

Subutilización de los servicios de salud reproductiva entre mujeres sin seguridad social médica en la frontera norte: un estudio de caso

*Norma Ojeda de la Peña**

RESUMEN

Ésta es una descripción del perfil de uso de los servicios de salud entre la población abierta en la ciudad de Tijuana. Para el análisis se utiliza información de dos encuestas levantadas en la primavera de 1994 acerca de los servicios en los centros de la Secretaría de Salud. Una encuesta contiene información para 1 825 personas entrevistadas en los centros de salud y la otra es una encuesta probabilística de 487 hogares. Los resultados indican una demanda de servicios generales muy alta. A pesar de esto y del elevado número de mujeres en edades reproductivas que acuden a los centros de salud, la demanda de los programas de salud reproductiva es lamentablemente baja, se presenta un ineficiente sistema de referencia médica cruzada, y las mujeres perciben problemas de información sobre los servicios y de comunicación médico-paciente.

ABSTRACT

This is a description of how people use the public health services in Tijuana. The analysis is based on information from two surveys conducted in the spring of 1994 about the services provided by the medical centers of the Ministry of Health. One of the surveys includes information for 1 825 persons interviewed in the health centers. The other is a probabilistic survey of 487 households. The findings show a very high demand of general services. In spite of this and of the high number of women- in reproductive years that attend the health centers, the demand of the different reproductive health programs is regrettably low. There is an inefficient system of medical reference. And women perceived problems of information about services and in the communication between doctors and patients.

*Profesora-investigadora de El Colegio de la Frontera Norte-San Diego State University. Dirección electrónica: nojeda@mail.sdsu.edu.

Artículo recibido el 5 de noviembre del 2000.

INTRODUCCIÓN

Persiste una gran desigualdad social entre las distintas entidades federativas de México, y los estados del norte presentan las condiciones menos desfavorables. Esta situación se observa, entre otros muchos aspectos, en la prestación de servicios de salud, ya que, como algunos autores¹ han señalado, la región norte tiene los mejores indicadores cuando se le compara con otras regiones y con el conjunto nacional.

Sin embargo, no podemos dejar de reconocer que aun los estados que, a nivel agregado, presentan los indicadores de desarrollo social y de salud más altos han sido incapaces de cubrir de manera satisfactoria las necesidades de salud de los distintos grupos sociales que componen a la población mexicana. Así, al rezago histórico que tiene México en materia de desarrollo social y de atención a la salud, especialmente en sus poblaciones rurales e indígenas, se ha venido a sumar el impacto negativo que han tenido las consecutivas crisis económicas que viene sufriendo el país desde la década de los ochenta y los varios ajustes hechos al gasto público en salud al amparo de la política económica neoliberal.

Como consecuencia de esto último se observa un descenso sustancial, e incluso un retroceso, en la calidad y cantidad de los servicios que ofrecen las instituciones públicas de salud en todo el país, pero especialmente las ubicadas fuera de las zonas metropolitanas de las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey. Otras necesidades sociales básicas que tampoco han sido suficientemente atendidas y que repercuten indirectamente en la salud son la educación y el equipamiento urbano y sanitario de varias localidades, no sólo rurales sino también algunas urbanas, de los estados de la República.

Un claro ejemplo de esta situación es el caso de la ciudad fronteriza de Tijuana, Baja California, la cual, no obstante estar ubicada en uno de los estados del norte más desarrollados y de venir experimentando un importante progreso económico desde hace varias décadas, sigue padeciendo grandes limitaciones en los servicios públicos de salud, ya sea en el nivel municipal o en el estatal. Esto es resultado de múltiples factores, entre los que destacan una larga historia, vigente hasta hace muy poco tiempo, de una compleja y centralista administración

¹ Consultar a Miguel A. González Block, "Health Policy in Mexico: With Special Reference to the U.S.-Mexico Migrant Population", en *Journal of Border Health/Revista de Salud Fronteriza*, II (4), 1997, pp. 24-35.

pública federal en materia de salud y la muy pobre inversión pública en el mismo rubro, a pesar de la creciente demanda de servicios de salud resultante de la explosión demográfica concomitante al rápido crecimiento de la planta productiva y de servicios de la ciudad. Asimismo, también es necesario considerar la gran presión que sobre los servicios públicos de salud ejerce la llamada “población flotante”, compuesta entre otros por migrantes de ida y vuelta entre México y Estados Unidos y que utilizan el espacio de las ciudades fronterizas como lugar de espera y de paso en su ruta migratoria.²

Esta problemática es especialmente importante en el caso de los servicios que ofrece la Secretaría de Salud, por ser la institución del sector que atiende a la denominada “población abierta”, la cual en la práctica es aquella que no tiene los recursos económicos suficientes para pagar los costos de la medicina privada y que no tiene cobertura de salud por parte de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (tanto el federal —ISSSTE— como el del estado —ISSSTECali—), etc. Es decir, se trata de la población más vulnerable socialmente y que está desprotegida en la atención a sus necesidades de salud. Para la mayoría de este tipo de población los servicios de la Secretaría de Salud son la única opción.

Ahora bien, la prestación de servicios por parte de la Secretaría de Salud, sin embargo, no sólo se ve limitada por las restricciones que le imponen las condiciones económicas del país y las políticas públicas del sector salud, sino también por problemas que se derivan del insuficiente conocimiento de las condiciones sociales y culturales específicas que subyacen a la demanda de servicios de la población a la que se pretende asistir. Esto es particularmente cierto en el caso de la demanda de servicios de salud reproductiva en las ciudades mexicanas de la frontera con Estados Unidos.

