

CUADERNOS

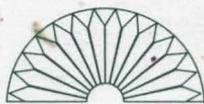
CUARTO • CRESCIENTE

5

SALUD REPRODUCTIVA EN SONORA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO



MARÍA DEL CARMEN CASTRO V.
GILDA SALAZAR ANTÚNEZ



EL COLEGIO DE SONORA

Salud reproductiva en Sonora:
un estudio exploratorio

Salud reproductiva en Sonora: un estudio exploratorio

Ma. del Carmen Castro V.
Gilda Salazar Antúnez



614.097217 Castro Vázquez, Ma. del Carmen
C355s Salud reproductiva en Sonora : un estudio exploratorio /
María del Carmen Castro Vázquez, Gilda Salazar
Antúnez. -- Hermosillo, Son. : El Colegio de Sonora, 2000.

212 p. ; 22 cm. -- (Cuadernos. Serie cuarto creciente ; 5)
Incluye bibliografía y anexos

ISBN 968-6755-34-9

1. Salud reproductiva - Investigación - Sonora
2. Natalidad, investigación de la - Sonora
3. Mujeres - Salud e higiene

El Colegio de Sonora

Rector: Ignacio Almada Bay

Edición:

Inés Martínez de Castro N.

Diseño de portada:

Guadalupe Zúñiga Elizalde

Formación:

Marlene Morfín Schad

D. R. © El Colegio de Sonora
Obregón 54, Centro
Hermosillo, Sonora, México.
C. P. 83000

ISBN 968-6755-34-9

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Introducción | 17 |
| Capítulo 1 | |
| La salud de las mujeres desde los indicadores | 29 |
| Acotaciones metodológicas: selección y revisión de las fuentes de información | 30 |
| Descripción de cuadros | 37 |
| <i>Aspectos sociodemográficos</i> | 37 |
| <i>Cobertura de los servicios de salud</i> | 57 |
| <i>Servicios de planificación familiar</i> | 70 |
| <i>Causas de morbilidad y mortalidad</i> | 82 |
| <i>Enfermedades de transmisión sexual</i> | 107 |
| <i>Muerte materna</i> | 115 |
| <i>Cáncer cervicouterino y de mama</i> | 130 |

Capítulo 2

Las salud reproductiva desde la voz de 151
las mujeres

Embarazo..... 157

Autocuidado y atención médica 159

Prácticas prenatales y salud-enfermedad en el embarazo .. 167

Problemas enfrentados durante el parto..... 176

Puerperio..... 182

Autocuidado: medicina doméstica y redes de apoyo 182

Control y problemas en el puerperio..... 187

Calidad y calidez 190

Capítulo 3

Reflexiones finales 197

Bibliografía 208

Anexo..... 217

Lista de cuadros y gráficas

Evolución de la población total, tasa de
crecimiento nacional y estatal, 1940-1990..... 43

Promedio de hijos nacidos vivos Sonora, 1970-1990 ... 44

Evolución de la esperanza de vida al nacer.

Nacional y estatal, 1940-1990..... 44

Tasa de natalidad en México, frontera norte y

Sonora, 1990 45

Indicadores sociodemográficos en Sonora y

México, 1995 46

Distribución porcentual de la población de Sonora

en 3 grupos por edades, 1950-1990..... 47

| | |
|--|----|
| Población de Sonora en edad reproductiva, por sexo, 1990 | 49 |
| Proporción de la población urbana y rural en México y Sonora, 1995 | 51 |
| Proporción de la población de 15 años y más que es analfabeta en México y los estados fronterizos, 1990 y 1995 | 52 |
| Grado promedio de escolaridad aprobado por la población de 15 años y más en México y estados fronterizos, 1995 | 52 |
| Distribución porcentual de la población de 15 años y más por grupos de edad conforme a nivel de instrucción, Sonora 1995. | 53 |
| Población de 12 años y más según condiciones de actividad económica en México y Sonora, 1990 y 1995 | 55 |
| Tasas de participación económica activa por sexo en México y Sonora, 1990 y 1995. | 56 |
| Cobertura nominal por institución de salud en Sonora, 1985-1998 | 63 |
| Cobertura nominal según institución de salud en México, 1990 | 65 |
| Indicadores de los servicios médicos en México y Sonora, 1995 | 66 |
| Estructura y recursos del sector salud en México y Sonora, 1995 | 67 |
| Porcentaje de partos atendidos en hospitales públicos en México y estados fronterizos, 1990-1995 .. | 68 |
| Distribución porcentual según lugar de atención al parto en México. Años elegidos: 1974-1995 | 69 |

| | |
|---|-----|
| Uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil unidas y adolescentes en México, 1987-1995 | 75 |
| Uso de anticonceptivos según método y edad 1976-1987 (según varias encuestas) | 76 |
| Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas en México y estados fronterizos, 1992-1995 | 78 |
| Servicios de planificación familiar por sector, institución de salud y método anticonceptivo, Sonora, 1993 | 79 |
| Cobertura y aceptantes por métodos anticonceptivos del IMSS en Sonora, 1984-1992 | 80 |
| Uso de métodos anticonceptivos por tipo de usuario en Sonora, 1995 | 81 |
| Principales causas de mortalidad general en México, 1996 | 91 |
| Defunciones por enfermedades transmisibles y no transmisibles y lesiones en México y estados fronterizos, 1992 | 93 |
| Defunciones por enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones en México y estados fronterizos, 1996 | 94 |
| Defunciones por enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones en México, 1996 | 95 |
| Principales causas de muerte en edades reproductivas por sexo en México, 1986 | 98 |
| Causas seleccionadas de hospitalización por sexo, según edad en México, 1988 (%) | 100 |
| Consulta externa por sexo en el hospital "Ignacio Chávez", ISSSTESON, 1994 | 101 |

| | |
|---|-----|
| Egreso hospitalario por sexo según institución médica en Sonora, 1993 | 102 |
| Principales causas de egreso hospitalario en el hospital "Ignacio Chávez", ISSSTESON, del grupo de edad 15-24 años, por sexo, 1991-1994 | 103 |
| Principales causas de egreso hospitalario referidos a salud reproductiva por grupo de edad de mujeres en el hospital regional del ISSSTE, Hermosillo, Sonora, 1994 | 104 |
| Principales causas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo. Delegación IMSS en Sonora, 1996 | 105 |
| Enfermedades de transmisión sexual en México, frontera norte y Sonora 1980, 1985 y 1990 | 110 |
| Casos de SIDA en Sonora, 1986-1994. | 111 |
| Enfermedades de transmisión sexual en Sonora, por grupo de edad, IMSS, 1996 | 112 |
| Instituciones notificantes de casos de SIDA en Sonora, 1986-1994 | 113 |
| Muertes maternas por causas dictaminadas por los comités de estudio en la SSA-México, 1989-1993. | 123 |
| Muerte materna en el ISSSTE-México por causas principales. Casos estudiados. 1990-1993 | 124 |
| Mortalidad materna en México, frontera norte y Sonora, 1989-1992 | 125 |
| Distribución porcentual de las principales causas de muerte materna en el IMSS en México y Sonora, 1989-1993 | 126 |
| Mortalidad materna por causa en México, 1990-1995 | 127 |
| Muertes maternas en México según previsibilidad por diagnóstico del IMSS, 1989-1993. | 128 |

| | |
|--|-----|
| Muertes maternas según previsibilidad por ingreso hospitalario del IMSS en México y Sonora, 1989-1993 | 129 |
| Principales causas de mortalidad femenina por grupos de edad en México, 1991 | 137 |
| Primeras causas de mortalidad femenina por tumores malignos en México, 1991 | 138 |
| Principales causas de defunción de mujeres por cáncer según grupo de edad en México, 1995 | 140 |
| Muertes totales y tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama en México, frontera norte y Sonora 1989-1991 | 141 |
| Muertes totales y tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama en los estados fronterizos de México, 1989-1991 | 142 |
| Mortalidad por cáncer cervicouterino en mayores de 25 años en México y estados fronterizos, 1994 | 143 |
| Mortalidad por cáncer cervicouterino por entidad federativa, 1994 | 144 |
| Proporción de citologías y de defunciones por cáncer cervicouterino según grupo de edad en México, 1994 | 145 |
| Casos problemas detectados en el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, por grupo de edad en México, 1996 | 146 |
| Cobertura de la población femenina de 25 años y mayores aplicando un examen anual, México, 1994 | 147 |
| Prevención, tratamiento y control del cáncer cervicouterino en Sonora, 1989-1996 | 148 |
| Muertes por cáncer cervicouterino y nivel de escolaridad en Sonora, 1985-1993 | 149 |

| | |
|--|-----|
| Gráfica 1 Distribución porcentual de la población de Sonora en 3 grupos por edades, 1990 | 48 |
| Gráfica 2 Población de Sonora en edad reproductiva, por sexo, 1990 | 50 |
| Gráfica 3 Proporción de la población urbana y rural en México y Sonora, 1995 | 51 |
| Gráfica 4 Distribución porcentual de la población de 15 años y más por grupos de edad conforme a nivel de instrucción, Sonora 1995 | 54 |
| Gráfica 5 Cobertura nominal por institución de salud en Sonora, 1995 | 64 |
| Gráfica 6 Instituciones notificantes de casos de SIDA en Sonora, 1986-1994 | 114 |
| Gráfica 7 Muertes maternas por causas dictaminadas por los comités de estudio en la SSA México, 1989-1993 | 123 |
| Gráfica 8 Primeras causas de mortalidad femenina por tumores malignos en México, 1991 (20-59 años) | 139 |

Agradecimientos

No hubiera sido posible terminar este trabajo sin la ayuda de muchas personas e instituciones, por lo que queremos expresar nuestro reconocimiento especialmente a algunas de ellas, aunque sin dejar de agradecer la participación de algunas más que han pasado de largo por nuestra memoria.

A las mujeres pertenecientes a los grupos que desinteresadamente aceptaron realizar las entrevistas colectivas en Hermosillo, Guaymas, Ciudad Obregón y Mazatán les agradecemos especialmente habernos contado sus experiencias en el cuidado de la salud y el tiempo que nos dedicaron. De igual manera a Marcia Contreras, quien nos puso en contacto con algunos de los grupos.

A los colegas que escucharon en varias ocasiones la presentación de los resultados, discutieron la metodología y los alcances y limitaciones de este trabajo, especialmente a Catalina Denman, quien leyó las varias versiones del mismo, y a Patricia Aranda, así como a los colegas investigadores(as) de El Colegio que nos acompañaron en el seminario.

Vaya nuestro especial reconocimiento a Mayoya Fonseca y Alba Rosa López, por su trabajo de transcripción de las entrevistas y la elaboración de cuadros, así como a Isabel Rentería por su trabajo de formateo y edición de las diferentes versiones del documento.

Finalmente, y no menos importante, se agradece el financiamiento de la Fundación Ford para el trabajo, el cual formó parte del Proyecto de Consolida-

ción Institucional para la creación de una línea de género y salud en el Programa Salud y Sociedad en El Colegio de Sonora, Donativo 940-1014.

Carmen Castro V.*

Gilda Salazar Antúnez**

* Investigadora de El Colegio de Sonora

** Actualmente investigadora del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (CIAD).

Introducción

La salud como problema social y humano tiene múltiples dimensiones, de ahí su complejidad, pues en él intervienen aspectos biológicos, políticos, económicos y culturales. Es además un asunto de política pública que forma parte de los objetivos sociales y gubernamentales del desarrollo social, y al inicio del nuevo siglo es reconocida como uno de los derechos humanos.

En la actualidad, el concepto de salud se ha definido de manera integral y no sólo como la ausencia de enfermedad. Aunque los indicadores que tratan de medir y dar cuenta del "estado de completo bienestar físico, mental y social"¹ aluden más al estado y no al proceso de vida que significa una serie de cambios y de etapas entre estar saludable y enfermo, que implica reconocer los componentes más allá de los propiamente biológicos y médicos; de aquí la complejidad de su aprehensión en una definición absoluta. Para medir y evaluar las condiciones de salud de la población se han construido parámetros e indicadores que plantean mostrar de qué, cómo, dónde y por qué enferman, se curan y mueren las personas.

1 "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además de los de salud." (OMS, 1948).

En México, "el derecho a la protección de la salud" es un derecho constitucional, planteado en el artículo cuarto de la Constitución mexicana. Por ello el Estado reconoce la obligación de vigilar y proporcionar los servicios de salud, ya sea a través de la seguridad social, o por medio de los servicios para la población abierta, constituida por aquella que está fuera del sistema de seguridad social. Es justo reconocer que en las últimas décadas, en nuestro país y particularmente en Sonora, se han tenido avances significativos en materia sanitaria y de atención a la salud de la población, que ubican a la nuestra con mejores indicadores de bienestar que otras entidades.

En consideración a lo anterior y tomando en cuenta la importancia de la salud para el desarrollo y el bienestar social de un relevante sector de mujeres, se realizó el presente estudio. El Programa Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora se planteó la necesidad de registrar, de manera documentada, cuáles eran las tendencias en materia de salud reproductiva de las mujeres en Sonora. Se propuso para ello la creación de una línea de Género y Salud que continuara en parte investigaciones anteriormente hechas y profundizara en el conocimiento de este campo de la salud.²

El presente trabajo es resultado de un estudio exploratorio, en el que se abordan aspectos de salud reproductiva desde las perspectivas cuantitativas y cualitativas, así como de género como marco teórico referencial. Ambas perspectivas y marco teórico apoyaron el estudio para la búsqueda del dato y el análisis de las realidades que viven las mujeres en

² Investigaciones realizadas en el Programa, como el de Catalina Denman y Armando Haro (1991) ; Denman y Haro (1990).

Sonora respecto a las condiciones de su salud reproductiva. Se entiende por el concepto *género* "una construcción social que se expresa dentro del sistema simbólico propio de una cultura, y que es parte constitutiva de las relaciones basadas en las diferencias que distinguen a los sexos; pero además el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder".³ Partimos de la consideración de que en el campo de la salud también tienen presencia las inequidades de género existentes en nuestra cultura, que se expresan en un mayor detrimento de la salud de las mujeres debido a su ubicación de desigualdad en la sociedad, entre otros factores; las mujeres enfrentan los riesgos que implica la reproducción y condiciones socioculturales y económicas que influyen en la atención a su salud, como el acceso a los servicios, los cuidados prenatales y el control de enfermedades en el embarazo, la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino y de mama, entre otras.⁴ Hablar de salud reproductiva desde la perspectiva de género alude también a hablar de una dimensión de derecho humano que remite al derecho a decidir sobre el cuerpo y la sexualidad, el derecho a información adecuada, atención integral y trato digno en todos los hechos de salud reproductiva que tienen que ver con la calidad y calidez en relación con los servicios y la atención médica, la cual está a su vez vinculada no sólo con la noción de derecho sino con la de desarrollo.

³ Jean Scott (1993).

⁴ Se establece en el *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1995-2000*, que "un componente de particular relevancia es la *incorporación de la perspectiva de género* en todas las actividades de normatividad, educación-comunicación, prestación de servicios, investigación y evaluación en materia de salud reproductiva, tendientes a asegurar relaciones equitativas entre los géneros y con igualdad de oportunidades, *para contribuir a la eman-*

El concepto de *salud reproductiva* es de reciente creación. Desde mediados de la década de los 70, la discusión y las demandas de un reconocimiento y atención de manera integral a la salud de las mujeres fueron elementos que aportaron a la construcción del concepto y puesta en práctica de acciones relativas. Sin embargo, podría sostenerse que dicho concepto aún se encuentra en construcción aunque ha sido aceptado a nivel mundial desde la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994; su definición alude a una noción de salud integral, estrechamente vinculada con los conceptos de sexualidad humana y derechos reproductivos que incorpora nociones relacionadas tanto con el desarrollo social como con los aspectos biológicos y psicológicos.⁵

A partir de la definición que sobre la misma ha elaborado la Organización Mundial de la Salud, M.F. Fathalla define *salud reproductiva* como "...una situación en la que el proceso reproductivo se lleva a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente en ausencia de enfermedad o trastornos de dicho proceso. Por lo tanto, la salud en la reproducción implica que las personas tienen la capacidad de reproducirse, de regular su fertilidad y de practicar y disfrutar de las relaciones sexuales. Implica además, que la reproducción se completa de modo satisfactorio a través de la supervivencia, el crecimiento y desarrollo sano del lactante y del niño. Por último, implica que la mujer puede vivir con seguridad el embarazo y el parto, que puede conseguir la regulación de su fertilidad sin riesgos para su sa-

cipación y defensa de los derechos de las mujeres, particularmente los sexuales y reproductivos", Poder Ejecutivo Federal, (1995:ii). Subrayado nuestro.

5 Juan Guillermo Figueroa P. (1997:159-201).

lud, y que las personas pueden tener relaciones sexuales seguras".⁶

La bondad de dicho concepto es precisamente su amplitud, pues integra diversas y distintas dimensiones. En este estudio se partió del reconocimiento de las dimensiones sociodemográficas y de salud, principalmente las causas de morbilidad y mortalidad para la población femenina en el estado, así como un acercamiento a hechos centrales en la historia reproductiva de las mujeres relacionados con los cuidados y atenciones al embarazo y el parto.

La decisión de realizar una investigación exploratoria sobre salud reproductiva tuvo además el objetivo de aportar información para futuras búsquedas sobre salud y género, que a su vez permitiera plantear estrategias para la educación y la construcción de políticas públicas. La exploración buscó obtener información que proviniera tanto de las instancias que vigilan y desarrollan las políticas sobre salud como de las propias mujeres usuarias cotidianas de esos servicios, en la atención de su salud reproductiva.

Por estas razones, el estudio se hizo a través de dos aproximaciones metodológicas: 1) revisión y recopilación de datos estadísticos y 2) una exploración por medio de entrevistas colectivas que dieran voz a las mujeres para conocer las formas del cuidado y la atención que ellas desarrollan en aspectos de su salud reproductiva.

⁶ M.F. Fathalla (1991), "Reproductive health: a global overview", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 626:1-10, citada en Rebeca Cook (1994, 553:13). Para ampliar el conocimiento sobre la discusión del concepto y sus implicaciones sociales y políticas en las políticas de población y desarrollo, se sugiere la lectura de Gloria Careaga (1995) y Carlos Welti (1997).

En la primera fase del estudio, la cuantitativa, los objetivos fueron obtener y elaborar información de los principales indicadores sobre salud en general y la salud reproductiva, que dieran un marco general de referencia, así como algunos datos sociodemográficos que ofrecieron contexto a la información recabada sobre salud, de tal manera que pudiéramos reconocer las principales tendencias de morbilidad, mortalidad, acceso a la salud, cobertura y uso de los servicios. Se presentan también datos sobre problemas específicos de salud reproductiva, como enfermedades de transmisión sexual, cáncer cervicouterino y muerte materna. Existen algunos indicadores en los que se señalan las diferencias por grupos de pertenencia (sexo y edad), a través de lo cual se puede apreciar que ser hombre y ser mujer constituyen riesgos distintos para la salud.

Los datos que se incluyen en esta parte intentan contextualizar comparativamente a Sonora respecto al país, así como en la frontera norte; también se muestran algunos datos en comparación con otros estados. Se sostiene que Sonora presenta mejores indicadores de bienestar respecto al promedio nacional, como es el caso en las áreas de salud, trabajo, vivienda, educación, entre otros. Sin embargo, dentro de la región de la frontera norte el estado no es de los que muestra mejor estos indicadores. Y más importante aún es el hecho de que dentro de la entidad se manifiestan distribuciones desiguales en las condiciones de bienestar y en los perfiles de salud/enfermedad.

En la segunda parte, la cualitativa, se decidió dejar escuchar la voz de las mujeres usuarias de los servicios en relación con aspectos de la atención a su salud reproductiva y las formas de cuidado que ellas mismas desarrollan, buscan y obtienen. Esto se

hizo a través de ocho entrevistas colectivas que tuvieron por objetivo la exploración acerca de las experiencias vividas en tres eventos: el embarazo, el parto y el puerperio. Dichas entrevistas se realizaron en Hermosillo, Mazatán, Guaymas, Ciudad Obregón, BÁCUM y Alamos, durante el año de 1996. La decisión de incluir estas localidades partió del objetivo de incorporar lugares diferentes del estado que, además, proporcionara a las autoras la posibilidad de establecer contacto con diversos grupos de mujeres organizadas en la entidad.

Todas las mujeres seleccionadas para las entrevistas eran madres, mayores de 18 años y pertenecían al sector popular. Las integrantes de todos los grupos estaban organizadas bajo algún comité o proyecto productivo, ya sea gubernamental o no gubernamental, en torno a distintas preocupaciones: a) a la lucha por demandas de servicios y crédito para la vivienda; b) mujeres católicas para promoción de la salud; c) proyectos productivos: compra y venta de zapatos, producción de pan, y d) un proyecto específico de una casa de apoyo a la mujer (ver mapa de localización). Entre ellas había amas de casa, obreras de empaque de una empresa de sardina y camarón, enfermeras, trabajadoras sociales y trabajadoras de servicios. Constituyeron en total un grupo de 72 mujeres de distintas edades, desde los 19 a los 60 años. En su mayoría vivían con su pareja e hijos.

La escolaridad de las mujeres entrevistadas se ubicaba principalmente en estudios de primaria (55% de las mujeres), seguidas por las que habían terminado la secundaria (20% de ellas). Las menos (13%) habían cursado estudios técnicos. Un poco más de la mitad se dedicaba principalmente a las labores del hogar y poco más de la mitad de las entrevistadas declaró no trabajar asalariadamente; casi el

40% de ellas realizaba trabajo asalariado, principalmente como empleadas de comercio y alrededor del 15% de ellas eran enfermeras, promotoras u obreras de empaque. Es importante comentar que el 40% de las mujeres entrevistadas afirmó dedicarse a otras actividades económicas informales como elaboración de alimentos y venta de artículos, además de ser amas de casa y trabajadoras.

De esta forma, el trabajo que ahora presentamos incluye la aproximación cuantitativa que nos da cuenta estadísticamente de lo global del conjunto social. El abordaje cualitativo nos permite situarnos en el contexto cotidiano en el cual se manifiestan algunas de las características de la estructura social y permite obtener de los actores aspectos relacionados con la cultura de la salud de una parte de la población. La investigación intenta aquí ser complementaria.

Como se afirma líneas arriba, Sonora presenta mejores indicadores de salud que otros estados del país; un indicador usado para mostrar las condiciones es el de cobertura de la población por los servicios de salud, es decir, cuánta gente puede ser atendida en estos servicios. Formalmente cobertura es un concepto técnico que toma en cuenta fundamentalmente los componentes de accesibilidad geográfica, infraestructura instalada, disponibilidad del servicio y recursos humanos. La combinación de todos estos elementos hace posible la atención directa de la población por los servicios de salud. Según definición general de la OPS-OMS la *cobertura de los servicios de salud* es "el resultado de una oferta eficaz y organizada de acciones que aseguren el acceso a servicios de salud de buena calidad que correspondan a las necesidades y características, geodemográficas, étnicas, socioeconómicas, epide-

miológicas, culturales y ambientales de una población".⁷

Varios de los indicadores que se incluyeron en el trabajo muestran la cobertura desde diversos servicios. Sin embargo, como se comenta líneas arriba, existen otros rubros no contemplados en esta definición, que aunque se ubican como parte de la respuesta socialmente organizada en la atención de la salud, llevados a cabo por la población, caen en las prácticas de la medicina doméstica y la tradicional, que no son estadísticamente reconocidas, ya sea por ubicarse en un ámbito de la salud no institucionalizada del modelo médico o por llevarse a cabo en el espacio familiar y doméstico, y en las redes sociales cercanas a la población. Esto no quiere decir que no contribuyan de manera importante a la cobertura en su acepción amplia, ya que ofrecen y realizan acciones para el mantenimiento, curación y resolución de un sinnúmero de eventos de salud-enfermedad.

En este trabajo se entiende por *medicina doméstica* las acciones en el cuidado de la salud/enfermedad que se llevan a cabo en la unidad doméstica y como un sistema de creencias, conceptos y prácticas en el proceso salud/enfermedad/curación; no constituye una oferta pública de servicios y sus agentes no son terapeutas socialmente reconocidos. Sus actividades se extienden al núcleo familiar y en ocasiones al vecinal. La medicina doméstica es, simultáneamente, una estructura de servicios y un espacio para la toma de decisiones relativas a la atención casera o a la canalización del enfermo hacia los otros sistemas médicos.⁸

7 OPS (1999).

8 Carlos Zolla y Ana María Carrillo (1998:177-178).

En cuanto a la *medicina tradicional*, ésta se refiere al “cuerpo estable de datos que remiten a un auténtico sistema de creencias, conceptos y prácticas, a recursos terapéuticos de uso constante y de clasificación nosológicas coherentes, ampliamente distribuidas”.⁹ Los terapeutas tradicionales más definidos son las parteras, curanderos, hueseros y hierberos, los cuales son “personas generalmente adultas y pertenecientes a la comunidad donde ejercen, a las que el grupo social reconoce como dotadas de los conocimientos, habilidades y facultades para curar, que diagnostican las enfermedades conforme a una idea de la causalidad que es compartida por el grupo y cuyo sistema de creencias, conceptos y prácticas las distinguen de los terapeutas de la medicina institucional”.¹⁰

Existen además otras prácticas fuera del modelo médico alópata institucionalizado llamadas medicinas alternativas (acupuntura, homeopatía, medicina bioenergética, entre otras), no reconocidas oficialmente.

El objetivo de complementar los indicadores generales de la salud reproductiva en Sonora con los testimonios de un grupo de mujeres parte del hecho de que este tipo de información no se registra y constituye una forma de observar cómo se expresan y contrastan los indicadores en la vida cotidiana de las mujeres, sus percepciones, sus experiencias y sus prácticas en el cuidado de su salud.

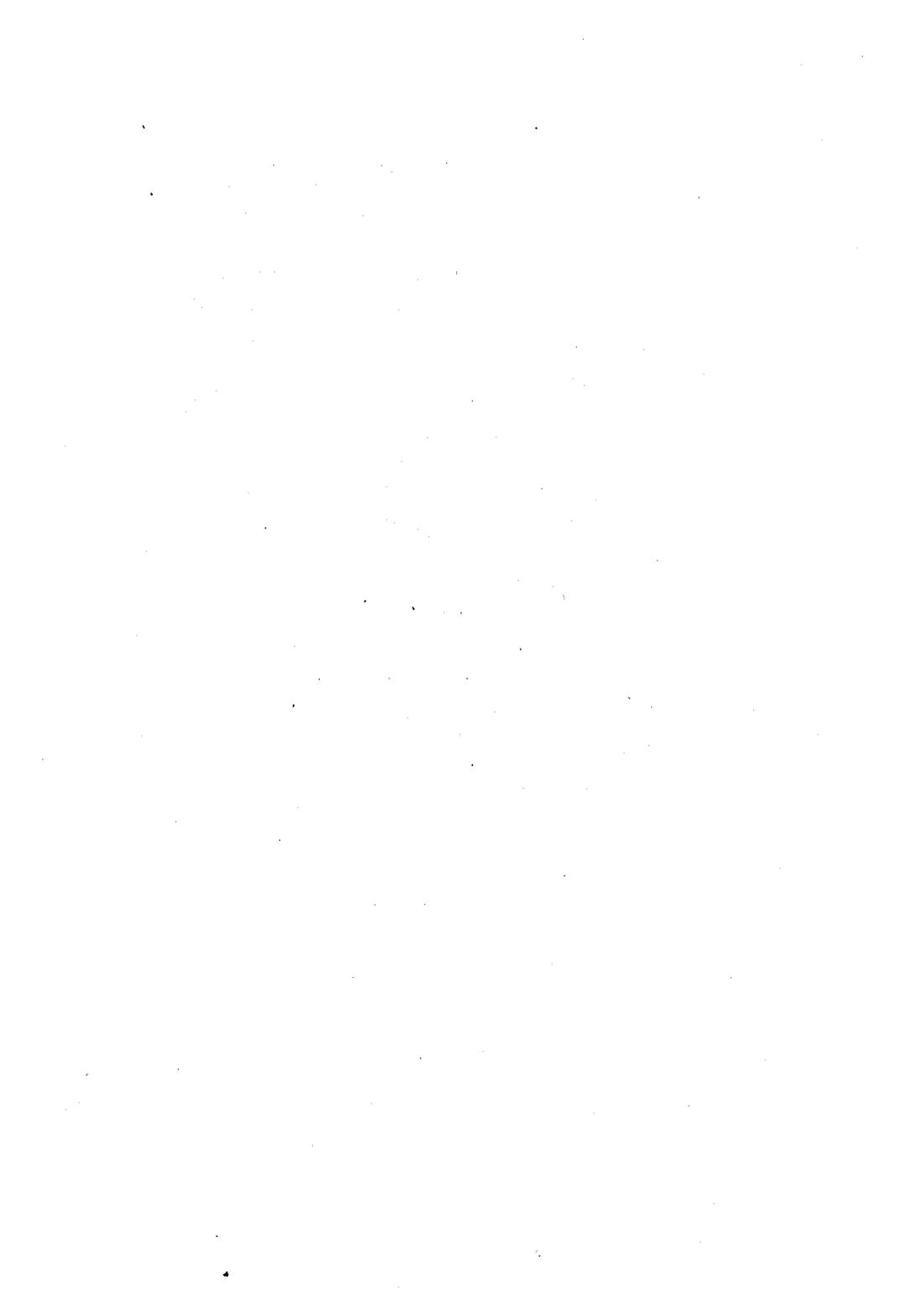
En otras palabras, lo que señalan los indicadores en muchos casos se puede decir que no coincide con las condiciones que en la vida cotidiana enfrentan las mujeres que se entrevistaron. Los indicadores ge-

9 Carlos Zolla y Ana María Carrillo (1998).

10 Carlos Zolla y Ana María Carrillo (1998).

nerales como mortalidad y morbilidad, así como cobertura de la población por los servicios de salud encierran diferencias en cuanto a clase, tipo de trabajo, género, edad, región y acceso a los servicios que no necesariamente están explícitos en los indicadores generales, aunque sí permiten una fotografía general de la población en un momento dado y que puede ser comparada con otras poblaciones y a través del tiempo. La riqueza de los indicadores estadísticos es su relativa estabilidad y estandarización, así como la representatividad de la población.

Pero recoger de viva voz de las mujeres, que en su mayor parte representan a las usuarias de los servicios de salud, las experiencias, estrategias, prácticas y percepciones sobre el cuidado de la salud/enfermedad/atención, nos permite también conocer la cotidianidad de la historia y vida de las mujeres que llaman la atención a otro campo de conocimientos que cumplen una función central en el mantenimiento de la salud propia y de la familia.



CAPÍTULO 1

La salud de las mujeres desde los indicadores

La salud de una población tradicionalmente se presenta a través de una serie de indicadores que muestra de qué enferman y mueren las personas que son atendidas en los servicios de salud, cuáles son los recursos destinados a este rubro, cuántos hijos en promedio tienen las mujeres, cuáles son las diferencias en las causas de morbilidad y mortalidad por sexo, edad, estados del país, regiones; cuáles son las acciones, metas y coberturas; si la población usa anticonceptivos, en qué medida, de qué tipo, cómo accede a ellos. La información que se recaba principalmente en las instituciones de salud¹¹ es a su vez recogida y sistematizada por organismos especialmente dedicados a ello, los cuales la agrupan, la comparan y la difunden para su análisis y la toma de decisiones en las políticas públicas.

En México y en Sonora ha habido un importante avance en el registro y sistematización de información estadística en materia de salud. La Secretaría de Salud es la cabeza de sector encargada de presentar la mayoría de los concentrados en cuanto a las causas de morbilidad y mortalidad de la población atendida en las instituciones de salud, tanto de la seguridad social como los de población abierta. No

11 Las instituciones principales en la cobertura de la población en Sonora son la Secretaría de Salud, que atiende la población abierta; el IMSS, el ISSSTE y el ISSSTESON, que atienden a la población de la seguridad social.

obstante, persisten una serie de problemas en el registro, sistematización y regularidad con la que se presenta, lo que dificulta el análisis de las condiciones de salud de la población con una mayor oportunidad. También se observa un marcado centralismo en el suministro de la información, a pesar de que la descentralización de los servicios de salud empezó hace casi una década en el estado.

El presente apartado se refiere a una serie de indicadores de salud, especialmente sobre la salud de las mujeres en la entidad, ubicando a Sonora frente a los indicadores nacionales y de la frontera norte, que permitieron comparar los logros, obstáculos y retos para el futuro. Es un trabajo exploratorio que busca reconocer las principales tendencias en las condiciones de salud y salud reproductiva, que realiza una aportación al campo del conocimiento de la salud de las mujeres y apoya con evidencia empírica a posibles líneas de investigación importantes en la salud reproductivas de la población femenina.

Acotaciones metodológicas: selección y revisión de las fuentes de información

La información sobre la salud reproductiva en Sonora se recopiló en distintas fuentes estadísticas de los servicios públicos de salud, que permitiera hacer diversas ordenaciones que no se encontraban en otros niveles. Una razón importante para hacer esta recopilación estadística es que no existían otros trabajos con esta temática con respecto a Sonora, sobre todo con información continua de la última década.¹² Se revisaron documentos propios de las instituciones

¹² Un trabajo similar, pero haciendo una revisión de todas las causas de morbilidad y mortalidad en Sonora, fue el realizado por Denman y Haro (1990), para la década de los 80.

como anuarios estadísticos, tanto estatales como nacionales. También se revisó la fuente bibliográfica de trabajos sobre la región y sobre el país que contiene información agregada.

El objetivo inicial de la revisión buscaba conocer hasta donde fuera posible estos indicadores por regiones en el interior del estado. También se planteaba reconocer los indicadores por sexo, sectores productivos y grupos de edad. Sin embargo, no fue posible cumplirlos todos los propósitos debido a diversas limitaciones, que comentaremos más adelante.

La revisión principal se hizo en los niveles centrales de cada servicio de salud: IMSS, SSA, ISSSTE e ISSSTESON, para obtener la información lo más desagregada posible. Cuando se realizó la revisión en las delegaciones estatales, encontramos que la información sistematizada se presenta principalmente de manera agregada: la información por regiones, edades, sexo y ocupación no fue posible obtenerla. Además, existen diferencias organizacionales de los servicios de salud, por lo que la sistematización de sus archivos también es diferente. Este aspecto hizo más difícil la comparación. Una de las diferencias principales es la regionalización que maneja cada uno, es decir, no tienen regiones comunes.

En cuanto a este último aspecto, la Secretaría de Salud organiza sus servicios por jurisdicciones sanitarias, que son cinco y el IMSS los presenta por subzonas, que son tres: centro, sur y norte, y por niveles de atención. El ISSSTE y el ISSSTESON también dividen sus servicios por subzonas, pero no por nivel de atención. En estos dos últimos se obtuvo información del hospital regional, que concentra la atención a gran parte de la población derechohabiente de cada institución.

La revisión de fuentes se hizo en los servicios de salud de mayor cobertura. En 1990, este tipo de servicios en Sonora fueron los de la seguridad social con un 66%; dentro de ésta, el IMSS cubrió 56% de la población; la Secretaría de Salud Pública de Sonora (SSP) atendió la población abierta que para este mismo año representó al 33% de la población.

La recopilación se inició en la Secretaría de Salud Pública de Sonora, particularmente en el Departamento de Planeación, lugar donde se lleva a cabo el registro de todos los servicios de salud del estado, además de los de la propia Secretaría. Aquí cabe hacer el comentario que según la normatividad del sector salud, la SSP asume el papel de cabeza del mismo. Dentro de tal normatividad existe la obligación de todas las instituciones de notificar los casos de ciertas enfermedades, así como algunas acciones médicas, para que de esta forma la SSP presente los datos de manera concentrada. Desgraciadamente la oportunidad con la que se realiza esta tarea de parte de las instituciones y el tiempo que a su vez necesita la Secretaría para presentar lo recopilado no hace posible acceder a la información de manera ágil y directa.

Durante el trabajo de revisión se realizaron algunas entrevistas a los responsables de programas estatales de maternoinfantil, enfermedades transmisibles y salud reproductiva. En éstas se obtuvieron a algunas explicaciones del manejo y organización de los datos. También se tuvo acceso a los programas estatales de atención que manejan y algunos documentos de gran utilidad que alimentaron la organización de los cuadros estadísticos que aquí se presentan.

Posteriormente se revisaron los archivos de la Delegación Estatal del IMSS. Este servicio de la seguridad social es el que tiene mayor cobertura, población compuesta sobre todo por la planta de trabajadores

de Sonora. Se examinaron algunas estadísticas directamente con los responsables de programas de salud de la institución, así como anuarios a nivel nacional. Durante el análisis se observó que el IMSS tiene una organización de su información bastante amplia; sin embargo, la institución remite a nivel central la mayor parte de ésta, la cual es regresada de manera global a su vez a las delegaciones. En las propias oficinas centrales no fue posible obtener datos de forma desagregada por subzonas en el estado, ya que implicaba otra estrategia de revisión como recurrir a la coordinación médica de cada subzona. Actualmente se llevan a cabo tareas de descentralización en el manejo de la información, pero todavía es un proceso inicial y lento.

De los demás servicios de seguridad social, como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON), la información obtenida se refiere principalmente al hospital regional de cada uno de ellos, como principales centros de atención de los derechohabientes de todo el estado, así como de anuarios estadísticos.

Respecto al ISSSTE, la búsqueda de datos a nivel estatal se obtuvo principalmente de los anuarios estadísticos, ya que en las oficinas de la Delegación donde se sistematizaban los indicadores se encontraban muy dispersos. Se observó, al igual que en el IMSS, una marcada centralización de la información. La revisión de los datos hospitalarios permitió obtener información sobre indicadores que no se encontraron en las oficinas centrales, ni en los anuarios y considerando que, de la población total derechohabiente del ISSSTE, una proporción significativa se atendía en el Hospital Regional de Hermosillo, Sonora. Los datos obtenidos en

esta institución ofrecen una idea clara de la información que a nivel estatal hubiera podido conseguirse.

