

Ma del Carmen Rincón Cruz

Miriam Álvarez Suárez

Papanicolau y anticoncepción en mujeres

de Pachuca Hidalgo, México







Papanicolau y anticoncepción en mujeres de Pachuca Hidalgo, México

Ma del Carmen Rincón Cruz*
Miriam Álvarez Suárez**

En el presente trabajo se estudian solo dos prácticas de cuidado de salud reproductiva, como son el uso de metodología anticonceptiva y la realización de prueba de Papanicolau y su relación con características socioeconómicas –edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación, servicios de salud–, en



mujeres pertenecientes a colonias clasificadas como estrato medio a bajo. Esto, considerando que la salud reproductiva varía según el contexto socioeconómico, pero en general en mujeres sin escolaridad y con escolaridad baja, pertenecientes a estratos de mayor pobreza.

Introducción

La salud de las mujeres no es un estado natural. Es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin, del ambiente en que transcurren sus vidas y las condiciones socioeconómicas –alimentación, escolaridad, empleo, seguridad social, entre otros–. Aunado a lo anterior, tenemos que considerar el descanso y la ausencia o la persistencia del sosiego y/o de violencia, de los cuidados que le son prodigados –social, institucional y personalmente–¹.

El Capítulo VII del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, 1994), que trata sobre los derechos reproductivos y la salud reproductiva, define: “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”².

Dentro de este contexto de la salud reproductiva se ha hecho referencia a un área de salud concreta, en la que se encuentran relacionados los siguientes aspectos:³

- la sexualidad, la capacidad de tener hijos, y la salud durante el embarazo, parto y puerperio;

* Unidad de Investigación IMSS Delegación Hidalgo. Maestría Regional en Estudio de Población. carmenc@prodigy.net.mx

** Unidad de Investigación, Instituto de Ciencias Exactas UAEH. Doctorado en Estadística.

1 Comité promotor por una maternidad sin Riesgos en México. México: CIMAC A.C. 2000.

2 Programa de acción adoptado en la CIP, El Cairo 5 al 13 de setiembre de 1994 Nueva York Naciones Unidas. 1998, pp 39-40.

3 Langer, A. “La calidad de la atención a la Salud Reproductiva, un desafío a los servicios de salud”. En Aportes de la calidad de la Atención Comité por una Maternidad sin riesgos en México. México: The Population Council, 1996; p 7.

- la limitación de esta capacidad, ya sea involuntaria (infertilidad, esterilidad) o deseada, a través de la anticoncepción;
- los problemas que se presentan en relación con la condición de ser mujer, como la violencia de género;
- el término natural de las funciones reproductivas, es decir la menopausia.

Si bien la salud reproductiva abarca los anteriores aspectos, a propósito del presente trabajo se estudiarán solo dos prácticas de cuidado de salud reproductiva como son: uso de metodología anticonceptiva y realización de prueba de Papanicolau y su relación con características socioeconómicas –edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación, servicios de salud–, en mujeres pertenecientes a colonias clasificadas como estrato medio a bajo.

Lo anterior, considerando que la salud reproductiva varía según el contexto socioeconómico, pero en general en mujeres sin escolaridad y con escolaridad baja, pertenecientes a estratos de mayor pobreza.

En la búsqueda de datos relacionados con estas prácticas de salud reproductiva en mujeres, se observa que las principales fuentes de información provienen, en su mayoría, de encuestas y estadísticas vitales nacionales, que carecen de representatividad en el ámbito municipal, o no cuentan con información suficientemente desagregada.

Por esa razón, para conocer cuál es la relación entre las prácticas de cuidado de salud reproductiva y las características socioeconómicas de mujeres de las colonias, se analizó información de mujeres de 55 colonias del municipio, provenientes del cuestionario aplicado a través del DIF Municipal Pachuca.

En los resultados se observa que de las características socioeconómicas estudiadas –a excepción de la ocupación–, éstas se asocian con el uso de metodología anticonceptiva y la realización de prueba de Papanicolau.

