

Universidad autónoma del estado de Hidalgo



MAESTRÍA REGIONAL EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

**CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y PRACTICAS DE
CUIDADO EN SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE
ALGUNAS COLONIAS DE PACHUCA HIDALGO.**

TESIS Para obtener el grado en la Maestría en Estudios de Población

Presentado por:

I Q.F.B. MARÍA DEL CARMEN RINCÓN CRUZ

Pachuca Hgo., Agosto 2003

**CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y PRACTICAS DE CUIDADO EN
SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE ALGUNAS COLONIAS DE
PACHUCA HIDALGO.**

TESISTA.- Q.F.B. MARÍA DEL CARMEN RINCÓN CRUZ

DIRECTORA DE TESIS.-DRA MIRIAM ALVAREZ SUAREZ

A papá por sembrar en mi, confianza y alegría.

A mis mamas, por su trabajo, constancia y fortaleza.

A Estelí y Emiliano, por permitirme ser su mamá del corazón.

A José Luis, por los caminos recorridos por un mundo mas justo.

A Oti y Román, por ser mis amigos de siempre.

ÍNDICE

Capitulo I	Introducción	1
1.1	Planteamiento del problema.	4
1.2	Hipótesis.	9
1.3	Objetivo General.	10
1.4	Objetivo específico.	10
Capítulo II	Aproximación teórica y definición en Salud Sexual y Reproductiva.	11
2.1	Hacia una Aproximación Teórica en Salud Sexual y Reproductiva	11
2.2	Hacia una definición de Salud Sexual y Reproductiva.	17
2.3	Algunos factores socioeconómicos condicionantes de la Salud Reproductiva.	23
Capitulo III	Panorama de la Salud Reproductiva.	32
3.1	Panorama de la Salud Reproductiva en México.	32
3.2	Panorama de la Salud Reproductiva en Hidalgo.	43
Capitulo IV	Metodología.	53
4.1	Recolección de información.	53
4.2	Población de estudio, universo y muestra.	55

4.3	Análisis de correspondencia múltiple en el uso de metodología anticonceptiva y realización de Prueba de Papanicolau.	62
4.4	Regresión logística y metodología anticonceptiva.	65
4.6	Regresión logística y realización de Prueba de Papanicolau.	72
Capítulo V Resultados		78
5.1	Características socioeconómicas de mujeres de y colonias de Pachuca Hidalgo.	78
5.2	Distribución porcentual de características socioeconómicas y Metodología Antioceptiva.	78
5.3	Distribución porcentual de características socioeconómicas y Realización de Prueba de Papanicolau.	90
Capítulo VI Discusión de resultados.		98
6.1	Metodología Anticonceptiva y principales características socioeconómicas que determinan su uso.	98
6.2	Prueba de Papanicolau y principales características socioeconómicas que determinan su uso.	108
Capitulo VII Conclusiones.		114

Bibliografía

Anexos: Instrumento de recolección de información
Ubicación de colonias en mapa del municipio de Pachuca Hidalgo

CAPITULO I Introducción

La salud se define como un estado de bienestar; que adopta características diferentes en hombres, mujeres, adultos y niños. La salud de las mujeres no es un estado natural. Es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que transcurren sus vidas. La salud es el resultado de sus condiciones socioeconómicas como son: la alimentación, la escolaridad, el empleo, seguridad social, entre otros. Aunado a lo anterior, se encuentran el descanso y la ausencia o la persistencia del sosiego y violencia, de los cuidados vitales que le son prodigados social, institucional y personalmente a cada mujer, y de lo que se prodiga a sí misma (Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1995:7).

Cuando hablamos de salud reproductiva de la mujer se refiere a un área de salud concreta que abarca aspectos relacionados con:

- La sexualidad, la capacidad de tener hijos, y la salud durante el embarazo, parto y puerperio.
- La limitación de esta capacidad, ya sea involuntaria (infertilidad, esterilidad) o deseada a través de la anticoncepción.
- Los problemas que se presentan en la relación con la condición de ser mujer, como la violencia de género.
- El término natural de las funciones reproductivas, es decir la menopausia (Langer, 1996:7).

Estos aspectos recaen principalmente en dos prácticas condicionantes del cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer: el uso de metodología anticonceptiva y la detección de cáncer cérvicouterino, las cuales serán motivo del presente estudio.

Si bien la salud reproductiva abarca distintos aspectos, para propósito del presente trabajo se entenderá como prácticas de cuidado en salud reproductiva el uso de metodología anticonceptiva y detección oportuna de cáncer cérvicouterino.

En la búsqueda de datos relacionados con la prueba de Papanicolau, para la detección de cáncer cérvicouterino y el uso de metodología anticonceptiva en mujeres de algunas colonias de Pachuca, se observa que las principales fuentes de información provienen, en su mayoría, de encuestas y estadísticas vitales nacionales, que no tienen representatividad a nivel municipal, o que no cuentan con información suficientemente desagregada.

Por lo que para conocer estas prácticas de cuidado en salud sexual y reproductiva y su relación con algunas características socioeconómicas de mujeres de barrios y colonias del municipio, se utilizó información de un cuestionario diseñado y aplicado por el Sistema de Desarrollo Integral para la Familia (D1F) Municipal Pachuca, a mujeres de 55 colonias del municipio, sistema que de acuerdo a sus lineamientos de asistencia social trabaja principalmente con población de zonas urbano marginadas.

En el capítulo I de este trabajo se describen algunas de las principales condiciones socioeconómicas y el estado actual de ciertos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres del municipio.

En el capítulo II se plantean los antecedentes teóricos de la Salud sexual y reproductiva con el fin de entender la procedencia del concepto, así como su relación con las políticas de población y en especial en la salud de las mujeres, a nivel general.

En el capítulo III se presenta el panorama de la salud sexual y reproductiva de la mujer en México y en especial en el estado de Hidalgo.

En el capítulo IV se plantea la metodología para el análisis estadístico que se realiza en este trabajo, respecto a prácticas de cuidado en salud reproductiva. Los resultados del análisis estadístico de la información obtenida por las encuestas del DIF Municipal, se presentan en el capítulo V. Aquí se analizan algunas de las características socioeconómicas como: edad, estado civil, escolaridad, número de hijos, emplea, atención médica, así como la relación que presentan con las prácticas de cuidado en salud reproductiva. En el capítulo VI se discuten los resultados obtenidos a través de la comparación de los mismos con los existentes en la literatura.

Finalmente, en el capítulo VII se presentan las conclusiones del trabajo y nuevos retos que se plantean para futuras investigaciones.

1.1- Planteamiento del problema.

En el análisis de factores que están presentes en las diferentes dimensiones de la salud reproductiva se ubican indicadores como: edad, escolaridad, paridad, atención médica, estado civil, empleo. Los cuales aluden a los contextos socioeconómicos que, se ha visto, inciden en el estado de salud sexual y reproductiva (CONAPO, 2000m).

A continuación se mencionarán algunas de las cifras que describen aspectos de las condiciones de vida y de salud sexual y reproductiva de las mujeres del municipio de Pachuca Hidalgo, México, mismo que representa el 0.64% de la superficie del estado, y colinda al norte con Mineral del Chico y Mineral del Monte, al este con Mineral de la Reforma, al sur con Zempoala y Zapotlan de Juárez, San Agustín Tlaxiaca y Mineral del Chico (INEGI.1993).

La edad reproductiva (15-45 años) de las mujeres del municipio de Pachuca, representan el 59.5% (76 mil 841) con relación al total de la población de mujeres del municipio.

De las 99,013 personas empleadas, el 40% (38 mil 996) corresponde a población femenina.

En el municipio 94.8% de mujeres se reporta poseen algún grado de escolaridad, el porcentaje de población analfabeta es de 5.2%, del cual 1.9% corresponde a hombres y 3.3% a mujeres (INEGI, 2000c).

En Pachuca, 43% de la población carece de seguridad social (41.4% son mujeres), y por lo regular solicitan servicios médicos de los Servicios de Salud ó del programa IMSS-Solidaridad. La población derechohabiente, que es de un 57% (58.6% mujeres), recibe atención del IMSS, ISSSTE, PEMEX y Secretaría de la Defensa Nacional.

Con relación al estado civil, predominan las casadas, por lo civil o la iglesia, 40.44 %, seguido por madres solteras 38.04%, y un 10.9% viven en unión libre.

En las últimas décadas, las mujeres del municipio de Pachuca redujeron el número de hijos, reflejándose en la tasa global de fecundidad que, en el periodo de 1990 al 2000, pasó de 3.2 a 2.04 hijos por mujer.

En el descenso de la fecundidad, los anticonceptivos empleados por las pachuqueñas, cambiaron radicalmente en los últimos 25 años. Para el año 2000 el uso de anticonceptivos en el municipio presenta la misma frecuencia de uso que en el ámbito nacional, es decir, la oclusión tubaria bilateral (OTB) aparece como el método más utilizado por mujeres en edad fértil, seguido por el dispositivo intrauterino (DIU) y métodos naturales.

De esta manera, los anticonceptivos modernos disponibles en el municipio, en su mayoría van dirigidos para uso de las mujeres. Los únicos métodos para los varones siguen siendo la vasectomía y el condón. Son las instituciones públicas de salud la principal fuente de obtención de anticonceptivos para la población del Pachuca (Hidalgo. Servicios de Salud Dirección de Planeación, 2003).

Otros aspectos de la salud reproductiva que se relaciona con la fecundidad y la pobreza, es la presencia de embarazos en edad extrema del periodo fértil (15 a 49 años), la falta de acceso a los servicios de salud, los factores culturales y la mortalidad materna como según considera la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1994).

Los Servicios de Salud de Hidalgo, reportan para el periodo de 1990 a 1994, 10 casos de muertes maternas en el municipio de Pachuca. Las principales causas de muerte materna en el ámbito estatal y municipal, en orden de importancia, son la toxemia del embarazo, hemorragias del embarazo y parto, complicaciones del puerperio y el aborto (Muñoz Islas, 1997:81).

De la problemática que enfrentan las mujeres en el cuidado de su salud reproductiva, se encuentra a las enfermedades de transmisión sexual, mismas que ocasionan graves secuelas en materia de salud reproductiva y de salud materna-infantil. Su incidencia se da principalmente en edades que van de los 15 a los 49 años.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) mantienen una estrecha relación con la incidencia del VIH y el SIDA. De acuerdo con estadísticas de salud, en el municipio de Pachuca el VIH / SIDA para 1999 se presentaron 7 casos de VIH y 1 caso de SIDA. Para el año 2000, la secretaria de salud reporta 8 casos de SIDA y 2 de VIH. (Hidalgo Servicios de Salud 2002)

Entre los males que afectan a las mujeres en su vida productiva y reproductiva, se encuentra el cáncer cérvicouterino. Considerando que en el municipio, por patrones culturales y de género, la mujer sigue siendo el pilar fundamental de la familia, los daños que provoca este mal, tiene no sólo repercusiones individuales sino también sociales. Algunos de los factores que se han asociado con este padecimiento son la baja escolaridad, la desnutrición, la multiparidad y una historia de cuadros infecciosos de transmisión sexual. (Vargas, 1998:336-337).

Al analizar la información por grupos de edad se observa que, al igual que ocurre en otros tipos de tumores malignos, la incidencia del cáncer cérvicouterino se incrementa con la edad. En Hidalgo en el 2000 se registran 75 defunciones por cáncer cérvicouterino de las cuales, 17 defunciones corresponden al municipio de Pachuca, presentando su mayor incidencia en mujeres de 45 años y más (Hidalgo Servicios de Salud Dirección de Planeación, 2003d).

Como se mencionó antes, estos factores son indicadores muy importantes de la salud de las mujeres del municipio de Pachuca y estas cifras permiten entrever algunas prácticas de cuidado en salud sexual y reproductiva. Sin embargo,

considerando que para realizar un análisis más específico respecto a detección de cáncer cérvicouterino y realización de prueba de Papanicolau, como parte de las prácticas de cuidado en salud reproductiva, en mujeres de barrios y colonias de Pachuca, se encuentra que las principales fuentes de información provienen, en su mayoría, de encuestas y estadísticas vitales nacionales, con baja representatividad en el ámbito municipal, o que no cuentan con la información suficiente.

Dos de las prácticas más importantes en el cuidado de la salud reproductiva y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, son el uso de metodología anticonceptiva y la detección oportuna del cáncer cérvicouterino. La importancia de éste último se da tomando en cuenta que este padecimiento ocupa uno de los primeros lugares, como causa de morbilidad y mortalidad de las mujeres del municipio. En este trabajo se plantea conocer: ¿Cuáles son las características socioeconómicas que se asocian con el uso de anticonceptivos y realización de prueba de Papanicolau.?

Lo anterior con la finalidad de generar información que sea de utilidad para incidir en el desarrollo de futuras investigaciones que permitan modificar ó generar líneas de acción en programas y políticas en salud reproductiva dirigidas especialmente a mujeres de colonias del municipio de Pachuca, Hidalgo.

1.2 Hipótesis

La baja frecuencia de prácticas de cuidado en salud reproductiva como son: el uso de metodología anticonceptiva y la realización de la prueba de detección de cáncer cérvicouterino, de las mujeres del Municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo; están determinadas, además de las condiciones de inequidad entre hombres y mujeres, por algunas características socioeconómicas. Entre las más reconocidas están: encontrarse al inicio o al final de edad reproductiva, baja escolaridad, tener como ocupación principal el trabajo doméstico no remunerado, estado civil casadas, no contar con atención médica, tener un bajo ó alto número de hijos y vivir en colonias de estrato medio a bajo.

1.3 Objetivo General

Establecer la forma en que las características socioeconómicas estrato de colonia (nivel medio, medio bajo y bajo), edad, estado civil, escolaridad, número de hijos, trabajo y atención médica) influyen en las prácticas de cuidado en salud sexual y reproductiva de mujeres de algunas colonias de municipio de Pachuca, Hidalgo; considerando que éstas son reconocidas como las principales características que influyen o modifican el estado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el ámbito nacional e internacional.

1.4. Objetivo específico

Establecer la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y las características socioeconómicas estrato de colonia (nivel medio, medio bajo y bajo), edad, estado civil, escolaridad, número de hijos, trabajo, atención médica).

Establecer la relación entre la realización de prueba de Papanicolau para la detección de cáncer cérvicouterino y las características socioeconómicas (estrato de colonia (nivel medio, medio bajo y bajo), edad, estado civil, escolaridad, número de hijos, trabajo, atención médica).

Capítulo II Aproximación teórica y definición en Salud Sexual y Reproductiva.

2.1 Hacia una Aproximación Teórica en Salud Sexual y Reproductiva

La sexualidad es uno de los aspectos vitales que profundizan la diferencia entre el reino animal y el ser humano. Mientras que en el primero los acoplamientos sexuales y la reproducción obedecen a ciclos, flujos, olores, ovulaciones y calores, tanto como a factores externos como el clima, la abundancia o la falta de alimentos; en los humanos entran en juego aspectos como la fantasía, el deseo o el erotismo.

Sin embargo, si bien la sexualidad humana no se sujeta a la naturaleza, tampoco se ejerce libremente. En la cultura humana surge del reiterado intento de las distintas culturas por someter las necesidades e impulsos sexuales a normas socialmente aceptadas (Freud, 1999:21).

Es así como, ni dictada por la naturaleza, ni ejercida a libre albedrío, la sexualidad se modela de acuerdo a los tiempos, las geografías y las costumbres; escenario que se repite en lo que a la reproducción se refiere, la que siendo aparentemente un proceso natural, está regida también por normas y costumbres (Rubio, 1994:17).

La intención de controlar la fecundidad ha sido una antigua preocupación y ocupación humana. Derivado de la falta de métodos de anticoncepción seguros,

la sexualidad ha sido controlada mediante normas explícitas e implícitas de la convivencia, creencias religiosas y conveniencias sociales, económicas y políticas.

Desde la antigüedad se ha recurrido a una fantástica combinación de métodos y sustancias para tratar de evitar la concepción. Condones de piel de animales, el *coitos interruptus*, la magia de la masturbación, el sexo oral, *amplexus reservatus* (abrazo reservado) y decenas de formulas alimenticias y ungüentos vaginales, tal vez ineficaces y molestos, pero todos alimentaban la esperanza o creencia que impedirían la anticoncepción (Hume, 1997:6).

Dotadas por la naturaleza de la función de gestar a los hijos, sobre las mujeres han pesado muchas más prohibiciones, impedimentos y castigos por ejercer su sexualidad. Controlar la vida sexual de las mujeres se convirtió en la vía para controlar su potencial productivo y reproductivo (Matthews, 2001:96)

Es hasta los años setenta del siglo XX, cuando la invención y fabricación de la "píldora" y de otros anticonceptivos cuyo uso se extiende por el planeta, que el control de la fecundidad adquiere nuevas dimensiones y abre la posibilidad de independizar el ejercicio de la sexualidad de la procreación no deseada.

La producción de la píldora y de otros métodos anticonceptivos resultó excesivamente costosa, pero las naciones poderosas económicamente costearon el acceso a la población pobre, pues a mediados del siglo anterior llamó la atención de los gobiernos, lo que se dio en llamar la "explosión demográfica".

Reducir la procreación en el mundo, se convirtió en el eje de discusión de foros internacionales.

La reproducción y la sexualidad misma, rebasaron la privacidad del hogar y el dominio de las iglesias para colocarse en el centro de un debate secular, político y económico; y desde la óptica y la estrategia de los grandes capitales, se impulsó una política global, apoyada en los anticonceptivos, dirigida principalmente al cuerpo de millones de mujeres (Lefaucher, 2001:448,489).

En las últimas décadas la población de América Latina, atraviesa por una fase de plena y acelerada transición demográfica. La caída inicial de la mortalidad que ocurre de manera ininterrumpida desde la década de los treinta, marco el punto de arranque de esta transición. (la reducción acumulada de la fecundidad del riesgo de muerte de 1930 a 1980 ha sido de 85%) .

A su vez la declinación de la fecundidad (5.9 a 2.7), que indica el ingreso de la población a la siguiente etapa de este proceso. Los cambios sucesivos en la mortalidad y la fecundidad han provocado importantes transformaciones en estructura por edades, dando lugar inicialmente a una estructura muy joven y más tarde a un gradual proceso de "envejecimiento" demográfico. La transición demográfica junto con otros muchos procesos ha implicado reducciones importantes de la fecundidad. (Tuirán,1999)

La baja en la fecundidad como parte de la transición demográfica, implica el cambio de una fecundidad dominada por factores naturales y biológicos, hacia una fecundidad controlada en gran medida por las decisiones individuales de las parejas a través de las políticas de control natal.(Frenk et al 1991:1,2)

Las políticas de control natal, impulsadas a principios de los años setenta, en llamadas de "planificación familiar", se aplicaron entonces con la idea central de controlar el crecimiento demográfico y aunque en su caudal trajeron información, servicios médicos y cambios culturales, se acompañaron de aspectos negativos como imposición y engaño con efectos contrarios en la salud de las mujeres (Espinosa, 2000:7).

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que se realizó en El Cairo, Egipto, en 1994, fue un momento propicio para convocar y articular a estas voces disidentes, críticas y prepositivas, para exigir un cambio de perspectiva y de políticas poblacionales.

Se dijo en El Cairo, "no basta reducir la fecundidad para garantizar el desarrollo, se requiere de una nueva perspectiva, de un viraje". Esta confluencia de reflexiones y críticas creó un clima favorable al cambio, y por primera vez en un foro mundial de población, se deciden los derechos reproductivos de todo ser humano.

El 13 de Septiembre de 1994, al concluir la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (C.I.P.D.), los gobiernos de 184 países acordaron un nuevo Programa de Acción "encaminado a lograr un equilibrio entre la población del planeta y los recursos de éste".

Un viraje significativo en esta Conferencia fue que los representantes acordaron no fijarse explícitamente metas demográficas para reducir la población, sino establecer "metas para reducir la mortalidad de madres, lactantes y niños; acceso universal a servicios de salud reproductiva, incluyendo los de planificación familiar, y reducir la discrepancia entre hombres y mujeres en materia de educación; se preveía que estas metas propiciarían cambios favorables en la magnitud, estructura y distribución de la población (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1995:4).

No sólo se cuestionó una perspectiva demográfica que achacaba a los pobres los principales problemas del planeta, sino también una vía de desarrollo que promueve una producción y un consumo que profundizan la desigualdad social y que deterioran peligrosamente el medio ambiente.

La preocupación por los pobres, por las desventajas de la mujer para tener acceso a los servicios de salud y su posición vulnerable ante las políticas poblacionales y prestadores de servicios que se apropian de su cuerpo y las despojan de autonomía y libertad para decidir sobre sus vidas; el reconocimiento de las dificultades femeninas para participar en la toma de decisiones, una mirada crítica

sobre la desigualdad social, económica, educativa y laboral de las mujeres, condujeron entonces a formular un nuevo programa de acción.

En el programa se plantea que los proyectos de desarrollo y las políticas poblacionales debían considerar los derechos reproductivos y la necesidad de alcanzar la salud reproductiva y sexual de las personas, asuntos que por vez primera son considerados en el ámbito internacional como un problema sujeto a derecho (Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, 1999:2).

2.2. Hacia una definición de Salud Sexual y Reproductiva.

Para comprender el sentido del término "Salud Reproductiva" retomaremos las siguientes concepciones del proceso salud-enfermedad:

- 1.- Mágico-religioso-empírica
- 2.- Biologicista-positivista
- 3.-Biológico-social-histórica
- 4.-Sanitaria

La primera de ellas dominó la historia del hombre durante siglos. La segunda es una concepción que no consideró el carácter social del hombre y reduce el proceso salud-enfermedad a sus aspectos biológicos. Florece como resultado del desarrollo de las fuerzas productivas en los países metropolitanos y se establece como la corriente dominante del saber y de la práctica médica en la segunda mitad del siglo XIX.

Esta perspectiva partió de una visión del organismo humano fragmentado en órganos, aparatos y sistemas, y ofrece la reparación del daño (atención curativa) más que de prevención; orienta sus acciones a individuos y no a comunidades, la concepción biológico-social-histórica, concibe la salud como un proceso histórico social que se manifiesta en sociedades y clases sociales concretas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida; y propone por su parte, además, una integración entre las ciencias naturales y las sociales. (Rojas 1990, 28-29)

La concepción sanitaria plantea los problemas de salud como problemas sanitarios y su solución implica saneamiento. El sanitarismo plantea no sólo tratar al individuo de acuerdo con el biologicismo sino también con medidas sanitarias y esboza soluciones colectivas a problemas ecológicos. (Frenk, 2000:25,28).

Finalmente, considerando que la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no la sola ausencia de afecciones o enfermedades, definir el concepto de salud se torna entonces sumamente complejo en la medida en que reúne elementos biológicos y socioculturales; donde se conjugan creencias, tradiciones, tabúes y prácticas familiares (Adamson, 1985:11).

En un sentido más extenso la salud aparece como el espejo de una amplia gama de situaciones donde se combinan las desigualdades sociales, las carencias económicas y variantes culturales, el uso del espacio geográfico y recursos naturales y materiales disponibles para la salud. Todos los anteriores, son factores condicionantes de niveles de salud de un grupo humano determinado y de sus políticas terapéuticas (Menéndez, 1990:87-89).

En el campo de salud se debe destacar que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar y morir. En el caso concreto de las mujeres, su

condición de desventaja -determinada por aspectos biológicos, socioeconómicos y de género- las coloca en el grupo con probabilidades más altas de enfermar y morir. En las condiciones de género la literatura indica, que en hogares de bajos recursos las niñas reciben a menudo menos alimentos y realizan tareas más pesadas que los niños; su educación suele ser inferior y su introducción a la vida reproductiva es demasiado precoz.

La forma como el hombre y mujer se han adaptado a las condiciones ambientales, sociales económicas y culturales, ha sido determinada en la definición de patrones de salud y enfermedad específicos para cada uno (Bronfman y Gómez, 1994)

La salud de las mujeres se ha ido atendiendo a partir de la cultura. Aspectos relacionados a la maternidad y las políticas demográficas, han estado diseñados con concepciones prácticas reducidas a la atención materno infantil, lo que contraviene el principio de salud integral que abarca la totalidad de su vida, incluida su sexualidad.

Las necesidades enraizadas en la biología han sido moldeadas históricamente, por una gran variedad de instituciones y prácticas sociales, el cuerpo representa nuevos dominios de acción e intervención dando lugar al advenimiento a la política social y demográfica del estado moderno.

Las políticas demográficas promueven la socialización de conductas reproductivas a través del sexo, que da lugar a vigilancias infinitesimales, a controles, arreglos especiales, exámenes médicos y psicológicos indefinidos a todo un micropoder sobre el cuerpo; pero también da lugar a medidas masivas, a estimaciones estadísticas, intervenciones que apuntan al cuerpo social a grupos tomados en conjunto. El sexo es a un tiempo, acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie, es utilizado como matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones de las conductas reproductivas.(Foucault 1997: 176)

En este control de la reproducción, las políticas oficiales en salud, han tenido como objetivo, en algunos casos, que las mujeres procreen, y en otros, impedirles que lo hagan. En ambos casos la coincidencia es palpable: **la mujer es el objeto médico, demográfico, sanitario.**

La salud de las mujeres encierra una faceta alentadora, el avance de concepciones y movimientos feministas ha permitido la expansión de una conciencia transformadora del malestar. Tal concepción se enfrenta sin embargo a una restrictiva visión médica de la salud que se fundamenta en una ideología biologicista y patologista de corte decimonónico.

Para redefinir filosófica, política y socialmente a las mujeres, ha sido determinante transformar a la salud como un eje de la construcción de su ciudadanía e instaurarla como uno de sus derechos humanos (Lagarde, 1996:15,16).

