

# USO Y GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN LA ATENCION DEL EMBARAZO Y REGULACION DE LA FECUNDIDAD

**Lic. Susana Checa\***

Universidad de Buenos Aires. Carrera de Sociología.  
Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA (UBACYT)

---

## Resumen

La investigación de carácter exploratorio analizó a través de una muestra de 72 mujeres en su inmediato puerperio que se encontraban internadas en el Hospital Materno Infantil R. Sardá, las percepciones, actitudes, valoraciones y comportamientos en relación a las causas que motivan la ausencia de conductas preventivas. Complementariamente se analizaron las características de la atención brindada en el Consultorio de Planificación Familiar del Hospital realizándose entrevistas en profundidad con profesionales de dicho servicio, con el objetivo de conocer sus percepciones acerca de la temática reproductiva.

**Palabras claves:** salud reproductiva, controles prenatales, maternidad, prevención, servicios de salud.

## Introducción

Esta investigación realizada durante 1995 se refiere a un aspecto de la salud reproductiva: los *comportamientos preventivos* de las mujeres durante el proceso del embarazo, focalizada específicamente en la realización de controles prenatales. Estos son un indicador relevante de las conductas preventivas y su correcta realización puede ser decisiva en la disminución de las tasas de morbilidad materna e infantil, particularmente entre las franjas más carenciadas que son básicamente las que concurren a efectores públicos y que constituyen la población objetivo de este estudio.

La *hipótesis* que guía esta investigación señala que dichos comportamientos están vinculados, por una parte, a un conjunto de aspectos relativos al conocimiento y significación otorgada por las mujeres a la salud reproductiva, a la sexualidad y a la maternidad, y por otra a la atención que prestan los servicios públicos destinados a la salud de la mujer (obstetricia, ginecología y planificación familiar).

El *objetivo* de este trabajo fue identificar los

factores que operan en la ausencia de conductas preventivas en mujeres que atienden sus partos en el Hospital Materno Infantil R. Sardá de Buenos Aires. Además se analizaron las características de la atención brindada por el Consultorio de Planificación Familiar, entrevistándose al personal de dicho servicio para conocer sus percepciones acerca de la temática reproductiva.

El conjunto de circunstancias asociadas al proceso de fecundidad a lo largo de la vida fértil de la mujer se conceptualiza como "salud reproductiva". Este concepto debe ser abordado desde una óptica multidimensional e interdisciplinaria, ya que en él operan factores físicos, psíquicos, familiares, económicos y políticos, sujetos a la condición de género y ubicación social de la mujer.

Desde la *perspectiva física* el ciclo reproductivo no implica riesgos potenciales; sin embargo durante este proceso son muchas las mujeres que sufren, enferman o mueren por causas evitables si el conocimiento y la prevención por parte de ellas se conjugara con la captación y tratamiento precoz por parte de los servicios de salud. No es casual que, especialmente en los países del Tercer Mundo, la mortalidad materna presente valores altos en relación a los países avanzados, donde la maternidad no conlleva situaciones de riesgo; que los abortos inducidos asciendan a cifras de aproximadamente 1 aborto por cada dos embarazos a término; que muchas mujeres desconozcan cómo regular su fecundidad y cuidar su salud reproductiva; o que lleguen al parto sin haber concurrido a realizar los

---

\* *Asistentes de Investigación:* Graciela Cejas, María Cristina Erbaro, Nina Zamberlin.

*Entrevistadoras:* Graciela Cejas, María Cristina Erbaro, María Antonia Rodas, María Gabriela Marcalain.

Fundación Carlos Chagas - Prodir II. Universidad de Buenos Aires. Carrera de Sociología. Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA (UBACYT).

controles necesarios durante el embarazo.

Los *factores psíquicos* son aquellos relacionados con aspectos emocionales y subjetivos ligados al conocimiento o desconocimiento del propio cuerpo. Estos se traducen en imaginarios que asocian la sexualidad a la reproducción, imponiendo exigencias acerca de la maternidad como reglas relativamente estrictas, frente a las cuales las mujeres experimentan el control social muchas veces vivenciado como culpabilización en tanto no se ajusten a ellas.

Desde la *perspectiva familiar* la maternidad muchas veces actúa como causal de la formación de la pareja y en uniones ya formalizadas la llegada de un nuevo hijo tiende a movilizar su estructura.

