

Prevención de la salud reproductiva y construcción social del riesgo: eslabones entre las prácticas individuales y las acciones públicas

<salud reproductiva><programas de salud reproductiva><mujer>

Elsa López y Liliana Findling

elmlopez@mail.retina.ar - findling@mail.retina.ar

Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales –
Universidad de Buenos Aires

Introducción

Los temas que guiaron esta investigación se relacionan con la elevada tasa de mortalidad materna que prevalece en la Argentina y con las insuficientes prácticas preventivas del cáncer de cuello uterino y de mama, que parecen indicar que cuando se finaliza el período reproductivo se pierde el contacto entre mujeres y servicios de salud.

En la lucha contra el cáncer se ha destacado el papel de la prevención y el diagnóstico temprano, que se refuerza en los tumores del cuello del útero y mamario. A pesar de ello, la frecuencia de estas enfermedades continúa siendo importante: el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres en la Argentina y en 14 de sus provincias y el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar en otras 8 provincias. Se estima que más de 5000 mujeres fallecen anualmente por causa de estas patologías (Ministerio de Salud, 2000).

Existe una asociación positiva entre el nivel de las tasas de mortalidad por cáncer de mama y las provincias de mayor desarrollo socioeconómico (Matos y otros, 1995). En el cáncer del cuello del útero, las mujeres más afectadas son las de los estratos socioeconómicos más bajos, que están más desprotegidas en el acceso a los servicios de salud. El factor con mayores efectos protectores contra esa enfermedad es la prevención secundaria a través de la citología vaginal.

Estudios realizados en la Argentina muestran profundas limitaciones en los servicios de salud en cuanto a su capacidad de transmisión de los conocimientos adecuados sobre los exámenes citológicos y la importancia de la participación de las mujeres en el seguimiento de las pruebas positivas. Ramos y Pantelides (1990) señalan que un largo tiempo de espera (3 horas o más) en los Hospitales tiene un efecto negativo sobre la revisita posterior a los servicios de salud.

La mortalidad por cáncer génito-mamario no ha disminuido en la Argentina a pesar de las prácticas preventivas. Un dato de utilidad para la planificación de estrategias de prevención es conocer el uso que las mujeres hacen de esas prácticas, porque éstos son algunos de los escollos que se deben superar para lograr la detección temprana. El conocimiento de los planes y programas y el

análisis de campañas relacionadas con la prevención permitirá también evitar la superposición de acciones y diseñar políticas en las cuales las necesidades de salud de las mujeres se acompañen de estándares de calidad de los servicios.

A pesar de la aprobación del Programa Médico Obligatorio para la Seguridad Social de 1996, del Programa Nacional de Control de Cáncer, elaborado en colaboración con diversas Sociedades Científicas, y del Subprograma de Prevención Secundaria de Cáncer de Mama, aún no se ha logrado en la Argentina una adecuada coordinación en la ejecución de los Programas de Salud Pública que buscan disminuir las consecuencias del cáncer génito - mamario. Parte del problema radica en la organización política federal del país y a la fragmentación del sistema de salud, que requiere que los Programas se presenten ante el Consejo Federal de Salud, luego de lo cual cada Ministro Provincial de Salud decide si adhiere o no a la aplicación de los Programas en su jurisdicción.

En la reducción de la morbimortalidad femenina hay dos vías principales para transitar: la primera es la de las políticas públicas como oferentes de dispositivos de prevención y promoción de la salud y la segunda la de las mismas mujeres, como demandantes de servicios en su calidad de ciudadanas. Desde ambos enfoques es útil recurrir al concepto de construcción social del riesgo; para ello Nathanson (1996) propone analizar las variables sociales y políticas, interdependientes entre sí, que intervienen en el diseño e implementación de las políticas de salud:

- 1) el grado de centralización del Estado (a mayor centralización existe mayor probabilidad de “construir riesgos” como amenazas al cuerpo político más que a los individuos o subgrupos),
- 2) la presencia o ausencia de organizaciones de base activas (que tienen más solidez en los Estados más fragmentados que en los centralizados) y
- 3) la “construcción social del riesgo”, que difiere de país en país y que la autora ejemplifica con las políticas de salud materno-infantil y el tabaquismo en Francia y en los Estados Unidos, países con estilos diferentes de “construcción del riesgo”.