El Capítulo VII del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, 1994), que trata sobre los derechos reproductivos y la salud reproductiva, define: "la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (Naciones Unidas, 1998:39,40).

En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, y la libertad de decidir procrear o no, cuándo y con qué frecuencia.

En concordancia con esta definición, la atención de la salud reproductiva se define "como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan a la salud y al bienestar reproductivos, al evitar y resolver los problemas relacionados con la misma. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no solo el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual".

Igualmente, señala la importancia de garantizar el acceso y uso de métodos anticonceptivos mediante una decisión libre e informada, evitando la idea de inducir o presionar para que se utilicen; la salud se relaciona con el acceso equitativo de hombres y mujeres a la educación, el trabajo y la toma de decisiones.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la salud sexual como "la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de maneras que definitivamente enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor. Toda persona tiene derecho a recibir información y a considerar la aceptación de las relaciones sexuales tanto con fines placenteros como procreativos. (Family Care International, 1995:17,18).

2.3. Algunos factores socioeconómicos condicionantes de la Salud Sexual y Reproductiva.

Las transformaciones sociales que se han registrado en décadas recientes en países de América Latina han impactado en las condiciones de vida de la población y, en especial, en la salud de las mujeres.

Al centrar la atención en la población femenina, lo más relevante ha sido el aumento de la esperanza de vida, mayor y creciente participación en la actividad económica, incorporación a mayores niveles de escolaridad, descenso en la fecundidad, mayor uso de metodología anticonceptiva, las tasas de mortalidad materna, la existencia de cáncer cérvicouterino y mamario, y la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Cada uno de estos puntos se trata a continuación.

La esperanza de vida de los habitantes de la Región de las Américas se ha incrementado notablemente en las dos últimas décadas. Para el año 2000 la esperanza de vida al nacer en promedio para mujeres es de 76 años, y para los hombres de 70.2 años, se ha descrito que en todos los países de la región, las mujeres presentan una mayor esperanza de vida que los hombres (NACIONES UNIDAS 2001:260,261).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO) define a la persona alfabetizada como alguien que puede, con pleno entendimiento, leer y escribir una declaración breve y sencilla sobre su vida cotidiana. Mediante la

generalización de la educación primaria universal, las tareas básicas de alfabetización de mujeres mayores de 15 años han aumentado en los últimos decenios por lo menos un 75 por ciento en casi todos los países de América Latina, el Caribe

En la educación profesional la mujer esta bien representada, en muchos países pero no en todos, su número excede al de los hombres en regiones desarrolladas, en América Latina y el Caribe, cursan estudios superiores 140 mujeres por cada 100 hombres (Naciones Unidas, 1995:95-99).

En análisis realizados por el Banco Mundial, para el año 2000, se ponen de manifiesto diferencias sustanciales en la matriculación de los niños en función de los distintos niveles de ingresos, y también pautas regionales de las poblaciones pobres, en América Latina hay una matriculación casi universal de los pobres en el primer grado, pero seguidamente hay apreciables tasas de abandono, grado por grado. (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000: p21).

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo considera a la educación como uno de los medios más importantes para dotar a la mujer de conocimientos, aptitudes y confianza en sí misma para participar plenamente en el proceso de desarrollo de un país.

El acceso de las mujeres al trabajo remunerado es indispensable para lograr la autosuficiencia y el bienestar personal y de los familiares a su cargo, sin embargo,

gran parte del trabajo se realiza en empleos de baja remuneración o no remunerados, que además no están reconocidos en la legislación laboral y por tanto estas mujeres no cuentan, con prestaciones médicas y de seguridad social como incapacidad por maternidad, enfermedad general, pensiones, jubilación, y vacaciones, principalmente. (OPS 1999)

La mayoría, de los mil 500 millones de personas que viven con el equivalente a un dólar o menos al día, son mujeres. La brecha que las separa de los hombres ha seguido ampliándose en el último decenio, fenómeno que ha sido denominado como "feminización de la pobreza"; En el mundo los hombres ganan mas que las mujeres, ellas obtienen en promedio, un poco más de 50 por ciento (Rubio I y AndreG, 1999:3,4)

En América Latina y el Caribe, las mujeres que viven en las zonas urbanas y aquellas que devengan ingresos extrafamiliares por su trabajo, tienen menos hijos que otras mujeres. El impacto de las crisis económicas recurrentes que ha vivido América Latina, ha afectado más a los grupos vulnerables, y en particular a las mujeres de escasos recursos (Reunión Latinoamericana Mujer, Salud y Desarrollo, 1988:25).

En los últimos 45 años, el período más documentado en la evolución demográfica de América Latina, se ha presentado una drástica baja en la tasa de fecundidad. Estimaciones recientes en la región de 1995 al 2000, mencionan tasas globales de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo (menos de 2.1 hijos promedio por

mujer), así como tasas superiores al nivel de reemplazo, pero inferiores al promedio mundial de 3 hijos por mujer. Y en algunos países latinoamericanos se registran tasas de fecundidad del orden de 5 hijos por mujer, llegando a un máximo de 7 hijos en aquellas sin instrucción escolar.

En general las naciones que registran mayores índices de fecundidad son aquellas que tienen mayor rezago socioeconómico y menores índices de desarrollo humano. Del mismo modo, los índices de fecundidad han bajado en naciones que han aumentado la escolaridad (Paz, 1999:8-9).

El término control de natalidad fue propuesto por Margaret Sanger en 1915 y emergió originalmente como una reivindicación política de los movimientos feministas y socialistas de la época que luchaban por la libertad sexual y reproductiva de las mujeres en la lucha por su autodeterminación y la igualdad entre los sexos.(Sanger, 1922)

En América Latina se ha observado que las diferencias más importantes en la fecundidad, se dan entre mujeres que no asistieron a la escuela y aquellas que completaron al menos la educación primaria, situación que probablemente está apuntando hacia la existencia de una relación entre el estatus social de la mujer y la fecundidad. Las tasa de fecundidad en América Latina, en los últimos 50 años disminuyó en la región de 5.9 a 2.9 (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000, op. cit.,).

En otro extremo etario, la fecundidad adolescente ha descendido, pero de manera más lenta y con tendencias erráticas en algunos países.

La demanda de atención en salud reproductiva, originada por los nacimientos según la edad de la madre, ha registrado un cambio importante debido a que la fecundidad descendió, principalmente entre las mujeres de 35 años y más, que condujo a que de 1960 a 1995, los nacimientos provenientes de este grupo de edades sean considerados de alto riesgo para la madre y el niño, y descendieran del 18 al 12 por ciento. No ha ocurrido lo mismo en mujeres de entre 15 y 19 años de edad, considerado también como grupo de alto riesgo, donde no se han percibido cambios en el número de nacimientos.

En varios países las cifras disponibles indican que, entre los grupos desfavorecidos, la edad media en que se forma la primera unión suele ser equivalente o inferior a la edad en que se concluye la educación media superior, y son los grupos menos favorecidos socialmente, los estratos de mayor pobreza, los segmentos con escasa o nula instrucción escolar, los habitantes del campo y los indígenas, los que exhiben altos niveles de fecundidad (Lozano, 1998:4,6).

El uso de casi todos los métodos anticonceptivos sigue siendo de responsabilidad femenina (salvo contadas excepciones); lo que se refleja tanto en el desequilibrio del poder dentro de las parejas como en una desaprensión e irresponsabilidad de los conflictos de género se expresan claramente en el uso de métodos para regular la fecundidad, los hombres respecto a sus conductas sexuales con la pareja y sus consecuencias reproductivas.

No obstante, la mayor parte de las parejas concuerdan en su disposición favorable al uso de métodos anticonceptivos. Si bien el conocimiento sobre éstos se ha generalizado en la región, se presentan lagunas en algunos países, principalmente en segmentos de la población con mayores índices de marginación. (Rodríguez, 1996:360-361)

Es importante señalar que, en la región de América Latina, la presencia del uso de anticonceptivos entre mujeres casadas en edad reproductiva ha ido en aumento, y es mucho menor en adolescentes, en mujeres en unión libre o soltera. Sólo en algunos países de América Latina no se autoriza legalmente el suministro de métodos a mujeres pero en la mayoría es una política aceptada.

El conocimiento de la metodología anticonceptiva parece estar bien difundido en la región, según datos de encuestas aplicadas en diferentes países, más el aspecto contradictorio es que, el 70% de las adolescentes y jóvenes conocen los métodos anticonceptivos, pero no los utilizan en sus primeras relaciones sexuales. (Guzmán, 2001:105-106).

En los últimos 30 años, la disponibilidad creciente de métodos anticonceptivos modernos y más seguros, ha ofrecido mayores oportunidades para la elección individual y la adopción responsable de decisiones en materia de reproducción en gran parte del mundo. Actualmente, alrededor del 55% de las parejas de las regiones en desarrollo utilizan algún método de planificación de la familia. Esa cifra representa un aumento de casi cinco veces desde el decenio de 1960.

Universalmente las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres, y las tasas de mortalidad femenina son más bajas que las masculinas en todas las edades, particularmente durante el período peri natal y la primera infancia.

Sin embargo, en términos de las muertes, las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio constituyen aún una de las primeras causas de mortalidad entre las mujeres de 15 a 49 años de edad en 12 países de América Latina y el Caribe.

En el ámbito mundial se ha estimado que por cada mujer que muere por complicaciones obstétricas, de 10 a 15 mujeres sobreviven con daños severos y perdurables a la salud. En América Latina y el Caribe la información sobre morbilidad materna es en extremo limitada; los datos disponibles se basan en registros de consultas y egresos hospitalarios principalmente de instituciones públicas (Elu, 1996:1).

Las mujeres lejos de disfrutar de una mejor salud, tienden a presentar una mayor morbilidad que el varón. Esto se expresa en una incidencia mayor de trastornos agudos a lo largo de la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas no mortales y en niveles más elevados de discapacidad en el corto y largo plazos. Esta diferencia biológica se ve agravada por el menor acceso a los recursos básicos de protección de la salud (nutrición, servicios de salud, seguridad social), en grados que varían de acuerdo al sector social, el grupo étnico, el lugar de residencia y la edad (Gómez, 1994:13).

Una de las razones que coadyuvan a limitar el acceso de las mujeres a la asistencia médica y al cuidado de su salud, es la falta de autonomía y poder de decisión al respecto. En algunos países en desarrollo, las mujeres no pueden decidir por ellas mismas sobre si deben recibir asistencia médica o no; esta decisión debe tomarla el marido o un miembro mayor de la familia. Con ello, están más expuestas a muertes por algunos padecimientos como el cáncer cérvicouterino, que si se detecta a tiempo es factible su curación.

Aproximadamente 230 mil mujeres mueren cada año a consecuencia del cáncer del cuello del útero, y por lo menos 80 por ciento de esas defunciones ocurren en los países en desarrollo. En el ámbito mundial el cáncer cérvicouterino ocupa el segundo lugar como causa de muerte en mujeres. La O.M.S, calcula una frecuencia anual de 460 mil casos, en América Latina ocupa el primer lugar. Alrededor de 30,500 mujeres mueren anualmente a consecuencia de cáncer cérvicouterino en América Latina y el Caribe. (ISLA, 2002: 1)

En 1990 se diagnosticaron 74,871 mujeres con cáncer cérvicouterino en las Américas. Se calcula que el 79.7% (59,646) de ellas viven en Latinoamérica y el Caribe. Si bien la tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino Norte América ha disminuido en los últimos 10 años, en los países en desarrollo de las Américas permanece constante (OPS, 2001:1,2).

Las desventajas económicas y sociales de la mujer la hacen especialmente vulnerable a las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH; es ejemplo de esto, su vulnerabilidad al comportamiento sexual imprudente de sus parejas.

En la mujer, los síntomas de las infecciones de transmisión sexual no suelen ser visibles, lo que hace que su diagnóstico sea más difícil que en el hombre, y las consecuencias para la salud suelen ser más graves e incluyen en particular, el riesgo incrementado de infecundidad y de embarazo ectópico. El riesgo de transmisión del varón infectado a la mujer es también más elevado que a la inversa, por lo que a muchas mujeres les resulta imposible tomar medidas para protegerse.

En 1996 la O.M.S., presentó un informe sobre la estimación mundial de la incidencia y la prevalencia de las 4 principales ITS, en el se indica que en 1995 se produjeron más de 333 millones de nuevos casos en adultos de 15 a 49 años. En particular, 12.2 millones de casos de sífilis; 62.2 millones de gonorrea; 89.1 millones de clamidiasis y 167.2 millones, de tricomoniasis.

En América Latina y el caribe, para el 2001, se estima que 1.8 millones de adultos y niños viven con el VIH-incluidas las 150 mil personas que contrajeron el virus el año pasado se perciben claramente importantes diferencias en los niveles de la epidemia y en las tendencias de la transmisión del VIH/SIDA. (OPS 2002: 1,2)

Capítulo III. Panorama de la Salud Reproductiva.

3.1 Panorama de la Salud Reproductiva en México

En 1974 en el país se establecieron las bases para una nueva política de población en la que, la planificación familiar se concibe como un derecho humano y como un medio para reducir el crecimiento demográfico con absoluto respeto a la libertad de las personas, durante la década de los ochenta se orientan acciones hacia la reducción de los embarazos de alto riesgo reproductivo, vinculando la planificación familiar con los problemas relacionados derivados de la atención prenatal y del parto, mediante detección oportuna de riesgo reproductivo en consulta externa

En concordancia con la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), el gobierno de México define la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. (MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD. 1998)

Este enfoque de la salud reproductiva en México ha hecho evidente la existencia de complejos vínculos entre la reproducción, la salud y la sexualidad de los individuos, el mismo enfoque pone de manifiesto que la salud reproductiva está estrechamente vinculada con la capacidad de las personas para ejercer sus derechos reproductivos, lo que conlleva a considerar factores socioeconómicos que inciden en la misma (Bronfman y Gómez, 1994, op cit.,).

Hablar del panorama de la salud reproductiva de las mujeres mexicanas conduce a citar distintas características socioeconómicas, que de una u otra forma como ya se mencionó en el capítulo anterior se relacionan con el estado de la salud reproductiva.

En México desde décadas pasadas se ha registrado un descenso en la mortalidad de la población, lo que ha dado un incremento significativo en la esperanza de vida. En 1980 las mujeres del país tenían una esperanza de vida de 68.48 años y los hombres de 62.98; dos décadas más tarde, en el 2000 este indicador aumento al alcanzar 77.6 y 73.1 respectivamente.

Otra característica socioeconómica que mide el grado de desarrollo social de un país es el nivel de escolaridad de su población. La educación influye en la forma en que las mujeres perciben otros aspectos de su vida como el matrimonio, la maternidad, la edad en la que inician su vida sexual, la edad en la que contraen matrimonio, el control de su fecundidad, la crianza de los hijos, el cuidado de la salud de ellas mismas y de sus descendientes (OPS, 1998:13).

La mejora en la escolarización, que se inició en la década de los treinta, se evidencia, en encuestas sociodemográficas realizadas, que muestran un incremento consistente en la escolaridad de la población femenina en edad fértil.

El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más de edad, es una medida que expresa de manera resumida el nivel educativo alcanzado por la

población; así, en el país en el año 1980 fue de 4.9 para mujeres y 5.6 para hombres; no obstante, a pesar de estas cifras, en las dos últimas décadas se da un incremento, así en el año 2000 la escolaridad, en el caso de los varones, se incrementó 7.6 años, es decir, casi el segundo año de educación secundaria, y para las mujeres a 7.1 años. (México. Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Población 1995-2000, 1995:29), (INEGI 2000m), (Perfil de Mujeres y Hombres en México, Instituto Nacional de las Mujeres 2003).

La división sexual de trabajo en los mercados laborales, en México, se manifiesta en la ubicación de la mujer en ocupaciones "femeninas" que pagan salarios bajos de manera frecuente, no les da acceso a posibilidades de promoción y movilidad social que les permita organizar su vida alrededor de otros ejes además de la maternidad (Oliveira y García, 1990:19). En 1980 la tasa de participación económica masculina (75.1%) y femenina (24.9%), para el 2000, de los 69 millones 235 mil personas de 12 y más años de edad, 49.3%, prácticamente 34 millones, son población económicamente activa (PEA). En general, la tasa de participación económicamente activa en relación con el total de población de cada grupo de edad y por sexo, es mayor en los hombres de 76.8% que en las mujeres con una tasa de 36.4%.

De las mujeres ocupadas, 69.3% son empleadas u obreras, en tanto que la participación de esta categoría entre los hombres es de 56.5 %. Otra categoría particularmente desfavorable donde las mujeres tiene mayor nivel que los hombres es en los trabajadores sin pago, ellas tienen 4.5% y los varones 3.8%;

caso contrario se presenta en los trabajadores por su cuenta, donde la relación es de 18.6 y 23.4% respectivamente. Otro aspecto interesante en las diferencias por sexo es que de cada 100 hombres que trabajan 3 son patronos o empresarios, en cambio entre las mujeres esta relación es de 2 de cada 100 (INEGI 2000c. op. cit.)

Otra característica que se relaciona con la salud reproductiva de las mujeres es la fecundidad. En México en los últimos años, se reduce el número de mujeres con mayor número de hijos nacidos vivos. La fecundidad en México se mantuvo elevada hasta la segunda mitad de la década de los setenta (la tasa global de fecundidad alcanzó alrededor de 6.8 hijos por mujer). Diez años después la tasa se redujo a 4.7 hijos por mujer, debido principalmente a los programas de planificación familiar que se ejecutaron en todo el país y a la mejoría en el nivel educativo de las mujeres, entre otros aspectos. (México. Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Población-2001-2006, 2001:112)

Las mujeres en situación de pobreza extrema tenían en 1994 una fecundidad de 5.1 hijos, es decir, 2.5 hijos más que el resto de las mujeres. Este nivel de fecundidad es similar al promedio nacional observado hace casi 20 años (Tuirán, 1997: 18-20).

Entre 1980 y el año 2000 continúa la disminución de la fecundidad, en este periodo la tasa tuvo una reducción de más de un hijo, al pasar de 4.7 hijos a 2.3 hijos por mujer. Al igual que sucede a nivel nacional por tamaño de localidad la tendencia de las mujeres a tener de 1 a 3 hijos es creciente; en el año 2000, en

localidades con menos de 2500 habitantes, 27.1% de las mujeres de 12 años y más tienen esta cantidad de hijos.

El principal determinante del descenso de la fecundidad es el progreso social, sobre todo en lo que respecta a los logros en la incorporación de la mujer al trabajo, el mayor acceso a los servicios de salud y a la escolarización de la población. En la edad fértil, una mayor educación facilita a las mujeres el acceso no sólo a la información para el control de su fecundidad sino también a mejorar sus condiciones de salud. (Oliveira y García, 1990, Op. Cit)

Un factor relacionado con el descenso de la fecundidad, es la notable expansión de la cobertura de métodos anticonceptivos. En 1980 sólo 33.9% de las mujeres unidas en edad fértil usaba anticonceptivos para regular su fecundidad.

El uso de anticonceptivos ha revestido gran importancia en el descenso de la fecundidad en México en los últimos veinte años. Entre 1982 y 1987 las mujeres fértiles que controlaban su fecundidad -incluidos los métodos tradicionales-, eran de 47.7 a 53 por ciento, con un total de 6.9 millones de parejas usuarias (Urbina, 1989,168-176).

En el año de 1992, el 63.1% de las mujeres en edad fértil utilizaban métodos anticonceptivos. El conocimiento de los principales métodos anticonceptivos - pastillas, DIU y OTB- entre la población femenina en edad fértil unida muestra un ligero aumento entre 1987 y 1997. En este período el porcentaje de mujeres

Unidas que conocen las pastillas pasó de ser del 91.2% al 95.6%, el dispositivo intrauterino pasó del 86.7% al 93.5% y la OTB del 85.8% al 92.7%

En 1997, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), las mujeres en edad fértil unidas que declararon usar algún método de planificación familiar es (68.5%). De acuerdo a la ENADID, en 1997 el 87.7 por ciento de las mujeres que regulaban su fecundidad, empleaban métodos anticonceptivos modernos como la oclusión tubaria bilateral, el dispositivo intrauterino y los métodos hormonales y de barrera. (INEGI,1997)

Existen grandes diferencias en el número de hijos -y de embarazos- que tienen las mujeres rurales e indígenas frente a las mujeres urbanas, y entre las menos escolarizadas con respecto a las de mayor escolaridad. El impacto de las acciones en planificación familiar no ha sido homogéneo en el país y persisten grandes diferencias regionales. En ocho estados del país la prevalencia en el uso de anticonceptivos es inferior al 65%, entre ellos los de Guerrero, Hidalgo, Chiapas, Oaxaca y Guanajuato, aquellos que ostentan un rezago de casi 10 años al resto del país. El mayor rezago se encuentra en las comunidades indígenas y en las áreas urbano marginadas. (MÉXICO SECRETARIA DE SALUD, 2002)

En 1997, apenas 47.9% de las mujeres unidas que declaró no tener ningún año de escolaridad aprobado, usaba algún tipo de anticonceptivo; mientras 75.1% de las mujeres que declararon contar con estudios de secundaria o superiores a ellas eran usuarias de métodos de control prenatal. La misma tendencia se observa

tanto para el área rural como para la urbana; sin embargo, en esta última, los porcentajes de usuarias son significativamente mayores, en relación con las proporciones que registran las áreas rurales. (INEGI, 1997, op cit.)

Comparando el uso de métodos anticonceptivos con el nivel de escolaridad, se encuentra que el mayor número de esterilización femenina se da entre mujeres que no fueron a la escuela, mientras que los anticonceptivos orales y el DIU son los más comunes en mujeres con escolaridad media y media superior.

Según estimaciones del Consejo Nacional de Población CONAPO fundamentadas en encuestas probabilistas, en el año 2000 la prevalencia en el uso de anticonceptivos modernos ascendió a un 62.1 del total de mujeres en edad fértil, porcentaje que se eleva a 70.8 si se suman las usuarias de métodos tradicionales. En la actualidad los métodos más utilizados son la oclusión tubaría bilateral (OTB) y el dispositivo intrauterino DIU.(CONAPO 2000m op cit.)

El uso de los anticonceptivos, exceptuando el condón y los métodos tradicionales, que no alcanzan el 20% del total, son competencia exclusiva de las mujeres, en quienes recae todo el peso del control de la fecundidad. Comparando la prevalencia de esterilización femenina y masculina se registra una diferencia del 36.3% contra un 1.3%, respectivamente.

Los patrones de salud reproductiva presentan gran diversidad entre las mujeres mexicanas, y se reflejan en aspectos como la mortalidad materna, la cual ha

disminuido en los últimos años según datos de la SS (Secretaría de Salud). Se estima, que entre 1980 y 2000, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 5.1 defunciones, por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año (Langer y Lozano, 1993:27).

En estudio efectuado en la década de los ochenta, sobre el uso de los servicios de salud materna en el México rural se reporta que el 31% de las embarazadas recibió su primera consulta prenatal dentro de los primeros cinco meses de gestación y el 36% de los partos fueron atendidos en un hospital.(Potter,1988:307-309).

Las muertes ocasionadas por problemas relacionados con el embarazo el parto y puerperio, constituyen una de las principales causas de defunción en mujeres en edad fértil. La toxemia fue la principal causa, la hemorragia del embarazo y el parto la segunda, y la tercera causa más importante, las complicaciones del puerperio.

El caso más extremo de desigualdad socioeconómica en el acceso a los servicios de salud se refiere a la mortalidad y morbilidad de las mujeres originadas en el aborto, el cual a pesar de tener un subregistro como causa de muerte, es la cuarta causa de muerte materna en las mujeres del país. La Encuesta Sobre Fecundidad y Salud (ENFES), realizada en 1987, concluyó que del total de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años de edad), el 14.3% ha tenido al menos un aborto provocado o espontáneo en su vida reproductiva (Núñez y Palma,1990:31-32).

El cáncer cérvicouterino, es el tipo más común de neoplasias en las mujeres Mexicanas. Desde 1974 existe un programa nacional de detección oportuna de cáncer cérvicouterino, sin embargo, la tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino notificado oficialmente entre 1980 y 2000, fue de 24.5 por cada 100,000 mujeres, y de 20.9 por cada 100,000 mujeres respectivamente. (Lazcano *et al.*, 1999:278-285), (Comité promotor por una maternidad sin riesgo 2000).

El cáncer cérvicouterino desde la década de los sesenta, se encontraba entre las diez principales causas de muerte en México. Este tipo de cáncer se ha incrementado en un 56% en el número de casos en los últimos cinco años. Esta situación quizás se deriva de la falta de una detección sistemática y oportuna del padecimiento, con una elevada mortalidad, cosa que repercute en la nula o tardía atención que recibe la mujer con cáncer cérvicouterino y que evoluciona hacia la muerte (Vargas *et al.*, 1998 Op. Cit.).

El control social de la sexualidad femenina que existe en el país, afecta también la salud reproductiva de las mujeres. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema endémico en nuestro país, su incidencia se da principalmente entre la población económicamente activa, con mayor frecuencia entre edades de 15 y 49 años de edad y ocasiona secuelas graves en salud reproductiva, manteniendo estrecha relación con el VIH/SIDA.

En el año 2000, la infección de transmisión sexual que presentó la mayor incidencia reportada en México fue el virus del papiloma humano. De acuerdo a

las estadísticas oficiales, las ITS representan en el país una de las 10 causas principales de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998, presentándose con mayor frecuencia entre los 15 y 49 años de edad y ocasionando secuelas graves en la salud reproductiva y materno infantil. (CONAPO, 2000m op. cit).