Por su parte, en el ISSSTESON no se sistematizaban algunos de los indicadores, ya que su sistema organizativo de servicios subrogados¹³ le ha dificultado a la institución una sistematización continua y completa de sus servicios y diagnósticos. La sistematización a nivel estatal registra principalmente aspectos como número de derechohabientes, sistema de pensiones y jubilaciones, así como otra serie de prestaciones, más que causas de morbilidad de manera regional, por edad, sexo y ocupación. Sí se reportan los casos de notificación obligatoria a la Secretaría de Salud.

En Hermosillo se encuentra el hospital "Ignacio Chávez", principal nosocomio del ISSSTESON, que cubre la mayor parte de los derechohabientes del estado. Los datos que aquí se presentan pertenecen fundamentalmente a este centro hospitalario, que al igual que en el caso del ISSSTE, muestran algunas ideas importantes de lo que ocurre en el resto de la entidad, como en el caso de indicadores sobre morbilidad, causas de egreso hospitalario y consulta externa.

Hay que enfatizar que los datos encontrados en distintas fuentes también difieren. Desgraciadamente los registros y los criterios para ello no son iguales en todas las instituciones y servicios de salud. Algunas de las veces estas diferencias son mínimas, pero en otras se llega a algunos puntos porcentuales en la misma información. En los cuadros seleccionados se cuidó de no presentar muchos que tuvieran datos sobre el mismo asunto y año que fueran diferentes; sin

13 Los servicios subrogados son aquellos que la institución paga a médicos y clínicas particulares, ya sea para lograr una mayor cobertura o por la falta de esos servicios.

embargo no pudimos salvar totalmente esta situación.

Los sistemas de información sobre la salud y enfermedad en México aún están lejos de homogeneizar totalmente el registro, codificación y los propios resultados, entre los diferentes servicios de salud. Sin embargo, hay que reconocer que se ha avanzado en este aspecto, así como el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), que de manera gradual ha evolucionado en este camino.

A pesar de esto, se efectuó la revisión de las principales fuentes oficiales de los indicadores de salud, y aunque éstas presentan importantes limitaciones, es una referencia obligada en los estudios sobre la salud/enfermedad/atención de la población. Se ha mencionado en otros trabajos los problemas de las fuentes de información institucionales que permitan conocer aspectos de la salud con mayor continuidad y alcance, tanto dentro del sector salud como de otros organismos.¹⁴

El manejo de la información en la elaboración de algunos de los cuadros buscó presentarlos de la manera más sistemática posible, haciendo en ocasiones síntesis de varios de los cuadros agregados recopilados. Éstos, por un lado, facilitaron la ilustración, pero la descripción de esos indicadores se dificultó porque en muchos de los casos no tenían secuencia, ya sea porque la propia institución de salud no lo registraba como tal o bien porque no eran reportados a la Secretaría, encargada de hacer las presentaciones agregadas de los datos. En algunas ocasiones aparecen algunas variables en ceros en instituciones como el ISSSTE y el ISSSTESON, no porque no tuvieran esos eventos o acciones realizadas, sino porque no se reportaban con la oportunidad requeri-

14 Estudios como el de FLACSO (1993).

da. La sistematización y presentación de los agregados estadísticos por la Secretaría de Salud no hacía la aclaración pertinente y esto se dedujo de los propios datos y en aclaración directa con los responsables.

Una limitante importante en la presentación de los datos en anuarios, programas de trabajo y recopilaciones estadísticas diversas revisadas es que no contenían un apéndice metodológico de cómo se obtenían los datos, qué operaciones matemáticas se aplicaron para llegar a ellos, así como tampoco los ajustes necesarios para la presentación. Esto sugiere, por un lado, que quienes los consultan aceptarán a pie juntillas lo ahí registrado, y, por otra, que los consultantes son expertos en descifrar e interpretar los datos, lo que no hace necesario explicitar la metodología. Esta aclaración viene al caso para señalar, a nuestra vez, que los datos que se ofrecen a continuación se tomaron de los registros, en la mayoría de los casos tal y como se presentan. En pocas ocasiones se pudieron hacer cálculos de manera desagregada o distinta a los que ya existían, cuando más, algunos resúmenes y suma de frecuencias sobre todo, para hacer algunas comparaciones.

Descripción de cuadros¹⁵

Aspectos sociodemográficos

La región fronteriza del norte, formada por los estados de Baja California Norte, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas, presenta mejo-

¹⁵ Las referencias a los cuadros se abrevian como C. y la numeración es continua. La mayoría se anotan entre paréntesis.

res índices de bienestar respecto al resto del país, en cuanto a aspectos como escolaridad, vivienda, servicios de salud, tipos de enfermedades y causas de muerte. Esta diferencia se observa en la mayoría de los indicadores que se incluyen en esta revisión.

Sonora sostuvo un considerable crecimiento de su población de 1940 a 1970 y a partir de esta década inició la disminución de la tasa de crecimiento, pasando de 3.12% en 1980 a 1.91% en 1990 (C.1); el descenso de crecimiento ocurrió al mismo tiempo que la disminución de la tasa de fecundidad general, que había alcanzado los mayores índices de crecimiento en las décadas de 1950-1960; el promedio de hijos nacidos vivos que en 1970 descendió a 3.10, en 1990 fue de 2.50 (C.2).

La esperanza de vida ha ido en aumento durante las últimas décadas, tanto a nivel nacional como estatal: en 1940 era de 48.77 años para la población en general; en 1960 aumentó a 62.11 y en 1990 se estimó en 70.2 años; y la tendencia ascendente continúa (C.3). Esta tendencia presenta diferencias según el sexo: de acuerdo con datos de INEGI, la esperanza de vida para 1998 de la población mexicana femenina era de 77 años y la de los hombres se estimaba en 70.7 años.

La región de la frontera norte mantiene una tasa de natalidad por abajo de la nacional: en 1990, la tasa nacional fue del 33.7, para la frontera, 28.7, y particularmente para Sonora fue del 28.8 (C.4). Cinco años después se puede observar esta tendencia y en 1995 México registró una tasa del 30.2 y Sonora, un 26.9 (tasa por mil habitantes) (C.5).

Por otra parte, en el estado, la mortalidad presenta una tendencia a la baja; en 1990, por cada 1000 habitantes hubo 5.1 defunciones, y para 1998 se estimó en 4.4.

Los datos llaman la atención sobre un asunto que debe plantearse como un reto importante para el estado y los programas de atención de la salud. Esto tiene que ver con lo que implica que las tasas de mortalidad disminuyan y la esperanza de vida aumente. Los años ganados en ésta deben buscarse en cómo se viven, el uso de los servicios de salud, la morbilidad que presenta la población mayor y las tendencias que actualmente se registran. Son datos que recuerdan la importancia de la atención primaria a la salud en los grupos de edad jóvenes, población actualmente mayoritaria, según la pirámide de población que se describe en seguida.

Los cambios demográficos han impactado la pirámide poblacional, como se aprecia en el C.6: la distribución porcentual en tres grandes grupos por edad ha ido cambiando sus proporciones: el grupo de 0-14 años que representaba el 41% de la población en 1950, ocupando el segundo lugar y alcanzando su máxima proporción y primer lugar en importancia en 1970, con un 46.1%, por la promoción de una política de población pronatalista sostenida en las décadas anteriores. A mediados de los 70 la política de población cambió y se planteó disminuir las tasas de fecundidad de las mujeres mexicanas, bajo el objetivo de adecuar el crecimiento poblacional al desarrollo del país.¹⁶ Para ello se inició el Programa Nacional de Planificación Familiar, que buscaba disminuir las tasas de fecundidad. Efectivamente, las acciones encaminadas a la reducción de la fecundidad se lograron de manera gradual, lo que se observa en la composición por grupos de edad de la población lustros más adelante. El grupo de edad mayoritario en 1970 (de 0

16 Juan G. Figueroa , en Carlos Welti (coord.) (1997).

a 14 años), señalado arriba, representó el 35.6% en 1990; a su vez, aumentó considerablemente la proporción del grupo de 15-44 años para este mismo año, alcanzando el 47.8%, casi la mitad de la población total del estado (gráfica 1), de la cual casi el 22% lo representaba la población de 15 a 24 años. (C.7, gráfica 2)

La importancia de este grupo de edad reside en que representa el espacio de la vida de la población en donde ocurre el inicio de la vida sexual, la mayor parte de los fenómenos reproductivos, y se afrontan una serie de riesgos como las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo, parto y puerperio, las consultas de planificación familiar y uso de anticonceptivos y es el grupo que presenta la mayor demanda en los servicios de salud, principalmente por los rubros arriba mencionados.

En cuanto la población mayor de 45 años, a partir de la misma década de los 50 ha aumentado del 14.8% al 15.6%, en 1990. Para 1995 la tendencia al aumento continúa. El impacto de este grupo se está reflejando en diversos ámbitos de atención a este grupo, entre éstos la atención a la salud. A medida que el grupo de mayor edad aumente, las causas de morbilidad y mortalidad continuarán con mayor importancia en las enfermedades crónico-degenerativas y la demanda de atención a los servicios de salud para las mismas serán cada vez mayores utilizando aquellos servicios de mayor costo.

La concentración urbana es otro aspecto importante que ha presentado Sonora, en mayor medida que a nivel nacional. La proporción entre la población rural y la urbana,¹⁷ en la década de los 40 favorecía a la

17 Se considera población urbana a la que vive en localidades con más de 2,500 habitantes.

población rural: en 1940 existía el 67.3% de la población en el medio rural y el 32.7% en los centros urbanos. Sin embargo, a partir de 1960 más de la mitad de la población se asentó en los centros urbanos, representando el 57.6%. La concentración aumentó y para 1990 el 79% de la población se consideró urbana, contra el 20.86% de población rural.

De la población urbana, el 57% vive en 11 ciudades del estado, siendo la mayor Hermosillo, la capital, que concentra la cuarta parte del total. La tendencia de concentración urbana continúa. Según datos del Censo de 1995, Sonora clasificó 81.4% de su población como urbana y al 18.6% como rural (C.8, gráfica 3). A nivel nacional, estas proporciones fueron del 73.5% y 26.5, respectivamente. En estos cambios hay que considerar la crisis en el campo que ha venido afrontando el país en las últimas décadas.

La distribución poblacional, ascendentemente urbana, impacta en una serie de aspectos de las dinámicas poblacionales, como la demanda de satisfacción de necesidades de vivienda, empleo, escuela y atención a la salud, que se han vuelto complejas debido a la situación de crisis económica que el país ha vivido.

Otro aspecto social importante de Sonora y la frontera es el de escolaridad (C. 9-11, gráfica 4). La frontera norte se ha caracterizado durante décadas por presentar mejores indicadores de bienestar general para su población que los promedios nacionales. En 1990, el 12.4% de la población en el país era analfabeta y para 1995 esta proporción disminuyó al 10.6%. Los estados fronterizos, las Bajas Californias, Sonora, Chihuahua, Nuevo León, Coahuila y Tamaulipas en general presentan la mitad o menos de esta tasa en sus poblaciones. Particularmente Sonora presentó en 1990 el 5.6% y en 1995 el 4.9%; Nuevo León es el estado que ha logrado la menor tasa de

analfabetas durante estos años (de 4.6 a 3.8%, respectivamente).

En cuanto años cursados, la población del país presenta un promedio de 7.2 años, es decir, un poco más del primer año de secundaria. Sonora muestra 8 años de escolaridad, es decir, hasta el segundo año de este nivel educativo; Nuevo León registra un poco más que la secundaria terminada, es decir, 9 años cursados.

Por grupo de edad, es interesante resaltar que en Sonora los mayores de 15 años se concentran por su escolaridad con nivel preparatoria y superior con el 32.3%. Aunque se les haya clasificado en estos niveles, aquellos que sólo hayan aprobado alguno de los grados, es un nivel alto comparado con el resto del país.¹⁸

La incorporación de las mujeres al mercado laboral se ha ido incrementando, tanto a nivel nacional como estatal: las crisis económicas que ha sufrido el país en las dos últimas décadas han propiciado en parte que esta situación se mantenga y que las mujeres busquen mejores condiciones de vida para sus familias; por otro lado, se han ido construyendo, aunque lentamente, nuevos caminos de apoyo al desarrollo e incorporación de la mujer a diferentes ámbitos productivos.

Los datos del Censo de 1990 y el Conteo de 1995 (C.12-13), en cuanto a la población mayor de 12 años según condición de actividad económica, sugieren que quienes tradicionalmente se ocupaban sólo de los quehaceres domésticos, la población femenina, han ido disminuyendo: en 1990, a nivel nacional casi el 57% de la población femenina se dedicaba a es-

ta actividad, en 1995, bajó al 53%; en Sonora estas proporciones fueron del 52% y 46% respectivamente, es decir, en Sonora hay una proporción mayor de mujeres que trabajan asalariadamente.

Los datos sobre población económicamente activa (PEA), clasificada por sexo, para estos mismos años apoyan la tendencia: a nivel nacional se pasó de una tasa de empleo femenino del 20 al 35%. En Sonora estas proporciones fueron del 21 y 35%, respectivamente, es decir, que de cada cien trabajadores en el estado, 35 son mujeres. La tendencia ascendente de la incorporación de la mujer al trabajo asalariado, ya desde hace algunos lustros en el país y la entidad, muestra que las necesidades de atención a la salud para las mujeres trabajadoras irán también incorporando nuevas demandas. La identificación de causas de morbilidad específicas que tienen que ver con las condiciones de trabajo necesariamente deberán tomarse en cuenta en la formulación de las políticas públicas dirigidas a ellas.

Cuadro 1

Evolución de la población total, tasa de crecimiento nacional y estatal, 1940-1990

| Año | Nacional | | Estatal | |
|------|------------|---------------------|-----------|---------------------|
| | Total | Tasa de crecimiento | Total | Tasa de crecimiento |
| 1940 | 19,653,552 | - | 364,176 | - |
| 1950 | 25,791,017 | 2.69 | 510,607 | 3.37 |
| 1960 | 34,923,129 | 3.08 | 783,378 | 4.38 |
| 1970 | 48,225,238 | 3.40 | 1,098,720 | 3.58 |
| 1980 | 66,846,833 | 3.21 | 1,513,731 | 3.12 |
| 1990 | 81,249,645 | 1.95 | 1,823,606 | 1.91 |

Fuente: Información censal citada en CONEPO (1992), Indicadores demográficos en Sonora.

Cuadro 2

Promedio de hijos nacidos vivos en Sonora, 1970-1990

| | 1970 | 1980 | 1990 |
|---------------|-----------|-----------|-----------|
| Total mujeres | 1,050,164 | 1,450,182 | 1,604,386 |
| Promedio | 3.10 | 2.80 | 2.50 |

Fuente: CONEPO (1992), *Breviario sociodemográfico Sonora*.

Cuadro 3

Evolución de la esperanza de vida al nacer. Nacional y estatal, 1940-1990

| Año | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 |
|----------|-------|-------|-------|------|-------|------|
| Nacional | 41.6 | 46.9 | 57.5 | 61.1 | 66.2 | 69.1 |
| Sonora | 48.77 | 54.66 | 62.11 | 64.9 | 67.57 | 70.2 |

Fuente: CONEPO (1992), tomado de *Breviario sociodemográfico Sonora*.

Cuadro 4

Tasa de natalidad en México, frontera norte
y Sonora, 1990

| | |
|-----------|------|
| México | 33.7 |
| Frontera* | 28.7 |
| Sonora | 28.8 |

* Incluye los municipios fronterizos del norte

Fuente: Asociación Fronteriza Mexicano Estadounidense de Salud (1994), *Perfiles de salud de las comunidades hermanas. Frontera México-Estados Unidos, 1986-1991*, tasa por 1000 habitantes.

Cuadro 5

Indicadores sociodemográficos en Sonora y México 1995

| Indicador | México | Sonora |
|---|--------|--------|
| Tasa de natalidad (por cada 1000 habitantes) | 30.2 | 26.9 |
| Tasa de mortalidad (por cada 1000 habitantes) | 4.7 | 4.7 |
| Tasa global de fecundidad (hijos/mujer) | 2.8 | 2.4 |
| Esperanza de vida al nacer (años) | 72.0 | 73.5 |

Nota: Se define la fecundidad "como la capacidad efectiva de una mujer, un hombre o una pareja, de 'producir' un nacimiento; es decir, se relaciona con la cantidad de hijos que cada mujer tiene en su vida fértil. La natalidad se vincula con la cantidad de nacimientos ocurridos, en cierto periodo, en una población con relación al total de personas que la componen", Carlos Welti (1997), p.99.

Fuente: INEGI (1996), *Conteo de Población y Vivienda, 1995*.

Cuadro 6

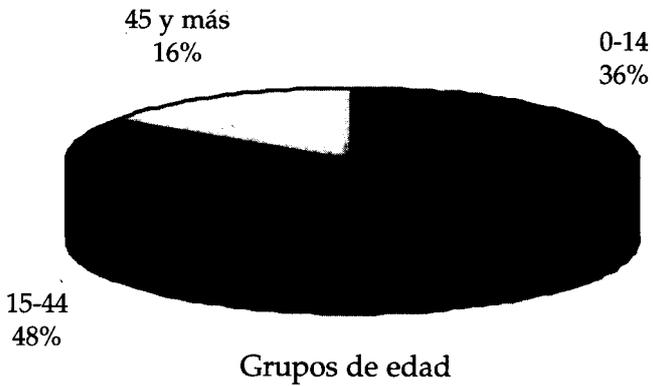
Distribución porcentual de la población de Sonora en 3 grupos por edades, 1950-1990

| Grupo de edad | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 |
|-----------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|
| 0 - 14 | 41.0 | 44.5 | 46.1 | 42.1 | 35.6 |
| 15 - 44 | 44.2 | 42.6 | 40.6 | 43.8 | 47.8 |
| 45 y más | 14.8 | 13.7 | 13.5 | 14.1 | 15.3 |
| Total población | 510,607 | 783,378 | 1,098,720 | 1,513,731 | 1,823,606 |

Fuente: Porcentajes obtenidos de los totales de los datos censales de 1950-1990, tomado de CONEPO (1992), *Breviario sociodemográfico Sonora*, Gobierno del Estado de Sonora.

Gráfica 1

Distribución porcentual de la población en 3 grupos por edades de Sonora 1990



Cuadro 7

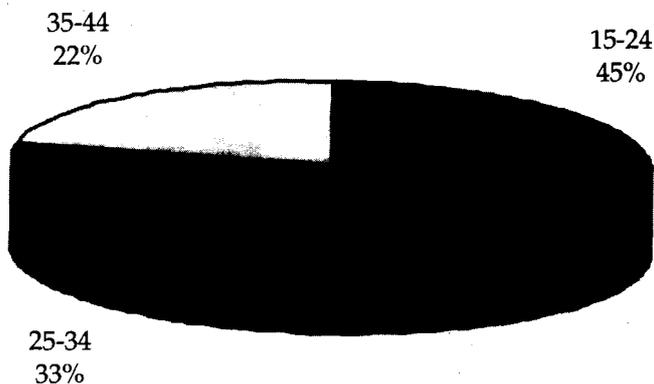
Población de Sonora en edad reproductiva, por sexo, 1990

| Años | Hombres | % | Mujeres | % | Total | % |
|--------------|---------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| 15 - 24 | 200,193 | 21.8 | 198,727 | 21.9 | 408,920 | 21.9 |
| 25 - 34 | 139,261 | 15.2 | 145,028 | 16.0 | 284,289 | 15.6 |
| 35 -44 | 95,704 | 10.4 | 94,744 | 10.4 | 190,448 | 10.5 |
| Subtotal | 435,158 | 47.5 | 438,499 | 48.3 | 873,657 | 48.0 |
| Total Sonora | 915,088 | 100.0 | 908,518 | 100.0 | 1,823,606 | 100.0 |

Fuente: INEGI (1992), XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, Sonora.

Gráfica 2

Población de Sonora en edad reproductiva
por sexo, 1990



Grupos de edad

Cuadro 8

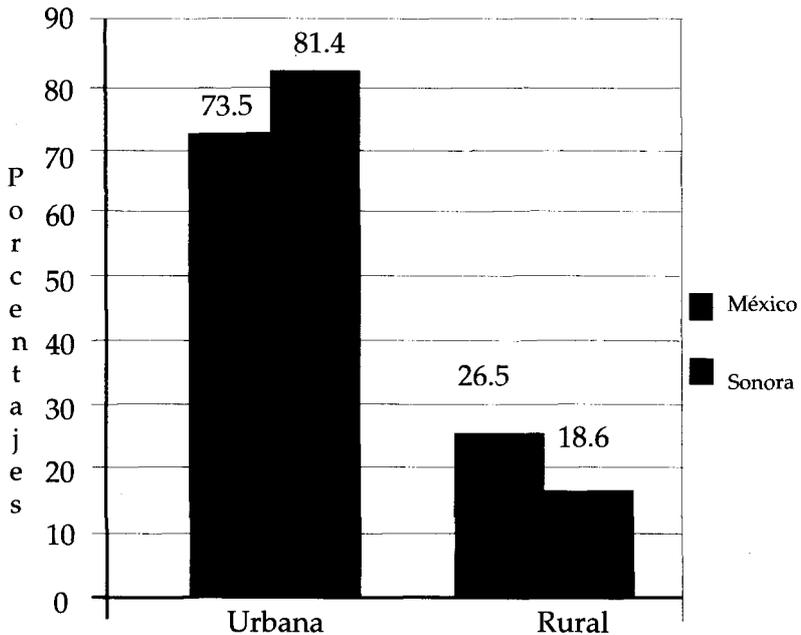
Proporción de la población urbana y rural en México y Sonora, 1995

| Lugar | Urbana | Rural |
|--------|--------|-------|
| México | 73.5 | 26.5 |
| Sonora | 81.4 | 18.6 |

Fuente: INEGI (1996), *Conteo de Población y Vivienda, 1995*.

Gráfica 3

Proporción de la población urbana y rural en México y Sonora, 1995



Cuadro 9

Proporción de la población de 15 años y más que es analfabeta en México y los estados fronterizos, 1990 y 1995

| | 1990 | 1995 |
|-----------------|------|------|
| Nacional | 12.4 | 10.6 |
| Baja California | 5.0 | 4.5 |
| Sonora | 5.6 | 4.9 |
| Chihuahua | 6.1 | 5.4 |
| Nuevo León | 4.6 | 3.8 |
| Coahuila | 5.5 | 4.8 |
| Tamaulipas | 6.9 | 6.0 |

Fuente: INEGI (1992), *Censo General de Población y Vivienda, 1990. Resultados definitivos*; INEGI (1996), *Conteo de Población y Vivienda, 1995. Resultados definitivos*.

Cuadro 10

Grado promedio de escolaridad aprobado por la población de 15 años y más en México y estados fronterizos, 1995

| Lugar | Años |
|-----------------|------|
| Nacional | 7.2 |
| Nuevo León | 9.1 |
| Coahuila | 8.1 |
| Baja California | 8.0 |
| Sonora | 8.0 |
| Tamaulipas | 7.8 |
| Chihuahua | 7.4 |

Fuente: INEGI (1996), *Conteo de Población y Vivienda, 1995. Resultados definitivos*, México.

Cuadro 11

Distribución porcentual de la población de 15 años y más por grupos de edad conforme a nivel de instrucción, Sonora 1995.

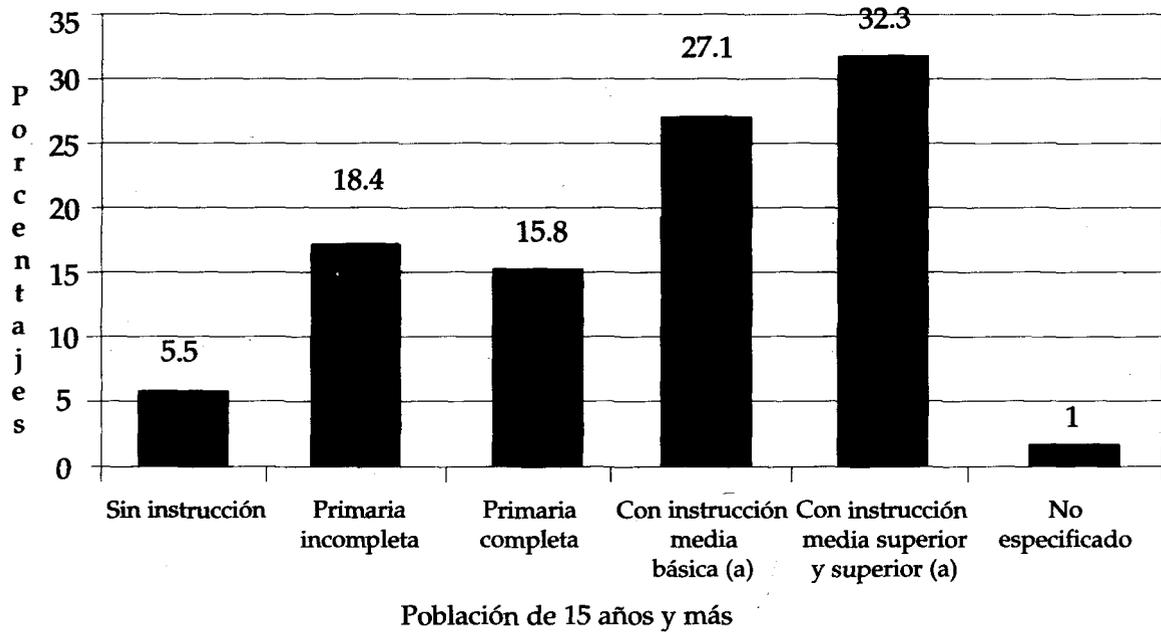
| Nivel de instrucción | Población de 15 años y más | Grupo de edad | |
|---|----------------------------|---------------|----------|
| | | 15 - 24 | 25 y más |
| Sonora | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Sin instrucción | 5.5 | 1.13 | 7.5 |
| Primaria incompleta | 18.4 | 5.9 | 24.2 |
| Primaria completa | 15.8 | 12.6 | 17.3 |
| Con instrucción media básica * | 27.1 | 39.6 | 21.2 |
| Con instrucción media superior y superior * | 32.3 | 40.3 | 28.6 |
| No especificado | 1.0 | 0.3 | 1.3 |

* Incluye la población que tiene algún grado aprobado en cualquier nivel de los aquí considerados.

Fuente: INEGI (1996), *Conteo de Población y Vivienda, 1995. Resultados definitivos, Sonora.*

Gráfica 4

Distribución porcentual de la población de 15 años y más por grupos de edad conforme a nivel de instrucción, Sonora 1995



Cuadro 12

Población de 12 años y más según condiciones de actividad económica en México y Sonora, 1990 y 1995

| Concepto | Nacional % | Estado % |
|---|------------|----------|
| 1990 | | |
| Población de 12 años y más | 100.0 | 100.0 |
| - Población económicamente activa* | 43.0 | 44.7 |
| Ocupados | 97.3 | 97.4 |
| - Población económicamente inactiva ** | 55.1 | 53.3 |
| Estudiantes | 30.3 | 33.1 |
| Quehaceres en el hogar | 56.8 | 52.3 |
| Otro tipo de inactividad | 12.9 | 14.6 |
| - No especificado | 1.9 | 2.1 |
| 1995 | | |
| Población de 12 años y más | 100.0 | 100.0 |
| - Población económicamente activa (a) | 55.0 | 54.0 |
| Ocupados | 96.8 | 97.0 |
| - Población económicamente inactiva (b) | 45.0 | 46.0 |
| Estudiantes | 31.5 | 34.3 |
| Quehaceres en el hogar | 53.3 | 46.3 |
| Otro tipo de inactividad | 15.2 | 19.5 |
| - No especificado | 0.1 | 0.06 |

* Total de personas de 12 años y más que durante la semana anterior a la fecha de la entrevista trabajaron, tenían empleo pero no trabajaron, o buscaron empleo activamente.

** Total de personas de 12 años y más que durante la semana anterior a la fecha de la entrevista no realizaron ninguna actividad económica, ni buscaron trabajo.

Fuente: INEGI (1992), CÓDICE 90, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Resultados definitivos, México; INEGI (1996), Censo de Población y Vivienda, 1995. Resultados definitivos, México.

Cuadro 13

Tasas de participación económica activa por sexo en México y Sonora, 1990 y 1995

| | PEA General | | Hombres | | Mujeres | |
|----------|-------------|------|---------|------|---------|------|
| | 1990 | 1995 | 1990 | 1995 | 1990 | 1995 |
| Nacional | 43.0 | 54.9 | 68.0 | 76.0 | 19.6 | 35.1 |
| Sonora | 44.6 | 54.0 | 67.9 | 72.9 | 21.4 | 35.2 |

Nota: La tasa de participación económica es la proporción de la población de 12 años y más, disponible para la actividad económica.

Fuente: INEGI (1992), CÓDICE 90, IX Censo General de Población y Vivienda, 1990. Resultados definitivos; México; INEGI (1996), Conteo de Población y Vivienda, 1995. Resultados definitivos, México.

Cobertura de los servicios de salud

La cobertura de la población a cargo de los servicios de salud se refiere a la ofrecida por el conjunto de las instituciones sanitarias, tanto las de seguridad social como las de población abierta. El concepto de cobertura se traduce como la capacidad de los servicios de salud en lo que concierne a infraestructura, accesibilidad geográfica y recursos humanos suficientes para brindar atención a la población.¹⁹

Según datos de la Secretaría de Salud, Sonora es uno de los estados del país de mayor cobertura en cuanto a servicios de salud se refiere: desde mediados de los años 80 la cobertura nominal de su población se ha calculado arriba del 90% (C.14, gráfica 5). En 1985 se calculó que casi el 92% de los sonorenses tenían servicios de salud, llegando al 99% en 1990 y 1995. Sin embargo, en 1998 se hizo la reconsideración de parte de la propia Secretaría de Salud para reclasificar la población con cobertura y ésta se determinó en el 95%. Se consideró que el 5% de la población está desprotegida, que incluye un 3% del área rural que no tiene acceso a servicios y un 2% de la población urbana que no recibe servicios regulares de salud. A nivel nacional, la cobertura de la población en general se acerca al 60%.

¹⁹ Definición planteada en la Introducción. En el Programa de la Reforma del Sector Salud se establece que la cobertura se basará principalmente en dotar a la población del Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS), que consta de 13 aspectos como saneamiento básico, manejo de casos de diarrea en el hogar, control de enfermedades como la tuberculosis, parasitarias, infecciones respiratorias, hipertensión, diabetes, así como acciones de vacunas, planificación familiar, atención prenatal y puerperio, accidentes, participación social y prevención del cáncer cervicouterino. La cobertura también se definirá a partir de la verificación de 11 programas sustantivos, así como del funcionamiento de la red de servicios, desde un enfoque principalmente administrativo. Véase OPS (1999).

En esta década se han establecido varios criterios de parte de los organismos internacionales como la OMS y la OPS, que aunque principalmente son administrativos, integran criterios que permiten evaluar la cobertura de una población de manera más integral; entre estos criterios se cuenta la calidad de los servicios. En México los estudios, parámetros y criterios de evaluación de la calidad de los servicios han sido abordados fundamentalmente desde la mirada administrativa, es decir, organizacional, la mayor eficacia de los servicios, los estudios de costo-beneficio y la administración, y algunos sobre el uso de los servicios por los usuarios. Los menos han sido sobre la calidad que muestren el ejercicio de los derechos de la salud (acceso real y atención oportuna, información oportuna y convincente), sobre los derechos sexuales y reproductivos, sobre la satisfacción de los usuarios de la atención recibida, del seguimiento de iatrogenias y negligencias médicas, entre otros.

Según los datos antes mencionados, en Sonora la cobertura alcanzada resulta ser un buen indicador de muchos otros del bienestar de la población, y que resulta mucho más alto que el promedio nacional. Sin embargo, los criterios de calidad, como los mencionados en el párrafo anterior no se registran sistemáticamente y recientemente se han iniciado evaluaciones y seguimientos sobre este aspecto desde las propias instituciones de salud.²⁰

Los servicios de seguridad social han cubierto la mayor parte de la población (C.14): en 1985 el 73.5%

20 José Alfredo Romero Cancio, Héctor Guiscafre Gallardo, Manuel Santillana Macedo (1998). La Secretaría de Salud Pública también ha iniciado algunas evaluaciones sobre estos aspectos, aunque no contamos aún con esas publicaciones.

era derechohabiente de alguna institución de seguridad social y en 1990 la seguridad social cubrió al 66.2% de la población. En 1995²¹ se registró una disminución al 53.4%, seguramente debido a los problemas económicos por los que atravesó el país en la primera mitad de los 90, lo que propició el cierre de fuentes de trabajo. Este impacto negativo también se reflejó en la cobertura declarada por el IMSS, como la institución de mayor cobertura: en 1985 registró el 60%; en 1990 el 56% y para 1995 disminuyó al 41.2%. A nivel nacional (C.15), el IMSS registró el 47.5% de cobertura en este mismo año.²²

De cualquier forma, lo importante que se debe enfatizar aquí es la trascendencia de la institución como prestadora del servicio médico, dirigida a la población de los trabajadores y sus familias.

Por su parte, los servicios para población abierta atendieron al 26.5% en 1985; al 33.8% en 1990 y aumentaron al 46.6% en 1995, cifra consecuente con la disminución de la población atendida por los servicios de la seguridad social.

En términos generales, en cuanto a infraestructura, el sector salud en Sonora (C.16-17) es mayor que el promedio nacional. Sin embargo, algunos indicadores en particular presentan deficiencias: el estado ocupa el décimo lugar de 13 clasificados, según el número de enfermeras por cama, es decir, hacen falta enfermeras. Está en el vigésimo primer lugar por unidades de consulta externa y en el decimoquinto por el número de consultorios, lo que señala algunas

21 IMSS, ISSSTE, ISSSTESON para Sonora y para 1998 se incluyeron los servicios de la Secretaría de la Defensa y de Marina.

22 Cabe mencionar que estos datos de la Secretaría de Salud difieren de la información proporcionada por el propio IMSS: en 1985 el 63.65% de la población de Sonora era atendida por el IMSS, cobertura que aumenta al 69.38% en 1990. A nivel nacional el IMSS registró la proporción del 80% de la seguridad social a nivel nacional. Quizás esto se deba a la propia clasificación de población atendida en el IMSS.

deficiencias en la infraestructura de los servicios; en cuanto a personal médico existente en Sonora en contacto directo con el paciente y personal paramédico, el estado se ubicó en duodécimo lugar.²³

Por otro lado, se hace hincapié en las diferencias dentro de los grupos atendidos y oficialmente "cubiertos" por los servicios, según lo muestra el indicador de cobertura. Los criterios de accesibilidad, disponibilidad, infraestructura y recursos humanos no siempre se equilibran para ofrecer el servicio. Se puede afirmar que aunque la población rural cuente con un centro de salud para población concentrada o dispersa, relativamente cercano, éste es de primer nivel de atención, donde se ofrece el paquete básico de salud, es decir, consulta externa no especializada, y acciones de atención primaria a la salud; para acceder a los centros especializados debe trasladarse a los centros urbanos, lo que le implica gastos y tiempo. Además, en el caso particular de la población abierta, tal atención debe ser pagada, lo que les dificulta la atención y estancia en las ciudades. Habría que preguntarse cuántos casos no buscan este tipo de atención. Aunque los derechohabientes de las instituciones de seguridad social no tienen que realizar estos desembolsos, de todas maneras deben trasladarse a las ciudades en donde se encuentran, lo que va dificultando la búsqueda de resolución de problemas de salud.²⁴ Bajo estas premisas, la cobertura declarada a nivel estatal debe tomarse con las reservas del caso.

Otro rubro en el cual se puede mostrar la cobertura de los servicios en la atención de la salud repro-

23. SSA, *Recursos para la salud 1995*, Dirección General de Estadística.

24. No es intención priorizar los centros de atención especializados, sino enfatizar la falta de acceso a este tipo de servicios cuando sea realmente necesario.

ductiva se refiere a la atención al parto en clínicas y hospitales (C.18): Sonora es uno de los estados de mayor cobertura, la cual fluctúa entre el 90.3% y el 95.5%; es superado por los estados fronterizos de Coahuila y Baja California Sur. La proporción registrada a nivel nacional es del 68.8%

Esto sugiere una alta medicalización del parto en el norte del país, aspecto que se asocia con el desarrollo y la concentración urbana; podría tomarse también como un indicio de que la población tiene acceso a los servicios de salud. Desde 1974 este incremento ha sido constante (C.19), sobre todo en las instituciones del sector público. En contraposición, la práctica de atención del parto con parteras ha disminuido considerablemente: del 39.9% en 1974-1976 al 11.5% en 1993-1995.

Las tasas de atención prenatal también han aumentado en las últimas dos décadas: consecuentemente con lo señalado en los párrafos anteriores, el personal de salud ha sido el principal encargado de cubrir esta atención: a mediados de los años 70 se registró que el 55% de las mujeres embarazadas en México recibieron atención prenatal por este personal, y para mediados de los años 90, este porcentaje fue del 86%. No así la atención al puerperio, donde es posible detectar a tiempo una serie de problemas que pueden ocasionar serias secuelas y hasta la muerte. La atención del puerperio por las instituciones de salud no alcanza las tasas de cobertura que se tienen en el embarazo y parto; entre 1993 y 1995 se atendió al 52.4% de las mujeres del área urbana y al 37.5% de las mujeres del área rural. Las condiciones como escolaridad, paridad y lugar de residencia son elementos importantes que influyen en la atención del puerperio: las mujeres con menos escolaridad, con menos hijos y de residencia rural, son el sector de las muje-

res menos atendidas por los servicios de salud.²⁵ Esto no quiere decir que ellas no lleven a cabo otras prácticas de la medicina doméstica y tradicional.

