y las que dicen acudir con nadie para atenderse en sus necesidades propias de las mujeres. Al margen de reconocer la importancia que pudiera tener la consideración de otras características al respecto, se considera que de no tomarse en cuenta el diferente perfil sociodemográfico que presenta la utilización de los distintos programas de salud reproductiva, serán más difíciles y menos exitosos los importantes esfuerzos que realiza la Secretaría de Salud en esta importante área de la salud en aras de mejorar la calidad de vida de las mujeres en Tijuana, lección que bien podría hacerse extensiva a otras partes del país.

6.- Bibliografía

OJEDA, Norma y GONZÁLEZ, Raúl (1992). "Niveles y tendencias del divorcio y la separación conyugal en el norte de México". *Frontera Norte*, vol.4, núm. 7, enero-junio de 1992, México.

OJEDA, Norma (1997). "Curso de vida femenino y conceptualización social de la salud reproductiva, algunos determinantes sociales". En: OJEDA, Norma (compiladora). *Mujer, Familia y Conceptualización Social de la Salud Reproductiva en México; el caso de las mujeres de sectores populares en Tijuana*.(mimeografía).

PÉREZ-ABREU, Rafael y OJEDA, Norma (1977). "Calidad y calidez de los servicios en salud reproductiva: el caso de los centros de salud en el área urbana de Tijuana". En: OJEDA, Norma (compiladora). *Mujer, Familia y Conceptualización Social de la Salud Reproductiva en México; el caso de las mujeres de los sectores populares en Tijuana*.(mimeografía).

ANEXO

Cuadros y Gráficas

Cuadro No. 1

TIJUANA, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", según su composición de parentesco, la edad y el sexo del jefe de hogar.

COMPOSICION DEL HOGAR (TODOS)				
Edad del Jefe	TOTAL (58419)	UNIPERSONAL (3137)	NUCLEAR (38794)	EXTENSO (16488)
Menos de 19	0.1	0.0	0.0	0.4
20-24	7.8	0.0	8.7	7.0
25-29	11.8	0.3	15.6	5.0
30-34	12.9	2.7	17.1	5.1
35-39	13.6	0.0	15.5	11.6
40-49	17.3	0.0	16.9	21.5
Más de 50	36.5	97.0	26.1	49.5
TOTAL	100	100	100	100
Total	(100.0)	(5.4)	(66.4)	(28.2)

COMPOSICION DEL HOGAR (HOMBRES)				
Edad del Jefe	TOTAL (44850)	UNIPERSONAL (84)	NUCLEAR (33626)	EXTENSO (11140)
Menos de 19	0.2	0.0	0.0	0.6
20-24	9.3	0.0	9.2	9.4
25-29	14.2	0.0	16.8	6.4
30-34	16.1	100.0	18.7	7.6
35-39	14.4	0.0	14.4	14.4
40-49	18.0	0.0	18.3	17.1
Más de 50	27.9	0.0	22.5	44.5
TOTAL	100	100	100	100
Total	(100)	(0.2)	(75.0)	(24.8)

COMPOSICION DEL HOGAR (MUJERES)				
Edad del Jefe	TOTAL (13569)	UNIPERSONAL (3053)	NUCLEAR (5168)	EXTENSO (5348)
Menos de 19	0.0	0.0	0.0	0.0
20-24	2.7	0.0	5.4	1.8
25-29	3.9	0.3	7.7	2.2
30-34	2.6	0.0	6.7	0.0
35-39	10.9	0.0	22.9	5.6
40-49	15.1	0.0	7.8	30.8
Más de 50	64.8	99.7	49.4	59.7
TOTAL	100	100	100	100
Total	(100)	(22.5)	(38.1)	(39.4)

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 2

Tijuana, B.C. Distribución porcentual de las informantes, según la composición de parentesco de sus hogares y el sexo del jefe del hogar.

TODOS				
Estado civil de la informante	TIPO DE HOGAR			
	Total (58417)	Unipersonal (3136)	Nuclear (38795)	Extenso (16486)
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
Soltero	3.2	11.9	1.4	6.0
Casado/Unido	79.3	2.7	90.2	67.9
Divorciado/Separado	6.0	13.7	3.1	11.3
Viudo	11.5	71.7	5.3	14.8

JEFES			
Estado civil de la informante	TIPO DE HOGAR		
	Total (44765)	Nuclear (33626)	Extenso (11139)
TOTAL	100.0	100.0	100.0
Solteros	1.6	1.0	1.6
Casado/Unido	97.3	99.0	92.0
Divorciado/Separado	0.3	0.0	1.3
Viudos	1.3	0.0	5.1

JEFAS				
Estado civil de la informante	TIPO DE HOGAR			
	Total (13568)	Unipersonal (3136)	Nuclear (5169)	Extenso (5347)
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
Soltero	10.2	11.9	4.0	15.1
Casado/Unido	19.6	2.7	33.2	17.5
Divorciado/Separado	24.8	13.7	23.4	32.3
Viuda	45.4	71.7	39.5	35.1

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 3

TIJUANA, B.C.: Número promedio de habitantes en los hogares de la "población abierta", según el sexo, la edad y el estado civil del jefe del hogar.

EDAD JEFE	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Menos de 20	1.9	3.8	-
20-24	3.5	4.1	2.8
25-29	3.9	4.1	3.6
30-34	4.0	4.4	3.6
35-39	5.2	4.9	5.5
40-49	4.8	5.5	4.2
50 y más	4.4	5.5	3.3
TOTAL	4.2	4.6	3.8
EDO. CIVIL			
Soltero	3.4	4.2	2.9
Casado	5.0	4.9	5.4
Divorciado	-	-	4.6
Viuda	4.1	3.6	4.2

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 4

TIJUANA, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", según su composición de parentesco, la ocupación y el sexo del jefe del hogar.

TODOS				
Posición-empleo del jefe(a)	Total (58336)	TIPO DE HOGAR		
		Unipersonal (3053)	Nuclear (38796)	Extenso (16487)
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
No trabaja	25.6	100.0	15.3	35.9
Empleado(a)	46.9	0.0	53.2	41.1
Obrero(a)	3.9	0.0	5.1	1.3
Trabajador(a) c/p	16.9	0.0	17.6	18.6
Otra	6.7	0.0	8.8	3.1

JEFES HOMBRES			
Posición-empleo del jefe(a)	Total (44766)	TIPO DE HOGAR	
		Nuclear (33626)	Extenso (16487)
Total	100.0	100.0	100.0
No trabaja	15.4	11.2	28.4
Empleado(a)	53.8	56.1	47.3
Obrero(a)	3.9	4.4	1.7
Trabajador(a) c/p	18.9	19.2	17.9
Otra	7.9	9.1	4.6

JEFES MUJERES				
Posición-empleo del jefe(a)	Total (13570)	TIPO DE HOGAR		
		Unipersonal (3053)	Nuclear (5170)	Extenso (5347)
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
No trabaja	59.0	100.0	42.5	51.5
Empleado(a)	23.9	0.0	33.8	28.1
Obrero(a)	3.7	0.0	9.3	0.5
Trabajador(a) c/p	10.4	0.0	6.7	19.9
Otra	3.0	0.0	7.8	0.0

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 5

TIJUANA, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta" según el número de personas y de contribuyentes económicos en el hogar y el sexo del jefe del mismo.

Personas en el hogar	TOTAL JEFES Contribuidores económicos				
	Total	Ninguno	Uno	Dos	Tres y más
Total	100.0	6.6	53.5	24.8	15.1
1-3	100.0	17.0	59.9	22.6	0.4
4-5	100.0	2.0	62.1	27.4	8.5
6 y más	100.0	0.8	35.2	24.1	40.1

Personas en el hogar	JEFES HOMBRES Contribuidores económicos				
	Total	Ninguno	Uno	Dos	Tres y más
Total	100.0	1.6	59.2	24.3	14.9
1-3	100.0	1.2	71.0	27.1	1.0
4-5	100.0	2.4	67.6	24.1	6.0
6 y más	100.0	1.0	38.5	22.2	38.3

Personas en el hogar	JEFES MUJERES Contribuidores económicos				
	Total	Ninguno	Uno	Dos	Tres y más
Total	100.0	23.0	34.6	26.7	15.7
1-3	100.0	42.5	42.1	15.4	0.0
4-5	100.0	0.0	31.8	45.9	22.3
6 y más	100.0	0.0	18.6	33.0	48.4

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 6

TIJUANA, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", según el número de personas y dormitorios en los mismos hogares jefaturados por hombres y por mujeres por separado. *

No. de Personas	TODOS				
	Total	Dormitorios			
		1	2	3	4 y más
Total	(58420) 100.0	(15464) 26.5	(26305) 45.0	(11710) 20.0	(4941) 8.5
1-2	100.0	57.9	24.6	8.1	9.4
3-4	100.0	30.0	51.2	17.3	1.6
5-6	100.0	15.7	46.4	21.9	16.0
7 y más	100.0	3.9	47.2	32.6	16.3

No. de Personas	JEFES HOMBRES				
	Total	Dormitorios			
		1	2	3	4 y más
Total	(44850) 100.0	(12106) 27.0	(20378) 45.4	(8898) 19.9	(3468) 7.7
1-2	100.0	55.4	23.4	5.0	16.2
3-4	100.0	34.9	48.7	15.7	0.7
5-6	100.0	22.6	46.7	21.7	9.0
7 y más	100.0	4.0	47.3	32.6	16.1

No. de Personas	JEFES MUJERES				
	Total	Dormitorios			
		1	2	3	4 y más
Total	(13570) 100.0	(3358) 24.7	(5927) 43.7	(2812) 20.7	(1473) 10.9
1-2	100.0	60.7	25.4	10.7	3.1
3-4	100.0	11.0	60.7	23.4	4.9
5-6	100.0	2.4	42.8	25.0	29.7
7 y más	100.0	0.0	48.5	33.8	17.7

* Incluyendo el cuarto de cocina. El 15.7% del total de los hogares con jefes hombres utilizan la cocina también para dormir; mientras que 19.5% de los hogares con jefes mujeres están en esta situación.

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 7

TIJUANA B.C : Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", según su disponibilidad excusado con agua corriente dentro de la vivienda, y el sexo y la posición en el empleo del jefe del hogar.

TODOS POSICION EMPLEO						
Excusado con agua corriente	Total	Empleado	Obrero	Trabajador c/p	Otro	No trabaja
Total	(52310)	(23559)	(1707)	(9023)	(3708)	(14313)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Si	80.0	80.0	70.8	80.0	63.3	85.9
No	20.0	20.7	29.2	20.0	36.7	14.1
JEFES POSICION EMPLEO						
Excusado con agua corriente	Total	Empleado	Obrero	Trabajador c/p	Otro	No trabaja
Total	(39407)	(20529)	(1209)	(7612)	(3305)	(6752)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Si	77.0	79.0	61.2	77.2	61.3	79.9
No	23.0	21.0	38.8	22.8	38.7	20.1
JEFAS POSICION EMPLEO						
Excusado con agua corriente	Total	Empleado	Obrero	Trabajador c/p	Otro	No trabaja
Total	(12903)	(3030)	(498)	(1411)	(403)	(7561)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Si	89.7	83.5	94.2	95.8	79.4	91.3
No	10.3	16.5	5.8	4.2	20.6	8.7

Fuente: Encuesta de hogares " Percepción sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

CUADRO N° 8

TIJUANA B.C : Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", según su disponibilidad de agua, el sexo y la posición en el empleo del jefe del hogar.

TODOS						
POSICION-EMPLEO						
Disponibilidad de agua	Total	Empleado	Obrero	Trabajador c/p	Otro	No trabaja
Total	(58421)	(27397)	(2270)	(9873)	(3966)	(14915)
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dentro de la vivienda	73,4	70,2	63,0	68,5	59,5	87,7
Fuera de la vivienda	11,0	13,1	12,0	8,8	15,7	7,2
No dispone de agua	15,6	16,7	25,0	22,7	24,8	5,1
JEFES						
POSICION-EMPLEO						
Disponibilidad de agua	Total	Empleado	Obrero	Trabajador c/p	Otro	No trabaja
Total	(44850)	(24148)	(1763)	(8462)	(3562)	(6915)
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dentro de la vivienda	66,9	0,7	52,8	65,1	54,8	82,9
Fuera de la vivienda	11,7	11,9	15,1	9,2	17,5	10,2
No dispone de agua	18,4	16,8	32,1	25,7	27,6	6,9
JEFAS						
POSICION-EMPLEO						
Disponibilidad de agua	Total	Empleado	Obrero	Trabajador c/p	Otro	No trabaja
Total	(44850)	(24148)	(1763)	(8462)	(3562)	(6915)
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dentro de la vivienda	85,0	62,3	98,2	89,2	100,0	91,8
Fuera de la vivienda	8,5	21,4	0,0	6,6	0,0	4,6
No dispone de agua	6,5	16,3	1,8	4,2	0,0	3,6

Fuente: Encuesta de hogares " Percepción sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

CUADRO No 9

TIJUANA, B.C.: Hogares en Tijuana que forman parte de la Población potencialmente usuaria de los Servicios de Salud de la Secretaria de Salud en Tijuana, B.C.

TOTAL	TOTAL	%
	58.419	100.0
Con algún tipo de Seguridad Social y Servicios de Salud	24137	41.3
Sin Seguridad Social ni Servicios de Salud	33888	58.0
No- Respuesta	395	0.7
	TOTAL	%
Alguna vez han usado los Servicios de Salud que ofrece la Secretaria de Salud en Tijuana	42710	73.3
Alguna vez han usadao Servicios de Salud en California, USA	8883	15.2

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Social Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaria de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 10

Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta" con al menos un familiar, del jefe del mismo, que tiene derecho a usar servicios en salud en distintas instituciones, cuando el jefe del hogar tiene o no tiene servicios en salud.

Jefe del hogar con servicios públicos en salud	Al menos un familiar en el hogar con servicios en salud por parte de				
	TOTAL	IMSS	ISSSTE	ISSSTECALI	NO TIENE
SI (41.6)	100.0	72.2	2.9	7.3	17.6
NO (58.4)	100.0	1.2	0.3	0.0	98.5-

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No.11

Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta" según el tiempo de traslado al Centro de Salud más próximo y el uso que han hecho de los servicios que ofrecen los mismos cuando el jefe del hogar tiene o bien no tiene derecho a Servicios públicos de salud.

Uso de los servicios de los Centros de Salud en Tijuana	TOTAL	JEFE CON SERVICIOS DE SALUD				
		Minutos de traslado				
		Hasta 9	10-19	20-29	30-59	60+
Nunca	100.0	12.2	6.9	2.3	5.8	72.8
Al menos una vez	100.0	26.8	24.7	15.8	6.5	26.2

Uso de los servicios de los Centros de Salud en Tijuana	TOTAL	JEFE SIN SERVICIOS DE SALUD				
		Minutos de traslado				
		Hasta 10	10-19	20-29	30-59	60+
Nunca	100.0	5.9	9.4	2.9	1.8	80.0
Al menos una vez	100.0	27.4	34.2	7.7	11.4	19.3

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 12

Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta" que durante el último año no usaron los servicios de los Centros de Salud, según el motivo de no-uso, el sexo del jefe del hogar y el derecho a servicios de salud.

% de no-uso en el año	Con Derecho a Servicios de Salud				
	TOTAL 58.1	SI 70.0		NO 50.8	
MOTIVO	TOTAL 100.0	HOMBRE 100.0	MUJER 100.0	HOMBRE 100.0	MUJER 100.0
No conocen	19.5	13.5	2.2	23.7	33.6
No necesario	56.1	60.3	67.7	54.7	44.0
No hay el servicio	0.6	-	-	-	-
Está lejos	2.3	3.4	1.6	2.5	-
Prefieren otro/no gusta	14.3	20.2	17.4	11.3	5.8
Son caros	0.6	-	-	-	-
Otros	6.6	2.6	11.1	6.2	12.8

NOTA ACLARATORIA: El 26.8 por ciento del total de los hogares declararon nunca haber usado los servicios de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 13

Tijuana, B.C.: Distribución porcentual de los hogares de la "población abierta", que durante el último año no usaron los servicios de los Centros de Salud en Tijuana, según el lugar al que acuden a servicio médico, motivo por el que acuden a ese lugar, y sexo del jefe del hogar.