La atención materno-infantil se originó en Francia debido a la necesidad de políticas que estimularan el aumento de la fecundidad, ya que constante proceso de envejecimiento de la población se habían instalado como preocupación del Estado. Cuando se trató de regular las conductas privadas ligadas al consumo de cigarrillos y de bebidas alcohólicas, en cambio, el Estado francés adoptó una conducta prescindente. En los Estados Unidos ocurrió el fenómeno inverso: la asistencia pública no se ha considerado prioritaria en temas materno-infantiles, que se asocian a minorías de origen étnico o social, pero se manifiesta muy perceptiva a los individuales, por lo cual los mensajes contra el tabaco y el alcohol se centran en los riesgos y

derechos de las víctimas inocentes de los fumadores, de los bebedores que manejan vehículos y de las empresas.

Mary Douglas (1996), que ha dedicado una parte importante de su obra a investigar sobre el riesgo desde la perspectiva de las Ciencias Sociales, plantea que cada sociedad elabora sus normas de responsabilidad mutua, juicio y retribución y que un sistema social debe preguntarse acerca de cuál es la sociedad que desea y no cuál es el riesgo aceptable. En las respuestas a esa pregunta se inscribirá un vasto abanico de sistemas éticos y surgirán sin duda conflictos. La construcción social del riesgo radica en la interacción entre los procesos sociales y los valores compartidos y en la vida cotidiana la percepción del riesgo va de la mano de la percepción de la salud y se relaciona con la capacidad de afrontar situaciones, la responsabilidad y la reciprocidad. Cuanto más aislada está una persona y cuanto más dispersa es su red social, tanto más tenderá a decidir sus propias reglas de riesgo. En contraste, las comunidades tienden a determinar qué daños se pueden prevenir y para ello implanta una serie de valores por los cuales diversos eventos pueden considerarse graves o leves.

En la diferenciación sociocultural y económica existente entre los individuos de una sociedad influyen aspectos que se adquieren durante el proceso de socialización, lo cual no significa que sean inamovibles. En esta misma dirección se interpreta la contribución de Bourdieu (1985), que postula que las producciones culturales acumuladas históricamente en las sociedades no pertenecen por igual a todos los individuos sino a aquellos que detentan los medios y los saberes para apropiárselos. Esta idea remite a una heterogeneidad de modalidades de acceso y acumulación de los bienes culturales que determina estilos de vida diferentes según las posibilidades de acceder a ellos.

Este artículo forma parte del Proyecto "Salud reproductiva, prácticas preventivas y acciones públicas"¹ y ha sido financiado por la Universidad de Buenos Aires. Los objetivos principales del Proyecto fueron:

- 1) explorar las opiniones de los responsables de los Programas de Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires con respecto a la marcha de los mismos, y
- 2) conocer las prácticas preventivas de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires (CBA).

La salud sexual y reproductiva se define como la atención del embarazo y el parto, la anticoncepción, el cáncer cérvico-uterino y mamario, los trastornos de la postmenopausia como la osteoporosis y las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/Sida. En la primera parte del trabajo se presentan los resultados del análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a los responsables los Programas de Salud Reproductiva y en la segunda se examinan los datos de una encuesta telefónica que interrogó a las mujeres de 15 a 69 años que viven en la CBA sobre prácticas preventivas de su salud.

1 El equipo de investigación está formado por Elsa López (Directora del Proyecto), Liliana Findling, Andrea Federico, Carolina Peterlini, Marisa Ponce y Patricia Schwarz, quienes han colaborado en todas las etapas de la investigación.