Un problema concreto y muy lamentable al respecto es la subutilización que hacen las mujeres de los programas de salud reproductiva que ofrece la Secretaría de Salud en Tijuana. Esto aparentemente es una contradicción social, considerando, por un lado, las crecientes restricciones económicas que padece la

² Tijuana se ha caracterizado por décadas por ser uno de los principales lugares de cruce de la migración indocumentada norte-sur entre México y Estados Unidos, con aproximadamente el 50 por ciento del total de los cruces a mediados de los años noventa. Al respecto, véase a Jorge A. Bustamante, “Medición del flujo de inmigrantes indocumentados”, en Jorge A. Bustamante y Wayne Cornelius, *Retos de las relaciones entre México y Estados Unidos*, México, Fondo de Cultura Económica, 1989, pp. 115-130.

población y, por otro, la necesidad de mejorar la salud reproductiva de todas las mexicanas frente a graves padecimientos, como el cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama, así como frente a otros problemas, menos graves pero igualmente importantes, como son la alta frecuencia de infecciones vaginales y la baja atención prenatal, entre otros.

Ante las interrogantes de por qué las personas no utilizan o bien utilizan de manera insuficiente los servicios de salud a su alcance y, en particular, por qué las mujeres subutilizan los servicios de salud reproductiva que ofrece la Secretaría de Salud, es posible ofrecer varias respuestas. Por el lado de la oferta, podemos pensar en las múltiples carencias que tienen los centros de salud en sus equipamientos físico y técnico, la falta de recursos humanos calificados para prestar mejores y más servicios, así como las deficiencias en el funcionamiento y la administración de los centros de salud. Estos factores son los que se ofrecen como respuesta más frecuente en distintos foros profesionales e incluso son asumidos por algunos directivos de la propia Secretaría de Salud.³ Sin embargo, también podemos pensar en otro tipo de factores explicativos relacionados con la demanda, los cuales, en cambio, son menos citados y en general han sido poco analizados. Son justamente este tipo de factores los que analizamos en el presente trabajo, en un intento por ampliar nuestra comprensión del problema de la subutilización de los servicios de salud reproductiva entre mujeres que carecen de seguridad social médica. En busca de nuestro objetivo, hemos llevado a cabo, desde la perspectiva de la demanda, un análisis del perfil del uso de los servicios de salud reproductiva que hacen las mujeres en el caso particular de Tijuana.

EL CONTEXTO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE TIJUANA

Tijuana es, después de Ciudad Juárez, la ciudad fronteriza mexicana más grande por el volumen de su población y junto con San Diego constituye el conjunto de ciudades gemelas más dinámico de la frontera México-Estados Unidos. Por su localización geográfica y su gran dinamismo económico, Tijuana es considerada una de las ciudades más importantes en las fases más recientes del proceso de ur-

³ Información obtenida en entrevista con Irma Ortiz, coordinadora del Programa de Salud Materno-Infantil de la Jurisdicción Sanitaria Núm. 2, Secretaría de Salud, primavera de 1994.

banización mexicano; también es citada como ejemplo exitoso del nuevo modelo de desarrollo industrial mexicano, basado en la industria maquiladora de exportación, y en el esquema del Tratado Trilateral de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá. La ciudad presenta una de las tasas de crecimiento demográfico más altas del país, alimentado en más de un 50 por ciento por la migración interna,⁴ la cual está formada principalmente de trabajadores de ambos sexos que llegan a Tijuana en busca de empleo, así como por la población flotante,⁵ aún no cuantificada, de la cual forman parte migrantes internacionales que van de paso hacia Estados Unidos o bien regresan de ese país, y cuyo volumen es posible que esté aumentando por la implementación de estrategias más agresivas por parte de las autoridades norteamericanas para impedir el paso de los inmigrantes indocumentados hacia el norte.

A su vez, Tijuana presenta graves rezagos en equipamiento urbano, sufre grandes carencias en la infraestructura sanitaria de sus viviendas y es evidente un paisaje urbano de numerosos asentamientos irregulares, que hacen difícil una coherencia social entre el rezago urbano y el desarrollo macroeconómico,⁶ lo mismo que entre el desarrollo económico y la calidad de vida de la población. Esta y otras características hacen de Tijuana una especie de laboratorio social, donde se dan situaciones harto complejas y contradictorias, que hacen difícil la generalización acerca del comportamiento social de sus pobladores. Así, Tijuana tiene algunas características sociales y demográficas propias de sociedades con niveles avanzados de desarrollo, pero a la vez presenta otras de comunidades subdesarrolladas. Estas contradicciones pueden observarse de manera cotidiana por el efecto que tienen en la calidad de vida de los tijuanaenses, en aspectos tales como la atención a la salud en el caso de las mujeres.

En Tijuana, al igual que en otras ciudades fronterizas norteamericanas, las mujeres presentan indicadores agregados de mayor desarrollo, tales como niveles más altos de escolaridad, elevadas tasas de empleo remunerado, bajas tasas de fecundidad, mayor uso de anticonceptivos modernos y un alto porcentaje de embarazos atendidos en hospitales. Asimismo, Tijuana tiene algunos de los indicadores más controvertidos del desarrollo social, como son una creciente participación de las

⁴ Consúltase a Rodolfo Corona, "Principales características demográficas de la zona fronteriza del norte de México", en *Frontera Norte*, vol. 3, núm. 5, El Colegio de la Frontera Norte, 1991, pp. 141-156.

⁵ Uno de los pocos los estudios sobre este aspecto de la frontera es el de Gabriel Estrella, "No son todos los que están ni están todos los que deben", en John Weeks y Roberto Ham Chande, *The Population of the U.S.-Mexico Border*, Austin, 1991.

