

López, Elsa; Findling, Liliana (julio 2005). *Prácticas preventivas y salud de las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires : Prevenir es curar*. En: Encrucijadas, no. 33. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <http://repositorioubu.sisbi.uba.ar>

## Prácticas preventivas y salud de las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires

### Prevenir es curar

*Si bien en la actualidad los programas de prevención y salud reproductiva han ganado espacio en las agendas oficiales y mediáticas de nuestro país, existen grupos de alto riesgo, como la población de menores recursos y menor nivel educativo. Si se tienen en cuenta enfermedades como el cáncer de mama y de cuello de útero, las mujeres mayores son las que menos atención preventiva reciben, siendo relevante el control de los procesos tumorales en edades avanzadas. La cantidad y calidad de información que se pueda brindar en este aspecto debería funcionar como un deber institucional que se tradujera en la práctica de un derecho social prioritario: el derecho a la salud.*

### ELSA LÓPEZ y LILIANA FINDLING

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires..

Es la situación de la salud de las mujeres en la Argentina de inicios del siglo XXI emite señales de alerta. Aunque la esperanza de vida al nacimiento es mayor que la de muchos países de América Latina, la mortalidad materna sigue siendo muy elevada: 41 defunciones de mujeres por cada cien mil nacidos vivos en 1999, cifra probablemente subestimada (Ministerio de Salud, 2000). El aborto inducido y los cánceres de cuello uterino y de mama son las fuentes principales de preocupación.

Con respecto al cáncer de cuello, la trascendencia estriba en que la población más afectada es la de los estratos socioeconómicos más bajos, con menor acceso a los servicios de salud. Los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello se vinculan a patrones sexuales y reproductivos: edad temprana a la iniciación sexual, número elevado de partos, ingesta prolongada de anticonceptivos orales, así como a la existencia del virus del papiloma humano. En el cáncer de mama la evidencia disponible señala una asociación positiva entre el nivel de las tasas de mortalidad y las jurisdicciones con mayor desarrollo socioeconómico. Los factores de riesgo asociados son la herencia, la edad, patrones de conducta reproductiva ligados a primeros embarazos después de los 30 años y al menor número de hijos; la edad temprana a la menarca, factores nutricionales relacionados con la ingesta de grasas y alcohol, y el consumo de anovulatorios durante largos períodos de tiempo.

A pesar del crecimiento de las prácticas preventivas, la mortalidad por cáncer génito-mamario no ha disminuido en la Argentina. Para reducirla, cabe pensar en dos ejes principales de promoción y prevención: por una parte, el de las políticas públicas y, por la otra, el de la población que demanda los servicios.

Para introducirse en los aspectos de promoción y prevención de la salud resulta útil la noción de construcción social del riesgo. Al respecto, Mary Douglas (1996) señala que los sistemas sociales deben preguntarse cuál es la sociedad que se desea y no cuáles son los riesgos aceptables. La percepción del riesgo en la vida cotidiana va de la mano de la percepción de la salud, y se relaciona con la capacidad de afrontar situaciones, la

responsabilidad y la reciprocidad. Cuanto más aislada está una persona y cuanto más dispersa es su red social, tanto más tenderá a decidir sus propias reglas de riesgo. En contraste, las comunidades tienden a determinar qué daños se pueden prevenir y para ello implantan una serie de valores por los cuales diversos eventos pueden considerarse graves o leves.

En la diferenciación sociocultural y económica existente entre los individuos de una sociedad influyen aspectos que se adquieren durante el proceso de socialización, lo cual no significa que sean inamovibles.

Para conocer cómo se construye socialmente el riesgo, Nathanson (1996) revisa las variables sociales y políticas y les asigna un carácter determinante en el origen, diseño y ejecución de las políticas de salud. La “construcción del riesgo” difiere de país en país, y así lo demuestran las políticas de salud materno-infantil y el tabaquismo en Francia y en los Estados Unidos. En Francia, la atención materno-infantil se propuso el aumento de la natalidad para reducir los efectos del envejecimiento de la población, al tiempo que adoptó una conducta prescindente en el consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas. A la inversa, en los Estados Unidos la atención materno-infantil de la salud pública no se considera prioritaria, en tanto la sociedad se ha manifestado contra el tabaco y el alcohol. Para la planificación de estrategias de prevención, es necesario conocer el uso que las mujeres hacen de esas prácticas, siendo éste uno de los escollos que se deben superar para lograr la detección temprana.