TOTAL								
Lugar al que acuden	Total	Total	Tiene derecho	Hay el servicio	Es mejor	Está cerca	Gusta más	Otro
IMSS	37.4	100.0	73.3	1.2	7.2	0.4	0.0	13.8
ISSSTE	4.8	100.0	81.7	0.0	3.6	0.0	0.0	14.7
Médico particular	48.1	100.0	0.7	23.5	29.4	8.3	11.4	26.7
Hospital General	3.1	100.0	0.0	25.9	53.1	15.5	5.5	0.0
Otro	6.6	100.0	24.5	0.0	28.6	10.3	0.0	36.6
JEFE HOMBRE								
Lugar al que acuden	Total	Total	Tiene derecho	Hay el servicio	Es mejor	Está cerca	Gusta más	Otro
IMSS	36.6	100.0	79.7	1.8	4.1	0.0	0.0	14.4
ISSSTE	4.2	100.0	76.7	0.0	0.0	0.0	0.0	23.3
Médico particular	51.9	100.0	0.5	28.4	31.1	9.3	6.6	24.1
Hospital General	2.8	100.0	0.0	11.0	57.1	23.5	8.4	0.0
Otro	4.5	100.0	24.5	0.0	28.6	10.3	0.0	36.6
JEFE MUJER								
Lugar al que acuden	Total	Total	Tiene derecho	Hay el servicio	Es mejor	Está cerca	Gusta más	Otro
IMSS	39.6	100.0	71.5	0.0	14.9	1.2	0.0	12.3
ISSSTE	6.4	100.0	90.3	0.0	9.7	0.0	0.0	0.0
Médico particular	38.3	100.0	1.6	6.0	23.7	4.8	28.0	35.9
Hospital General	3.8	100.0	0.0	54.7	45.3	0.0	0.0	0.0
Otro	11.9	100.0	24.5	0.0	28.6	10.3	0.0	36.6

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 14

Tijuana, B.C.: Perfil del uso de los servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en tres comunidades y en el total del área urbana del municipio.

CARACTERISTICA	TOTAL	CENTROS DE SALUD		
		OTAY	HERRERA	OBRERA
<u>Motivo de visita</u>				
Recibir consulta/análisis	51.7	51.0	23.7	56.3
Traer menores de edad a consulta o análisis	48.1	48.4	81.6	39.0
Traer adultos a consulta o análisis	1.1	1.9	-	-
Obtener información	0.8	1.3	-	-
Recoger o entregar exámenes médicos	2.2	2.0	-	0.3
Acompañar a otra persona	0.9	-	-	1.6
<u>Número de personas</u>				
Una	25.0	22.4	18.4	28.1
Dos	42.8	49.3	39.5	37.5
Tres y más	32.2	28.3	42.1	34.4
<u>Parentesco de acompañantes</u>				
Familiar en 1er. grado	81.8	81.4	78.2	71.8
Otros parientes	12.4	14.4	11.0	21.7
No parientes	5.1	4.2	10.8	6.5
<u>Responsable salud familiar</u>				
Informante	84.2	85.5	73.7	90.6
Otra persona	15.8	14.5	26.3	9.4

Continuación Cuadro No. 14...

CARACTERISTICA	TOTAL	CENTROS DE SALUD		
		OTAY	HERRERA	OBRERA
<u>Sexo de informante</u>				
Mujer	92.0	89.1	97.4	92.2
Hombre	8.0	10.9	2.6	7.8
<u>Edad</u>				
15 - 20	13.9	11.2	10.5	10.9
21 - 25	22.1	21.4	15.8	28.2
26 - 30	21.9	21.7	29.0	17.2
31 - 35	14.5	14.1	21.0	14.0
36 - 40	9.3	9.6	5.3	3.1
41 - 45	6.2	8.2	12.6	12.5
46 - 50	3.5	5.6	2.1	3.2
51 y más	8.6	8.2	13.2	10.9
<u>Estado civil</u>				
Soltera(o)	5.9	5.9	7.9	3.1
Casada	52.1	56.3	60.5	53.1
Unión Libre	32.9	29.6	21.1	32.8
Divorciada	1.4	1.3	2.6	1.6
Separada	4.6	3.6	-	7.8
Viuda	3.1	3.3	7.9	1.6

Continuación Cuadro No. 14...

CARACTERISTICA	TOTAL	CENTROS DE SALUD		
		OTAY	HERRERA	OBRERA
<u>Estatus Migratorio</u>				
Nativa de B.C.	21.5	20.7	28.9	26.6
Migrante norte	6.4	5.6	2.6	9.4
Migrante no-norte	71.3	73.4	68.5	64.1
Migrante extranjero	0.8	0.3	-	-
<u>Tiempo en Tijuana</u>				
0 - 2	15.7	20.5	14.8	14.9
3 - 5	19.2	19.3	14.8	17.0
6 - 9	16.7	16.8	11.1	10.7
10 - 15	14.8	9.7	14.9	10.6
16 y más	33.6	33.7	44.4	46.8
<u>Derechohabiencia a Servicios de Salud</u>				
IMSS	20.8	32.2	13.2	17.2
ISSSTE/ISSSTECALLI	1.8	1.6	5.2	1.6
Servicio médico municipal	0.3	0.3	-	-
No tiene	77.1	65.9	81.6	81.2
<u>Derechohabiencia a Serv. de Salud por parte de al menos un familiar en el hogar</u>				
IMSS	35.1	48.7	18.4	26.6
ISSSTE/ISSSTECALLI	3.2	2.3	7.9	3.1
Servicio médico municipal	0.4	-	-	-
No tiene	61.3	49.0	73.7	70.3

Cuadro No. 15

Tijuana, B.C.: Porcentaje de mujeres a las que les recomendaron o refirieron a algún programa de salud reproductiva, según el tipo de servicio al que acudieron en los Centros de Salud de Tijuana, B.C.

Servicio al que acudió	Programa recomendado/referido						
	TOTAL	Planificación familiar	Detección cáncer	Control embarazo	Post-parto	E.T.S.	Ninguno
TOTAL	(1822)						
Consulta general	(908) 100.0	9.9	12.0	5.2	2.6	3.5	66.8
Especialidades *	(89) 100.0	6.7	9.0	3.4	2.2	2.2	76.5
Vacunas/Control niño sano	(386) 100.0	5.3	2.9	1.2	0.7	1.0	88.9
Planif. familiar	(192) 100.0	36.5	28.6	4.2	1.6	3.1	26.0
Detección cáncer	(89) 100.0	23.4	51.7	10.1	4.5	7.9	2.4
Control embarazo y puerperio	(82) 100.0	8.0	4.5	25.0	5.7	4.5	52.3
Enfermedades de transmisión sexual	--	--	--	--	--	--	--
Otro	(70) 100.0	9.5	9.5	2.3	4.8	2.3	71.6

* Incluye servicios dental, oculista y psicología.

Fuente: Encuesta de Centros de Salud "Percepción Social Sobre la Calidad Y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 16

Tijuana, B.C.: Servicios solicitados y medios por los que las personas se enteraron de dichos servicios en los Centros de Salud de Tijuana, B.C.

Servicio Solicitado	Se enteraron por medio de:				
	Total	Promotoras o personal médico	Vecinos	Radio, poster otro medio	
TOTAL	(1822)	100.0	11.3	71.0	21.7
Planificación Familiar	(192)	100.0	7.3	79.2	13.5
Detección op. cáncer	(89)	100.0	10.1	75.3	14.6
Enf. transmisión sexual	--	--	--	--	--
Control de embarazo	(88)	100.0	5.7	73.9	20.5
Especialidades *	(89)	100.0	15.7	61.8	22.5
Consulta General	(908)	100.0	10.8	70.7	18.5
Vacunas	(386)	100.0	15.6	67.6	16.8
Otro	(70)	100.0	12.9	72.8	14.3

* Incluye servicios dental, oculista y psicología.

Fuente: Encuesta de Centros de Salud "Percepción Social Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994

Cuadro No. 17

Tijuana, B.C.: Características sociales y demográficas de las mujeres que acudieron a los Centros de la Secretaría de Salud, según su utilización de servicios de salud reproductiva en dichos Centros.

CARACTERISTICA	Alguna vez les han hecho la exploración vaginal o de glándulas mamarias		
	TOTAL (1679)	SI (668)	NO (1011)
<u>EDAD</u>	100.0	0.4 (17.6)	1.4 (82.4)
- 19	10.7 (100.0)	9.9 (36.7)	11.3 (63.3)
20-24	17.1 (100.0)	17.4 (40.4)	16.9 (59.6)
25-29	17.1 (100.0)	16.5 (38.3)	17.5 (61.7)
30-34	12.0 (100.0)	12.4 (41.1)	11.8 (58.9)
35-39	8.6 (100.0)	7.6 (35.4)	9.2 (64.6)
40-44	5.7 (100.0)	7.2 (50.0)	4.7 (50.0)
45-49	27.8 (100.0)	28.6 (41.0)	27.2 (59.0)
50 +	100.0	100.0	100.0
<u>ESTADO CIVIL</u>	86.7 (100.0)	88.0 (40.4)	85.9 (59.6)
Casada/unida	6.2 (100.0)	5.7 (36.5)	6.5 (63.5)
Separada/divorciada	3.0 (100.0)	3.0 (39.2)	3.1 (60.8)
Viuda	4.1 (100.0)	3.3 (32.4)	4.5 (67.4)
Soltera	100.0	100.0	100.0
<u>Embarazos</u>	3.7 (100.0)	2.2 (24.2)	4.6 (75.8)
Ninguno	96.3 (100.0)	97.8 (40.4)	95.4 (59.6)
Al menos uno	100.0	100.0	100.0
<u>Hijos nacidos vivos</u>	5.9 (100.0)	5.4 (36.4)	6.2 (63.4)
0	46.3 (100.0)	44.5 (38.1)	47.6 (61.8)
1-2	28.7 (100.0)	31.4 (43.4)	26.9 (43.6)
3-4	10.1 (100.0)	10.2 (40.0)	10.1 (60.0)
5-6	8.9 (100.0)	8.5 (38.0)	9.2 (62.0)
7 +			
<u>Derecho a Servicio</u>			
<u>Médico</u>	100.0	100.0	100.0
Con	21.8 (100.0)	18.3 (33.3)	24.1 (66.7)
Sin	78.2 (100.0)	81.7 (41.6)	75.9 (58.4)
<u>Escolaridad</u>	100.0	100.0	100.0
0 años	8.2 (100.0)	6.6 (31.9)	9.3 (68.1)
1-5	24.6 (100.0)	27.2 (44.1)	22.8 (55.9)
6 años	24.5 (100.0)	26.6 (43.2)	23.1 (56.8)
7-9	28.6 (100.0)	27.4 (38.0)	29.5 (62.0)
10 y más	14.0 (100.0)	12.1 (34.5)	15.2 (65.5)
<u>Trabajo</u>	100.0	100.0	100.0
<u>Remunerado</u>	18.2 (100.0)	18.1 (39.7)	18.2 (60.3)
SI	81.8 (100.0)	81.9 (39.8)	81.8 (60.2)
NO	100.0	100.0	100.0
<u>Posición en empleo</u>	61.0 (100.0)	64.5 (41.9)	58.7 (58.1)
Empleada	7.9 (100.0)*	5.8 (29.2)*	9.2 (70.8)*
Obrera	26.6 (100.0)	24.8 (37.0)	27.7 (63.0)
Patrona/cta. propia	3.9 (100.0)*	4.9 (40.0)*	3.3 (60.0)*
Sin pago	0.6 (100.0)*	- (0.0)	1.1 (100.0)*
Jornalera			
<u>Jefatura del Hogar</u>	100.0	100.0	100.0
Marido	49.9 (100.0)	53.0 (42.7)	47.8 (57.3)
Ella	12.7 (100.0)	13.6 (73.3)	12.1 (26.7)
Pareja	20.5 (100.0)	20.8 (40.3)	20.4 (59.3)
Otro	15.7 (100.0)	11.7 (29.7)	18.3 (70.3)
N. R.	1.2 --	0.9 --	1.4 --

Fuente: Encuesta de Centros de Salud "Percepción Social Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

* Menos de 20 casas.

Cuadro No. 18

Tijuana, B.C.: Proporción de mujeres que han recibido información sobre métodos anticonceptivos y les han hecho exploración ginecológica en los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, según algunas de sus características demográficas.

<u>Característica</u>		<u>Variedad y Características de Métodos Anticonceptivos</u>		<u>Le han Hecho Exploración</u>	
Edad (años)	TOTAL	Ha recibido información	Han preguntado su preferencia	Vaginal	Glándulas mamarias
TOTAL	(668)	(447)	(447)	(521)	(230)
< 24	100.0	65.1	65.1	63.6	24.2
25-29	100.0	72.6	72.0	75.3	34.6
30-34	100.0	65.5	64.0	81.3	32.1
35 +	100.0	58.1	54.3	90.8	44.7
<u>Embarazos</u>					
0	100.0	79.0	79.0	60.0	46.7
1	100.0	35.5	34.7	63.8	26.9
2	100.0	35.3	30.0	78.3	37.0
3 y más	100.0	32.8	31.5	82.4	35.4
<u>Uso actual de anticonceptivos</u>					
SI	100.0	76.2	81.5	81.0	34.3
NO	100.0	48.2	39.2	72.8	35.0
<u>Estado Civil</u>					
Soltera	100.0	45.5	36.4	81.8	28.6
Casada/ unida	100.0	65.8	66.3	76.8	34.3
Divorciada separada	100.0	60.5	63.2	84.2	36.8
Viuda	100.0	65.0	40.0	90.0	45.0

Fuente: Encuesta de Centros de Salud "Percepción Social Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 19

Tijuana, B.C.: Proporción de las mujeres usuarias de los servicios de los salud reproductiva en los Centros de Salud según su recomendación principal para mejorar los servicios.

Recomendación para mejorar los servicios en salud reproductiva	CENTRO DE SALUD			
	Todos los Centros de Salud	Otay	Herrera	Obrera
Tener más médicos	26.0	24.7	23.0	30.4
Mejorar las instalaciones/ equipo médico	13.1	15.7	23.0	30.0
Mejor trato de médicos	3.0	4.5		4.3
Mejor trato de enfermeras	4.0	3.3		4.3
Mejor trato de personal administrativo	2.2	4.5	7.7	4.3
Mayor información/ comunicación	11.0	15.7	22.1	21.7
Otro *	34.7	29.2	31.0	30.0

Fuente: Encuesta de Centros de Salud "Percepción Social sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

* Incluye servicio dental, oculista y psicología.

Cuadro No. 20

Tijuana, B.C.: Proporción de hogares de la "población abierta" que alguna vez han usado los servicios que ofrecen los Centros de Salud y los servicios de salud en California, E.U.A., para tres comunidades urbanas distintas.

CARACTERISTICA	COMUNIDAD			TOTAL TIJUANA
	OTAY	HERRERA	OBRERA	
TOTAL	(6586)	(5294)	(4166)	(58419)
Han utilizado los servicios del Centro de Salud de la comunidad	90.9	67.1	80.3	73.3
Han utilizado servicios de salud en California, E.U.A.	21.2	11.1	13.8	15.2

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Social Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 21

Tijuana, B.C.: Algunas características de las viviendas de la "población abierta" en tres comunidades urbanas distintas.