1. Los Programas de Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires

1.1. Los Programas de Prevención en Salud Reproductiva de la CBA

En el cuadro 1 se resumen distintos aspectos de los Programas y de la Ley de Salud Reproductiva de la CBA.

Cuadro 1. Los Programas y la Ley de Salud Reproductiva de la CBA

Programa	Dependencia	Objetivos y actividades
Programa de Procreación Responsable (PPR)	Secretaría de Salud	Disminuir la morbimortalidad en aquellas poblaciones de alto riesgo bio-psico-social. Se realiza control y atención en centros de salud, con énfasis en el uso de métodos anticonceptivos y su distribución y talleres educativos.
Programa PAP y mamas (PPM)	Dirección de la Mujer, Promoción Social, en convenio con la Secretaria de Salud	Acceso a exámenes de PAP y mamas en Hospitales públicos (no incluye Centros de Salud), facilitando horarios y pedido de turnos a través de una línea telefónica gratuita.
Dirección Adjunta de SIDA (SIDA)	Secretaría de Salud	Área creada en diciembre de 2000. Coordina y articula todas las actividades de SIDA que se realizan en la Ciudad con un abordaje multidisciplinario, fortaleciendo el trabajo en red en el terreno preventivo, asistencial y de laboratorio y trabajando en conjunto con organizaciones de la sociedad civil. Se propone trabajar en accesibilidad a preservativos y tratamientos y reducción de daños
El Consejo por los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes	Formado por el área salud, educación, cultura, promoción social, derechos humanos.	Albergar a "chicos de la calle" y prevenir el embarazo precoz y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Se hacen Talleres en escuelas en horarios extra-curriculares dirigidos a alumnas/os de los primeros años de educación secundaria.
<p>Ley de Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires: fue sancionada en junio de 2000. Sus objetivos son: prevenir mediante educación e información los abortos inducidos y el embarazo no oportuno; promover la paternidad responsable; atender a adolescentes en aspectos reproductivos; incrementar servicios de psicoprofilaxis del parto y promover los beneficios de la lactancia materna; atender problemas de infertilidad y esterilidad; difundir información acerca de</p>		

la prevención y brindar diagnósticos y tratamientos tempranos del SIDA, ITS y patologías génito-mamarias.

La Ley de Salud Reproductiva ha sido sancionada en otras provincias argentinas, y paralelamente se logró su aprobación a nivel nacional (octubre 2002).

1.2. ¿Qué dicen los responsables de los Programas?

1.2.1. Antecedentes de los Programas

El Programa de Procreación Responsable (PPR) se creó en 1986.

Planteaba *“una visión centrada en la atención de los adolescentes mediante un enfoque que combinaba lo médico con otros aspectos bio-psico-sociales”*. Esta perspectiva no dejaba de ser conflictiva en la década de 1980, porque los funcionarios encargados de las decisiones sobre salud pública estaban muy influenciados por las visiones anti-neomalthusianas y confundían el concepto de salud reproductiva de esos años con las experiencias de 1960 y 1970 dirigidas al control de la natalidad en los países en desarrollo. Esta situación explica alguna de las razones por las que no se efectuaron Encuestas de Fecundidad ni de Demografía y Salud en la Argentina.

En los inicios del PPR, el SIDA no constituyó un eje central de las actividades: *“no era un problema de la magnitud que adquirió luego”*. La situación de los adolescentes también se modificó desde entonces, *“porque como resultado del inicio más precoz de las relaciones sexuales se produjo un aumento de los embarazos en las jóvenes de sectores populares, sobre todo entre los 12 y los 15 años”*.

El Programa de Pap y Mamas (PPM) comenzó en 1998, como resultado de un convenio con la Dirección de Salud: *“se decidió hacer el Pap y las mamografías extendiendo la franja horaria hasta las 19 horas en 6 hospitales de Ciudad de Buenos Aires”* (PPM).