Material y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo transversal, en el que se incluyeron a 2.058 mujeres –que hayan estado alguna vez embarazadas, habiendo llegado o no a término–, pertenecientes a 55 colonias, que representan el 23,7% de las colonias del municipio. Las colonias fueron estratificadas en tres niveles (bajo, medio bajo o medio), estratificación que fue realizada por el Instituto Municipal de Investigación y Planeación, sobre la base de la disponibilidad de servicios públicos.

Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario durante los meses de octubre de 1999 a febrero de 2000, a través del DIF Municipal Pachuca, institución que atiende principalmente a la población vulnerable.

El cuestionario incluyó algunas características socioeconómicas, y para conocer la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos y la realización de la prueba de Papanicolau se preguntó acerca de la frecuencia de uso y la realización de éstas.

El tamaño de la muestra se realizó por muestreo aleatorio con una $B = .02$, y $P = .5$ con un nivel de confianza del 90% ($Z = 1.645$).

En la sistematización y análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11.0. Con el objeto de tener una descripción general de las características de las mujeres participantes en el estudio, se efectuó un análisis descriptivo, calculando gráficas de frecuencias y los estadísticos fundamentales.

Para identificar los factores socioeconómicos asociados con las prácticas de cuidado en salud reproductiva estudiadas, se realizó un análisis de correspondencia múltiple. Posteriormente, se utilizaron dos modelos de regresión logística con las características más importantes extraídas del análisis anterior, como variables dependientes, y la utilización o no de métodos anticonceptivos o la realización o no de la prueba de Papanicolau, como variables independientes.

Resultados

Las mujeres de la muestra se concentran en su mayoría en colonias clasificadas como estrato bajo. La edad promedio es de 26 a 35 años; el estado civil más frecuente es el de casadas; el nivel de escolaridad que predomina es de primaria; el número de hijos promedio es de 2 a 3;

los centros de salud y el hospital general son las principales instituciones utilizadas; el trabajo doméstico representa la principal ocupación de las mujeres (Cuadro I).

El 58% de las mujeres refirió la utilización de metodología anticonceptiva. Los métodos más comunes son OTB, DIU, pastillas. Con relación

Cuadro I
Características socioeconómicas de mujeres de colonias de Pachuca Hidalgo, 1999

VARIABLES	PORCENTAJE
Estrato de colonia	
Bajo	51%
Medio bajo	19%
Medio	30%
Edad	
15-25	26,4%
26-35	38,6%
36-45	20,5%
46- +	14,5%
Estado civil	
Csada	57,2%
Unión libre	28,2%
Soltera	6,5%
Viuda	5,3%
Divorciada	2,8%
Escolaridad	
Sin escolaridad	8,4%
Primaria	77,6%
Secundaria	9,5%
Preparatoria a más	4,5%
Número de hijos	
0-1	20,1%
2-6	48,8%
4-6	24,4%
7- +	6,7%
Atención médica	
Ninguna	1,4%
Particular, DIF	9,9%
Dispensario, Cruz Roja	46,9%
Centro de Salud - IMSS, ISSSTE	41,8%
Ocupación	
Trabajo doméstico	72,7%
Trabajo extra doméstico	27,3%
Total	100

Fuente: Papanicolau y anticoncepción en Mujeres de Pachuca Hidalgo, México.