Desde la *perspectiva política*, las distintas fuerzas en pugna por el poder son las que marcan las estrategias y reglamentaciones en torno a la salud reproductiva, a través del diseño de políticas públicas que limitan o auspician el acceso a los servicios que atienden la salud de la mujer.

Los *servicios de salud* tienen una particular incidencia en el proceso reproductivo. Si bien destinan la mayor parte de su infraestructura a la atención de los eventos reproductivos y aún siendo los egresos hospitalarios principalmente por causas obstétricas, ello no implica necesariamente una adecuada atención de la salud de la mujer. La práctica médica tiende a segmentar a la mujer en lo relativo a su condición sexual y reproductiva visualizándola a partir de especialidades que la atienden fragmentando en lo corpóreo su integralidad: las distintas especialidades –ginecología, obstetricia, planificación familiar, etc.– operan negativamente en la posibilidad de acceder a una visión integral y totalizadora de la salud reproductiva.

Cabe destacar que por otra parte los servicios de salud públicos destinados a la atención de la población de menores recursos se encuentran atravesados por la crisis; la contracción del gasto en salud se refleja en el progresivo deterioro de los servicios, que acentúa su incapacidad de captar y dar respuesta a la creciente demanda de los habitantes.

La *conceptualización de género* –como categoría analítica que diferencia el sexo en tanto atributo biológico del género como variable construida social e históricamente– se refiere a los contenidos adjudicados a varones y mujeres en la reproducción social y es la más pertinente para dimensionar los comportamientos esperables de las (y por las mismas) mujeres en relación a la maternidad (Checa, 1994). La iniciación del ciclo fértil ubica a la mujer en un lugar asignado por la sociedad y por ella misma que es básicamente el destino de la maternidad. De esta manera su identidad se construye privilegiando este rol sobre los demás. La ubicación de

género encuentra en la maternidad un punto de inflexión, ligado con el mandato social y moral que predetermina en las mujeres la valoración de su existencia a través de la procreación. En este sentido afirma M. Lagarde: "...la maternidad gira en torno a la procreación, pero la rebasa a tal grado, que existe más allá de sus límites. En aras de la maternidad los cuerpos vividos femeninos son disciplinados, no sólo para la procreación –concepción, gestación, parto y lactancia–, sino para sus extensiones: los quehaceres invisibles que permiten dar cuidados vitales toda la vida a todos". (Lagarde 1994)

La condición materna, independientemente de la procreación real, es precisamente la legitimadora de la condición de género que atraviesa la cotidianidad de las mujeres a lo largo de su vida, a veces con expresiones definitivas –como son las relativas al hecho reproductivo biológico–, otras de manera sutil y permanente, como es la que se registra en la reproducción generacional a través de los innumerables cuidados que se despliegan en la unidad doméstica.

En el *plano social* si bien la experiencia y práctica de la maternidad abarca y atraviesa los sectores sociales sin distinción, ésta adquiere connotaciones diferenciales en los distintos estratos sociales, diferencia que también se observa en los comportamientos preventivos.

Las mujeres pertenecientes a sectores socioeconómicos medios en su mayoría viven una maternidad planificada y libre de riesgos. En cambio aquellas provenientes de sectores carenciados tienen mayores dificultades en el acceso a los efectores de salud y un menor caudal educativo que favorezca la incorporación de actitudes de prevención.

La ubicación de género que predetermina comportamientos en relación a la sexualidad y a la reproducción, y la condición socioeconómica, son dos factores que en íntima relación tienen una incidencia relevante en las conductas preventivas.

Las pocas investigaciones desarrolladas en el país sobre el tema de salud reproductiva y pobreza, dan cuenta de la inequidad entre las mujeres de los distintos estratos sociales. El Módulo Materno-Infantil de la Encuesta Permanente de Hogares para 1994 detectó que el 64,2% de las mujeres entrevistadas en ocho centros urbanos del país utilizaba algún *método anticonceptivo*. Entre las pobres este porcentaje fue de 53,5%, mientras que entre las no pobres alcanzó el 67% (Resultados preliminares de la EPH, 1996). En lo relativo a la captación y control del embarazo, la Investigación de Pobreza en la Argentina –para 1989– indicó que *las mujeres en situación de pobreza son captadas más tardíamente y*