1. 2. 2. Organización de los Programas

El 60% de la población femenina que atiende el PPR proviene de la Ciudad de Buenos Aires y el 40% del área suburbana que la rodea. Al inicio del Programa los anticonceptivos que se distribuían a las mujeres se obtenían por donaciones de los laboratorios. En la actualidad existe un presupuesto, proveniente del Bingo de Buenos Aires, para comprar insumos de todos los métodos aprobados por la Ley de Salud Reproductiva (métodos hormonales de última generación, mecánicos y de barrera) y éstos se distribuyen gratuitamente en todos los establecimientos públicos de salud. También se compran los insumos para la tamización de detección de enfermedades de transmisión sexual.

El PPR funciona en cada uno de los Hospitales públicos y Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, aunque con diferencias en el perfil de los recursos humanos y en su organización: *“en algunos establecimientos se trabaja predominantemente en asistencia y en otros en prevención; en algunos hay más médicos que trabajan en Ginecología o en Obstetricia y se ocupan de la*

atención; en otros hay más trabajadores sociales y psicólogos que orientan a las mujeres en promoción de la salud y prevención; se cuenta también con profesionales de las Residencias de Educación para la Salud o de Medicina General”.

Las actividades de prevención del PPR incluyen Talleres en las salas de espera de los Hospitales, en el servicio de Adolescencia y Pediatría, en los Centros de Salud y en ámbitos comunitarios.

En el Programa Pap y Mamas, los responsables en cada Hospital son los Jefes de Servicio de Ginecología y una coordinadora de la Dirección de la Mujer.

La idea original del Programa de PAP y Mamas fue llegar a una cobertura de 180 mil mujeres en 3 años, pero las metas trazadas no se han logrado cubrir: *“hasta el año 2000 la demanda ascendió hasta 50 mil mujeres, posiblemente porque el Programa no se extendió a los Centros de Salud.*

1.2.3. Heterogeneidad y diversidad de los Programas

La dificultad que supone el no contar con un equipo propio hace casi imposible el diseño de una línea de acción homogénea en el PPR: *“en algunos períodos hubo Hospitales en los cuales no se podían hacer Programas de Procreación Responsable por decisión de la Dirección del Hospital. Paralelamente, esa misma Dirección no ponía trabas a que los Programas se ejecutaran en el Centro de Salud del mismo Hospital. Progresivamente se ha ido produciendo un cambio y “allí donde había resistencias, ahora los profesionales están más abiertos y permisivos” (PPR).*

1.2.4. Coordinación interinstitucional

En los 15 años de la existencia del PPR se han notado cambios en el ámbito de la prevención, principalmente a través de la conexión con otros sectores de salud y otras áreas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (el Consejo por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, la Dirección de SIDA) y el contacto con el Ministerio de Salud de la Nación.

Una tema a destacar es que el intento de establecer acuerdos formales entre distintas áreas del Gobierno de la Ciudad complica el accionar: *“pareciera haber cuestiones estructurales, formales, administrativas y burocráticas y el resultado es que las cosas se detienen” (PPR).*

1.2.5. Logros, problemas y desafíos

Resulta difícil separar los logros de los problemas, porque existen fuertes conexiones entre ambos. En el PPR se señala: *“el mayor logro es el crecimiento de la demanda por las consultas de salud reproductiva, pese a lo cual hay todavía un camino por recorrer: mejorar el funcionamiento del programa en la organización y atender la demanda con calidad, ampliando los horarios de atención”.* Un logro indiscutible ha sido el trabajo interdisciplinario *“porque al inicio se expresaba mucha resistencia, frente a lo cual el PPR se manejó con un perfil bajo, sin hacer demasiado ruido y parece que ése ha sido el secreto del éxito del Programa: sobrevivir desde 1986 hasta ahora, con dificultades y con escasos insumos”.*

La diferencia de concepciones del mundo ante la reproducción humana que se da en los Hospitales y Centros de Salud vuelve a aparecer en los testimonios de los responsables de los Programas: *“sigue existiendo la objeción de conciencia entre los profesionales de los servicios y se deberá esperar a que cambien o que ingrese alguien que pueda modificar las prácticas desde adentro”* (PPR).