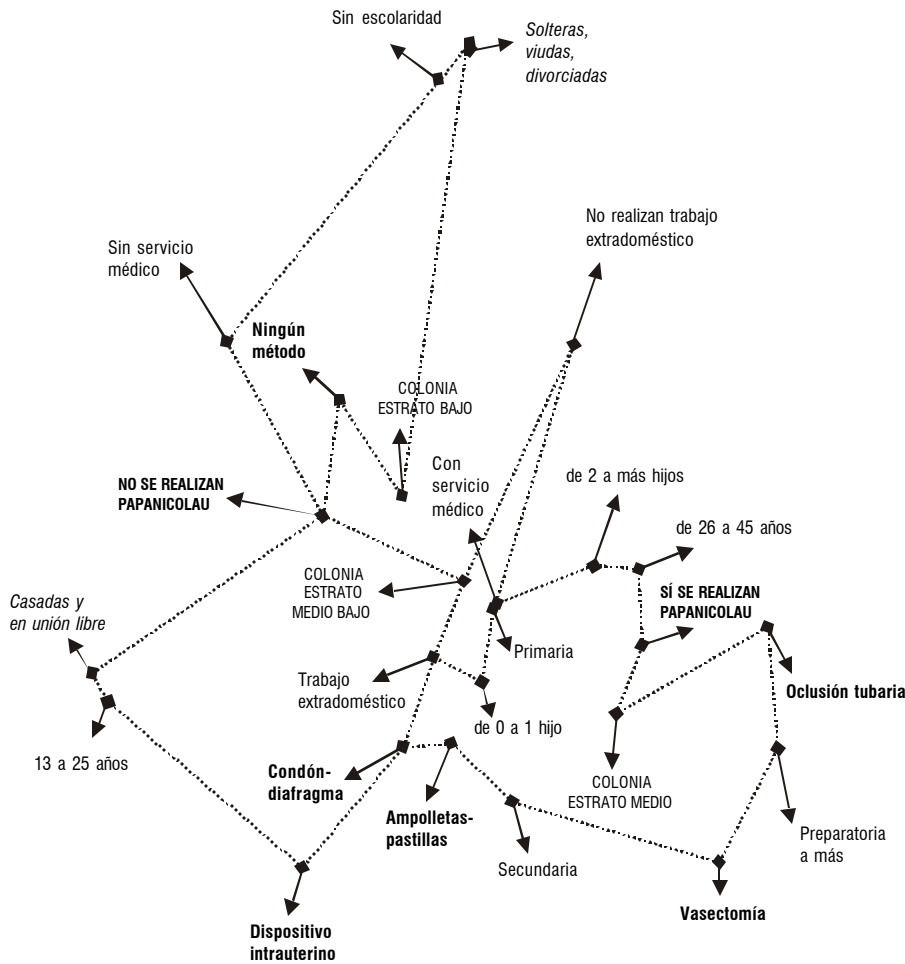
a la prueba de Papanicolau, el porcentaje de realización fue de 51%.

Las características socioeconómicas que se encontraron asociadas con la frecuencia en el uso de métodos anticonceptivos y realización de prueba de Papanicolau fueron: estrato de colonia, edad, número de hijos, estado civil, escolaridad, servicios de salud.

En el análisis de correspondencia múltiple (Figura 1):

1. en la parte superior de la figura se observa que el no uso de anticonceptivos y la no realización de la prueba de Papanicolau, se asocia con mujeres que pertenecen a colonias estratificadas como nivel bajo, que además no cuentan con servicios de salud, no viven en pareja (soltera, viuda, divorciada), no tienen escolaridad y no realizan trabajo doméstico;
2. en la parte inferior se puede ver que, en mujeres de estrato medio bajo, prevalece el uso del DIU, pastillas, inyectables, condón y dia-

Gráfica 1
Análisis de correspondencia múltiple en uso de Papanicolau y anticoncepción en mujeres de Pachuca Hidalgo.



Fuente: Papanicolau y anticoncepción en mujeres de Pachuca Hidalgo.

fragma, así como la no realización de la prueba de Papanicolau. Las características que presentan en común son: contar con servicios de salud, vivir en pareja, ser menores de 25 años, realizar trabajo extradoméstico, tener de 0 a 1 hijos, y escolaridad primaria;

3. el cuadrante inferior izquierdo se asocia a mujeres que viven en colonias de estrato medio; se caracterizan por el uso de OTB y vasectomía y realización de la prueba de Papanicolau. Estas mujeres presentan las siguientes características: no realizan trabajo extradoméstico, tienen acceso a servicios de salud, paridad de 2 y más hijos, escolaridad primaria y más, y con edad de 26 años y más.