Característica	COMUNIDAD			
	TIJUANA	OTAY	HERRERA	OBRERA
<u>Disponibilidad de drenaje</u>	100.0	100.0	100.0	100.0
Conectado a la calle	70.6	85.8	80.2	45.5
Conec. fosa septica	6.7	0.4	3.7	4.7
Desagüe al suelo, río	0.7	-	-	2.2
No tiene	22.0	13.8	16.1	47.6
<u>Disponibilidad de agua entubada</u>	100.0	100.0	100.0	100.0
Dentro de vivienda	66.9	82.4	85.6	48.6
Fuera de vivienda	11.7	4.6	3.7	6.6
No tiene agua	18.4	13.0	10.7	44.8
<u>Vivienda con excusado</u>	100.0	100.0	100.0	100.0
SI	87.3	98.3	92.0	83.7
NO	12.7	1.7	8.0	16.3
<u>Excusado con agua corr.</u>	100.0	100.0	100.0	100.0
SI	80.0	86.7	94.1	52.2
NO	20.0	13.3	5.9	47.8
<u>Vivienda con cocina</u>	100.0	100.0	100.0	100.0
SI	93.6	94.2	96.8	91.8
NO	6.4	5.8	3.2	8.2
<u>Duermen donde cocinan</u>	100.0	100.0	100.0	100.0
SI	17.6	11.2	9.3	14.0
NO	82.4	88.8	90.7	86.0

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 22

Tijuana, B.C.: Algunas características sociales y demográficas de las mujeres "responsables de la salud familiar" en los hogares de la "población abierta" en tres comunidades urbanas distintas.

Característica	TIJUANA (58419)	OTAY (6586)	HERRERA (5294)	OBRERA (4166)
<u>Toma las decis. s/ salud fam.</u>	100.0	100.0	100.0	100.0
Ella	84.2	65.3	94.7	84.3
Conyuge/pareja	14.6	34.7	5.3	14.3
Otra persona	1.2	-	-	1.4
<u>Estado Civil</u>				
Casada	67.2	73.2	67.3	73.6
Unida	12.0	8.8	12.5	12.6
Separada/divorciada	6.0	6.7	11.2	4.8
Viuda	11.5	9.7	9.0	6.9
Soltera	3.3	1.6	-	2.1
<u>Embarazos</u>				
0	5.1	2.8	3.7	9.8
1-2	25.3	21.8	27.2	21.8
3-4	22.7	30.0	20.9	19.9
5-6	11.3	12.4	9.9	10.2
7 +	35.6	32.8	38.4	38.1
<u>Hijos nacidos vivos</u>				
0	6.2	1.3	5.5	8.2
1-2	25.4	27.7	25.6	22.6
3-4	24.7	31.9	24.2	26.7
5-6	11.3	14.8	10.1	10.6
7 +	32.4	24.3	34.9	31.9
<u>Servicio Publico en Salud</u>				
Con	41.6	40.9	40.6	32.4
Sin	58.4	59.1	59.4	67.6
<u>Lugar de Nacimiento</u>				
Tijuana	20.8	17.5	21.3	21.6
Otro lugar B.C.	2.0	2.0	-	0.7
Estado norteño/EUA	7.2	14.3	1.9	1.3
Otro estado del país	70.0	66.3	76.8	76.6
<u>Escolaridad</u>				
0 años	13.3	23.8	11.3	23.3
1-5	21.9	19.4	22.5	28.0
6 años	19.4	14.5	22.6	20.3
7-9	24.6	19.9	17.5	16.7
10 +	20.8	22.4	26.1	11.7
<u>Trabajo remunerado</u>				
SI	26.0	27.4	31.8	23.6
NO	74.0	72.6	68.2	76.4
<u>Posición en el empleo</u>				
Empleada	43.9	40.6	60.0	23.4
Obrera	11.7	11.7	10.9	6.2
Trabaja cta. propia	35.6	31.0	11.6	58.6
Trabajo sin pago	7.8	7.6	17.5	2.9
Jornalera	1.0	-	-	8.9
<u>Jefatura del hogar</u>				
Ella	17.2	31.1	24.6	8.6
Cónyuge	54.4	64.0	47.9	69.2
La pareja	23.2	3.8	1.9	7.5
Otro pariente	5.2	1.1	25.6	14.7

Cuadro No. 23

TIJUANA, B.C.: Proporción de mujeres responsables de la salud familiar en los hogares de la "población abierta", que conocen algún centro de salud en Tijuana y, en particular, conocen el centro de salud de su colonia, según edad y años de vivir en Tijuana.

Edad	Conoce algún Centro de Salud en Tijuana	Conoce el Centro de Salud de su colonia
Total	83.7	63.3
Menos de 24	76.3	63.4
25-29	86.2	68.6
30-34	93.0	63.7
35-39	89.8	71.0
Más de 40	80.3	59.0
Años en Tijuana		
0-2	50.0	31.9
3-4	85.0	52.8
5-9	85.1	74.9
10-14	92.7	75.6
15 y más	85.6	63.5

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 24

Tijuana, B.C.: Algunas características del uso de los servicios en salud reproductiva por parte de las mujeres "responsables de la salud familiar" en los hogares de la "población abierta" en tres comunidades urbanas distintas.

<u>Característica</u>	COMUNIDAD			
	TIJUANA	OTAY	HERRERA	OBRERA
<u>En el hogar han utilizado los Servicios de Salubridad</u>	100.0	100.0	100.0	100.0
SI	73.3	90.0	67.1	80.3
NO	26.7	9.1	32.9	19.7
<u>Ella conoce el Centro de Salud más próximo a su casa</u>	100.0	100.0	100.0	100.0
SI	63.3	77.6	66.8	82.5
NO	36.7	22.4	33.2	17.5
<u>Ella ha escuchado sobre:</u>				
Planificación Familiar	85.5	80.8	86.3	75.0
Detección oport. cáncer	80.0	74.4	83.2	73.7
Enf. Transm. sexual	69.8	63.6	72.6	55.6
Control de embarazo	73.8	73.8	75.6	62.6
Post-parto	53.8	63.2	56.6	38.9
<u>Ella ha utilizado:</u>				
Planificación Familiar	14.0	6.2	16.3	17.5
Detección oport. cáncer	13.8	8.8	8.9	19.1
Enf. Transm. sexual	2.6	1.0	2.7	2.2
Control de embarazo	8.8	6.5	9.9	11.0
Post-parto	4.2	1.9	1.7	2.1

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

Cuadro No. 25

Tijuana, B.C.: Lugar al que acuden las mujeres "responsables de la salud familiar", en los hogares de la "población abierta" que declararon nunca haberse hecho la revisión ginecológica vaginal y de glándulas mamarias en los Centros de Salud de la SSA en Tijuana.

<u>CARACTERISTICA</u>	OTAY	<u>COMUNIDAD HERRERA</u>	OBRERA	TOTAL
<u>Nunca les han hecho la exploración ginecológica vaginal y de glándulas mamarias en SSA Tijuana (%)</u>	85.0	85.5	76.2	83.5
<u>Acuden en busca de atención</u>	100.0	100.0	100.0	100.0
Con Nadie				
Farmacia	27.0	15.6	32.5	20.1
Yerbero	-	-	-	0.1
Homeópata	-	-	-	-
Médico particular	2.8	-	-	0.6
Dispensario	21.9	38.4	32.1	35.2
Institución pública de Salud	2.9	8.9	2.9	2.2
Otro lugar	34.6	34.8	21.5	34.2
	10.8	2.3	11.0	7.6

Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

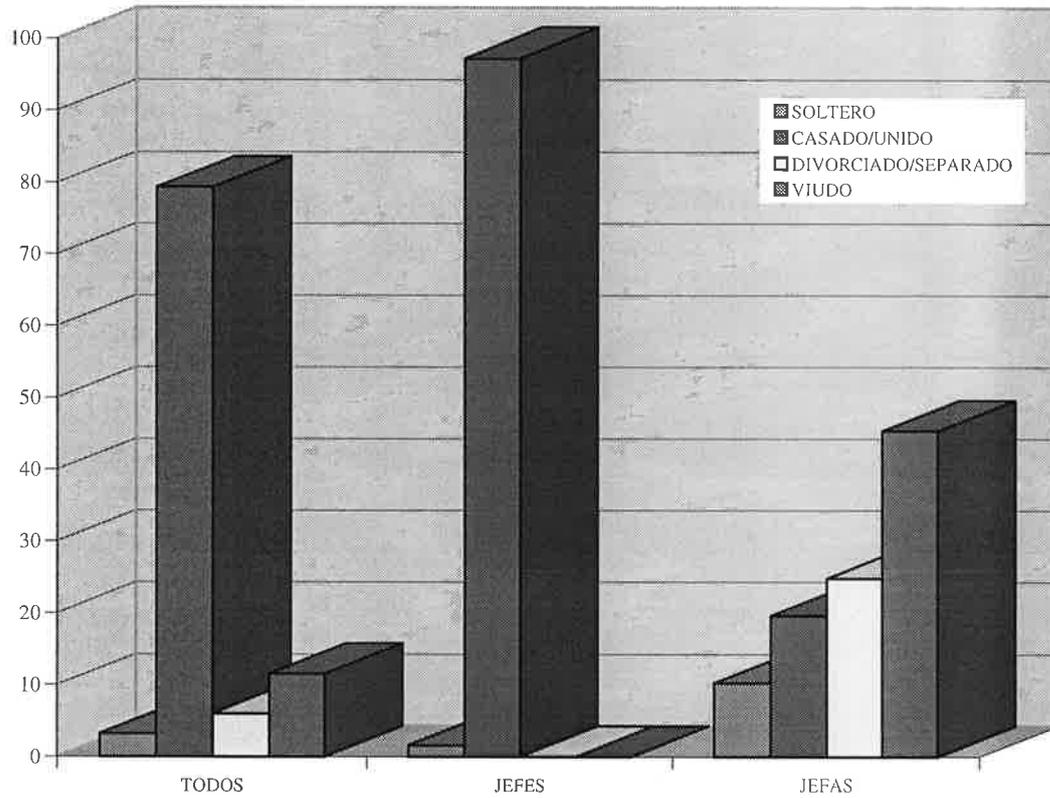
Cuadro No. 26

Tijuana, B.C.: Proporción de mujeres "responsables de la salud familiar", en los hogares de la "población abierta", que han usado los servicios de los programas en salud reproductiva, según diversas características sociales y demográficas.

CARACTERISTICAS	SERVICIO MEDICO UTILIZADO				
	Planificación Familiar	Detección oportuna del cáncer	Enfermedades trans. sex.	Control de embarazo	Post-parto
<u>EDAD</u>					
- 19	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
20-24	14.9	9.5	0.6	7.8	3.2
25-29	15.0	2.2	4.2	11.6	0.0
30-34	24.7	28.9	11.6	20.6	13.7
35-39	18.9	4.5	0.0	5.3	2.2
40-49	14.8	16.2	3.3	5.6	1.9
50 +	7.6	15.5	0.0	6.8	4.3
<u>ESTADO CIVIL</u>					
Soltera	7.3	2.5	0.0	2.5	0.0
Casada/unida	16.6	15.6	3.3	9.8	4.9
Divor./sep.	5.9	5.5	0.0	10.6	5.9
Viuda	2.8	9.3	0.0	2.8	0.0
<u>EMBARAZOS</u>					
Ninguno	1.0	3.8	0.0	0.0	0.0
Al menos uno	14.7	13.8	2.8	9.3	4.4
<u>SERVICIO MEDICO</u>					
SI	13.9	10.5	4.0	6.0	4.8
NO	14.1	16.6	1.5	9.3	3.7
<u>SERV. MED. CALIF.</u>					
SI	15.1	9.1	0.7	6.0	0.0
NO	13.8	14.6	3.0	9.3	4.9
<u>LUGAR NACIMIENTO</u>					
Tijuana	22.8	20.3	8.0	19.5	10.5
Otro mpio. B.C.	32.7	16.6	0.0	20.0	0.0
Otro edo. front.	13.2	8.9	0.0	12.2	3.1
Otro edo. país	11.0	12.3	1.4	5.0	2.6
EUA	0.0	18.2	0.0	0.0	0.0
<u>ESCOLARIDAD</u>					
Sin estudios	2.8	17.3	0.0	2.1	0.0
1-5 años	17.7	11.6	1.6	8.0	3.5
6 años	16.5	18.2	0.6	10.7	5.1
7-9 años	16.3	9.9	2.2	9.8	3.2
10-12 años	12.9	17.2	9.2	11.1	9.4
13 +	11.2	0.0	0.0	11.2	0.0
No especificado	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