La tarea pendiente es mejorar la atención, sobre todo de las infecciones de transmisión sexual y el SIDA: *“esto es más difícil de lograr entre los profesionales que tienen 30 años de antigüedad en su profesión, ya que las trabas se deben a una concepción del mundo más conservadora”*. Otro gran escollo para la mayor efectividad del Programa es la carencia de una asignación presupuestaria destinada a pagar los salarios de los profesionales exclusivos (PPR).

Los problemas del Programa de Pap y Mama se refieren fundamentalmente a su limitado radio de acción y a la falta de espacios adecuados para su funcionamiento. También se señala como importante profundizar la capacitación del equipo de salud en temas de género.

1.2.6. Evaluación y producción de información

La producción de estadísticas constituye un problema central en la implementación de los Programas: *“en el PPR algunos servicios envían mensualmente las estadísticas y otros hace un año que no lo hacen”*. Las estadísticas disponibles permiten obtener información sobre cantidad de efectores, cantidad y tipo de insumos que se distribuyen a través del PPR pero, *“lamentablemente, no hay recursos para hacer un análisis adecuado de la información, aunque se puede observar que hay establecimientos que utilizan algún método anticonceptivo más frecuentemente que otros y eso se relaciona con la normativa del Hospital o del Servicio, porque la norma es general pero la indicación es del efector”*. *“No ha habido un seguimiento con evaluación en el PPM.*

Se cuenta con la estadística que elabora la Secretaría de Salud sobre la cantidad de pacientes que realizaron estudios”. *“Cada Hospital remite a la Secretaría de Salud los diagnósticos y algunos factores de riesgo, que se definen como la cantidad de parejas sexuales tenidas, la iniciación de las relaciones sexuales, los antecedentes familiares, el número de hijos y el trabajo”*.

1.2.7. Difusión y organización de campañas

Las campañas sobre prevención de la salud reproductiva no se efectúan periódicamente: *“no existen recursos propios para campañas, lo cual no significa que no se hayan hecho”*. Sobre la efectividad de las mismas existen diversas opiniones: *“las campañas son efectivas si se acompañan de un trabajo minucioso que incluya el contacto con la comunidad. Está muy bien que haya afiches sobre el SIDA pero con eso no alcanza; se requiere también la creación de espacios para los profesionales y para repensar la práctica profesional”* (PPR).

1.2.8. Incidencia de la promulgación de la Ley de Salud Reproductiva en los Programas de Prevención

La aprobación de la Ley mejoró la información de los profesionales, dado que un marco legal es imprescindible para una mejor implementación: *“los efectores empezaron a pedir reuniones periódicas que se están cumpliendo, ya que no todos los profesionales conocen la Ley a fondo; para ellos esta Ley ha contribuido de manera importante a dar legitimidad a su práctica médica, ya que posibilita la atención de las y los adolescentes, lo cual implica informar y recomendar métodos para evitar los embarazos no oportunos y las infecciones de transmisión sexual incluyendo el Sida y hacer promoción y prevención de la salud”* (PPR y PPM).

2. Las prácticas preventivas de las mujeres

Para conocer las prácticas preventivas de las mujeres de 15 a 69 años se llevó a cabo una Encuesta domiciliaria. Debido a las condiciones de inseguridad de la Ciudad de Buenos Aires, el contacto con las entrevistadas se logró mediante la comunicación telefónica (teniendo en cuenta que la cobertura telefónica de la Ciudad es amplia). La selección de las viviendas de la muestra fue probabilística y la de las mujeres respetó la distribución proporcional de la población femenina de 15 a 69 años.