El VIH/ SIDA se ha convertido en un problema social y de salud pública en México. Al 31 de diciembre de 1998 se habían reportado más de 38 mil casos en México y un año después (31 de diciembre 1999), el número acumulado de casos diagnosticados de SIDA en el país ascendió a 42,762. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), los casos acumulados de esta enfermedad, desde los primeros casos notificados en 1983 hasta el 31 de diciembre de 2000, ascendían a 69, 866 presentándose en mayor proporción en hombres(89.3%) que en mujeres(10.7%). Así mismo en 1997 se estimaba que el número de personas seropositivas (aquellas que viven con el VIH, pero que no han desarrollado el SIDA) oscilaba entre 116 mil y 174 mil personas.

Para el año 2000 en el ámbito nacional, las mayores concentraciones de casos de SIDA se ubicaron entre los 25 y 39 años (54.9%); un comportamiento similar se registró para los hombres (55.9%); en las mujeres la mayor proporción de casos se presentó en los grupos de 20 a 39 años(61.4%). Así la presencia del virus se da en las etapas productivas y reproductivas de la población mexicana. (CONAPO, 2000m op cit).

Tabla 3.2.1

Indicadores Sociodemográficos República Mexicana 1980-2000

Indicador	Año	Tasa ó No. de casos Hombres 73.1 años
Esperanza de Vida	1980	Hombre 62.98 años Mujeres 68.48 años
Promedio de escolaridad de la población de 15 años a mas por sexo	2000 1980	Hombre 73.1 años Mujeres 77.6 años Hombres 5.6 años Mujeres 4.9 años
Tasa de participación económica	2000 1980	Hombre 7.6 años Mujeres 7.1 años Hombre 5.6 años Mujeres 4.9 años
Fecundidad	1980 2000	4.7 hijos por mujer 2.3 hijos por mujer
Uso de Anticonceptivos (Mujeres en edad fértil)	1980 2000	33.% regula su fecundidad 70.8% regula su fecundidad
Mortalidad materna	1980 2000	9.5/10,000 N.V.R 5.1/10,000 N.V.R
Cáncer cérvicouterino	1980 2000	24.5/ defunciones /100,000 mujeres 20.9/ defunciones/100,000
VIH/SIDA	1983-2000	69 866 casos notificados Hombre 89.3% Mujeres 10.7%

Fuente:(México.Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Población 1995-2000, 1995:29).;(INEGI,2000);ENADID1997),(CONAPO, 2000m). (Perfil de Hombres y Mujeres en México, Instituto Nacional de las Mujeres 2003),(La Salud de la Mujer cifras comentadas,SSA 1990), (INEGI 1980).

3.2.-Panorama de la Salud Reproductiva en Hidalgo

Aún cuando a lo largo del pasado siglo, el país ha experimentado un acelerado proceso de urbanización, en Hidalgo este proceso ha sido incipiente. En 1995 casi 48 por ciento de la población residía en localidades de más de 2 500 habitantes, para el año 2000, el 49.5% de la población estatal reside en localidades urbanas y 50.5% en área rural.

De los 2 millones 235 mil 591 de personas que contabilizó en Hidalgo el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000, 51.7% son mujeres y 48.3% hombres. La esperanza de vida que la población de Hidalgo presentaba en 1980 era de 62.4 para hombres y 57.3 en mujeres, en las últimas décadas esta ha tenido un incremento al pasar 72.2 y 76.8 para hombres y mujeres respectivamente. Por otro lado la población femenina en edad reproductiva entre 15 a 49 años de edad, se ha incrementado 4 puntos porcentuales con relación a 1999, lo que significa que en el año 2000 poco más de la mitad de las mujeres hidalguenses se encuentran en edad fértil (INEGI, 2000h).

En Hidalgo según resultados censales actuales y los de hace 10 años, de acuerdo con el estado conyugal predominan la población casada y solteras, concentrando estos dos grupos en el año 2000, apoco mas de tres cuartas partes de la población de 12 años y más. Para el año 2000 más de la mitad de la población casada se une por lo civil y por alguna religión; las cifras indican que representan, el 56.8%. (INEGI 2G00h Op Cit)

El avance educativo en el país ha sido notable, en las últimas décadas, para el estado de Hidalgo. Para 1980 en Hidalgo la escolaridad promedio de la población mayor de 15 años se ubica en quinto año de educación primaria para hombres y en cuarto para mujeres, así mismo y el índice de analfabetismo se reduce de un 20.6 en 1990 a un 16.9% en 1995.

En el año 2000 el grado promedio de escolaridad de la población mayor de 15 años según su sexo es de 6.4 para mujeres y de 6.8 para hombres. La población masculina se distingue porque en la mayoría los niveles de instrucción su participación porcentual es más alta que la femenina. Esta diferencia es más notoria en el nivel de educación media básica, ya que de los 671 mil hombres del estado, mayores de 14 años, 26.1% tienen este nivel de instrucción, mientras que de las 753 mil mujeres, 21.9 % han acreditado al menos un grado de secundaria.(INEGI 2000h op cit)

En el año 2000, la población económicamente activa (PEA) del estado de Hidalgo, asciende a 46.4%. La condición por sexo según condición de actividad de la población de 12 años a más, muestra que en Hidalgo, 68 de cada 100 hombres son económicamente activos, mientras que en las mujeres la proporción es de 26 de cada 100.

La participación de la mujer ha aumentado en los últimos años, en 1980 la participación económica femenina era de 25.4% y la de los varones de 74.6, Para el año 2000 en la entidad de cada 10 personas económicamente activas, 69.8%

son hombres y 29.2 mujeres. La mayoría de las mujeres ocupadas de Hidalgo se desempeñan como trabajadoras en la industria, comerciantes y ambulantes o como trabajadores de otros servicios; en conjunto, todas ellas representan 61.75%, las trabajadoras agropecuarias son las menos numerosas entre las ocupadas de la entidad.

Si bien las mujeres hidalguenses se han incorporado al trabajo remunerado en los últimos años y por ende en la seguridad social, al comparar la distribución porcentual de la población en Hidalgo por sexo según condición de derechohabiencia a servicios de salud, se reflejan porcentajes similares. Los hombres derechohabientes ascienden a 28.7%, en tanto que en las mujeres la proporción es de 29.6%. (INEGI 2000h op cit)

Una característica que se ha considerado como significativa para entender las características de la fecundidad es la edad de las mujeres a la primera unión conyugal, así mismo se ha descrito que la edad a la primera unión de las mujeres, no ha tenido un peso significativo en la reducción de la fecundidad en Hidalgo. (Vázquez, 1995:94-95)

La tasa de fecundidad en el estado a presentado cambios a través de los años, en 1980 era de 6.19, para 1996 paso a 3.2 hijos por mujer, que descendió a 2.4 por mujer en 2000. Este nivel de fecundidad ubica a Hidalgo entre las dieciséis entidades que se encuentran por encima del promedio nacional.(CONAPO 2000h op cit)

En la atención en salud reproductiva de las mujeres hidalguenses, al igual que en el resto del país, el incremento en el uso de anticonceptivos ha sido uno de los factores principales del descenso de la fecundidad del estado. En 1980 Hidalgo ocupaba los primeros lugares con menor prevalencia de uso de metodología anticonceptiva, 38% de las mujeres en edad fértil con pareja usaban anticonceptivos.

En 1995 en Hidalgo 9.7% de las mujeres en edad fértil con pareja usaban anticonceptivos, con un patrón de uso de 48.3% para OTB; 19% de DIU; 6.8% con método hormonal inyectable; 5.1% con hormonal oral y 19.9% con métodos tradicionales.

Se estima que en 1997, el 63.2% de las hidalguenses en edad fértil usaban anticonceptivos. La información muestra que en Hidalgo los métodos más frecuentemente usados son la esterilización femenina y el DIU. Los métodos masculinos son los menos utilizados. En Hidalgo el uso de métodos anticonceptivos en 1997 era bajo, con un 34.6% entre las mujeres unidas en edad fértil.

La participación del varón en el control de la fecundidad sólo puede estimarse a través de la solicitud de preservativos por las usuarias de los servicios de salud, cifra que según la ENADID representó al 13.6% de mujeres en edad fértil unidas y del 14.4% de las mujeres que usaban métodos tradicionales (INEGI, 1997 op, cit.).

La prevalencia en el uso de los métodos de planificación familiar varía marcadamente según el lugar de residencia, el número de hijos y la escolaridad de las mujeres. En Hidalgo la cobertura de planificación familiar en las ciudades fue, en 1995, de 63.3%, inferior al promedio urbano del país -71.3%-. En el medio rural la cobertura fue de 56.6%, superior al promedio nacional -52.7%-. En el 2000 según proyecciones del CONAPO el 66.3 de las mujeres unidas y en edad fértil del estado de Hidalgo regulan su fecundidad. (CONAPO 2000m op. cit.,)

Considerando que un indicador en salud reproductiva es la mortalidad materna. Según estudios del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la tasa de mortalidad materna en la entidad pasó de 6.4 a 4.2 por cada 10 mil nacidos vivos registrados, en el período comprendido entre 1980 y 2000. Para el 2000 la Secretaría de Salud en Hidalgo registra 64 muertes maternas aún cuando la media estatal sitúa a Hidalgo con cifras inferiores a la media nacional, la entidad se situaba, entre los doce estados que aportaban más muertes en el país (Hidalgo. Servicios de Salud, 1998e).

Con relación al aborto cabe resaltar que en Hidalgo, como en el resto del país, existe un subregistro, debido al carácter de ilegal que éste tiene. Pese a ello el aborto figura como una de las principales causas de muerte materna y se le relaciona con dolencias crónicas severas, esterilidad e incremento de muerte en embarazos subsecuentes. La primera causa de mortalidad materna sigue siendo las complicaciones del embarazo, y dentro de estas el primer lugar lo ocupa la

preclamsia; en segundo, las complicaciones en el trabajo de parto, destacando la hemorragia posparto y la inercia uterina; el tercer lugar las complicaciones en el puerperio y el aborto (Hidalgo. Servicios de Salud, 1995).

Es importante hacer hincapié que en Hidalgo la muerte ocasionada por este tipo de causas es evitable, pues guardan relación con la cobertura y calidad de la atención prenatal, del parto y del posparto inmediato. Pese a ello, y a lo que afirma el gobierno estatal en el sentido de que, se han multiplicado los centros de salud, el número de consultas aumentó en 40%, y el número de usuarios del programa de planificación familiar sobrepasa las 240 mil personas, la salud de las mujeres hidalguenses sigue siendo precaria.

Otro indicador que muestra la desventaja de las mujeres en la entidad, es la mortalidad por cáncer cérvicouterino, el cual a pesar de presentar una tasa menor, con relación a la observada en el país, ocupa uno de los primeros lugares como causa de muerte en Hidalgo, lo cual es paradójico debido a la existencia de programas de detección oportuna.

Pese a que el gobierno estatal señala en el Segundo Informe de Gobierno, que la cobertura en salud en la entidad es universal, con el paquete básico de servicios, acción certificada por la Organización Panamericana de la Salud, el cáncer se coloca como una de las principales causas de muerte entre las hidalguenses. El cáncer cérvicouterino y de mama son curables si se detectan a tiempo.

En el periodo de 1980 a 2000 se reporta para las hidalguenses, tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino de 14.9 y de 75 / 100,000 defunciones en mujeres de 25 años a más.

Los tumores malignos por grupos de edad representan la primera causa de muerte en mujeres de entre 25 y 34 años. En tanto en el grupo de mujeres de entre 35 y 44 años de edad se reportan 52 defunciones por tumores malignos, correspondiendo 13 decesos por cáncer de mama y 12 por cuello de útero. En el grupo de 45 a 64 años de edad, según el mismo documento, la primera causa de muerte está relacionada con tumores malignos, reportando un total de 194 defunciones, de las cuales 33 correspondieron a cáncer de mama y 31 a cáncer de cuello de útero.

Para el año 2000, de las tomas de papanicolaou, llevadas a cabo por el sector salud en Hidalgo, se encontraron 54.6% casos con displacia leve, 21.33% con displacia moderada y 8.3% casos con displacia severa, así como 8.3% casos de cáncer cervicouterino en los grupos de edad de 25 a 64 años, y un 7.2% defunciones por esta causa (Hidalgo. Servicios de Salud. Dirección de Planeación, 2003d op. cit.,).

Otro aspecto a considerar es el relacionado a las Infecciones de Transmisión Sexual, las cuales pueden tener consecuencias fatales para las mujeres que las padecen, como la peritonitis, el embarazo ectópico, cáncer cervicouterino,

transmisión del VIH, infertilidad, aborto espontáneo, mortalidad peri natal e infección congénita.

En Hidalgo las tres principales infecciones de transmisión sexual reportadas para 1998 fueron las candidiasis urogenital, tricomoniasis urogenital y la gonococcia con 211.4, 170 y 7.4 casos por 100 mil habitantes respectivamente.

Patrones culturales y los roles entre hombre y mujeres que limitan o dejan fuera a las mujeres en la toma de decisiones sobre su sexualidad, que las coloca en estado de vulnerabilidad para contraer enfermedades de transmisión sexual incluidas el VIH/SIDA. En Hidalgo el incremento en el número de casos de SIDA fue lento hasta 1991. A partir de este año presentó un comportamiento de altibajos con una tendencia creciente. Hasta el 31 de diciembre del 2000 los Servicios de Salud de Hidalgo reportan la distribución de 706 casos acumulados, de los cuales, 40% son personas con edades entre los 25 y 34 años, manteniéndose una tendencia de 83.9% en hombres y 16.1% en mujeres.

Hidalgo es el séptimo estado que presenta la menor incidencia acumulada del país, en casos de SIDA. Considerando la totalidad de las categorías de transmisión del VIH, más de tres cuartas partes de las personas son varones (78.81%) y sólo una cuarta parte son mujeres (21.2%). Pese a ello es importante destacar que el número de mujeres hidalguenses contagiadas de SIDA es superior a la media nacional (14%).

Los casos de SIDA en el período de 1985-1996, se han concentrado más de la mitad de los casos en municipios considerados de mayor índice de migración. Del total de las muertes por el VIH el 94% correspondió a hombres y el 5.5% a mujeres ambos en edad reproductiva, según reportan las Estadísticas Vitales 1999 del Estado. (Hidalgo. Servicios de Salud. Dirección de Planeación, 2003)

Tabla 3.2.2 Indicadores

Sociodemográficos Estado de Hidalgo 1980-2000

Indicador de Vida	Año	Tasa
Esperanza de Vida	1980	Hombres 62.4 años Mujeres 57.3 años
	2000	Hombres 72.2 años Mujeres 76.8 años
Grado promedio de Escolaridad	1980	Hombres 5.4 años Mujeres 4.8 años
	2000	Hombres 6.8 años Mujeres 6.4 años
Tasa de participación económica	1980	Hombres 74.6 % Mujeres 25.4 %
	2000	Hombres 69.8 % Mujeres 29.2 %
Fecundidad	1980	6.19 hijos por mujer
	2000	2.4 hijos por mujer
Uso de Anticonceptivos (Mujeres en edad fértil)	1980	38% regula su fecundidad
	2000	66.3% regula su fecundidad
Mortalidad materna	1980	12.8/10,000 N.V.R.
	2000	4.7/ 10,000 N.V.R.
Cáncer cérvicouterino	1980	76 defunciones/100,000 mujeres
	2000	75 defunciones /100,000
VIH/SIDA	1983 2000	706 casos notificados 83.9% Hombres 16.1% Mujeres

Fuente: ENADID 1992; (INEGI 2000); (INEGI 2000 .Hidalgo); (INEGI, 1999e); ; . (CONAPO 2000h);. (Hidalgo. Servicios de Salud, 1998e);. (Hidalgo. Servicios de Salud, [1995]); (Hidalgo. Servicios de Salud. Dirección de Planeación, 2Q03d), (Perfil de Hombres y Mujeres en México, Instituto Nacional de las Mujeres 2003),(La Salud de la Mujer cifras comentadas,SSA 1990),(INEGI 1980.

Capítulo IV Metodología

4.1 Recolección de información.

Para la recolección de la información se utilizaron los resultados obtenidos a partir de un cuestionario diseñado y aplicado por el DIF Municipal Pachuca, con el objeto de obtener un diagnóstico del perfil socio-económico (edad, estado civil, número de hijos, escolaridad, atención médica, trabajo, colonia) y su relación con la salud reproductiva de la mujer.¹

Este cuestionario fue aplicado por el DIF Municipal a 2,059 mujeres pertenecientes a 55 barrios y colonias de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo, durante el período de Octubre a Diciembre de 1999. El criterio de inclusión que se utilizó para la selección de las mujeres fue que hubieran vivido en pareja, o alguna vez embarazadas habiendo llegado o no a término del mismo.

Para la aplicación del cuestionario el DIF Municipal Pachuca contó con la participación de 55 mujeres representantes de área del sistema, que en su gran mayoría contaban en ese momento, con experiencia mínima de cinco años de trabajo en desarrollo comunitario en barrios y colonias del municipio.

En la utilización de esta información se consideró que el DIF Municipal es una institución que articula la política asistencial del gobierno municipal, y que las

(Se investigaron dos prácticas de cuidado en salud reproductiva: uso de metodología anticonceptiva y realización de prueba de Papanicolau)

urbano marginadas, donde se da especial atención a la población vulnerable como es el caso de las mujeres.

En este estudio no se trabajo con mujeres de colonias de estrato alto, sino solo con mujeres pertenecientes a zonas urbanas marginadas del municipio, considerando que el DIF de acuerdo a sus lineamientos de asistencia social tiene como principal objetivo el fortalecer en particular a población en situación de vulnerabilidad de zonas urbano marginadas.

El DIF Municipal utilizó la estratificación de colonias realizada por el Instituto Municipal de Investigación y Planeación Pachuca Hidalgo en base a la disponibilidad de los siguientes servicios: Energía eléctrica, Servicio Sanitario, Agua entubada, Drenaje, Pavimentación, Escolaridad, Migración.

4.2 Población de estudio, universo y muestra

La población de mujeres seleccionadas en este estudio presentaron como característica común, haber estado unidas o alguna vez embarazadas, llegando o no a término del mismo, y que pertenecen a alguna de las 55 colonias (que representan el 23.7% de las colonias del municipio) de Pachuca, Hidalgo. Estas colonias fueron seleccionadas y estratificadas en tres niveles (nivel bajo, medio bajo o medio) para propósitos del presente estudio. El tamaño de la muestra se calculó según la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Np(1-p)}{2} = 2059$$

$$\frac{(N-1)B}{2} + p(1-p)$$

N= mujeres que residen en las colonias estudiadas y que cumplen con los criterios de inclusión,

p = proporción de prácticas de cuidado en salud reproductiva de (.5)

B = 0.02 de precisión

Nivel de confianza del 90% (Z=1.645)

N=2059

Las colonias y barrios de estrato medio correspondieron al 30% de la muestra:

Buenos Aires, Los Cedros, Cuauhtémoc, Cubitos, Cubitos 2da sección, Cubitos

Terrazas, Jorge Rojo Lugo, C. Doria, Rastro Viejo, Santa Julia, Matilde, La Surtidora, Venta Prieta, Aquiles Serdan, Villas de Pachuca y Morelos.

Las colonias de estrato medio bajo correspondieron al 19%: El Arbolito, Hasta Bandera, CTM, Patoni, Fraccionamiento El Palmar, San Luis Potosí, Prolongación Yucatán, Santiago y Arizpe, Santiago Tlapacoya, Pueblo Nuevo, Unidad Minera y Unión Popular.

En el estrato bajo se clasificaron 51% del total de las siguientes colonias: Barrio las Ánimas, Barrio El Bordo, Manuel Ávila Camacho, Campanitas, Felipe Ángeles, Adolfo López Mateos, Ampliación Felipe Ángeles, Guadalupe, Anáhuac, El Judío, Las Lajas, El Lobo, Loma bonita, Parque de Poblamiento, La Palma, San Antonio, San Cayetano, San Clemente, La Raza, San Juan Pachuca, San Miguel Cerezo, Cruz de los Ciegos, San Nicolás, Nopancalco, Santa Gertrudis, Barrio el Mosco, Nueva Estrella, (Anexo mapa1).

4.3 Procedimiento

Se utilizó el programa SPSS versión 10 para la sistematización y análisis de los datos.

Para todas las variables del estudio se calcularon los estadígrafos, así como las gráficas de frecuencias con el objetivo de tener una descripción general de las características de las mujeres participantes en el estudio.

Posteriormente se realizó un análisis de correspondencias múltiples, ésta es una técnica multivariada que permite el estudio de una matriz formada por gran cantidad de individuos y variables de todo tipo (cuantitativas, ordinales y nominales), pero que se deben convertir previamente en variables nominales múltiples. Cada una de las categorías de las nuevas variables se transforman en una nueva variable, permitiendo poner en correspondencia a cada uno de los individuos con alguna de las categorías de cada una de las variables del estudio y así conocer, cuáles de esos individuos pertenecen a clases bajas de cada una de las variables y cuáles a las clases intermedias o a las altas. Las variables edad y número de hijos tuvieron que transformarse a variables nominales mediante su distribución en clases. Esta técnica nos permitió una visión integral de las posibles asociaciones entre variables mucho más concretas. Esta técnica, incluida como una de las pruebas de escalamiento óptimo dentro de la escuela del Análisis de Datos americana, también es llamada Análisis de Homogeneidad y permite bajar

la dimensionalidad del espacio inicial al eliminar categorías que no se corresponden con los individuos en cantidades importantes.

Para conocer en detalle estas relaciones, se realizaron tablas cruzadas entre las variables que presentaron una buena asociación en el análisis anterior, utilizando el estadístico χ^2 para conocer su significación.

Como es conocido, el estadístico χ^2 nos dice si existe alguna asociación entre variables, pero no la forma en que se manifiesta dicha relación.

Con el objetivo de conocer la relación que existía entre algunos indicadores sociodemográficos, tomados como factores de riesgo, y las prácticas de cuidado en salud reproductiva, se realizó un análisis de regresión logística lineal de Cox (1970). Esta técnica se utiliza cuando algunas de las variables independientes son cualitativas o medidas en escalas ordinales o nominales y las suposiciones de normalidad no se cumplen. Este método se utiliza para identificar factores de riesgo y para predecir la probabilidad de éxito. Esta probabilidad, en nuestro estudio, puede servir como un índice de riesgo para la no utilización de anticonceptivos o de la prueba de Papanicolau.

En nuestro caso se consideraron las variables: edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, estrato de colonia y actividad, como variables independientes; utilizando dos veces el modelo de regresión citado; la primera utilizando como

variable dependiente la utilización de anticonceptivos y la segunda, utilizando la realización de la Prueba de Papanicolau como variable dependiente.

$$P_i = \frac{\exp\left(\sum b_j x_{ij}\right)}{1 + \exp\left(\sum_{j=0} b_j x_{ij}\right)}$$

$$1 - P_i = \frac{1}{1 + \exp\left(\sum_{j=0}^p b_j x_{ij}\right)} \quad \text{donde } x_{ij} = 1 \text{ y } b_i \text{ son coeficientes desconocidos}$$

El logaritmo de la razón de P_i y $(1 - P_i)$ es una función lineal simple de los X_{ij}

Por lo que :

$$\log_e \frac{P_i}{1 - P_i} = \left(\sum_{j=0}^p b_j X_{ij} \right) = \lambda_i; \text{ y } \lambda_i \text{ se denomina transformación}$$

logística de P_i , y la expresión anterior es el llamado modelo logístico lineal.

De esta forma, el modelo relaciona las variables independientes a la transformación logística de P_i . La probabilidad de éxito P_i se halla mediante la última expresión y la estimación de los coeficientes b_j de Cox se realiza por el método de máxima verosimilitud. (Lee, E. 1999).

Cuadro 4.1 Características Socioeconómicas de Mujeres de Colonias de Pachuca Hidalgo, 1999.

COLONIA ESTRATO	
Bajo	51.0%
Medio bajo	19.0%
Medio	30.0%
Total	100%
EDAD	
13-25	26.4%
26-35	38.6%
36-45	20.5%
46-60	10.9%
61 a +	3.5%
Total	100%
ESTADO CIVIL	
Casada	57.2%
unión libre	28.2%
Soltera	6.5%
Viuda	5.3%
divorciada	2.9%
Total	100%
ESCOLARIDAD	
Sin escolaridad	8.4%
Primaria	77.6%
Secundaria	9.5%
Preparatoria	4.4%
Total	100%
NUMERO DE HIJOS	
0-1	20.1%
2-3	48.8%
4-6	24.2%
7-9	5.1%
10-12	1.6%
13-16	.2%
16 a +	.1%
Total	100%

ATENCIÓN MEDICA	
Ninguna	1.4%
Particular.DIF	9.9%
Dispensario Cruz Roja	
Centro de Salud y	46.9%
Hospital General	
IMSS,ISSSTE	41.8%
Total	100.0%
TRABAJO EXTRADOMESTICO	
No	72.7%
Si	27.3%
Total	100%
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
Ninguno	42.0%
Dispositivo	17.6%
Ampolleta y	5.2%
Pastillas	
Condón y	2.2%
Diafragma	
OTB	32.4%
Vasectomía	.5%
Total	100%
PRUEBA DE PAPANICOLAU	
No	52.1%
Si	47.9%
Total	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hidalgo 1999

4.4 Análisis de correspondencia múltiple en el uso de Metodología Anticonceptiva y realización de Prueba de Papanicolau.

Para realizar el análisis de correspondencia múltiple se asoció el uso de métodos anticonceptivos y realización de Prueba de Papanicolau, con características socioeconómicas como: colonia, atención médica, escolaridad, estado civil, edad y número de hijos; todas ellas divididas en categorías.