⁶ Una visión general del tema, en Paul Ganster y Roberto Sánchez, *Sustainable Development in the San Diego/Tijuana Region*, Center of U.S.-Mexican Studies-University of California at San Diego, 1999, 167 pp.

mujeres en las migraciones internas e internacionales en busca de mejores oportunidades de empleo y mejores salarios; tasas más altas de divorcio o separación conyugal; mayor proporción de jefas de hogar y de mujeres viviendo en uniones conyugales libres o consensuales, así como porcentajes ligeramente más elevados de madres solteras.^{7,8} Todo esto en un contexto social que, interesantemente y de manera contradictoria, combina modernos valores sociales acerca de la participación económica de las mujeres, la sexualidad femenina y la reproducción con arraigados valores tradicionales de la vida familiar mexicana y una todavía marcada división de roles de género.⁹

Como parte de esta complejidad fronteriza, encontramos desfases en el comportamiento social entre los individuos y las instituciones sociales en aspectos de la vida diaria que afectan las condiciones de vida de las mujeres. Un ejemplo muy concreto al respecto ocurre precisamente con la prestación de servicios de salud. En la oferta diaria de estos servicios se parte del supuesto de que las mujeres están dedicadas únicamente al cuidado del hogar y de los hijos, que son ellas las “responsables de la salud familiar” —según el modelo tradicional de la familia mexicana— y que pueden acudir a las consultas únicamente de lunes a viernes en el horario matutino.¹⁰ Esto, no obstante la evidencia cotidiana de que cada vez hay más madres con hijos pequeños que trabajan fuera de sus hogares y que, por lo mismo, tienen serios conflictos en el manejo de los tiempos que les imponen sus varias jornadas de trabajo fuera y dentro del hogar.

De igual forma, mientras que en el discurso político y empresarial bajacaliforniano se reconoce el papel central que tienen las mujeres en la economía de la región fronteriza, estas mismas voces no se escuchan cuando se trata de la necesidad de mejorar la infraestructura social instalada para contribuir a que las mujeres realicen en mejores condiciones sus múltiples roles en la economía, la familia y el desarrollo social fronterizo. Esta situación irremediamente impacta de manera negativa la vida diaria de las mujeres en sus múltiples roles de madre,

⁷ Para más información, véase a Norma Ojeda, “Algunas contradicciones en el perfil sociodemográfico de las mujeres de la Frontera Norte de México”, Departamento de Estudios Sociales-El Colegio de la Frontera Norte (Cuadernos de Trabajo, DTS2), 199, pp. 21

⁸ Véase a Norma Ojeda y Raúl González, “Niveles y tendencias del divorcio y la separación conyugal en el norte de México”, en *Frontera Norte*, vol. 4, núm. 7, El Colegio de la Frontera Norte, 1992, pp. 157-178.

⁹ Al respecto, consúltase a Norma Ojeda, “Curso de vida femenino y conceptualización social de la salud reproductiva”, en Norma Ojeda, *Género, familia y salud reproductiva en México*, 1994, pp. 203-271.

¹⁰ Ver la nota 3.

esposa, hija, trabajadora y, cada vez más, proveedora única en el hogar, afectando la manera en que las mujeres atienden sus propias necesidades individuales básicas, como en el caso de la atención a la salud.

METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Para poder llevar a cabo el análisis de la subutilización de los servicios de salud reproductiva entre las mujeres desde la perspectiva de la demanda, fue necesario realizar dos encuestas complementarias entre sí: la "Encuesta de los Centros de Salud sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de Salud Reproductiva", levantada en 12 de un total de 13 centros de salud que, hasta la primavera de 1994, existían en la Jurisdicción Sanitaria Núm. 2 de la Secretaría de Salud, en Tijuana, y la "Encuesta de Hogares sobre la Calidad y Calidez de los Servicios de Salud Reproductiva", que fue aplicada a una muestra probabilística y representativa del total de los hogares que se localizan en las áreas de influencia de cada uno de los 12 centros de salud incluidos en el estudio.

La primera encuesta tiene una cobertura del 100 por ciento de la población usuaria de los servicios que ofrecen los centros de salud, a través del recuento sistemático y la aplicación de un cuestionario estandarizado al total de las personas que por espacio de una semana acudieron a los centros de salud en busca de algún tipo de servicio. Mediante esta encuesta, tipo censo, se obtuvo información para un total de 1 825 personas. El objetivo de esta primera encuesta fue captar el total de los y las "usuarias activas" de los servicios de salud.

Por su parte, la segunda encuesta tuvo por objetivo captar a los y las "usuarias potenciales" de los servicios de salud en los hogares de cada una de las colonias donde se localizan los centros de la Secretaría de Salud. Para esta encuesta se siguió un procedimiento muestral especialmente diseñado para captar a las personas que, por su perfil socioeconómico, la ubicación de sus viviendas y su recurrente falta de seguridad social y de servicios médicos (IMSS, ISSSTE o ISSSTECali), pudieran ser consideradas como "usuarios potenciales" de los servicios que ofrecen las unidades médicas de la Secretaría de Salud a la llamada "población abierta". Mediante este procedimiento se obtuvo información para un total de 487 hogares, y dentro de éstos se recopiló información para un número igual de mujeres, una por hogar; concretamente, la jefa del hogar o la cónyuge del jefe del hogar. El objetivo fue analizar el uso de los servicios de salud reproducti-

va entre estas mujeres como “usuarias potenciales” de los servicios que ofrecen las unidades de la Secretaría de Salud en sus colonias. Estas mismas mujeres proporcionaron información acerca del uso de los servicios de salud por los otros miembros del hogar.