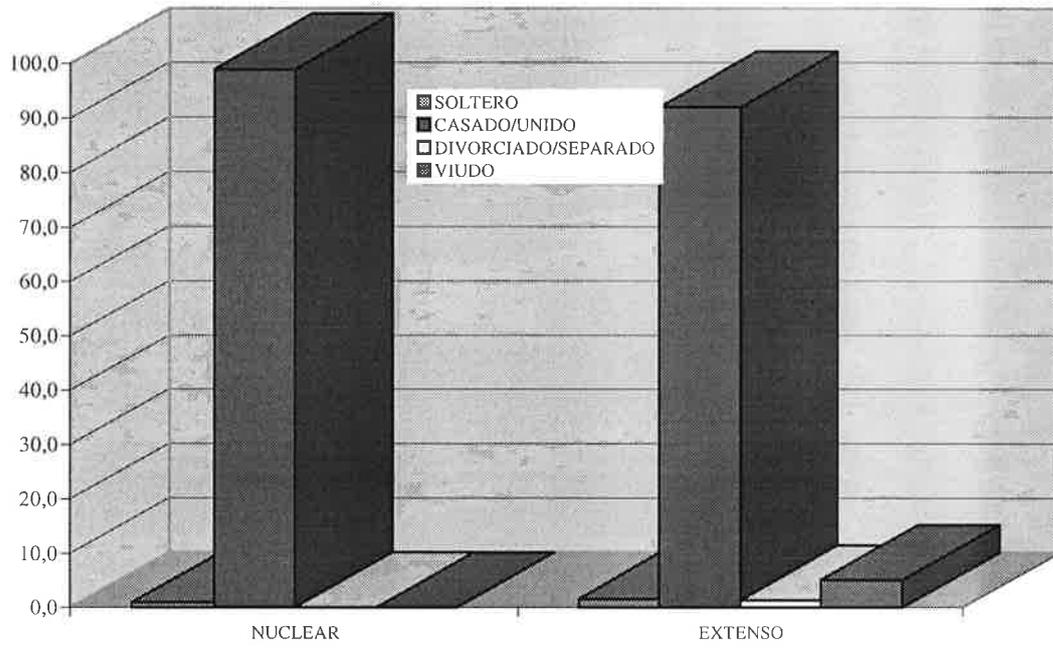
**ESTADO CIVIL DE LOS Y LAS JEFAS DE HOGAR
HOGARES MUNICIPIO-TIJUANA**

TODOS

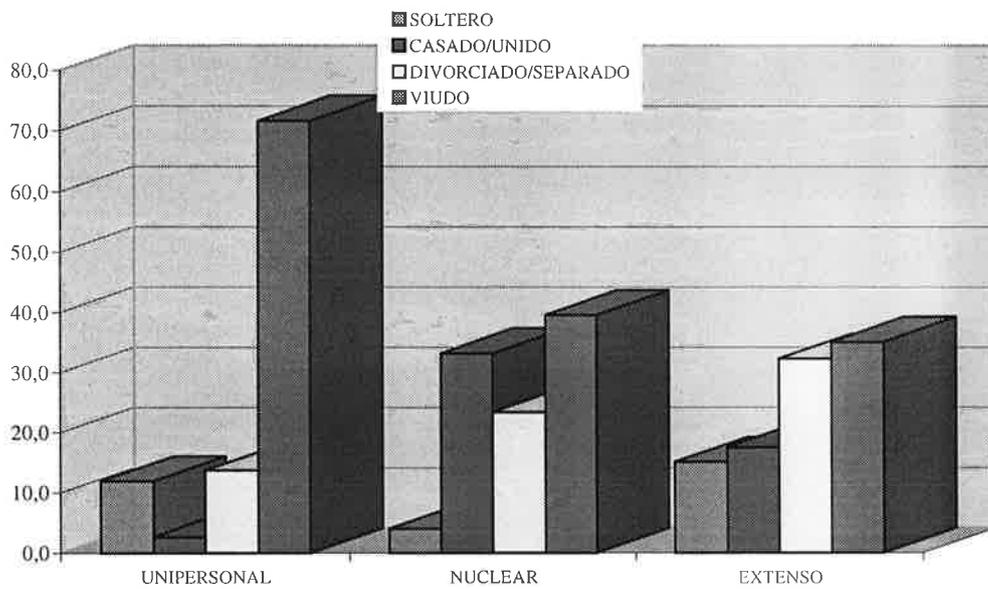


**ESTADO CIVIL DE LOS Y LAS JEFAS DE HOGAR Y COMPOSICION-HOGARES
MUNICIPIO-TIJUANA**

JEFES

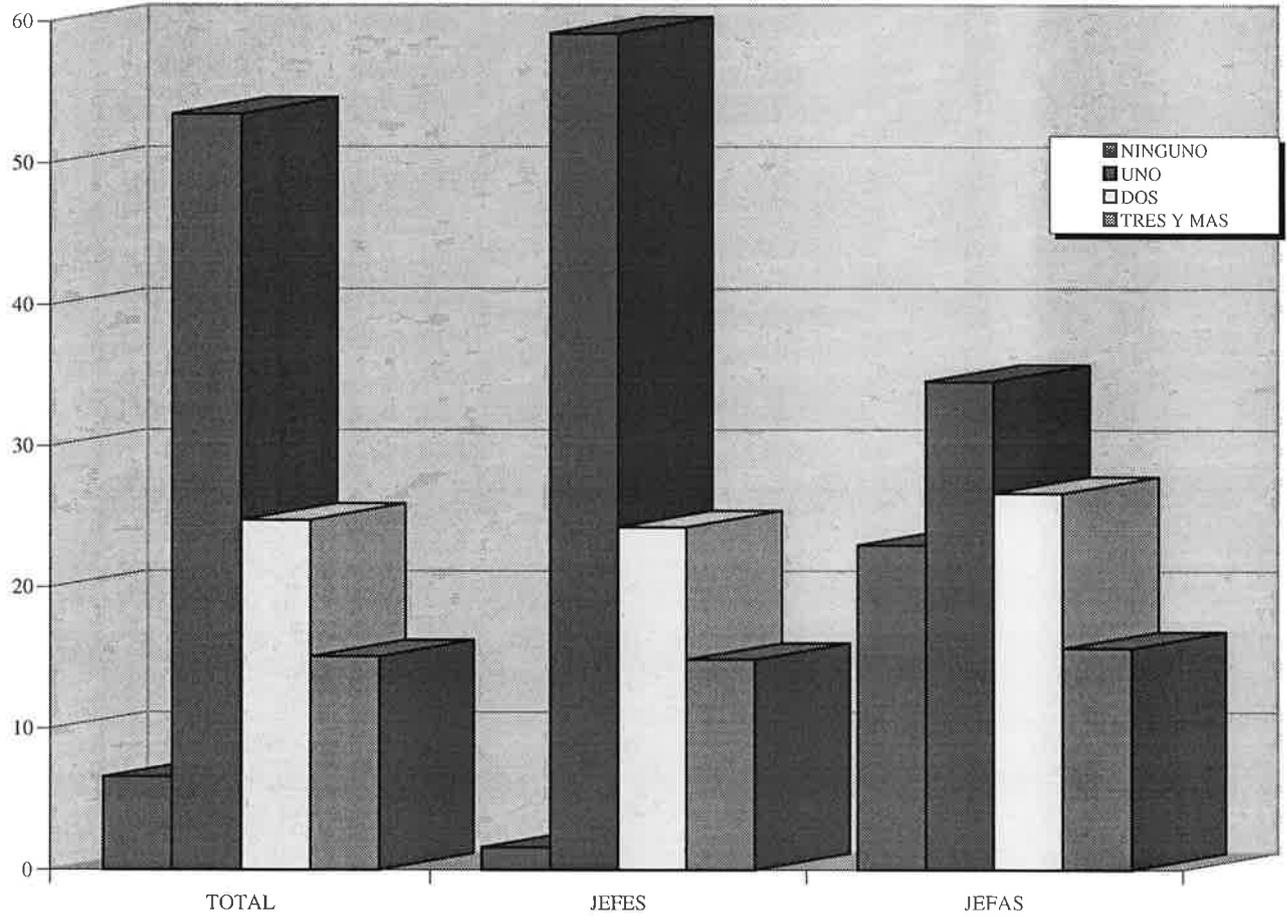


JEFAS



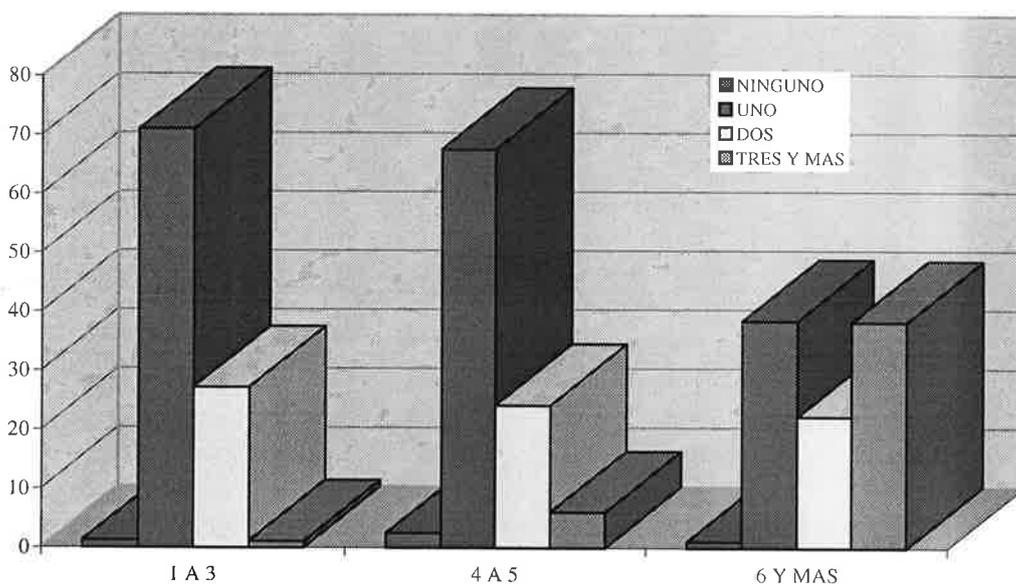
**PERSONAS QUE CONTRIBUYEN A LA ECONOMIA FAMILIAR
HOGARES MUNICIPIO-TIJUANA**

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS HOGARES

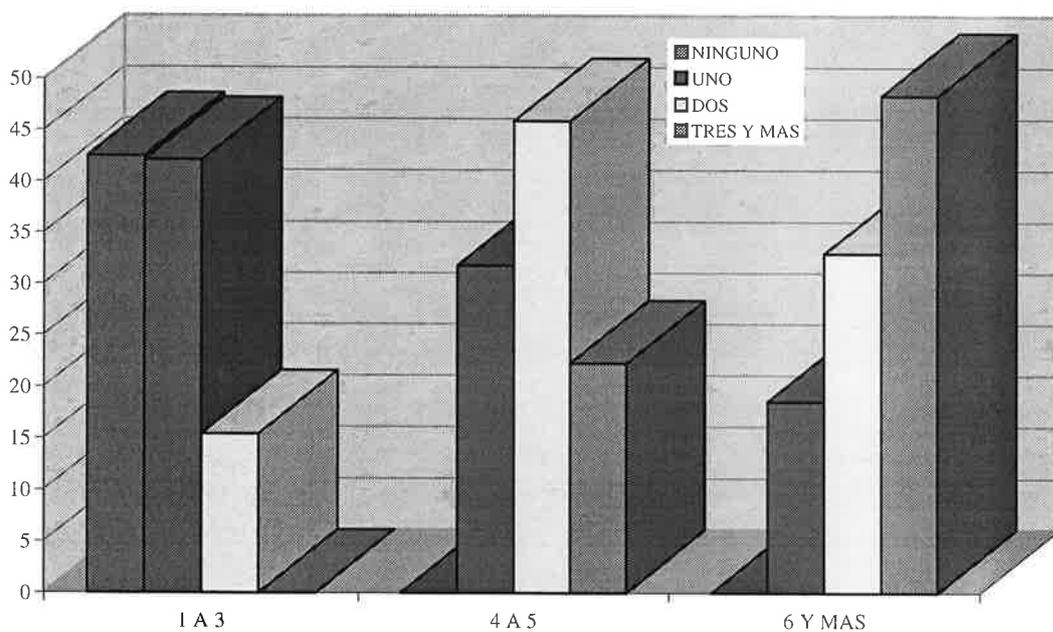


**PERSONAS QUE VIVEN Y CONTRIBUYEN A LA ECONOMIA FAMILIAR
HOGARES MUNICIPIO-TIJUANA**

JEFES HOMBRES



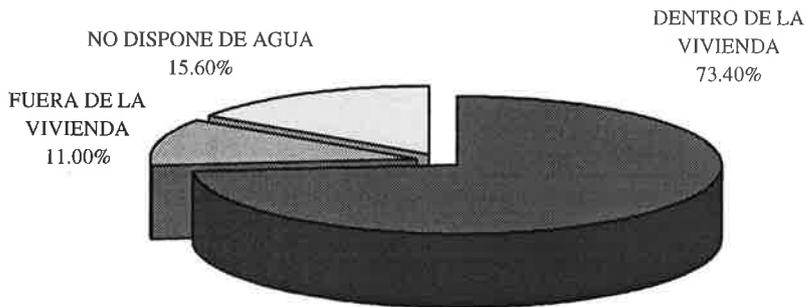
JEFES MUJERES



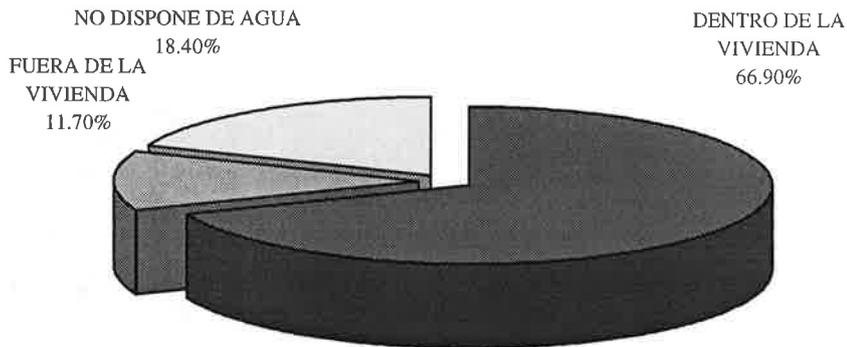
GRAFICA No 4

**DISPONIBILIDAD DE AGUA CORRIENTE
HOGARES MUNICIPIO-TIJUANA**

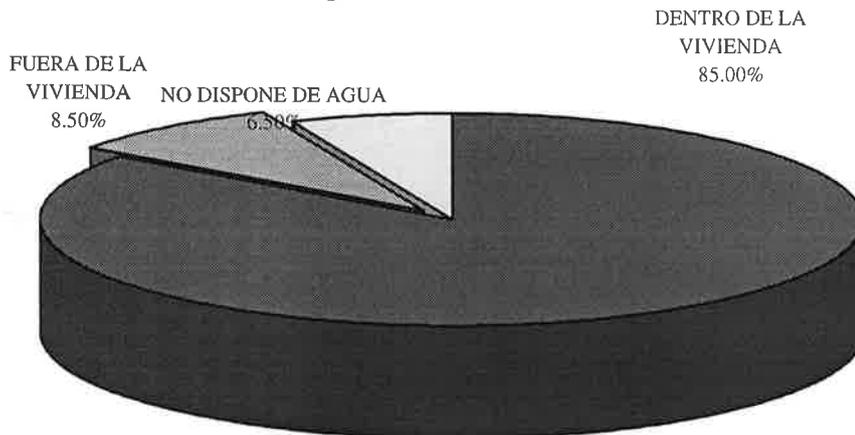
TODOS



JEFES DE HOGAR



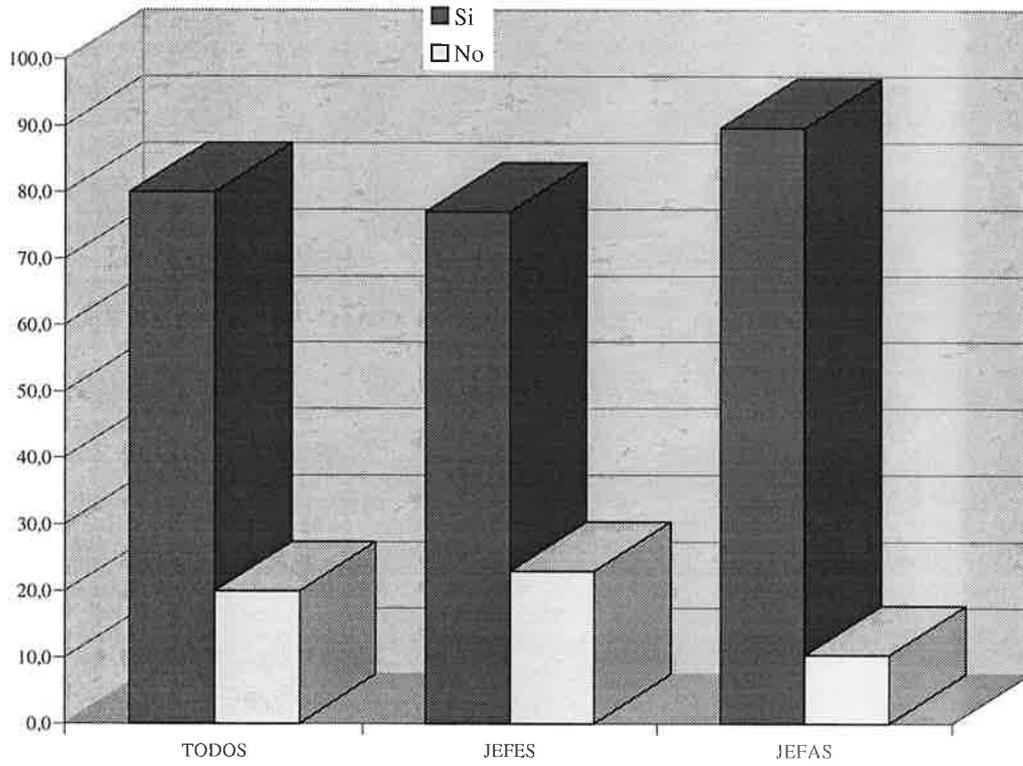
JEFAS DE HOGAR



Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C., 1994.