Cuadro 2. Mujeres de 15 a 69 años por edad. Ciudad de Buenos Aires y Encuesta de Salud Reproductiva y Prevención. 2000 y 2002. En números absolutos y porcentajes

Ciudad de Buenos Aires			Encuesta de Salud Reproductiva	
Edad	Población	%	Población	%
15-19	107300	9.4	56	9.2
20-24	126700	11.0	67	11.0
25-29	122200	10.7	66	10.9
30-34	111400	9.7	59	9.7
35-39	104800	9.1	56	9.2
40-44	104100	9.1	56	9.2
45-49	103700	9.0	53	8.7
50-54	101300	8.8	53	8.8
55-59	95200	8.3	50	8.2
60-64	84200	7.3	45	7.4
65-69	86500	7.5	46	7.7
TOTAL	1147300	100.0	100.0	100.0

Fuente: Proyecciones de Población. INDEC/Celade, 1998 y Dirección de Estadística, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y Encuesta de Salud Reproductiva y Prevención, 2002.

2.1. La salud génito-mamaria

La consulta ginecológica, factor preponderante en la prevención de las afecciones génito-mamarias, fue realizada en el año anterior a la Encuesta por cerca de las dos terceras partes de las mujeres de 15 a 69 años. Es importante señalar que, sin embargo, el 9% de las mujeres de 50 a 59 años y el 18% de

las de 60 a 69 años hacía más de 3 años que no concurría al ginecólogo a pesar de encontrarse en edades en las que se afrontan riesgos crecientes de patología génito-mamaria. Esto podría indicar que las mujeres consultan más frecuentemente al ginecólogo cuando acuden a los controles del embarazo o al seguimiento de la salud de sus hijos.

El 77% de las mujeres que consultaron al ginecólogo el año anterior a la Encuesta dijeron haberlo hecho por prevención (los porcentajes ascienden a partir de los 25 años y bajan levemente después de los 60); el 13% por algún malestar o enfermedad, un 5% por control del embarazo y otro 5% por tratamiento.

A continuación se muestran los porcentajes de las mujeres que, habiendo consultado al ginecólogo en el último año, hicieron estudios relacionados con la prevención:

a) cerca de las dos terceras partes de las mujeres de 25 a 54 años realizaron el PAP durante el último año. Las frecuencias menores corresponden a las mujeres entre los 55 y los 69 años. La colposcopia presenta un perfil similar;

b) se advierte un crecimiento de la mamografía a medida que avanza la edad y un decrecimiento a partir de los 55 años. El 12% de las mayores de 40 años nunca la ha realizado;

c) casi la mitad de las mujeres nunca han hecho el estudio de VIH, observándose diferencias por edad: el 76% de las de 15 a 19 años y el 36% de las de 20 a 24 años; también ascienden los porcentajes hasta cerca de las tres cuartas partes en las que tienen de 55 a 69 años. En contraste, sólo una cuarta parte de las mujeres de 25 a 39 años no había efectuado el estudio de VIH, y

d) en la densitometría ósea se observaron bajas proporciones de mujeres que practicaron este estudio (una de cada cinco en el total, aumentando la frecuencia con la edad).

2.2. Las madres recientes

Una cuarta parte de las mujeres con hijos nacidos vivos tuvo al último en los últimos 5 años. Casi la totalidad de ellas (el 96%) inició el control de su último embarazo durante el primer trimestre; la mitad de las mujeres lo hizo en consultorios o clínicas de la seguridad social, un tercio en consultorios o clínicas privadas o de medicina prepaga (más concentradas en las mayores de 35 años) y el 14% restante en hospitales públicos (predominantemente las mujeres más jóvenes (menores de 30 años), modalidad que se mantiene al analizar la edad y el establecimiento donde tuvo lugar el parto.

A pesar de no resultar novedosa, se pone de manifiesto la asociación entre el establecimiento donde se produjo el nacimiento y el tipo de parto: el 93% de los nacimientos producidos en los Hospitales Públicos son normales; en contraste, el 38% de los nacimientos producidos en los establecimientos de la Seguridad Social, de medicina prepaga o privada son por cesáreas. En trabajos sobre el Área Metropolitana de Buenos Aires (la Ciudad y sus suburbios) ya se había

documentado esta tendencia (López y Tamargo, 1995; López y Federico, 2000).