25 CONAPO (1996).

Cuadro 14

Cobertura nominal por institución de salud en Sonora, 1985-1998

| Institución | 1985 | 1990 | 1995 | 1998* |
|-----------------------------|------|------|------|--------|
| Cobertura sector** | 91.7 | 99.0 | 98.8 | 95.0 |
| Seguridad social* | 73.5 | 66.2 | 53.4 | 68.5 |
| IMSS | 60.0 | 56.0 | 41.2 | 54.8 |
| ISSSTE | 9.5 | 6.6 | 8.3 | 7.6 |
| ISSSTESON | 4.0 | 3.6 | 3.8 | 5.7 |
| Población abierta * | 26.5 | 33.8 | 46.6 | 31.5 |
| Secretaría de Salud Pública | 18.2 | 33.8 | 45.4 | 26.5 |
| Población desprotegida | 8.3 | 1.0 | 1.2 | 5.0*** |

* 1997 y 1998 incluyen también población de SEDENA y Marina.

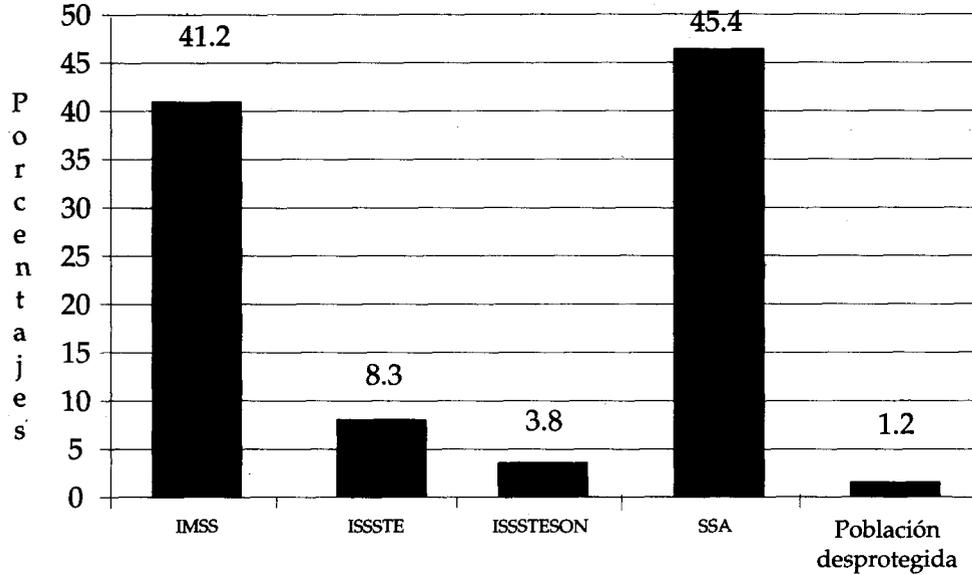
** La población abierta es aquella que no cuenta con los servicios de la seguridad social y es atendida por los servicios de la Secretaría de Salud.

*** Para 1998 se considera un 5% de población desprotegida, donde el 3% en área rural no tiene acceso a servicios regulares de salud.

Fuente: INEGI (1994), *Agenda estadística*, México; Gobierno del Estado de Sonora, *Anuario Estadístico 1993*, Sector Salud; SSP y Registro Nominal de la Seguridad Social, *Estudio de Regionalización Operativa (ERO)*, 1994-1997, Gobierno del Estado de Sonora.

Gráfica 5

Cobertura nominal por institución de salud en Sonora, 1995



Cuadro 15

**Cobertura nominal según institución de salud
en México, 1990**

| | 1990 | % |
|-----------------------------------|------------|-------|
| Población total de México | 81,249,646 | 100.0 |
| Población con seguridad social | 48,028,003 | 59.2 |
| IMSS | 38,575,140 | 47.5 |
| ISSSTE | 8,073,672 | 10.0 |
| PEMEX | 897,337 | 1.1 |
| Secretaría de la Defensa Nacional | 317,805 | 0.4 |
| Secretaría de Marina | 164,049 | 0.3 |
| Población abierta | 33,221,632 | 40.8 |

Fuente: Sistema Nacional de Salud (1992), *Boletín de información estadística* no. 12, vol. 1, tomado de INEGI (1994), *Agenda estadística*, México.

Cuadro 16

Indicadores de los servicios médicos en México y Sonora 1995

| Concepto | México | Sonora | Lugar** |
|--|---------|---------|-----------|
| Médicos por cien mil habitantes* | 111.5 | 129.3 | 7° |
| Enfermeras por cien mil habitantes* | 184.5 | 231.3 | 6° |
| Camas censables por cien mil habitantes* | 84.1 | 112.2 | 4° |
| Consultorios por cien mil habitantes | 47.9 | 55.4 | 9° |
| Consultas generales por mil habitantes | 1,376.0 | 1,850.6 | 5° |
| Intervenciones quirúrgicas por mil habitantes* | 26.9 | 31.9 | 9° |
| Nacimientos atendidos por mil mujeres en edad fértil | 62.4 | 76.7 | 9° |
| Consultas diarias por médico*** | 8.4 | 10.6 | 4° de 23 |
| Intervenciones quirúrgicas diarias por quirófano | 2.6 | 2.0 | 9° de 18 |
| Enfermeras por cama | 2.2 | 2.1 | 10° de 13 |
| Porcentaje de ocupación hospitalaria | 65.4 | 63.4 | 22° de 29 |
| Promedio de días estancia | 3.8 | 4.1 | 8° de 20 |

Nota: No incluye el al sector privado.

* Indicadores calculados con datos de población del *Conteo de Población y Vivienda, 1995*.

** Lugar que ocupa Sonora con respecto a otros estados.

*** Se consideran 220 días hábiles.

Fuente: SSP (1995), *Boletín de información estadística*, no. 15, vol.1; INEGI, *Conteo de Población y Vivienda 1995*, tomado de INEGI (1997), *Perspectiva estadística de Sonora*.

Cuadro 17

Estructura y recursos del sector salud en México y Sonora 1995

| Concepto | México | Sonora | Lugar* |
|---|---------|--------|--------|
| Hospitales generales | 745 | 35 | 5° |
| Hospitales de especialidades | 146 | 5 | 6° |
| Unidades de consulta externa | 14,634 | 302 | 21° |
| Personal médico en contacto directo con el paciente | 101,675 | 2,697 | 12° |
| Personal paramédico | 197,942 | 5,691 | 12° |
| Camas censables** | 76,642 | 2,339 | 10° |
| Consultorios | 43,670 | 1,156 | 15° |
| Laboratorios de análisis clínicos | 1,608 | 60 | 6° |
| Quirófanos | 2,590 | 92 | 7° |

* Lugar que ocupa Sonora con respecto a otros estados.

** Se refiere a las camas de servicio, instaladas en el área de hospitalización para uso regular de pacientes internos; deben contar con los recursos indispensables de espacio y personal para la atención médica. Son controladas por el servicio de admisión de la unidad y se asignan a los pacientes en el momento de su ingreso hospitalario para ser sometidos a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Nota: no se incluye al sector privado.

Fuente: SSP (1995), *Boletín de información estadística* no. 15, vol.1; INEGI, *Conteo de Población y vivienda 1995*, tomado de INEGI (1997), *Perspectiva estadística de Sonora*.

Cuadro 18

Porcentaje de partos atendidos en hospitales públicos en México y estados fronterizos, 1990-1995

| Estado | 1990 | 1995 |
|---------------------|------|------|
| México | 54.3 | 65.8 |
| Baja California | 81.0 | 82.9 |
| Baja California Sur | 97.4 | 95.9 |
| Coahuila | 89.7 | 99.8 |
| Chihuahua | 65.3 | 73.3 |
| Nuevo León | 77.9 | 89.2 |
| Sonora | 76.8 | 90.3 |
| Tamaulipas | 66.3 | 89.3 |

Fuente: Encuesta nacional sobre fecundidad y salud, 1987; Encuesta nacional de dinámica demográfica, 1992; Encuesta nacional de planificación familiar, 1995, tomado de FLACSO (1993), *Mujeres Latinoamericanas en cifras*, México, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, España; FLACSO, con la colaboración de UNICEF-México y FLACSO-Sede México.

Cuadro 19

Distribución porcentual según lugar de atención al parto en México.
Años elegidos: 1974-1995

| Lugar | 1974-1976 | 1985-1987 | 1993-1995 |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Institución del sector público | 38.6 | 49.5 | 68.5 |
| Unidad del sector privado | 21.5 | 21.0 | 20.0 |
| En casa de la mujer o de la partera | 39.9 | 27.5 | 11.5 |

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987; Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, 1992, Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995, tomado de FLACSO (1993), *Mujeres Latinoamericanas en cifras*, México, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, España; FLACSO, con la colaboración de UNICEF-México y FLACSO-Sede México.

Servicios de planificación familiar

Antes de la década de los 70 el número promedio de hijos por mujer en México era de 7, de entonces a la fecha ese promedio ha disminuido considerablemente. Antes de esa década también el gobierno de México sostuvo una política pronatalista, pero desde finales de los 60 la tasa de fecundidad ha ido en descenso. La población presentó una tendencia a la regulación de su fecundidad desde la década de los 60,²⁶ lo que indica un cambio cultural relevante frente a una serie de condiciones económicas y socioculturales en el país. En 1977, cuando se presentó el Programa Nacional de Planificación Familiar, se buscó de manera institucional y sistemática dar a la población información e infraestructura para la regulación de la fecundidad y se establecieron las metas a alcanzar en el descenso de las tasas. Con ello los servicios de salud serían los principales responsables de ofrecer, educar y dirigir prácticas en el uso de los diversos anticonceptivos. Sin embargo, bajo las acciones de regulación de la fecundidad y el uso de anticonceptivos como la estrategia de reproducción, especialmente dirigidas a la población femenina, se cometieron violaciones a derechos reproductivos que se documentaron en diversos estudios.²⁷

Siguiendo lo anterior, el uso de los anticonceptivos, a partir de la puesta en práctica del Programa Nacional de Planificación Familiar, ha ido en aumento año con año. En los primeros años de la dé-

26 Juan Guillermo Figueroa P. (1997).

27 Juan Guillermo Figueroa P. (1997:175), Alejandro Cervantes (1995:25-26) y Jorge Martínez M. (1995:36-37).

cada de los 90, el 63.1% de las mujeres unidas en edades reproductivas usaba algún anticonceptivo; para 1995, esta proporción fue del 66.5% (C.20). En Sonora desde principios de la década de los noventa, la cobertura en el uso de anticonceptivos se registró en un 70.4% (C.22).

A nivel nacional, el uso de los distintos métodos anticonceptivos ha ido cambiando desde mediados de los 70 (C.21): en 1976 la proporción mayor de uso eran los anticonceptivos orales con un 35.9%, cifra que fue disminuyendo y para 1987 era del 18.2%. En Sonora esta tendencia también se aprecia. Según tipo de anticonceptivo empleado, en 1988 el 48.4% de las mujeres atendidas por los servicios de la Secretaría de Salud (población abierta) prefería los anticonceptivos orales, pero esta proporción fue del 43% en 1991 y 37.2% en 1992. En cambio, la práctica de la salpingoclasia fue moderadamente en aumento: en 1988 el 24.2% de las mujeres prefirió este método definitivo, porcentaje que aumentó en 1991 al 25.6% y al 28.8% en 1992.²⁸

Retomando los datos a nivel nacional, según diversas encuestas nacionales de salud y demográficas de 1976 a 1987 (C.21), la salpingoclasia ocupó casi un 9% de las mujeres que usaban algún método anticonceptivo, y para 1987, éste era el método de mayor proporción con un 36.2%. Estos datos sugieren un cambio en los patrones de anticoncepción de la población femenina mexicana, de preferir un método temporal a uno definitivo que indica a su vez cambios en las pautas socioculturales, como alcanzar partos satisfactorios con menor número de hijos, la consolidación del programa de planificación fami-

liar, en cuanto a la oferta y cobertura en el uso de anticonceptivos, el papel de los servicios de salud y quizás también, de parte de las mujeres, la expresión de una mayor capacidad de decisión en cuanto al número de hijos que tendrá. El papel rector del Estado en la promoción, responsable en la toma de decisiones y la aplicación de la política pública de la planificación familiar, apoyó de manera fundamental para que se alcanzaran las metas en la disminución de las tasas de natalidad.

Dentro de estos cambios en las prácticas de anticoncepción según tipo de anticonceptivos, se deben mencionar los métodos tradicionales que han disminuido su uso durante estos años, de 23.3% en 1976 a 14.7% en 1987, es decir, que las mujeres tienen un mayor acceso a anticonceptivos modernos, hay un mayor impacto de los servicios de salud y que las mujeres prefieren asegurar el no embarazarse mediante estos métodos.

Lo anterior se complementa al observar que la proporción mayor de mujeres que recurren a algún anticonceptivo tenían entre 30 y 34 años. Aunque la vasectomía como método anticonceptivo definitivo para hombres presenta una tendencia ascendente, es todavía muy baja: de 0.6% en 1976 al 1.5% en 1987.

En Sonora el uso de anticonceptivos por la población en edad fértil a mediados de la década de los 90 fue del 71.8% (C.22), mayor al del promedio nacional registrado en un 66.5%; a nivel frontera norte este porcentaje también es mayor que el nacional, siendo el estado de Baja California Sur el de mayor uso con el 78%. Sonora presentó un 71.8%.

La distribución de la cobertura entre las instituciones de servicios de salud en Sonora era: el 46% de las consultas demandadas para planificación familiar las ofrecieron la Secretaría de Salud, dirigidas a

la población abierta; el 54% restante fueron atendidas por las instituciones de la seguridad social (C.23). Por métodos, según registros de la Secretaría de Salud del estado, en Sonora la demanda es primordialmente cubierta por el IMSS.

El IMSS es la institución que cubre más población en Sonora. Desde mediados de los años 80 hasta principios de los 90, el método de mayor utilización son los anticonceptivos orales y en menor proporción la salpingoclasia (C.24); aunque la cobertura del grupo de usuarias activas de la institución varía entre los años de 1984 a 1992, el porcentaje del empleo de los distintos métodos se mantiene sin variaciones importantes: en 1984 el 49.6% de las mujeres usuarias activas usaban anticonceptivos hormonales, en 1988 fueron el 42.7% y en 1992 el 44.2%. En cambio, la operación salpingoclasia, para los mismos años, representó el 16.3%, 12.8 y 15.6% respectivamente.

Para el año de 1995, en el IMSS, el uso del DIU (dispositivo intrauterino) duplicaba la utilización de los anticonceptivos orales (C.25), a diferencia de los años anteriores, que se mantenía más o menos equilibrados alrededor de la mitad entre ambos tipos de anticonceptivos.

En el Hospital Regional del ISSSTE también hay mayor empleo de los anticonceptivos hormonales con el 51.7%, siguiéndole en importancia el DIU con un 27%.²⁹

La salud reproductiva en México tradicionalmente se ha visto expresada en la política de planificación familiar; el desarrollo de los indicadores relativos a

²⁹ Aquí cabe hacer la observación que según informe de la Secretaría de Salud en el ISSSTE e ISSSTESON, las nuevas aceptantes por tipo de método anticonceptivo son cero. Sin embargo, en cada una de estas instituciones sí llevan estos registros.

ésta permite conocer cómo las mujeres y hombres, por un lado, y las instituciones responsables, cuidan de ella, resuelven los problemas y cómo son atendidos en los servicios. Es también un campo donde se expresan una serie de condiciones socioeconómicas y culturales, incluyendo las de género, ante la práctica de los anticonceptivos.

Según la Encuesta Nacional de Planificación Familiar de 1995, se observó que las mujeres más pobres, con menos escolaridad y que principalmente vivían en el campo, en una mayor proporción no conocían algún método anticonceptivo, aunque la diferencia en la utilización de los mismos se ha ido reduciendo entre la población del área rural y urbana.

Cuadro 20

Uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil unidas
y adolescentes en México, 1987-1995

| Año | 1981 | 1992 | 1995 |
|-------------------------------|------|------|------|
| Grupo de mujeres | | | |
| Mujeres en edad fértil unidas | 52.7 | 63.1 | 66.5 |
| Adolescentes | 30.2 | 36.4 | 36.1 |

Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987; Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, 1992; Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995, tomado de FLACSO (1993), *Mujeres Latinoamericanas en cifras*, México, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, España; FLACSO, con la colaboración de UNICEF-México y FLACSO-Sede México.

Cuadro 21

Uso de anticonceptivos según método y edad 1976-1987
(Según varias encuestas)

| Usuarías y usuarios y métodos | Encuesta mexicana de fecundidad | Encuesta nacional de prevalencia | Encuesta nacional demográfica | Encuesta nacional sobre fecundidad y salud |
|--|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|
| | 1976 | 1979 | 1982 | 1987 |
| <i>Uso entre todas las mujeres:</i> | | | | |
| Métodos modernos | nd | 21.4 | 26.3 | 29.0 |
| Cualquier método | nd | 25.2 | 30.2 | 33.9 |
| <i>Uso entre mujeres unidas:</i> | | | | |
| Métodos modernos | 23.1 | 32.0 | 41.5 | 44.8 |
| Cualquier método | 30.2 | 37.8 | 47.7 | 52.7 |
| <i>Distribución de usuarias activas entre total de mujeres en edad fértil:</i> | | | | |
| Pastillas | 35.9 | 33.0 | 29.7 | 18.2 |

Continúa en la siguiente página

Viene de la página anterior

| | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|
| DIU | 18.7 | 16.1 | 13.8 | 19.4 |
| Operación femenina | 8.9 | 23.5 | 28.1 | 36.2 |
| Operación masculina | 0.6 | 0.6 | 0.7 | 1.5 |
| Inyecciones | 5.6 | 6.7 | 10.6 | 5.3 |
| Preservativos y espermaticidas | 7.0 | 5.0 | 4.1 | 4.7 |
| Métodos tradicionales | 23.3 | 15.1 | 13.0 | 14.7 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| <i>Porcentaje de uso por edad entre mujeres unidas</i> | | | | |
| 15-19 | 14.2 | 19.2 | 20.8 | 30.2 |
| 20-24 | 26.7 | 37.4 | 45.7 | 46.9 |
| 25-29 | 38.6 | 44.5 | 56.5 | 54.0 |
| 30-34 | 38.0 | 49.6 | 59.8 | 62.3 |
| 25-39 | 37.9 | 42.8 | 57.6 | 61.3 |
| 40-44 | 25.1 | 33.3 | 42.9 | 60.2 |
| 45-49 | 11.8 | 16.3 | 22.1 | 34.2 |
| Uso total | 30.2 | 37.8 | 47.7 | 52.7 |

Fuente: SSA/DHS, Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987, tomado de FLACSO (1993), *Mujeres latinoamericanas en cifras*, México, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, España; FLACSO, con la colaboración de UNICEF- México, UNIFEM-México y FLACSO-Sede México.

Cuadro 22

**Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos
en mujeres en edad fértil unidas en México
y estados fronterizos, 1992-1995**

| Estado | 1992 | 1995 |
|---------------------|------|------|
| México | 63.1 | 66.5 |
| Baja California | 73.7 | 75.8 |
| Baja California Sur | 77.2 | 78.0 |
| Coahuila | 73.5 | 74.9 |
| Nuevo León | 75.4 | 76.5 |
| Sonora | 70.4 | 71.8 |
| Tamaulipas | 66.8 | 69.0 |

Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en los resultados de las encuestas realizadas; Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992; Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995.

Cuadro 23

Servicios de planificación familiar por sector, institución de salud y método anticonceptivo, Sonora, 1993

| | Clasificación | Seguridad Social* | | IMSS | Secretaría de Salud Pública | | Sector | |
|-------------------|-----------------------|-------------------|------|---------|-----------------------------|-------|---------|--------|
| | | | | | | | | |
| | Consultas | 127,029 | 53.9 | 114,706 | 108,598 | 46.0 | 235,627 | 100.0 |
| | Inyectables | 0 | - | 0 | 540 | 100.0 | 540 | 100.0 |
| | Pastillas | 15,945 | 74.8 | 15,945 | 5,361 | 25.1 | 21,306 | 100.0 |
| Nuevas Aceptantes | DIU | 19,299 | 83.5 | 19,299 | 3,823 | 16.5 | 23,122 | 100.0 |
| | Salpingoclasia | 5,566 | 96.5 | 5,566 | 200 | 3.5 | 5,766 | 100.00 |
| | Vasectomía | 282 | 98.3 | 282 | 5 | 1.7 | 287 | 100.0 |
| | Métodos de apoyo | 0 | 0 | 0 | 12,075 | 100.0 | 12,075 | 100.0 |
| | Total anticonceptivos | 41,092 | 65.2 | 41,092 | 22,004 | 34.8 | 63,096 | 100.0 |
| Usuarías activas | Total | 112,489 | 76.1 | 11,137 | 35,365 | 23.9 | 147,854 | 100.0 |

* Incluye 10,888 consultas del ISSSTE y 1,435 del ISSSTESON, así como 1,352 usuarias activas de este último, pero en el resto de las variables se registraron en "0", quizás por no haber reportado a la SSA.

Fuente: SSP, Anuario Estadístico, Sector Salud 1993, Gobierno del Estado de Sonora.

Cuadro 24

Cobertura y aceptantes por métodos anticonceptivos del IMSS en Sonora, 1984-1992

| Año | Población derechohabiente | No. de mujeres en edad fértil* | | Usuarias activas** | | Cobertura de usuarias activas | Hormonales (d) | DIU**** | Quirúrgicas**** | |
|------|---------------------------|--------------------------------|------|--------------------|------|-------------------------------|----------------|---------|-----------------|------------|
| | | | | | | | | | Salpingoclasia | Vasectomía |
| 1984 | 742,248 | 178,882 | 24.0 | 69,208 | 38.7 | 38.7 | 49.6 | 33.8 | 16.3 | 0.3 |
| 1985 | 748,035 | 156,560 | 20.9 | 71,560 | 45.7 | 39.9 | 44.9 | 38.5 | 16.3 | 0.3 |
| 1986 | 819,685 | 134,539 | 16.4 | 75,017 | 55.7 | 47.9 | 42.3 | 42.5 | 14.9 | 0.3 |
| 1987 | 704,393 | 134,539 | 19.0 | 80,813 | 60.0 | 60.1 | 42.1 | 43.9 | 13.8 | 0.2 |
| 1988 | 904,035 | 223,297 | 24.7 | 85,710 | 38.4 | 38.4 | 42.7 | 45.1 | 12.8 | 0.2 |
| 1989 | 850,868 | 211,866 | 25.0 | 88,102 | 41.6 | 41.6 | 41.8 | 43.5 | 14.4 | 0.3 |
| 1990 | 941,759 | 244,857 | 26.0 | 94,591 | 38.6 | 38.6 | 40.4 | 43.3 | 15.9 | 0.4 |
| 1991 | 915,872 | 238,127 | 26.0 | 98,194 | 41.2 | 41.2 | 53.4 | 32.0 | 14.1 | 0.5 |
| 1992 | 887,253 | 230,686 | 26.0 | 101,801 | 44.1 | 44.1 | 44.2 | 39.2 | 15.6 | 1.0 |

* Porcentaje sobre población derechohabiente.

** Porcentaje sobre número de mujeres en edad fértil.

*** Porcentaje de usuarias activas derechohabientes entre el total de mujeres en edad fértil del IMSS.

**** Porcentaje de usuarias de cada método entre el total de usuarias activas

Fuente: IMSS-Sonora (1984-1992), Informes Estadísticos de los Servicios de Planificación Familiar, Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

Cuadro 25

Uso de métodos anticonceptivos por tipo de usuario en Sonora, 1995

| Tipo de anticonceptivos | Quirúrgicos | Hormonales | DIU | Otras |
|---------------------------------|-------------|------------|--------|-------|
| Tipo de usuaria | | | | |
| <i>Secretaría de Salud</i> | | | | |
| Nuevas(os) aceptantes 14,944 | 1,049 | 6,165 | 4,875 | 2,855 |
| Usuarías(os) activas(os) 33,208 | 11,155 | 11,625 | 6,269 | 4,159 |
| <i>Seguridad Social</i> | | | | |
| Nuevas aceptantes 35,199 | 5,251 | 9,670 | 17,123 | 3,373 |
| IMSS 35,199 | 5,230 | 9,537 | 17,084 | 3,348 |
| Usuarios activos Nd | nd | nd | nd | nd |
| IMSS Nd | nd | nd | nd | nd |

Nota: Nd: no datos.

Fuente: SSP (1996), *Sonora: Anuario Estadístico, 1995*, Gobierno del Estado de Sonora.

Causas de morbilidad y mortalidad

Uno de los indicadores tradicionalmente usado para explicar la salud/enfermedad de la población es el de mortalidad, a pesar de que no refleja lo suficiente para mostrar otros aspectos. Sin embargo, en este apartado se incluye para su descripción lo relativo a este indicador, usándose en diversas clasificaciones, por grupos de edad y sexo, así como algunos datos que manifiestan diferencias estatales, regionales y nacionales.

El de morbilidad complementa el conocimiento sobre el estado de la salud/enfermedad y permite además conocer los vaivenes de las causas por las que enferma la población. A este respecto hay que abundar que la información sobre morbilidad presenta mayores problemas de acceso, tanto en términos de información registrada como en la continuidad y oportunidad de la misma en las fuentes de información. El indicador de morbilidad depende principalmente de la atención de la salud ofrecida en las instituciones públicas, donde tiene que ver la cobertura de la población y en menor medida de la atención privada. Pero todos aquellos casos no atendidos por estos servicios (medicina doméstica, medicina tradicional, homeopatía, entre otras) no son registrados y sumados en las estadísticas. Por esta complejidad y limitaciones de los datos, el indicador de mortalidad sigue siendo uno de los más usados para analizar la situación de salud.

Durante las últimas décadas ha ido cambiando el orden de las principales causas de mortalidad en México. A mediados de esta década, la primera causa de muerte en el país (C.26) fueron las enfermeda-

des del corazón con una tasa de 70.4 por cada 100 mil habitantes. De éstas más de la mitad fueron muertes por enfermedades isquémicas (infartos). La segunda causa la representan los tumores, con una tasa de 53.6; dentro de esta clasificación, los tipos principales los ocupan los tumores del sistema respiratorio (tráquea, bronquios y del pulmón) con una tasa de 6.4, los de estómago, con 5.3 muertes por 100 mil habitantes y los del cuello del útero con 4.9 muertes. Esta última presenta una tasa mayor al obtenerse sobre la población femenina mayor de 20 años, grupo donde suceden la mayor parte de los decesos.³⁰

Un lugar importante en la relación general es el de accidentes, que representa el tercer lugar con el 37.6% del total, y, como causa particular, accidentes de tráfico de vehículos de motor, la cual presenta una tasa del 15.2. Si a las muertes por accidentes le sumamos los decesos violentos por homicidio y lesiones infringidas intencionalmente por otra persona, que se ubica en el noveno lugar de la lista, el total sería de una proporción del 53.2, similar a la de mortalidad por tumores malignos, que ocupa el segundo lugar.

La reflexión al respecto llevaría a preguntar: ¿cómo es posible que prácticamente estas dos causas sean equiparables?, ¿se podría hablar aquí de que una gran parte de estas muertes son evitables? Por otro lado, se deben considerar las grandes diferencias numéricas entre hombres y mujeres que mueren por causas violentas, así como la edad de los mismos. Un hombre tiene mucha más probabilidad de morir por causas violentas que una mujer (6 veces más), sobre todo en el grupo de edad de 15 a 44 años (C.30).

30 Este punto se retomará en un apartado sobre esta causa de morbilidad y mortalidad.

Para 1997, la diabetes mellitus, que era la tercera causa de mortalidad, pasó al cuarto lugar, aunque aumentó ligeramente su tasa del 37.4 al 38 por cada 100 mil habitantes.³¹

Según tipo de causa de muerte, agrupadas por transmisible y no transmisible, así como por lesiones,³² sugiere una cercana relación de las causas de muerte con las condiciones de vida.

Las enfermedades del primer tipo están mucho más relacionadas con condiciones de pobreza, es decir, con la desnutrición, la falta de servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, bajos niveles de educación, falta de acceso a los servicios de salud, entre otros. Las del segundo tipo se asocian más con aspectos como tipo de alimentación, genética y estrés, aunque esto no excluye totalmente a las personas de bajos recursos de morir por esta causa. Se debe mencionar cómo los estados de mayores recursos en salud e índices de bienestar presentan las más altas tasas de mortalidad por causas de enfermedades no transmisibles o enfermedades crónico-degenerativas, como se describe en los siguientes datos. Hay que recordar que la tendencia de redistribución de los grupos de edad apunta hacia el incremento de la población mayor, con ello la pirámide poblacional ha ido cambiando y a medida que el grupo de mayores de 45 años aumente, las enfermedades no transmisibles, aumentarán también.

En 1992 a nivel nacional (C.27), las muertes por enfermedades transmisibles representaron el 11.9%. La región del norte, considerada como la de mayores índices de bienestar, presenta porcentajes menores que

31 INEGI-DGEI (1998).

32 Las enfermedades transmisibles incluyen enfermedades infecciosas y parasitarias, muertes maternas y perinatales. Se refiere a la clasificación suplementaria de causas externas de traumatismo y envenenamientos.

la tasa nacional. Nuevo León es el estado de menor porcentaje de muertes por este tipo de causa, con el 7.6%. La entidad de tasa mayor es Baja California con 10.4, seguida cercanamente por Sonora con 10.1%. En cuanto a las proporciones de muertes por enfermedades no transmisibles, los estados fronterizos se dividen entre los que están por debajo del promedio nacional, como las Bajas Californias y Chihuahua y los que están por encima como Nuevo León, en primer lugar con el 79.4%; Sonora, en segundo con el 75.7, y Tamaulipas, con el 74.4%.

Con respecto a lesiones,³³ México registra una proporción del 15% de este tipo de muerte. Entre los estados fronterizos las tasas se ubican en menores y mayores al promedio nacional: los que se sitúan por encima son Baja California (17.2), Chihuahua (17.7) y Tamaulipas (16.6) y los que están por abajo son Baja California Sur, Nuevo León y Sonora con 13.8, 12.4 y 13.3%, respectivamente.

Cinco años después, en 1996 (C.28), los porcentajes en cuanto a transmisibles a nivel nacional bajaron, de 11.9 a 9.3%; los de no transmisibles aumentaron de 73.1 a 77.7% y los correspondientes a lesiones también disminuyeron de 15 a 13%. Para 1997, la tendencia descendente en la tasa de mortalidad por transmisibles continúa.³⁴ Esto se explica en parte por la extensión de los servicios de saneamiento básico a la población, infraestructura urbana que redujo considerablemente las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas.

Sobre lo anterior, es pertinente mencionar lo que se ha señalado como "transición epidemiológica",

33 Se refiere a la clasificación suplementaria de causas externas de traumatismo y envenenamientos

34 SSP, Dirección General de Estadística e Informática, (1998).

entendida ésta "como el proceso de cambio de largo plazo en las condiciones de salud de una sociedad determinada incluyendo cambios en los patrones de enfermedad, incapacidad y muerte".³⁵ En México se ha observado desde hace unas décadas cómo las tasas de morbilidad y mortalidad han ido cambiando; actualmente el país presenta tendencias al descenso de las tasas de muerte por enfermedades infecciosas y aumento en las enfermedades crónico-degenerativas, guardando todas las proporciones por diferencias regionales. Estudios al respecto afirman que en México han bajado las tasas de mortalidad, pero se han vuelto complejas sus causas. A su vez, "se pierde el predominio claro que antes tenían las enfermedades infecciosas, pero mantienen un lugar preponderante dentro del perfil epidemiológico. Al mismo tiempo aumenta la importancia de los padecimientos no infecciosos y de lesiones".³⁶

Otro indicador que muestra cambios significativos en el país desde hace décadas es el de mortalidad infantil. Desde 1930 la disminución de esta tasa ha sido constante: de 176 muertes por cada mil nacidos vivos, a 28 en 1995. Las diferencias regionales también son notorias, ya que las entidades de mayor rezago social y económico presentan hasta el doble de la tasa de mortalidad infantil que las entidades de mayor desarrollo. El Distrito Federal (aproximadamente con 17 muertes por cada mil nacidos vivos), así como Nuevo León y Baja California (con 18 aproximadamente), son los estados con la menor tasa; en cambio, Oaxaca y Chiapas presentaron a mediados

35 Debe considerarse la transición como un "proceso dinámico en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios como los demográficos, socioeconómicos, tecnológicos, políticos, culturales y biológicos", Julio Frenk, *et al.* (1991:450).

36 Julio Frenk, *et. al.* (1991).

de esta década aproximadamente 37 muertes por cada mil nacidos vivos.³⁷

Las diferencias regionales (C.29) en el país muestran cómo las condiciones de pobreza en entidades como Chiapas, una de los más pobres a nivel nacional, el 17.5% de las muertes se debe a enfermedades transmisibles, casi el doble que a nivel nacional, lo que señala, entre otras cosas, desnutrición, falta de medidas de higiene e infraestructura de saneamiento básico. En cuanto a muertes por enfermedades no transmisibles, Chiapas presentó para este año una proporción del 66.8%, menor al promedio nacional del 77.7%.

Las causas de muerte se diferencian claramente según sexo y edad (C.30): mientras que las mujeres de 15 a 44 años mueren principalmente por tumores malignos y complicaciones del embarazo, parto y puerperio, los hombres de la misma edad lo hacen principalmente a causa de accidentes y lesiones, situación que se observa tanto a nivel nacional como estatal.

Las muertes por enfermedades del corazón del grupo de edad de 15 a 24 años están equilibradas entre hombres y mujeres (49.9 y 50.1); las proporciones de muertes por otras causas como la de accidentes y lesiones, la mayor parte la representan las muertes de varones con el 84.9% y 92.5%.

Estas diferencias por grupos de edad y sexo también se reflejan en los datos sobre las causas de hospitalización (C.31): en 1988, por accidentes y violencia, los hombres ocupan casi el 70% del ingreso hospitala-

³⁷ A pesar de esta disminución, estamos lejos de alcanzar las metas que se habían propuesto en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia. Países desarrollados como Japón y Suiza presentan una tasa de 5 muertes por mil nacidos vivos. CONAPO (1996).

rio; en contraste, el ingreso por enfermedades crónicas lo constituyen en su mayor parte las mujeres con un 62%. En cuanto a enfermedades agudas,³⁸ las proporciones están más o menos equilibradas, casi el 53% de mujeres y el 47% de hombres.

Ocho años después, estas diferencias de género por causas de morbilidad y mortalidad se mantuvieron: de las muertes de hombres, el 18.5% se debieron a lesiones y accidentes, en cambio sólo el 5.3% de las muertes de mujeres fueron por esta causa.³⁹ Estos datos reflejan las diferencias de género que implican las pautas culturales como la educación y los comportamientos familiares y sociales.

El hecho de que disminuya la tasa de mortalidad significa que la infraestructura de atención de la salud y diversas medidas que impiden el desenlace de muerte en eventos de enfermedad, pero esto no quiere decir que la calidad de vida de los enfermos y de la población en general no continúe con grandes rezagos. En este sentido, el indicador de morbilidad es complementario para conocer mejor el estado de salud/enfermedad.

Algunos indicadores de morbilidad que nos muestran de qué enferma la población y qué causas son las más atendidas en los servicios de salud se refieren a la consulta externa y especializada, así como al egreso hospitalario en los servicios de salud. Llama la atención que en los años en los que se cuenta con esta información, un gran porcentaje de estos servicios estaban relacionados con la salud reproductiva.

38 No está claramente definido el término "enfermedades agudas"; sin embargo, deducimos que se refiere a las enfermedades infecto-contagiosas, también clasificadas como transmisibles.

39 CONAPO (1998:28).

Consulta externa

En el Hospital Regional del ISSSTE, en Sonora, la consulta externa relacionada con la salud reproductiva ocupó el 11%, y dentro de ésta, el 37.2% es atención prenatal y el 20% es atención anticonceptiva. Por sexo, en el hospital del ISSSTE, la consulta externa es demandada en un 65.3% por mujeres y el 34.6% por hombres durante 1994. En cuanto a esto, en el Hospital Regional "Ignacio Chávez" del ISSSTESON, la demanda de la consulta externa por mujeres ocupó el 66%. (C.32)

En la consulta a sanos la atención prenatal y puérperas, en este mismo año, ocuparon el 71.7% del total y los niños menores de 4 años el 28.3%.⁴⁰

Morbilidad hospitalaria

El egreso hospitalario (C.34) por las primeras once causas en el Hospital del ISSSTESON, durante 1991-1994, el 69% fueron del sexo femenino y el 25% de éstos se relacionaban con causas de salud reproductiva. En el Hospital Regional del ISSSTE, para el año de 1994, el 60.2% de este egreso fueron mujeres.

Los egresos por causas de salud reproductiva se concentran principalmente en el grupo de edad de los 15-44 años, que es cuando ocurren las mayor parte de los eventos de embarazo-parto y puerperio, así como otros problemas relacionados con estas causas.

En el grupo de 15-24 años (C.34), en el hospital "Ignacio Chávez", del ISSSTESON, las cifras por estas causas prácticamente ocupan la mayor parte: del to-

⁴⁰ ISSSTESON (1994), *Diagnóstico y análisis de salud de los servicios y usuarios del hospital "Ignacio Chávez"* y hojas de estadísticas básicas, 1994.

tal de egresos, el 84.2% fueron mujeres y de éstas el 58.4% por causas relacionadas con salud reproductiva; para 1993 estas cifras se registraron en 77.5% y 82.2%, respectivamente.

Para los mismos años, en el grupo de 25 a 44 años el 86.5% de todos los egresos fueron mujeres, de los cuales, el 57% fueron por causas relacionadas con la salud reproductiva. Para 1993, estas proporciones fueron similares (88.2% y 51.6%, respectivamente).

En 1994, en el Hospital Regional del ISSSTE, estas proporciones son similares (C.35): de las primeras doce causas de egresos, más del 47% se relacionaron con la salud reproductiva de las mujeres, siendo el parto el que ocupa la mayor parte con un 39.8%. Al sumar los egresos por causas como complicaciones del trabajo de parto, hemorragia precoz del embarazo, leiomioma uterino, parto prematuro, entre otras, que no están entre las primeras doce causas, la proporción aumenta al 60.2% de los egresos totales.