Este artículo es parte del Proyecto “Salud reproductiva, prácticas preventivas y acciones públicas” [1] y ha sido financiado por la Universidad de Buenos Aires. El propósito del estudio fue conocer las prácticas preventivas de la salud reproductiva y posreproductiva de las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires (CBA). En el trabajo se analizan los resultados de una encuesta cuantitativa telefónica a través de la cual se interrogó sobre esos aspectos a 607 mujeres de 15 a 69 años que residen en la CBA.

### **Las prácticas preventivas de las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires**

#### Cuestiones metodológicas y perfil de las encuestadas

Para conocer las prácticas preventivas de las mujeres de 15 a 69 años se diseñó una Encuesta Telefónica por cuotas de edad, que se aplicó en 2002. El abordaje telefónico fue elegido debido a la creciente inseguridad que dificultaba el acceso de los encuestadores a los domicilios. En la elección del diseño se tuvo en cuenta la elevada cobertura telefónica de la población de la Ciudad de Buenos Aires, compensándose en la muestra la disminución de esa cobertura en los estratos socioeconómicos más bajos.

El nivel de instrucción de las encuestadas de la Ciudad es alto: el 73% completó la educación secundaria o superó ese nivel y sólo el 1% no alcanzó a finalizar la educación primaria. En cuanto a la actividad económica, el 55% de las encuestadas es económicamente activa (46% de ocupadas y 9% desocupadas) y el 45% inactiva. La situación conyugal de las encuestadas muestra que una cuarta parte es soltera, el 49% casada, el 12% vive en uniones consensuales, el 9% es separada o divorciada y el 5% viuda. Estos datos son consistentes con las estadísticas oficiales acerca del estado conyugal de las mujeres en la CBA.

Con respecto a la seguridad social, el 80% de las mujeres tiene seguro de salud. Las que

menos disponen de ese beneficio son las más jóvenes, las solteras, las que viven en uniones consensuales, las que no terminaron la escuela media y las desocupadas.

### **La salud génito-mamaria**

En el año anterior a la Encuesta, la consulta ginecológica fue realizada por cerca de las dos terceras partes de las mujeres de 15 a 69 años. Sin embargo, el 9% de las mujeres de 50 a 59 años y el 18% de las de 60 a 69 años hace más de 3 años que no concurre al ginecólogo, siendo edades en las que se considera relevante el control de los procesos tumorales femeninos. Esta situación podría indicar que las mujeres consultan más frecuentemente al ginecólogo en las ocasiones en las que acuden a los controles del embarazo o al control de la salud de sus hijos, lo cual es una llamada de atención sobre la insuficiente prevención de las mujeres mayores, que afrontan riesgos crecientes de patología génito-mamaria.

El 77% de las consultantes manifestó haber hecho la última consulta por control o prevención (los porcentajes ascienden a partir de los 25 años y bajan levemente después de los 60); el 13% por algún malestar o enfermedad, el 5% por control del embarazo y el 5% por tratamiento.

Los resultados muestran que los porcentajes de mujeres que consultaron al ginecólogo e hicieron estudios de Pap durante el último año alcanzan a cerca de las dos terceras partes de las mujeres de 25 a 54 años, correspondiendo los niveles más bajos a las mujeres de 55 a 69 años. La colposcopia presenta un perfil similar aunque con valores algo inferiores.

En la realización de los estudios de mamografía se advierte un crecimiento a medida que avanza la edad hasta los 55 años, momento a partir del cual se comprueba una disminución. Hay que resaltar que el 12% de las mujeres mayores de 40 años nunca lo ha realizado.

En el estudio del HIV se destaca que cerca de la mitad de las mujeres no han hecho el estudio, estableciéndose diferencias por edad: el 50% de las mujeres de 15 a 24 años y cerca del 75% en las mayores de 55 años. Se pone en evidencia la mayor frecuencia de este estudio en las mujeres de 25 a 39 años, debido probablemente a la práctica sexual y preventiva.

En la práctica de la densitometría ósea se observa baja proporción de mujeres que manifiesta habérsela realizado.