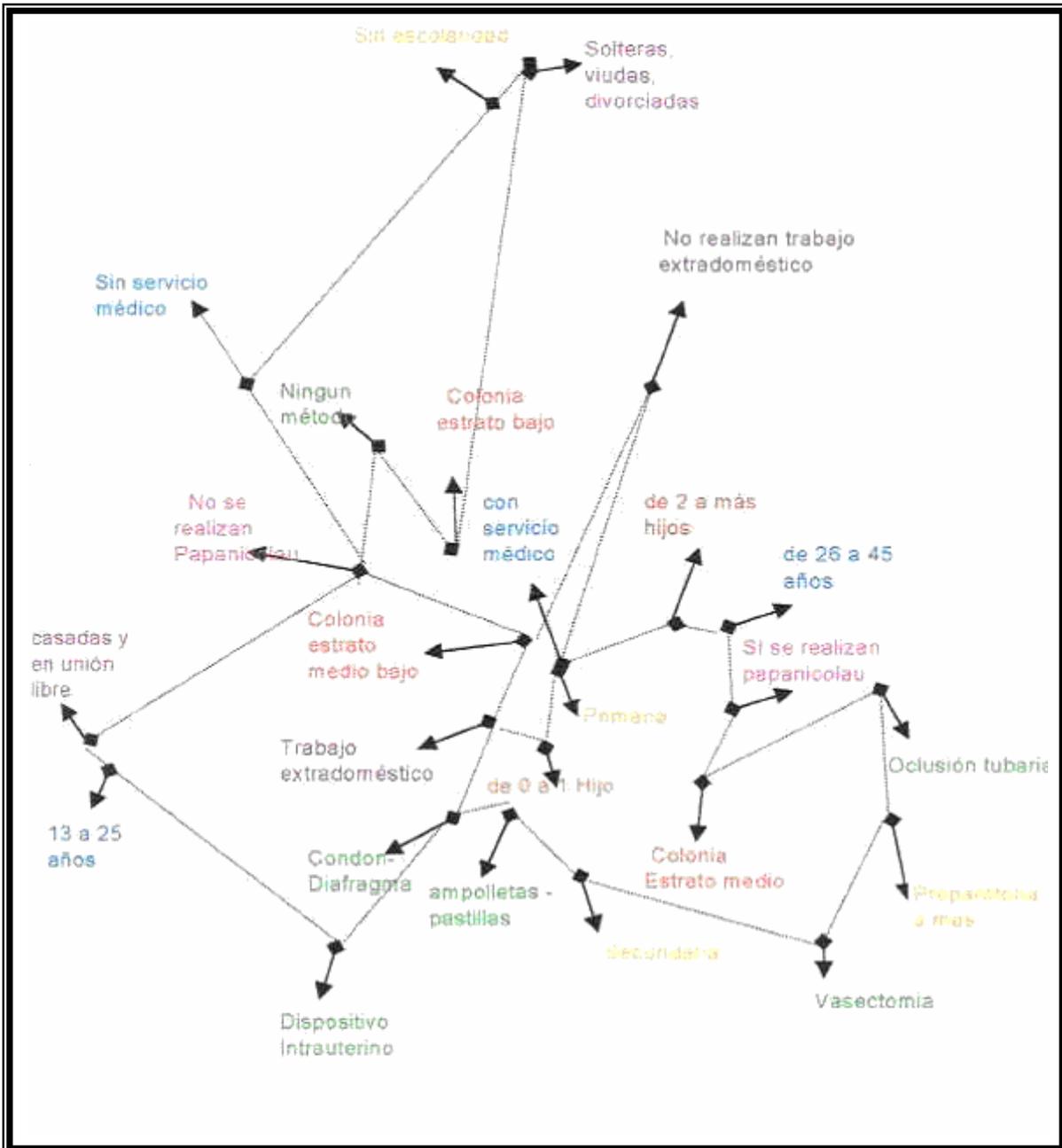
El Gráfico 4.4.1 para su descripción se dividió en dos cuadrantes: cuadrante superior e inferior izquierdo y derecho.

1.-En el cuadrante superior izquierdo se observa que en el no uso de anticonceptivos, y no realización de prueba de papanicolau, se asocia con el estado civil (soltero, viudo y divorciado), así como con mujeres que no cuentan con escolaridad y que pertenecen a colonias estratificadas como nivel bajo y sin acceso a servicios de salud.

2.-En el cuadrante inferior izquierdo a diferencia del cuadrante superior, se observa que las mujeres aquí ubicadas cuentan con servicios de salud, casadas o en unión libre), menores de 25 años, sí realizan trabajo extradoméstico, tienen un número de hijos de 0 a 1, y que pertenecen a colonias de estrato medio y prevalece el uso del DIU, Pastillas, Inyectables, condón y diafragma, así como la no realización de la prueba de papanicolau.

3.-En los cuadrantes superior e inferior derecho se encuentran asociados el uso de OTB y Vasectomía, y a la realización de la Prueba de Papanicolau se asocia a mujeres: que no realizan trabajo extradoméstico, con acceso a servicios de salud, con una paridad de 2 a mas hijos, escolaridad de primaria a más, y que viven en colonias clasificadas como estrato medio y la edad es de 26 años a más.

Gráfica 4.4.1
Análisis de Correspondencia Múltiple en Prácticas de
cuidado en Salud Reproductiva de Mujeres de algunas
colonias de Pachuca Hgo.,1999



4.5 Regresión logística y Metodología Anticonceptiva.

A partir de la regresión logística donde se utilizó el uso o no de metodología anticonceptiva como variable dependiente y su relación con las variables socioeconómicas (colonia, atención médica, escolaridad, estado civil, edad y número de hijos), se hallaron las probabilidades de llevar a cabo estas prácticas como parte del cuidado en salud reproductiva.

En la parte superior de la tabla 4.5.1 observamos que las mujeres que pertenecen a colonias clasificadas como estrato bajo, sin escolaridad, que no viven en pareja (soltera, viuda o divorciada), que cuentan con servicios de salud, que tienen un hijo o menos, de 46 años a más de edad, presentan mayor probabilidad de no uso de metodología anticonceptiva.

En la parte inferior de la última columna, de esta misma tabla en la parte inferior, se ubica a las mujeres, de colonias de estrato bajo, con un nivel de escolaridad equivalente a estudios de preparatoria o más, que viven en pareja (casada o unión libre), cuentan con servicios de salud, que tienen más de 2 hijos, de 13 a 25 años son las que tienen menor probabilidad de no uso de metodología anticonceptiva.

Tabla No 4.5.1 Valores de Predicción de no uso de Anticonceptivos en mujeres de colonias de estrato bajo de Pachuca Hidalgo, 1999

Colonia	Escolaridad	Estado Civil	Atención Médica	No de Hijos	Edad	Predicción Porcentaje	
Estrato bajo	Sin Escolaridad	Casada o unión libre	No	0 a 1	13 a 25	67.4	
				2 a más	26 a 45	47.2	
					46a+	48.6	
			Si	0 a 1	13 a 25	59.8	
					26 a 25	61.1	
				2 a más	13 a 25	37.9	
		Soltera, viuda, divorciada	Si	Si	2 a más	26 a 45	39.2
						46 a +	40.4
					0 a 1	13 a 25	88.0
			No	Si	2 a más	13 a 25	75.0
						26 a 45	76.0
						46 a +	76.9
	Primaria	casada o unión libre	No	2 a más	13 a 25	40.2	
				Si	0 a 1	13 a 25	54.1
					26 a 45	55.5	
			Si	2 a más	46 a +	56.8	
					13 a 25	32.6	
					26 a 45	33.8	
		Soltera, viuda, divorciada	No	2 a más	46 a +	35.0	
				Si	0 a 1	46 a +	78.6
					13 a 25	85.3	
			Si	2 a más	26 a 45	86.0	
					46 a +	88.6	
				2 a más	13 a 25	70.4	
Secundaria	Casada o unión libre	Si	2 a más	26 a 45	71.5		
				46 a +	72.6		
			0 a 1	13 a 25	48.4		
		Si	2 a más	26 a 45	49.7		
				46 a +	51.1		
			2 a más	13 a 25	27.7		
	Soltera, viuda, divorciada	Si	2 a más	26 a 45	28.8		
				46 a +	30		
			0 a 1	13 a 25	82.1		
		No	2 a más	26 a 45	82.9		
				13 a 25	65.3		
				26 a 45	66.6		
Preparatoria a más	Casada o unión libre	No	0 a 1	46 a +	52.2		
			Si	26 a 45	44.0		
		Si	2 a más	13 a 25	23.3		
				26 a 45	24.3		
	Soltera, viuda, divorciada	Si	2 a más	26 a 45	61.2		

Las predicciones se basaron en las frecuencias totales observadas en cada subpoblación

En la tabla 4.5.2. se observa que en la parte media de la última columna, que las mujeres de estrato medio bajo, presentan una mayor probabilidad de no uso de anticonceptivos, presentan en común; nivel de escolaridad de primaria, no viven en pareja (soltera, viuda, divorciada), cuentan con servicios de salud, de 0 a 1 hijo y pertenecen al grupo de edad de 13 a 25 años.

Esta misma tabla muestra en la parte inferior de la última columna, a las mujeres que presentan una menor probabilidad de no uso de metodología anticonceptiva. Estas mujeres cuentan con estudios de preparatoria o equivalente, viven en pareja (casada o unión libre), cuentan con servicios de salud, el número de hijos es de dos a más, y sus edades oscilan de 26 a 45 años.

Tabla No 4.5.2 Valores de Predicción de no uso de Anticonceptivos en mujeres de colonias de estrato medio de Pachuca Hidalgo, 1999.

Colonia	Escolaridad	Estado Civil	Atención Médica	No de Hijos	Edad	Predicción Porcentaje		
Estrato bajo	Sin Escolaridad	Casada o unión libre	Si	0 a 1	26 a 45	58.1		
				0 a 1	13 a 25	59.8		
				0 a 1	26 a 25	61.1		
			Si	2 a más	13 a 25	37.9		
				2 a más	26 a 45	39.2		
				2 a más	46 a +	40.4		
		Soltera, viuda, divorciada	Si	0 a 1	0 a 1	13 a 25	88.0	
					2 a más	13 a 25	75.0	
					2 a más	26 a 45	76.0	
					46 a +	76.9		
			Primaria	casada o unión libre	No	2 a más	13 a 25	40.2
						Si	0 a 1	13 a 25
	2 a más	26 a 45					55.5	
	2 a más	46 a +			56.8			
	Soltera, viuda, divorciada	No			2 a más	13 a 25	32.6	
					Si	2 a más	26 a 45	33.8
				2 a más		46 a +	35.0	
		2 a más		2 a más		46 a +	78.6	
				0 a 1	13 a 25	85.3		
				0 a 1	26 a 45	86.0		
	Secundaria	Casada o unión libre		Si	0 a 1	46 a +	88.6	
					0 a 1	13 a 25	70.4	
			0 a 1		26 a 45	71.5		
			2 a más	2 a más	46 a +	72.6		
				2 a más	13 a 25	48.4		
				2 a más	26 a 45	49.7		
		Soltera, viuda, divorciada	Si	0 a 1	46 a +	51.1		
0 a 1				13 a 25	27.7			
0 a 1				26 a 45	28.8			
2 a más			2 a más	46 a +	30			
			2 a más	13 a 25	82.1			
			2 a más	26 a 45	82.9			
Preparatoria a más	Casada o unión libre	No	0 a 1	13 a 25	65.3			
			0 a 1	26 a 45	66.6			
			0 a 1	46 a +	52.2			
	Soltera, viuda, divorciada	Si	2 a más	13 a 25	23.3			
			2 a más	26 a 45	24.3			
			2 a más	26 a 45	61.2			

Las predicciones se basaron en las frecuencias totales observadas en cada subpoblación

En esta misma tabla 4.5.3 en la parte media de la última columna, se ubican las mujeres que pertenecen a colonias de estrato medio, que presentan mayor probabilidad de no uso de metodología anticonceptiva el nivel de escolaridad es de primaria, no viven en pareja (soltera, viuda, divorciada), cuentan con servicios de salud, el número de hijos es uno ó menos, de 46 a más años de edad.

La tabla 4.5.3 En la parte inferior de la última columna, las mujeres que pertenecen a colonias de estrato medio y que presentan menor probabilidad de no uso de métodos anticonceptivos son las de nivel de estudios equivalente a preparatoria o más, viven en pareja (casada o unión libre) , con servicios de salud , con más de dos hijos, y tienen de 26 años a menos de edad.

**Tabla No 4.5.3 Valores de Predicción de no uso de Anticonceptivos
en mujeres de colonias de estrato medio de Pachuca
Hidalgo, 1999.**

Colonia	Escolaridad	Edo. Civil	Atención	No. de hijos	Edad	Predicción Porcentaje	
Estrato medio	Sin escolaridad	Casada ó unión libre	Si	2 a +	26 a 45	33.4	
					46 a +	34.6	
	Primaria	Casada ó unión libre	Si	2 a +	26 a 45	71.1	
					46 a +	72.2	
					No	13 a 25	34.4
						26 a 45	35.7
						46 a +	36.9
			Si	0 a 1	13 a 25	47.9	
					26.45	49.3	
					46 a +	50.7	
				2 a +	13 a 25	27.4	
					26 a 45	28.5	
	Secundaria	Casada ó unión libre	Si	0 a 1	13 a 25	81.9	
					26 a 45	82.7	
					46 a +	83.5	
					2 a +	13 a 25	65.0
						26 a 45	66.2
			Si	0 a 1	13 a 25	42.2	
					26 a 45	43.6	
					46 a +	44.9	
2 a +				13 a 25	23.0		
				26 a 45	24.0		
	46 a +	25.0					
	Soltera, viuda, divorciada	Si	0 a 1	13 a 25	78.2		

Preparatoria más	Casada ó unión libre	Si	0 a 1	13 a 25	36.7
				26 a 45	38.0
			2 a +	13 a 25	19.2
		26 a 45	20.0		
		46 a +	20.9		
	Soltera, viuda o divorciada	Si	0 a 1	26 a 45	75.0
			46 a +	76.0	

Las predicciones se basaron en las frecuencias totales observadas en cada subpoblación

4.6 Regresión logística y Realización de Prueba de Papanicolau

Para determinar la probabilidad de realización de la Prueba de Papanicolau en mujeres de los diferentes estratos de las colonias, a través de regresión logística se relacionaron las características socioeconómicas correspondientes a colonia, atención médica, escolaridad, estado civil, edad y número de hijos con la realización o no de la Prueba de Papanicolau (variable dependiente).

Ubicándonos en la última columna de la tabla 4.6.1 en la parte superior se ubica a las mujeres que presentan mayor probabilidad de no realización de Prueba de Papanicolau, pertenecen a colonias de estrato bajo, sin escolaridad, viven en pareja (casada o unión libre), no cuentan con servicios de salud, que tiene de un hijo o menos, son menores de 25 años.

En la parte inferior de esta misma columna, se ubican las mujeres de colonias de estrato bajo, que presentan una menor probabilidad de no realización de la prueba. Estas mujeres presentan como características, que tiene estudios de secundaria, viven en pareja (casada o unión libre), cuentan con servicios de salud, tienen de dos hijos a más y son mayores de 46 años a más.

Tabla No 4.6.1 Valores de Predicción de no realización de Prueba de Papanicolau mujeres de colonias de estrato medio de Pachuca Hidalgo, 1999.

Colonia	Escolaridad	Edo. Civil	Atención	No. de hijos	Edad	Predicción Porcentaje
Estrato Bajo	Sin escolaridad	Casada o unión libre	No	0 a 1	13 a 25	91.8
				2 a +	26 a 45	78.3
					46 a +	64.6
			Si	0 a 1	13 a 25	81.7
					26 a 45	69.4
				2 a +	13 a 25	74.1
					26 a 45	59.1
					46 a +	42.3
		Soltera, viuda	Si	0 a 1	13 a 25	86.5
					26 a 45	76.4
					46 a +	62.2
				2 a +	13 a 25	80.3
					26 a 45	67.4
					46 a +	51.2
	Primaria	Casada ó unión libre	No	2 a +	13 a 25	82.9
					26 a 45	71.1
			Si	0 a 1	13 a 25	75.4
					26 a 45	60.8
					46 a +	44.0
				2 a +	13 a 25	66.1
					26 a 45	49.7
					46 a +	33.4
		Soltera, viuda, divorciada	No	2 a +	46 a +	64.1
			Si	0 a 1	13 a 25	81.4
					26 a 45	68.9
					46 a +	52.9
				2 a +	13 a 25	73.6
					26 a 45	58.6
					46 a +	41.8
	Secundaria	Casada ó unión libre	Si	0 a 1	13 a 25	67.7
					26 a 45	51.5
					46 a +	35.0
				2 a +	13 a 25	57.2
					26 a 45	40.4
					46 a +	25.6
		Soltera, viuda, divorciada	Si	0 a 1	13 a 25	75.0
					26 a 45	60.3
				2 a +	13 a 25	65.7
					26 a 45	49.2
	Preparatoria	Casada ó unión libre	No	0 a 1	26 a 45	64.4

	a mas					
			Si	0 a 1	26 a 45	42.1
				2 a +	13 a 25	47.8
					26 a 45	31.7
		Soltera, viuda, divorciada	Si	2 a +	26 a 45	39.9

Las predicciones se basaron en las frecuencias totales observadas en cada subpoblación

La tabla 4.6.2 corresponde a mujeres que viven en colonias de estrato medio bajo, y también podemos apreciar que en la parte superior de la última columna, se ubican las mujeres que tienen mayor probabilidad de no realizarse las Prueba de Papanicolau y se corresponde con aquellas mujeres que : cuentan con estudios de primaria, no viven en pareja (viudas, divorciada, soltera), no cuentan con servicio de salud, tienen de un hijo a menos y son menores de 25 años de edad.

En la última columna de la parte inferior de la tabla 4.6.2 se observa que las mujeres que viven en colonias de estrato medio bajo, presentan menor probabilidad de no realizarse la Prueba de Papanicolau, y se corresponde con las mujeres que tienen estudios de preparatoria o más, que viven en pareja (casada o unión libre) , que cuentan con servicios de salud, con un número de hijos de dos a más y tienen de 26 a 45 años de edad.

Tabla No 4.6.2 Valores de Predicción de no Realización de Prueba de Papanicolau en mujeres de colonias de estrato medio de Pachuca Hidalgo, 1999.

Colonia	Escolaridad	Edo. Civil	Atención	No. de hijos	Edad	Predicción Porcentaje	
Estrato medio bajo	Sin escolaridad	Casada ó unión libre	Si	0 a 1	26 a 45	64.0	
				2 a +	26 a 45	53.1	
					46 a +	36.5	
			Si	0 a 1	26 a 45	71.7	
				2 a +	26 a 45	61.8	
					46 a +	45.1	
	Primaria	Casada ó unión libre	No	2 a +	13 a 25	79.2	
					26 a 45	49.4	
			Si	0 a 1	13 a 25	70.5	
					26 a 45	54.8	
					46 a +	38.1	
			2 a +	13 a 25	60.5		
				26 a 45	43.6		
				46 a +	28.2		
				No	0 a 1	13 a 25	89.5
				Si	0 a 1	26 a 45	63.5
			46 a +	46.8			
		2 a +	26 a 45	52.6			
			46 a +	36.0			
	Secundaria	Casada ó unión libre	No	0 a 1	13 a 25	62.1	
				26 a 45	45.4		
2 a +			13 a 25	51.1			
			26 a 45	34.6			
Viuda, divorciada, soltera		Si	0 a 1	26 a 45	54.3		
			2 a +	13 a 25	59.9		
				26 a 45	43.1		
		Si	0 a 1	13 a 25	52.9		
Preparatoria o mas	Casada ó unión libre		2 a +	26 a 45	26.6		
		Si	2 a +	26 a 45	34.2		

Las predicciones se basaron en las frecuencias totales observadas en cada subpoblación

En la parte superior de la última columna de la tabla 4.6.3, se ubican las mujeres de colonias de estrato medio que tienen mayor probabilidad de no realizarse la Prueba de Papanicolau. Estas mujeres cuentan con estudios de primaria, viven en pareja (casadas o en unión libre), no cuentan con atención médica, su número de hijos es de dos más y son menores de 25 años.

Las mujeres que pertenecen a colonias de estrato medio, y que presentan menor probabilidad de no efectuarse la Prueba de Papanicolau, se ubican en la parte inferior de la tabla 4.6.3. Estas mujeres tienen las siguientes características: estudios equivalentes a preparatoria o más, viven en pareja (casadas o en unión libre), cuentan con servicios de salud, su número de hijos es mayor de dos y tienen de 46 años a más de edad.

Tabla No 4.6.3 Valores de Predicción de no Realización de Prueba de Papanicolau en mujeres de colonias de estrato medio de Pachuca Hidalgo, 1999.

Colonia	Escolaridad	Edo. Civil	Atención	No. de hijos	Edad	Predicción Porcentaje	
Estrato medio	Analfabeta	Casada ó unión libre	Si	2 a +	26 a 45	47.0	
					46 a +	31.0	
					26 a 45	55.9	
		Primaria	Casada ó unión libre	No	2 a +	46 a +	39.1
						13 a 25	74.9
						26 a 45	60.1
	Viuda, divorciada, soltera		Si	0 a 1	2 a +	46 a +	43.3
						13 a 25	65.2
						26 a 45	48.7
		Viuda, divorciada, soltera	Si	0 a 1	2 a +	46 a +	32.5
						13 a 24	54.5
						26 a 45	37.7
	Viuda, divorciada, soltera		Si	0 a 1	2 a +	46 a +	23.5
						13 a 25	72.8
						26 a 45	57.6
		Secundaria	Casada ó unión libre	Si	0 a 1	46 a +	40.8
						13 a 25	63.1
						26 a 45	46.4
	Viuda, divorciada, soltera		Si	0 a 1	2 a +	46 a +	30.5
						13 a 25	56.2
						26 a 45	39.4
		Preparatoria a mas	Casada ó unión libre	Si	0 a 1	46 a +	24.8
						13 a 25	45.0
						26 a 45	29.3
Viuda, divorciada, soltera	Si		0 a 1	2 a +	46 a +	17.4	
					13 a 25	64.7	
					26 a 45	48.2	
	Viuda, divorciada, soltera	Si	0 a 1	2 a +	46 a +	46.7	
					13 a 25	30.8	
					26 a 45	22.1	
Viuda, divorciada, soltera		Si	0 a 1	2 a +	46 a +	12.6	
					26 a 45	38.9	
						46 a +	24.4

Las predicciones se basaron en las frecuencias totales observadas en cada subpoblación

CAPITULO V.-RESULTADOS

5.1 Características socioeconómicas de mujeres de barrios y colonias del Municipio de Pachuca Hidalgo.

5.2 Distribución porcentual de características socioeconómicas y Metodología Antioconceptiva.

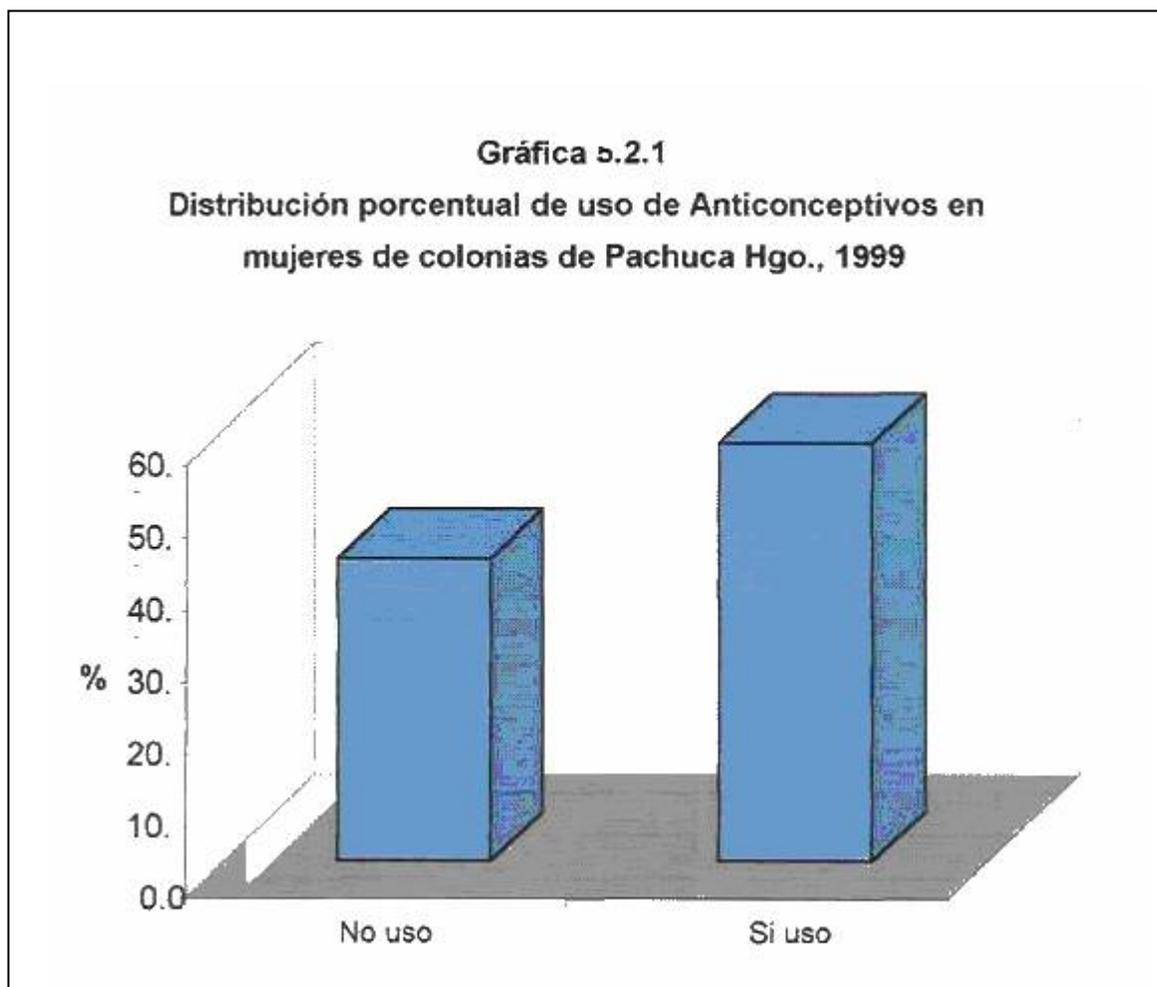
En el análisis de la distribución de frecuencias de las características socioeconómicas a través de las medidas de tendencia central como es la media y la mediana, se encuentra que las mujeres se concentran en su mayoría en las colonias clasificadas como estrato bajo, la edad promedio de la muestra es de 26 a 35 años, el estado civil más frecuente es de casadas, el nivel de escolaridad que predomina es de primaria, el número más frecuente de hijos por mujer es de 2 a 3, el lugar de atención mas frecuente es en centros de salud y hospital general ambos dependientes de la Secretaria de Salud, seguido por las instituciones de IMSS e ISSSTE, y la actividad que más predomina es la de trabajo doméstico.