En 1996 en el IMSS (C.36), de las primeras 10 causas de morbilidad hospitalaria, 8 pertenecían a causas de salud reproductiva femenina, que representó el 88.8%. De este porcentaje, el 64.37% fueron mujeres entre los 15 y 44 años de edad.

Con la descripción anterior, se puede afirmar de manera concluyente el gran espacio que ocupa la salud reproductiva dentro de los servicios de salud en Sonora. Además, los datos muestran que del 60 al 80% de total de servicios brindados por las instituciones, ya sea en consulta externa o por causas de morbilidad y egresos hospitalarios, son mujeres.

Cuadro 26

Principales causas de mortalidad general en México, 1996

| No. de orden | C a u s a | Clave CIE* 9a. Rev. | Defunciones | Tasa* |
|--------------|--|------------------------|-------------|-------|
| | Total | 01-E56 | 436,321 | 468.2 |
| 1 | Enfermedades del corazón | 25-28 | 65,603 | 70.4 |
| | -Isquémica | 27 | 40,285 | 43.2 |
| 2 | Tumores malignos | 08-14 | 49,916 | 53.6 |
| | - De la tráquea, de los bronquios y del pulmón | 101 | 6,000 | 6.4 |
| | - Del estómago | 091 | 4,925 | 5.3 |
| | - Del cuello del útero | 120 | 4,526 | 4.9 |
| 3 | Accidentes | E47-E53 | 35,073 | 37.6 |
| | - De tráfico de vehículos de motor | E471 | 14,209 | 15.2 |
| 4 | Diabetes mellitus | 181 | 34,865 | 37.4 |
| 5 | Enfermedad cerebrovascular | 29 | 24,344 | 26.1 |
| 6 | Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | 347 | 21,753 | 23.3 |
| 7 | Neumonía e influenza | 321,322 | 20,576 | 22.1 |
| 8 | Ciertas afecciones originadas en el periodo prenatal | 45 | 19,703 | 21.1 |
| | - Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido | 454 | 11,484 | 12.3 |

Continúa en la siguiente página

Viene de la página anterior

| | | | | |
|----|---|-----|--------|------|
| 9 | Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona | E55 | 14,508 | 15.6 |
| 10 | Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis | 350 | 10,286 | 11.0 |
| 11 | Deficiencias de la nutrición | 19 | 10,269 | 11.0 |
| 12 | Anomalías congénitas | 44 | 9,478 | 10.2 |
| 13 | Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma | 323 | 8,712 | 9.3 |
| 14 | Enfermedades infecciosas intestinales | 01 | 8,359 | 9.0 |
| 15 | Sida | 184 | 4,369 | 4.7 |
| 16 | Anemias | 200 | 4,221 | 4.5 |
| 17 | Tuberculosis pulmonar | 020 | 3,976 | 4.3 |
| 18 | Úlceras gástricas y duodenal | 341 | 3,279 | 3.5 |
| 19 | Suicidio y lesiones autoinfligidas | E54 | 3,020 | 3.2 |
| 20 | Septicemia | 038 | 2,939 | 3.2 |
| | Disritmia cardiaca | 281 | 5,852 | 6.3 |
| | Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos | 46 | 7,449 | 8.0 |
| | Las demás causas | 67 | 771 | 72.7 |

* Clasificación Internacional de Enfermedades.

** Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: SSP, Dirección General de Estadística e Informática.

Cuadro 27

Defunciones por enfermedades transmisibles y no transmisibles y lesiones
en México y estados fronterizos, 1992

| Lugar | Totales | | Transmisible** | | No transmisible | | Lesiones*** | |
|------------|---------|-----|----------------|------|-----------------|------|-------------|------|
| | Def. | % | Def. | %* | Def. | % | Def. | % |
| México | 401,431 | 100 | 47,805 | 11.9 | 293,490 | 73.1 | 60,136 | 15.0 |
| BC Norte | 8,392 | 100 | 878 | 10.4 | 6,060 | 71.5 | 1,454 | 17.2 |
| BC Sur | 1,324 | 100 | 120 | 8.5 | 1,010 | 71.9 | 194 | 13.8 |
| Chihuahua | 13,210 | 100 | 1,195 | 9.0 | 9,666 | 72.7 | 2,349 | 17.7 |
| Nuevo León | 13,727 | 100 | 1,045 | 7.6 | 10,966 | 79.4 | 1,716 | 12.4 |
| Sonora | 9,401 | 100 | 958 | 10.1 | 7,183 | 75.7 | 1,260 | 13.3 |
| Tamaulipas | 10,516 | 100 | 868 | 8.2 | 7,888 | 74.4 | 1,760 | 16.6 |

* Porcientos sobre el total de defunciones.

** Las enfermedades transmisibles incluyen enfermedades infecciosas y parasitarias, muertes maternas y perinatales

*** Se refiere a la clasificación suplementaria de causas externas de traumatismo y envenenamientos.

Fuente: SSA (1994), *La mortalidad en México. Registro, estructura y tendencias*. Serie Información en Salud, Cuadernos de Salud, México, tomado de INEGI-ONU (1995), *Perfil estadístico de la población mexicana: Una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género*, México.

Cuadro 28

Defunciones por enfermedades transmisibles y no transmisibles y lesiones en México y estados fronterizos, 1996

| Entidad federativa | Total | Subtotal* | Enfermedades transmisibles** | | Enfermedades no transmisibles | | Lesiones*** | |
|--------------------|---------|-----------|------------------------------|-----|-------------------------------|------|-------------|------|
| | | | Defunciones | % | Defunciones | % | Defunciones | % |
| México | 436,321 | 428,872 | 39,742 | 9.3 | 333,293 | 77.7 | 55,837 | 13.0 |
| BC Norte | 10,042 | 9,819 | 923 | 9.4 | 7,204 | 73.4 | 1,692 | 17.2 |
| BC Sur | 1,499 | 1,486 | 140 | 9.4 | 1,101 | 74.1 | 245 | 16.5 |
| Coahuila | 10,062 | 9,907 | 635 | 6.4 | 8,190 | 82.7 | 1,082 | 10.9 |
| Chihuahua | 14,635 | 14,293 | 1,235 | 8.6 | 10,746 | 75.2 | 2,312 | 16.2 |
| Nuevo León | 14,976 | 14,846 | 993 | 6.7 | 12,502 | 84.2 | 1,351 | 9.1 |
| Sonora | 10,454 | 10,348 | 792 | 7.7 | 8,056 | 77.9 | 1,500 | 14.5 |
| Tamaulipas | 11,336 | 11,214 | 768 | 6.8 | 9,137 | 81.5 | 1,309 | 11.7 |

* El subtotal incluye los totales de las tres columnas de enfermedades y lesiones; no incluye los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. Es a partir de esta cifra que se calculan los porcentos de las demás columnas.

** Las enfermedades transmisibles incluyen enfermedades infecciosas y parasitarias, muertes maternas y perinatales

*** Se refiere a la clasificación suplementaria de causas externas de traumatismo y envenenamientos.

Fuente: SSP, Dirección General de Estadística e Informática.

Cuadro 29

Defunciones por enfermedades transmisibles y no transmisibles y lesiones en México y estados fronterizos, 1996

| Entidad federativa | Total | Subtotal* | Enfermedades transmisibles** | | Enfermedades no transmisibles | | Lesiones*** | |
|--------------------|---------|-----------|------------------------------|------|-------------------------------|------|-------------|------|
| | | | Defunciones | % | Defunciones | % | Defunciones | % |
| Total nacional | 436,321 | 428,872 | 39,742 | 9.3 | 333,293 | 77.7 | 55,837 | 13.0 |
| Aguascalientes | 3,498 | 3,459 | 295 | 8.5 | 2,778 | 80.3 | 386 | 11.2 |
| B.C. | 10,042 | 9,819 | 923 | 9.4 | 7,204 | 73.4 | 1,692 | 17.2 |
| B.C. Sur | 1,499 | 1,486 | 140 | 9.4 | 1,101 | 74.1 | 245 | 16.5 |
| Campeche | 2,497 | 2,401 | 217 | 9.0 | 1,818 | 75.7 | 366 | 15.2 |
| Coahuila | 10,062 | 9,907 | 635 | 6.4 | 8,190 | 82.7 | 1,082 | 10.9 |
| Colima | 2,295 | 2,280 | 213 | 9.3 | 1,789 | 78.5 | 278 | 12.2 |
| Chiapas | 15,243 | 14,437 | 2,520 | 17.5 | 9,644 | 66.8 | 2,273 | 15.7 |
| Chihuahua | 14,635 | 14,293 | 1,235 | 8.6 | 10,746 | 75.2 | 2,312 | 16.2 |
| Distrito Federal | 46,474 | 46,362 | 3,067 | 6.6 | 38,781 | 83.6 | 4,514 | 9.7 |
| Durango | 6,094 | 5,890 | 313 | 5.3 | 4,564 | 77.5 | 1,013 | 17.2 |
| Guanajuato | 21,469 | 21,205 | 2,307 | 10.9 | 16,691 | 78.7 | 2,207 | 10.4 |

Continúa en la siguiente página

Viene de la página anterior

| Entidad federativa | Total | Subtotal* | Enfermedades transmisibles** | | Enfermedades no transmisibles | | Lesiones*** | |
|--------------------|--------|-----------|------------------------------|------|-------------------------------|------|-------------|------|
| | | | Defunciones | % | Defunciones | % | Defunciones | % |
| Guerrero | 10,587 | 10,362 | 1,092 | 10.5 | 7,000 | 67.6 | 2,270 | 21.9 |
| Hidalgo | 9,943 | 9,668 | 865 | 8.9 | 7,660 | 79.2 | 1,143 | 11.8 |
| Jalisco | 30,809 | 30,630 | 2,353 | 7.7 | 24,635 | 80.4 | 3,642 | 11.9 |
| México | 51,161 | 50,834 | 5,367 | 10.6 | 38,472 | 75.7 | 6,995 | 13.8 |
| Michoacán | 18,953 | 18,729 | 1,364 | 7.3 | 13,832 | 73.9 | 3,533 | 18.9 |
| Morelos | 6,603 | 6,552 | 665 | 10.1 | 4,877 | 74.4 | 1,010 | 15.4 |
| Nayarit | 3,963 | 3,912 | 222 | 5.7 | 3,126 | 79.9 | 564 | 14.4 |
| Nuevo León | 14,976 | 14,846 | 993 | 6.7 | 12,502 | 84.2 | 1,351 | 9.1 |
| Oaxaca | 18,520 | 17,682 | 2,073 | 11.7 | 12,988 | 73.5 | 2,621 | 14.8 |
| Puebla | 26,887 | 25,833 | 3,327 | 12.9 | 20,006 | 77.4 | 2,500 | 9.7 |
| Querétaro | 5,656 | 5,525 | 699 | 12.7 | 4,203 | 76.1 | 623 | 11.3 |
| Quintana Roo | 1,960 | 1,935 | 273 | 14.1 | 1,293 | 66.8 | 369 | 19.1 |
| San Luis Potosí | 10,349 | 10,081 | 933 | 9.3 | 8,022 | 79.6 | 1,126 | 11.2 |
| Sinaloa | 10,125 | 10,032 | 512 | 5.1 | 7,710 | 76.9 | 1,810 | 18.0 |
| Sonora | 10,454 | 10,348 | 792 | 7.7 | 8,056 | 77.9 | 1,500 | 14.5 |

Continúa en la siguiente página

Viene de la página anterior

| Entidad federativa | Total | Subtotal* | Enfermedades transmisibles** | | Enfermedades no transmisibles | | Lesiones*** | |
|--------------------|--------|-----------|------------------------------|------|-------------------------------|------|-------------|------|
| | | | Defunciones | % | Defunciones | % | Defunciones | % |
| Tabasco | 7,188 | 7,075 | 832 | 11.8 | 4,964 | 70.2 | 1,279 | 18.1 |
| Tamaulipas | 11,336 | 11,214 | 768 | 6.8 | 9,137 | 81.5 | 1,309 | 11.7 |
| Tlaxcala | 4,420 | 4,324 | 516 | 11.9 | 3,342 | 77.3 | 466 | 10.8 |
| Veracruz | 32,072 | 31,639 | 2,991 | 9.5 | 25,534 | 80.7 | 3,114 | 9.8 |
| Yucatán | 8,094 | 7,851 | 696 | 8.9 | 6,521 | 83.1 | 634 | 8.1 |
| Zacatecas | 6,321 | 6,216 | 507 | 8.2 | 4,871 | 78.4 | 838 | 13.5 |

* El subtotal incluye los totales de las tres columnas de enfermedades y lesiones; no incluye los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. Es a partir de esta cifra que se calculan los porcentos de las demás columnas.

** Las enfermedades transmisibles incluyen enfermedades infecciosas y parasitarias, muertes maternas y perinatales

*** Se refiere a la clasificación suplementaria de causas externas de traumatismo y envenenamientos.

Fuente: ssp, Dirección General de Estadística e Informática.

Cuadro 30

Principales causas de muerte en edades reproductivas por sexo en México, 1986

| Causa | 15-24 años | | | | 25-44 años | | | |
|--|------------|-------|---------|------|------------|-------|---------|------|
| | Mujeres | | Hombres | | Mujeres | | Hombres | |
| | Tasa* | %** | Tasa | % | Tasa | % | Tasa | % |
| Accidentes | 16.0 | 15.1 | 87.9 | 84.9 | 19.8 | 13.4 | 129.1 | 86.6 |
| Complicaciones del embarazo, parto y puerperio | 6.2 | 100.0 | - | - | 11.6 | 100.0 | - | - |
| Tumores malignos | 5.2 | 43.3 | 6.6 | 56.7 | 26.4 | 65.4 | 14.1 | 34.6 |
| Enfermedades del corazón | 4.7 | 50.1 | 4.6 | 49.9 | 15.6 | 44.5 | 19.7 | 55.5 |
| Homicidios, intervenciones legales y operaciones de guerra | 3.7 | 7.5 | 92.5 | 45.1 | 5.1 | 6.7 | 71.8 | 93.3 |
| Suicidios | 1.4 | 22.3 | 77.7 | 4.7 | - | - | - | - |

Continúa en la siguiente página

Viene de la página anterior

| Causa | 15-24 años | | | | 25-44 años | | | |
|---|------------|-----|---------|---|------------|------|---------|------|
| | Mujeres | | Hombres | | Mujeres | | Hombres | |
| | Tasa* | %** | Tasa | % | Tasa | % | Tasa | % |
| Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | - | - | - | - | 6.6 | 15.6 | 36.3 | 84.4 |
| Trastornos mentales | - | - | - | - | 1.0 | 6.2 | 15.2 | 93.8 |

* Tasa por 100,000 habitantes

** Porcientos distribuidos entre hombres y mujeres de cada grupo de edad.

Nota: Los espacios en blanco no se consideran dentro de las primeras 8 causas de muerte para cada grupo de edad.

Fuente: OPS (1990), "Las condiciones de Salud en las Américas", tomado de FLACSO (1993), *Mujeres Latinoamericanas en Cifras*, México, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, España y FLACSO, con la colaboración de UNICEF-México, UNICEM-México y FLACSO-Se de México, México.

Cuadro 31

Causas seleccionadas de hospitalización por sexo, según edad en México 1988 (%)

| Edad | Accidentes y violencia | | Enfermedades agudas | | Enfermedades crónicas | |
|------------------|------------------------|-------|---------------------|-------|-----------------------|-------|
| | M | H | M | H | M | H |
| 0-1 | 0.4 | 1.0 | 3.5 | 4.8 | 0.2 | 0.6 |
| 2-4 | 10.7 | 4.8 | 17.1 | 21.7 | 1.5 | 2.9 |
| 5-14 | 19.6 | 17.1 | 25.8 | 29.7 | 5.1 | 8.6 |
| 15-24 | 16.7 | 24.5 | 17.1 | 15.0 | 6.9 | 7.8 |
| 25-34 | 13.4 | 21.3 | 11.6 | 8.9 | 8.9 | 7.9 |
| 35-44 | 9.4 | 11.4 | 8.4 | 6.7 | 13.6 | 10.7 |
| 45-54 | 9.6 | 8.1 | 7.9 | 6.2 | 22.8 | 19.8 |
| 55-64 | 7.7 | 6.7 | 4.6 | 3.6 | 19.0 | 18.5 |
| 65 y más | 12.5 | 4.5 | 3.9 | 3.2 | 21.2 | 22.6 |
| No especificados | 0.0 | 0.6 | 0.1 | 0.2 | 0.8 | 0.6 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Total hombres | - | 69.63 | | 47.38 | | 37.93 |
| Total mujeres | 30.37 | | 52.62 | | 62.07 | |

Fuente: SSP (1988), Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta Nacional de Salud, México, tomado de FLACSO (1993), *Mujeres Latinoamericanas en Cifras*. México (1993), Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, España, FLACSO. Con la colaboración de UNICEF-México, UNICEM-México y FLACSO-Sede México, México.

Cuadro 32

Consulta externa por sexo en el hospital "Ignacio Chávez", ISSSTESON, 1994.

| Rubro | No. | % |
|---|---------|------|
| Total población derechohabiente en el estado | 105,456 | - |
| Derechohabientes de la zona norte adscritos al hospital | 76,922 | - |
| Total consulta externa | 137,743 | 100% |
| Masculina | 46,833 | 34% |
| Femenina | 90,910 | 66% |

Estimaciones con base en el ejercicio del primer semestre de 1994.

Fuente: ISSSTESON (1994), *Diagnóstico y análisis de salud de los servicios y usuarios del Hospital "Ignacio Chávez"* y hojas de estadísticas básicas, 1994, Departamento de Estadística del Hospital "Ignacio Chávez", Hermosillo, Sonora.

Cuadro 33

Egreso hospitalario por sexo según institución médica en Sonora, 1993

| | Hospital "Ignacio Chávez" ISSSTESON* | Hospital Regional del ISSSTE** |
|---------|---|-----------------------------------|
| Mujeres | 69.0% | 60.2% |
| Hombres | 31% | 39.8% |

* Promedio de los años 1991-1994

** Para el año 1994

Nota: Las primeras causas registradas en la lista general son atención al parto, cesárea, amenaza de aborto, fibroma mamario, aborto, sangrado disfuncional, atención anticonceptiva, complicaciones de trabajo de parto, leiomioma uterino, entre otras.

Fuente: ISSSTESON (1995), *Diagnóstico y análisis de salud de los servicios y usuarios del hospital "Ignacio Chávez"*, Dirección de Servicios Médicos; ISSSTE, Departamento de Estadística del Hospital Regional del ISSSTE, Hermosillo, Sonora.

Cuadro 34

Principales causas de egreso hospitalario en el hospital "Ignacio Chávez", ISSSTESON, del grupo de edad 15-24 años, por sexo, 1991-1994

| Causa | 1991 | | 1992 | | 1993 | | 1994* | |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | H | M | H | M | H | M | H | M |
| Parto normal | - | 199 | - | 133 | - | 119 | - | 72 |
| Cesárea | - | 58 | - | 92 | - | 84 | - | 40 |
| Desviación del tabique | 17 | 34 | 21 | 28 | 22 | 25 | - | - |
| Apendicitis | 12 | 11 | 3 | 3 | 6 | 6 | 5 | 5 |
| Amenaza de parto prematuro | - | 19 | - | 26 | - | 15 | - | 12 |
| Aborto no especificado | - | 9 | - | - | - | 8 | - | - |
| Politraumatismo | 10 | 1 | 5 | 4 | - | - | - | - |
| Fibroma mamario | - | 8 | - | - | - | - | - | - |
| Atención anticonceptiva | - | 8 | - | - | - | - | - | 4 |
| Amigdalitis | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 8 | 2 | 10 |
| Subtotal | 42 | 357 | 38 | 298 | 38 | 275 | 17 | 178 |
| % | 8.2 | 69.5 | 8.7 | 68.3 | 8.3 | 63.0 | 6 | 62.5 |
| Total de otros egresos | 45 | 76 | 75 | 361 | 81 | 355 | 50 | 235 |
| % | 18.8 | 11.2 | 17.2 | 82.8 | 18.6 | 81.4 | 17.5 | 82.5 |
| Total todos los egresos | 514 | | 436 | | 436 | | 285 | |
| % | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | |

* El primer semestre de 1994.

** Las primeras 11 causas de la relación general de causas

Fuente: ISSSTESON (1994), *Diagnóstico y análisis de salud de los servicios y usuarios del hospital "Ignacio Chávez"*, Subdirección de Servicios Médicos, Hermosillo, Sonora.

Cuadro 35

Principales causas de egreso hospitalario referidos a salud reproductiva por grupo de edad de mujeres en el hospital regional del ISSSTE, Hermosillo, Sonora, 1994

| Causa | Edades | | | | |
|---|--------|-------|-------|-------|----------|
| | Total | % | 15-44 | 45-64 | 65 y más |
| Partos (1) | 355 | 24.5 | 355 | - | - |
| Cesáreas (2) | 222 | 15.3 | 221 | - | 1 |
| Aborto (5) | 66 | 4.5 | 62 | 2 | 0 |
| Prolapso genital (12) | 45 | 3.1 | 24 | 12 | 8 |
| Otras complicaciones de trabajo de parto (14) | 43 | 3.0 | 43 | - | - |
| Hemorragia precoz del embarazo (17) | 36 | 2.5 | 35 | 1 | - |
| Leiomioma uterino (18) | 36 | 2.5 | 21 | 15 | - |
| Parto prematuro (24) | 26 | 1.8 | 25 | - | - |
| Atención anticonceptiva (salpingoclasia) (27) | 25 | 1.8 | 22 | - | 2 |
| Tumor maligno (36) | 19 | 1.8 | 6 | 9 | 4 |
| Sub Totales | 873 | 60.2 | 814 | 39 | 15 |
| Total de egresos de todas las causas | 1449 | 100.0 | - | 413 | - |

() Lugar que ocupa en la relación general de las primeras 40 causas de egreso

Fuente: ISSSTE, Departamento de Estadística del Hospital Regional, Hermosillo, Sonora.

Cuadro 36
Principales causas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo.
Delegación IMSS en Sonora, 1996

| No. de orden | Clave CIE | Diagnósticos | No. de casos | Sexo | | Grupo de Edad | | | | % |
|--------------|-----------|--|--------------|------|------|---------------|-------|-------|--------|------|
| | | | | H | M | <15 años | 15-44 | 45-64 | 65 y + | |
| 1 | 585 | Insuficiencia renal crónica* | 3917 | 1910 | 2007 | 39 | 614 | 2276 | 988 | 6.07 |
| 2 | 669 | Complicación del trabajo del parto | 3348 | 0 | 3348 | 5 | 3338 | 5 | 0 | 5.19 |
| 3 | 644 | Parto prematuro y amenaza de parto prematuro | 1906 | 0 | 1906 | 2 | 1900 | 4 | 0 | 2.95 |
| 4 | 654 | Anormalía de los órganos y tejidos blandos de la pelvis* | 1686 | 0 | 1686 | 0 | 1680 | 6 | 0 | 2.61 |
| 5 | 646 | Complicación del embarazo | 1679 | 0 | 1679 | 2 | 1672 | 5 | 0 | 2.60 |
| 6 | 574 | Colelitiasis* | 1227 | 222 | 1005 | 0 | 645 | 391 | 191 | 1.90 |
| 7 | 640 | Hemorragia precoz del embarazo | 978 | 0 | 978 | 2 | 974 | 2 | - | 1.52 |
| 8 | 642 | Hipertensión que complica el embarazo, parto y puerperio | 863 | 0 | 863 | 1 | 851 | 11 | - | 1.34 |

Continúa en la siguiente página

Viene de la página anterior

| | | | | | | | | | | |
|----|-----|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|
| 9 | 218 | Leiomoma uterino | 822 | 0 | 822 | 0 | 512 | 303 | 7 | 1.27 |
| 10 | 660 | Parto obstruido | 791 | 0 | 791 | 0 | 790 | 1 | 2 | 1.23 |
| | | Subtotal | 17,217 | | | | | | | |
| | | Otras causas | 47,306 | 20,558 | 26,748 | 10,913 | 19,877 | 9,222 | 7,294 | 73.32 |

* Causas no relacionadas directamente con salud reproductiva

Fuente: Delegación IMSS-Sonora, Listado SNI-E HAGI32.

Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual en el país presentan una tendencia general a la baja en la última década, no así por enfermedades específicas como tri-comoniasis, gonorrea y candidiasis. Las diversas enfermedades afectan la salud reproductiva de hombres y mujeres ocasionando infertilidad, infecciones a los recién nacidos y una mayor susceptibilidad para otras infecciones como el VIH.

En los casos de la gonorrea y la sífilis, la frontera norte mantuvo tasas significativamente superiores a las tasas promedio del país, incluyendo al estado de Sonora. En 1980, a nivel nacional la tasa por 100 mil habitantes fue de 46.1, mientras que en la frontera se registró una de 91.3 casos por cada 100 mil habitantes y Sonora presentó una de 83.1. Cinco años después, en 1985, éstas tasas fueron de 21.2, 43.6 y 26.1, respectivamente (C.37).

Respecto al SIDA en el estado (C.38), los casos registrados desde 1986 a 1994 mantuvieron un constante aumento. Para este periodo se contabilizaron 398 casos en total, de los cuales 180 fueron diagnosticados asintomáticos.

Por grupo de edad, el 87% de los casos se ubica en el de 15 a 44 años, pero sobre todo hay que hacer notar que esta incidencia ha aumentado en el grupo de edad de los 15 a los 24 años, donde se registraron 46 casos que representaron el 21% del total. El 63.6% (172 casos) pertenecían al grupo de 25 a 44 años. La vía de contagio entre estos grupos fue principalmente la sexual con 170 casos (un 78% del total). De los 218 casos, el 86% eran hombres (188 casos), y del total

han fallecido 144.⁴¹ Si continúan estas tendencias, tanto en el contagio como por grupo de edad, es de esperarse que aumente el número de casos, ya que la población en Sonora se concentra en el grupo de edad de los 15 a los 44 años.

Otros concentrados de datos del Registro Nacional de Casos de Sida, de la Secretaría de Salud reflejan que de 1983 a 1997, casi el 90% de los casos ha sido por la vía de contagio sexual, el resto han sido por contagios sanguíneos. El número de casos registrados por contagio sexual fue aumentando de forma sostenida desde principios de los años 80, alcanzando el mayor registro alrededor de 1993. A partir de esta fecha, los casos diagnosticados según esta vía de contagio han disminuido. En cuanto al registro de casos por contagio vía sanguínea (transfusiones), aunque su aumento no es comparable con el número de diagnosticados por contagio por vía sexual, éste alcanzó el mayor registro alrededor de 1990. A partir de este año, el registro empezó a disminuir, principalmente debido a una mayor regulación sanitaria del manejo de los componentes de la sangre; los casos registrados por contagio vía perinatal se han mantenido más o menos constantes desde principios de los 80 a 1997. Por grupo de edad, en México la mayoría de los casos diagnosticados pertenecen al grupo de adultos jóvenes, 25-34 años, con el 41.5%, los de 35 a 44 años, representan el 25% del total. De todos ellos, el 85.5% eran hombres.⁴²

En cuanto a servicio de salud (C.40, gráfica 6) en Sonora, en los años de 1986 a 1994, la mayoría de los casos atendidos se registraron en los servicios de la

41 SSP, Estadísticas del Comité Estatal de Prevención y Control de VIH-SIDA, 1986-1994.

42 CONAPO (1996).

Secretaría de Salud, seguidos por los servicios del IMSS; la Secretaría de Salud atendía 246 casos (el 61.8%) y el IMSS, 99 casos (25%). A nivel nacional, los servicios de la Secretaría de Salud ocupan el mayor porcentaje de casos, con casi el 48%. El IMSS tiene el 34.2 de los casos.⁴³

En 1996 hubo 4,373 muertes a nivel nacional, lo que representó una tasa de 4.7 por 100 mil habitantes. El estado que presentó la mayor fue el Distrito Federal, con una de 12.2, muy por encima de la tasa nacional, seguido por el estado de Baja California Norte, con una tasa de 9.8. Sonora mostró una tasa del 1.9.⁴⁴ Según clasificación del Registro Nacional de Casos de SIDA, como tasas muy alta, alta, media y baja, sobre el registro total de casos acumulados de 1983 a 1998, la entidad con la mayor tasa fue el Distrito Federal con 1025 casos por millón de habitantes. Baja California Norte se ubicó dentro de las entidades de mayor tasa y Sonora se situó como un estado de baja tasa (entre 163 y 378 por millón).

43 Registro Nacional de Casos de SIDA.

44 Registro Nacional de Casos de SIDA.

Cuadro 37

Enfermedades de transmisión sexual en México, frontera norte y Sonora, 1980, 1985 y 1990

| Año | Área | Gonorrea | | Sífilis | | Otro ** | |
|-----------------|----------|------------|-----------|------------|------|------------|------|
| | | Núm. casos | Tasa* (a) | Núm. casos | Tasa | Núm. casos | Tasa |
| Total acumulado | Nacional | 35,956 | 46.1 | 10,300 | 12.8 | 4,540 | - |
| 1980 | Frontera | 9,768 | 91.3 | 2,840 | 26.5 | - | - |
| | Sonora | 1,268 | 83.1 | 404 | 26.7 | - | - |
| 1985 | Nacional | 16,534 | 21.2 | 5,450 | 7.0 | 851*** | 1.0 |
| | Frontera | 5,375 | 43.6 | 2,495 | 20.3 | 288*** | 2.3 |
| | Sonora | 482 | 26.1 | 107 | 5.8 | 102*** | 5.7 |
| 1990 | Nacional | 19,422 | 23.9 | 4,850 | 6.0 | 3,689 | 4.5 |
| | Frontera | 4,370 | - | 2,102 | - | 815 | - |
| | Sonora | 439 | 24.1 | 253 | 13.9 | 82 | 4.5 |

* Tasas por 100,000 habitantes.

** Herpes genital, candidiasis urogenital, chancro blando, linfogranuloma venéreo, tricomoniasis urogenital, etc.

*** 1986.

**** Incluye casos asintomáticos (seropositivos).

(-) nd

Fuente: Estadísticas de Salud de la Frontera México-E.U., Oficina de Campo, El Paso, Texas 1987-1991.

Cuadro 38

Casos de SIDA en Sonora, 1986-1994

| Año | Casos | Asintomáticos | Total |
|---------|-------|---------------|-------|
| 1986 | 5 | 0 | 5 |
| 1987 | 6 | 5 | 11 |
| 1988 | 13 | 4 | 17 |
| 1989 | 12 | 13 | 25 |
| 1990 | 32 | 27 | 59 |
| 1991 | 17 | 25 | 42 |
| 1992 | 39 | 26 | 65 |
| 1993 | 36 | 32 | 68 |
| 1994 | 58 | 48 | 106 |
| Totales | 218 | 180 | 398 |

Fuente: Estadísticas del Comité Estatal de Prevención y Control de VIH-SIDA de la SSP, 1986-1994.

Cuadro 39

Enfermedades de transmisión sexual en Sonora, por grupo de edad. IMSS, 1996

| | Total | 15-24 | 25-44 | 45-64 | 65 y más |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|----------|
| *Sífilis adquirida | 26 | 11 | 13 | 1 | - |
| SIDA | 22 | 1 | 17 | 3 | - |
| Seropositivos a VIH | 8 | - | 7 | 1 | - |
| *Sífilis adquirida precoz | 14 | 4 | 10 | - | - |
| Otras sífilis | - | 7 | 3 | - | - |

Fuente: IMSS-Delegación Sonora, Informe acumulado de casos, Coordinación Delegacional de Salud Comunitaria.

Cuadro 40

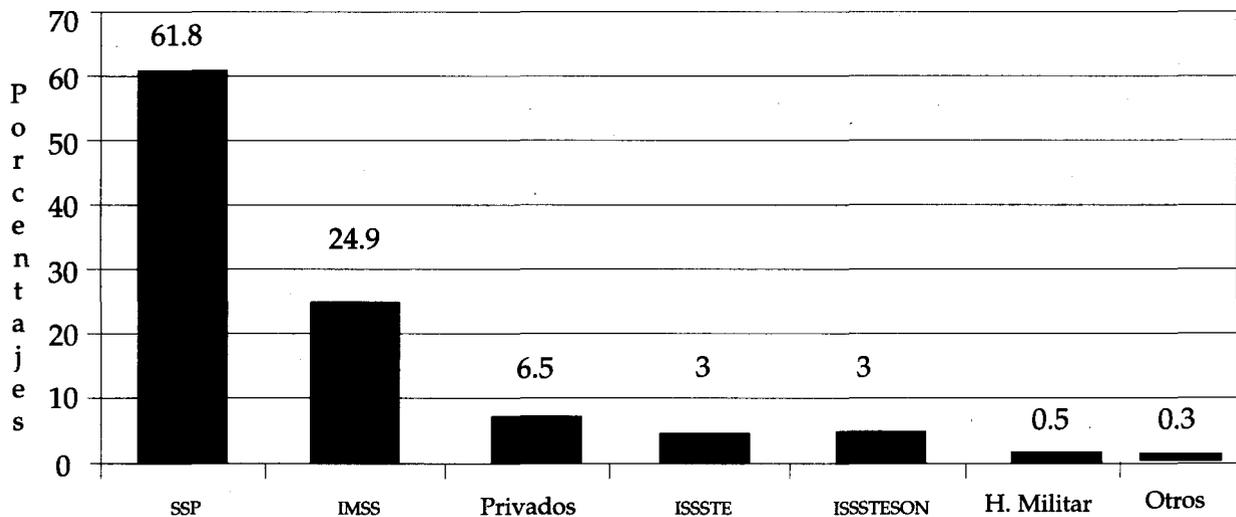
Instituciones notificantes de casos de SIDA en Sonora, 1986-1994

| Instituciones | Casos | % | Asintomáticos | % | Total | % |
|---------------|-------|-------|---------------|-------|-------|-------|
| SSP | 132 | 60.5 | 114 | 63.3 | 246 | 61.8 |
| IMSS | 55 | 25.2 | 44 | 24.4 | 99 | 24.9 |
| Privados | 20 | 9.2 | 6 | 3.3 | 26 | 6.5 |
| ISSSTE | 5 | 1 | 7 | 3.8 | 12 | 3.0 |
| ISSSTESON | 6 | 2.8 | 6 | 3.3 | 12 | 3.0 |
| H. Militar | 0 | 0.0 | 2 | 1.1 | 2 | 0.5 |
| Otros | 0 | 0.0 | 1 | .5 | 1 | 0.3 |
| T o t a l | 218 | 100.0 | 180 | 100.0 | 398 | 100.0 |

Fuente: Estadísticas del Comité Estatal de Prevención y Control de VIH-SIDA, SSP, 1986-1994.

Gráfica 6

Instituciones notificantes de casos de SIDA en Sonora, 1986-1994



Muerte materna

La importancia del indicador de mortalidad materna reside en que esta causa se relaciona de manera cercana con las condiciones de vida de la población, por un lado, y por el otro, con la calidad de los servicios de salud. La tasa de mortalidad ha ido disminuyendo en las últimas décadas, aunque hay que reconocer las enormes diferencias entre los estados de mayor y menor desarrollo. El abatimiento de la tasa de mortalidad por esta causa ha sido prioridad del Estado desde hace varias décadas. Uno de los indicadores que aportan a estos avances es el de cobertura, tanto en la consulta prenatal como en la atención al parto. A mediados de los años 70, la cobertura estaba alrededor del 55% y para mediados de los años 90, ésta aumentó al 86%. Cabe decir que por número de consultas prenatales a embarazadas, en 1995 se contabilizaron en promedio 3.9 por mujer, todavía por abajo de las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que son 5 consultas por mujer.⁴⁵

Actualmente cada entidad cuenta con un Comité de Estudio de las Muertes Maternas, formado interinstitucionalmente, con el fin de dictaminar las causas que originaron los decesos, así como los problemas y deficiencias de los propios servicios que contribuyeron al desenlace.

En 1935 la mortalidad materna en México registró una tasa de 6.7 por cada mil nacidos vivos. En 1990 la tasa fue de 0.5 a nivel nacional. A pesar de que esta tasa ha ido en franca disminución en las úl-

⁴⁵ Datos de CONAPO (1998).

timas décadas, las muertes por aborto no se han modificado.

En cuanto al tipo de causa (C.41, gráfica 7), en el periodo de 1989-1993, de 240 muertes ocurridas y que fueron dictaminadas por los Comités de Estudio de la Secretaría de Salud, el 68.7% fueron por causas directas y el 17%, indirectas.⁴⁶

En los hospitales del ISSSTE (C.42), según dictamen de los Comités de Estudios de la Mortalidad Materna, durante 1990-1993 la proporción entre las muertes maternas por causas directas e indirectas se concentró en las primeras. En 1990, de 8 casos, 7 fueron por causas directas; en 1992, de las 23 ocurridas, 19 fueron por causas directas y en 1993 se registraron 20 de 24.

Comparativamente la tasa de ocurrencia de muertes maternas en Sonora ha sido significativamente menor al promedio nacional (C.43-44). Durante 1989-1992, la tasa a nivel nacional presenta una tendencia ligeramente descendente, pero constante, en su conjunto, no así la frontera norte que presentó una tasa casi estable en su comportamiento.

Para estos mismos años el estado de Sonora (C.43), presentó una tasa ascendente: de 15.8 muertes por cada 100 mil nacimientos registrados en 1989, ésta alcanzó una tasa del 43.9 en 1992. La ocurrencia de muertes empezó a disminuir a partir de 1993 a 1995.