además realizan menos controles prenatales que las no pobres. Mientras que el 8% de las mujeres pobres estructurales no captaron el embarazo antes del tercer mes, sólo el 1% del grupo no pobre se encontraba en esa situación. En esta muestra el 49% de las mujeres pertenecientes a estratos de pobreza tuvieron controles considerados buenos, frente al 80% de las no pobres (IPA. 1990) El módulo mencionado de la EPH de 1994 establece sin embargo un alto control prenatal, aún entre las mujeres de sectores carenciados. Esta constatación se contradice con nuestro estudio y más aún con otros realizados en la Maternidad Sardá y en la provincia de Neuquén. Estos últimos establecen que entre el 24% y el 30% de las mujeres atendidas por parto no habían realizado consultas o sólo una (INDEC, 1996). Estudios previos que realizamos en la Universidad de Buenos Aires en un Seminario sobre Salud Reproductiva y que fue el antecedente para esta investigación coincide con los estudios de Sardá y Neuquén ya que en una muestra de 317 mujeres que acudieron por parto a esta Maternidad el 26,1% no había tenido ningún control o éstos habían sido escasos (menos de 3). Consideramos que estas diferencias se deben a que se toman poblaciones e instrumentos metodológicos diferentes. La encuesta por muestreo de la EPH selecciona mujeres y las entrevista en su domicilio, mientras que la información de los otros estudios proviene de los registros hospitalarios. Evidentemente cuando la mujer responde sobre su conducta frente al embarazo *es altamente probable que no admita no haber realizado los controles* guiada por un "deber ser" que estipula la necesidad de los mismos.

En los países periféricos y en contextos de pobreza que le son característicos la detección tardía del embarazo y los controles insuficientes, permiten inferir que desde el momento de la gestación los niños presentan ya desigualdades que comprometen seriamente su futuro.

## Metodología de trabajo

La investigación fué de carácter *exploratorio* con la utilización de *entrevistas en profundidad*, herramienta que se consideró como la más apropiada para penetrar en las significaciones y comportamientos de las mujeres. Estas se aplicaron entre noviembre de 1994 y mayo de 1995, a 72 mujeres en su puerperio inmediato que se encontraban internadas en la Maternidad Sardá. Para la categorización de los casos se controlaron tres variables: edad, paridad y escolaridad, estableciéndose ocho "casos tipo". (Ver cuadro)

## Mujeres sin o con bajos controles prenatales según edad, paridad y nivel educativo (Sardá, 1994-1995)

	Edad	Adolescentes		Adultas		Total
	Paridad	primíp.	multíp.	primíp.	multíp.	
Nivel Educativo	Bajo	4	3	-	6	13
	Medio	10	7	11	32	50
	Total	14	10	11	38	72

La *entrevista en profundidad* se estructuró sobre las siguientes dimensiones:

- 1) Caracterización del perfil sociodemográfico de las mujeres (educación, características de la composición familiar y las uniones, trabajo, procedencia y residencia, accesibilidad a los servicios de salud y cobertura médica).
- 2) Maternidad: incluyó indicadores sobre la significación otorgada a la maternidad, conocimiento del cuerpo, conocimiento y actitudes respecto a la sexualidad, a la fecundidad y a la anticoncepción y conductas preventivas en relación a la salud reproductiva.
- 3) Percepción y comportamientos en relación a la salud/enfermedad, de la mujer y su grupo familiar.
- 4) Percepción y utilización de los servicios de salud en general y en particular de los servicios de obstetricia, ginecología y planificación familiar.

## Resultados

Al analizar los comportamientos reproductivos de estas mujeres, considerando dos grupos etáreos (adolescentes/maduras) y su paridad (primíparas/múltiparas) pudo constatar que, a pesar de la multiplicidad y diversidad de discursos de cada grupo, existen dos características centrales que marcan el recorrido común de sus conductas: *la no planificación de los embarazos* y *la ausencia de controles prenatales*. Más allá de estos denominadores comunes existen diferencias entre adolescentes y adultas: las primeras conforman un grupo relativamente homogéneo en lo referido a valoraciones y comportamientos, mientras que las adultas presentan una mayor heterogeneidad, relacionada con su experiencia de maternidad.