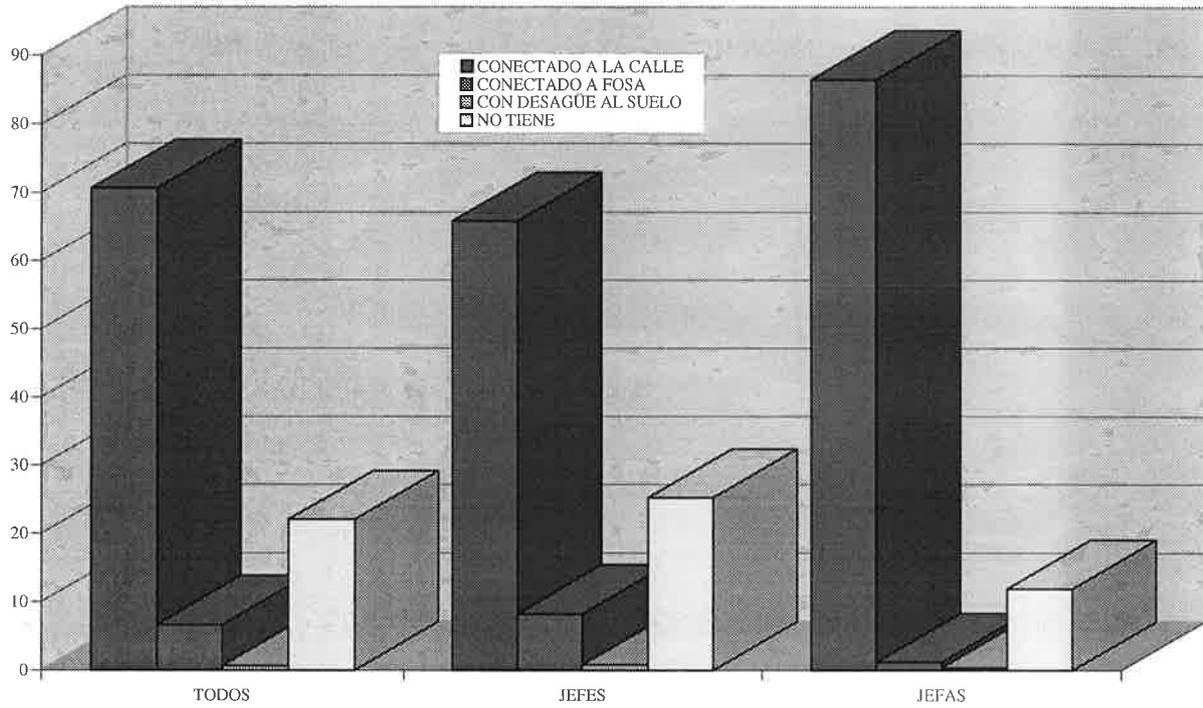
GRAFICA No 5

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS SANITARIOS
HOGARES MUNICIPIO-TIJUANA



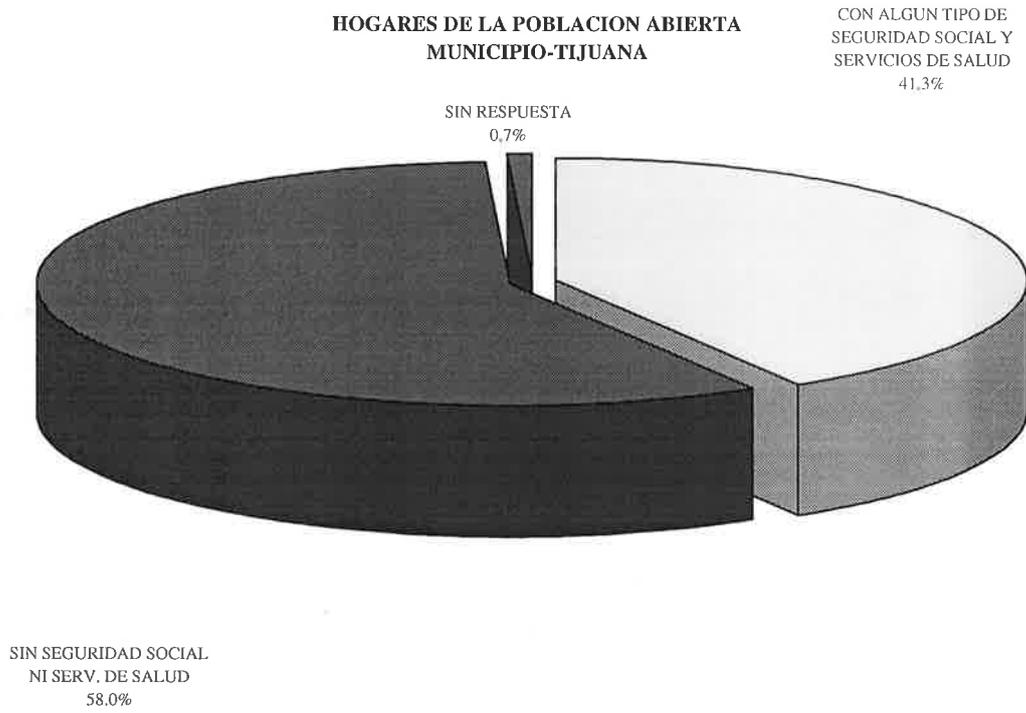
Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

**DISPONIBILIDAD DE DRENAJE
HOGARES MUNICIPIO-TIJUANA**



Fuente: Encuesta de Hogares "Percepción Sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C.", 1994.