En el análisis de regresión logística se observó lo siguiente:

- en general, las mujeres de las colonias estudiadas que presentan los mayores valores de predicción de no uso de metodología anticonceptiva, se caracterizaron por no poseer escolaridad, no vivir en pareja, contar con servicios de salud, tener un hijo, y edades de 46 años y más. Lo anterior, a excepción de las pertenecientes a colonias de estrato medio, que comprende a mujeres con edades de 13 a 25 años, y bajo cuyo porcentaje de predic-

ción de no uso de anticonceptivos es de 87,7% (Cuadro II);

- respecto a la realización de la prueba de Papanicolau, las mujeres sin escolaridad, menores de 25 años, con estudios de primaria y sin servicios de salud se caracterizaron por presentar altos porcentajes de no realización de prueba de Papanicolau. Sin embargo, en esta tabla se observa que existen mujeres de estrato medio que se caracterizan por tener más de dos hijos, el valor de predicción de no realización de Papanicolau es menor en un 74% al de los otros estratos (Cuadro III).

Discusión

En términos demográficos, la población clasificada como pobre se caracteriza por altos niveles de fecundidad⁴. En este aspecto, se encontró que mujeres de las colonias de estrato bajo presentaron el menor uso de anticonceptivos.

En el estado de Hidalgo, la difusión de los programas de planificación familiar se encuentra bastante generalizada. Al asociar escolaridad con anticoncepción, las mujeres sin estudios ocuparon el primer lugar de no uso de metodología anticonceptiva. Coincide esto con estudios que

Cuadro II
Predicción de no uso de anticonceptivos en mujeres de colonias de Pachuca Hidalgo 1999

Colonia	Escolaridad	Estado Civil	Atención Médica	No. de Hijos	Edad	Predicción %
Estrato bajo	Sin escolaridad	Soltera, viuda, divorciada	Sí	0 a 1	46 a +	89,1
Estrato medio bajo	Primaria	Soltera, viuda, divorciada	Sí	0 a 1	13 a 25	87,7
Estrato medio	Primaria	Soltera, viuda, divorciada	Sí	0 a 1	46 a +	83,5

Cuadro III
Predicción de no realización de prueba de Papanicolau en mujeres de colonias de estrato bajo de Pachuca Hidalgo, 1999

Colonia	Escolaridad	Edo Civil	Atención	No. de Hijos	Edad	Predicción %
Estrato bajo	Sin escolaridad	Casada o en unión libre	No	0 a 1	13 a25	91,8
Estrato medio bajo	Primaria	Viuda, divorciada, soltera	No	0 a 1	13 a25	89,5
Estrato medio	Primaria	Casada ó unión libre	No	2 a +	13 a25	74,9

4 Boltvinick, J. Pobreza y comportamiento demográfico. En: Demos, N° 17, 1996; p 18-19.

documentan que los índices de fecundidad han bajado en naciones que han aumentado su escolaridad⁵.

Las mujeres menores de 25 años ocuparon los primeros lugares de no uso de anticonceptivos, coincidiendo esto con datos de CONAPO, que mencionan una baja prevalencia anticonceptiva en mujeres que inician su vida reproductiva, y con trabajos que indican que, comúnmente, las relaciones sexuales se inician a edades tempranas y, en su mayoría, sin protección anticonceptiva⁶.

Otro dato importante es que en mujeres con menos de 2 hijos, la frecuencia de uso de anticonceptivos fue baja, observando así que aún no se ha logrado que los métodos sean utilizados para retrasar el primer embarazo o espaciar los subsecuentes—son utilizados en la mayoría de la veces para concluir el período reproductivo⁷.

El uso de anticonceptivos se concentró en mujeres casadas. Esto coincide con que los métodos se han dirigido al cuerpo de las mujeres que viven en pareja⁸. Y es la anticoncepción en parejas conyugales, la que principalmente ha mantenido la baja de la fecundidad en el país⁹. Entre las solteras, la baja o nula proporción de uso de anticonceptivos hallada, está acorde con la condición de género, ya que en éstas, proponer el uso de métodos anticonceptivos representa una conducta que asume posibilidad de experimentar placer sexual sin riesgo de embarazo, y exponerla al rechazo social y de la pareja¹⁰.

En el uso de anticonceptivos y servicios de salud, las mujeres que no cuentan con servicios de salud ocupan el primer lugar de no uso de anticonceptivos. Al respecto, en la ENADID, 1997, se ha documentado que mujeres en extrema pobreza tienen una probabilidad 1:7 de nunca haber usado anticonceptivos, en comparación con mujeres no pobres¹¹. A diferencia de mujeres que acuden a la seguridad social, quienes ocuparon los primeros lugares de uso, esto se puede explicar a través de las políticas de población que han permitido que instituciones del sector salud (urbana y rural) suministren anticonceptivos. En 1997, poco más de siete de cada diez usuarias obtenía el método en alguna de las instituciones del sector público.