Vistos en su conjunto, algunos estados de la frontera norte presentaron una variación porcentual en la evolución de la tasa de 1990 a 1995. Las entidades que tuvieron una tendencia ascendente fueron Coa-

⁴⁶ Las *causas obstétricas directas* son aquellas complicaciones que se presentan durante el embarazo, trabajo de parto, el posparto inmediato y el puerperio, como la hemorragia, infecciones, hipertensión del embarazo y aborto. Las *causas obstétricas indirectas* son las enfermedades asociadas que se presentan y complican el embarazo y que pueden dañar la salud de la madre y el niño. Entre éstas están la anemia, hepatitis, malaria, diabetes, hipertensión, entre otras Ana Langer, B. Hernández y R. Lozano (1994:23-30).

huila y Sonora: la primera aumentó un 287.5% y Sonora un 25%.⁴⁷

Los demás estados fronterizos presentaron porcentajes de disminución como Baja California, que registró el mayor descenso con el -52.9%, seguido por Chihuahua con el -43.9%, Nuevo León con -34% y Tamaulipas con el -16.7%. A nivel nacional hubo una disminución del -1.9% de 1990 a 1995. El indicador de muerte materna en el país presentó diferencias importantes dentro del mismo, sin dejar de señalar que existen diferencias regionales en el ámbito de los estados; estas diferencias van de 1.5 muertes por 10 mil nacidos vivos registrados en los estados de Baja California y Nuevo León, a 11.2 de Puebla y 9.7 en Tlaxcala y 9.0 en Oaxaca.

Para estos mismos años, el 92% de las muertes maternas registradas fueron por causas obstétricas directas (C.45); entre éstas las principales fueron hemorragia del embarazo y parto, seguida por la toxemia del embarazo. Durante años similares, de 1989 a 1993, en el IMSS nacional, así como en IMSS Sonora, estas causas de muerte fueron las mismas (C.44). Desde los años 80 las principales causas de muerte materna no han tenido cambios, y en lo general podrían evitarse con un control prenatal regular y atención en el parto y puerperio, que identifique los riesgos y prevenga las consecuencias fatales.

Hay que llamar la atención que dentro de las muertes maternas, el aborto constituye una causa importante; para el periodo de 1990-1995 fue la cuarta causa de muerte materna, aunque para el subpe-

⁴⁷ Pensamos que el aumento considerable que presentó Coahuila se debe en parte al mejoramiento de la clasificación y de las fuentes de información, ya que se aplicaron las modificaciones en el certificado de defunción que indica investigar la preexistencia de embarazo en todos los casos de muertes de mujeres en edad fértil. Programa Nacional de Acción a Favor de la Infancia, Evaluación 1996, Unicef, SSA, SEP, DIF, CNA, México.

riodo de 1992-1994 representaron la tercera causa. Se registró que en los años de 1980-1982 las muertes por estos motivos presentaron una tasa de 7.8 por ciento de las defunciones, que para 1992-1994 apenas bajó al 7.2% de las defunciones en el país.⁴⁸

A pesar de ocupar buen número de las muertes maternas, existen pocos estudios en México sobre esta problemática. El aborto como práctica inducida es ilegal en el país, salvo en algunas situaciones,⁴⁹ por lo que existe un importante subregistro en las instituciones de salud, así como un porcentaje considerable que no llegan a los servicios de salud, ya que son resueltos fuera de ellos, cuestión que no permite cálculos reales. Algunos estudios estiman que se practican 850 mil abortos inducidos al año, cifra considerable a pesar de las restricciones legales para ello. De éstos se señala que una tercera parte fue practicado por médicos, un 20% por comadronas y el 19% por las propias mujeres; de éstas la mitad tenía entre 20 y 40 años de edad.⁵⁰

Los abortos registrados en las estadísticas oficiales se refieren principalmente a aquéllos que fueron atendidos en las clínicas y hospitales públicos, así hayan sido espontáneos o inducidos, pero hay que enfatizar que existe una gran parte de ellos que, por haberse realizado en la clandestinidad y no haber requerido la atención hospitalaria, quedan fuera de registro. Este hecho es una importante causa de morbilidad y mortalidad de la salud reproductiva, no sólo en nuestro

48 Programa Nacional de Acción a Favor de la Infancia. Evaluación (1996).

49 El aborto es legal cuando es producto de una violación y cuando está en peligro la vida de la madre.

50 Raúl López García, "El aborto como problema de salud pública", en Ma. del Carmen Elu y Ana Langer (1994:85-90).

estado, y que tiene que ver con los derechos sexuales y reproductivos.⁵¹

Otros estudios estimaron un descenso en la tasa de abortos, con base en datos de las encuestas nacionales demográficas y de salud y fecundidad. De 1985 a 1987, se estimó que se realizaron 230 mil abortos; para 1985-1987, 220 mil, y para 1990-1992, 200 mil. Para 1995 se estimó que se habían realizado 110 mil abortos. Aunque estos datos muestran en lo general un descenso, es importante enfatizar su relación con otras prácticas como el uso de anticonceptivos y la disminución de la tasa de fecundidad.⁵²

Retomando, a pesar de que ha ido en franco descenso la tasa de mortalidad materna, es posible que la mayoría de este tipo de muertes de mujeres pudieran haberse evitado. Una de la clasificaciones establecidas para el estudio y dictamen de las muertes maternas se refiere a la previsibilidad de éstas en los servicios hospitalarios de las instituciones de salud. Llama la atención que en el IMSS (C.46), a nivel nacional, la mayor parte de las muertes se dictaminaron como de responsabilidad de la institución, tanto por diagnóstico como por ingreso hospitalario. En el primer caso, el 80.1% fueron muertes previsibles por diagnóstico y el 65.4% por ingreso a la unidad hospitalaria.

A nivel Sonora (C.47), esta proporción es del 36.5% de muertes previsibles al ingreso hospitalario,

51 Aquello establecido en el artículo 4to. constitucional que reza "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos." A pesar de los problemas para el registro, se estimó que en México en 1986, la tasa anual de aborto fue de 12.2 por cada mil mujeres en edad fértil, que en número absolutos darían aproximadamente 200 mil al año. Otros cálculos han estimado hasta 700 mil al año. Para ampliar este tema se sugiere la lectura de la obra de Adriana Ortiz Ortega (ed.) (1994).

52 CONAPO (1996).

rebasada por el dictamen de “no responsabilidad por ingreso hospitalario”, con el 50% del total de muertes, a pesar de que el estado presenta en su conjunto mejores indicadores de salud y de bienestar que muchas otras entidades, pero a nivel de frontera norte es uno de los estados que muestra los niveles más bajos en algunos de esos indicadores. Aquí cabe hacer la observación que en cuanto a casi la mitad de las muertes ocurridas no se contaba con datos sobre su atención prenatal, es decir, si había tenido o no, cuántas y su seguimiento durante el embarazo. Algunas de las razones explicadas sobre esta situación fue que en algunos casos la usuaria olvidó su carnet de citas, en otros que la consulta prenatal no se había registrado o bien que realmente no hubo control prenatal. De cualquier forma, esto muestra la ausencia de un registro y seguimiento adecuado de los casos en la atención de las usuarias, esta vez en la atención a las mujeres embarazadas por parte del IMSS en el estado.

Estos datos sugieren el aspecto de calidad de la atención de los servicios de salud, entendiéndose ésta como la capacidad técnica y humana de los servicios para resolver de manera oportuna y satisfactoria las demandas de la población en cuanto a su salud/enfermedad.⁵³ Sobre todo los datos a nivel nacional que se anotan arriba señalan que el 80% del número de muertes podrían haberse evitado con un diagnóstico y seguimiento oportuno; dentro de éstas se determinó que el 65% de las mismas se debieron a la falta de un ingreso oportuno.

Según el número de muertes ocurridas en Sonora durante las últimas décadas, la mortalidad materna no es un problema grave de la salud reproductiva en

53 Este tema se trata con más detalle en el capítulo 2 de este trabajo.

Sonora. Sin embargo, "morir de parto" debería ser un caso excepcional, dado los grandes indicadores sociodemográficos y de cobertura antes comentados y que no se refleja en los datos de los dictámenes de las muertes maternas; recordemos que entre el 90 y 95% de los partos atendidos en Sonora reciben atención en hospitales.

Según datos registrados por el Comité de Estudio de Mortalidad Materna en la Secretaría de Salud⁵⁴ de Sonora, las muertes dictaminadas ocurridas en sus hospitales de 1991 a 1994 fueron 11.

De éstas, aunque no refleja la totalidad de los casos sugieren una semblanza de las mujeres muertas. También es importante recordar aquí que el tipo de población que atienden los centros de la Secretaría de Salud es aquélla que no tienen otro servicio médico (de la seguridad social o privado) y por lo general es de escasos recursos.⁵⁵

De los 11 casos, 8 fueron de mujeres entre los 20 y 30 años; una mujer de 15 años y 2 de 40; 7 no recibieron atención prenatal, aunque, a excepción de un caso, todas fueron atendidas en los hospitales de las principales ciudades del estado aunque eran originarias de la zona rural cercana a las mismas. Una fue atendida por partera. Cinco de estos casos fueron registrados en la ciudad de Hermosillo y 3 en Cajeme.

54 Revisión propia de los expedientes de los casos de muerte materna en hospitales de la Secretaría de Salud de Sonora y dictaminados por el Comité de Estudio de la Mortalidad Materna.

55 En algunas de las notas en los dictámenes se registra: "Ignorancia, pobreza, lejanía de un centro hospitalario, el esposo gana el salario mínimo, no cuentan con agua, luz en su vivienda (cuarto improvisado); muy deficiente, anemias, nivel socioeconómico bajo".

El subregistro a nivel nacional se reconoce como una problemática seria y continúa siendo grave,⁵⁶ más aún en referencia a los parámetros de países desarrollados. Hay que reconocer también que existen grandes diferencias entre regiones del país y entre los propios servicios de salud.

Morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio va en relación estrecha con las condiciones sociales, económicas, culturales y biológicas del ser mujer, señalan una serie de diferencias e inequidad para llevar a cabo un embarazo sano, un parto bien atendido y un puerperio sin problemas.

⁵⁶ OPS, "Las condiciones de salud en las Américas", edición de 1990, tomado de FLACSO (1993).

Cuadro 41

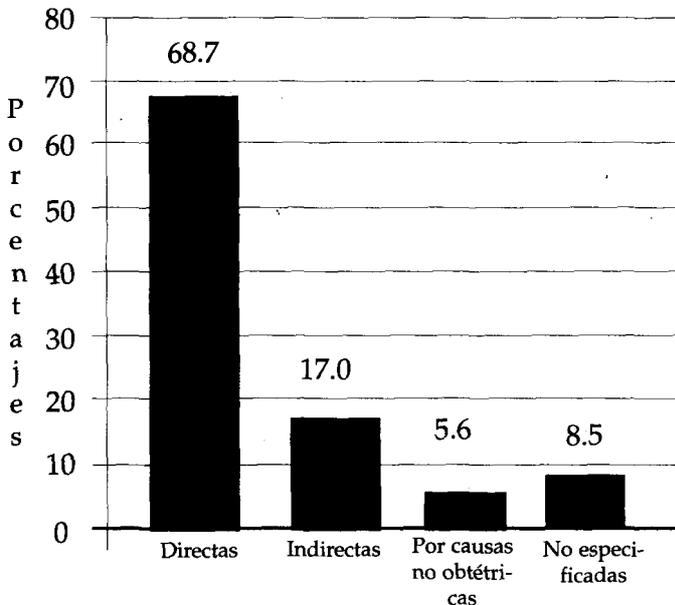
Muertes maternas por causas dictaminadas por los comités de estudio en la SSA-México, 1989-1993

| Causas | Núm. | % |
|---------------------------|------|-------|
| Directas | 145 | 68.7 |
| Indirectas | 36 | 17.0 |
| Por causas no obstétricas | 12 | 5.6 |
| No especificadas | 8 | 8.5 |
| T o t a l | 211 | 100.0 |

Fuente: Yolanda Senties, Fernando Herrera, *et. al.* "Estudios de la Mortalidad Materna y Perinatal en las unidades de la Secretaría de Salud 1989-1993", en SSP (1994), *Mortalidad materna y perinatal. Cifras y hechos 1989-1994*, México, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Atención Materno-Infantil.

Gráfica 7

Muertes maternas por causas dictaminadas por los comités de estudio SSA-México 1989-1993



Cuadro 42

Muerte materna en el ISSSTE en México por causas principales. Casos estudiados. 1990-1993

| Causa | 1990 | | 1991 | | 1992 | | 1993 | |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Directas | 7 | 87.5 | 18 | 94.7 | 19 | 82.6 | 20 | 83.3 |
| Toxemia | 4 | 50.0 | 9 | 47.4 | 10 | 43.5 | 7 | 29.1 |
| Hemorragia | 2 | 25.0 | 4 | 21.1 | 4 | 17.5 | 6 | 25.0 |
| Sepsis | 1 | 12.5 | 3 | 15.8 | 4 | 17.5 | 3 | 12.5 |
| Aborto | 0 | - | 2 | 10.5 | 1 | 4.3 | 0 | - |
| Otros | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Indirectas | 1 | 12.5 | 1 | 5.3 | 4 | 17.4 | 4 | 16.7 |
| Totales | 8 | 100 | 19 | - | 23 | - | 24 | - |

* En casos estudiados por los Comités de Estudio de Mortalidad Materna.

Fuente: Archivo del Comité Central para el estudio de la mortalidad materna y perinatal, tomado de Javier Castellanos Coutiño, *et. al.* "Estudio de la mortalidad materna y perinatal en el ISSSTE", en SSP (1994), *Mortalidad materna y perinatal. Cifras y hechos 1989-1994.*, México, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Atención Materno-Infantil.

Cuadro 43

Mortalidad materna en México, frontera norte y Sonora, 1989-1992

| Lugar | 1989 | | 1990 | | 1991 | | 1992 | |
|-----------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
| | No. | Tasa** | No. | Tasa** | No. | Tasa** | No. | Tasa** |
| Nacional | 1518 | 57.9 | 1477 | 54.0 | 1414 | 51.3 | 1399 | 50.0 |
| Frontera* | 104 | 26.0 | 106 | 26.3 | 9 | 23.6 | 81 | 22.5 |
| Sonora | 8 | 15.8 | 13 | 24.7 | 17 | 31.3 | 24 | 43.9 |

* Cálculos propios con la suma de los datos de los estados fronterizos.

** Tasa por cada 100 mil nacimientos registrados.

Fuente: A. Cervera Hones, A. Escobedo, y Tomás Ramírez R., "La medición de la mortalidad materna a partir de las estadísticas vitales", en SSP (1994), *Mortalidad materna y perinatal. Cifras y hechos, 1989-1994*, SSP (1994), México, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Atención Materno-Infantil.

Cuadro 44

Distribución porcentual de las principales causas de muerte materna en el IMSS en México y Sonora, 1989-1993

| | México* | Sonora** |
|----------------------------------|---------|----------|
| Toxemia del embarazo | 34.2 | 25.5 |
| Hemorragias del embarazo y parto | 16.7 | 20.0 |
| Sepsis puerperal | 8.6 | 9.1 |
| Aborto | 7.5 | 7.3 |
| Los demás directos | 18.8 | 14.6 |
| Indirectos | 12.3 | 18.2 |
| No valorables | 3.5 | 5.5 |
| Número de muertes | 1,617 | 55 |

* Cálculos propios con base en datos de Treviño García Manzo, Norberto y Francisco Alarcón Navarro, "Estudio de la muerte materna y perinatal en el IMSS", en SSP (1994), *Mortalidad materna y perinatal, cifras y hechos. 1989-1994.*, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Atención Materno-Infantil, México.

** Reportes confidenciales de muerte materna IMSS-Sonora. Subdirección de Servicios de Salud, Delegación IMSS.

Cuadro 45

Mortalidad materna por causa en México, 1990-1995

| Causa | 1990 | | | 1995 | | |
|--|-------|------|-------|-------|------|-------|
| | No. | Tasa | % | No. | Tasa | % |
| Causas obstétricas directas | 1,360 | 5.0 | 92.1 | 1,265 | 4.6 | 87.1 |
| - Hemorragias del embarazo y parto | 341 | 1.2 | 23.1 | 343 | 1.2 | 23.6 |
| - Toxemia del embarazo | 377 | 1.4 | 25.5 | 411 | 1.5 | 28.3 |
| - Complicaciones del puerperio | 156 | 0.6 | 10.6 | 169 | 0.6 | 11.6 |
| - Infecc. aparato genitourinario en embarazo | 9 | 0.0 | 0.6 | 14 | 0.0 | 1.0 |
| - Parto obstruido | 23 | 0.1 | 1.6 | 14 | 0.0 | 1.0 |
| - Las demás directas | 454 | 1.7 | 30.7 | 314 | 1.1 | 21.6 |
| Aborto | 98 | 0.4 | 6.6 | 117 | 0.4 | 8.0 |
| Causas obstétricas indirectas | 19 | 0.0 | 1.3 | 72 | 0.3 | 4.9 |
| T o t a l | 1,477 | 5.4 | 100.0 | 1,454 | 5.3 | 100.0 |

Tasa: por 10,000 nacidos vivos registrados.

Fuente: SSA, Dirección General de Estadística e Informática.

Cuadro 46

Muertes maternas en México según previsibilidad por diagnóstico del IMSS, 1989-1993

| Previsible | Por diagnóstico | | Por ingreso a la unidad hospitalaria | |
|-------------------|-----------------|-------|--------------------------------------|-------|
| | No. | % | No. | % |
| Sí | 1295 | 80.1 | 1058 | 65.4 |
| No | 185 | 11.4 | 420 | 25.0 |
| Ausencia de datos | 137 | 8.5 | 139 | 8.6 |
| Total | 1617 | 100.0 | 1617 | 100.0 |

Fuente: IMSS Nacional, Reportes confidenciales de muerte materna, tomado de Norberto Treviño García Manzo y Francisco Alarcón Navarro, en SSP (1994), *Mortalidad materna y perinatal. Cifras y hechos, 1989-1994*, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Atención Materno-Infantil.

Cuadro 47

Muertes maternas según previsibilidad por ingreso hospitalario del IMSS en
México y Sonora, 1989-1993

| Previsible | México | | Sonora | |
|-------------------|--------|-------|--------|-------|
| | No. | % | No. | % |
| Sí | 1058 | 65.4 | 19 | 36.5 |
| No | 420 | 26.0 | 26 | 25.0 |
| Ausencia de datos | 139 | 8.65 | 7 | 13.5 |
| Total | 1617 | 100.0 | 52 | 100.0 |

Fuente: IMSS Nacional, Reportes confidenciales de muerte materna, tomado de Norberto Treviño García Manzo y Francisco Alarcón Navarro, en SSP (1994), *Mortalidad materna y perinatal. cifras y hechos, 1989-1994*, México, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Atención Materno-Infantil, IMSS; IMSS-Delegación Sonora, Reportes Confidenciales de Muertes Maternas, Comité de Estudio de Muertes Maternas, 1989-1993, Dirección de Servicios Médicos.

Cáncer cervicouterino y de mama

En México, el cáncer cervicouterino es una de las principales causas de mortalidad que aquejan a las mujeres mayores de 25 años. Desgraciadamente la incidencia ha ido en aumento en la última década, a pesar de ser una enfermedad que puede detectarse a tiempo y así evitar el desenlace de muerte en la mayoría de los casos.

En 1993 el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas reportó 40,924 casos nuevos de este tipo de neoplasias, de las cuales el 66% fueron de mujeres; de éstas el 23% fueron del cuello del útero y el 12.6% de la mama femenina. Poco más del 50% fueron diagnósticos en la población mayor de 50 años. En 1994 se notificaron 62,725 casos nuevos de neoplasias malignas, de las cuales el 64.7% fueron de mujeres y el 18% de personas mayores de 60 años. Las neoplasias principales fueron del cuello del útero con un 23.2% y de mama femenina con el 10.2%.

En 1975 el cáncer cervicouterino en México tuvo una tasa de mortalidad de 17.1 por 100 mil mujeres mayores de 25 años y el cáncer mamario de 8.4. Para 1990 estas cifras son del orden de 24.9 y 13.0, respectivamente. Según estimaciones de la SSA, estas tasas para el año 2000 alcanzarán el 30.1 y el 14.9. Para el grupo de 15-44 años el aumento de la tasa de mortalidad pasó del 3.2 en 1972 al 4.7 de 1990 y para las mujeres mayores de 45 años esta incidencia se polariza al pasar del 30.7 al 53.0.⁵⁷

57. Ma. Teresa Cisneros de Cárdenas, "Mortalidad por cáncer en edad reproductiva", en Ma. del Carmen Elu y Ana Langer (1994).

En 1991, dentro de la relación general de las principales causas de mortalidad femenina en México (C.48), la de tumores ocupó el tercer lugar, pero ubicado en el grupo de edad de 20 a 59 años esta causa ocupó el primer lugar (el grupo de 20-39 representa el 25% de todos los casos y el de 40-59 años, el 31.1%).

Por tipo de tumor maligno (C.49, gráfica 8), en 1991 el del cuello uterino y de mama ocuparon el primer y el segundo lugar; en todas las edades, el 37% y 21% respectivamente. En el grupo de 20-59 años, el primero representó el 44.6% de las muertes y por causa del segundo, el 27.4%, respecto al total de todos los tumores.

Para 1995 esta situación se mantiene (C.50): el cáncer del cuello del útero fue la segunda causa de muerte: el 16.8% de todos los cánceres detectados en mujeres fueron de este tipo y casi el 80% de éstos fueron en mujeres mayores de 45 años y el resto en el grupo de 20 a 44 años. Por cáncer mamario el 88% de todas las mujeres fue del grupo mayor de 45 años y el 22% del grupo de 20 a 44 años. En ambos grupos de edad fueron la primera y segunda causa de muerte.

Las tasas promedio de mortalidad por cáncer de cérvix en el periodo de 1989-1991 (C.51) para estas enfermedades son más altas en la frontera norte que a nivel nacional. Mientras ésta fue de 10.3 por cada 100 mil mujeres en el país, en la frontera norte alcanzó el 11.0; respecto al cáncer mamario a nivel nacional, la tasa es del 5.5 por 100 mil mujeres y en la frontera es del 7.7.

Al observar el total de casos de cáncer de cérvix en el país, que alcanzó los 12,764 para este periodo, hay que hacer notar que el promedio anual de casos se ubica por encima de los 4 mil, situación que se

mantuvo estable todavía en 1994, cuando se registraron 4,352 muertes por esta causa.

Para estos mismos años, de todos los estados fronterizos (C.52) sólo Nuevo León fue sensiblemente menor al promedio nacional en cuanto al cáncer de cérvix, 7.9 y 10.3, a diferencia del cáncer mamario, que presentó la tasa más alta de los estados fronterizos y mayor al del promedio nacional con un 9.0.

Aunque Sonora registró entre 1989-1991, una tasa un poco menor en cáncer cervicouterino respecto a los demás estados fronterizos (C.52), fue muy similar a la tasa nacional del 10.3 (por 100 mil habitantes) con una tasa del 10.0. Los estados de Baja California, Chihuahua, Coahuila y Tamaulipas mantuvieron una tasa mayor a la nacional. De igual forma, en cuanto a cáncer mamario, todos los estados fronterizos tuvieron una tasa mayor al promedio nacional; especialmente el de Nuevo León, que a lo contrario a la tasa presentada para cáncer de cérvix, fue la más alta de todos.

Si las tasas se obtienen con base en la población femenina mayor de 25 años (C.53-54), edad a partir de la cual se detectan casi la totalidad de los casos, reflejan más cercanamente cómo este problema está afectando la población femenina, alcanzando la tasa nacional 21.8 muertes por cada 100 mil mujeres de o mayor de 25 años. De los siete estados fronterizos, 4 de éstos se ubicaron por encima: Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua y Baja California Norte. Por debajo de la tasa nacional estuvieron Sonora, Nuevo León y Baja California Sur. A nivel nacional Campeche es el estado de mayor incidencia con una tasa de 37.0 por 100 mil mujeres igual o mayores de 25 años.

Uno de los factores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino y mamario es la edad, factor que se refleja en una mayor mortalidad en los gru-

pos mayores de 45 años. Sin embargo, durante la última década se ha observado un aumento paulatino del número de muertes en mujeres mayores de 20 años y sobre todo en mujeres entre los 35 y 44 años, situación que se pudiera deber a diversas razones, entre otras, a una mayor presencia de las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH), que ha sido fuertemente asociado con el desarrollo de cáncer de matriz.⁵⁸ Esta situación es de suma importancia al considerar la tendencia de envejecimiento de la población mexicana, lo que quiere decir que el grupo de mujeres mayores de 45 años será cada vez más amplio, por lo que se reportará un mayor número de este tipo de diagnósticos.

La prueba más utilizada para la detección oportuna del cáncer cervicouterino es la prueba del papanicolaou.⁵⁹ Por grupo de edad (C.55), la mayor parte de los papanicolaou se realiza en el grupo donde ocurre el menor número de muertes. En 1994, el 59% de las citologías se practicaron en mujeres de 25 a 44 años, grupo que representó el 22% del total de muertes por esta causa. Sin embargo, el grupo de los 45 a los 64 años representó el 42% de las muertes y sólo el 16% de las citologías a nivel nacional. Dos años después estas proporciones no habían cambiado (C.56).

En números absolutos la mayor parte de los casos diagnosticados con displasia severa y cáncer in situ, se concentraron en el grupo de edad de los 25 a los 44 años. Sin embargo, la diferencia de los casos de

58 Armando Valle Gay, "Cáncer cervicouterino y enfermedades de transmisión sexual", en Ma. del Carmen Elu (ed.) (1998:59-76).

59 Sencilla prueba ginecológica donde se toma una muestra de moco endocervical para su lectura citológica y detectar células anormales que desarrollan el cáncer, así como inflamaciones e infecciones en el cuello de la matriz.

cáncer invasor diagnosticados en este grupo de edad y el de 45 a 64 años es mínima, porque presenta una alta tasa de mortalidad.

Estos datos sugieren que los casos de mujeres diagnosticadas con cáncer invasor quizás nunca hayan tenido un papanicolaou en su vida. Por otro lado, considerando que el desarrollo de un cáncer microinvasor e invasor que tenga un desenlace fatal tarda entre 5 y 10 años en desarrollarse, sugiere que estas mujeres mayores nunca se habían realizado un papanicolaou, o dejaron de practicárselo 10 años atrás, muchas de ellas cuando terminaron de tener a los hijos.

Sin embargo, es de especial importancia no perder de vista que en los últimos años la enfermedad se ha presentado en un número mayor de casos de mujeres de menor edad. Incluso algunos reportes de los datos inician su primer grupo de edad en esta edad.

Desde 1970 la mortalidad por tumores malignos llegó a figurar en las primeras 10 causas de muerte y en 1980 ocupó el 5° lugar. En Sonora, a partir de 1985 la mortalidad por esta causa ha sido la segunda en importancia.

Aunado a esta grave situación, debe señalarse que la cobertura del sector salud en la detección oportuna del cáncer cervicouterino no llega al 30% a nivel nacional (C.57-58). En Sonora, de 1989 a 1996 ha estado alrededor del 20%. En 1997-1998 esta cobertura fue de 23.58 por mil mujeres mayores de 25 años a nivel nacional. Los estados fronterizos que habían reportado una tasa de mortalidad mayor a la nacional, como Coahuila, Chihuahua, Baja California Norte y Tamaulipas, continúan con una cobertura menor a la tasa nacional del 23.6%,⁶⁰ excepto Tamaulipas, que apenas rebasa la tasa nacional. Se esperarí que en los

⁶⁰ SSA (1998), Dirección General de Estadística e Informática, SISPA.

próximos años se observara una mejoría en la cobertura de la práctica del pap, al reconocer el problema como prioritario y destinarle una mayor atención institucional para disminuir las altas tasas de mortalidad.

Con respecto al cáncer de mama, en el mismo período de 1989 a 1996, los estados fronterizos presentaron una tasa de cobertura de las mujeres mayores de 25 años menor a la tasa nacional del 33%, en cuanto a la exploración mamaria se refiere, a pesar de que la tasa de mortalidad en estos estados es mayor a la tasa nacional. Baja California, Chihuahua, Coahuila y Sonora presentaron tasas de cobertura menores; por su parte, Nuevo León mostró una tasa igual a la nacional y Tamaulipas una mayor. Cabe decir que desde 1980 se ha registrado un aumento en la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer, de 6.7 al 9.6 en 1990, por 100 mil mujeres mayores de 15 años.

Entre 1985 y 1993, es decir, en un periodo de 8 años, en Sonora han muerto 825 mujeres por cáncer cervicouterino y 577 por cáncer de mama (C.59). Al distribuir este número por nivel de escolaridad, se observa que la mayoría de las muertes fueron de mujeres con una escolaridad de primaria completa; la proporción es mayor para los fallecimientos por cáncer de mama; le siguen en número el grupo de mujeres que tenían entre 3 y 5 años de primaria. En Sonora, las mujeres sin escolaridad que murieron por cáncer de cérvix ocuparon el 3º lugar por número de muertes según años de estudio.⁶¹

En otras investigaciones se ha mostrado que a mayor escolaridad es menor la probabilidad de morir por estas causas,⁶² al contar las mujeres con un

61 INEGI (1996),

62 OPS (1991:438-439).

mayor cúmulo de información al respecto. En Sonora, la mayor parte de muertes ocurridas durante 1985-1993 fueron de mujeres de menor escolaridad que el promedio en el estado.

La revisión que se hizo de las distintas fuentes estadísticas y bibliografía relativa nos permitió dar un panorama sobre algunas tendencias en la salud reproductiva en Sonora en la última década. Como ya lo hemos comentado, los indicadores presentan niveles de bienestar mejores a promedios nacionales y respecto a muchas de las entidades. No por ello hay que dejar de enfatizar que en otros tipos de problemas de salud, como es el caso del cáncer cervicouterino y de mama, así como la tendencia al aumento de las enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus, hace que se resalte la falta de medidas adecuadas para su abatimiento.

Al respecto, hay que señalar también que desde los grupos menos favorecidos por el desarrollo socioeconómico del estado, se recogió información cualitativa de suma importancia, que, desde la voz de las mujeres entrevistadas, testimonia otros problemas no contemplados en las estadísticas y que, si bien no es información representativa de toda la población, sí son una muestra de los grupos mayoritarios de la población sonorenses, los grupos populares, usuarias de los servicios de salud, tanto de la seguridad social como de los servicios para población abierta. Dicha información se presenta en el siguiente apartado y hacemos, al final del documento, una serie de consideraciones que intentan ser concluyentes en el panorama de la salud reproductiva en Sonora.

Cuadro 48

Principales causas de mortalidad femenina por grupo de edad en México, 1991

| Causa | Todas las edades | Grupo de edad | | | | | | | |
|--|------------------|---------------|------|--------|------|--------|------|----------|------|
| | | 20-39 | | 40-59 | | 60-79 | | 80 y más | |
| | | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Enfermedades del aparato circulatorio | 43,316 | 1,632 | 19.0 | 5,000 | 23.2 | 15,840 | 34.5 | 19,712 | 49.4 |
| Trastornos de la nutrición y del metabolismo | 23,939 | 954 | 11.1 | 4,078 | 19.0 | 9,765 | 21.3 | 6,445 | 16.2 |
| Tumores | 22,939 | 2,144 | 25.0 | 6,696 | 31.1 | 9,289 | 20.2 | 2,757 | 6.9 |
| Enfermedades del aparato respiratorio | 18,483 | 653 | 7.6 | 1,250 | 5.8 | 4,429 | 9.7 | 6,315 | 15.8 |
| Enfermedades del aparato digestivo | 11,370 | 904 | 10.5 | 2,848 | 13.2 | 4,263 | 9.2 | 2,717 | 6.8 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 13,795 | 1,206 | 14.0 | 1,509 | 7.0 | 2,307 | 5.0 | 2,036 | 5.1 |
| Complicaciones del embarazo, parto y puerperio | 1,414 | 1,088 | 12.7 | 143 | .6 | - | - | - | - |
| Totales | 135,256 | 8,581 | 100 | 21,524 | 100 | 45,893 | 100 | 39,902 | 100 |

Fuente: INEGI. Tomado de Ma. Teresa Cisneros de Cárdenas, "Mortalidad por cáncer en la edad reproductiva", en Elu, Ma. del Carmen y Ana Langer (1994).

Cuadro 49

Primeras causas de mortalidad femenina por tumores malignos en México, 1991

| Tumores | Todas las edades | | 20-59 años | | |
|--------------------------------|------------------|------|------------|------|------|
| | No. | %* | No. | %** | %*** |
| Cuello uterino | 4,194 | 37.0 | 2,253 | 44.6 | 53.7 |
| Mamario | 2,379 | 21.0 | 1,383 | 27.4 | 58.1 |
| Gástrico | 2,052 | 18.0 | 567 | 11.2 | 28.3 |
| Tráquea, bronquios y pulmón | 1,614 | 14.2 | 416 | 4.2 | 25.7 |
| Leucemias | 1,121 | 9.9 | 427 | 8.5 | 38.0 |
| T o t a l | 11,360 | 100 | 5,046 | 100 | |

* % en relación con el total de todas las edades.

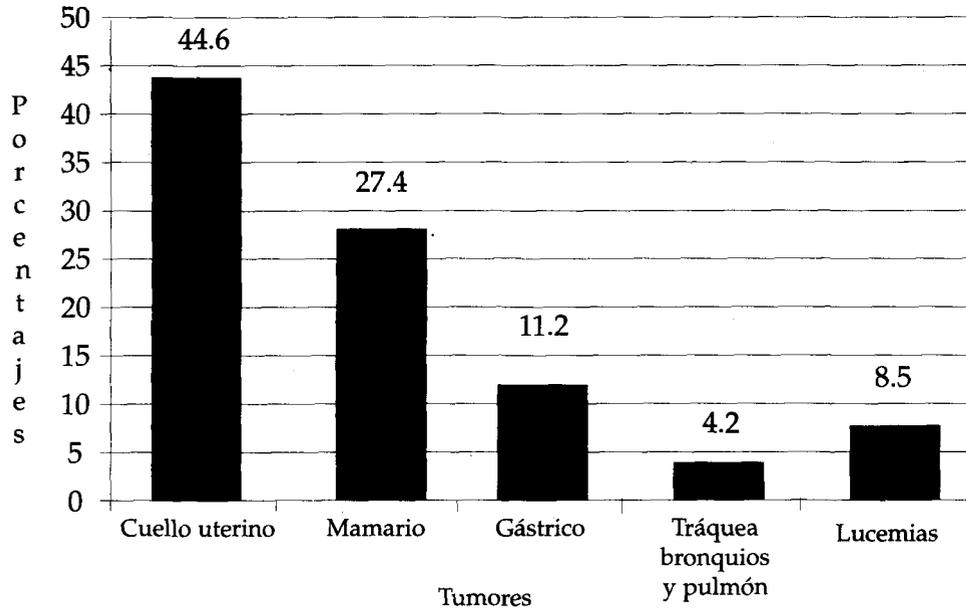
** % en relación con el total del grupo de edad.

*** % en relación con el total de cada tipo de tumor de todas las edades.

Fuente: SSA, Dirección General de Medicina Preventiva, Dirección de Enfermedades Crónico-degenerativas, Subdirección de Cáncer.

Gráfica 8

Primeras causas de mortalidad femenina por tumores malignos en México, 1991
(20-59 años)



Cuadro 50

Principales causas de defunción de mujeres por cáncer según grupo de edad en México, 1995

| Todas las edades Todos los cánceres | < 9 años Todos los cánceres | 10 a 19 años Todos los cánceres | 20 a 44 años Todos los cánceres | 45-59 años Todos los cánceres | 60 y más Todos los cánceres |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 26,185 | 516 | 565 | 3,824 | 6,274 | 15,006 |
| Cuello del útero | Leucemias y linfomas | Leucemias y linfomas | Cuello del útero | Cuello del útero | Cuello del útero |
| 4,392 | 218 | 244 | 916 | 1,406 | 2,065 |
| Mama | Encéfalo | Encéfalo | Mama | Mama | Estómago |
| 3,026 | 50 | 50 | 696 | 1,090 | 1,581 |
| Estómago | Hígado específico como primario | Huesos | Leucemias y linfomas | Estómago | Tráquea, bron- quios y pulmón |
| 2,178 | 13 | 39 | 368 | 374 | 1,375 |
| Tráquea, bron- quios y pulmón | Estómago | Ovarios y otros anexos del útero | Estómago | Tráquea, bron- quios y pulmón | Mama |
| 1,835 | 5 | 22 | 208 | 329 | 1,237 |
| Leucemias y linfomas | Ovarios y otros anexos del útero | Estómago | Ovarios y otros anexos del útero | Ovarios y otros anexos del útero | Páncreas |
| 1,397 | 3 | 10 | 169 | 305 | 911 |

Fuente: D.G.E.I. Dirección General de Salud Reproductiva, Subdirección de Cáncer, Departamento Cáncer Genitourinario.

Cuadro 51

Muertes totales y tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama en México, frontera norte y Sonora, 1989-1991

| Lugar | Cáncer cervicouterino | | Cáncer de mama | |
|----------------|-----------------------|-------|----------------|-------|
| | No. | Tasa* | No. | Tasa* |
| México | 12,764 | 10.3 | 6,774 | 5.5 |
| Frontera norte | 2,182 | 11.0 | 1,547 | 7.7 |
| Sonora | 273 | 10.0 | 196 | 7.2 |

* Tasa por 100 mil mujeres.

Fuente: SSP, tomado de Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (1994), *Perfiles de salud de las comunidades hermanas, frontera México-Estados Unidos, 1989-1991*, México.

Cuadro 52

Muertes totales y tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama en los estados fronterizos de México, 1989-1991

| Lugar | Cáncer cervicouterino | | Cáncer de mama | |
|-----------------|-----------------------|------|----------------|-------|
| | No. | Tasa | No. | Tasa* |
| Baja California | 262 | 10.5 | 213 | 8.6 |
| Sonora | 273 | 10.0 | 196 | 7.2 |
| Chihuahua | 433 | 11.7 | 287 | 7.8 |
| Coahuila | 375 | 12.6 | 192 | 6.4 |
| Nuevo León | 368 | 7.9 | 421 | 9.0 |
| Tamaulipas | 471 | 13.8 | 238 | 7.0 |
| México | 12,764 | 10.3 | 6,774 | 5.5 |

* Tasa por 100 mil mujeres.