¿Cómo interpretar las diferencias en el tipo de parto? Una respuesta puede encontrarse en la capacidad de pago de las mujeres de mayores recursos y en ciertas modalidades de la seguridad social y las empresas de medicina prepaga, que gravan de manera diferencial los partos normales y los quirúrgicos. Se ha demostrado que las cesáreas entrañan mayores riesgos en la salud de mujeres y niños así como costos más elevados para el sistema de salud. Parece importante profundizar la investigación sobre estos temas, en los cuales existen fuertes intereses corporativos y económicos de los proveedores de los servicios de salud.

2.3. Anticoncepción

La información muestra que dos tercios de las mujeres casadas, unidas o con relaciones sexuales de la Ciudad de Buenos Aires estaban usando anticonceptivos en el momento de la Encuesta. Destaca el elevado nivel de uso en las mujeres de 20 a 29 años (75%); asimismo, es factible observar que las adolescentes con relaciones sexuales utilizan los métodos en una alta proporción (60%). De acuerdo a lo esperado, el uso disminuye luego de los 45 años (48%). El nivel educacional influye positivamente en el uso actual: las mujeres que han terminado la educación secundaria muestran mayores valores de uso que las menos educadas (67% contra 56%) y el porcentaje de las que nunca usaron es mucho menor (7% contra 17%).

Entre las usuarias actuales, alrededor del 80% de las mujeres de 15 a 29 años usaron durante el último mes más de un método anticonceptivo (entre dos tercios y tres cuartos de ellas recurrieron al preservativo en primer término y en segundo lugar a las pastillas) mientras que el resto de las mujeres utilizaron en su mayoría un solo método: casi la mitad de las mujeres de 30 a 39 años prefirieron en primer término el preservativo y, en segundo lugar, las pastillas (las de 30 a 34) y el DIU (las de 35 a 39). Las mujeres de 40 a 49 años se dividieron por igual entre las que usaron el preservativo y el DIU. El uso de pastillas disminuye en forma notable luego de los 35 años. Las principales fuentes de orientación e información sobre los métodos fueron los consultorios privados o de la seguridad social, los familiares o amigos y los centros educativos.

2.4. Recordación de campañas

El 38% de las entrevistadas recordó al menos una campaña de prevención de la salud reproductiva, observándose una disminución de la recordación a medida que aumenta la edad. El 75% de las mujeres que recordaron evocaron, en primer lugar, las campañas del Sida referidas a las vías de contagio, al uso de preservativos y a la necesidad de control durante el embarazo. En segundo lugar, aunque a mucha distancia, se recordaron las campañas de prevención del cáncer gínito-mamario (15%) y las del uso del preservativo sin relacionarlo con el Sida (15%). La recordación de campañas sobre métodos anticonceptivos fue menos frecuente (9%).

3. Conclusiones

Un primer conjunto de conclusiones, que se extrae de las entrevistas a los responsables de los Programas de Salud Reproductiva, conduce a pensar que el avance logrado en los 18 años de democracia ha sido muy lento, resultado de un gran número de trabas ligadas tanto a presiones políticas de signo conservador, fuertemente influenciadas por la Iglesia Católica, como a aspectos organizacionales deficientes inherentes a la estructura del gobierno. A pesar de las dificultades, el ritmo de los logros de los distintos Programas se ha ido acrecentando en los últimos 2 años a raíz de la aprobación de la Ley de Salud Reproductiva, que legitimó muchas de las prácticas que se venían ejerciendo en forma más encubierta. Es innegable el aporte de los equipos de salud y el apoyo de los profesionales más jóvenes. Sin embargo, pese a la vigencia de la Ley y a las normas de los Programas, todo parece indicar que la salud reproductiva depende de los criterios y concepciones del mundo de los Jefes de Servicios o de los Directores de los Hospitales. A esto se agrega la escasa importancia otorgada al proceso de evaluación de los Programas y a la producción de información de calidad y en este panorama no resulta menor la falta de asignación de presupuesto destinado a los recursos humanos de los Programas.