Desde el inicio de los programas de planificación familiar, éstos se han orientado más al cuerpo de la mujer. De ahí que en los resultados encontrados, la vasectomía ocupa apenas el 3% como método utilizado por la pareja, ante lo cual es importante señalar que, para la implementación de anticoncepción en mujeres, se consideraron solo factores biológicos o antecedentes obstétricos, mientras en los varones se tomaron también en cuenta factores psicológicos, —la vasectomía se contraindica en sujetos inseguros, inmaduros o con temores ante la posibilidad de efectos secundarios en su salud o virilidad—¹².

En colonias de estrato bajo, se detectó mayor frecuencia de mujeres que no se realizan la prueba, siendo lo contrario al elevarse el estrato de la colonia. La relación entre no-realización de prueba y estrato de colonias representa, a pe-

- 5 Paz, G. L. Educación y Fecundidad en México y Colombia, Documento 155 presentado en el Seminario General de la Red de Estudios de Población ALFAPOO. 1999, pp 8-9.
- 6 CONAPO, 2000. Cuadernos de salud reproductiva: Hidalgo. México 2000: CONAPO.
- 7 Mendoza, D.; Rabago, A.; Hinojosa, A. Salud reproductiva en adolescentes. En: Revista Demos 34, México 1992; p 34.
- 8 Nazar, B. Efecto de las prácticas anticonceptivas sobre la fecundidad en la región fronteriza Chiapas-México. Salud Pública de México 2001, Vol. 38 No.1, p 13.
- 9 Welti, C. Un descenso más lento. En: Revista Demos 4, México. 1998 pp 4-5.
- 10 Szasz, I. Reflexiones sobre la salud reproductiva de la mujer en el México de hoy. En: Revista Este país enero 1995: p 15.
- 11 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID): Panorama Sociodemográfico para Hidalgo. México 1997.
- 12 Figueroa, J. G.; Aguilar Ganado, B. M.; Hita Dussei, M. G. Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos., Estudios Sociológicos Vol. XII, México 1994: p 34.

queña escala, la situación de algunos países de América Latina que tienden a mostrar grandes diferencias en la incidencia y mortalidad relacionada con el cáncer de útero.

En México, se ha documentado que debido parcialmente a la calidad de los datos y también a la falta de acceso a los servicios de salud, no solo se impide que las mujeres se efectúen el diagnóstico, sino que reciban un tratamiento adecuado. Esto empeora, debido a que la incidencia de cáncer de cuello uterino tiende a ser mayor en mujeres de baja posición socioeconómica¹³.

En el país, el desconocimiento de la función de la prueba de Papanicolau, la carencia de servicios de salud, el analfabetismo y el nivel socioeconómico se asocian con la no-realización de la prueba¹⁴.

Estudios epidemiológicos muestran que la edad también es un factor que se asocia con la realización de la prueba de Papanicolau. Al respecto, en este trabajo, las mujeres de 26 años y más, presentaron mayor prevalencia de realización de la prueba y en las de 13 a 25 años, en cambio, prevalece la no-realización.

Los datos anteriores coinciden con investigaciones que refieren que en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe, incluido México, las iniciativas dirigidas a crear programas de tamizaje de cáncer cervicouterino, se han vinculado con los programas de planificación familiar y de atención prenatal. Se ha mencionado que es preocupante el hecho de que mujeres mayores de 45 años empiezan a abandonar las visitas ginecológicas y a perder el tamizaje asociado con los programas de planificación

familiar. Más aún, si se considera que éstas son quienes, por lo general, tienen mayor riesgo de contraer cáncer de útero, en comparación con las mujeres jóvenes¹⁵.

Al relacionar estado civil y realización de prueba de Papanicolau, encontramos que en las mujeres casadas y divorciadas prevalece la realización, aunque especialmente en el grupo de divorciadas. Mujeres en unión libre, solteras y viudas, presentan el mayor porcentaje de no-realización de la prueba. Y, a pesar de que estas últimas no poseen una pareja permanente, se considera que presentan un factor de riesgo.