Para mayor información sobre la metodología de las encuestas, consúltese a Ojeda¹¹ o bien a Pérez-Abreu.¹²

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Seguridad social y acceso a servicios de salud en los hogares

La disponibilidad de seguridad social médica en los hogares y la participación laboral de los integrantes de los mismos son factores importantes para estudiar el uso de los servicios de salud en México. Por una parte, en un régimen de seguridad social como el mexicano el acceso a los servicios de salud está determinado en gran medida por el empleo remunerado y el lugar donde trabaja el jefe del hogar. Éstos son factores decisivos para que el trabajador y sus llamados “dependientes económicos” —cónyuges, hijos y padres— puedan obtener o no la seguridad social y los servicios médicos que ofrecen las principales instituciones de salud, tales como IMSS, ISSSTE e ISSSTECali, este último sólo en Baja California. Los desempleados no tienen acceso a estas instituciones y los trabajadores por cuenta propia, o autoempleados, tampoco, excepto aquellos que pagan directamente sus cuotas al IMSS, por lo que sus opciones se reducen a los servicios de asistencia social de la Secretaría de Salud y de la medicina privada.

El tamaño del hogar y su composición de parentesco determinan el número y tipo de dependientes económicos en el hogar. Sobre este punto, la encuesta de hogares nos indica que el 66.4 por ciento de los hogares de la población abierta de Tijuana son de tipo nuclear; es decir, formados por una pareja sola, por una pareja que vive con sus hijos o por uno solo de los padres con sus hijos. Los hogares extensos representan un 28.2 por ciento y los unipersonales únicamente el

¹¹ Al respecto, véase a Norma Ojeda, “Propuesta teórica y metodológica para estudiar la determinación social de la conceptualización de la salud reproductiva de las mujeres”, en Norma Ojeda (coord.), *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte, 1999, pp. 21-67.

¹² Pérez-Abreu, Rafael y Norma Ojeda, *Calidad en los servicios de salud reproductiva: centros de salud urbanos de Tijuana. Memoria*, Quinto Simposio Estatal “La Investigación y el Desarrollo Tecnológico en Aguascalientes”, Instituto de Educación de Aguascalientes, 1998, pp. 73-74.

5.4 por ciento. Respecto al sexo del jefe del hogar, el 23 por ciento de todos los hogares están dirigidos por mujeres, y como éstos son en un 38.1 y 39.4 por ciento, respectivamente, hogares nucleares y extensos, ello nos permite inferir la presencia de dependientes económicos menores de edad. El 97.3 por ciento de los jefes varones están casados o unidos, en tanto que sólo el 19.6 por ciento de las jefas lo están; el 45 por ciento de las jefas son viudas, el 25 por ciento divorciadas o separadas y el 10 por ciento solteras. Por su parte, el tamaño promedio de los hogares es de 4.2 personas, siendo de 3.8 entre los hogares encabezados por mujeres.

Acercas de la situación económica, tenemos que del total de los hogares el 54 por ciento cuenta con un solo proveedor económico y cerca del 7 por ciento carece totalmente de proveedor. Una cuarta parte de quienes detentan la jefatura del hogar no trabaja, y entre los que sí trabajan un 17 por ciento lo hace por cuenta propia, lo cual implica que el jefe, y por lo mismo el hogar en su conjunto, muy probablemente carezca de seguridad social médica. Esta última característica es más notoria entre los hogares con jefatura femenina, por tener un 59 por ciento de jefas que no trabajan —a diferencia de un 15.4 por ciento entre los hogares con jefes varones— y un 10 por ciento de jefas que trabajan por su cuenta. Finalmente, tenemos que el 58 por ciento de los hogares tienen jefes de ambos sexos que carecen de seguridad social médica, carencia que comparten los otros miembros del hogar. Este último dato se confirma ante el hecho de que en el 58.1 por ciento de los hogares se declaró que ningún otro miembro del hogar, distinto del jefe, tiene cobertura de salud.

Esta información, junto con lo ya señalado, permite entrever una gran vulnerabilidad económica y de seguridad social médica entre los hogares de la población abierta de Tijuana, especialmente entre los hogares con jefas, por corresponder a hogares que en un alto porcentaje están jefaturados por viudas y en menor pero significativa proporción por divorciadas, separadas y solteras; estos últimos, frecuentemente con menores de edad.

PERFIL DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

La población potencialmente usuaria de los servicios que ofrece la Secretaría de Salud en Tijuana debería estar conformada mínimamente por las personas que

viven en ese 58 por ciento de los hogares que respondió que carecía de seguridad social médica. Los resultados obtenidos en la encuesta señalan que esta expectativa es ampliamente superada en la realidad, ya que el 73.3 por ciento del total de los hogares entrevistados declaró haber utilizado alguna vez tales servicios. Este porcentaje pasa a ser del 70.1 por ciento al referirnos al uso de los servicios de salud durante el año anterior a la encuesta, lo cual representa una tasa muy alta de uso de los servicios entre los hogares, rebasando con mucho al número de hogares sin seguridad social médica. Una vez conocida la medida en que los hogares utilizan los servicios de la Secretaría de Salud, importa examinar el perfil que tiene este uso; para esto se consideran las características de los usuarios y el tipo de servicios que éstos demandan.

La información proveniente de la encuesta de centros de salud nos indica que la mayoría de las personas que acuden a los centros de salud son mujeres y niños que carecen de seguridad social médica; en esta situación se encuentran el 77.1 por ciento de los entrevistados y el 61.3 por ciento de los otros miembros de sus hogares. Otro rasgo importante es el carácter colectivo de la demanda de servicios. La Secretaría ofrece un servicio integral y con ello posibilita que grupos de usuarios, generalmente familias, acudan a recibir diversos servicios durante una misma visita a una misma unidad de salud. De modo que los usuarios individuales representan sólo una cuarta parte; en tanto que los usuarios colectivos son mayoría, con un 43 por ciento de grupos de dos usuarios y un 32 por ciento de grupos con tres y más usuarios. Se trata casi siempre de parientes que acuden juntos por ser familiares de primer grado en un 82 por ciento, son otros parientes en un 12 por ciento y el resto no tiene parentesco entre sí.