El segundo cuerpo de conclusiones hace referencia a la Encuesta de Salud Reproductiva y Prevención. La información permite ver que, si bien las prácticas preventivas son ejercidas por un importante porcentaje de mujeres, ellas no alcanzan de manera adecuada a las mujeres de más edad; en ellas, la prevalencia relativamente baja de las prácticas del control del cáncer indica un punto nodal de los problemas a resolver. Es difícil pensar que estas mujeres puedan, sólo por sí mismas, producir una transformación de sus hábitos de cuidado de la salud: son las menos escolarizadas, están más solas, por su edad no llevan a sus hijos a la consulta de salud, no están suficientemente informadas y tienen una menor percepción de las campañas preventivas, pueden considerar prioritarios otros problemas de salud o sentir pudor, miedo y vergüenza hacia la consulta ginecológica. Ubicado el origen del problema debería diseñarse una estrategia orientada a modificar las prácticas de las mujeres mayores incentivando la noción de riesgo y la necesidad de la prevención.

Una última observación proveniente de la Encuesta se refiere a la constatación del abuso de los nacimientos por cesárea en las mujeres de sectores medios que, aunque no constituye una novedad, se convierte en un tema de constante preocupación en diversos ámbitos de la salud pública.

El tercer conjunto de conclusiones intenta proponer algunas ideas para avanzar en la construcción social del riesgo en la Argentina. En un país signado por un fuerte endeudamiento externo, baja productividad, elevado nivel de pobreza y marcados índices de desempleo, la noción de prevención está aún poco instalada. Las omisiones resultan evidentes en las políticas centradas en el individuo, como por ejemplo las del control del tabaco y del alcohol o los accidentes de tránsito - se penaliza escasamente a las personas que no usan cinturón de seguridad en los automóviles o cascos en las motocicletas- y también en aquellas políticas cuyo eje son las cuestiones de Estado como la

disminución de la pobreza, el mejoramiento de la salud materno-infantil, el acceso a los servicios de salud y un mayor énfasis en la prevención. Si bien las organizaciones no gubernamentales tienen una presencia creciente en la Argentina, sólo intentan mitigar aspectos parciales para suplir el continuo retiro del Estado en áreas vitales de la política social.

En ese sentido es importante avanzar en el análisis de las prácticas que conducen a convertir ciertos bienes y servicios en derechos sociales. Por sus efectos sobre la salud, la alimentación, la vivienda, la provisión de agua y las condiciones sanitarias éstos constituyen derechos de especial interés. Asimismo, la educación de las mujeres constituye un factor crítico en la salud familiar es uno de los intercambios más importantes para la reducción del riesgo en salud, especialmente en los programas de atención primaria. Por ello, el consenso para la construcción social del riesgo es un tema prioritario en la agenda de los actores involucrados en el sector salud.

Bibliografía

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

Douglas, M. 1996. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona, Paidós Studio.

López, E. y A. Federico. 2003. "Salud de las mujeres y vulnerabilidad: vida reproductiva y prácticas preventivas". Ponencia presentada en el Seminario Internacional La demografía de la pobreza en América Latina organizado por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y el Comparative Research Programme on Poverty (CROP). Buenos Aires, noviembre de 2000. En prensa en *Estudios Sociológicos*.

López, E. y M. del C. Tamargo. 1995. "La salud de la mujer", en *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*. Buenos Aires, INDEC.

Matos E., I. Loria, C. García y M. Vilensky. 1995: "Nuevos datos sobre mortalidad por cáncer en la Argentina (1989-1992)". *Prensa Médica Argentina*, 82:334-344.

Ministerio de Salud y Acción Social. 2000. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud*.

Nathanson, C. 1996. "Disease prevention as social change", *Population and Development Review* 22, 4: 609-637.

Ramos, S. y E. Pantelides. 1990. *Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo*. Buenos Aires, CEDES, Documento CEDES 43.