Fuente: SSP, tomado de Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (1994), *Perfiles de salud de las comunidades hermanas, frontera México-Estados Unidos, 1989-1991*, México.

Cuadro 53

Mortalidad por cáncer cervicouterino en mayores de 25 años en México y estados fronterizos, 1994

| Estado | Defunciones | Tasa* |
|---------------------|-------------|-------|
| Tamaulipas | 148 | 26.2 |
| Coahuila | 117 | 24.3 |
| Chihuahua | 143 | 23.1 |
| Baja California | 101 | 22.7 |
| Sonora | 83 | 18.5 |
| Nuevo León | 124 | 16.1 |
| Baja California Sur | 8 | 10.0 |
| <i>Nacional</i> | 4,352 | 21.8 |

* Defunciones por 100,000 mujeres ≥ 25 años.

Fuente: SSP, Dirección General de Estadística.

Cuadro 54

Mortalidad por cáncer cervicouterino por entidad federativa 1994

| Estado | Defunciones | Tasa* |
|----------------------|-------------|-------|
| 1.- Campeche | 49 | 37.0 |
| 2.- Nayarit | 68 | 33.8 |
| 3.- Yucatán | 109 | 32.6 |
| 4.- Veracruz | 455 | 29.8 |
| 5.- Oaxaca | 205 | 27.7 |
| 6.- Tamaulipas | 148 | 26.2 |
| 7.- Michoacán | 232 | 26.0 |
| 8.- Coahuila | 117 | 24.3 |
| 9.- Colima | 26 | 24.1 |
| 10.- Morelos | 74 | 23.9 |
| 11.- Chihuahua | 143 | 23.1 |
| 12.- Puebla | 237 | 23.0 |
| 13.- Tabasco | 83 | 22.8 |
| 14.- Baja California | 101 | 22.7 |
| 15.- Jalisco | 303 | 22.5 |
| 16.- Guerrero | 140 | 21.9 |
| 17.- Sinaloa | 117 | 21.9 |

21.8 Nacional

| | | |
|----------------------|-------|------|
| 18.- San Luis Potosí | 104 | 21.1 |
| 19.- D.F. | 403 | 20.8 |
| 20.- Chiapas | 149 | 19.0 |
| 21.- Durango | 61 | 18.6 |
| 22.- Sonora | 83 | 18.5 |
| 23.- Aguascalientes | 33 | 17.8 |
| 24.- Guanajuato | 178 | 17.7 |
| 25.- Hidalgo | 82 | 17.6 |
| 26.- Zacatecas | 54 | 17.2 |
| 27.- Nuevo León | 124 | 16.1 |
| 28.- Quintana Roo | 21 | 16.0 |
| 29.- Querétaro | 41 | 15.2 |
| 30.- Tlaxcala | 29 | 15.2 |
| 31.- México | 375 | 14.6 |
| 32.- Baja Calif. Sur | 8 | 10.0 |
| Total | 4,352 | - |

* Defunciones por 100,000 mujeres \geq 25 años.

Fuente: SSP, Dirección General de Estadística.

Cuadro 55

Proporción de citologías y de defunciones por cáncer cervicouterino según grupo de edad en México, 1994

| Grupo de edad, años | Citologías | Defunciones |
|---------------------|------------|-------------|
| < de 25 | 21.0 | 1.0 |
| 25 - 44 | 59.0 | 22.0 |
| 45 - 65 | 16.0 | 42.0 |
| 65 y más | 4.0 | 35.0 |
| Total | 100.0 | 100.0 |

Fuente: SSP, Dirección General de Estadística.

Cuadro 56

Casos problema detectados en el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, por grupo de edad en México, 1996

| Grupos de edad | Displasia | | | | | | Positivos a cáncer | | | | Total de cito- logías |
|----------------|-----------|------|----------|------|--------|------|--------------------|------|---------|------|--------------------------|
| | Leve | | Moderada | | Severa | | In situ | | Invasor | | |
| | No. | Tasa | No. | Tasa | No. | Tasa | No. | Tasa | No. | Tasa | |
| < de 25 años | 3,138 | 1.0 | 883 | 0.2 | 253 | 0.08 | 55 | 0.01 | 1 | 0.0 | 303,612 |
| 25-44 | 8,158 | 1.0 | 2974 | 0.3 | 1,147 | 0.14 | 1017 | 0.12 | 368 | 0.04 | 814,596 |
| 45-64 | 2,517 | 1.0 | 938 | 0.4 | 428 | 0.2 | 490 | 0.2 | 318 | 0.13 | 230,475 |
| 65 y más | 650 | 1.0 | 279 | 0.5 | 117 | 0.3 | 118 | 0.2 | 313 | 0.3 | 62,071 |
| Totales | 14,463 | | 5,074 | | 1,945 | | 1,680 | | 1,000 | | 1,410,756 |

Tasa por 100 mil mujeres.

Fuente: SSP, Informes de laboratorio, DGE/INEGI.

Cuadro 57

Cobertura de la población femenina de 25 años y mayores aplicando un examen anual, México, 1994

| Institución | No. citologías | Cobertura % |
|------------------|----------------|-------------|
| SSA | 1,200,940 | 17.0 |
| IMSS | 1,393,604 | 21.0 |
| IMSS Solidaridad | 59,801 | 3.0 |
| ISSTE | 274,433 | 16.0 |
| SEDENA | 18,018 | 20.0 |
| Marina | 5,257 | 22.0 |
| PEMEX | 58,948 | 37.0 |
| Nacional | 3,010,434 | 26.0 |

Fuente: ssp, Dirección General de Estadística.

Cuadro 58

Prevención, tratamiento y control del cáncer cervicouterino en Sonora, 1989-1996

| Población femenina de 25 años y más | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| S S A | 116,615 | 117,121 | 118,754 | 117,195 | 114,102 | 138,268 | 165,535 | 168,680 |
| Meta programada | 28,320 | 32,450 | 32,450 | 50,040 | 50,000 | 54,620 | 51,900 | 42,000 |
| Citologías realizadas | 24,835 | 22,381 | 22,381 | 22,412 | 24,737 | 33,344 | 33,618 | 35,178 |
| Aprovechamiento del recurso | 87.7% | 69.0% | 69.0% | 44.8% | 49.5% | 61.0% | 64.77% | 83.80% |
| Cobertura alcanzada | 21.3% | 19.1% | 18.8% | 19.1% | 21.7% | 24.1% | 20.30% | 20.90% |
| Detección: | | | | | | | | |
| Displasia leve | | | | 280 1.25% | 436 1.76% | 790 2.37% | 675 2.00% | 241 0.69% |
| Displasia moderada | | | | 133 0.59% | 175 0.71% | 318 0.95% | 277 0.82% | 82 0.23% |
| Displasia severa | 88 0.35% | 76 0.34% | 76 0.34% | 86 0.38% | 76 0.31% | 107 0.32% | 57 0.16% | 28 0.08% |
| Displasia in situ | | | 4 0.02% | 54 0.24% | 76 0.31% | 80 0.24% | 27 0.08% | 16 0.05% |
| Cáncer invasor | 62 0.25% | 44 0.2% | 88 0.39% | 34 0.15% | 15 0.06% | 29 0.09% | 24 0.07% | 6 0.02% |

Fuente: SSI, Informes mensuales de laboratorio, Dirección General de Medicina Preventiva, Dirección de Enfermedades Crónico-degenerativas, Subdirección de Cáncer.

Cuadro 59

Muertes por cáncer cervicouterino y nivel de escolaridad en Sonora, 1985-1993.

| Grupos | Sin escolaridad | | Menos de 3 años de primaria | | de 3 a 5 primaria | | Primaria completa | | Secundaria equivalente | | Preparatoria equivalente | | Profesional | | No equivalente | | Totales | |
|--|-----------------|------|-----------------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|------------------------|------|--------------------------|-----|-------------|-----|----------------|-----|---------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Muertes por cáncer cervicouterino | 176 | 21.3 | 125 | 15.2 | 188 | 22.8 | 221 | 26.8 | 52 | 6.3 | 17 | 2.1 | 8 | 1.0 | 38 | 4.6 | 825 | 100.0 |
| Muertes por tumor de la mama de la mujer | 58 | 10.1 | 65 | 11.3 | 111 | 19.2 | 203 | 35.2 | 58 | 10.1 | 31 | 5.4 | 21 | 3.6 | 30 | 5.2 | 577 | 100.0 |

Fuente: Elaborado por la Unidad de Información Regional con base en INEGI (1994), "Mortalidad", *Estadísticas sociodemográficas*, vol.3.

CAPÍTULO 2

La salud reproductiva desde la voz de las mujeres

En Sonora, como se muestra en la primera parte del trabajo, los indicadores de salud en general y en particular los de salud reproductiva son mejores si los comparamos con otros estados del país. Además de dichos indicadores, se sabe que existen un conjunto de prácticas que las propias mujeres desarrollan para el cuidado de su salud y la de sus familias, prácticas que no son reconocidas como parte de las estrategias que conforman el estado de bienestar y/o salud de la población y por lo tanto no están incorporadas en los registros estadísticos de las instituciones de salud.

La salud reproductiva puede ser abordada a través de diversos temas y planteamientos metodológicos, pero se decidió que la metodología cualitativa nos aportaría las herramientas más convenientes considerando los objetivos del presente estudio. Una de las consideraciones para esta elección partió de conocer que los eventos del embarazo, el parto y el puerperio vividos por las mujeres ocupan gran parte de los recursos y esfuerzos del sector salud, por lo que cabría preguntarle a ellas las formas cotidianas de llevar a cabo el cuidado y la atención durante estos eventos. Se consideró también que las mujeres llevan a cabo una serie de prácticas cotidianas en el ámbito doméstico y que incluyen las redes de apoyo, así como prácticas en la medicina tradicional que complementan al sistema de salud en el cuidado del embarazo, el parto y el puerperio.

En términos generales, el estudio planteó abordar dos aspectos: 1) el reconocimiento de cómo definen las mujeres sus problemas de salud, y 2) aspectos relacionados con los servicios y la atención a la salud. Se decidió orientar la indagación, más que a la experiencia con los servicios, a las prácticas y formas que las mujeres tienen en el cuidado de su salud reproductiva particularmente con respecto a los tres eventos mencionados. Para este trabajo, como ya se mencionó, se eligieron por su magnitud dentro de la salud reproductiva tres grandes temáticas que se denominaron *eventos centrales de análisis*: 1) el embarazo, 2) el parto y 3) el puerperio o posparto. En esta segunda parte del trabajo se presenta la descripción de la información de índole cualitativa obtenida en las ocho entrevistas colectivas que fueron realizadas para la presente exploración. La información se organiza a partir de los tres eventos que se eligieron como ejes centrales y se describe a detalle los temas y subtemas tratados en cada una de ellos. Como primer acercamiento se definió conocer las formas del autocuidado, tanto como las formas de control y seguimiento que realizan las mujeres durante el embarazo y el puerperio y cuáles habían sido las formas y la experiencias en la atención al parto.

Para el evento del embarazo, se propuso como objetivo general: a) conocer cuáles eran el tipo y las formas del autocuidado desarrolladas por las propias mujeres, b) qué otros cuidados fuera de la institución de salud llevaban a cabo, y c) si las mujeres realizaban o no el control médico prenatal. En relación con el parto, se propuso, a) indagar sobre las formas utilizadas para la atención al mismo, y b) los servicios de atención empleados. Para el posparto, al igual que en el embarazo, se planteó, a) conocer las prácticas de atención y autocuidado durante el mencionado periodo y b) conocer si existía o no seguimiento

médico durante el puerperio. En lo referente a las formas de cuidado, en términos generales se definió indagar sobre aspectos de alimentación tanto como cuidados de tipo físico, que de manera cotidiana y tradicional las mujeres realizan durante el embarazo y el parto.

Durante el proceso de análisis y reflexión de la información obtenida, en el camino metodológico de ir y venir en la sistematización de la información, surgió un tercer tema que fue el de calidad y calidez en la atención que las mujeres reciben de las instituciones de salud. Dada la importancia de esta temática en el discurso colectivo de las entrevistadas, el tema se planteó como parte de los ejes centrales del análisis.

Resumiendo, las preguntas generales que guiaron la exploración fueron las siguientes:

¿Cuáles son las prácticas en el cuidado del embarazo?

¿Cuáles han sido las experiencias positivas o negativas que han tenido en sus embarazos y partos?

¿Cómo fue la atención que recibieron en el parto y el posparto?

¿Cuáles son las principales preocupaciones que las mujeres tienen sobre su salud en general y en particular sobre su salud reproductiva?

Cuando sienten malestares, ¿en qué casos acuden al médico?

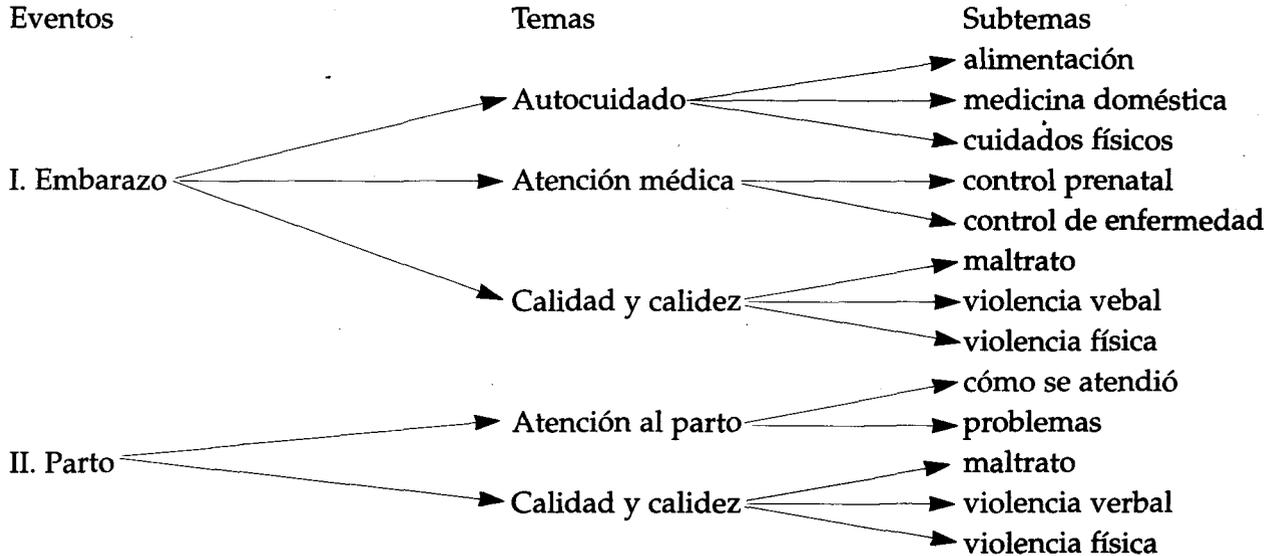
Las preguntas se aplicaron en un piloteo y con base en ello se hicieron algunas precisiones para la elaboración de las preguntas guías de las entrevistas colectivas.⁶¹

61 Véase guía de preguntas en el anexo.

Después del primer acercamiento a los datos obtenidos en las entrevistas y teniendo como ejes ordenadores los eventos elegidos, se construyó un diagrama que ilustra todos los temas explorados, incluyendo los subtemas definidos con base en la propia información (ver diagrama 1). Dicho diagrama se construyó en tres niveles: 1) el más general que corresponde a los ejes centrales del análisis, 2) un segundo nivel denominado *tema*, en el que para los eventos del embarazo y el posparto, se abarcaron los aspectos que tienen que ver con el autocuidado y con la atención médica y para el parto las formas de la atención al mismo. En el mismo nivel se incluyó, para el caso de los tres eventos, el tema de calidad y calidez en la atención, el cual se presenta en un apartado separado por haberse conformado en un eje central, como un producto de los hallazgos, es decir, los testimonios de las entrevistadas estaban permeados, prácticamente en todos los eventos, por información que se relaciona con la calidad y la calidez de los servicios y la atención médica. 3) Un tercer nivel, que denominamos *subtema*, se fue construyendo a partir del dato empírico, y contiene aspectos específicos de cada uno de los temas definidos. La organización de este apartado obedeció al orden del diagrama antes descrito. En cada una de las partes y durante la descripción de la información, se van definiendo los conceptos que se utilizan. Los distintos testimonios que se presentan corresponden a las voces de las participantes de cada uno de los grupos de mujeres entrevistados; el conjunto de los mismos integran el total de las entrevistas colectivas.

Diagrama 1

Ejes de análisis de las entrevistas colectivas sobre salud reproductiva de las mujeres en Sonora



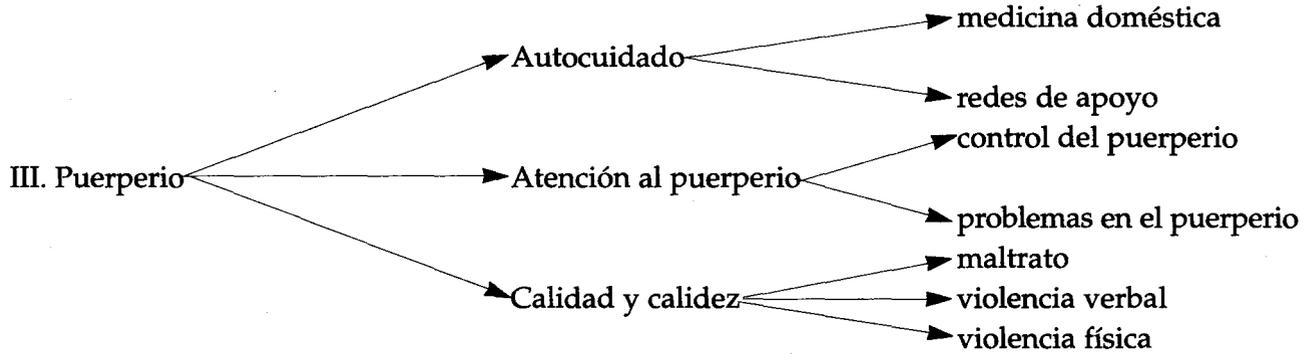
Continúa en la siguiente página

Viene de la página anterior

Eventos

Temas

Subtemas



Embarazo

En relación con la historia reproductiva de las participantes se presentan datos básicos que se refieren a las edades de la primera menstruación, los embarazos y el uso de los anticonceptivos, entre otros. El registro de las edades de la primera menstruación se divide en dos grupos: uno de 9 a 12 años, edades en las que al 32% de las entrevistadas se les había presentado la primera menstruación; otro de 13 a 16 años, en este grupo estaban la mayoría, es decir, el 65%, lo que nos indica que en este último grupo de edad es en el que la mayoría de las mujeres entrevistadas habían tenido su primera menstruación. La edad de la primera relación sexual se registra: entre los 13 y 18 años en el caso del 42% del total de las entrevistadas y entre los 19 y 23 años para el 44%, sólo del 4% de las entrevistadas no contestaron a esta pregunta. Los datos anteriores nos revelan que en su mayoría este grupo de mujeres tuvo un inicio sexual a edades jóvenes (los porcentajes mencionados pueden dividirse entre mujeres muy jóvenes, como lo son las que iniciaron actividad sexual a los 13 años de edad y mujeres no tan jóvenes, como las de entre los 19 a los 23 años).

La mayoría de las mujeres entrevistadas habían iniciado el uso de anticonceptivos entre los 18 y 29 años de edad. Los datos al respecto nos arrojan que el 82% había empleado alguna vez en su vida sexual algún tipo de anticonceptivo, sólo un 8% respondió que nunca los había utilizado. El dato anterior es coherente en atención a los porcentajes presentados en la primera parte del trabajo sobre prevalencia del uso de anticonceptivos, en México y Sonora. Entre los ti-

pos de anticonceptivos más utilizados estuvieron en primer lugar en importancia los orales; el 75% de las entrevistadas habían recurrido a este tipo, el 25.4% habían utilizado alguna vez el DIU; un porcentaje importante usaron el ritmo y el condón (el 22% y el 20% respectivamente); los anticonceptivos inyectables habían sido utilizados sólo por el 12% del total de las mujeres que fueron entrevistadas. En el momento de la aplicación del cuestionario durante las entrevistas, los datos obtenidos fueron los siguientes: sólo el 25% de las participantes afirmaron estar usando anticonceptivos, de las cuales seis utilizaban los anticonceptivos orales, cinco el DIU, tres el ritmo, tres el condón y solamente una de las mujeres usaba la inyección como método de control. Del total de las entrevistadas, un porcentaje importante (el 41%), se habían practicado la salpingoclasia, y el grupo de edad en el que se concentraba este porcentaje estaba formado por mujeres entre los 30 y 39 años, es decir, las mujeres de este grupo habían terminado su vida reproductiva.

Respecto a la historia de los embarazos, el 54% de las participantes en estos grupos habían tenido de uno a tres embarazos; 41%, de cuatro a siete, y el 12% estaban en el grupo de mayor número de embarazos. La edad promedio del primer embarazo era de 20 años, la edad más joven del mismo había sido de 13 años en algunas y la máxima de 30 años. La edad promedio del último embarazo fue de 27 años y la máxima para el último, de 47 años de edad. Un 62% de las entrevistadas tuvieron parto normal, sólo el 6% tuvieron cesáreas, el 10% partos y cesáreas, 9% partos y algún aborto y un 4% se resolvieron con cesáreas y aborto.

El 88% de las mujeres estaban afiliadas a algún servicio médico (IMSS, ISSSTE, ISSSTESON), y acudían a los mismos en caso de necesitar atención médica. Es-

te dato resulta coherente si atendemos a los datos de cobertura de los servicios en Sonora señalados en la primera parte del trabajo, de Cobertura nominal por institución de salud en Sonora 1985-1998, en donde, además de mostrar que el 68% de la población cuenta con seguridad social, sólo el 2% de la población urbana no recibe servicios regulares de salud. El 54% de las entrevistadas afirmó recurrir también a servicios médicos particulares.

Autocuidado y atención médica

Se entiende por autocuidado todas aquellas prácticas de autoatención, autogestión y cuidados personales, caseros o domésticos, así como decisiones que las mujeres toman para cuidarse durante el embarazo, tanto en la alimentación y cuidados físicos como algunas prácticas más específicas de medicina doméstica que se han transmitido por tradición familiar. Menéndez se refiere al autocuidado en términos de procesos de autoatención que incluyen la automedicación, en muchos casos.⁶² A partir de la información que obtuvimos a la pregunta planteada sobre cómo se cuidaban durante sus embarazos, es que construimos estas dos categorías: a) en la de autocuidado incluimos aspectos de alimentación, prácticas de medicina doméstica y los cuidados físicos durante el embarazo; b) la de atención médica se refiere a las prácticas de control prenatal y el control de enfermedades que las mujeres llevan a cabo al asistir a los servicios de salud.

Al abordar las formas del autocuidado y de la atención a sus embarazos, las entrevistadas aludie-

62 Eduardo L. Menéndez, (1992:97-114).

ron básicamente a los cuidados en la alimentación y algunos cuidados físicos que tenían, y también se refirieron al control prenatal médico. Según los testimonios expresados, estos cuidados dependen del contexto familiar, costumbres, generación de pertenencia, entre otros. En este sentido se puede decir que, entre los aspectos mencionados, existen tanto prácticas que son compartidas por todas como otras que son opuestas entre los distintos grupos de mujeres, sin existir reglas generalizadas, como lo veremos en este apartado.

Al referirse a los cuidados en la alimentación, se señalaron a algunos hábitos alimenticios, recomendados por los médicos y aprendidos como criterios generales, sobre la importancia de comer bien durante el embarazo. Uno de los criterios importantes fue el evitar las harinas y la comida "chatarra", como lo expresaron algunas de las entrevistadas.

...me cuidaba de no comer harina, de tomar muchos refrescos, comía mucha fruta, eso sí, pues lo normal.

...ya después que me pasaban estos vómitos, procuraba comer muchas cosas nutritivas, eso sí nada de carne y los frijoles, pues tan sólo el aroma me repugnaba, pero eso sí muchas frutas y verduras y todo lo que contiene hierro, ¿no?, como lentejas, soya.

...pues más bien no comía "chatarra", antojitos; evitaba mucho comer harina, sodas y todo eso. Comía más frutas y verduras, que era lo que más indicaban los médicos, hasta que ya a los 9 meses, que me programaban la cesárea.

El autocuidado en el embarazo pareciera que va cambiando o mejorando, sólo con la experiencia que las mujeres van teniendo en el transcurso de sus em-

barazos, como es el caso de este último testimonio. De la misma manera, los testimonios revelan la importancia de las condiciones, tanto como del contexto de vida para tener o no cuidados especiales; es decir, no todas las mujeres han tenido los cuidados referidos, como es el caso del siguiente testimonio:

Yo no, yo comía lo que había, puros frijoles. Tenía un hijo casi cada año, uno no tiene ni tiempo ni de atenderse, ni de comer.

El anterior testimonio viene de una mujer ya mayor, quien había vivido sus embarazos en un contexto rural. Es en este sentido que podemos decir que las prácticas tanto de los cuidados como del autocuidado del embarazo son distintas y cambian dependiendo incluso de la generación de pertenencia, el número de hijos y, por supuesto, de las condiciones de vida.

Yo nunca me cuidé de nada, siempre trabajé en el campo, pizcando, desyerbando, desahijando, sembrando y limpiando maíz.

Dentro de las formas del autocuidado están algunas referidas a lo que hemos denominado aquí medicina doméstica, la cual alude a las prácticas en los cuidados y atenciones al embarazo a través de ejercer los cuidados caseros para la salud durante el embarazo, así como el control de algunas enfermedades por medio de remedios naturales, como lo muestran los siguientes testimonios. Esta última forma de cuidado está basada en la atención llevada a cabo por la propia persona o personas cercanas a la familia y/o a la comunidad. En estas prácticas no interviene directamente un curador profesional, sino que pueden ser acciones conscientes o inconscientes encamina-

das a la cura y la prevención.⁶³ Zolla se refiere a la medicina doméstica como “el primer ámbito social de percepción y evaluación del daño a la salud” y no constituye una oferta pública de servicios.⁶⁴

Cocemos bebidas, de manzanilla, por ejemplo, para el embarazo, pues, para no agarrar frío. Sí, la manzanilla, dicen, es para que vaya saliendo el frío, y que para que el bebé salga limpiquito, sin grasa; así nos han dicho personas que tienen experiencia, que es más a gusto.

O sea que, en mi primer embarazo, ya casi, los últimos días para tener a mi bebé, anduve como así, o sea, me dolía este lado; entonces, como dice la compañera, me dieron té, porque me dijeron que traía frío, y sí, tomé té y se me quitó, ese malestar que no me dejaba doblar ni doblar, ni nada, y con té de manzanilla se me quitó el malestar.

No, pues yo tenía el problema de que cada embarazo era una muela que se me caía, y sufría mucho porque se me ponía muy mal, y la única solución era que se me desbaratara. El único remedio era el que me daba mi esposo. Era él quien me lo hacía. Me decían cuando tuve el primer niño, pues está muy joven, él está más grande que yo (se refiere al esposo). Me decía: “bueno, como no puedes tomar medicamento, yo te voy a dar un remedio”, y se iba. Ahí en la sierra había una mata de higo grande; entonces agarraba un algodoncito y lo empapaba de la leche de higuera, entonces me lo ponía en la muela, se me despedazaba, se me hacía pedacitos, y era la forma como solucionaba el problema.

63 Eduardo L. Menéndez (1992).

64 Carlos Zolla y Ana María Carrillo (1998:71-104).

Además de los cuidados domésticos mencionados, algo común en todos los grupos de mujeres que fueron entrevistadas es el hecho de acudir a las parteras o sobadoras, por distintas razones. Considerando los testimonios que nos hablan sobre ello, podemos afirmar que los cuidados de control médico del embarazo se combinan por lo general con los conocimientos empíricos de las mujeres de la comunidad, pues es de uso general acudir siempre a ellas con el objetivo de prepararse para del parto.

Porque siempre los criaba sentada, y a ella pues no la aguanté mucho porque se me atravesó. Estaba bien incómoda y no me dejaba dormir. Fui con la señora y me la acomodó, y ya, fíjate que muy bien

Yo fui para aliviarme, ya que era mi último mes. Me dijo mi abuelita: "ahorita ve para asegurarte de que está bien la criatura, si viene bien, o si no, pues que te acomoden bien ya para que te vayas aliviar. Y como tenemos una tía que se embarazó al mismo tiempo que yo, pues fuimos las dos, y sí, el mío me lo acomodó, y ya dice ella (refiriéndose a la mujer que consultan) "qué es lo que piensa que va a ser" (se refiere al sexo del hijo).

Estas acciones se ubican en la medicina tradicional, la cual alude al "cuerpo estable de datos que remiten a un auténtico sistema de creencias, conceptos y prácticas, a recursos terapéuticos de uso constante y a clasificación nosológicas coherentes, ampliamente distribuidas".⁶⁵ Zolla señala que los terapeutas tradicionales (se mencionan cuatro como los más definidos: parteras, curanderos, hueseros y hierberos) son aquellas "personas generalmente adultas y

65 Carlos Zolla (1998).

pertenecientes a la comunidad donde ejercen a las que el grupo social reconoce como dotadas de los conocimientos, habilidades y facultades para curar, que diagnostican las enfermedades conforme a una idea de la causalidad que es compartida por el grupo y cuyo sistema de creencias, conceptos y prácticas las distinguen de los terapeutas de la medicina institucional".⁶⁶

Respecto a otras de las razones a que aludieron las mujeres para acudir a las parteras o sobadoras se refieren a tratar de resolver obstáculos de la naturaleza o imposibilidades biológicas y de la ciencia médica, relacionadas con su salud reproductiva:

Aquí hay un caso de una muchacha que no se cuida, porque no puede tener hijos tampoco, no podía salir embarazada, tenía tres años de casada y dijo: "pues voy a ir a que me soben". Y fue y sí, a ella le habían dicho que nunca iba a tener hijos, y pues esta señora la sobó, le dio medicamento de hierbas y salió embarazada. Se fue a Estados Unidos y volvió a venir porque allá también le dijeron que no iba a poder tener hijos. Vino y la sobaron aquí, le dijeron cuando la sobó y que le dijo vas a salir embarazada y salió y va a tener cuates, espera cuates y no podía tener hijos y la señora la sobó y va a tener de a dos.

Respecto a los cuidados físicos, hay quienes afirman no tener ninguna clase de cuidados especiales y seguir su rutina diaria normal a pesar del embara-

⁶⁶ "Trescientos años de persecución por supersticiosos, y doscientos más de acoso por irracionales y acientíficos, no han logrado aniquilar los saberes médicos indígenas. Si bien por un lado si fueron tasajeados, lo que impidió que fueran sistematizados teóricamente y, por otro, se sincretizaron en un proceso que aún continúa, con otros saberes médicos académicos y no académicos." Carlos Zolla y Ana María Carrillo (1998:183-184).

zo. Los esfuerzos del trabajo doméstico se consideran dentro de lo normal, incluso algunas asumían haber sido descuidadas con ellas mismas durante el embarazo.

Pues yo fui muy descuidada. En mi último embarazo, ni una sola vez me atendí, pues sí fui descuidada, y eso de andar levantando cosas pesadas y dietas, yo diría de eso mi vida normal yo seguía todo normal no porque estuviera embarazada, que no voy hacer esto y lo otro, que no voy a comer acá, que lo otro, o sea yo normal.

Algunas mujeres realizan cuidados recomendados por otras mujeres durante el embarazo, los que consideran los "normales", como no levantar cosas pesadas durante los primeros meses, ni hacer cosas que impliquen mucho esfuerzo físico.

...por ejemplo, los primeros meses no cargar cosas pesadas, y si uno las carga, pues tratar de no hacer mucho esfuerzo. Es lo único y la higiene nada más.

...como por decir así, a mí me tocaba lavar, lavaba mucho entonces, todo el tiempo andaba muy cansada, entonces esos días no lavaba mucho, me cuidaba y pues ya no quería ir a trabajar, porque me cansaba y me cuidaba.

Se encuentran las excepciones, como en el siguiente testimonio, de mujeres que reconocieron no tener ningún cuidado especial e incluso sentirse más activas durante el embarazo, así como las que asumieron no seguir ninguna clase de cuidados debido a sus condiciones de vida durante los embarazos, como nos relata una de las entrevistadas:

Pues fíjese que yo, siempre en todos los embarazos, me siento más activa, en eso de que me dan más ganas de hacer las cosas, me siento desesperada, me entra una desesperación por hacer aquella cosa, me siento más activa en eso. Le digo porque me daban ganas de hacer aquella cosa, aun sabiendo que me iba a ser daño levantar aquellas cosas pesadas. No sé por qué me daba congoja que aquella cosa estuviera ahí, yo la quitaba, me ponía a barrer, hacía toditito, trapeaba yo todo y me ponen hacer tortillas, lavar ropa, daban ganas de hacer aquellas cosas y ya después de que sanaba me daba flojera...

...no, nada, muchas tienen reposo porque no pueden tener a los hijos, que no levantar nada pesado. Yo no, tuve a mis hijos uno tras otro. Entonces no me cuidaba, cuáles cuidados, era seguir y seguir y les daba pecho a todos, dándoles pecho salía embarazada, o sea, yo me la pasé casi todo mi tiempo; cuando no estaba embarazada estaba dando de mamar. Así fueron los años de mi juventud, porque hasta los treinta y tantos tuve al último.

Prácticas prenatales y salud-enfermedad en el embarazo

Por prácticas prenatales se entienden aquellos aspectos de los cuidados del embarazo que tienen que ver con las prácticas de control médico que las mujeres realizan y cómo controlan la enfermedad cuando se les presenta. El objetivo fue reconocer prácticas de cuidados del embarazo relacionadas con el control prenatal médico y de enfermedad durante este evento. Para ello se planteó responder a las siguientes preguntas: ¿las mujeres entrevistadas acuden a alguna institución para el control prenatal?, ¿las madres entrevistadas tienen un control médico regular de sus embarazos?, ¿cómo enfrentan o resuelven la

enfermedad o malestares durante el embarazo?, ¿en qué casos acuden al médico? y ¿ qué problemas de salud han tenido que enfrentar?

Atención prenatal

A través de la información que se obtuvo en las entrevistas podemos hablar tanto de aspectos particulares como de algunas generalidades en las prácticas de control del embarazo. Se presentan dos tipos de prácticas que podemos distinguir frente al control médico del embarazo: 1) están las mujeres que afirmaron que asistían de manera regular cada vez que tenían su cita mensual, es decir, que reconocen que tienen un control sobre su embarazo, ya sea por una actitud de ellas hacia el cuidado de su salud o bien debido a la existencia de riesgos particulares durante el mismo, y 2) quienes no iban a control prenatal y sólo asistían al médico en caso de sentirse enfermas.

Yo, en el primer embarazo, después de los tres meses, empecé a ir a que me checaran cada mes.

...desde el primer mes, de la niña, vi al ginecólogo y me empezó a dar hierro y todo.

Yo no, hasta el tercer mes fui a que me checaran.

Yo del segundo hasta los cinco meses fui.

Yo no iba porque me sentía bien; nada más estaba esperando el momento.

...pues yo también el último embarazo a los 30 años, cuando tuve a la niña; pero no yo no, yo me sentía bien, yo fui a ver al médico hasta que cumplí seis meses. Todo el embarazo fue normal.

Con base en los testimonios, se puede concluir de manera general que la práctica del control médico prenatal es variable. Es de importancia también destacar que particularmente cuando se trata del primer embarazo, si no hay enfermedad, las mujeres realizan el control ya en etapas avanzadas o simplemente no se da.

No, a los 6 meses empecé a ir con el médico, tenía seis meses de embarazada cuando empecé con los médicos. Me mandaron hacer examen de orina y de sangre y de todo. Salí bien, era normal mi embarazo. Salí bien, y cuando me enfermé (se refiere al momento del parto), ya para tener a la niña, en dos horas estaba desocupada.

Yo del embarazo de mi hija hasta los 6 meses fui con el doctor; ya sabía que estaba embarazada pero hasta los 6 meses fui.

Pues la verdad es que yo nunca he tenido cuidados de ninguna forma, como ir constantemente con el médico. Pues no, mentiría si dijera que sí. Nunca, desde el primero hasta el último casi nunca me enfermé.

Con el testimonio anterior se confirma que dicha práctica está orientada, o se da casi siempre, en los casos que existan problemas específicos; de no ser así, se da la sustitución del control médico por las prácticas comunes del autocuidado transmitidas a través de la medicina tradicional.

No, yo sé que se va con el médico los primeros meses cada mes y después cada 7 días. Pero yo realmente no lo hago, porque... no sé, como que para mí no funciona eso. Como dice usted, para mí lo importante es cuidar

la dieta y tratar de no comer o tomar algo que irrite el estómago y todo eso.

El control regular médico depende también del contexto en el que viva la mujer embarazada (zona, familia, amigas, servicios, etc.), del número de embarazos y de las características de cada embarazo, y de una práctica que se realiza principalmente si se presentan problemas, como lo muestran los siguientes testimonios.

Cuando tuve a Manuel, el segundo, sí fui desde que salí embarazada y empecé con problemas de aborto a los seis meses. No debía levantar nada pesado, no hacer cosas pesadas, para no provocar el aborto. Cuando tuve el tercer embarazo, desde el primero hasta los seis meses estuve encamada. También traía la presión baja y era de estarme cuidando y no me podía mover, nomás me levantaba al baño y se me venía y desde el primer mes fue control con el ginecólogo.

Muy bien, pues normal, como lo viven todas, o sea, uno se va adaptando a eso, porque es un cambio, más cuando es la primera vez y casi por lo regular los embarazos no son iguales, uno es diferente al otro. En el caso mío, que yo tengo dos niñas, no es igual, porque en mi primer embarazo, todo fue normal, y en el segundo, ya a los dos meses no me podía mover, se me "varaba" un lado, no me podía levantar, necesitaba quien me levantara y en el otro no. Mas no sé a qué se debería eso, pero todo el tiempo, o sea estuve checándome, nunca tuve ningún problema.