Con relación al tipo de servicios que demanda esta población, la encuesta incluye información acerca de los motivos por los que las personas declararon haber acudido a los centros de salud. Al respecto, destacan las personas adultas, solas o acompañadas, que acuden a recibir ellas mismas atención médica y/o para realizarse análisis de laboratorio, representando el 46.9 por ciento de los casos; le siguen los adultos que acompañan a menores de edad a recibir atención médica y/o para hacerles análisis de laboratorio, con el 48.1 por ciento, y al final están las personas que acuden por otros motivos, cuyo porcentaje es mínimo. Ahora bien, considerando el uso colectivo de los servicios y la idiosincrasia de la cultura familiar mexicana, se procedió a seleccionar a un solo informante en cada colectivo y a identificar al "responsable de la salud familiar" en el hogar de todos

los usuarios, tanto individuales como colectivos. Se encontró que en la inmensa mayoría de los usuarios colectivos la responsable es una mujer, que frecuentemente es la madre o la esposa.

Como resultado, se tiene que el 92 por ciento de los informantes entrevistados fueran mujeres y que el 84 por ciento de ellas se autoidentificaban como “la responsable de la salud familiar”, haciendo de éste un papel predominantemente femenino. Se trata fundamentalmente de mujeres en edades reproductivas y jóvenes, concentradas en más de la mitad de los casos en las menores de 31 años; la mayoría son mujeres con uniones conyugales, con un 52.1 por ciento de ellas casadas y un 33 por ciento de convivientes. En general eran migrantes (71.3%), principalmente de las regiones sur y centro de México, una tercera parte eran migrantes recientes, pues cuando mucho tenían cinco años de vivir en Tijuana y la mitad tenía menos de 10 años de residir allí.

SUBUTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

La información hasta aquí presentada señala, por un lado, que existe una gran demanda de los servicios de salud en general entre los hogares de la población abierta de Tijuana, que se concentra principalmente entre los que carecen de seguridad social pero que no se limita a estos últimos. Por otra parte, se observa una gran demanda potencial de los servicios de salud reproductiva, puesto que es muy alto el número de mujeres en edades reproductivas y, al parecer, sexualmente activas que acuden a los centros de salud comunitarios, ya sea para recibir atención médica ellas mismas o para acompañar o llevar a otras personas a que la reciban.

Estos dos tipos de información hacen suponer que la demanda efectiva de servicios en el área de la salud reproductiva por parte de las mujeres, tanto en los hogares como en los centros de salud, es significativa; sin embargo, al cuestionar directamente a las mujeres autoidentificadas como las “responsables de la salud familiar” acerca de su conocimiento y uso de los programas de salud reproductiva en los centros de salud, los resultados difieren de esta expectativa. Aproximadamente, el 84 por ciento de estas mujeres afirmó conocer al menos uno de los centros de salud de la Secretaría en Tijuana y un 63 por ciento dijo conocer el centro de salud de su colonia. Recordemos que el nivel de uso de los servicios de salud en los hogares, por lo general, es del 73 por ciento; sin em-

CUADRO 1. Tijuana, 1994: Conocimiento y uso de los servicios de salud

<i>Característica</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Han utilizado los servicios de salud en sus hogares	100	73.3	26.7
Ellas conocen el centro de salud más próximo	100	63.3	36.7
Ellas han utilizado los servicios de salud reproductiva	100	15.0	85.0
<i>Tipo de servicio</i>	<i>Ella ha escuchado sobre</i> %	<i>Ella ha utilizado</i> %	
Planificación familiar	85.5	14.	
Detección oportuna de cáncer	80.0	13.8	
Enf. de transmisión sexual	69.8	2.6	
Control del embarazo	73.8	8.8	
Atención postparto	53.8	4.2	

FUENTE: Encuesta de hogares sobre percepción acerca de la calidad y calidez de los servicios de salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C., México 1994.

bargo, este alto nivel de uso y de conocimiento de los centros de salud no coincide con la proporción en que las mujeres de dichos hogares utilizan los servicios de salud reproductiva, ya que únicamente un 15 por ciento de ellas declaró haber utilizado alguna vez este tipo de servicios de salud en cualesquiera de los centros de salud de Tijuana (cuadro 1).

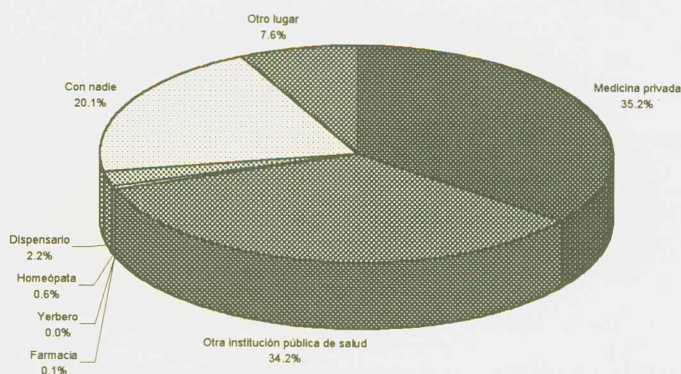
La amplia brecha entre conocer y utilizar los servicios de salud reproductiva entre las mujeres de los hogares se hace aún más evidente cuando comparamos la cantidad de ellas que dijeron haber escuchado acerca de cada uno de los programas por separado y el número de las que declararon alguna vez haber utilizado dichos programas. Así, por ejemplo, el programa sobre el que ellas han escuchado más es el de planificación familiar, con un 85 por ciento de los casos, seguido por el de detección oportuna del cáncer, con un 80 por ciento. Sin embargo, únicamente el 14 por ciento de ellas indicó haber utilizado alguna vez cada uno de dichos programas. Es importante mencionar que son precisamente estos dos programas de salud reproductiva los que han sido más promovidos, especialmente el de planificación familiar, tanto a nivel nacional como local, por el sistema nacional de salud y en particular por la Secretaría de Salud. Los otros programas de salud reproductiva han recibido menos atención, lo cual

