

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

*Elsa López
Andrea Federico*

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las mujeres del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)

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

Cuadro 1

Características de los hogares según condición de pobreza

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

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

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

La salud de las mujeres*Afiliación a sistemas de salud y consulta ginecológica en el último año*

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

Cuadro 2

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

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

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

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

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

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

Cuadro 3

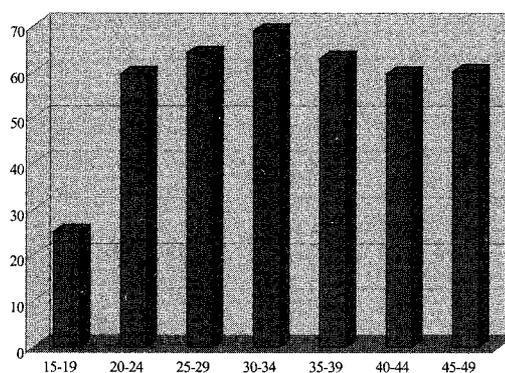
Porcentaje de mujeres que realizaron consulta ginecológica en el último año según diversas características

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

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

Gráfica 1

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



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

Cuadro 4

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

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

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

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

Mujeres pobres

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

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

Mujeres no pobres

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

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

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

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

Comparación de las mujeres pobres y no pobres

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

La fecundidad

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

Cuadro 5

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

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

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

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

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

La prevalencia en el uso de anticonceptivos

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

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

Cuadro 6

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

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

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

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

Uso actual de métodos anticonceptivos

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

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

Mujeres pobres

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

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

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

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

Mujeres no pobres

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

Cuadro 7

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

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

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

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

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

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

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

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

Comparación de las mujeres pobres y no pobres

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

Las madres recientes

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

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

Cuadro 8Distribución porcentual de madres vulnerables según
situación de vulnerabilidad

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

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

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

Perfiles de las madres vulnerables

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

Cuadro 9Madres recientes por condición de vulnerabilidad según
diversas características

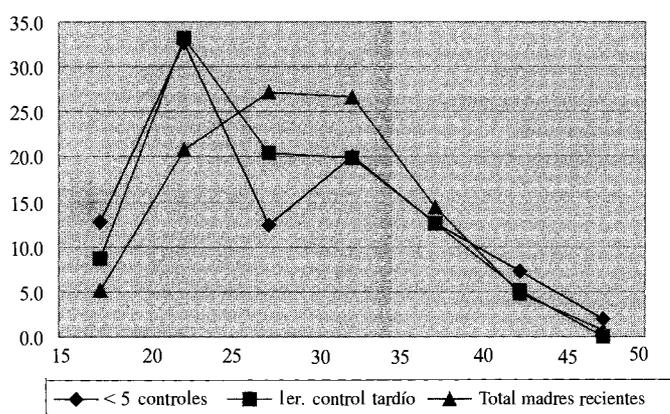
<i>Edad</i>	<i>Condición de vulnerabilidad</i>		
	<i>Vulnerables</i>	<i>No vulnerables</i>	<i>Total</i>
15-19	9.4%	3.9%	5.1%
20-24	32.7%	17.3%	20.8%
25-29	18.0%	30.0%	27.3%
30-34	20.2%	28.6%	26.7%
35-39	12.8%	14.9%	14.4%
40-44	6.1%	4.5%	4.9%
45-49	0.9%	0.8%	0.8%

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

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

Gráfica 2

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



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

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

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

El tipo de parto

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

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

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

Conclusiones

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

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

Cuadro 10

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

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

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

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

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

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

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

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

Recibido: mayo, 2002

Revisado: noviembre, 2002

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

Bibliografía

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

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

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