### **Anticoncepción**

El uso actual (en el último mes antes de la Encuesta) de métodos anticonceptivos en las mujeres de 15 a 49 años, residentes en la Ciudad de Buenos Aires; casadas, unidas, o que practican relaciones sexuales; muestra niveles elevados (66%), especialmente en las mujeres de 20 a 29 años (alrededor de las tres cuartas partes de ellas los estaban usando), lo cual podría explicar el patrón de maternidad tardía prevaleciente en la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo, las adolescentes con relaciones sexuales utilizan los métodos en una alta proporción (60%). El nivel educacional influye positivamente en el uso actual y las mujeres que han terminado la educación secundaria muestran mayores valores de uso

actual que las menos educadas (67% contra 56%) y el porcentaje de las que nunca usaron es mucho menor (7% contra 17%).

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

A las mujeres alguna vez usuarias (no usaron anticonceptivos durante el último mes pero los habían utilizado antes) se les preguntó sobre las razones del no uso actual, a lo que respondieron “por la edad avanzada”, “porque no quedan embarazadas o son estériles” o “porque desean embarazarse”. A las mujeres que nunca usaron (solo el 9% del total de 369 mujeres) se les formuló idéntica pregunta y las respuestas fueron “porque deseaba embarazarse”, porque “no lograba un embarazo” o “por el miedo a efectos colaterales”.

### **Recordación de campañas**

sobre prevención de la salud reproductiva

Algo más de un tercio de las entrevistadas (38%) recordó al menos una campaña de prevención de la salud reproductiva, comprobándose la influencia de la edad: a medida que ésta aumenta, disminuye el recuerdo. Entre las que señalan recordar algún tipo de campañas, el 75% de las mujeres evocó en primer lugar las campañas del sida (vías de contagio, uso de preservativos y necesidad de control durante el embarazo). En segundo lugar, aunque a una distancia considerable, se mencionaron las campañas de prevención del cáncer génito-mamario (15%) y las del uso del preservativo sin relacionarlo con el sida (15%). La recordación de campañas sobre métodos anticonceptivos fue menos frecuente (9%).

### **Comentarios finales**

Un primer cuerpo de conclusiones se basa en los resultados de la Encuesta de Salud Reproductiva y Prevención. Si bien la prevención es ejercida por un importante porcentaje de mujeres, ella no alcanza de manera adecuada a las de más edad; en ese grupo, la frecuencia relativamente baja de las prácticas del control del cáncer indica un punto nodal de los problemas a resolver. Es difícil pensar que estas mujeres puedan producir sólo por sí mismas un cambio en sus patrones de cuidado de la salud: son las menos escolarizadas, están más solas, por su edad no llevan a sus hijos a la consulta de salud, pueden considerar prioritarios otros problemas de salud o sentir pudor, miedo y vergüenza hacia la consulta ginecológica; no están suficientemente informadas y tienen una menor percepción de las campañas preventivas.

El segundo conjunto de conclusiones propone ideas para avanzar en la construcción social del riesgo en la Argentina. En un país signado por un fuerte endeudamiento externo, baja productividad, elevado nivel de pobreza y marcados índices de desempleo, la noción de prevención está aún poco instalada. Las omisiones resultan evidentes en las

políticas centradas en el individuo, como por ejemplo las del control del tabaco y del alcohol, o los accidentes de tránsito –se penaliza escasamente a las personas que no usan el cinturón de seguridad en los automóviles o cascos en las motocicletas– y también en aquellas políticas cuyo eje son las cuestiones de Estado, como la disminución de la pobreza, el mejoramiento de la salud materno-infantil, un mayor acceso a los servicios de salud con énfasis en la prevención. En este sentido, es importante avanzar en el análisis de las prácticas que conducen a convertir ciertos bienes y servicios en derechos sociales, y profundizar en el debate para la construcción social del riesgo, ya que éste debe ser un tema prioritario de la agenda de los actores del sector salud.

### **Nota**

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

### **Bibliografía**

- Douglas, M. (1996), La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona, Paidós Studio.
- Ministerio de Salud de la República Argentina (2000), Estadísticas Vitales. Serie 5, N° 43/00.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1995), Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
- Nathanson, C. (1996), “Disease prevention as social change”, *Population and Development Review* 22, 4: 609-637.