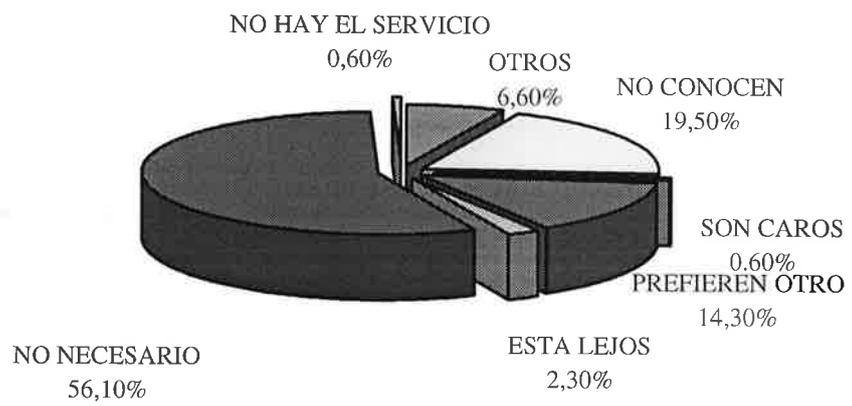
GRAFICA 7



GRAFICA No 8

MOTIVO POR EL QUE NO USARON LOS SERVICIOS DE S.S.
HOGARES MUNICIPIO-TIJUANA

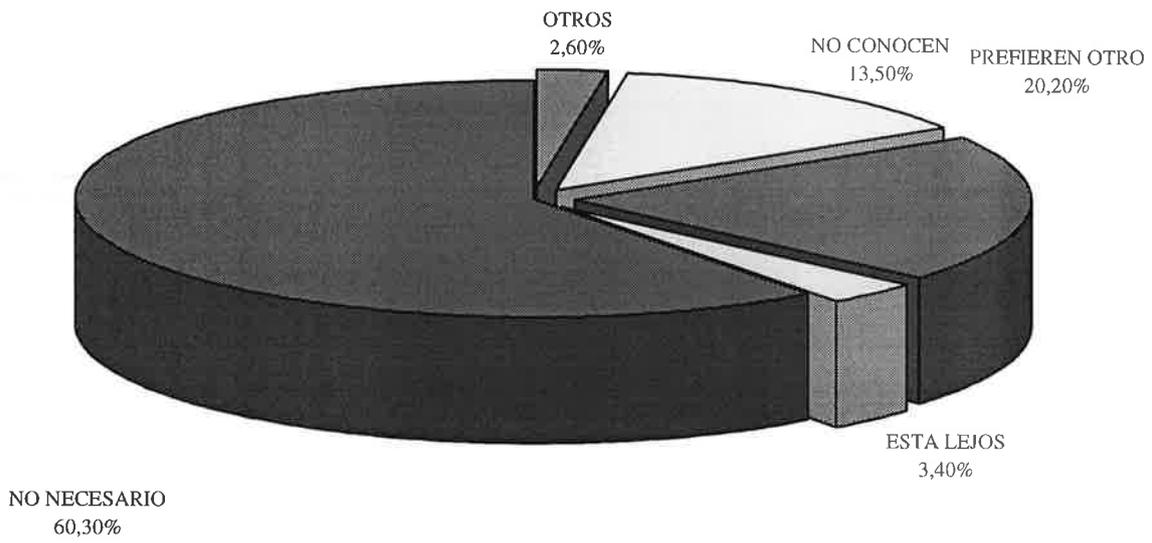
TOTAL



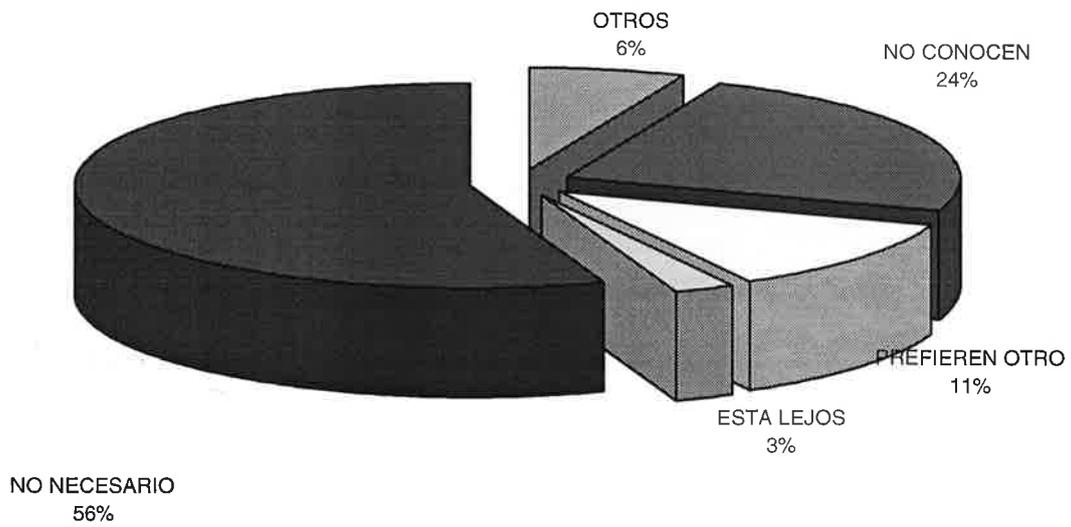
Fuente: Cuadro No. 12

GRAFICA 9

**JEFES
CON SERVICIOS DE SALUD**

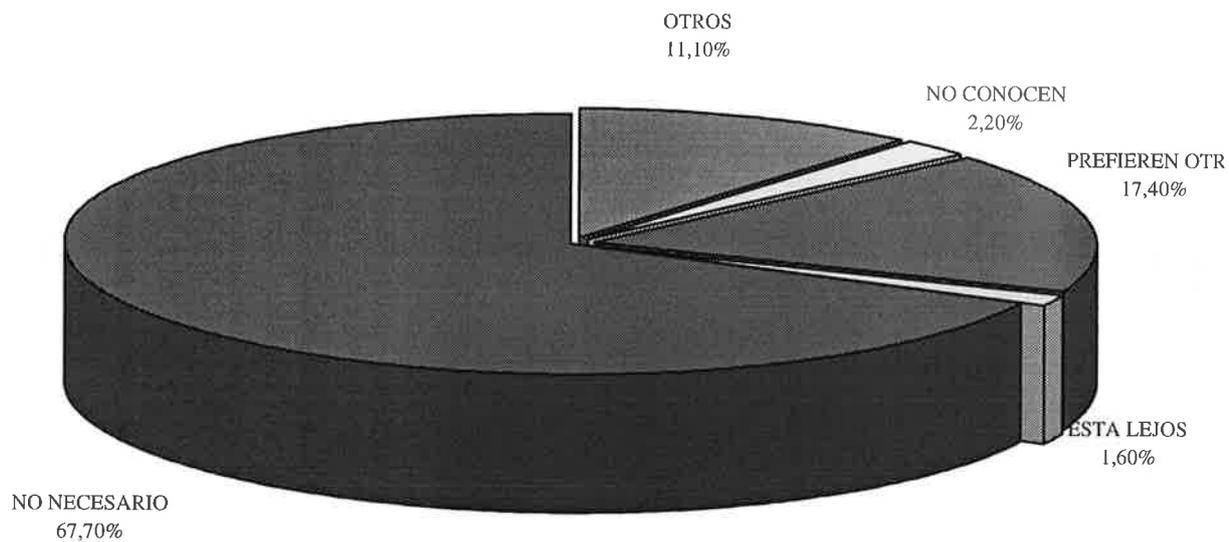


**JEFES
SIN SERVICIO DE SALUD**

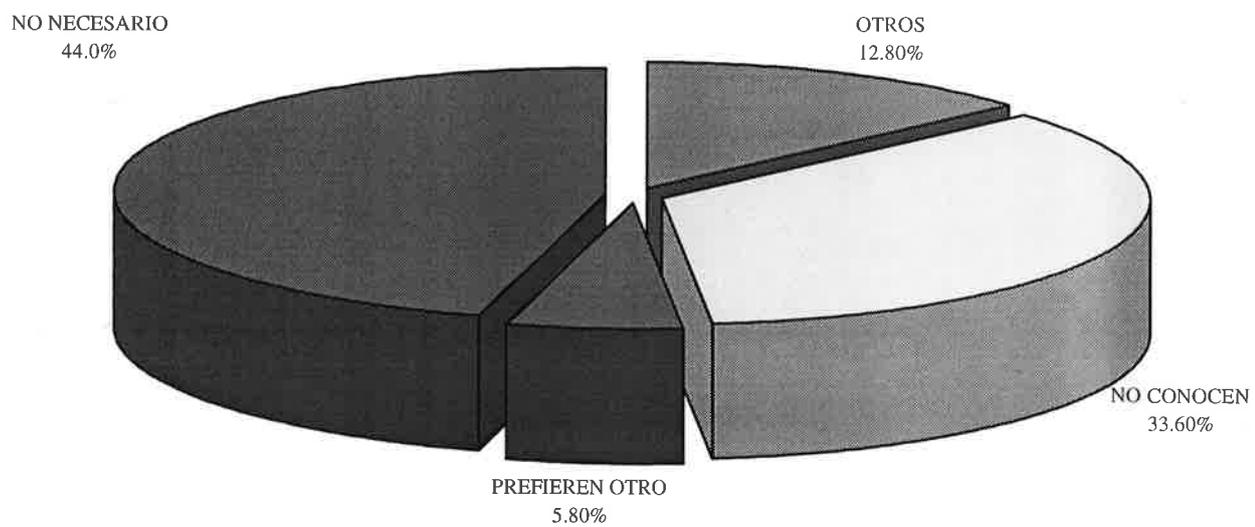


GRAFICA 10

**JEFAS
CON SERVICIO DE SALUD**



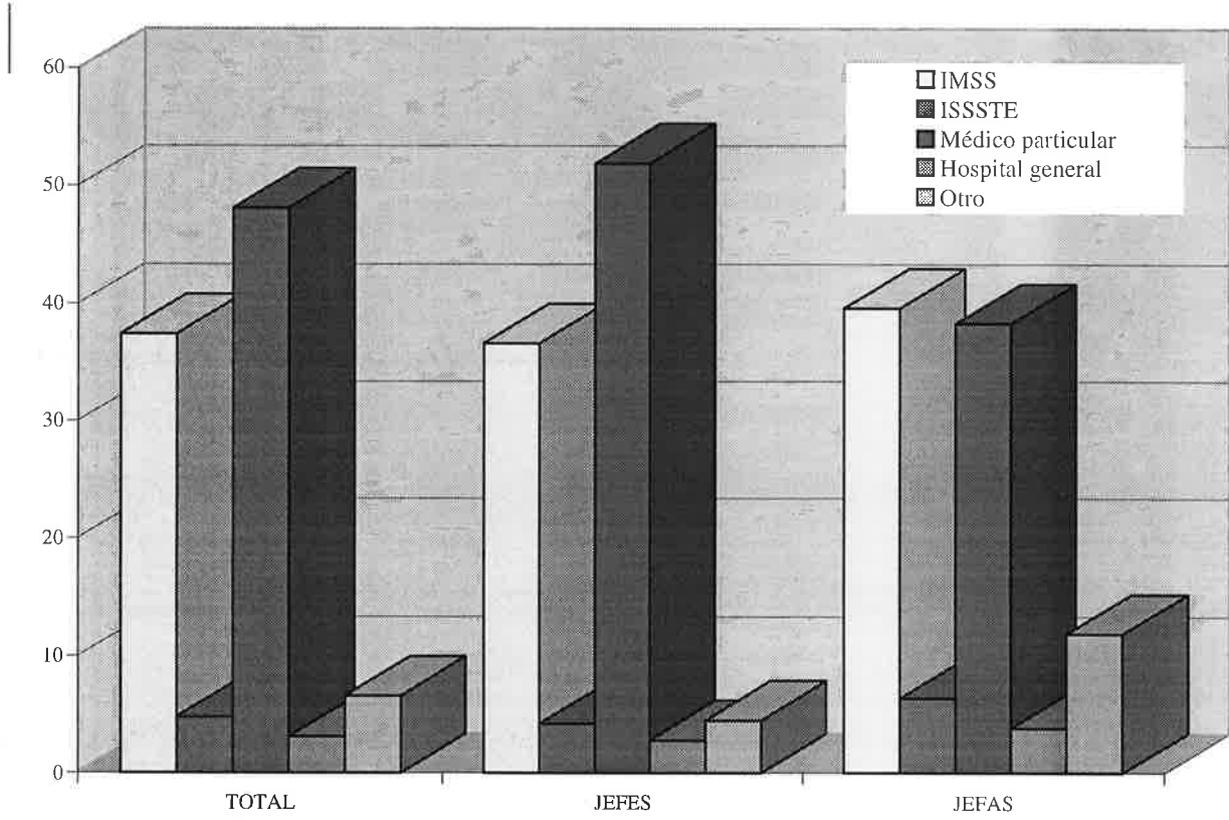
**JEFAS
SIN SERVICIO DE SALUD**



Fuente: Cuadro No. 12

GRAFICA No 11

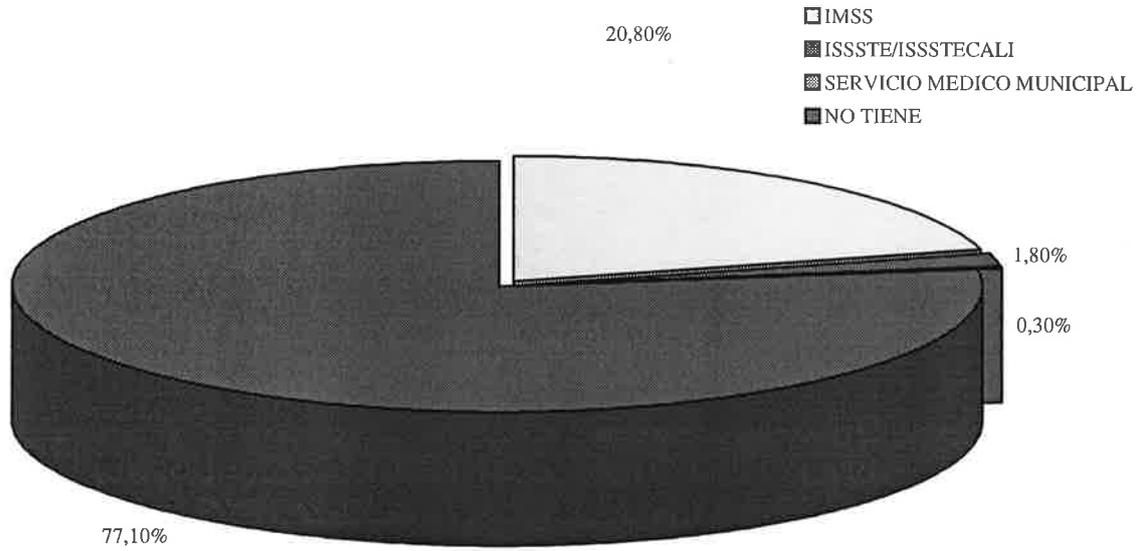
LUGAR AL QUE ACUDIERON POR SERVICIO DE SALUD
HOGARES MUNICIPIO-TIJUANA



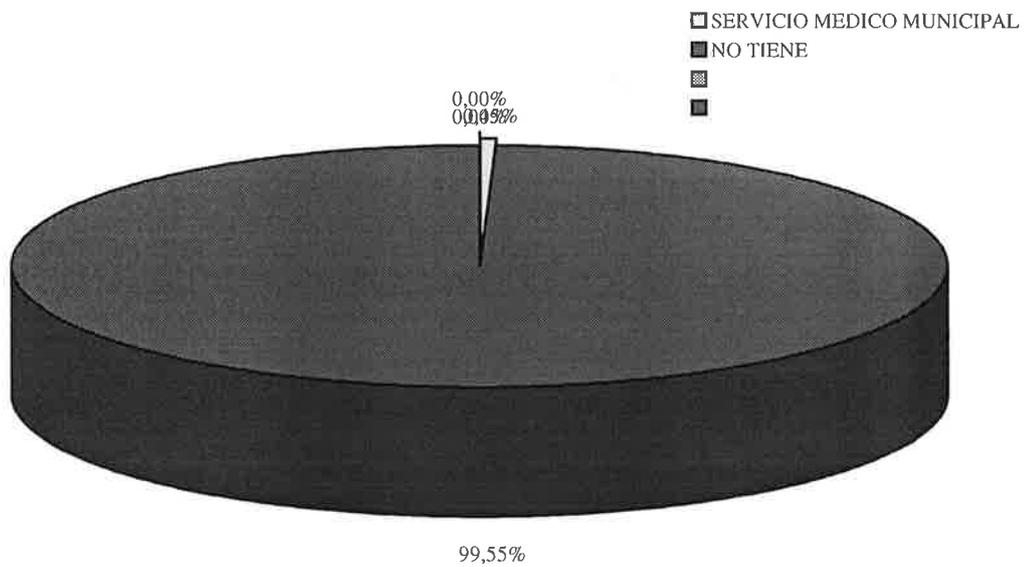
Fuente: Cuadro No. 13

DERECHOHABIENCIA A SERVICIOS DE SALUD DE LOS USUARIOS ACTIVOS DE LA SECRETARIA DE SALUD

TODOS LOS CENTROS DE SALUD

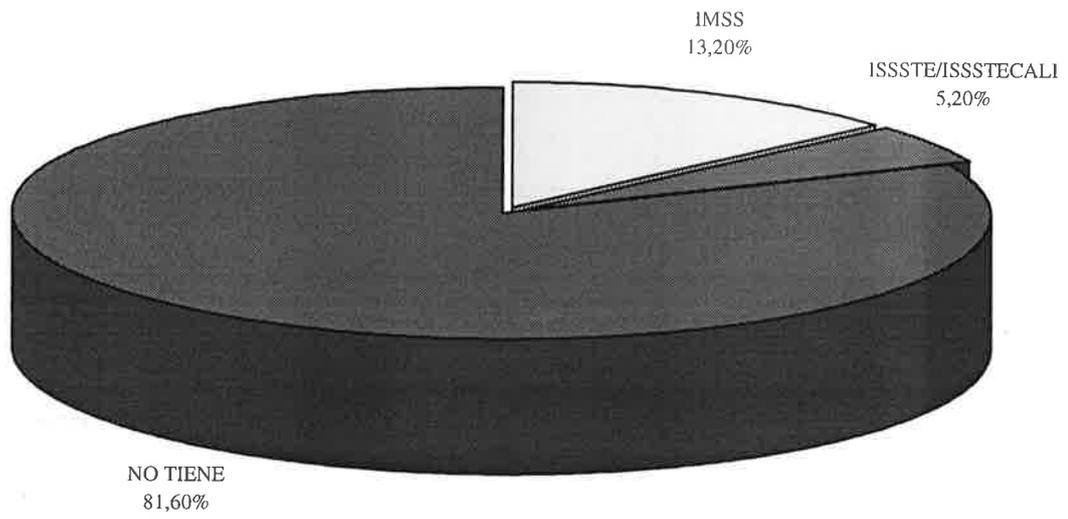


C.SALUD-OTAY

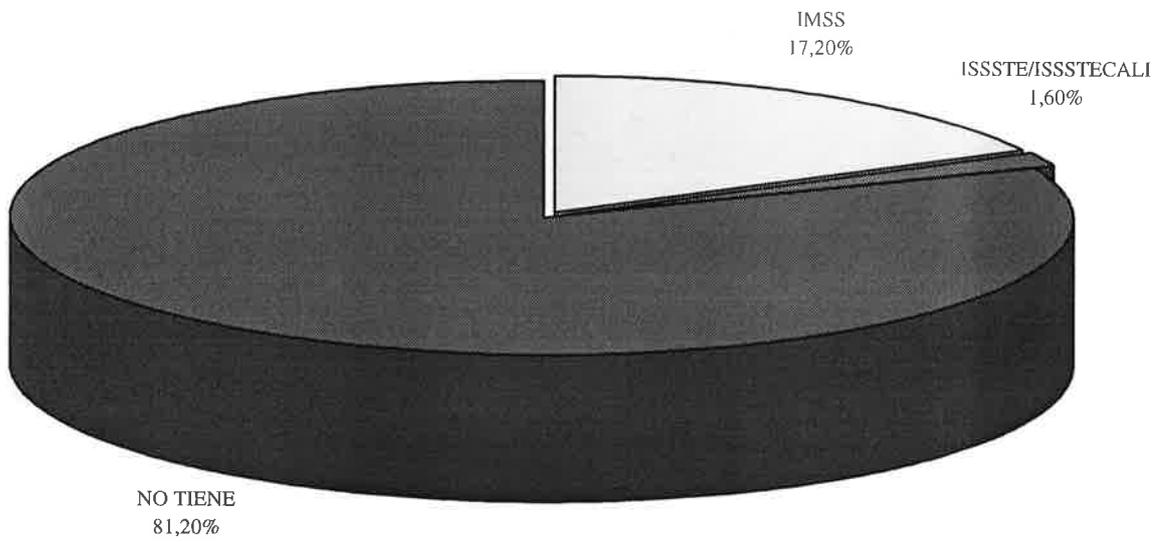


GRAFICA 12 Y 12 BIS

C.SALUD-HERRERA



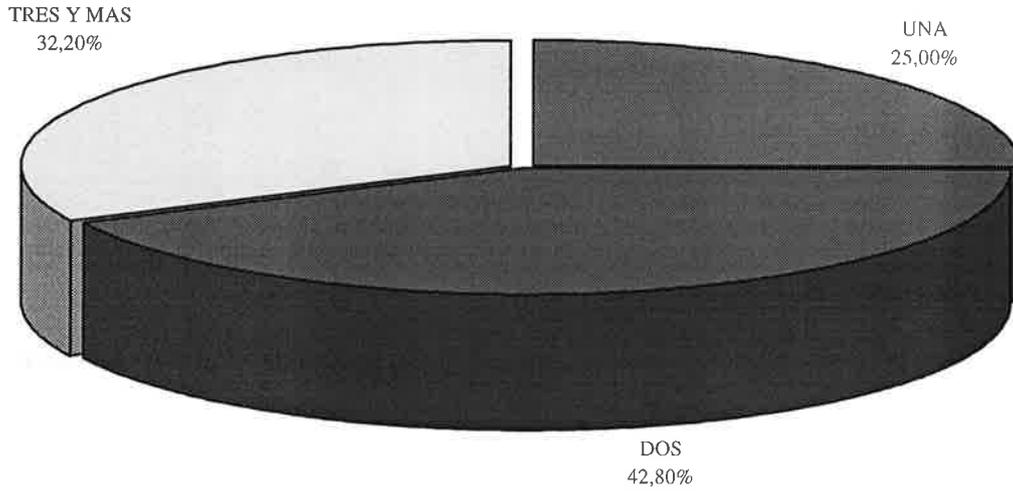
C. SALUD-OBRERA



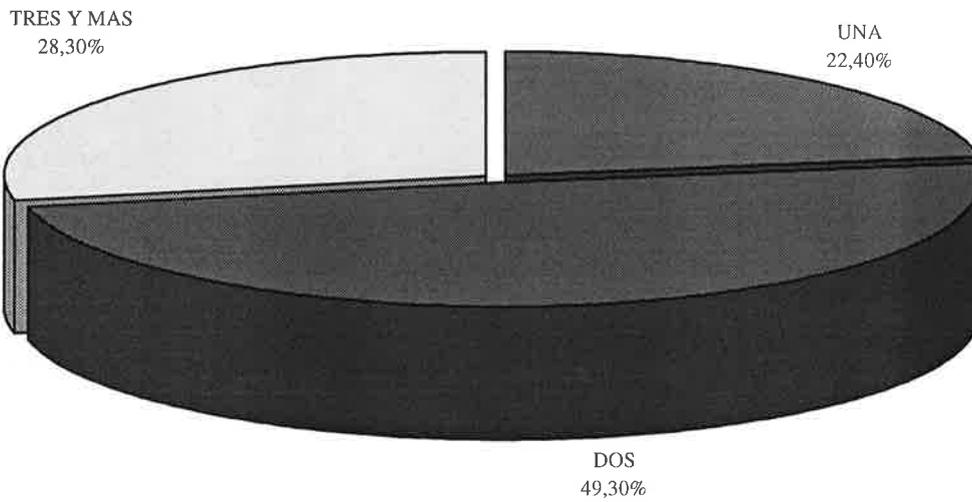
GRAFICA 13 Y 13 BIS

NUMERO DE PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD

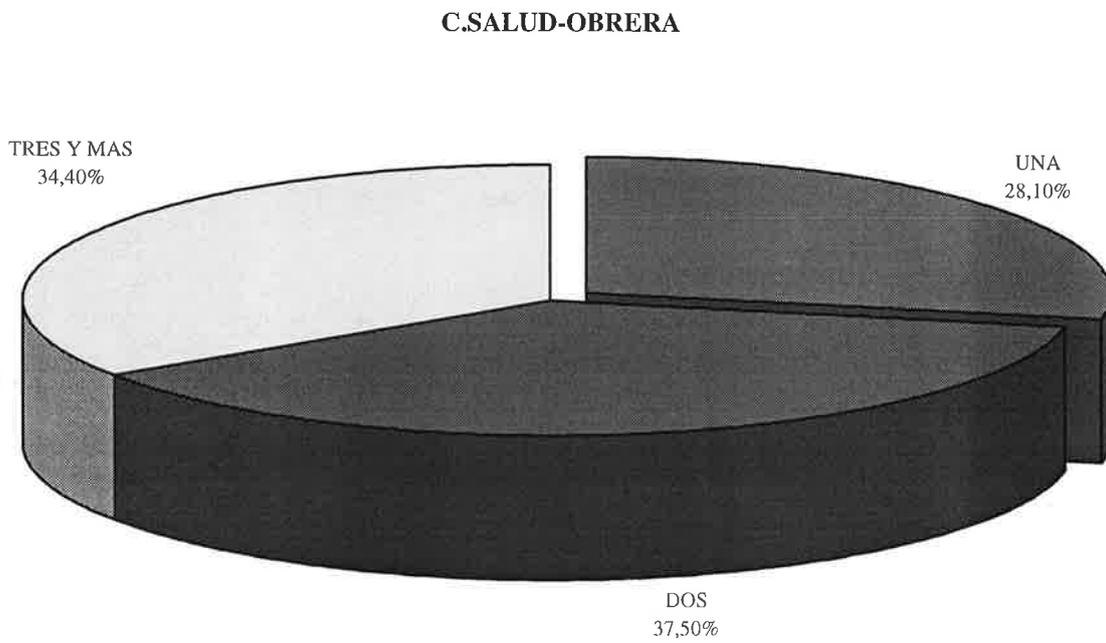
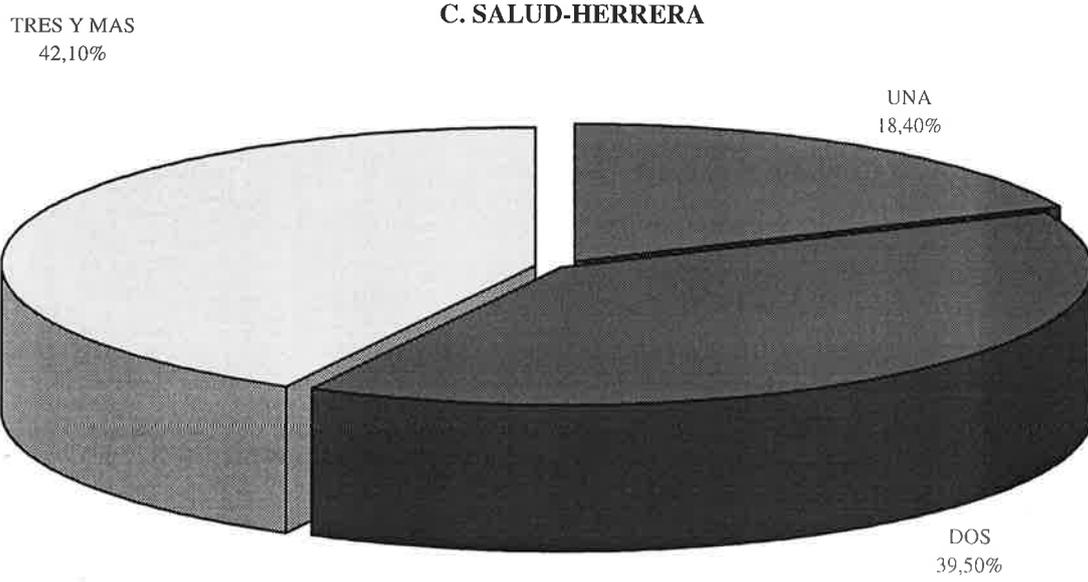
TODOS LOS CENTROS DE SALUD