Cuadro 5.1 Distribución de frecuencias de características socioeconómicas en mujeres de colonias de Pachuca Hgo.

	Colonia	Edad	Estado civil	Escolaridad	No. de hijos	Atención medica	Trabajo
Moda	Estrato bajo	26-35	Casada	Primaria	2 a 3	Centro de salud y Hospital general	Doméstico
Mediana	Estrato Bajo	26-35	Casada	Primaria	2 a 3	Centro de salud y Hospital general	Doméstico

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

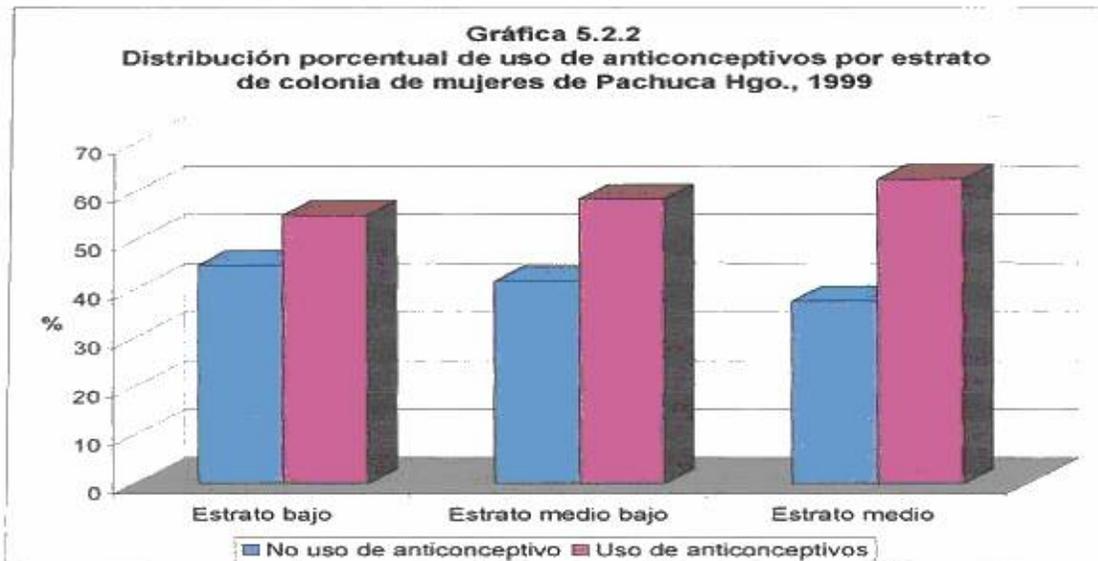
5.2 Distribución porcentual de características socioeconómicas y Metodología anticonceptiva.



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

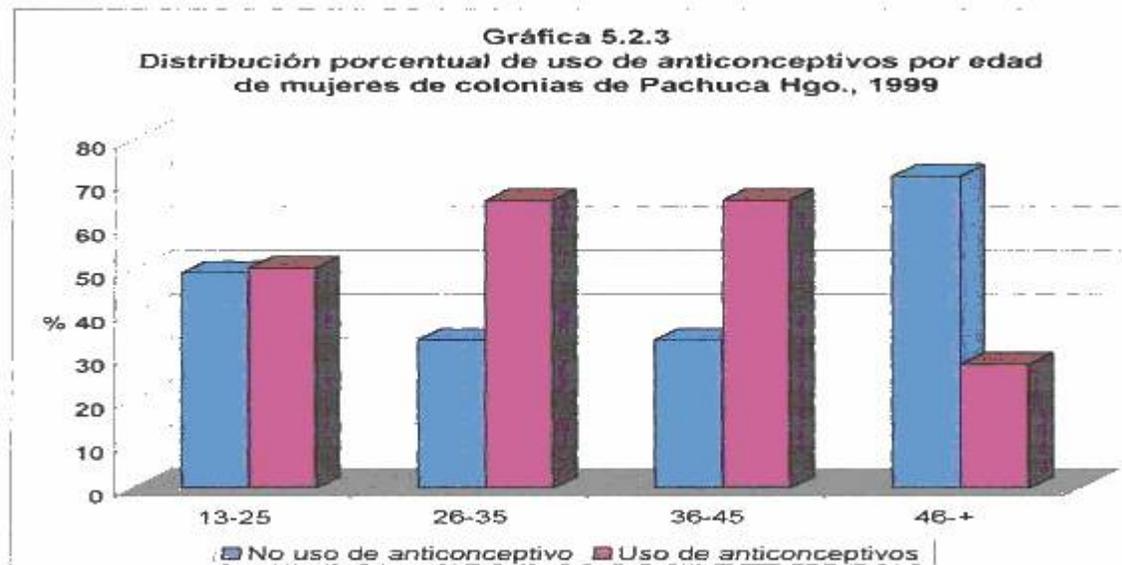
En la utilización de metodología anticonceptiva en el municipio de Pachuca, Hidalgo, más de la mitad de las mujeres de la muestra (58%), refieren la utilización de metodología anticonceptiva, sin embargo, es muy alto el porcentaje de mujeres que no utilizan anticonceptivos (42%) Gráfica 5.2.1.

Al analizar el uso de anticonceptivos por colonias y considerando que en los tres estratos en que se encuentra clasificadas las colonias, bajo, medio bajo y medio, se observa prevalece el uso de metodología anticonceptiva (55.1%, 58.4%, 62.5%). Gráfica 5.2.2



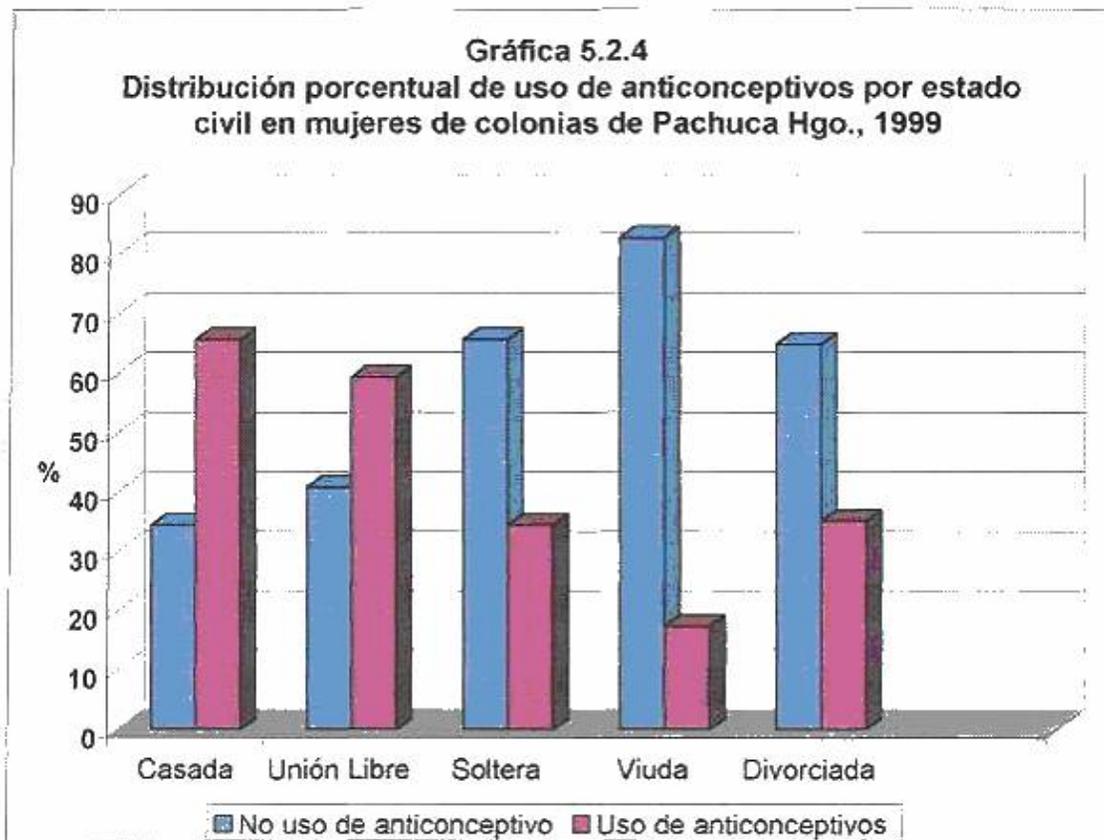
Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

En la utilización de anticonceptivos con relación a la edad las mujeres, en los tres estratos (bajo, medio bajo y medio), son las mujeres de 13 a 45 años las que presentan el mayor porcentaje de utilización de anticonceptivos (50.5%, 65.9%, 66%) respectivamente. El grupo de mujeres de 13 a 25 años, tienen un porcentaje considerablemente alto de no uso (49.44%). Finalmente el rango de edad de 46 años o más presentan el mayor porcentaje de no utilización de metodología (71.6%). Gráfica 5.2.3



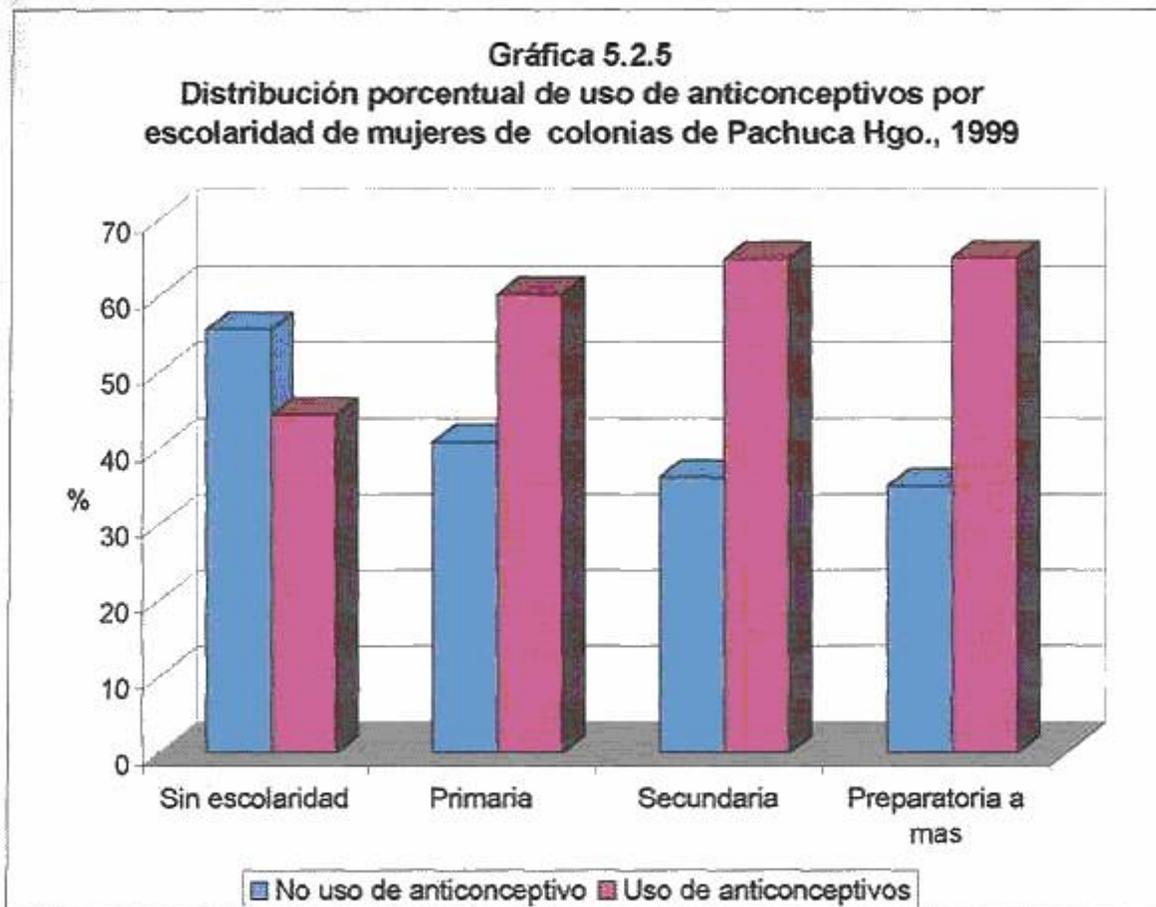
Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo.. 1999

De la relación entre estado civil y utilización de anticonceptivos, se presenta una diferencia marcada en las mujeres que viven en pareja y las solteras, viudas o divorciadas. El porcentaje de uso de anticonceptivos es mayor en las mujeres casadas o en unión libre (65.6%, 59.2%), a diferencia de las mujeres viudas, solteras y divorciadas (17.1%, 34.38%, 35.09%), que presentan menores porcentajes uso de anticonceptivos. Gráfica 5.2.4



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo.. 1999

Analizando los datos por nivel de escolaridad, se observa que en las mujeres sin escolaridad presentan el mayor porcentaje de no utilización de métodos anticonceptivos (55.6%). En general se observa que el uso de anticonceptivos se incrementa conforme aumenta el grado de escolaridad de las mujeres.



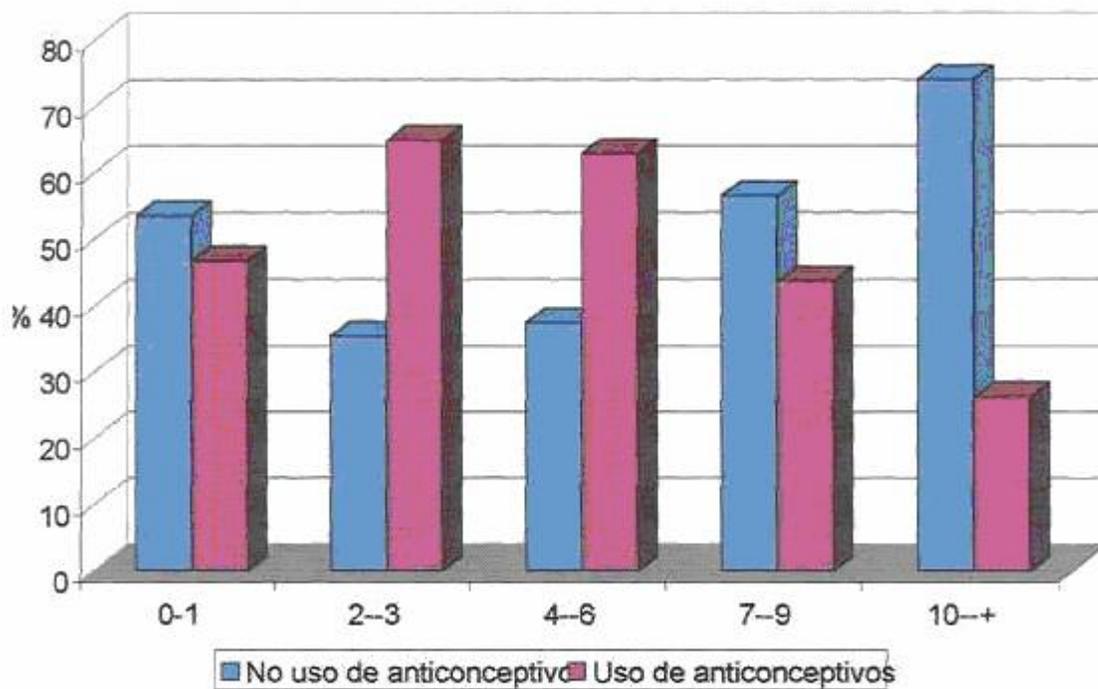
Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

Así las mujeres con estudios de secundaria o preparatoria o más presentan los mayores porcentajes de uso de metodología anticonceptiva (64.8%, 65%).

Gráfica 5.2.5

En la relación entre el número de hijos por mujer y el uso de anticonceptivos encontramos que el mayor porcentaje de uso, se presenta en los grupos de 2 a 6 hijos(64.7%, 62.7%), y los mayores porcentajes de no uso se da en los grupos extremos, es decir, en el grupo con menor número de hijos y en el grupo con el mayor número de hijos: de 0 a 1 hijos, 53.4% y de 10 a más hijos, 73.8%. Gráfica 5.2.6.

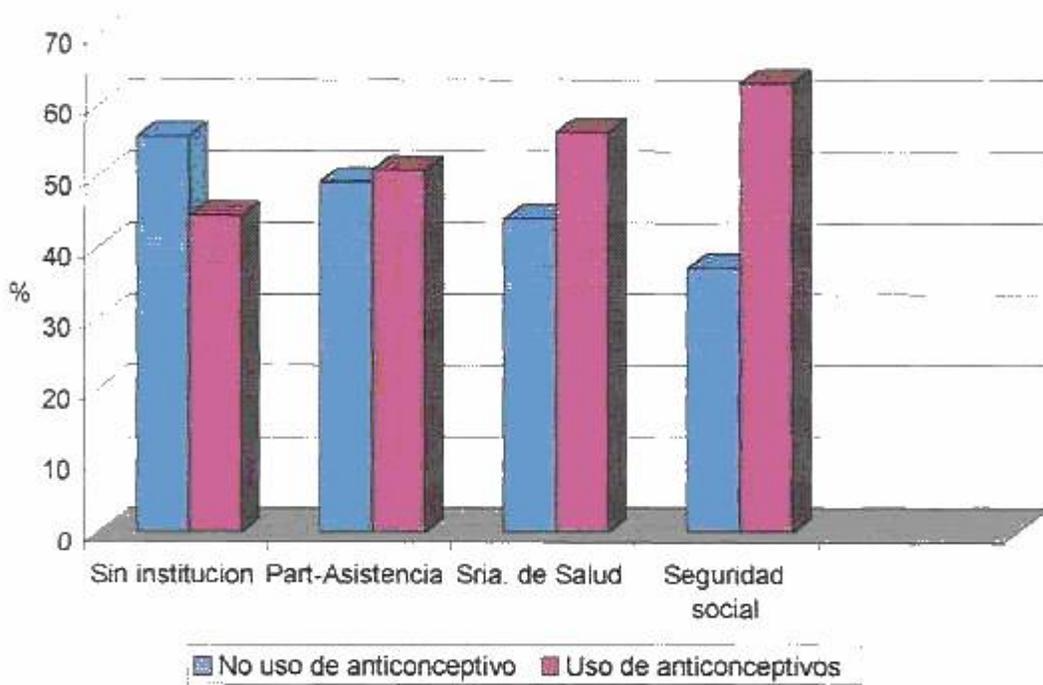
Gráfica 5.2.6
Distribución porcentual de uso de anticonceptivos por
número de hijos de mujeres de colonias de Pachuca Hgo.,
1999



fuentes: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

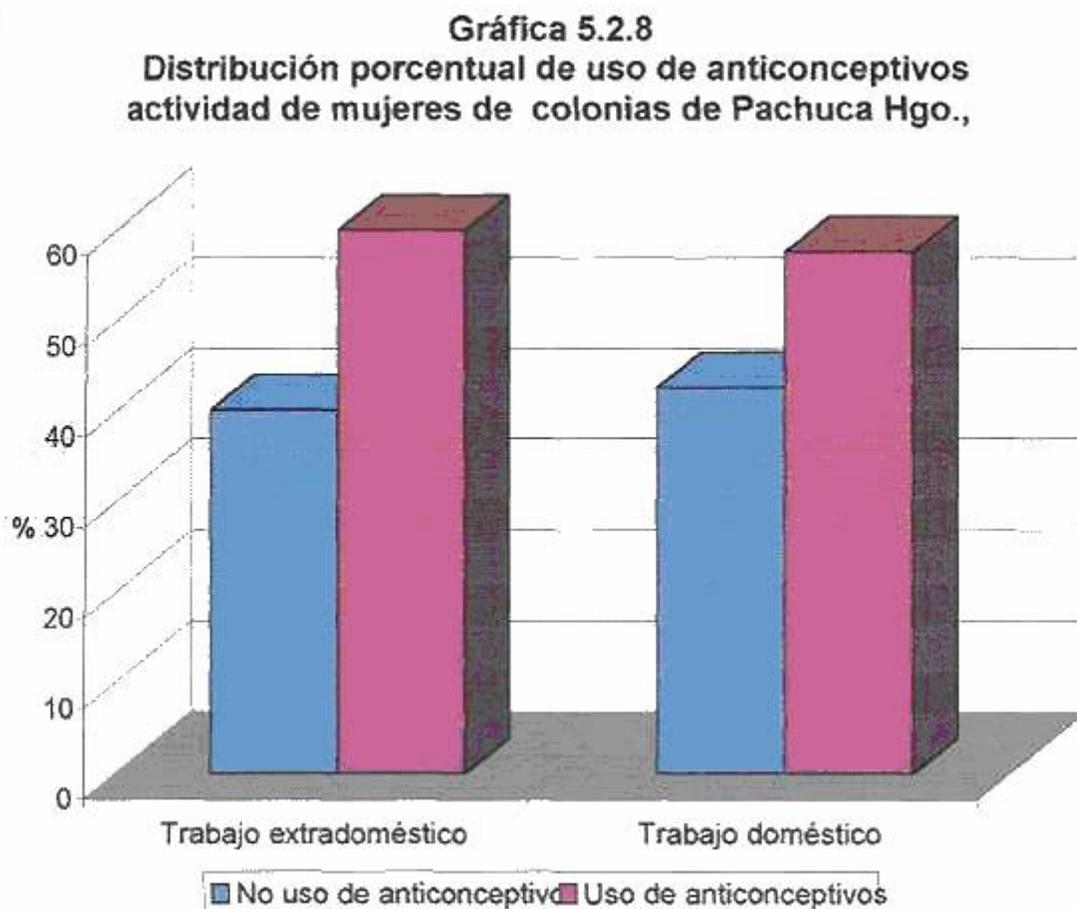
La utilización de los servicios de salud reproductiva depende de diversas circunstancias: ubicación geográfica, distancia económica, social, cultural. Así al referirnos al uso de anticonceptivos y servicios de salud, se observa que las mujeres que refieren no acudir a ninguna institución de salud a solicitar los mismos, prevalece el no uso de anticonceptivos(53.4%). El grupo de mujeres que acude a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE) presentan un mayor porcentaje de uso de anticonceptivos, 63%.Gráfica 5.2.7

Gráfica 5.2.7
Distribución porcentual de uso de anticonceptivos por servicios de salud en mujeres de colonias de Pachuca Hgo.,1999



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

De la actividad realizada por las mujeres y su relación con uso de anticonceptivos, se observa que en ambos grupos (las que realizan trabajo extradoméstico y las que realizan trabajo doméstico), prevalece el uso de anticonceptivos (59.9%, 57.5%), y la diferencia de porcentaje de uso entre ambos grupos es mínima (2.4%). Gráfica 5.2.8

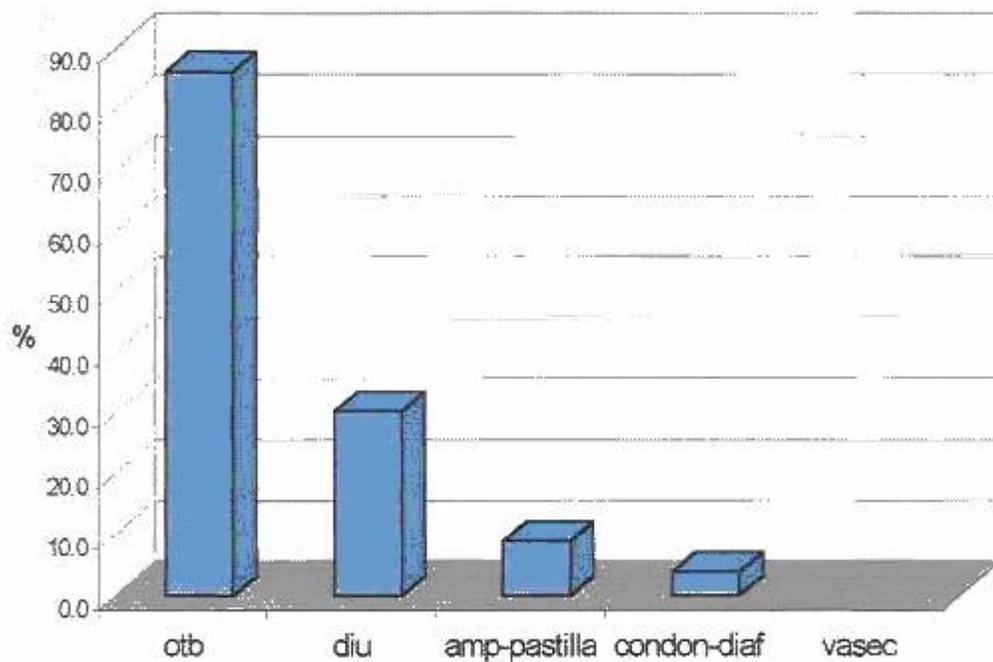


Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

Lo anterior describe la asociación que se da entre el uso de anticonceptivos y las características socioeconómicas.