En mujeres analfabetas y con estudios de primaria se observó la no-realización de la prueba, a diferencia de mujeres con estudios de secundaria y preparatoria en las que prevaleció la realización. Este resultado concuerda con investigaciones que han reportado que en mujeres con educación primaria o sin escolaridad, la incidencia de cáncer cervicouterino es casi el doble en comparación con las que tenían instrucción secundaria o superior, y que un factor asociado con la práctica de Papanicolau fue haber completado la escuela primaria¹⁶.

Las mujeres que presentaron mayor frecuencia de no-realización de la prueba de Papanicolau son las que no tienen acceso a instituciones del sector salud y las de asistencia, a diferencia de las mujeres que acuden a la seguridad social (IMSS e ISSSTE), en las que es frecuente la realización de la prueba.

Investigaciones vinculadas con la utilización de los servicios de salud y su relación con factores sociales, culturales y económicos –que se traducen en desconocimiento de la existencia de pro-

- 13 Robles, C. S.; White, F.; Peruga, A. Tendencias de la mortalidad por Cáncer Cervicouterino en las Américas Bol. Oficina Panamericana 1996; 121(6), pp. 473-474.
- 14 Madrigal, H. R. "Algunos Aspectos de la Fecundidad en Nuevo León". En: Memorias de la tercera reunión nacional sobre la investigación demográfica en México: UNAM. 1998; t.1, pp 124-125.
- 15 Corral, F.; Cueva, P.; Yepes, J.; Montes, E. La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. En: Número sobre cáncer de cuello de útero, del Boletín de Oficina Panamericana. Año 75, Vol. 121, No. 6. Diciembre. 1996, pp 511- 513.
- 16 Klimovsky, E.; Matos, E. Uso del papanicolau por una población de Buenos Aires, Bol. Oficina Sanitaria Panamericana, 121(6), 1996: p 502.

gramas de detección y prevención oportuna del cáncer cervicouterino—, para determinados sectores de la población, limita su utilización¹⁷.

Una característica que no se asoció con el uso de metodología anticonceptiva y detección de cáncer cervicouterino fue la ocupación. Ésta arrojó cifras similares en ambos grupos —trabajo doméstico y extradoméstico—. Esto, tal vez se puede comprender, en primer término, por la división sexual del trabajo, que asigna a las mujeres roles de cuidado a otros, ubicando en último lugar el cuidado de su salud, a pesar de tener acceso a empleo remunerado y servicios de salud. El hecho de que el trabajo doméstico no sea remunerado económicamente origina que las mujeres no puedan acceder a la seguridad social y, por ende, a prácticas de cuidado en salud reproductiva, al contrario de aquellas mujeres que están en el trabajo formal.

Finalmente, si bien los servicios están abiertos a toda la población, y se supone que en el área urbana la cobertura es del 100%, el lugar donde

se habita, el acceso a servicios de salud, el nivel de escolaridad y el estado civil son determinantes socioeconómicos en el uso de anticonceptivos y realización de prueba de Papanicolau de las mujeres del municipio, lo que las ubica en un espacio de inequidad en el cuidado de su salud, con relación a otras en mejores condiciones.

En la política de población vigente, los programas de planificación familiar siguen dirigidos a los cuerpos de las mujeres y, específicamente, a las que viven en pareja. Continúa sin considerarse, sobre todo en la promoción de métodos de barrera, a mujeres que no viven en pareja o que han finalizado su edad reproductiva, quedando éstas expuestas a mayor riesgo de embarazo, morbimortalidad materna y perinatal, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer cervicouterino, principalmente.

Es necesario realizar estudios a nivel municipal, que generen información local y permitan conocer imaginarios, actitudes y prácticas de las mujeres en torno al cuidado en salud reproductiva.

17 López Ríos, O. Defecto de los Servicios de Salud y de los Factores Socioeconómicos en las diferencias espaciales de la Mortalidad Mexicana. *Salud Pública México* 1997 Vol. 39, pp 15-24.