C. SALUD-OTAY



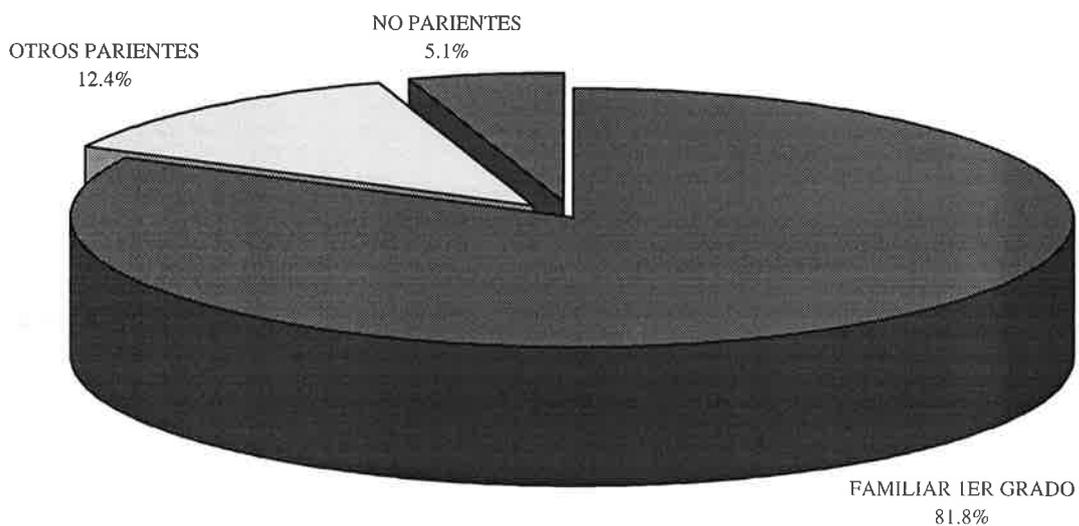
GRAFICA 13 Y 13 BIS



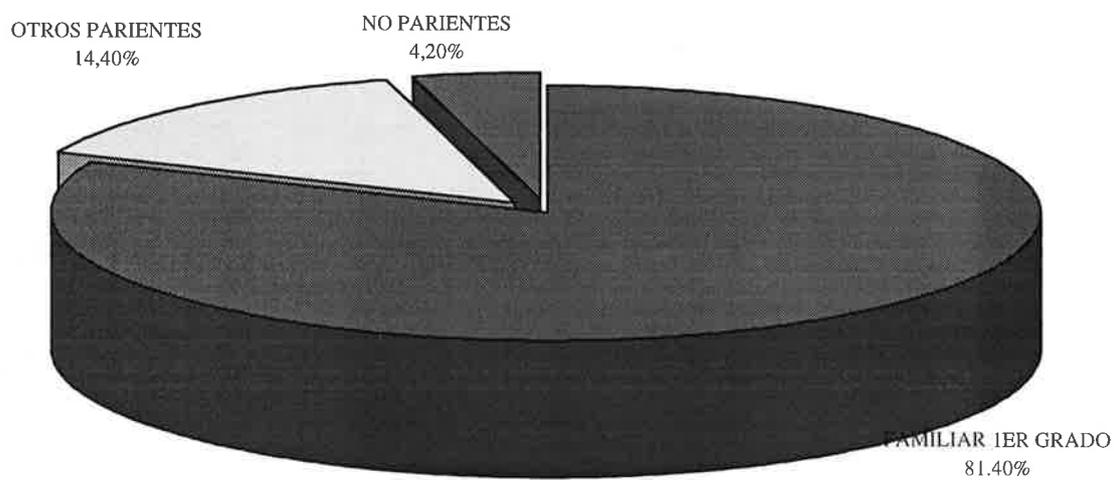
Fuente: Cuadro No. 14

PARENTESCO DE ACOMPAÑANTES AL CENTRO DE SALUD

TODOS LOS CENTROS DE SALUD

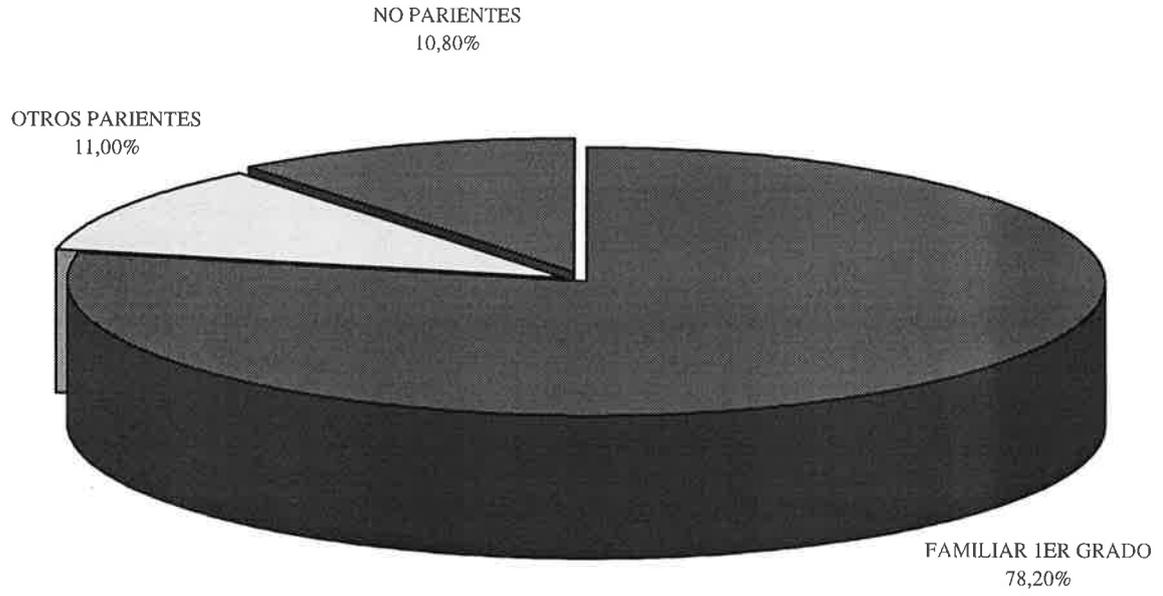


C.SALUD-OTAY

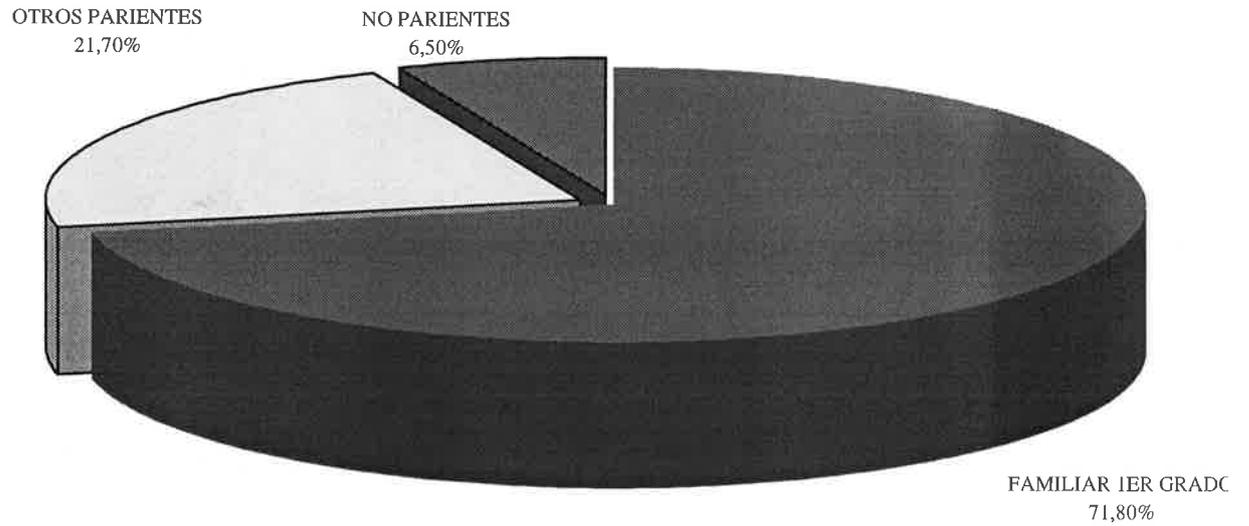


GRAFICA 14 Y 14 BIS

C.SALUD-HERRERA



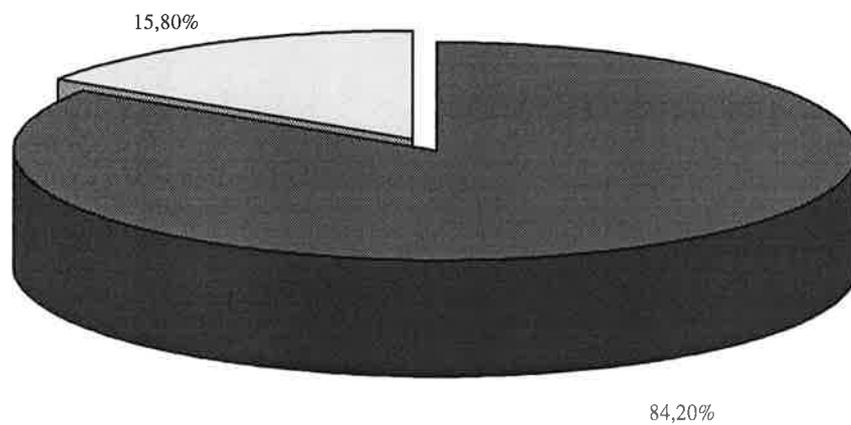
C. SALUD-OBRERA



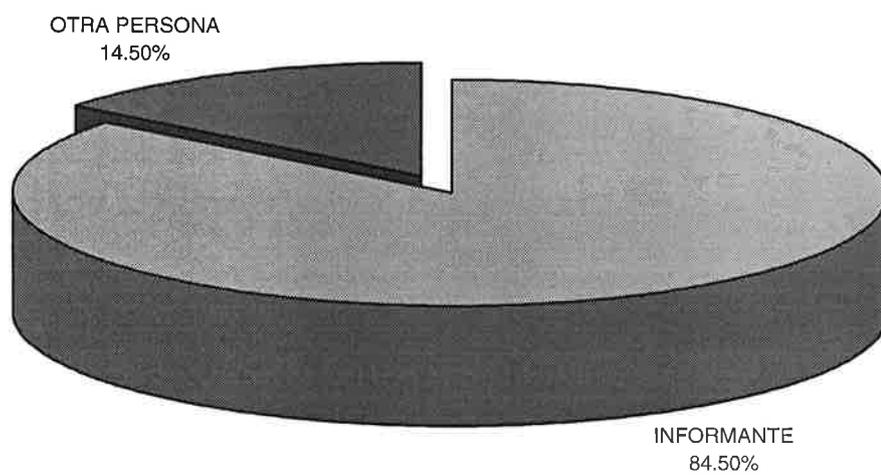
Fuente: Cuadro No. 14

RESPONSABLE DE LA SALUD FAMILIAR

TODOS LOS CENTROS DE SALUD

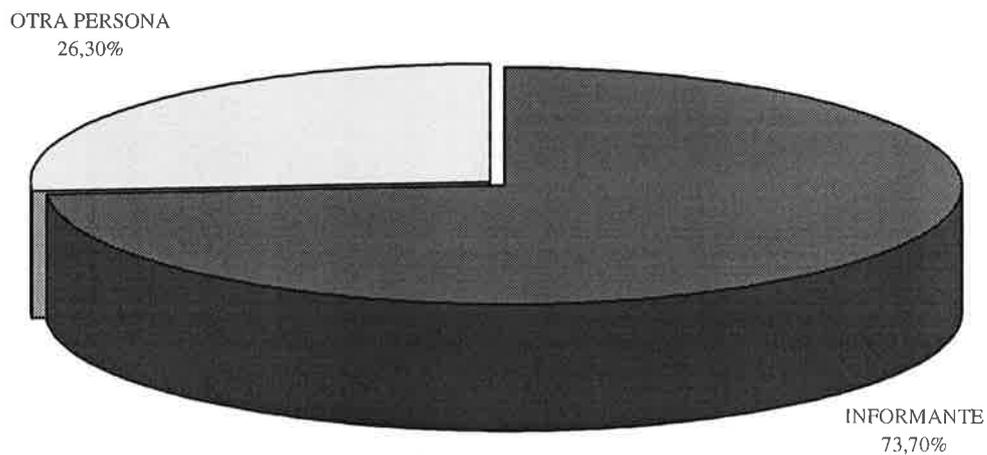


C. SALUD OTAY

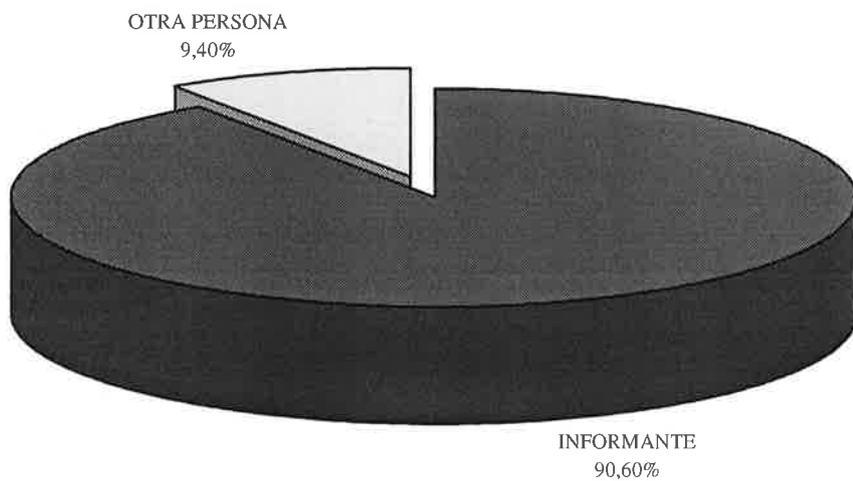


GRAFICA 15 Y 15 BIS

C.SALUD-HERRERA



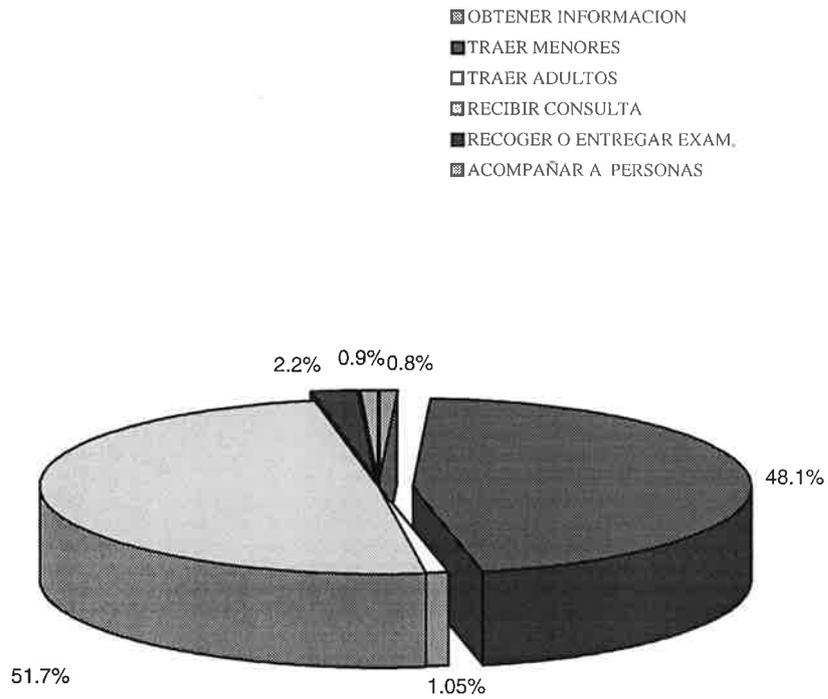
C.SALUD-OBRERA



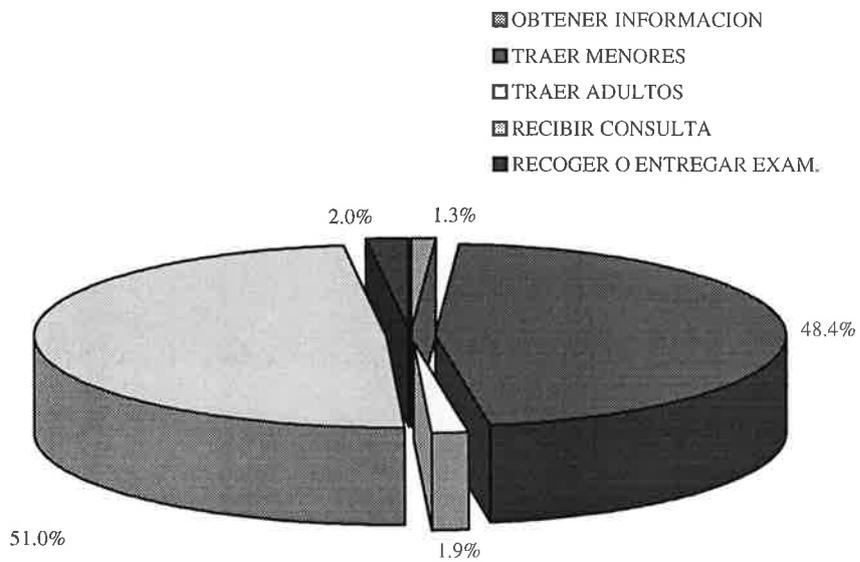
Fuente: Cuadro No.14

MOTIVOS POR LOS QUE ACUDIO AL CENTRO DE SALUD

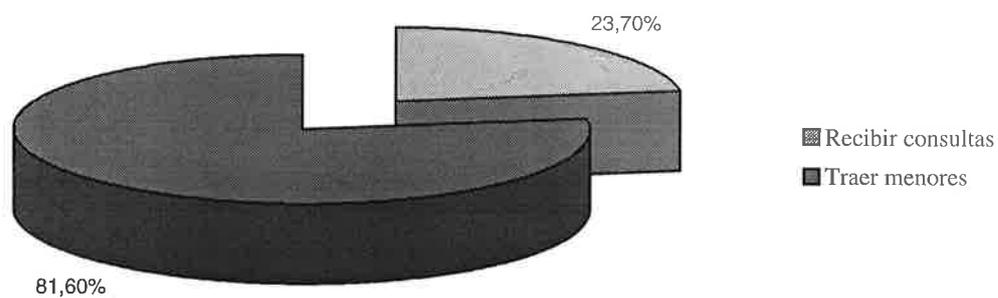
TODOS LOS CENTROS DE SALUD



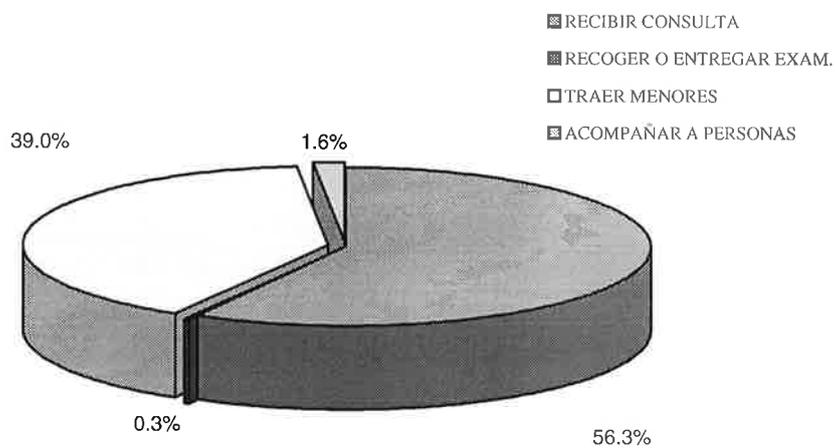