necesariamente se refleja en una mayor amplitud de la brecha. El caso más dramático es el programa de enfermedades de transmisión sexual, con sólo un 2.6 por ciento de mujeres que lo han usado y un 70 por ciento de ellas que ha escuchado hablar de él. La brecha entre conocimiento y uso de los programas de control del embarazo y de atención al posparto es menor pero no menos importante (cuadro 1).

Una pregunta obligada, considerando estos resultados, es ¿a qué otros lugares se dirigen las mujeres para atender sus necesidades de salud reproductiva? Como podemos ver en la gráfica 1, la mayoría de estas mujeres informó haber recurrido a alguna institución pública de salud, como IMSS, ISSSTE o ISSSTECali, o bien a la medicina privada, en tanto que una quinta parte de ellas manifestó no haber acudido a nadie. Es de llamar la atención que el 35.2 por ciento prefiera pagar los servicios de la medicina privada, si se tiene en cuenta que se trata de población con bajos recursos económicos, contra un 34.2 por ciento que acude a instituciones públicas de salud diferentes a la Secretaría de Salud. También se destaca la alta proporción de mujeres que no buscan quién las atienda en sus necesidades de salud reproductiva, especialmente por presentarse en un lugar como Tijuana, que cuenta con una red bien establecida de centros de salud tanto públicos como privados.

El bajo uso de los programas de salud reproductiva que se observa entre las mujeres de los hogares también se presenta entre las que acuden a los centros de

GRÁFICA 1. *Tijuana: Lugares alternativos donde las mujeres buscan servicios de salud reproductiva.*



FUENTE: Encuesta de Hogares sobre Percepción acerca de la Calidad y Calidez de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B. C., México, 1994.

salud. La encuesta proporciona información para un total de 1 822 mujeres mayores de 14 años de edad que fueron entrevistadas en los distintos centros de salud localizados en toda la zona urbana del municipio.

Como apuntamos, existe un alto porcentaje de mujeres en edades reproductivas que acuden a los centros de salud ya sea solas o bien acompañando a otras personas adultas y/o menores de edad, lo que nos haría esperar que

CUADRO 2. *Tijuana, 1994: Porcentaje de mujeres que utilizaron programas de salud reproductiva en los centros de salud.*

Servicio solicitado	Total	Total	Programa referido					
			Plan. fam.	Detec. cáncer	Control embarazo	Posparto	ETS	Ninguno
Total	1 882	100						
Consulta general	908 49.8	100	9.9	12.0	5.2	2.6	3.5	66.8
Especialidades a/	89 89 4.9	100	6.7	9.0	3.4	2.2	2.2	76.5
Vacunas/ Control n s	386 21.2	100	5.3	2.9	1.2	0.7	1.0	88.9
Plan. fam.	192 10.6	100	36.5	28.6	4.2	1.6	3.1	26.0
Det. cáncer	89 4.9	100	23.4	51.7	10.1	4.5	7.9	2.4
Control embarazo y puerperio	88 4.8	100	8.0	4.5	25.0	5.7	4.5	52.3
ETS	0 0.0	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Otro	70 3.8	100	9.5	9.5	2.3	4.8	2.3	71.6

FUENTE: Encuesta de centros de salud sobre percepción acerca de la calidad y calidez de los servicios de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C., México 1994.

también fuera alta la demanda femenina de servicios de salud reproductiva en dichos centros. La información del cuadro 2, sin embargo, nos deja ver que, lejos de ello, la demanda de este tipo de servicios de salud es muy baja, por representar apenas una quinta parte de la demanda total al momento de la encuesta, esto es, la demanda que suman los cuatro diferentes programas de salud reproductiva ofrecidos por la Secretaría de Salud (planificación, detección oportuna del cáncer, control del embarazo y puerperio, y enfermedades de transmisión sexual). La cantidad de personas que utilizan este tipo de servicios es muy inferior a la de quienes demandan atención médica primaria, que capta el 49.8 por ciento de los pacientes en consulta general, e incluso es ligeramente menor al número de aquellos que demandan el servicio de vacunas y control del niño sano, con un 21.2 por ciento de los casos. Es importante aclarar que con frecuencia son los hijos u otros familiares de las mujeres quienes entran a la consulta médica y las mujeres únicamente los acompañan, como corresponde a su papel de “responsables de la salud familiar”.

Ahora bien, al observar la demanda desagregada de los servicios de salud reproductiva, podemos notar una situación altamente preocupante: además de ser muy baja la frecuencia con que las mujeres solicitan ser atendidas en el conjunto de este tipo de servicios de salud, a veces la demanda es nula en casos como el programa de atención a las enfermedades de transmisión sexual, o bien escasa, como en el programa de detección oportuna del cáncer, con sólo el 5 por ciento de la demanda total. Incluso, en el programa más solicitado, el de planificación familiar, únicamente un 10.6 por ciento de las mujeres recibió este tipo de servicio de salud, lo cual es lamentable, si tomamos en cuenta el esfuerzo y los recursos económicos y técnicos que se dirigen a este programa, que es prioritario en la política demográfica nacional.