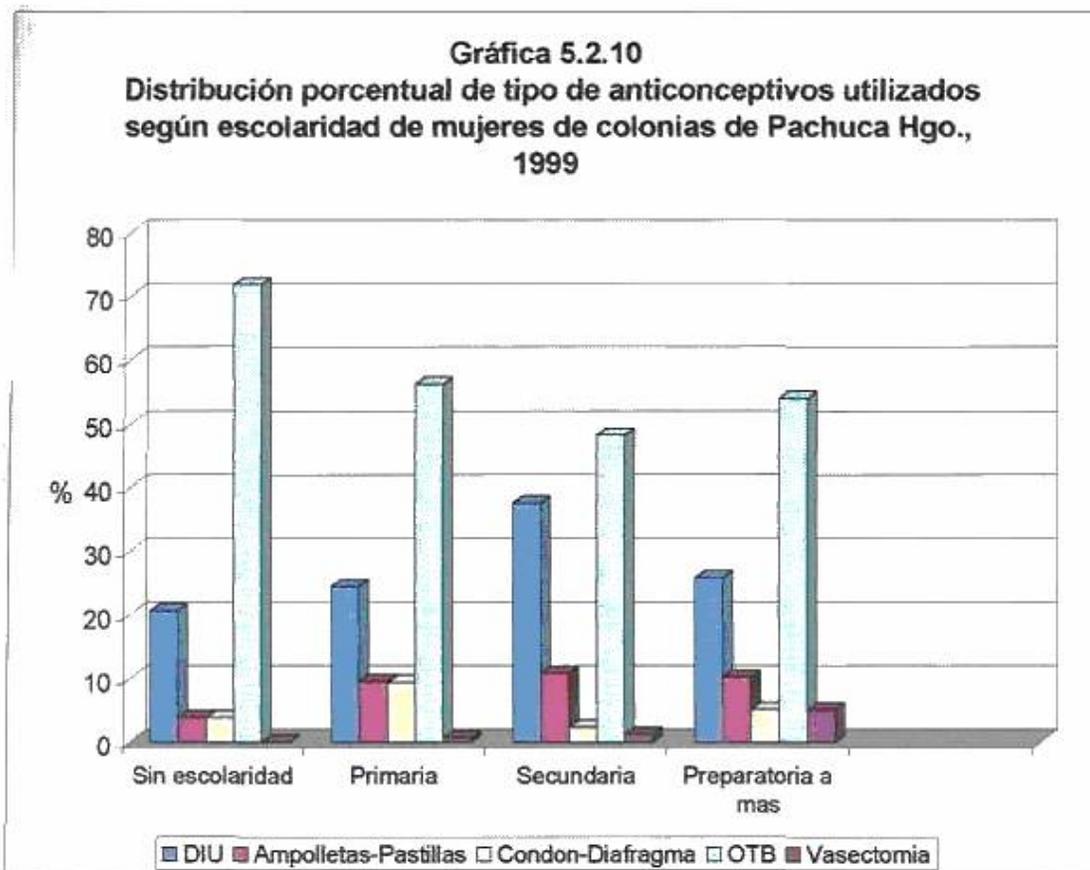
En la gráfica 5.2.9. se observan los métodos anticonceptivos más utilizados por las mujeres de la muestra, los cuales, en orden decreciente de uso, son: la oclusión tubaria uterina (OTB), 86.1%, dispositivo intrauterino (DIU), 30.34%, ampolletas y pastillas (hormonales), 8.9%, condón y diafragma (de barrera), 3.8% y en último lugar, la vasectomía, 0.86%.

Gráfica 5.2.9
Distribución porcentual de principales anticonceptivos utilizados por mujeres de colonias de Pachuca 1999.



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

El DIU es el método más utilizado en las mujeres que tienen como máximo un hijo, así como también en las mujeres de 13 a 25 años, o que reportan no utilización de servicios de salud. La OTB y el DIU son los dos únicos métodos reportados como utilizados, en mujeres de 7 hijos a más.



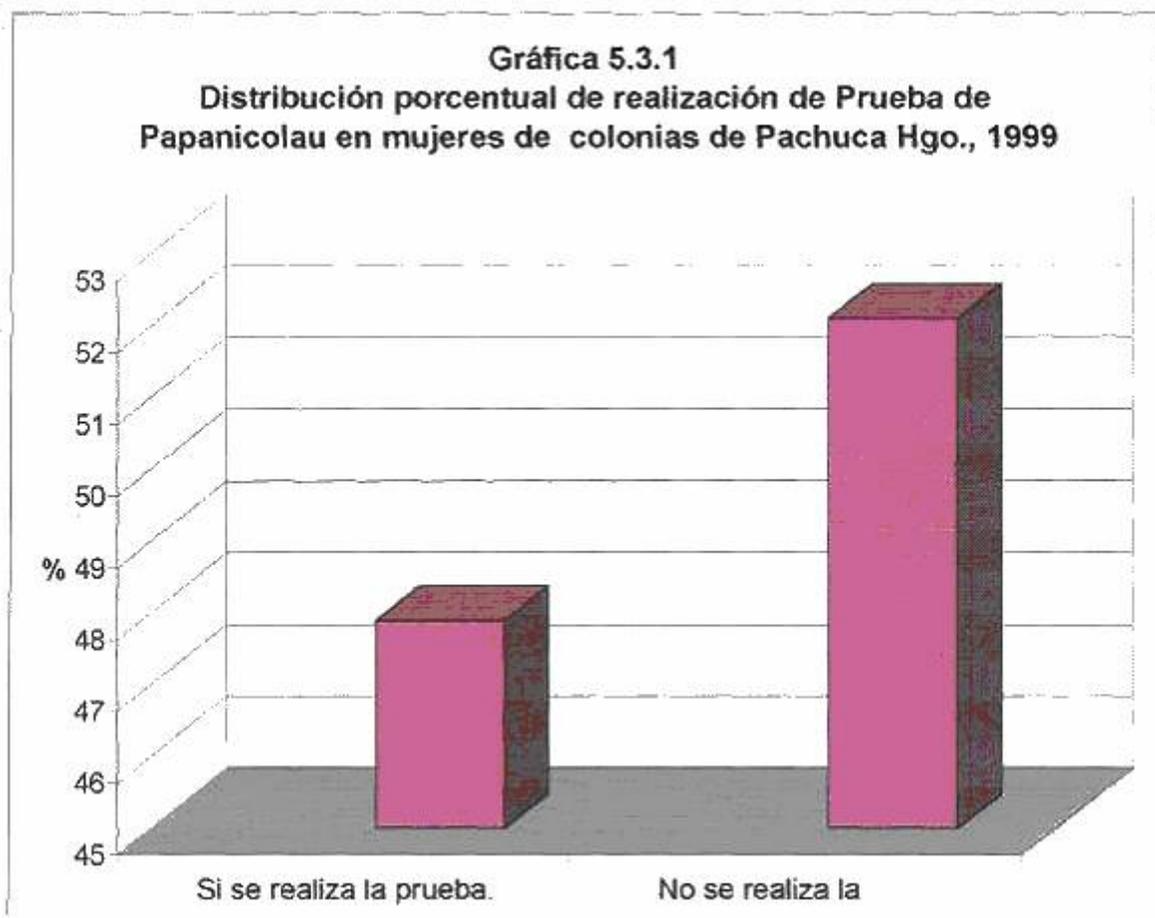
Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

Otro aspecto que hay que resaltar es que la utilización de la OTB presenta valores diferentes, según la escolaridad, así el mayor valor de uso se observa en el grupo de mujeres sin escolaridad, a diferencia de las mujeres con estudios de primaria a más.

En cuanto a la vasectomía, las mujeres que no poseen escolaridad, las mujeres que tienen de 0 a 1 hijos o de 7 hijos a más, así como las solteras y las viudas; no reportan su utilización por parte de sus parejas. Así mismo, se observó que la utilización de la vasectomía por parte de las parejas de las mujeres, aumenta en relación directa con el nivel de instrucción de las mujeres. Las solteras o viudas no reportan la utilización del condón y del diafragma, lo mismo sucede en el grupo de mujeres con más de siete hijos, o quienes refieren no contar con servicios de salud. Gráfica 5.2.10

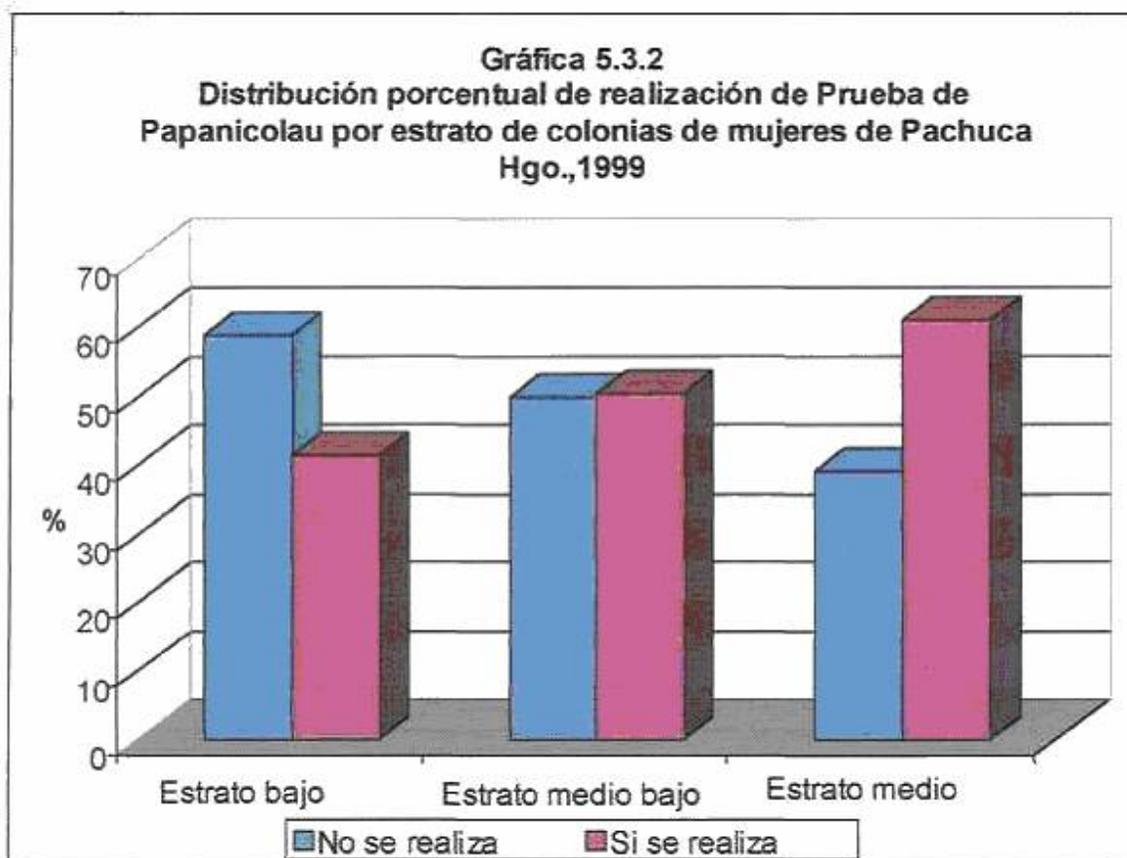
5.3 Distribución porcentual de realización de Prueba de Papanicolau y características socioeconómicas.

A pesar de que el cáncer cervicouterino representa una de las principales causas de mortalidad en las mujeres del municipio, en este trabajo se observa que la frecuencia de la realización de la prueba de Papanicolau es de 47.9%, predominando la no realización de la misma(52.1%) en las mujeres de la muestra estudiada. Gráfica 5.3.1



Fuente encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

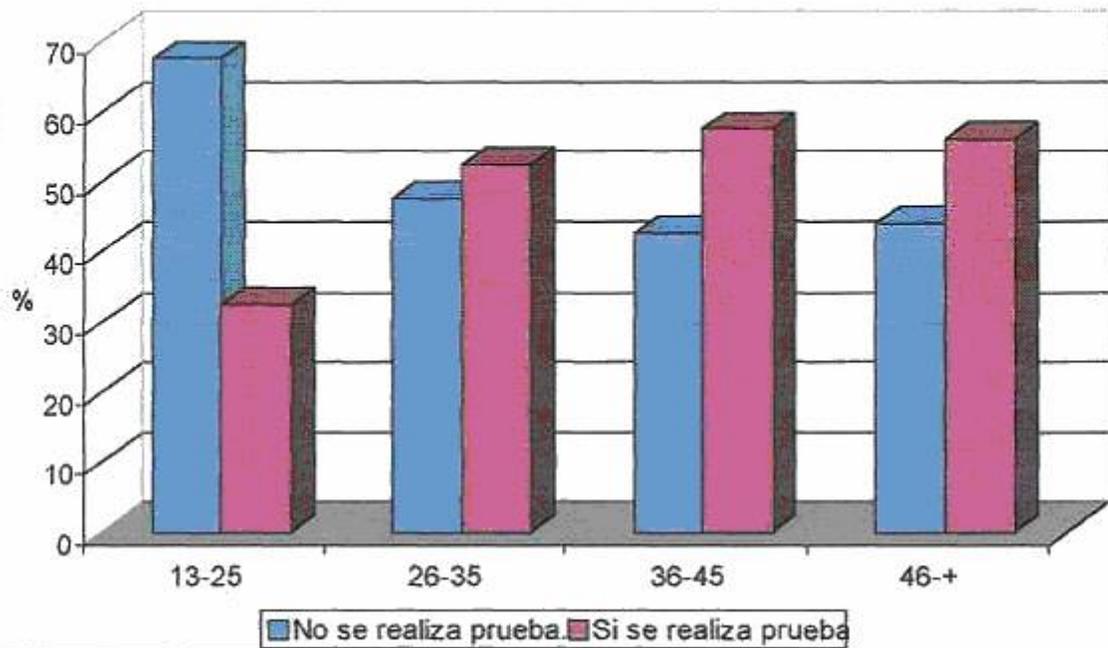
En la relación entre el estrato de la colonia y la realización de la prueba de Papanicolau se encontró que más del 50% de las mujeres de colonias de estrato bajo no se realizan la prueba de Papanicolau, 58.7%. Las mujeres que pertenecen a colonias de estrato medio bajo y medio reportan un mayor porcentaje de realización de prueba(50.3%, 61%), sobresaliendo las de estrato medio con el 61%. Gráfica 5.3.2



Fuente encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

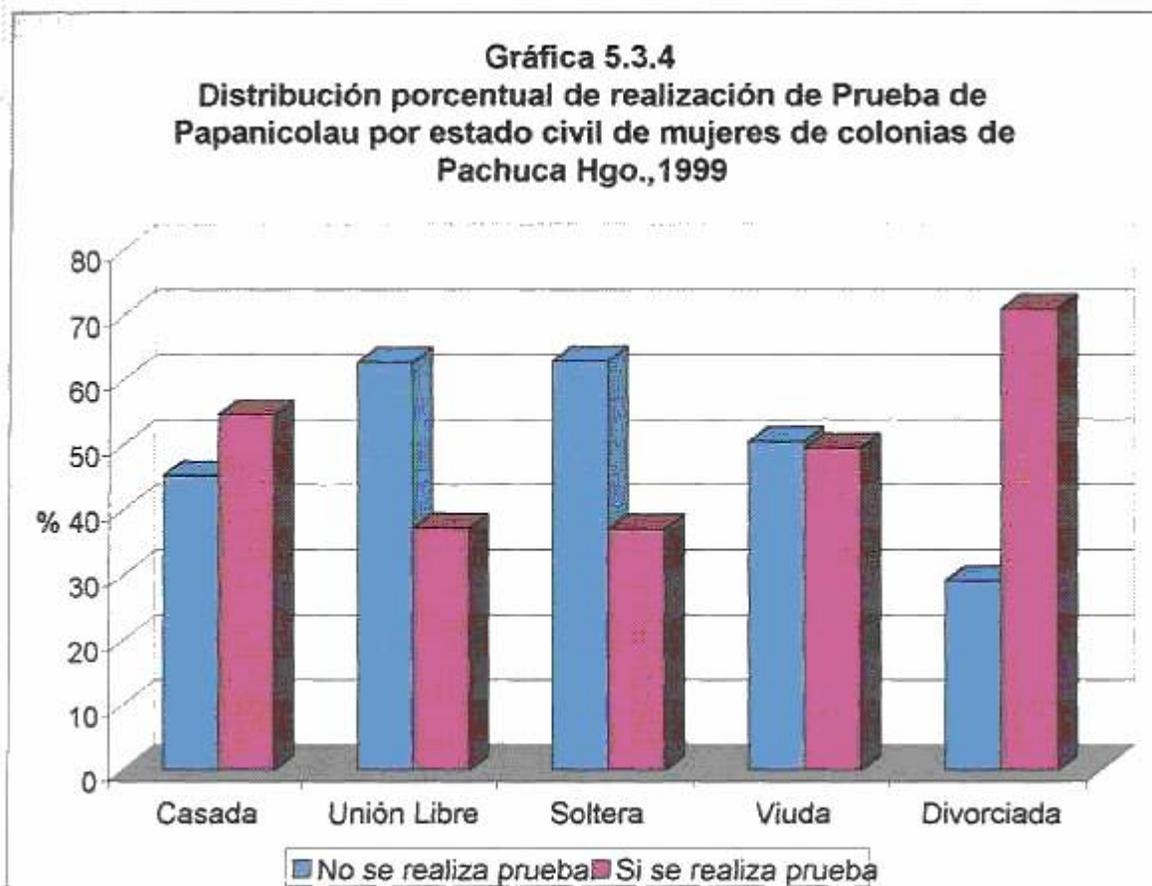
Al relacionar la edad con realización de la prueba de Papanicolau, se encontró que más del 50% de las mujeres de 13 a 25 años no se practican la prueba, al contrario de las mujeres de 26 años a más, las que se realizan la prueba en un promedio del 50%. Son las mujeres del grupo de edad de 36 a 45 años en las que se da el mayor porcentaje de realización de la prueba, 57.5%. Gráfica 5.3.3

Gráfica 5.3.3
Distribución porcentual de realización de Prueba de Papanicolau por grupos de edad de mujeres de colonias de Pachuca Hgo.1999



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo. 1999

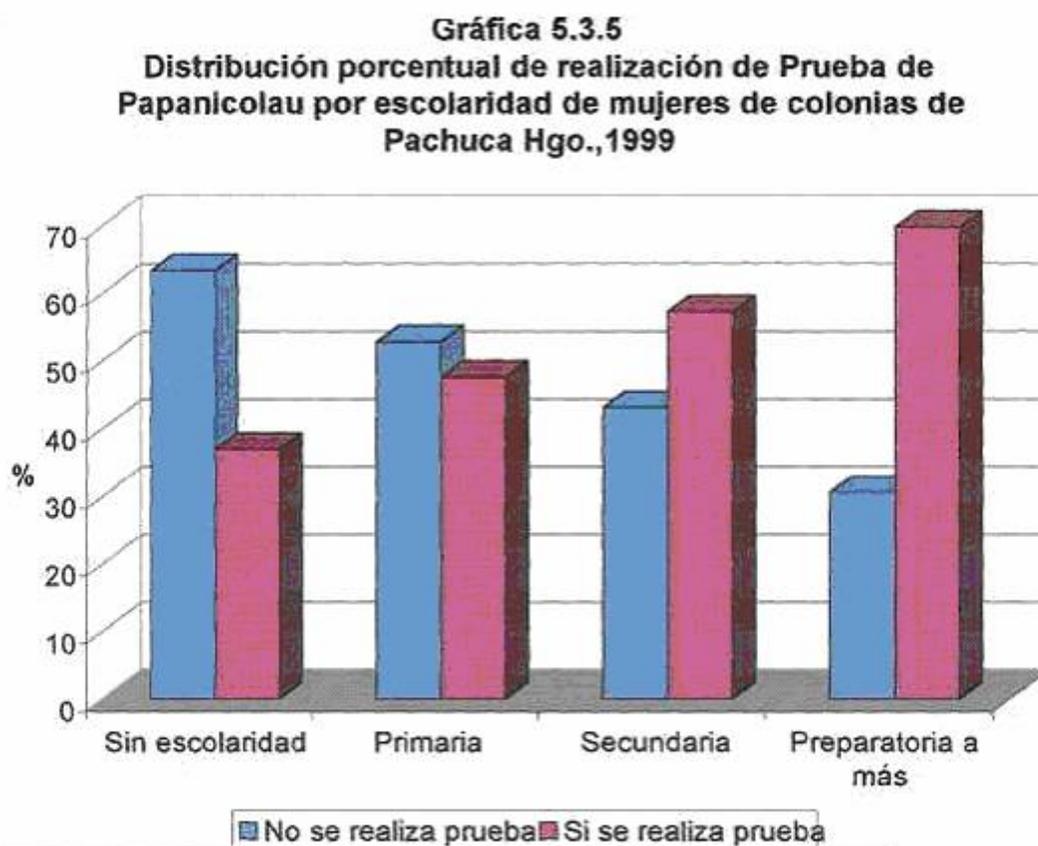
En relación a estado civil y realización de prueba de Papanicolau, se observa que en todos los grupos se presenta la realización de la prueba, pero especialmente son las mujeres, casadas, viudas o divorciadas, las que reportan el mayor porcentaje de detección (54.7%, 49.5%70.9%), a diferencia de las mujeres en unión libre o solteras, que se destacan porque prevalece la no realización de la prueba (62.7%, 62.9%). Gráfica 5.3.4



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

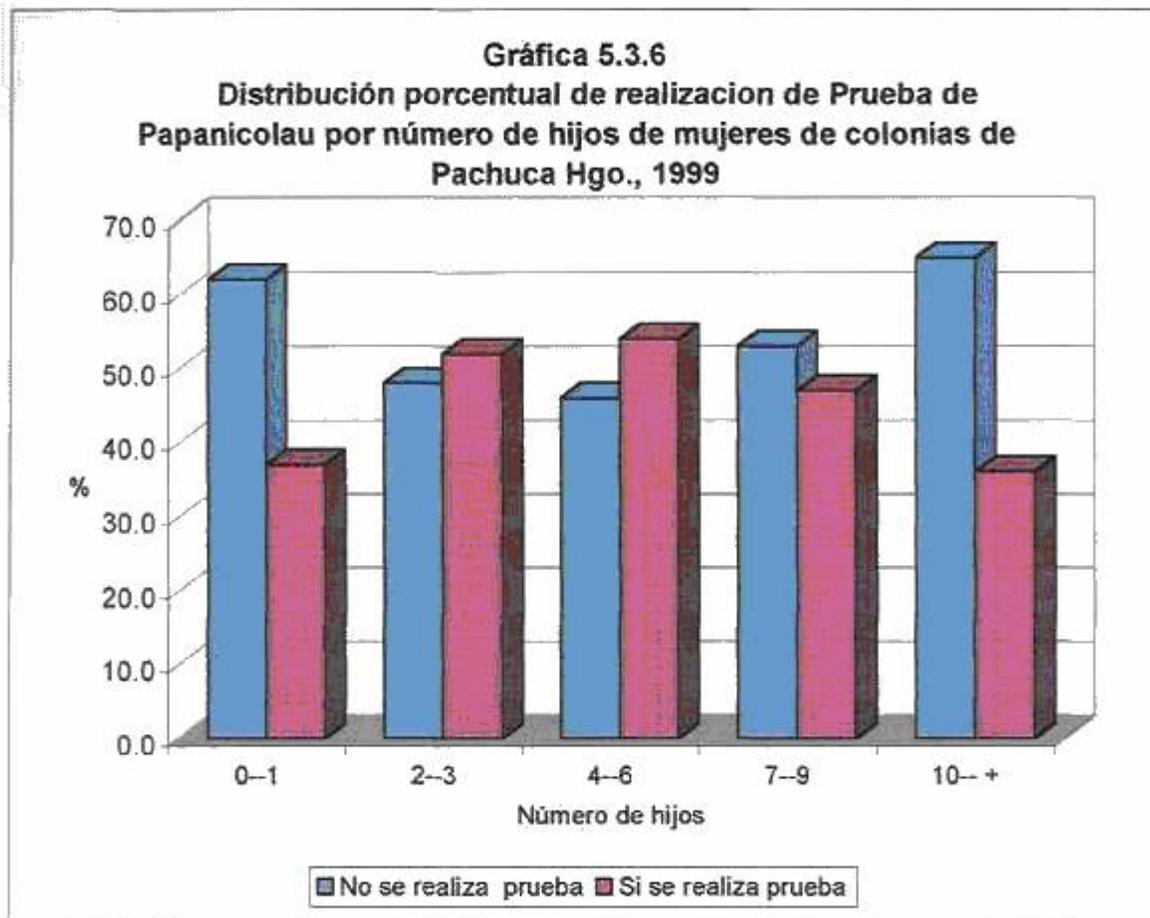
Analizando la información por escolaridad, las mujeres sin escolaridad, o con primaria, son las que reportan el mayor porcentaje de no realización de la prueba (63.2%,52.6%). Conforme se incrementa la escolaridad, se reporta un mayor porcentaje de realización de la prueba, como es el caso de las mujeres con estudios de preparatoria a más que presentan 69.5% de realización de la prueba.