C. SALUD OTAY



C.SALUD HERRERA

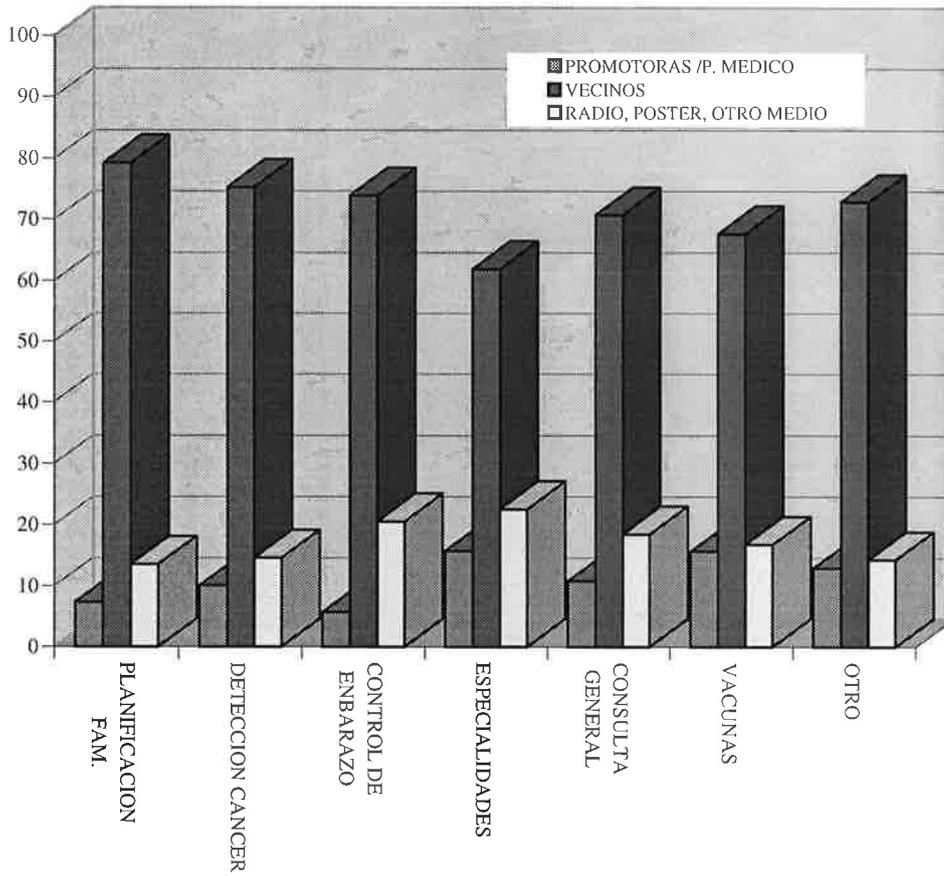


C. SALUD OBRERA



GRAFICA No 17

**SERVICIOS SOLICITADOS Y MEDIOS DE INFORMACION
HOGARES MUNICIPIO-TIJUANA**

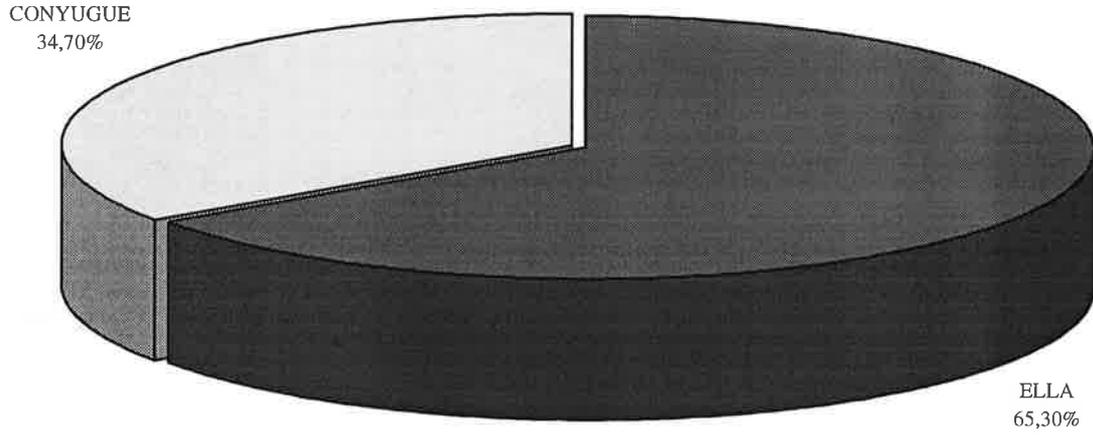


Fuente: Cuadro No. 16

GRAFICA 18 Y 18 BIS

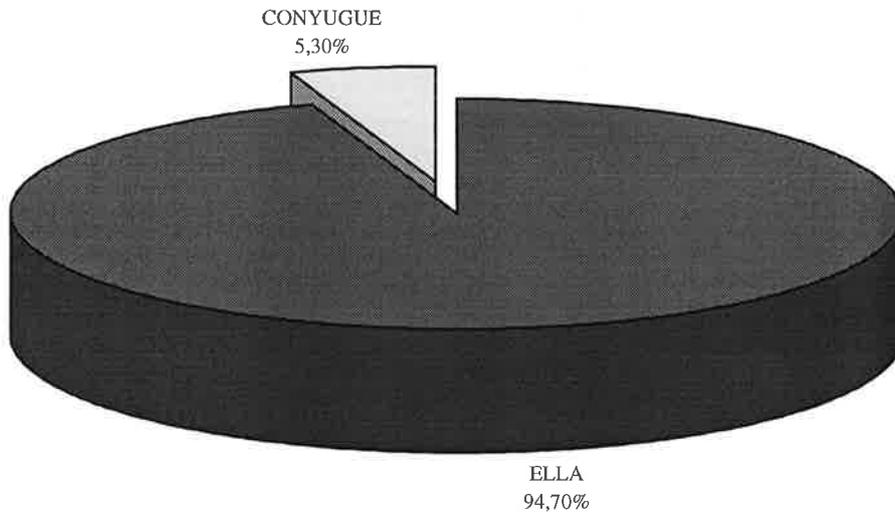
QUIEN TOMA LAS DECISIONES SOBRE LA SALUD FAMILIAR

HOGARES OTAY-TIJUANA



QUIEN TOMA LAS DECISIONES SOBRE LA SALUD FAMILIAR

HOGARES- HERRERA-TIJUANA

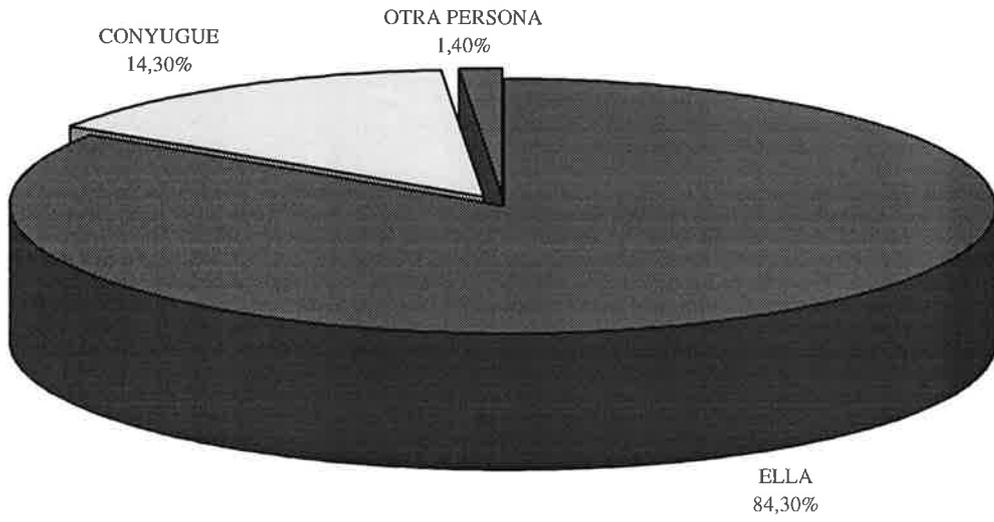


Fuente: Cuadro No. 22

GRAFICO No 18 Y 18 BIS

QUIEN TOMA LAS DECISIONES SOBRE LA SALUD FAMILIAR

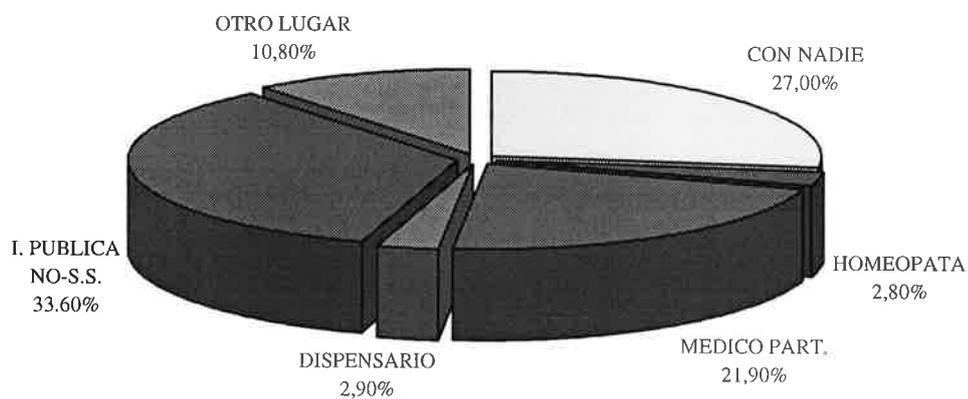
HOGARES-OBRAERA-TIJUANA



Fuente: Cuadro No. 22

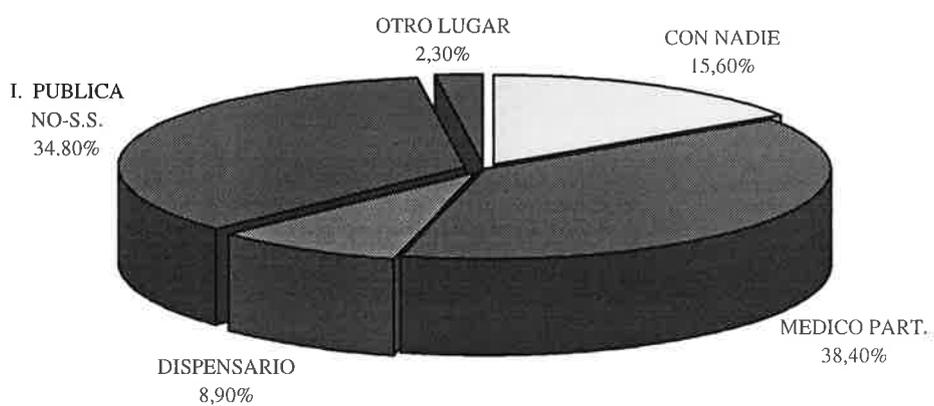
ACUDEN EN BUSCA DE SERVICIOS EN SALUD REPRODUCTIVA

HOGARES-OTAY-TIJUANA



ACUDEN EN BUSCA DE SERVICIOS EN SALUD REPRODUCTIVA

HOGARES-HERRERA-TIJUANA



ACUDEN EN BUSCA DE SERVICIOS EN SALUD REPRODUCTIVA

HOGARES-OBRERA-TIJUANA