En la demanda de servicios de salud reproductiva también es conveniente incluir su utilización como resultado de la “referencia cruzada de servicios de salud” que hace el personal médico. Esto consiste en la referencia que hace el médico o la enfermera de una paciente a cualesquiera de los servicios de salud reproductiva aunque dicha paciente no haya solicitado acudir al mismo. Ésta es una práctica común en todos y cada uno de los centros de salud. Sobre el particular, la lectura horizontal de los datos en el cuadro 2 nos permite ver que dicha práctica no contribuye de manera significativa al incremento en el uso de los servicios de salud reproductiva por parte de las mujeres, ya que se desaprovecha la oportunidad de canalizar a

una gran cantidad de mujeres que llegan a los centros de salud en busca de otro tipo de servicios, las cuales integran la inmensa mayoría de las usuarias potenciales de los servicios de salud reproductiva de la Secretaría de Salud. Así, por ejemplo, el 67, el 76 y el 89 por ciento, respectivamente, de las mujeres que en el momento de la encuesta acudieron a consulta general, a especialidades y a llevar a sus niños a vacunar o bien al control del niño sano no tuvieron la oportunidad de ser enviadas a alguno de los programas de salud reproductiva. En cambio, la referencia cruzada de servicios sí parece ser efectiva para que las mujeres usen con más frecuencia los servicios de salud reproductiva cuando se hace de una manera “endogámica”; o sea, una vez que las mujeres han acudido a alguno de los varios programas en esta misma área de la salud. De tal manera, entre el 48 y el 97 por ciento de las mujeres que solicitaron ser atendidas en alguno de estos programas fueron, a su vez, referidas a otro programa también en salud reproductiva.

Durante la realización de entrevistas en profundidad a un grupo postseleccionado de estas mismas mujeres, pudo observarse que frecuentemente las mujeres dicen no saber que se den servicios de salud reproductiva en las unidades médicas de la Secretaría de Salud. La creencia general es que los centros de salud son lugares para llevar a vacunar a los niños y para recibir atención médica primaria, y en el mejor de los casos, se piensa que dichos centros ofrecen atención durante el embarazo y de planificación familiar, pero no así sobre enfermedades de transmisión sexual y prevención oportuna del cáncer. Esta percepción errada ocurre a pesar de tratarse de mujeres que son usuarias activas de los centros de salud y que acuden con cierta frecuencia, especialmente para llevar a sus hijos al médico y para vacunarlos.¹³

Este último aspecto nos lleva a la necesidad de indagar cuáles son las fuentes de información que tienen las mujeres acerca de los servicios de salud a su disposición en los centros de salud. Al respecto, las mujeres declararon haberse enterado de la existencia de los distintos programas de salud a los que acudieron en su visita de la siguiente manera. La gráfica 2 muestra que los medios informativos oficiales y de promoción de los servicios de salud no son la fuente principal. Lejos de ello, fueron la fuente menos citada por las mujeres, dado que únicamente entre el 7 y el 16 por ciento de ellas declararon haberse enterado de los programas por medio de las promotoras de salud en su comunidad y/o por el personal médico y paramédico de los centros de salud. En cambio, las redes informales de comunicación (los veci-

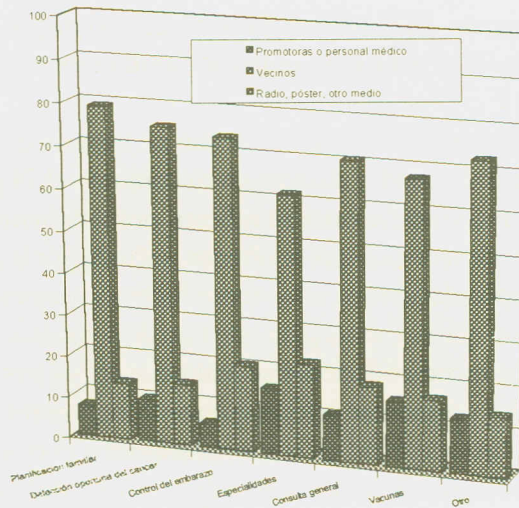
¹³ Norma Ojeda, “Curso de vida femenino y conceptualización social de la salud reproductiva”, en Norma Ojeda (coord.), *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*, Tijuana, El Colegiado de la Frontera Norte, 1999, pp. 203-274.

de los centros de salud. En cambio, las redes informales de comunicación (los vecinos, parientes y amigos) son el medio a través del cual las mujeres declararon haberse enterado de la existencia de los distintos programas en los centros de salud. Esta última fuente de información concentra entre el 62 y el 79.2 por ciento de los casos, seguida por los medios masivos de comunicación, como la radio y los carteles o posters en áreas públicas.

El orden de importancia de cada una de estas fuentes de información, según la declaración de las mujeres, se sostiene al considerar por separado cada programa de salud, especialmente los de salud reproductiva. Así, por ejemplo, es amplia la importancia de las redes informales de comunicación en la difusión de los servicios de salud reproductiva en las comunidades, por ser el medio por el que se enteraron el 79 por ciento de las usuarias de planificación familiar y el 75.3 y el 74 por ciento, respectivamente, de las usuarias de los programas de detección oportuna del cáncer y del de control del embarazo y atención al puerperio.