El primero fue un embarazo difícil, igual que el parto, no tuve atención médica, porque cuando nos casamos, mi esposo y yo nos fuimos a vivir al campo, donde él trabajaba. En aquellos tiempos no había servicios médicos, como los hay ahora, más facilidad para todo, así

que casi todos los niños los tuve a la antigüita como los tuvieron mi mamá y mi abuela.

La práctica del control prenatal, además del contexto de las mujeres, como se señala, depende también de otros factores, como es el caso de la ubicación de la persona en relación con el trabajo, por ejemplo:

Yo nomás durante el primero me cuidé un poco, en los demás no, hasta que iba a tener a mi bebé porque no... aparte de eso, uno no tiene tiempo... cómo va a perder el día de trabajar por ir con el médico; por lo menos yo no lo hago. Inclusive ahora es cuando más me atrevo a dejar el trabajo para ir con el médico, porque de plano ya no te aguanto el dolor... fui de la primera niña porque mi marido siempre estuvo muy al pendiente, muchas atenciones, del primero sí y del segundo también, pero de los demás ya no, yo nomás a trabajar.

O sea, no había tanto médico, no estaba tan adelantada la ciencia en todo esto. Veo a las mujeres de ahora con todas las atenciones... van dos veces a consulta y que van a hacerse análisis... no, yo nunca supe de análisis, y gracias a Dios todos mis embarazos fueron normales, partos normales, nunca tuve amenaza de aborto y todos los he tenido normales, mis siete hijos los tuve normales, sí, los tuve en el Seguro porque entonces yo me iba a Los Mochis, allá en el Seguro de Los Mochis los tenía. Entonces todos mis embarazos normal y todo eso sí iba, por ejemplo incluso dos nomás tuve en el Seguro, los demás con partera y en la casa. Nunca tuve problemas, no supe si estuve anémica o no estuve, nunca supe si tenía algo, nunca tuve amenazas de aborto de nada. Sí sabía que salía embarazada porque reglaba una vez y era ya embarazo seguro.

Testimonios como el anterior ejemplifican la ausencia de control prenatal médico debido al contexto y muy específicamente en contraste con la vida

moderna, como lo señala esta entrevistada. Por la anterior afirmación también podemos inferir que en el control del embarazo conviven en estrecha combinación tanto la práctica del control médico como de la medicina tradicional. En este caso estas prácticas se reconocen como formas propias de las mujeres de atender el embarazo, ya que por lo general, durante algún periodo del mismo, además de asistir a las citas "al Seguro", acuden con las sobadoras y parteras de la comunidad, sobre todo al final de sus embarazos.

...pues nosotros sí, la mayoría, ya que vamos a aliviar-nos nos mandan ahí con la señora (se refiere a la sobadora), y si no, pues nos mandan a San José a las que ya se van a aliviar.

...es que me río porque uno, pues lo clásico.... acá se alivia con el doctor, que puro médico y médico y nada de... yo como les digo, yo he sabido de que van a acomodárselo (se refiere al producto) con ellas (se refiere a las parteras).

Mencionamos, por su relevancia, los aspectos que aluden en particular a la calidad en el control del embarazo, referida a la capacidad de los servidores de las instituciones de salud.

P. Normal, ¿y cómo te cuidabas?

...supuestamente yo no estaba embarazada, pues seguía menstruando hasta los 4 o 5 meses.

P. ¿Menstruando?

Menstruando, fui al médico, y el médico me puso probable embarazo y ya llevaba yo un barrigón (se ríe).

¿Cuál probable embarazo?

Pues yo creía que no estaba embarazada, pues sí, estaba normal y no iba engordando, engordando y ya al

tercer mes ya fui con el doctor... probable embarazo, ¿probable embarazo?, pero si estoy bien. Al sexto mes me decía el doctor que no estaba embarazada porque también reglaba, reglaba, y me decía que no era embarazo, que era un tumor.

P. *¿Y te hacías los estudios?*

Aquí en Hermosillo, y pues yo engordaba y engordaba, pero me decían que era tumor. Entonces el doctor me checaba y yo le decía que no podía ser porque yo sentía movimientos, aunque era el primero pero yo sentía y él me decía (sé refiere al doctor) que los tumores son iguales que los embarazos porque también se mueven.

El anterior testimonio es un ejemplo de la confusión y la posibilidad del fallo del personal médico. Se puede ver claramente la postura médica respecto al poco crédito que dan a la usuaria, es decir, a la mujer que siente y conoce su cuerpo. Esto nos muestra y refuerza el criterio respecto a la concepción de objetos y no de sujetos, que de manera no poco frecuente el personal de salud tiene de la usuaria, lo cual se debe precisamente a la introyección del modelo hegemónico de atención a la salud que confiere todo el poder y el conocimiento al médico y niega el conocimiento empírico de la usuaria sobre su experiencia ante las reacciones de su cuerpo. Además de esto se agrega la desinformación o información inadecuada a la usuaria, lo cual se relaciona con la calidad en la atención médica y el control, en este caso, del embarazo. Aparece entonces el aspecto de calidad en el control médico del embarazo al dar resultados que pueden ser cuestionados; ¿errores comunes?, ¿es esperado o explicable desde la medicina que suceda confundir un embarazo con un tumor? ¿O se trata de un verdadero descuido y falta de atención al control del embarazo?

Salud-enfermedad en el embarazo

No se puede afirmar a través del discurso de las entrevistadas si los problemas y las enfermedades que se presentan sean siempre y necesariamente por deficiencias durante el control prenatal, debido a la escasa supervisión que se lleva a cabo durante el embarazo, o bien problemas que obedecen a condiciones orgánicas particulares de cada mujer. Más aún, si consideramos que la salud y la enfermedad constituyen una construcción social, en realidad la indagación al respecto no fue profunda; sólo podemos señalar los registros de sucesos que nos describen los problemas indicados. En relación con la salud-enfermedad de las mujeres entrevistadas y el control de la misma, son variados los problemas que se les presentan durante el embarazo: a) amenazas de abortos, b) altas temperaturas durante el embarazo hasta llegar al momento del parto, c) alergias, d) úlceras en el cuello de la matriz, e) dolor de riñones, f) inflamación de ganglios, g) hinchazón de pies, h) alta y baja presión y i) anemia.

A mí me dijeron que iban a estudiar el caso, que porque tenía antecedentes de diabetes y problemas, que podían haber hecho que se me viniera. Pues de la primera fue porque reglaba hasta los siete meses y no me creía y de la segunda también, porque tenía problemas de amenaza de aborto y la tercera porque tenía la úlcera en el cuello de la matriz y así me la llevaba.

Yo sí tuve problemas, y bastantes. Me estuve atendiendo en el Seguro Social; ahí me checaba. Cuando fui al doctor, ya andaba en el cuarto mes que me di cuenta. Fui al médico y me hicieron los estudios, ya tenía cua-

tro meses y así estuve, yendo al control cada mes, y ahí sí el doctor familiar me dijo que tenía Seguro Social. Nunca me quiso pasar con un ginecólogo, ya me dio la fecha de mi parto. Desde que entré en los siete meses siempre tuve problemas para caminar, siempre tenía que sentarme así (hace una demostración de la manera como se sentaba), porque no podía sentarme bien y dormía muy incómoda, siempre me decía el doctor que estaba perfecta, que iba bien en mi embarazo, que no necesitaba medicamento, que no necesitaba nada. Después me dio una fecha, el 20 de agosto, para que fuera con el doctor, porque ya en ese tiempo me iba a aliviar, y no acudió, yo tampoco. No tenía molestias, no tenía nada, a qué iba ... si voy a aliviarme es porque voy a llevar dolores... esperé ese tiempo. Durante los nueve meses estuve vomitando y tuve el dolor de oído una sola vez nada más, pero eso sí, vomitando los nueve meses.

Con el primer y segundo embarazo, durante los primeros meses me puse muy mala de las anginas y los ganglios. Es por la infección. Se me inflama mucho todo esto (señala la parte del cuerpo que le molestaba). Me dolía y no me dieron nada, que se me tenía que quitar solo y eso es todo.

De relevancia sería indagar en nuevas y futuras investigaciones: ¿cuántos de los problemas y enfermedades que se presentan se deben a la ausencia de la práctica del control por parte de las propias mujeres y cuánto a la falta de calidad en el control prenatal, en este caso del control médico, como lo describe este último testimonio?

Problemas enfrentados durante el parto

La atención al parto es, sin duda, uno de los eventos importantes que nos indican aspectos del bienestar de la salud reproductiva. Este trabajo se orientó a conocer cuáles habían sido las formas y la experiencia de las mujeres entrevistadas durante la atención al parto. En este apartado se describen las respuestas a preguntas planteadas que nos dieron la pauta para conocer acerca de esta experiencia: ¿se atendieron en servicios de salud o con personal de la comunidad, es decir parteras?, ¿cuál fue la atención que recibieron?, ¿se les presentó algún problema?, ¿cómo se resolvieron esos problemas?, ¿cómo fue la resolución del parto?, ¿cuál es la percepción de las mujeres sobre la atención recibida durante el parto?

Los testimonios obtenidos muestran que al igual que en el embarazo, en el parto las mujeres entrevistadas combinan la atención médica con la medicina tradicional, que en este contexto se refiere a la práctica de las mujeres de acudir con parteras comunitarias para la atención de sus partos; hay quienes atendieron sus partos sólo con parteras, otras sólo en las instituciones de salud y quienes, en combinación con ambas formas, tuvieron a sus hijos tanto con parteras como en atención hospitalaria. Desde luego estas diferencias tuvieron que ver con las edades de las mujeres y con el lugar de residencia, es decir, las mujeres mayores y que vivían en comunidades rurales acudieron más a las parteras.

Yo con partera... con puras parteras al principio; los primeros...

Tuve once: cuatro con doctor, y siete con partera.

De los nueve, los últimos dos nada más con médico.

Uno lo tuve en el hospital y los demás con partera, pero le tengo mucha confianza a la partera.

...como dice la muchacha, también yo fui con la partera, porque en el último parto no podía caminar mucho... y fui, y sí me sobó doña Trini y sí me dijo que no podía caminar bien porque lo traía muy abajo y como era niña (yo no sabía), y sí me dijo que era mujer y sí me sobó y ya me vine y muy bien caminé ya de ahí.

Los lugares de atención médica variaban dependiendo de las facilidades en el acceso a los servicios y, en algunos casos, de las preferencias y experiencias que las entrevistadas tenían sobre la calidad en la atención. La experiencia vivida durante la atención al parto varía en cuanto a la facilidad o dificultad con la que la enfrentaron, de la misma manera que los problemas enfrentados son distintos. Debido a las características exploratorias del trabajo que se presenta, dichos problemas sólo pueden ser enunciados pero sin profundizar en las experiencias relatadas por las entrevistadas.

Bien, yo del primero, pues me llevaron en la noche y toda la noche estuve con dolores, haciéndome el tacto y pues... ¿cómo se dice? no bajaba, no avanzaba. Pues me dijeron "ni modo, ahorita te vamos a tener que operar." "¡Ay, no!", le dije (voz afligida), "¿por qué?". Me dijeron "¿quieres morirte tú o que se muera la criatura?" Y pues ya, me hicieron cesárea.

Yo tuve dos, el segundo en el Seguro. El primero lo tuve en el hospital municipal, pero me atendieron muy bien, será porque me iba ya a lo último, cuando sentía los últimos dolores ya me iba. Entonces más de una hora no duraba yo, en el Seguro. Aparte de que tengo

una cuñada que es enfermera y ella pues se iba conmigo. En los dos partos estuvo ella al pendiente de mí. En un ratito, en menos de la hora me aliviaba yo con la ayuda de ella, porque andaba detrás de los doctores ahí, luego, luego.

Si bien no es posible saber si los problemas y sucesos relatados sobre la experiencia del parto, todos se deben necesariamente a aspectos de mala calidad, sí son sugerentes de fallas en la atención o en los servicios.

Sí, me revisaban y me ponían a caminar, duraba un día y me revisaban. Me decían que tenía muy poquita dilatación y me ponían a caminar y que fuera a las dos horas. Iba y todavía me faltaba mucho de dilatación...

...con la primera se me reventó la fuente y ya empecé a sangrar, yo creo que más de veinticuatro horas. Y desde que empezó el sangrado, fui a que me revisaran y me regresaron para la casa...

Testimonios similares, en los que las entrevistadas relatan que fueron regresadas para su casa, una vez que ellas decidieron llegar a la institución, son comunes. A nuestro juicio, muchos de estos aspectos están involucrados con la atención e información adecuada y oportuna, y para el caso particular con los problemas que se presentan en el parto y que se relacionan con la calidad y calidez en la atención al mismo.

Sí, no supe cuándo nació. De lo último que me acuerdo es que me pusieron un suero y ya no supe de mí, me durmieron, no sé... no sé qué trabajo de parto haría, porque yo no supe de mí...porque la experiencia que tuve, después que me dijeron "puje, puje". Y con este primero pues no pujé, pues no supe...

Este testimonio, y particularmente la descripción de los hechos, nos sugiere que podría tratarse también de un caso de atención inadecuada. La experiencia de la madre de no control sobre el momento del parto nos remite a un suceso forzado; el tono de la entrevistada en el relato nos sugiere una inconformidad por la decisión médica en la forma de resolución del parto.

No, no batallé. Cuando tuve al tercero me internaron porque tenía una úlcera en el cuello de la matriz.

P. Y tu atención durante el parto, ¿cómo fue?

Pues muy bien, tenía al pediatra, dos doctores y a un enfermero que estaba ahí.

...en el Materno, pero ya cuando sentía los dolores cada 15 minutos, cuando me empezaron cada 30 o 45 minutos, hasta que ya empezaron a los 15 minutos, pero como me regresaron nació, en la casa.

Los dos primeros relatos dan testimonio de experiencias de una buena calidad en la atención, pero el último sugiere una ausencia de criterios adecuados, o bien nos indica negligencia del personal médico o falta de experiencia en la atención al parto. Los siguientes testimonios abundan más sobre experiencias de partos en donde se presentaron complicaciones. En éstas, según expresan las mujeres, se "sospecha" que los procedimientos médicos que vivieron no fueron del todo adecuados. Queda para posteriores investigaciones indagar en otras fuentes de información, que permitan profundizar sobre aspectos tan relevantes. De cualquier forma, es importante mostrar el hecho de que las mujeres son consideradas totalmente ignorantes y pasivas por los prestadores de servicios, en

relación con sus experiencias de vida en el desarrollo del parto.

...y el día 25, como a las ocho de la noche, me empezaron los primeros dolores. De los tres niños que tengo he estado enferma, pero luego luego me alivió. Llegué, y sí, luego luego me internaron y me empezaron a decir que me iba a aliviar y que esto y que lo otro. Justamente ya me iba a aliviar y se dieron cuenta de que el parto no venía bien, venía de pies. Entonces trataron luego, luego de hacerme todo; hicieron raquea y trataron por todos medios de apurarse para ganar tiempo. Pero ya se me venía, así como dice Elizabeth, que ella tuvo problemas para el parto, así tuve yo, porque el niño salió bien, menos la cabecita:

Cuando tuve a la niña pues duré como dos meses internada, tenía moretones por todos lados llenos de sangre. Incluso ahorita tiene seis años y la cabeza la tiene como achatadita.

Mira, a mí sí me atendieron bien, gracias a Dios. El niño vino bien, pero lo que sí digo es que uno puede tener mejor atención. A lo mejor el niño no hubiera sufrido lo que sufrió si me hubieran hecho cesárea. No porque lo pidiera, sino porque realmente era necesario. Yo tenía 10 años sin tener hijos y el niño pesó cinco kilos doscientos gramos al nacer. Si hubieran puesto poquito más de su parte los doctores, más atención, el niño no hubiera sufrido lo que sufrió. Yo también lo sufrí, porque dolores y todo me dio.

Pues yo, en el último parto, ya estando en mi casa, se me reventó la fuente (se ríen), me acuerdo muy bien, y sí, se me reventó la fuente, ya llegó el ginecólogo y le dije lo que pasaba, pues... que se me había reventado la fuente y que yo lo sentía, nunca me había pasado. Con el primer parto no me pasó así. Llamé al doctor y me pidió que me fuera a la clínica. Me cambié de ropa

y ya me fui a la clínica. Esperé a que llegara el ginecólogo; ya llegó y me estuvo atendiendo hasta que sané. Como le digo, se me reventó la fuente y duré mucho porque se encaramó aquí arriba (se refiere al hijo en el vientre), y no bajaba, o sea no sentía dolores, pero sentía que se me encajaba aquí (se señala la parte del cuerpo) y no quería bajar y ya se me había reventado. Y así estaba, que ahorita y ahorita, iba y me checaba el doctor, me pasaron al hospital y le ponía ...lo que ponen en el suero para que baje o para que den más dolores, iba y me checaba. "No, doctor, ya no puedo...", le decía. Sentía que en lugar de salirme por abajo me iba a salir por la boca y no... "Ahorita", decía (se refiere al médico que la atendía). Y se iba el doctor y ahí venía de vuelta, hasta que ya eran las 12 de la noche. "Ya no me espero", le decía. Me daba miedo porque la fuente hacía mucho que se me había reventado. Cesárea era lo que debían haber hecho porque todo el día me decían "ahorita y ahorita". Me checaban, pues, pero siempre con miedo de que por alguna causa... a veces uno por no saber le da miedo... si ya se me había reventado la fuente, como puede ser que no naciera, que no lo querían sacar, y pues el doctor estaba terco de que fuera normal (se refiere al parto), el doctor se aferró que iba a ser normal, y pues quedó finalmente que con cesárea.

En Sonora casi 95 de cada 100 partos es atendido en clínicas y hospitales. Es uno de los estados del país de mayor cobertura en este rubro. De los tres eventos explorados en este estudio, es el más medicalizado y donde la medicina tradicional ha ido perdiendo terreno. De gran utilidad sería investigar sobre las ventajas y/o desventajas de estos avances: ¿qué han ganado las mujeres con ello en relación con el cuidado de la salud reproductiva?, ¿qué han perdido?

Puerperio

Autocuidado: medicina doméstica y redes de apoyo

En las formas del autocuidado durante el puerperio, relatadas por las entrevistadas, encontramos como aspectos importantes: a) las prácticas de medicina doméstica, y b) las redes de apoyo. Estas últimas se refieren al conjunto de personas, cercanas a la madre, sean o no de la familia (abuelas, suegras, hermanas y vecinas) que llevan a cabo acciones que prestan ayuda de manera espontánea u organizada a las mujeres después del parto. A partir de la información recabada en las ocho entrevistas, se puede concluir que tanto la medicina doméstica como las redes son las condiciones que realmente permiten los cuidados durante el puerperio.

En las formas del autocuidado, un aspecto que tiene relevancia es la preocupación especial, así lo expresaron las entrevistadas, por la alimentación orientada hacia la producción de la leche materna y a evitar los riesgos que los hijos recién nacidos pueden padecer si la madre no se cuida lo suficiente.

...pues lo que come una persona que acaba de tener bebé para criar leche: atoles y caldos.

...no, lo único que no comiera huevo, pero comía de todo, me hacía atolito de masa y luego al niño me lo ponían en una cunita y ya le daba pecho, los tres días sin levantarme.

Yo nada, normal todo en cuanto al alimento: nada de picante porque estaba amamantando al niño.

Además de cuidados particulares en la alimentación, se registraron aspectos generales del cuidado,

donde se combinan los cuidados físicos, y de modo muy importante, el aseo personal. Muchos de los hábitos y costumbres en los cuidados del posparto están estrechamente relacionados con las tradiciones de las madres y las abuelas.

...sí, en primer lugar no hacer desarreglos, no levantar cosas pesadas, ni andar comiendo cosas que le hicieran daño cuando le diera pecho al niño. Y el aseo que tiene que tener uno, cuando está en la dieta, el aseo personal.

Yo no comía frijoles, hasta la fecha no los como. Mi abuelita me decía "no comas frijoles porque le van a hacer daño al niño; le van a dar cólicos". Pero me cocía manzanilla para el niño, para que no sufriera cólicos.

...a mí me ponían trapos en la espalda; bueno, los primeros días para que no se me secara la leche.

Mira, sí tuve dieta. Mi suegra, cuando yo me alivié y estaba en la cama, me llevó un frasco de agua hervida con cilantro, que para prevención del pasmo. Pues yo quise tomar agua común y tuve muchos cólicos. Ya no volví a tomar agua y tomé de la que me llevaron. Muy a gusto, ya no me pasó nada, me la tomé y me agradó. Antes no trabajaba y me dijeron que me tenía que meter a la casa antes de que se ocultara el sol, y tampoco me dejaban bañarme 40 días.

Queda claro, en los distintos testimonios referidos a los cuidados domésticos durante el puerperio, que éstos han sido incorporados como prácticas culturalmente aprendidas a través de otras mujeres, y que la realización depende mucho o básicamente de estas redes de apoyo con las que cuenta la madre.

...pues en las noches mi abuelita cocía tés, yo todo el tiempo tomé tés, de manzanilla, de anís, de cualquiera me daba, pero ella me daba un té. Ya para aliviarme me tenía como los pericos (se ríen). Ya que me alivié, llegué y le dije: "Abuelita, traigo mucha hambre, dame algo de comer". Me dijo: "Ya ves cómo son, después no hacen dieta ni nada de eso". Llegué del hospital y le pregunté: "¿Y qué me vas a dar?" "Siéntante, ya te lo tengo listo, porque ya me habían dicho que ibas a salir" (le dice la abuela)... y me va sirviendo un platote de atole de maseca con... de esa pimienta entera y ajo y unas tortillas con sal (se ríe), con pura manteca, así arriba, pero poquita, en cuanto le había untado. "Así cómetelo", me dijo. "No", le dije, "yo no quiero eso". "Sí", me dijo, "para que hagas dieta". Como me dieron medicamento cuando estaba embarazada por la cuestión de la brucelosis, quedé muy gorda. Ella me dijo (se refiere de nuevo a la abuela): "Para que puedas adelgazar, necesitas ponerte a dieta." Pero yo no le hice caso. Duré 45 días ahí con ella de dieta y ya que me vine (de regreso a su casa), yo no le hice caso.

Los cuidados del posparto son más tradicionales, cuanto más intervención haya de mujeres de otras generaciones.

Algunas madres afirmaron en principio no realizar ninguna clase de cuidados físicos especiales después del parto, debido a que ellas llegan a realizar el trabajo doméstico cotidiano. Que los cuidados en el posparto dependan en gran medida de la existencia o no de las redes de apoyo, significa que una mujer que no cuente con el apoyo de familiares o vecinas o con el respaldo de una pareja, el autocuidado en el periodo del puerperio no es igual al de una mujer que cuente con ello; aún más, de la existencia de tales redes dependen las prácticas de autocuidado que las madres realicen durante el posparto.

A mí nunca me dejaron que tomara una aguja en la dieta, nunca que cosiera, porque me lastimaba la vista, ni ver televisión. Yo sí lavaba, pero tenía que haber sol; después de las tres de la tarde, ya no, porque caía brisa, ya no lavaba.

A mí me cuidaban igual en cuanto a la dieta y todo eso porque estaba viviendo con mi suegra un rato, y ya sola uno pues no tiene nada de cuidados; debe uno hacer las cosas a fuerzas porque quién se lo va a hacer a uno, y luego la faja y luego, luego a trabajar.

Yo no, comía de todo porque casi siempre me alivié sola. Partos, embarazos y todo fueron siete y todos partos normales. Si tuviera que volver a parir, me gustaría volver a parir igual, sin cesárea.

No, yo me ponía hacer mi quehacer, lidiaba a mis hijos, trabajando en mi casa, hacía comida para todos y comía de todo. Nunca tuve cuidados, nunca tuve quién me anduviera chiqueando, que me hicieran atolitos, o que me cocieran hierbitas. No, yo no, siempre me vi porque en primer lugar aquí no tengo familiares.

No, qué voy a hacer con tanto chamaco. Apenas acababa de tener, cuando.... Y quiero que sepas que a los siete les di pecho y dejaba de darles porque ya salía embarazada del otro. Y aún así sufría de lo que se me ponían así de duros por la leche. Sí, un año o después del año les daba y luego no hallaba qué hacer con la leche que daba. A los siete los crié con abundante leche y sin atenciones ni cuidados. Como le digo, una vida normal porque hacía comida para todos.

Control y problemas en el puerperio

En el discurso de las entrevistadas resulta evidente que el control médico del posparto se da de manera excepcional, si no es que se puede decir que existe un nulo control después del parto. Los testimonios recogidos muestran generalmente que una vez resuelto el parto, deja de existir el cuidado médico materno, y es sustituido básicamente por los cuidados domésticos (como lo vimos anteriormente) y la atención, el cuidado y la crianza del hijo(a)).

P. ¿Y ustedes regresan para revisión, todas han quedado bien? Aunque sea cesárea, no regresan a revisión?

No, ya no quiero saber, me da mucha vergüenza.

Sí, a los puntos nomás.

P. ¿Ustedes regresaron después del parto a revisión?

Al mes.

Al bebé, a nosotros no.

Yo tampoco.

Yo no, hasta que volvía con otra panza.

Muchas preguntas surgen al leer los testimonios sobre las prácticas o más bien de las nulas prácticas en la atención médica del puerperio: ¿algunos de los problemas en este evento suceden justamente por la ausencia de control durante el mismo?; ¿influye la práctica de las madres de olvidarse y dejar la atención a su salud en segundo lugar en importancia?; y en los casos en los que todo resulta favorable, ¿se trata simplemente de casos afortunados?

Yo llevé al niño para que lo checaran antes de los ocho días, a los ocho días. Y como me hicieron la salpingo,

no fui a que me quitaran los puntos, me los quitó mi cuñada en la casa. Fui nada más a que me checaran y dijo el doctor que todo estaba bien y el reglado también, o sea todo bien.

El control que... lo que más son los niños... en el Seguro le dan leche cada seis meses, y te los revisan.

...atención médica de que iba con el médico, no, nunca, inclusive esa gasa que me dejaron... Tenía un compadre al que le platicué, apenas estaba por recibirse de médico. Me dijo que me recostara. Me vio y me sacó una gasa grande, y pues él me estuvo inyectando antibiótico. Gracias a Dios que me tocó suerte que él me atendió luego, luego, porque quién sabe cómo la hubiera pasado. Fue a raíz de ese parto que quedé mal, empecé con mucho sangrado y sangrado...

Los problemas relatados sobre el puerperio son ilustrados por los siguientes testimonios:

...después en el parto fue eso que me cortaron muchísimo. Los pechos se me pusieron malísimos se me cortaban, tres meses duré, de los dos niños, hasta los tres meses ya me vine normalizando, con eso te digo todo, todo se me juntó, lo del parto... pero no como el primero, del primero me sentí mal de la garganta antes del parto y después del parto

...no, pues yo no llevaba dieta. El único problema es que tuve mucha temperatura del primer niño, porque... no sé... tenía mucha leche y el niño no mamaba, y pues era el primero y me dolía mucho y creo que tal vez haya sido eso por la leche. Se me infectó la herida de la cesárea, se me juntaron esas dos cosas.

Yo cuando sané de la última, el único problema es que tenía mucho mal de orín y tomaba medicamento, pero no se me quitaba, hasta que me vio el doctor y me va

descubriendo que tenía una úlcera. Ya de aquí fui al hospital, y del hospital al Centro de Salud de Navojoa. Con médico particular duré como 3 meses más o menos el tratamiento para saber si me la podían quemar. Sí me la quemaron. Después ya no sentí nada, pero sí antes era mucho el dolor. Yo decía que era mal de orín, pero no. Al fin me la quemaron y ahora que fui a... me preguntan cómo está la úlcera. "Ahí está", les dije. Sí me la quemaron, me quedé traumada porque fue mucho el tiempo que según yo era infección de vías urinarias.

La experiencia señala que la ausencia de control y los cuidados en el puerperio en relación con el cuerpo de la madre hacen un lugar común los sucesos relatados. Si bien existen y se sabe de los cuidados domésticos hacia la madre en este periodo, se trata de cuidados motivados y orientados al buen desempeño de sus funciones maternas y al cuidado del recién nacido. Es durante ese periodo que las atenciones y cuidados se vuelcan hacia el recién nacido y se considera secundario, por las mismas mujeres, el control del puerperio. Esta realidad podría estar mostrando la cultura materna que hace que las mujeres privilegien el cuidado hacia "los otros" y pospongan por lo mismo el cuidado personal.

Calidad y calidez

Cada consulta de salud reproductiva y, de manera muy particular, la atención al embarazo y el parto, tiene un trasfondo de poder corporal. Tiene además "un trasfondo de voluntariedad realizado o negado; de sexualidad vivida con plenitud o como deber/obligación genital, de trabajo invisible, desvalorizado o reconocido; y de ciclo de vida reconocido social-

mente o subvalorado. Asumir que esos contenidos subyacen en la demanda de la persona que consulta y desentrañarlos, para contribuir a su bienestar, es un desafío que se reitera cotidianamente a quienes proveen servicios en salud reproductiva".⁶⁷ Desde esta perspectiva es que nos acercamos a la salud reproductiva, conformando temas nudos en la atención de la salud de las mujeres.

Se puede considerar que uno de los hallazgos importantes de este estudio exploratorio se refiere a la calidad de los servicios y de la atención a la salud reproductiva, en los eventos del embarazo y el parto. Sorprende reconocer los eventos relacionados con la calidad en la atención presentes de manera recurrente en el discurso de las mujeres, al aludir a las experiencias de atención en ambos aspectos. El concepto de calidad es sumamente complejo, ya que incluye aspectos muy diversos. En términos generales, la calidad en los servicios de salud se refiere básicamente a dos niveles: a) la calidad en los servicios, referida a "la provisión del servicio por sí mismo, lo que implica disponer de la infraestructura necesaria (personal, competencia técnica, ambiente físico, suministros)", y b) la calidad de la atención que se refiere a "las relaciones interpersonales que se establecen entre el prestador(a) del servicio y la usuaria, y la opinión que ésta se forma al respecto".⁶⁸

Según Donabedian, cita Matamala, la buena calidad es aquella que brinda el máximo de bienestar a quien demanda la atención. Desde la noción de salud integral, la atención de calidad está referida al

67 Ma. Isabel Matamala, Fanny Berlagosky, Gloria Salazar y Lorena Núñez (1995).

68 Mercedes Ballesté y Ana María Hernández (1996).

conjunto de aspectos psicológicos, sociales, biológicos y sexuales. La buena calidad en la atención será aquella que incorpore y resuelva estos aspectos en las circunstancias particulares de cada demanda. Lo anterior implica superar el enfoque biologicista con que el modelo médico predominante aborda la salud, incorporando enfoques de las ciencias sociales y de la ética de los derechos humanos.⁶⁹

De acuerdo con lo anterior, se entiende la calidad "como un atributo o características de la atención en salud que satisface un conjunto de necesidades explícitas o implícitas que la población sana o enferma coloca para ser resueltas en la institución de salud, mediante actividades de prevención primaria y/o secundaria y/o terciaria".⁷⁰

La información que se obtuvo referida a la calidad en la atención fue agrupada y analizada a través de tres categorías, las cuáles fueron sugeridas y se crearon a partir del dato: a) mal-trato, b) violencia verbal y c) violencia física (diagrama 2). Dichas definiciones están relacionadas, de manera más estrecha, con el segundo nivel de la definición de calidad, a lo que se ha llamado también calidez, es decir, la relación entre médico(a) y usuaria(o).

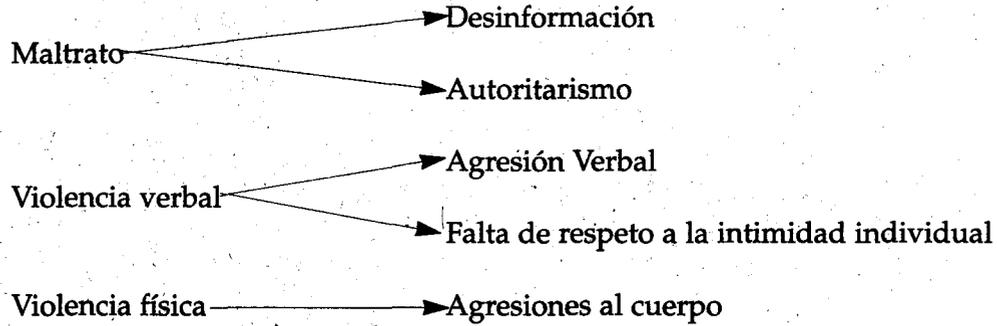
La complejidad que conlleva el análisis de este tema tiene que ver con el hecho de que la calidez en la atención se expresa a través de aspectos que conforman la subjetividad de las usuarias y el trato de los prestadores de los servicios.

69 I. Matamala, *et al.* (1995:17).

70 I. Matamala, *et al.* (1995:18).

Diagrama 2

Categorías de análisis



En este trabajo se define por maltrato: a) la falta de información médica oportuna en las relaciones entre prestadores(as) de los servicios y la usuaria; b) se refiere a aquellas actitudes autoritarias que se expresan en regaños a las mismas, y c) a la falta de amabilidad en el trato y la atención. Es importante señalar que en la información que se obtuvo sobre calidad en la atención, ésta se relacionó con los derechos reproductivos, tema que no fue abordado en el presente estudio.

Uno de los testimonios nos remite a la falta de información oportuna, acerca de los problemas de salud-enfermedad, de que son objeto las usuarias en la atención médica; ello genera confusión en las mujeres frente a sus propias condiciones de salud. Así lo narran los siguientes testimonios:

"Oiga ¿qué le dijeron de la biopsia?", me preguntó el doctor. "Oiga, pues dígame ¿qué es biopsia?", le respondí, "yo no sé qué es". "¿Cómo, no sabe qué es biopsia? (se refiere a la pregunta que le hace el médico). "No", le dije, "no sé que es, dígamelo usted qué es y le voy a contestar qué me dijeron". Entonces me dijo: "Es que cuando le hicieron el legrado le sacaron un pedacito de matriz para examinarlo". "Bueno", le dije yo al doctor, "hasta ahorita yo no sabía nada de todo esto, hasta ahorita que usted me esta diciendo..."

Los análisis que le mandan hacer a uno de cáncer, de todo eso, a mí no me explicaron nada: "no tiene nada", me dijeron, así nomás me dieron el papel y ya...y después pasó que tenía úlcera.

Tomando en cuenta las descripciones de las entrevistadas, este maltrato se expresa también en los regaños que ellas reciben de parte del personal médico, cuando al presentar algunas repercusiones en

su salud en la etapa del puerperio las hacen responsables a ellas de los efectos negativos en su cuerpo y su salud, acusándolas de descuidos.

A través del discurso de las mujeres destaca la percepción que ellas tienen de no ser tomadas en cuenta y de no ser consideradas como sujetos activos en el cuidado de su salud. Esto se expresa de varias formas en sus afirmaciones y se refieren a ello como a un estado de cosas en el que ellas no tienen espacio ni poder.

Sí, ahí llegas y como que no te están oyendo; entras y no te ponen atención...

A lo único que va uno es pa' que lo regañen; es lo que hacen los doctores, lo regañan...

Pero al gobierno qué le puedes demandar; porque es jugar con nada, haz de cuenta que no eres nada...

Las mujeres participantes en los grupos dieron testimonio de prácticas de atención con una mayor carga de agresión, particularmente en sus experiencias de atención hospitalaria del parto. La segunda y tercera categoría de análisis se refieren a este tipo de experiencias. Se denomina violencia verbal a las acciones donde los prestadores(as) de los servicios, a través de burlas o referencias moralistas, atentan contra la intimidad de las usuarias, como lo expresan los siguientes testimonios:

...o cuando dicen "¡ay, mamacita..." ¡ah, sí! las primerizas...! Y dicen los doctores: "y cómo cuando lo estabas haciendo". También dicen...también dicen: "te espero para el otro año..." Sí, así como burla... sí, sí, como si fuera pecado...

no, mira, luego salen con groserías... sí, luego salen con eso... sí, ¡pero qué diferente!, digo yo... sí, yo sí le he dicho al doctor: "¡pero qué ocurrencias!, esto es un parto y lo otro es un placer ¡cómo se le ocurre!" Se rio y se fue...

Las mujeres que fueron entrevistadas relatan que esto pasa cotidianamente, y expresan actitudes de resignación ante ello.

Por violencia física se entienden aquellas acciones que agreden al cuerpo y causan dolor físico, sin dejar de lado el malestar de las mujeres al hacerlas sentirse avergonzadas. Cabe comentar que ante estas experiencias, las madres llevan a cabo estrategias para minimizar su vulnerabilidad ante algunas de la rutinas hospitalarias.

...o sea que para el aseo, ¿no?, unas navajas que ¡ay! tienen una navaja que... ¡qué bárbaros...! Cuando tuve a la primera niña hasta me destrozaron...

Frente a esta acción, las mujeres relatan que la estrategia es realizar el aseo en casa ellas mismas, o con ayuda del compañero, madre o suegra.

Sin embargo, la experiencia que la usuaria tiene del no reconocimiento de su persona como sujeta activa con sensibilidad, valores, pudores y esfuerzos, sino como sujeta pasiva u objeto, ha sido supuesta como un hecho ineludible, a pesar de reconocer que puede ser una agresión a su cuerpo ante la falta de información y sobre todo de control del mismo. Otras experiencias narradas respecto a la atención al parto y que apoya esta afirmación, lo muestran:

...que te hacen el tacto, y el médico que pasa no tiene ni que ver en el asunto, del parto, del chamaco y ni nada. Y llegan y te meten la mano, cualquiera (de los médicos) que pasa por ahí.

...y no podemos quejarnos, ni decir que no. En una ocasión yo les dije que me la acababan de hacer, pero ellos me dijeron: "es necesario estarle tomando la medida para saber qué tanto va bajando..." Pero bien gacho que se siente que uno esté ahí, acostada, con los dolores, y que lleguen y te metan la mano nomás.

Algunas de las entrevistadas que ya tenían conocimiento de estas prácticas, así como una mayor información del desarrollo del trabajo de parto, contaban que preferían esperar en casa hasta que el momento del parto estuviera muy cerca y así evitar exponerse a estas prácticas médicas en los servicios.