Gráfica 5.3.5



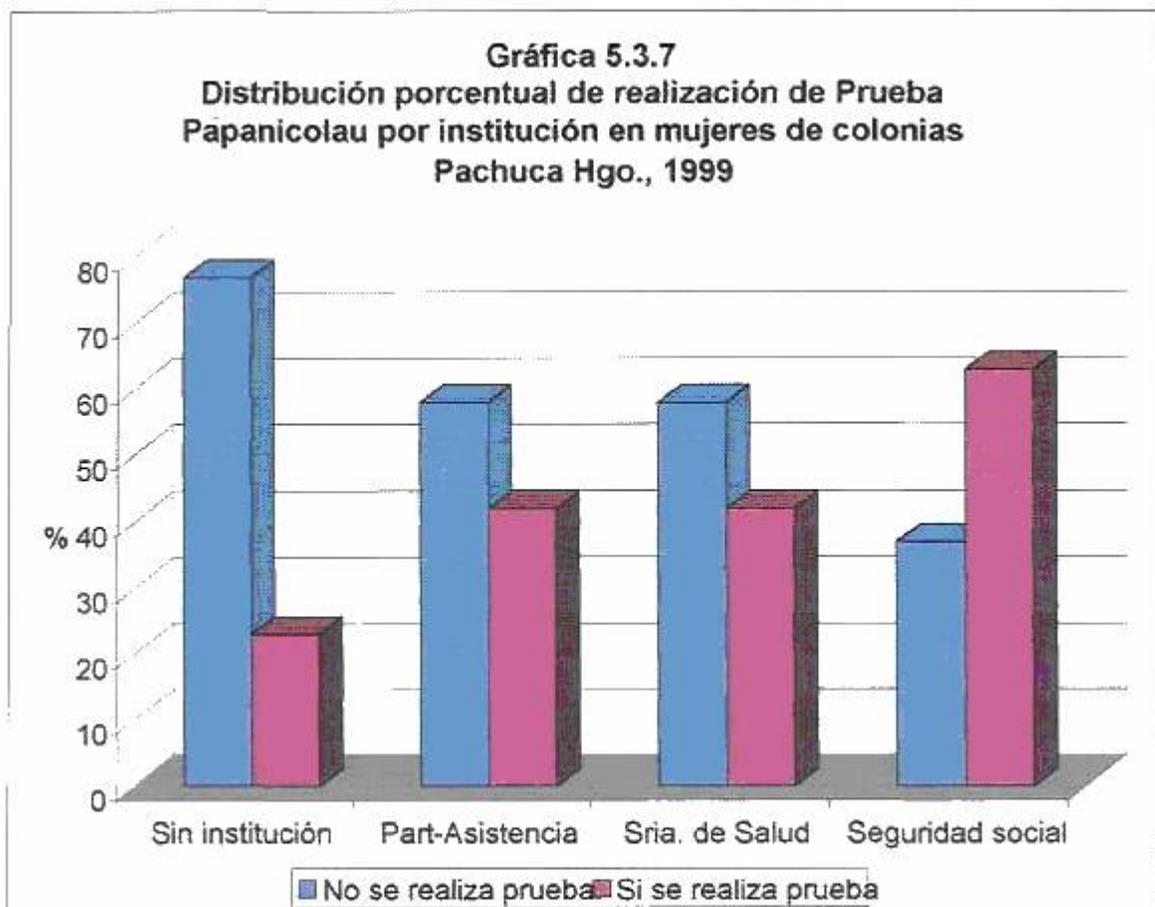
Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

La relación que existe entre el número de hijos de las mujeres y la realización de la Prueba de Papanicolau, muestra que las mujeres que refieren tener de 2 a 3 hijos y de 4 a 6 hijos, son quienes presentan el mayor porcentaje de detección (52%, 54%). Las mujeres de los grupos extremos, de 0-1 hijo, o de 10 a más hijos, son las que presentan el mayor porcentaje de no realización de la prueba (62%,65%). Gráfica 5.3.6



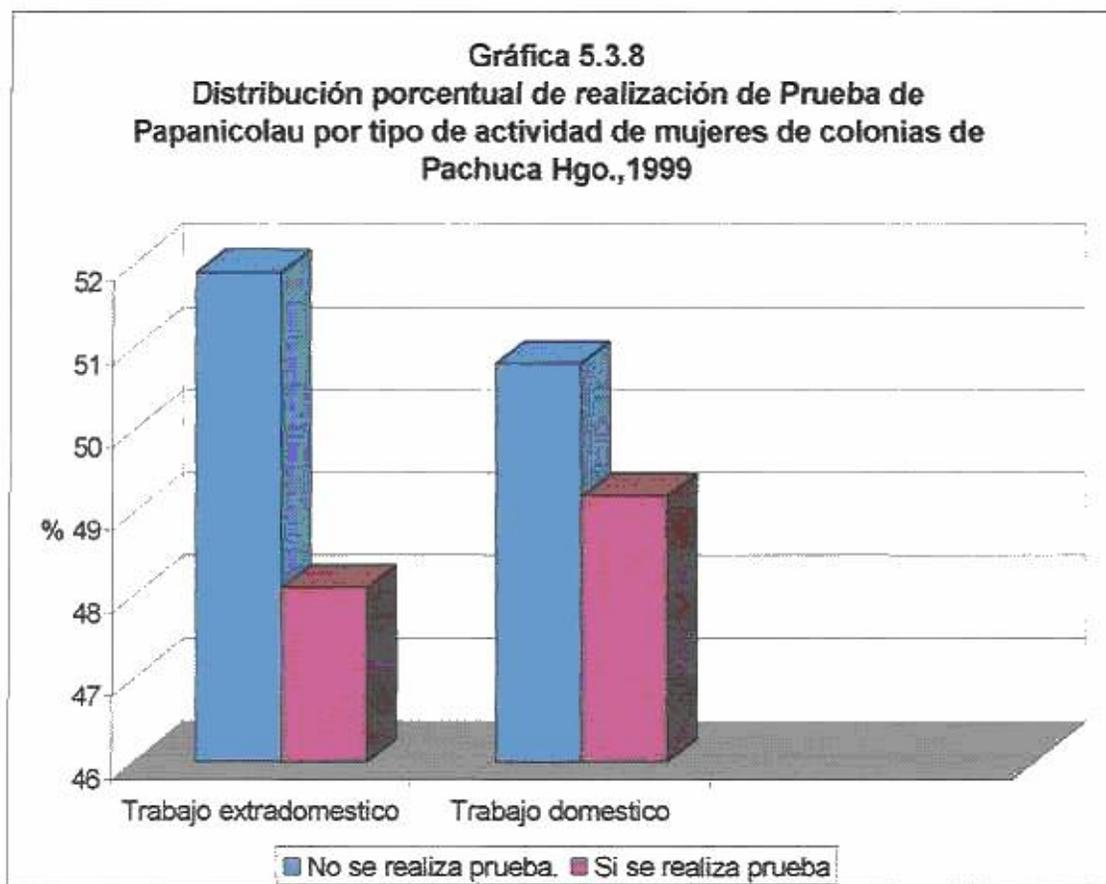
Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

Existe una relación directa entre la asistencia a las instituciones de servicios de salud y la realización de la prueba de Papanicolau: Las mujeres que no acuden a las instituciones son las que reportan el mayor porcentaje de no realización de la prueba (77%), a diferencia de las que acuden a las instituciones, en las que destaca especialmente las que cuentan con seguridad social, grupo que presenta el mayor porcentaje de realización de la prueba de Papanicolau (66%). Gráfica5.3.7



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

Al asociar la actividad de las mujeres y la realización de la Prueba de Papanicolau, se nota que no existe una marcada diferencia entre las que realizan trabajo doméstico y trabajo extradoméstico. En ambos grupos, menos del 52 % de las mujeres se realizan la detección, y en ambos grupos prevalece la no realización de la prueba de Papanicolau (48.06% y 49.13%). Gráfica 5.3.8



CAPITULO VI Discusión de resultados

6.1 Metodología anticonceptiva y principales características socioeconómicas que determinan su uso

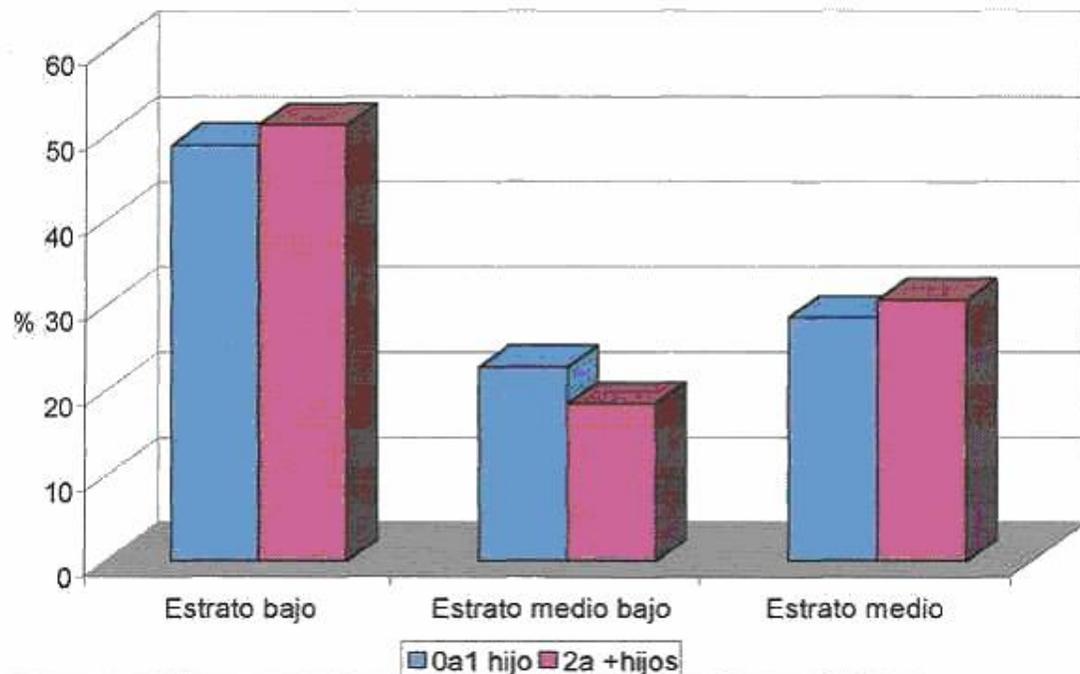
Las principales características socioeconómicas que se han asociado, en este trabajo, con la frecuencia en el uso de métodos anticonceptivos son: Estrato de colonia, edad, número de hijos, estado civil y escolaridad.

Cuadro 6.1. -Características socioeconómicas y uso de Métodos anticonceptivos en mujeres de colonias Pachuca Hgo., 1999

	Mayor uso de Anticonceptivos	Menor uso de Anticonceptivos
Colonia	Estrato medio bajo (58.4%) de uso	Estrato bajo (55.14%) de no uso
Número de Hijos	Estrato medio (62.6%) de uso Mujeres que tienen de 2 a 6 hijos (63.7%) de uso	Mujeres que tienen 0-1 hijos (53.4%) de uso
Estado civil	Mujeres en unión libre (59%) de uso Mujeres casadas (65.5%) de uso	Mujeres que tienen mas de 7 hijos, tienen un (69.8%) de no uso Solteras (65.5%) de no uso Viudas(82.6%) de no uso Divorciadas (64.9) de no uso
Escolaridad	Mujeres con primaria 59.2% de uso Mujeres con secundaria 63.85% de uso Mujeres con preparatoria 65% de uso	Sin estudios (55.6%) de no uso
Atención	Sria. Salud (56.12) de uso ISSSTE, IMSS (63%) de uso Particular Asistencia social (51%) de uso	No acuden a instituciones de salud (55.6%)

En la utilización de anticonceptivos, se encontró que las mujeres de colonias de estrato bajo, presentan el menor porcentaje, al comparar estos datos con el número de hijos de las mujeres según el estrato de las colonias, se observa que en los estratos medio bajo y medio es menor el porcentaje de mujeres con dos hijos o más (18.3% y 30.5% respectivamente). Gráfica 6.1.1

Gráfica 6.1.1
Distribución porcentual de número de hijos por estrato de colonia de mujeres de Pachuca Hgo., 1999



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de Barrios y colonias de Pachuca Hidalgo 1999

Se ha mencionado que en términos demográficos la población clasificada como pobre, se caracteriza por altos niveles de fecundidad. (Boltvinick, 1996:18,19.)

Esta observación coincide con estudios que señalan que las diferencias de fecundidad del Estado de Nuevo León se asocian a condiciones socioeconómicas.

Hay menor fecundidad para el área metropolitana del Estado de Nuevo León ; a diferencia de la región sur del Estado, donde las condiciones socioeconómicas son menos favorables, y se presentan de mayor fecundidad asociada a bajo uso de anticonceptivos.(Madrigal, 1989:124,125)

El número de hijos fue determinante en el mayor o menor uso de anticonceptivos, de esta forma encontramos que las que no han tenido hijos o las que tenían al menos uno, al igual que las que han tenido mas de 7 hijos son las que menos utilizan anticonceptivos; a diferencia de las de 2 a 6 hijos que presentan mayor uso de anticonceptivos.

Se considera que la baja frecuencia de uso de anticonceptivos en mujeres jóvenes es debido a que a la fecha, los programas de planificación familiar no han logrado que los métodos sean utilizados para retrasar el primer embarazo o espaciar los subsecuentes, sino que son utilizados para concluir el periodo reproductivo. (Nazar,1999:13)

La edad es un factor que igualmente se asocia al uso de anticonceptivos; cifras de CONAPO para Hidalgo en el 2000, reportan baja prevalencia anticonceptiva en mujeres que inician su vida reproductiva, (una de cada tres mujeres menores de

20 años presenta 34.3% de uso y en cambio en mujeres de 20 a 45 años aumenta a un 68%)(CONAPO 2000h op. cit).

Coincidiendo lo anterior con los datos reportados para mujeres de 13-25 años, que ocuparon los primeros lugares de no uso de anticonceptivos, seguidas por las de 46 años.

El que mujeres del grupo de edad de a13 a 25 anos, presenten un bajo porcentaje de uso de anticonceptivos, se ha documentado en estudios que indican que las relaciones sexuales en la población se inician a edades tempranas y en su mayoría sin protección anticonceptiva.(Mendoza *et al*, 1992:34).

Otros estudios refieren en 1975, que el 35% de la fecundidad del país pertenecía a madres de 15 a 24 años, aumentando esta proporción a 37.2% en 1979, indicativo esto de que el control de la fecundidad ha sido mayor en mujeres de más edad.(Monroy *et al* 1985).

Las mujeres casadas, y en unión libre ocuparon los primeros lugares de uso de anticonceptivos. En este aspecto CONAPO, en 1992, refiere que en Hidalgo el 60.2% de las casadas (o 60.2% en unión libre) habían utilizado algún método, cifra que ascendió a 63.2 % en 1997 y estimó un incremento de 66.3% para el 2000.(CONAPO,2000m op. cit.,)

También se ha señalado que la anticoncepción en parejas conyugales, es la que principalmente ha propiciado y mantenido la baja en la fecundidad, en el país.

(Welti,1998:4,5).

Este resultado de estado civil y uso de anticonceptivos corresponde a las políticas de uso de metodología del país, en las que la principal población objetivo han sido las mujeres que viven en pareja. Al respecto en este trabajo se encontró que el menor uso de anticonceptivos se presenta en mujeres que no viven en pareja (solteras, viudas y divorciadas).

Estudios que se han relacionado a la condición de género y uso de anticonceptivos en mujeres solteras, han encontrado que estas, proponer el uso de métodos anticonceptivos representa una conducta no procreativa que asume la posibilidad femenina de experimentar deseos y placer sexual, y que puede exponerla al rechazo social de la pareja. (Szasz ,1995:15)

En el uso de anticonceptivos la escolaridad tiene un papel determinante, al asociar escolaridad con anticoncepción, se observa que son las mujeres sin estudios quienes ocuparon el primer lugar de no uso de metodología anticonceptiva, presentando un mayor empleo en niveles mas altos de escolaridad, de la población estudiada.

Esta relación de escolaridad y uso de anticonceptivos ha sido estudiada y hay resultados para el estado de Hidalgo que refieren que aun cuando la difusión de la

planificación familiar se encuentra bastante generalizada, aun se observa un menor nivel de conocimiento entre las mujeres sin escolaridad, en contraste entre las mujeres que tienen un nivel de escolaridad de secundaria más.(CONAPO 2000 h op. cit.,). Se ha descrito en estudio realizado en Universidades privadas de Pachuca, que los estudiantes a edades mas tempranas están utilizando mas métodos anticonceptivos en relación a jóvenes de edades mayores.(Juárez; 2002)

En el uso de anticonceptivos y servicios de salud, hallamos que mujeres que no cuentan con servicios de salud, ocupan el primer lugar de no uso de anticonceptivos a diferencia de las que acuden a la seguridad social que ocupan los primeros lugares de uso. Coincidiendo este resultado con los datos que refieren que mujeres en extrema pobreza tienen probabilidad (1:7) de nunca haber usado anticonceptivos, en comparación con mujeres no pobres. (ENADID, 1997 op cit.,)

El que mujeres que acuden a seguridad social ocupen los primeros lugares de uso de anticonceptivos, está acorde a la puesta en marcha del programa oficial de planificación familiar en el país; que permitió años atrás, que instituciones de salud (urbana y rural) adquirieran dotaciones para suministro de métodos de planificación familiar y que, en 1997, poco más de siete de cada diez usuarias obtuviera el método en algunas de las instituciones del sector publico

En Hidalgo el I.M.S.S., Secretaria de Salud e I.S.S.S.T.E, concentran los mayores porcentajes de usuarias de anticonceptivos modernos y ganaron terreno como

fuentes de obtención de anticonceptivos, al pasar de 73.3 % en 1992 a 76% en 1997.

El segundo y tercer lugar de uso de anticonceptivos, lo ocupan mujeres que acuden a secretaria de salud, particular y asistencia respectivamente, coincidiendo este dato con lo reportado para Hidalgo en 1997 en que la preferencia de obtener anticonceptivos por las mujeres, en orden de frecuencia, fue; Secretaria de Salud, I.M.S.S, I.S.S.S.T.E, Instituciones Privadas y de asistencia social.(ENADID 1997 op.cit.,)

Asimismo el sector privado en las últimas décadas, redujo ligeramente su participación al pasar de 26.7% a 24%.

Para referirnos a los principales métodos utilizados por las mujeres de este estudio, es necesario considerar cual ha sido la distribución porcentual nacional y estatal de mujeres de 15 a 49 años de edad usuarias de métodos anticonceptivos, según método 1997 Cuadro 6.2.

En las últimas décadas los principales métodos utilizados en el ámbito nacional y estatal. Y es la OTB que desde 1997, ha ocupado el primer lugar de uso, seguido por dispositivo intrauterino DIU, pastillas e inyectables, condón y vasectomía, relación que concuerda con los resultados de este estudio trabajo, en que el método más utilizado fue la OTB, seguida por el DIU, pastillas e inyectables y métodos de barrera.

Esta relación, considerando que desde 1997 la pastilla continua reduciendo su uso (solo una de cada diez usuarias recurrió a este método). Su empleo se redujo entre 1992 y 1997, en tanto que el DIU aumento su participación.

Cuadro 6.2

Distribución porcentual nacional y municipal de mujeres en edad fértil unidas, usuarias de métodos anticonceptivos, según método 1997

	Nacional	Hidalgo
	1997	1997
OTB	44.7%	47.9%
DIU	20.8%	24.4%
PASTILLAS-INYECTABLES	14.6%	10.7%
CONDÓN	5.5%	3.4%
VASECTOMIA	1.8%	1.5%
OTROS*	14.7%	11.8%

Fuente: INEGI Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997

*Retiro, lactancia, lavados vaginales, tes, norplant, espermaticidas

El alto porcentaje que presentan la OTB y el DIU, como métodos más utilizados desde décadas pasadas, coincide con los resultados de este trabajo. Cuadro 6.2 Lo anterior tiene sus bases a principios de la década de los ochenta, cuando los programas institucionales de planificación familiar iniciaron cambios en su operación y utilizaron los programas post-evento quirúrgico, aprovechando que la

atención obstétrica es la principal causa de utilización de los servicios de salud por las mujeres en edad reproductiva

Mención especial es el empleo de: condón, vasectomía, ampolletas y pastillas, su mayor uso se incrementa conforme aumenta la escolaridad de las mujeres. Concordando con la referencia que existe respecto a que los anticonceptivos orales que requieren participación activa de la mujer en su propio cuidado, son comunes en mujeres con escolaridad superior a la primaria. (Lozano 1997 ef a/:6,8)

En la práctica anticonceptiva se percibe en este estudio que la mayoría de los métodos, están dirigidos al cuerpo de la mujer. Y que con relación a los hombres, solo 3.9% de las mismas refirió que su pareja utiliza condón y .8% se ha realizado la vasectomía en comparación a 55.9% de mujeres que han sido esterilizada (OTB) o 30.5 % que utiliza dispositivo intrauterino (DIU). Lo anterior se fundamenta, en el inicio de los programas de planificación familiar, los cuales se orientaron más a la mujer. Y es hasta los años noventa en que se promueve la esterilización masculina.

Se reporta también que por cada 10 mujeres (que viven en pareja) que practican la anticoncepción, ocho se encuentran protegidas por métodos femeninos y solo dos por métodos que requieren la participación directa del varón. (Castro, 1995:38,39)

En el análisis de la prestación de servicios de planificación familiar con relación a la esterilización femenina y la Vasectomía se ha encontrado una serie de contradicciones existentes para brindar los métodos a la población. Principalmente, debido a que en el uso de anticonceptivos en mujeres se consideran únicamente factores biológicos o antecedente obstétricos, mientras que la vasectomía se contraíndica en sujetos cuya decisión sea dudosa, inmaduros o psicológicamente con temor a la posibilidad de efectos de la operación en su salud o posible pérdida en la virilidad. (Figuroa *et al*, 1994:34)

6.2 Prueba de Papanicolau y principales características socioeconómicas que determinan su uso

La detección temprana de cáncer cervicouterino sigue siendo un reto para los sistemas oficiales de salud. Uno de los problemas, es que no se ha difundido ampliamente la información para que las mujeres acudan a realizarse la prueba de Papanicolau.

En las mujeres estudiadas prevaleció la no realización de prueba de cáncer (51%) Los factores que se asociaron a esta práctica, como puede observarse en el cuadro 6.2.1, fueron: colonia, edad, número de hijos, estado civil, escolaridad, atención médica.

Cuadro 6.2.1 Características socioeconómicas y Prueba de Papanicolau en Mujeres de Colonias de Pachuca Hidalgo 1999.

	Mayor porcentaje de realización de prueba de Papanicolau	Menor porcentaje de realización de las mujeres se realizan la prueba
Colonia	Estrato medio 61% de las mujeres se realizan la prueba Estrato medio bajo 50.3% de las mujeres se realizan la prueba	Estrato bajo, menos del 50% de las mujeres se realizan la prueba
Edad	26 años a más, 50% de las mujeres de se realizan la prueba	Mujeres de 13-25, más del 50%, no se realizan la prueba
Estado Civil	Mujeres Casadas, viudas, divorciadas mas del 50% se realizan la prueba	Mujeres en unión libre y solteras mas del 60% no se realizan la prueba
Escolaridad	Mujeres con estudios de Secundaria o preparatoria mas del 50% de las se realizan la prueba	Mujeres sin escolaridad o con estudios de primaria, mas del 50% se realizan la prueba
Numero de hijos	50% de las mujeres que tienen de 2 a 6 hijos, se realizan la prueba	60% de la mujeres que tienen 1 hijo o más de 7 hijos, no se realizan la prueba
Atención Médica	Mujeres que acuden a la seguridad Social 66% se realizan la prueba	Mujeres (que no acuden a servicios de salud o que acuden a servicios; particulares, asistencia social) mas del 50% no se realizan la prueba.

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de colonias de Pachuca Hidalgo 1999

En colonias de estrato bajo, se detectó mayor frecuencia de mujeres que no se realizan la prueba, incrementado la detección al elevarse el estrato de la colonia.

La relación entre no realización de prueba y estrato de colonias representa, a pequeña escala, la situación de algunos países de América Latina que tienden a mostrar grandes diferencias en la incidencia y mortalidad relacionada con el cáncer de útero. Es difícil documentar la carga que representa este cáncer en lugares o poblaciones de menor desarrollo.

En México se ha documentado que, debido parcialmente a la calidad de los datos y también a la falta de acceso a los servicios de salud, no solo se impide que las mujeres se efectúen el diagnóstico, sino de recibir tratamiento adecuado. En cambio en poblaciones que poseen mayor nivel socioeconómico se puede tener mejor acceso a los servicios de salud. Esta situación empeora debido a que la incidencia de cáncer de cuello uterino tiende a ser mayor en mujeres de baja posición socioeconómica. (Robles *et al*, 1996: 473,474)

En el país el desconocimiento de la función del Papanicolau, la carencia de servicios de salud, el analfabetismo y el nivel socioeconómico se asocian con la realización o no de la detección de Papanicolau.(Madrigal, 1989, op. cit.,)

Estudios epidemiológicos, muestran que la edad,es un factor que se asocia a la realización de la prueba de Papanicolau. Al respecto en este trabajo, las mujeres

de 26 años a más, presentaron mayor prevalencia de realización de la prueba y en las de 13 a 25 años prevalece la no realización de la misma.

También se ha referido, que las más jóvenes son las que menos familiarizadas están con la función de la prueba de Papanicolau y se ha estimado que las de 15 a 19 años de edad, presentan 15 veces menor posibilidad de estar familiarizadas con la función de la prueba.(Najera *et al*, 1996:536,539)

Observamos asimismo, que mujeres que tenían de 2 a 6 hijos, presentaron mayor frecuencia de realización de la prueba. A diferencia de las de 0 a 1 y de siete hijos a más, en quienes predominó la no detección.

Estas cifras coinciden con el uso de anticonceptivos; las que no utilizan métodos presentan menor porcentaje de realización de prueba, a diferencia de las que si utilizan anticonceptivos, en las que es mayor el porcentaje de realización de prueba de Papanicolau.