Frente a estos resultados se plantea la necesidad de indagar qué factores pudieran estar incidiendo en la subutilización de los servicios de salud reproductiva por parte de las mujeres. Un factor que se antoja pudiera contribuir a esclarecer tal interrogante es la opinión que tienen las mujeres acerca de la calidad de los servicios. Al respecto, ellas hicieron recomendaciones para mejorar los servicios

GRÁFICA 2. *Servicios solicitados y medios por los que se enteraron las mujeres.*



FUENTE: Encuesta de Hogares sobre Percepción acerca de la Calidad y Calidez de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B. C., México, 1994.

CUADRO 3. *Tijuana, 1994: Recomendación principal de las mujeres que usaron los programas de salud reproductiva para mejorar los servicios de salud.*

<i>Recomendación para mejorar los servicios en salud reproductiva</i>	<i>Centro de Salud</i>			
	<i>Todos</i>	<i>Otay</i>	<i>Herrera</i>	<i>Obrera</i>
Tener más médicos	26.0	24.7	23.0	30.4
Mejorar las instalaciones/eq. médico	13.1	15.7	23.0	30.0
Mejor trato de médicos	3.0	4.5	—	4.3
Mejor trato de enfermeras	4.0	3.3	—	4.3
Mejor trato de personal administrativo	2.2	4.5	7.7	4.3
Mayor información/comunicación	11.0	15.7	22.1	21.7
Aumentar servicios	34.7	29.2	31.0	30.0

FUENTE: Encuesta de centros de salud "Percepción social sobre la calidad y calidez de los servicios de los centros de salud de la Secretaría de Salud en Tijuana, B.C., México, 1994.

de salud reproductiva en los centros de salud, después de haber sido atendidas en cualquiera de los programas. La información cubre el total de los 12 centros comunitarios de salud. En especial, tres centros fueron señalados por las mujeres según sus distintos niveles de calidad en la infraestructura técnica y el personal médico con que cuentan. El Centro de Salud Otay es el mejor, el Centro de Salud de la colonia Obrera es el peor y el Centro de Salud Herrera tiene un nivel intermedio.

Las recomendaciones más frecuentes se dan en torno a la capacidad técnica y médica de los centros de salud, y abarcan en su conjunto el 74 por ciento del total de los casos. Estas recomendaciones se refieren primeramente a la necesidad de aumentar el número de servicios que se ofrecen, seguida por la conveniencia de tener más médicos especializados en salud reproductiva y mejorar las instalaciones y el equipo médico con que se cuenta para este tipo de consultas. Este mismo orden de prioridades en las recomendaciones se mantiene en los tres diferentes centros de salud considerados y presentan valores que son congruentes con los respectivos niveles de mejor a menor calidad en sus instalaciones y personal médico.

En cambio, las recomendaciones acerca de la calidez de los servicios son menos frecuentes en todos los casos. Es interesante observar el peso relativo que se

da a las recomendaciones para mejorar la información que reciben las mujeres sobre los programas de salud reproductiva, así como para mejorar la comunicación médico-paciente. Si bien este tipo de recomendación se hace únicamente en el 11 por ciento de los casos, es de notar que presenta importantes variaciones entre centros que tienen diferentes calidades, de manera que se eleva al 22 por ciento en los centros de salud con calidades intermedia y baja.

Estos datos adquieren más importancia a la luz de la evidencia empírica anteriormente señalada acerca de la escasa participación que, según declaran las mujeres, parecen tener el personal médico y el paramédico en la difusión de información acerca de la disponibilidad de los programas de salud reproductiva entre las mujeres y de la infrecuente referencia de estas últimas a dichos programas mediante la referencia médica cruzada en los mismos centros de salud. Estos dos indicadores pudieran indicar un problema importante en la prestación de servicios de salud reproductiva y, en alguna medida, explican el porqué de la subutilización que hacen las mujeres de dichos servicios a pesar del gran número de ellas que acude a los centros de salud a recibir otro tipo de atención o bien para llevar a menores de edad u otros adultos a ser atendidos.

CONCLUSIÓN

Es alta la demanda de los servicios que ofrece la Secretaría de Salud entre los hogares de la población abierta de Tijuana, y ello no se limita a los que carecen de seguridad social médica. El perfil de esta demanda, sin embargo, indica un nivel muy inferior en la utilización de los programas de salud reproductiva entre las mujeres de estos mismos hogares, e incluso entre las mujeres que acuden en gran número a los centros de salud en busca de atención en otras áreas de la salud para ellas o bien para otras personas a las que acompañan o llevan en su papel de “responsables de la salud familiar”.

Hay que subrayar la importancia que tiene, en opinión de las mujeres, el contar con más y mejores condiciones en la capacidad instalada de los centros de la Secretaría de Salud para mejorar este tipo de servicios, lo cual ya ha sido reconocido por los directivos de la institución. Las mismas mujeres también señalan la importancia de otro tipo de factores, menos reconocidos, tales como, por un lado, la insuficiente difusión que hace el personal médico y paramédico

acerca de los programas disponibles y, por otro, la necesidad de mejorar la información y la comunicación médico-paciente.

Por tratarse de un área de la salud donde la privacidad femenina tiene una importancia central en una cultura como la mexicana, es posible que estos factores cualitativos pudieran estar detrás de la subutilización de los servicios de salud entre las mujeres que carecen o bien tienen un acceso limitado a la seguridad social médica en Tijuana. La condición fronteriza de estas mujeres no las hace diferentes a otras mujeres respecto a la necesidad de ser informadas y de tener una buena comunicación médico-paciente; pero para avanzar en la solución de la subutilización de los servicios de salud reproductiva en ciudades fronterizas como Tijuana, lo mismo que en otras partes del país, es fundamental que las autoridades y las instituciones de salud conozcan y consideren la opinión que tienen las mujeres sobre este aspecto de vital importancia para mejorar la calidad de sus vidas y de sus familias.