Los eventos relatados expresan maltrato físico y una falta de consideración a la vulnerabilidad del cuerpo y los genitales femeninos. Testimonios como éstos son los que nos permiten considerar que existe una violencia física que no remite necesariamente a golpes, pero que nos muestran malos tratos al cuerpo y la individualidad de las mujeres. Ellas reconocen el malestar que dichos eventos les generan; sin embargo, éste no desemboca en actitudes activas en el ejercicio de sus derechos humanos y reproductivos. A estas prácticas se les ha reconocido como la naturalización de la invasión en los cuerpos de las mujeres en los servicios de salud, por el modelo médico predominante.

Estas referencias, como las mujeres las describen, significan burlas y remiten a una idea de sexualidad que conlleva una actitud moralista, con una carga valorativa que tiene que ver con una concepción de la sexualidad vinculada a la procreación.

Las experiencias aquí descritas indican la ausencia de conocimiento por parte de las mujeres, tanto de sus derechos como del ejercicio de los mismos; en este caso se trata del derecho humano constitucional

a la atención y acceso a los servicios y a sus derechos reproductivos. Sólo se mencionan en este texto los siguientes relatos que nos remiten a este tema:

Sí, es lo que hacen... sale el niño y entra el dispositivo... sí, automáticamente, luego, luego te lo ponen, a mí no me preguntaron si quería ponérmelo...

Cuando nació la niña, sí, sí me dijeron, pero así fue: salió la niña y entró el dispositivo y ya. De hecho, no me preguntaron, sólo me dijeron: "se lo vamos a poner... señora, le pusimos el dispositivo..." Sí, así fue, y sólo me dijeron que tenía que ir a checármelo al tanto tiempo...

Sí, o sea casi no preguntan, es rara la vez que preguntan, si uno quiere tenerlo, o quiere ponérselo, casi no.

Otros aspectos referidos a calidad son aquellas experiencias de falta de atención adecuada, que se tradujeron en descuidos médicos en la atención, que en muchos de los casos, según los testimonios, no recibieron información médica clara de lo que había pasado y las dudas se asumen como un hecho consumado. También expresaron inconformidad ante la aplicación de programas de atención, como el de alojamiento conjunto y la promoción de la lactancia materna, ya que las condiciones de los propios hospitales no cubrían esos requerimientos, ni se tomaban en cuenta las condiciones de vida y laborales de las mujeres asalariadas para mantener la lactancia.

Muchas preguntas nos surgen al reconocer esta voz de las mujeres, pero en especial una reflexión: ¿Las mujeres debieran "aguantar en silencio" cualquier dolor derivado del parto como una forma de "pagar" el resultado de haber realizado el acto sexual, con la posibilidad de haber experimentado

placer? Los comentarios que relatan las entrevistadas muestran la presencia de una cultura misógina en los servidores que las intimidan e inhiben, y ponen al descubierto, aspectos de su vida sexual que consideran exclusivamente de orden personal.

CAPÍTULO 3

Reflexiones finales

Las siguientes afirmaciones y comentarios van en el sentido no sólo de concluir el trabajo, sino también de dejar algunas reflexiones para futuras investigaciones y quehaceres en relación con la salud reproductiva en Sonora. Están lejos de ser conclusiones exhaustivas, pero sí indican algunas tendencias importantes de la salud de la población y algunas especialmente relativas a la salud reproductiva en particular.

Las conclusiones del trabajo se organizaron en tres tipos de reflexiones: 1) las relativas a los datos recopilados, tanto estadísticos como de corte cualitativo, 2) sobre los temas emergentes y los ausentes y, 3) las limitaciones del trabajo y la propuesta metodológica.

Sobre los datos obtenidos

La salud reproductiva de las mujeres en Sonora, ubicándola en su contexto amplio, presenta mejores niveles de salud y mayores índices de atención a la misma en el sector salud. Sin embargo, con respecto a otros estados de la frontera norte del país, es uno de los que tiene menores índices de bienestar en general en cuanto a salud y salud reproductiva. Interesa destacar algunos puntos:

Se debe reconocer que a pesar de los avances en muchos de los indicadores de la salud de los y las sonorenses, estos avances están lejos de ser genera-

les en relación con los distintos grupos sociales, las zonas rurales y urbanas, la población abierta y la derechohabiente, los hombres y mujeres y los diferentes grupos de edad.

Hay una mayor cobertura de los servicios de salud en comparación con el promedio nacional y con otros estados. En cuanto a algunos indicadores de cobertura específicos de la salud reproductiva, están los de atención del parto en clínicas y hospitales, que alcanzan alrededor del 95%. Por otro lado, el uso de anticonceptivos aparece como uno de los más altos del país, lo que sugiere, por una parte, un mayor acceso a ellos en los servicios de salud, o bien un mayor poder adquisitivo para comprarlos en el comercio. En cierto sentido, esto podría indicar que el mayor grado de escolaridad de las mujeres sonorenses les permite acceder a la información sobre las formas de control de la fertilidad, incluso en cuanto a la posibilidad de decidir sobre su uso.

Lo anterior es importante vincularlo con la baja tasa de mortalidad materna, que aunque en los últimos años se ha mantenido más o menos constante, es comparativamente mucho menor al promedio nacional y a la de otras entidades del centro y sur del país. Lo que habría que enfatizar es la necesidad de esclarecer el relativo estancamiento en la tasa de mortalidad, ya sea a través de los Comités de Estudios de la Mortalidad Materna del sector salud o en otros estudios académicos al respecto. Las muertes por parto deberían ser casos extraordinarios dentro de las causas de mortalidad, atendiendo las consideraciones de que en la medida en que haya mejores condiciones de vida en general (como una mayor educación), acceso real a servicios de salud de calidad (recordemos la alta proporción de muertes calificadas de evitables, según responsabilidad del centro hospitalario) y un

mayor ejercicio de los derechos, estas muertes alcanzarán la categoría de excepciones. Si nos remitimos a uno de los testimonios obtenidos en este trabajo, el mismo sugiere condiciones de pobreza y falta de acceso real en la atención a la salud.

¿Para qué voy con el médico, si luego no tengo con qué comprar las medicinas? Si yo tuviera el servicio, seguro me hacía los chequeos.

Las mujeres que estaban embarazadas o en la etapa del puerperio contribuyeron con sus prácticas de cuidado, de manera importante, a lograr que la cobertura de estos eventos reproductivos fuera mayor. Sobre todo en el primero y el último de ambos eventos, las mujeres entrevistadas llevan a cabo una combinación en las formas de atención entre la medicina doméstica, la tradicional y la alópata e institucional. Por ser este un estudio exploratorio, no se puede afirmar que son exclusivamente éstas las razones que permiten el mejoramiento en las condiciones de salud de las mujeres; sin embargo, sí se deben señalar algunos de los aspectos que contribuyen, como la educación, el trabajo, las condiciones de vida y la familia, así como un acceso real a los servicios de salud. El hecho de que las mujeres realicen cotidianamente acciones domésticas para cuidar sus embarazos y el puerperio, así como el acudir a sobadoras y parteras tradicionales, les ha permitido también llegar al buen término de los mismos, además de la atención institucional que reciben en el evento del parto.

El cuidado del puerperio también es un aspecto de la atención y el cuidado a la salud que es resuelto, en una medida importante, en el ámbito de la medicina doméstica y tradicional. Las madres obtienen

atención y cuidados durante el puerperio en la medida en que cuenten con algún tipo de redes sociales y familiares a las que tienen pertenencia. Es pertinente comentar que algunas de las acciones en los cuidados de madre-hijo en las instituciones de salud pasan por alto estas condiciones. Por ejemplo, es indiscutible que la lactancia materna es benéfica para la salud de ambos, para la buena nutrición del bebé y relación afectiva, así como disminuir un factor de riesgo para desarrollar el cáncer mamario. Las instituciones de salud hoy buscan la implementación de la lactancia materna exclusiva, promoción que se ve obstaculizada por horarios de trabajo, carga doméstica y cualquier tipo de trabajo extradoméstico, así como por prácticas culturales ampliamente fomentadas como la lactancia artificial.

En la salud, como en todas las áreas sociales, existen importantes diferencias dependiendo de si se es hombre o mujer. Respecto a las causas de mortalidad, las mujeres mueren más por enfermedades crónico-degenerativas. Y debido a su condición de mujeres, son más vulnerables a problemas relacionados con la salud reproductiva que los hombres. Ellos mueren principalmente por accidentes y muertes violentas (véanse cuadros 30-32, 36). Sin embargo, según datos de encuestas nacionales, son las mujeres las que se declaran en mayor proporción enfermas, hecho que se refleja en el uso de los servicios de salud; en los hospitales ha quedado registrado que alrededor del 30% de la atención a mujeres se refiere a los eventos del embarazo, el parto y el puerperio. A esto hay que mostrar la paradoja de la esperanza de vida: las mujeres viven más pero son las que se enferman más, a pesar también de que tradicionalmente ellas han sido las que más han contribuido a aumentar esta esperanza de vida en general, al tener a su cargo la vigilancia y cuida-

do de la salud de la familia. Son ellas las primeras que diagnostican, las que llevan a cabo las primeras medidas en el ámbito doméstico y las que deciden qué camino continuar para la resolución del problema.

Dada la importancia del lugar que ocupan las mujeres en la demanda, uso y atención de los servicios de salud, un aspecto de suma relevancia que no muestran los datos estadísticos expuestos en este trabajo se refiere a la calidad y calidez de los servicios de salud. En términos generales, la calidad en los servicios de salud remite básicamente a dos planos: 1) la calidad de los servicios, referida a "la provisión del servicio por sí mismo, que implica el disponer de la infraestructura necesaria (personal, competencia técnica, ambiente físico, suministros)", y 2) el de la calidad de la atención, que se refiere a "las relaciones interpersonales que se establecen entre el prestador(a) del servicio y la usuaria(o) y la opinión que ellas(os) se forman al respecto". Se señalan en diversos planes oficiales las "buenas intenciones" de acatar esta situación; sin embargo, todavía es un plano no incorporado en los registros y escasamente investigado

Es preciso recordar que las mujeres son la población principal a la que van dirigidas las políticas públicas, como lo ha sido la planificación familiar con el uso de los anticonceptivos femeninos; los métodos anticonceptivos para varones, ya sean temporales como el condón o definitivos como la vasectomía, no representan ni el 5% de los métodos utilizados para evitar los embarazos. Por otra parte, llama la atención el desmedido aumento de la práctica del método definitivo femenino, la salpingoclasia, quizás por la forma en que se ha llevado a cabo la política de población en el país, quizás por la necesidad de las mujeres de tener menos hijos al incorporarse al trabajo extradoméstico, dentro de la economía formal o in-

formal y/o quizás por un mayor poder de decisión de parte de ellas de tener pocos hijos.

Algunos de los aspectos que se han descuidado por parte del sector salud es la capacitación del personal que da el servicio, no sólo en las cuestiones técnicas propias de su campo de ejercicio, sino también respecto a una formación humanitaria que brinde elementos que favorezcan y contribuyan a un entendimiento de las relaciones de género hegemónicas implícitas en las formas de atención a la salud.⁷¹ Las condiciones económico-sociales y políticas del país también están influyendo en la formación del personal médico, las condiciones de trabajo que se han deteriorado en los últimos lustros, lo cual no alienta el cambio de actitudes ya introyectadas y arraigadas de la concepción de verticalidad en la relación entre médico(a) y usuaria. Todo ello constituye un conjunto de dimensiones de dificultad, por lo que es importante buscar formas de solución.

Ante los cambios que ya se han iniciado en la recomposición de la pirámide poblacional, tendrá que considerarse la importancia de impulsar de manera decidida y permanente la atención primaria a la salud (APS), la cual reconoce la influencia de elementos socioculturales y económicos en la generación de enfermedades y en la atención a la salud. Lo anterior significa que las prácticas de prevención de las enfermedades debieran ser la estrategia principal en el mejoramiento de la salud y la atención de la misma.

71 En el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000:12), se señala como parte del diagnóstico de la salud reproductiva en México que "la desvalorización de la mujer... le impide establecer relaciones de equidad y de autonomía con otros actores sociales, en especial con quienes prestan servicios de salud, lo que repercute en la calidad de la atención".

En este mismo sentido, la educación ante problemas como la violencia, que afecta principalmente a los varones, debe buscar la concientización y sensibilización de los diversos sectores sociales, antes que los desenlaces terminen en muerte.

Las limitaciones en los servicios, en la calidad de la atención de los mismos, en la cobertura real de la población, de trato y acceso de oportunidades desiguales por género, etnia, clase o ubicación en el trabajo están señaladas de diversas maneras, incluso son reconocidas explícitamente en los planes, programas y normatividades oficiales. Los indicadores, aunque señalan las grandes tendencias, no muestran los sucesos cotidianos que vive y experimenta la población en materia de mejoramiento de su salud, que refleje los efectos de planes y programas de las instituciones de salud. Por ello se ha considerado en este trabajo a las mujeres del sector popular, ya que son ellas las principales usuarias de los servicios de salud y a quienes van dirigidas principalmente las políticas públicas en materia de salud reproductiva. Se mantienen el objetivo y la esperanza de que con el reconocimiento de las mujeres como sujetas de derecho se genere un mayor bienestar en la salud de ellas y sus familias.

Los temas emergentes y los grandes ausentes

El presente trabajo es un estudio exploratorio que muestra resultados preliminares y de ninguna manera se exponen todos los campos de información obtenidos, pero nos da la posibilidad de reflexionar sobre una y otra de las miradas abordadas en el presente cuaderno, las que permiten plantear estrategias me-

todológicas de investigación en el campo de la salud reproductiva. Debido a los cambios en la pirámide poblacional, un grupo cada vez más importante es el de las mujeres mayores. Los cambios en la salud reproductiva en esta edad, como los cambios biológicos con la menopausia y climaterio, constituyen una variable que todavía no aparece en las estadísticas oficiales de los servicios de salud.⁷²

En el país el aborto es ilegal. Sin embargo, sabemos por testimonios e información no oficial que ocurren miles de ellos a lo largo y ancho del país, así como en los distintos grupos de mujeres por edad, clase social y condiciones de vida. Los abortos registrados en las estadísticas oficiales se refieren principalmente a aquellos que fueron atendidos en las clínicas y hospitales públicos, así sean espontáneos o inducidos. Pero existe una gran parte de ellos que, por haberse realizado en la clandestinidad y no haber requerido la atención hospitalaria, quedan fuera de registro. Este hecho es una importante causa de morbimortalidad de la salud reproductiva tanto en el país como en el estado y está en estrecha relación con los derechos sexuales y reproductivos,⁷³ pero por no ser legal y estar vinculado con el ámbito de la sexualidad se ha convertido en un problema de moral que limita y estigmatiza y no ha sido tratado como un problema de salud pública, lo cual implica que no ha podido recibir, en su

72 Sin embargo, volviendo al Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000:11), se considera ya como prioridad en la atención a las mujeres (se calcula aproximadamente 7 millones en los próximos años), que por su condición posmenopáusica sufrirán problemas de salud como el "síndrome climatérico y las complicaciones de la atrofia urogenital, la aterosclerosis, la etapa posmenopáusica que incluye la pérdida mineral ósea que favorece la osteoporosis, así como alteraciones psicológicas". Esto significa que los servicios de salud deben responder a la demanda de atención a estos problemas.

73 Aquello establecido en el artículo 4to. constitucional que reza: "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre

tratamiento general, los beneficios de los avances en las condiciones de salud a que tanto hemos aludido en los apartados anteriores.

Otros temas emergentes en las entrevistas realizadas son los relacionados con los trastornos menstruales que las mujeres enfrentan, provocados por distintos motivos (entre los que relatan con frecuencia son trastornos provocados por el uso del dispositivo intrauterino), la atención a la menopausia y sus síntomas, 2) la calidad de los servicios, relacionado específicamente con la salud reproductiva y referido a la falta de información y atención oportuna, 3) de manera destacada surge el tema de los derechos reproductivos; violación, desconocimiento y desinformación sobre los mismos, como lo es la anticoncepción forzada, y el control y maltrato médico sobre el cuerpo femenino, 4) otros temas tratados fueron las prácticas de la automedicación y el autocuidado, así como riesgos de salud por contaminación.

Temas de prioridad para investigación

Uno de los temas de investigación que surge de la información obtenida se refiere, en un plano general, al estado de la salud y su relación con la pobreza, y en un plano más particular, a la calidad y calidez en la atención a la salud reproductiva, tema íntimamente ligado con la ética en la atención a la salud y a la violación de los derechos reproductivos. Aunque ya se ha comen-

el número y espaciamiento de sus hijos." A pesar de los problemas para el registro, se estimó que en México en 1986 la tasa anual de aborto fue de 12.2 por cada mil mujeres en edad fértil, que en números absolutos darían aproximadamente 200 mil al año. Otros cálculos han estimado hasta 700 mil al año. Para ampliar este tema se sugiere la lectura de la obra de Ortiz O. (1994).

tado líneas arriba, queremos enfatizar dicha problemática como un campo que se ha trabajado poco en nuestro país y en nuestra región; esta investigación es una de las primeras que explora dicho tema.

Otros temas, que no dejan de ser importantes, su inclusión y profundización para el conocimiento de la salud de las mujeres en el estado es central. Estos se refieren al papel de los servicios para el mejoramiento en la atención, tanto de la salud en general como en la salud reproductiva, como prácticas de autocuidado en la salud reproductiva, percepciones y preferencias de las usuarias sobre los servicios en la atención al parto y saberes sobre las formas en las que se adquiere el cáncer cervicouterino y de mama.

Limitaciones del trabajo y propuesta metodológica

Si bien es cierto que los indicadores estadísticos de bienestar social permiten conocer en cierta forma las condiciones de vida, también es cierto que estos implican ambigüedades, confusiones y límites para obtener una visión integral de dichas condiciones. Sonora, como lo hemos mencionado, presenta relativamente altos índices de salud en comparación con otras regiones de México, y en particular de la zona centro y sur. A pesar de lo anterior, la otra mirada, desde la voz de las mujeres y desde sus experiencias de vida y prácticas cotidianas, nos indica que aún falta mucho por hacer para hablar de avances en la calidad de la atención y el bienestar de la salud reproductiva de las mujeres en Sonora.

Existen diferencias organizacionales de los servicios de salud, por lo que la sistematización de sus archivos también es diferente. Este aspecto hizo más

difícil el análisis de los datos. Una de las diferencias principales es la regionalización que maneja cada una de los servicios. La comparación por regiones del estado hubiera sido posible si se hiciera el ejercicio de definir regiones comunes a todos los servicios; esto quiere decir que a partir de ellas se pudieran hacer los agregados necesarios a los datos. Esto queda como una tarea pendiente.

Finalmente, hay que enfatizar la necesidad de avanzar en el registro de la información de manera homogénea, oportuna, clara y convincente. En este trabajo se enfrentaron las dificultades sobre diferencias en el tratamiento de los datos estadísticos según fuente de información: falta de continuidad, diferencias en el tratamiento de los mismos datos por diversas instituciones, falta de claridad en la metodología para la obtención de frecuencias, tasas y categorización de las variables.

Bibliografía

- Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (1994), *Perfiles de salud de las comunidades hermanas, frontera México-Estados Unidos, 1989-1991*.
- Ballesté, Mercedes y Ana María Hernández (1996), *La salud sexual y reproductiva, Serie Cuadernos de Trabajo, México, D.F., GIMTRAP*.
- Careaga, Gloria (1995), "El lado oscuro de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo", en Inés Martínez de Castro, Edith Araoz y Fernanda Aguilar A. (comps.), *Imagen y realidad de la mujer, Hermosillo, El Colegio de Sonora y Secretaría de Salud Pública de Sonora*.
- Cervantes, Alejandro (1995), "Política de población", *Demos, carta demográfica*, pp. 25-26.
- Consejo Estatal de Población (CONEPO) (1992), *Breviario sociodemográfico Sonora, Gobierno del Estado de Sonora, Secretaría de Gobierno*.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), *La situación demográfica de México 1998, México, Secretaría de Gobernación*.
- ____ (1996), *Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar, México*.

Cook, Rebeca (1994), *La salud de la mujer y los derechos humanos*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.

Denman, Catalina y Armando Haro (1990), "El proceso salud / enfermedad en Sonora durante la década de los 80", *Revista de El Colegio de Sonora*, año II, no. 2, Hermosillo, Sonora, pp. 261-285.

____ (1991), "Evaluación de la atención primaria a la salud en Nogales, Sonora", informe final de investigación.

Dirección General de Planificación Familiar, *Programa Estatal de Salud Materno-infantil 1994*, Dirección General de Servicios Médicos.

Elu, Ma. del Carmen (ed.) (1997), *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, SSA, México, Foro de ONG.

____ (ed.) (1998), *Cáncer cervicouterino*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

____ y Ana Langer (eds.) (1994), *Maternidad sin riesgos en México*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, PUEG, SSP, CI-MAQ, IMES, GIRE y otros.

Figueroa P., Juan Guillermo (1996), *Ética y salud reproductiva*, México, El Colegio de México.

____ (1997), "Elementos para definir una agenda de docencia, investigación y análisis de políticas en

el ámbito de la salud reproductiva", en Welti, Carlos (coord.), *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94*, Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP), IIS-UNAM, Fondo de Población de las Naciones Unidas y The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, pp. 159-201.

____ (comp.) (1998), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México.

FLACSO (1993), *Mujeres latinoamericanas en cifras*, México, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, España; FLACSO, con la colaboración de UNICEF- México, UNIFEM-México y FLACSO- Sede México.

Frenk, Julio, José Luis Bobadilla, Claudio Stern, Tomás Freika y Rafael Lozano (1991), "Elementos para una teoría de la transición en salud", *Salud Pública de México*, vol. 33, no. 5, p. 450.

Gobierno del Estado de Sonora (1993), *Programa Estatal de Población*.

IMSS (1993), *Boletín estadístico anual de medicina preventiva, 1992*, Subdirección General Médica.

____ (1993a), *Atlas epidemiológico del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1985-1990*, México (2 tomos).

____ (1993b), *Boletín epidemiológico anual, 1992*, México, Subdirección General Médica (nivel nacional y por delegaciones).

- _____ (1993c), *Informe estadístico*, Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Maternoinfantil, Subdirección General Médica (nivel nacional).
- _____ (1993d), *Servicios de salud reproductiva para adolescentes*, Subdirección General Médica.
- _____ (1994), "Características sociodemográficas de los adolescentes asistentes a los Centros de Seguridad Social", xvi Reunión Nacional Anual, Acapulco, Guerrero, Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Maternoinfantil, octubre.
- _____ *Boletín estadístico anual de mortalidad*, Subdirección General Médica.
- _____ *Estadísticas de cifras e índices anuales de población y servicios médicos otorgados. 1976-1992*, Selección de Cuadros, Subdirección General Médica, Coordinación de Planeación e Informática (nivel nacional).
- _____ *Programa coordinado de atención al adolescente*, Subdirección General Médica, Subdirección General de Delegaciones, Coordinación General de Prestaciones Sociales y Promotoras Sociales Voluntarias (coords.).
- _____ *Reporte sobre mortalidad materna 1989-1993*, Coordinación Delegacional de Salud Reproductiva y Maternoinfantil del IMSS, Delegación Sonora, presenta el Dr. José Luis Espinoza M., Secretario Técnico del Comité de Estudio de Muerte Materna en IMSS-Sonora.

INEGI (1993), *Cuaderno estadístico municipal*, H. Ayuntamiento de Hermosillo.

____ (1993), *La mujer en México*.

____ (1996), *Conteo de Población y Vivienda, 1995*, México.

INEGI-ONU (1995), *Perfil estadístico de la población mexicana. Una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género*, México.

ISSSTE, *Selección de Cuadros de los Anuarios Estadísticos 1990, 1992 y 1993*.

ISSSTESON (1994), *Diagnóstico y análisis de salud de los servicios y usuarios del Hospital "Ignacio Chávez"*, Departamento de Estadística del Hospital "Ignacio Chávez", Hermosillo.

Langer, Ana, B. Hernández y R. Lozano (1994), "La morbilidad materna en México: niveles y causas", en Ma. del Carmen Elu y Ana Langer (eds.) (1994), *Maternidad sin riesgos en México*, PUEG, CIMAQ, GIRE y otros, pp. 23-30.

Martínez, Carolina y Gustavo Leal (1999), *Demografía y epidemiología. Importancia estratégico-política de los indicadores*, Departamento de Atención a la Salud, UAM-X, mimeo.

Martínez M., Jorge (1995), "Cambios de planificación familiar", *Demos, carta demográfica*, pp. 25-26.

Matamala, Ma. Isabel, Fanny Berlagosky, Gloria Salazar y Lorena Nuñez (1995), *Calidad de la aten-*

- ción. *Género ¿salud reproductiva de las mujeres?*, Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud.
- Menéndez, Eduardo L. (1990), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Alianza-Consejo para las Culturas y las Artes.
- _____ (1992), "Modelos hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México*, t. 1, México, Instituto Mora-UAM, Antologías Universitarias, pp. 97-114.
- OMS (1948), "Acta de constitución de la OMS", *Diario Oficial*, México, 10 de julio de 1948.
- OPS (1987), *Estadísticas de salud de la frontera México-Estados Unidos*, Oficina de campo, El Paso, Texas.
- _____ (1990), *Estadísticas de salud de la frontera México-Estados Unidos*, Oficina de campo, El Paso, Texas, 6° ed.
- _____ (1991), "El cáncer de cuello uterino en América Latina y España" (editorial), *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 110, no. 5, mayo, pp. 438-439.
- _____ (1990), *Estadísticas de salud de la frontera México-Estados Unidos*, Oficina de campo, El Paso, Texas, 6° ed.
- _____ (1999), *Metodología para la verificación de los servicios de salud a población abierta en México*, Representación de la OPS en México.

Ortiz O., Adriana (ed.) (1994), *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*, México, The Population Council-Edamex.

Pedersen, Duncan. "Qualitative and quantitative: two styles of viewing the world or two categories of reality?".

Poder Ejecutivo Federal (1995), *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, México.

_____ (1995), *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1995-2000*, México.

Romero Cancio, José Alfredo, Héctor Guiscafrec Gallardo, Manuel Santillana Macedo (1998), "Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar", *Revista Médica IMSS*, vol. 35, no. 3, pp. 227-232.

Scott, Jean (1993) "El género, una categoría útil para el análisis histórico", en *Mujeres y Sociedad, Historia y Género*, España, Universidad Valenciana.

Secretaría de Salud Pública (1993a), *Anuario estadístico*, Dirección General de Planeación.

_____ (1993b), "Declaración de Monterrey", *Taller sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia*, Nuevo León, Dirección General de Planificación Familiar.

_____ (1993c), *Estudio de Regionalización Operativa*, Gobierno del Estado de Sonora.

- _____ (1993d), *Programa Estatal de Planificación Familiar*, Gobierno del Estado de Sonora, Dirección General de Planificación Familiar.
- _____ (1994a), *Anuario estadístico 1992*, Sector Salud, Gobierno del Estado de Sonora, junio.
- _____ (1994b), *Programa Estatal de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes*, Dirección General de Planificación Familiar.
- _____ (1995), *Evaluación de las actividades de la Dirección General de Salud Reproductiva. 1994-dic.*
- _____ (1996), *Sonora: Anuario estadístico 1995. Sistema Estatal de Salud*, Gobierno del Estado de Sonora.
- _____ (1997), *Sonora: Anuario estadístico 1996, Sistema Estatal de salud*, Gobierno del Estado de Sonora.
- _____ *Cincuentenario. Historia de la salud en Sonora. 1943-1993*, Gobierno del Estado de Sonora.
- _____ *Concentrados estadísticos por programas de salud en Sonora, 1991, 1992, 1993*, Dirección General de Planeación.
- _____ *Concentrados sobre servicios de salud por jurisdicción sanitaria de Sonora. 1991-1993*, Dirección General de Planeación.
- _____ *Evaluación del Programa Maternoinfantil. 1989-1993*, Dirección del Programa Maternoinfantil.

_____ *La morbilidad en adolescentes atendidos en el Hospital Infantil del Estado (HIES). 1993-1994*, presenta la responsable de la Clínica del Adolescente, Dra. Elba Vásquez Pizaña.

_____ *Logros y perspectivas del Programa de Planificación Familiar. 1988-1994*, Dirección General de Planificación Familiar.

_____ *Mortalidad materna y perinatal. Cifras y hechos 1989-1994*, Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna, SSA, UNICEF, Sistema Nacional de Salud.

Welti, Carlos (1997), *Demografía I*. CELADE, The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México.

Welti, Carlos (coord.) (1997), *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94*, Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP), Fondo de Población de las Naciones Unidas, The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation e Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM.

Zolla, Carlos y Ana María Carrillo (1998), "Mujeres, saberes médicos e institucionalización", en Juan G. Figueroa P., (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de Sonora.

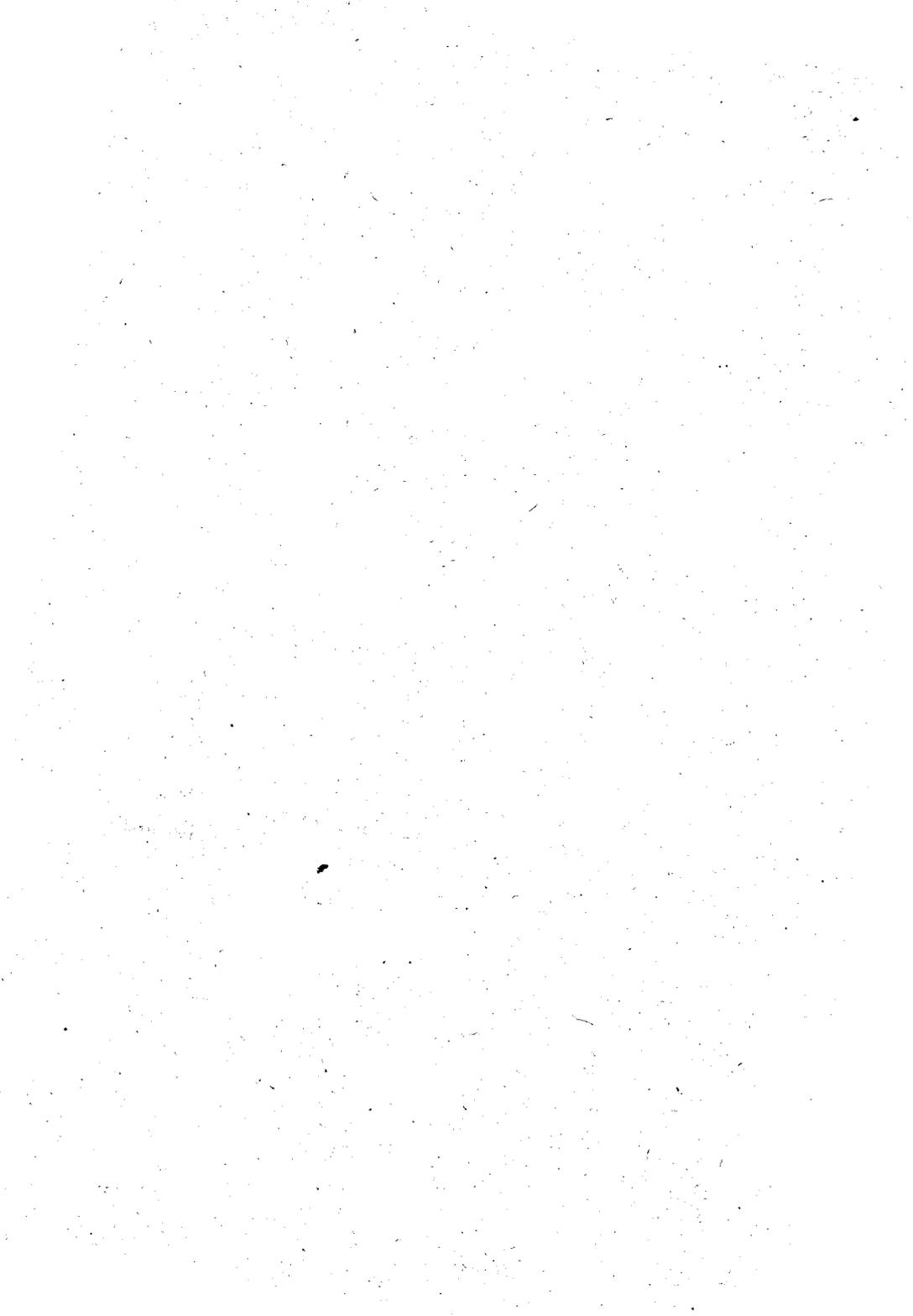
Zolla, Carlos, Sofía del Bosque, Virginia Mellado, Antonio Tascón y Carlos Maqueo (1992), "Medicina tradicional y enfermedad", en Roberto Campos (comp.), *Antropología médica en México*, t. 2, Instituto Mora-UAM, pp. 71-104 (Antologías Universitarias).

Anexo

La salud de la mujeres en Sonora: una aproximación cualitativa

Guión de preguntas para las entrevistas colectivas

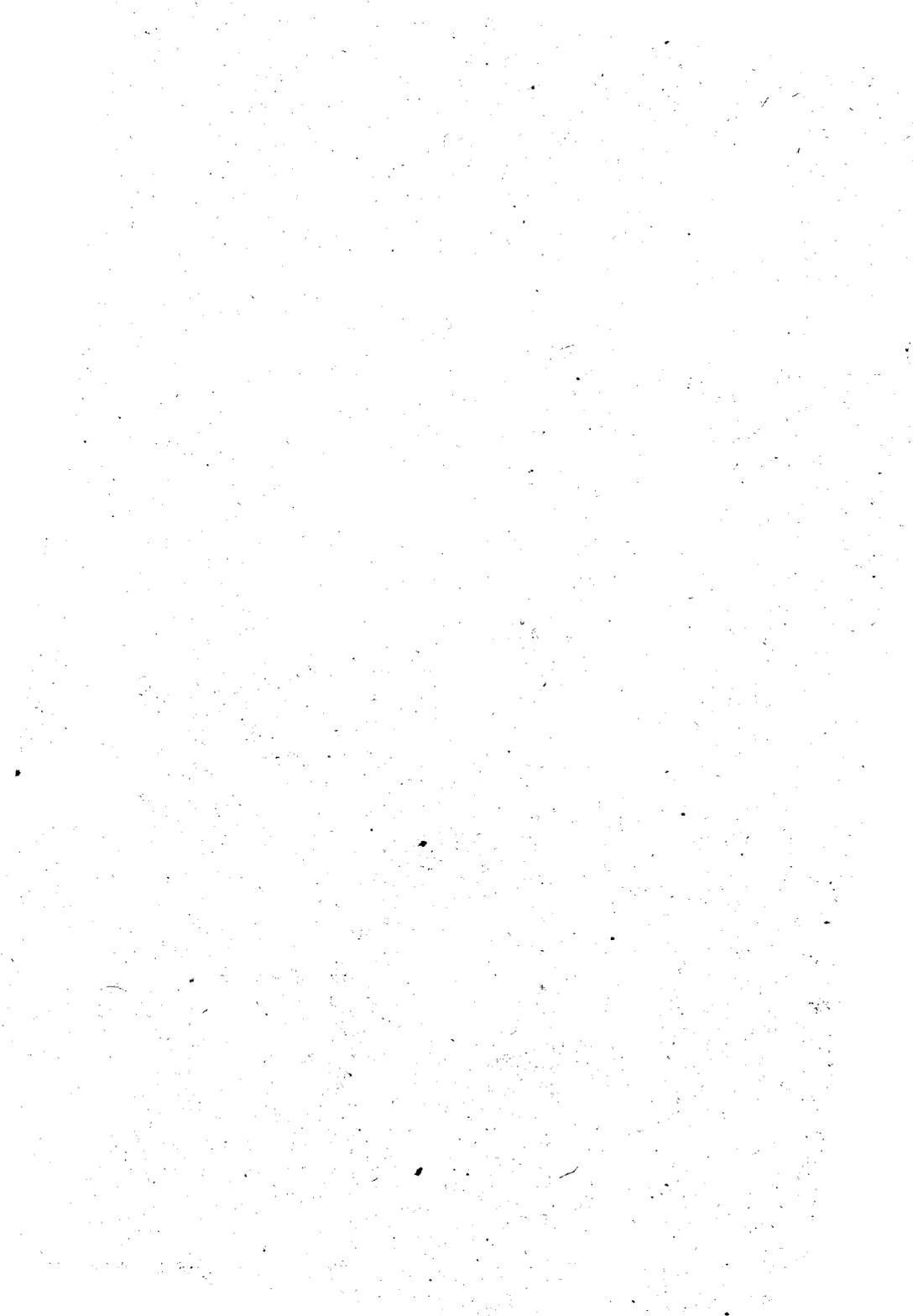
1. ¿Cómo se han cuidado ustedes durante su embarazo?
2. Cuéntenos si tuvieron algún problema de salud en su último embarazo...
3. ¿Cómo las atendieron en su último parto?
(Atención médica, servicio de salud, calidad y calidez, apreciación de las mujeres, problemas que enfrentaron y cómo se resolvieron éstos...)
4. ¿Ustedes se cuidan después del parto?
¿Cómo? ¿Qué medidas de atención? ¿A dónde acuden en caso de necesidad?
5. Cuéntenos de alguna experiencia que hayan tenido en el cuidado de su salud, no sólo de estas experiencias, sino en general, ya sea agradable o desagradable...
6. ¿Cuáles son sus principales preocupaciones sobre su salud?

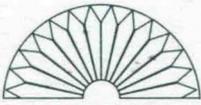


**Esta edición consta de 400 ejemplares
y se terminó de imprimir en el mes de noviembre
de 2000 en Imagen Digital, Veracruz no. 19,
tel.:01 (6) 214 8822, Hermosillo, Sonora.**

**La edición estuvo a cargo del Departamento de
Publicaciones de El Colegio de Sonora.**

Diseño de portada: Guadalupe Zúñiga





EL COLEGIO DE SONORA

ISBN



9 789686 755336 >