Los datos anteriores, coinciden con investigaciones que refieren que en la mayor parte de los países de América latina y el Caribe, incluido México, las iniciativas dirigidas a crear programas de tamizaje de cáncer cervicouterino, se han vinculado con los programas de planificación familiar y de atención prenatal, y que las mujeres que buscan estos servicios, son jóvenes en edad reproductiva, quienes por lo general tienen menor riesgo de contraer cáncer de cuello de útero, en comparación a las mujeres mayores. (CELADE, 2000 d)

Se considera que la mayor parte de los beneficios, se obtienen cuando las pruebas de detección se practican en mujeres de 35 años a más, sin embargo es ésa edad, en que las mujeres suelen abandonar los programas de detección oportuna, porque salen del periodo en que acuden a los servicios médicos a solicitarla atención del programa materno infantil.(Miller, 1996:590)

Al relacionar estado civil y realización de prueba, encontramos que en las mujeres casadas y divorciadas, prevalece la realización de prueba, pero especialmente en el grupo de divorciadas. Mujeres en unión libre, solteras y viudas presentan mayor porcentaje de no realización de la prueba, a pesar de que estas últimas no poseen una pareja permanente se considera que presentan factores de riesgo por la probable mayor multipahdad parejas sexuales.

En los años ochenta, los programas de detección y tratamiento de afecciones preinvasoras en el Brasil, cubrían a solo 2% de las mujeres en riesgo, por añadidura las mujeres de muchos países, no suele acudir a los servicios médicos hasta que la enfermedad ha llegado a un estadio avanzado, en el que el tratamiento es caro y las posibilidad de éxito es escasa. (Bishop, 1996:567,568).

Se comenta que es alarmante, el hecho de que mujeres mayores de 45 años fueran las que menos poseían información de buena calidad, y que al entrar a la menopausia, las mujeres empiezan a abandonar las visitas ginecológicas y a perder el tamizaje asociado con los programas de planificación familiar. (Corral, 1996:511,513).

En mujeres analfabetas y con estudios de primaria, es común la no realización de la prueba; en las mujeres con estudios de secundaria y preparatoria prevalece la realización de la prueba.

Investigaciones refieren, que la incidencia de cáncer es casi el doble entre las mujeres que tenían educación primaria o no tenían instrucción, que en las que tenían instrucción secundaria o superior, otro factor que indica estar asociado con la práctica de Papanicolau fue haber completado la escuela primaria.(Klimovsky, 1996:502).

Se ha descrito, que las tasas de incidencia de cáncer cervicouterino por edad según escolaridad, tienen una curva muy parecida y son mas altas en las mujeres que carecen de instrucción o tienen solamente educación primaria y que el analfabetismo o la baja escolaridad impiden que la mujer tenga conocimiento de la neoplasia, es decir, desconoce la necesidad de hacerse una prueba de Papanicolau o la existencia misma de la prueba; tienen dificultad para vencer los tabúes relacionados con el examen ginecológico; no comprenden la necesidad de una higiene genital adecuada; no conoce o carece de acceso a los servicios de salud. (Corral,1996, op. cit.,)

Las mujeres de barrios y colonias de Pachuca, que presentaron mayor frecuencia de no realización de la prueba de Papanicolau, fueron las que no tienen acceso a instituciones del sector salud y las de asistencia, a diferencia de las mujeres que

acuden a la seguridad social (IMSS e ISSSTE) en las que es frecuente la realización de la prueba.

Los datos obtenidos en investigaciones, acerca de la utilización de los servicios de salud y su relación con factores sociales culturales y económicos (relación que se traduce en desconocimiento de la existencia de programas de detección y prevención oportuna del cáncer cervicouterino), indican que debido a la baja disponibilidad de los mismos para todos los sectores de la población limita su utilización por dicha población. (López, 1997:15,24)

Finalmente encontramos, que si bien 27% de las mujeres refirieron tener acceso a empleo remunerado; tanto en mujeres que realizan trabajo doméstico, el porcentaje de no uso de anticonceptivos es 40 % y la realización de prueba de Papanicolau de un 50 % de no realización, en ambos grupos, por lo que el empleo remunerado no fue un factor que influya en el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres de este estudio.

VII Conclusiones

1- La información procesada permitió determinar que de las características socioeconómicas estudiadas son seis las que influyen en las prácticas de cuidado en salud sexual y reproductiva de mujeres de las colonias de Pachuca Hidalgo, y éstas son:

- Colonia
- Atención medica
- Escolaridad
- Edad
- Número de hijos
- Estado civil

2.- El lugar donde se habita, el acceso a servicios de salud y el nivel de escolaridad son determinantes socioeconómicos en las prácticas de cuidado en salud reproductiva de las mujeres, aquellas mujeres que se encuentran en niveles inferiores de estas variables las ubican en un espacio de inequidad en el cuidado de su salud con relación a otras en mejores condiciones.

3.- Se encontró una cobertura desigual entre mujeres de los diferentes estratos socioeconómicos, siendo las de menor escolaridad pertenecientes a colonias de estrato bajo y sin acceso a seguridad social o servicio médico, las que presentan menor uso de metodología anticonceptiva y de detección de cáncer cervicouterino.

menor uso de metodología anticonceptiva y de detección de cáncer cervicouterino. Si consideramos que el acceso a los servicios de detección no es equitativo, a pesar de que el Papanicolau se puede solicitar en cualquier centro de salud. Se observa, que los beneficios de esta prueba se concentran en mujeres con mejores características socioeconómicas, que pueden acudir a los servicios de salud, y que cuentan frecuentemente, con un nivel escolar que les permite reconocer la detección temprana del cáncer como una necesidad, relacionando directamente esto con el nivel de escolaridad.

4.- En este trabajo se resalta que la educación formal, tiene una relación directa en el cuidado en salud reproductiva y de tal manera que la falta de educación por sí sola es un factor de riesgo de gran importancia en el cuidado de la salud reproductiva.

5.- Otra característica que se detectó también es el estado civil, el cual influye en las prácticas de cuidado en salud reproductiva. Así, las mujeres que viven en pareja y han tenido un compañero estable, se encuentran en una situación que probablemente les alerta y predispone a un mayor cuidado en su salud reproductiva y por tanto son éstas las que presentan mayor frecuencia de uso de anticonceptivos y realización de prueba de Papanicolau; a diferencia de las que no tienen pareja estable, en las que se halló, que en menor medida practican el cuidado de su salud reproductiva.

6- Por otro lado a pesar de que se ha desvinculado o tendido a desvincular el concepto de binomio madre - hijo, en el uso de metodología anticonceptiva y detección de prueba de cáncer cérvicouterino, se encontró que la edad y el número de hijos se relacionan estrechamente. Son las mujeres en edad reproductiva, con hijos en edad escolar las que presentaron, mayor uso de metodología anticonceptiva y detección de cáncer cérvicouterino. Quedando fuera las mujeres en alto riesgo de contraer cáncer de útero, es decir, mujeres de 35 a 64 años, que al entrar a la menopausia dejan de acudir a visitas ginecológicas, algunas de estas, relacionadas con los programas de planificación familiar.

7.- La edad y el número de hijos, determinan la baja prevalencia de uso de anticonceptivos, en mujeres jóvenes principalmente y que ocupan primeros lugares de no uso de anticonceptivos. La causa de esto, se basa probablemente a roles de género, donde la maternidad es vista por las mujeres como una forma de acrecentar su valor y como parte de su identidad. La motivación para regular la fecundidad involucra los ideales reproductivos y la valoración de los hijos y de la maternidad, la manera en que esta valoración para las mujeres compite con otras opciones en la vida de una mujer o de una pareja introduce cambios importantes en el comportamiento reproductivo.

Papanicolau. Esto tal vez se puede comprender en primer término por la división sexual del trabajo que asigna a las mujeres roles del cuidado frente a otros, ubicando en último lugar el cuidado de su salud, a pesar de tener acceso a empleo remunerado y seguridad social. El hecho de que el trabajo doméstico no sea remunerado en términos económicos a las mujeres, hace que estas no puedan acceder a la seguridad social y por ende a prácticas de cuidado en salud reproductiva, como aquellas que están en el trabajo formal.

9.- Los métodos más detectados en este trabajo fueron la OTB y el DIU; y en un porcentaje mínimo el uso de métodos de barrera sobre todo en los grupos de edad extrema.

10.-Se constata que en la política de población vigente, los programas de planificación familiar, siguen dirigidos a los cuerpos de las mujeres, y específicamente a las que viven en pareja, y también sigue sin tomarse en cuenta sobre todo en la promoción de métodos de barrera, a mujeres que no viven en pareja, o que han finalizado su edad reproductiva, quedando este grupo expuesto a mayor riesgo de embarazo, morbilidad materna y peri natal, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, cáncer cérvicouterino, principalmente.

11.-Si bien los servicios están abiertos a toda la población, y se supone que en el área urbana la cobertura es del 100%. Sin embargo por los datos encontrados se observa, que no se cuenta con una adecuada promoción para que mujeres que

presentan deficientes condiciones socioeconómicas y que se ubican en colonias de estrato medio bajo y bajo sean usuarias del programa de salud reproductiva. Probablemente una razón esta falta de promoción y por tanto baja cobertura de servicios de salud en mujeres de colonias de estrato bajo y medio bajo, que pertenecen a población abierta, sea la falta de presupuesto en salud, así como también una falta de impulso de los programas educativos al respecto. Sigue existiendo una falta de acceso a información con enfoque de género que se fundamente en los derechos sexuales y reproductivos, tanto en usuarias y prestadores de servicios medios de información, que orienten a provisión de anticonceptivos orientados no solo al espaciamiento del primer hijo y de los subsecuentes, sino a prevención de infecciones de transmisión sexual, detección de cáncer cérvicouterino, en grupos de riesgo como parte del cuidado integra en salud reproductiva de las mujeres

12.-Además esta promoción de los servicios no cuenta con visitas domiciliarias, en la promoción de los servicios de salud reproductiva, ni considera acciones orientadas a incorporar a mujeres jóvenes, a mujeres que no viven en pareja o a mujeres que han finalizado su edad reproductiva, para que acudan a los programas de salud reproductiva a solicitar servicios relacionados con el uso de anticonceptivos y detección de cáncer cérvicouterino.

13.-Se puede decir que las patologías derivadas de la salud reproductiva si bien están relacionadas a la baja capacidad de prevención y detección, en Pachuca a pesar de ser área urbana, las prácticas de cuidado en salud reproductiva de las mujeres de las colonias estudiadas, están determinadas por las características socioeconómicas ya antes mencionadas; Encontrando que las que cuentan con mayor nivel socioeconómico y mayor acceso a servicios de salud, cuentan con mayor oportunidades para el cuidado de su salud reproductiva.

14.- De las características socioeconómicas inicialmente planteadas en la hipótesis de este trabajo, (a excepción de la ocupación, la cual se refuta), las características estudiadas se confirma se encuentran asociadas a la menor ó mayor frecuencia de (uso de metodología anticonceptiva y la realización de la prueba de detección de cáncer cérvicouterino), como parte de las prácticas de cuidado en salud sexual y reproductiva de las mujeres del Municipio de Pachuca de Soto.

BIBLIOGRAFÍA

ADAMSON. P

- 1985** "Hacia la Medicina Preventiva y la Educación para la Salud"
OMS, UNICEF, MÉXICO.

BISHOP

- 1996** "Tratamiento de displasia cervicouterina en países en desarrollo Bol
Oficina Sanit Panam 121(6), pp 567,568).

BOLTVINICK, J.

- 1996** "Pobreza y comportamiento demográfico". EN Demos, N° 17, p 18-19.

BRONFMAN M. y GÓMEZ H.

- 1994** "La condición de la mujer y la salud infantil". EN La Condición de la
Mujer en el espacio de la Salud / J. G. Figueroa (coord). México :
Secretaria de Salud, Dirección General de Planificación Familiar.

CASTRO M. P.

- 1995** . "El varón y la practica anticonceptiva" Demos 38, México
p 38,39

CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE)

- 1998d** Población, Salud Reproductiva y Pobreza, Síntesis y Conclusiones
Aruba, 11 al 16 de mayo Documento

COMITÉ PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS EN MÉXICO.

- 1994** Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. México :
CIMACA.C.
- 1995** Calidad de la atención: aportes. México : Fundación Mac Arthur:
Family Care: UNICEF, Documento., p7
- 2000** Comité promotor por una maternidad sin Riesgos en México: México :
CIMACA.C

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (México)

- 2000 m** Cuadernos de salud reproductiva: República Mexicana. México : El Consejo
- 2000 h** Cuadernos de salud reproductiva: Hidalgo. México : El Consejo
- 2001 p** Programa Nacional de Población 2001-2006. México : El Consejo.

CORRAL F

- 1996** La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero en, Numero sobre cáncer de cuello de útero del Boletín de Oficina Panamericana., Año 75, Vol. 121 ,No 6 Diciembre.,,pp 511,513).

ELU CARMEN MA.

- 1999** "Una Nueva Mirada a la Mortalidad Materna en México"
Comité por una Mortalidad sin Riesgos en México 1er Edición p1

ESPINOSA, D. G.

- 2000** Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México.
México : Atajo, p. 7

FAMILY CARE INTERNATIONAL.

- 1995** Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos: de todos marco de acción. New York ., pp 17-18

FIGUEROAefa/.

- 1994** "Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos" México DF., Estudios Sociológicos Vol XII:34.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.

- 1995** El Derecho a elegir: derechos sexuales y reproductivos. New York : El Fondo, p. 4.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

2000 Estado de la Población Mundial 2000 Unidas New York p 21

FORO NACIONAL DE MUJERES Y POLÍTICAS DE POBLACIÓN ,A.C (México)

1999 "El programa de Acción de la CIPD de el Cairo a la Salud reproductiva" EN Retos y Obstáculos de la Salud Sexual y Reproductiva. México: El Foro, p. 2.

FOUCALT "La Historia de la Sexualidad , La Voluntad de Saber, Siglo XXI
1997 México, pp175.176

FREUD, S.

1999 "El Malestar en la Cultura". México : Alianza Editorial Mexicana. p21

FRENK JULIO et. al.

1991 "Elementos para una teoría de la transición en salud" Salud Publica de México ,pp 448-449

FRENK JULIO

2000 "La Salud de la Población hacia una nueva Salud Publica". Fondo de Cultura Económica 2da ed. pp25-28

GÓMEZ G. ELSA

1994 "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe viejos problemas y nuevos enfoques. Washington D.C.: O.P.S. p 13 Documento Serie Mujer y desarrollo 17

Guzmán J.M.

2001 El conocimiento en Salud Sexual y Reproductiva y la Educación
I Diagnóstico sobre Salud sexual y reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe UNFPA México DF
Enero p105,106

HIDALGO. SERVICIOS DE SALUD.

- 1995** Estadísticas mortalidad materna 1990-1995, Hidalgo. Documento
- 1998e** Estadísticas. México : La Secretaria. Documento
- 2002** Estadísticas. México: La Secretaría. Documento.

HIDALGO SERVICIOS DE SALUD. DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN.

- 2003** Departamento de Estadísticas. Documento.
- 2003d** Departamento de Estadísticas : defunciones por CaCu .

HUME, M

- 1997** La evolución de un código : la anticoncepción en la doctrina católica. 3º ed. México: Católicas por el Derecho a Decidir, p. 6.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (México).

- 1980** Censo de población y vivienda : 1980. México: El Instituto
- 1993** Cuaderno estadístico municipal, Pachuca de Soto Hidalgo: edición 1993. México : El Instituto.
- 1997** Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID): panorama sociodemográfico para Hidalgo. México : El Instituto.
- 1999** Estadísticas vitales: Hidalgo., México: El Instituto.
- 2000c** Censo de población y vivienda : 2000. México: El Instituto, p 23,24
- 2000m** Perfil sociodemográfico : XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México : El Instituto..
- 2000h** Perfil sociodemográfico: XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Hidalgo : El Instituto.

ISLAV

- 2002** El cáncer que no debe matar, Agenda Salud No 25, ISIS Internacional. Documento. , p1

JUÁREZ C. Prevalencia de uso de Anticonceptivos en adolescentes y adultos jóvenes de Universidades privadas de Pachuca Hgo. , Juárez C 2002, tesis (Licenciatura Médica Cirujana) - Escuela de Medicina U.A.H. p.97,98

MUÑOZ ISLAS, MARTHA.

1997 Mortalidad materna: niveles, tendencia y causas en el estado de Hidalgo 1990-1994. México : M. Muñoz Islas, 1997. Tesis (Maestría en Estudios Regionales de Población) -- Centro de Estudios de Población, U. A.H. p. 81

KLIMOVSKY Y MATOS

1995 Uso del papanicolau por una población Bonarense Bol Oficina Sanit Panamericana, 121(6)., 1996. :502).

LAGARDE MARCELA

1996 "Ser Mujer ¿un riesgo para la salud? En: Ser mujer ¿un riesgo para la salud?—Red de Mujeres A.C -México. Red de Mujeres A.C.,pp 15-16

LANGER, ANA

1996 "La calidad de la atención a la Salud Reproductiva un desafío a los servicios de salud". EN Aportes de la calidad de la Atención Comité por una Maternidad sin riesgos en México. México : The Population Council, p. 7.

LANGER A, Lozano R,

1993 "Niveles, Mortalidad Materna." EN: Demos, No 6, México p27

LAZCANO ef al.

1999 "Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el Estado de Morelos" EN Salud Pública de México, N° 4, p. 278-285.

LEE, ELISA T.

1999 Statistical Methods for survival data analysis, 2nd. edition, John Wiley and Sons, New York.

LEFAUCHER, NADINE.

2001 "Maternidad, familia y estado". EN: Historia de las mujeres: siglo XX. 2ª ed. España : Santularia, p. 448-489

LÓPEZ RÍOS

1997 "Defecto de los Servicios de Salud y de los Factores Socioeconómicos en las diferencias espaciales de la Mortalidad Mexicana .", Salud Publica México Vol39.,pp15-24

Lozano R eí *al.*

1997 Desigualdad, pobreza y salud en México. México: Consejo Consultivo Programa Solidaridad. Documento. ,pp. 6-8.

LOZANO RAFAEL

1998 "Relación entre pobreza y salud" Centro de Investigaciones para el Desarrollo Julio pp4-6

MADRIGAL H.R.

1989 "Algunos Aspectos de la Fecundidad en Nuevo León" en Memorias de la tercera reunión nacional sobre la Investigación demográfica en México: UNAM.t.1, pp124,125

MATTHEWS G., F.

2001 "El cuerpo, apariencia y sexualidad". EN Historia de las mujeres: siglo XX. 2ª ed. España: Santillana, t. 3, p. 96.

MENDOZA eí *al.*

1992 "Salud reproductiva en adolescentes" Demos 34., p34

NÉNDEZ E.

1990 Morir de Alcohol: Saber y hegemonía médica. México: Consejo para la Cultura y las Artes, pp 87-89

MÉXICO. PODER EJECUTIVO FEDERAL.

1995 Programa Nacional de Población 1995-2000. México : Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de Población 1995-2000, 2000:29

2001 México. Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Población - 2001-2006:2001:112)

2003 Perfil de Hombres y Mujeres en México Instituto Nacional de la Mujer México 2003 pp19,20

MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD.

- 1990** La Salud de la mujer cifras comentadas: La secretaria
- 1998** El derecho a la libre decisión; La planificación familiar en el contexto de la Salud Reproductiva: Dirección General de su Salud Reproductiva; pp15,16
- 2002** Programa de acción en salud reproductiva. México : La secretaria.

MILLER. B

- 1996** Comunicaciones desde el terreno Bol Oficina Sanit Panam 1212(6), ;590

MONRROY *ef al.*

- 1985** "Relaciones sexuales y uso de anticonceptivos en estudiantes del nivel medio superior del distrito federal" Centro de orientación de adolescentes, Ciudad de México, México

MUÑOZ ISLAS, MARTHA.

- 1997** Mortalidad materna: niveles, tendencia y causas en el estado de Hidalgo 1990-1994. México : M. Muñoz Islas, 1997. Tesis (Maestría en Estudios Regionales de Población) -- Centro de Estudios de Población, U. A.H. p. 81

NAJERA *eí al.*

- 1998** "Factores asociados con la familiaridad de las mujeres mexicanas con la función del papanicolau en cáncer de cuello de útero," Boletín de Oficina Panamericana. , Año 75, Vol. 121 ,No 6 Diciembre; 536,539

NACIONES UNIDAS

- 1998** "Programa de Acción adoptado en la C.I.P ,El Cairo 5 al 13 de septiembre de 1994 Nueva York: Naciones Unidas.,pp 39-40
- 1995** "Situación de la Mujer en el Mundo tendencias y estadísticas" Nueva York: Naciones Unidas., pp 95-99
- 2001** National Population Policies, Population División of the United Nations Secretariat, Nueva York: Naciones Unidas, p p260,261

NAZARB

2001 A Efecto de las prácticas anticonceptivas sobre la fecundidad en la región fronteriza Chiapas-México Salud Pública de México Vol. 38 **No1,p13**

NÚÑEZ, L, Y. Palma

1990 "El aborto en México". EN Demos, N° 31, p. 31-32.

OLIVERA DE O, B. García.

1990 "Trabajo, fecundidad y condición femenina en México" EN Estudios demográficos y urbanos. México : El Colegio de México, p. 19

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

1999 Panorama de la situación de la salud en las América, Programa Mujer Salud y Desarrollo; Documento técnico, O.P.S: OMS. Washington D.C, p2

2001 "Cáncer de cuello de útero; creciente amenaza en las Américas". Hoja Informativa OPS/OMS, ; Documento técnico , Washington D.C , **pp1,2**

2002 Campaña Mundial de Lucha contra el SIDA 2002. OPS:OMS, Documento., pp1,2

1998 Salud, el derecho a una vida sana: Plataforma de la IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer Beijing. OPS: OMS, p. 13

PAZG.L

1999 "Educación y Fecundidad en México y Colombia" Documento 155 presentado en el Seminario General de la Red de Estudios de Población ALFAPOO . ,pp 8-9

PÉREZ, R El Concepto de la Enfermedad, su evolución através de **1998** de la historia Tomo II, FCE México , pp18, 19

POTTER J

1998 "Utilización de los servicios de Salud Materna en el México Rural".
Salud Publica de México No 30. , pp307-309

REUNIÓN LATINOAMERICANA "MUJER, SALUD Y DESARROLLO"

1988 EN : Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol 104
No 6, ., p25

ROBLES et, al.

1996 La mortalidad por Cáncer Cérvicouterino en las Américas Bol. Oficina
Panamericana 121(6), pp. 473, 474

RODRÍGUEZ GABRIELA

1996 "Educación para la sexualidad y la salud reproductiva " en Mujer
Sexualidad y Salud reproductiva en México. México:The Population
Council , EDAMEX pp 360-361

ROJAS,R

1991 Capitalismo .Salud y Enfermedad, México; Folios Ediciones
1er edición , pp 28-29

RUBIO AURIOLES, EUSEBIO.

1994 "Introducción al estudio de la sexualidad humana". EN: Antología de la
sexualidad humana. México : M. A. Porrúa : CONAPO, t. I, p. 17.

RUBIO I Y ANDRE G

1999 "Familia y Pobreza: Feminización de la pobreza", trabajo presen-
tado en la 3er Conferencia Conmemorativa de Trabajo Social
Latinoamericano Concepción Chile: Documento; pp.3,4

SANGER, M

1990 La regulación de la fecundidad, Mérida Yucatán México ,
CONAPO Documento

TUIRÁN, R.

1997 Transición demográfica, curso de vida y pobreza en México. México :
CONAPO. Documento, p. 18-20.

TUIRAN,R

1999 Sociedad disciplinaria resistencia y anticoncepción EN Planificación
Familiar en México D.G.P.F. S.S.A. México Documento

URBINA, M.

1989 "Fecundidad y salud en México" EN Salud pública de México No. 31, p. 168-176.

VARGAS *et al.*

1998 "Magnitud del cáncer cérvicouterino en México" EN Gaceta Médica Mexicana, v. 134, N° 3, p. 336-337.

VÁZQUEZ CERMEÑO, Gabriela.

1995 "La fecundidad en el Estado de Hidalgo 1995-2010" EN Hidalgo, población y sociedad al siglo XXI / Pablo Vargas González (coord.) México : Centro de Estudios de Población, Universidad Autónoma de Hidalgo, p. 94-95.

WELTI CARLOS

1998 " Un descenso más lento" Demos 4, México . pp 4,5

Szasz I

1998 "Reflexiones sobre la salud reproductiva de la mujer en el México de hoy" En Rev. Este país Enero 1995: 15

ANEXOS



Cuestionario Diagnóstico en Salud Reproductiva en Mujeres de Barrios y Colonias de Pachuca Hidalgo.

Pachuca Hgo a ____ de _____ de 1999

Colonia _____

Nombre de la representante de área _____

DATOS A PREGUNTAR A LA VECINA

Nombre _____

Dirección _____

Edad _____ Número de hijos _____ Edo civil _____

Grado de Escolaridad _____ de _____

Ocupación _____

Marque con una cruz su respuesta

¿Utiliza o ha utilizado algún método de planificación familiar? Si () No ()

a) Pastillas b) Condón d) Dispositivo (DIU) c) Diafragma

e) Operación femenina (OTB) f) Ampolletas e) Vasectomía

Otro _____

¿Se ha realizado alguna vez prueba de detección de cáncer cérvico uterino (Prueba de Papanicolaou)?

Si () No ()

¿A dónde acude a solicitar servicios médicos?

a) IMSS b) ISSSTE c) Hospital General d) Centro de salud

e) Ninguno

Otros _____

Prácticas de Cuidado en Salud Reproductiva de mujeres de colonias de Pachuca Hgo., 1999