Las *adultas múltiparas* situadas en la franja de 20 a 24 años, presentan características similares al grupo de las adolescentes, debido a que ellas también iniciaron precozmente la maternidad. Entre las adultas primíparas que no han pasado por la expe-

riencia de la maternidad adolescente algunas presentan comportamientos más proclives a la anticoncepción y a la prevención.

En general las mujeres que conforman este grupo asumen fluidamente el papel de madres y esposas, priorizando en su escala de valores a los hijos, luego a los maridos y sólo al final a ellas mismas. Coherentemente las actividades preventivas se refieren casi exclusivamente a sus hijos.

En el *grupo de adolescentes* se advierte una tendencia a reproducir el patrón de la maternidad precoz de las generaciones que la precedieron. Algunas de ellas relatan que sus madres han tenido hijos en edades similares. Sus referentes principales son la madre, las hermanas o las amigas. Ellas mismas –aún las que ya son madres– se reconocen como chicas, menores de edad y se ubican en el rol de hijas dependientes tanto afectiva como económicamente. Su identidad aun pivotea entre ser parte de la familia constituida que es la de sus padres, y su lugar como nueva madre. Esta dualidad de roles les crea contradicciones y ambivalencias, como la toma de conciencia de que la maternidad las aleja abruptamente de las actividades propias de su edad: estudios, diversiones e inserción laboral entre otras.

Las mujeres que integraron la muestra, independientemente de su ubicación generacional y paridad mostraron *rasgos comunes en torno a la experiencia de la procreación*: viven la sexualidad no como deseo y placer, sino unida en la práctica concreta a la maternidad, por lo tanto no surge como una decisión deliberada y consciente asumida en común con la pareja. Esto frecuentemente da lugar a embarazos no planificados que surgen en la vida de estas mujeres como un destino del cual no pueden escapar. Tanto en relación a las causas del embarazo como a la posibilidad de encarar la anticoncepción, el acto sexual es el principal ausente. Sus dichos más frecuentes son: “los hijos vienen...”, “Dios los manda...”.

El imaginario sobre el cuerpo, el ciclo reproductivo y lo que éste representa, es similar a su concepción sobre la gestación, embarazo y parto. Se puede expresar en los elocuentes testimonios de algunas entrevistadas: “...me di cuenta cuando tenía panza”, o “...me vine con él en el estómago”. Además, muchas de ellas llegan a relacionar maternidad con sufrimiento, no sólo por el embarazo y el parto sino básicamente por lo que les depara el futuro: “...en la vida se sufre mucho con ellos, sin trabajo...”.

Paradójicamente, si bien *el tema de la prevención y sus alcances no existe como un valor para ellas*, cuando se trata de la lactancia de sus hijos, esta concepción tiende a revertirse. La mayor parte han amamantado a sus bebés y tienen la intención de

hacerlo nuevamente en esta ocasión: “...le doy porque tantas enfermedades que hay”; “...para que se críe sanito” o, “...entonces al bebé le voy a dar, cosa de que no se enferme”. De alguna manera son las defensas de su propio cuerpo la herramienta privilegiada de prevención.

La mayoría de las entrevistadas expresan en su discurso que no desean por el momento más hijos, que tienen intención de concurrir a los servicios de planificación familiar y definir en concordancia con su pareja la prevención de nuevos embarazos. La experiencia de las propias mujeres expresada en las entrevistas, deja ver que estas intenciones de prevención obedecen más a un “deber ser” que a las posibilidades concretas de materializarse. Esta contradicción entre la intención de no embarazarse y la de “tener” que ser madres es consecuencia de un *mandato* fuertemente internalizado que generalmente se refuerza con los valores de sus parejas que manifiestan intenciones de “tener un montón”; “si mi marido quiere voy a seguir teniendo y si no, no”. Similar es la actitud en relación al aborto; especialmente en los casos en que ellas vislumbraron esa alternativa: la respuesta habitual es “mi marido no quiso”, lo cual demuestra la resignación y enajenación con que viven ese embarazo.

*La mayoría de las entrevistadas en esta muestra no utilizó métodos anticonceptivos* (menos del 30 % entre las adolescentes y poco más entre las maduras), tienen un conocimiento insuficiente para su correcta utilización y las que los utilizan lo hacen esporádicamente. No los asocian a beneficios sino a problemas, temores o rechazos de sus parejas. Tampoco consultan a los médicos sobre el tema, lo cual se percibe en distintos relatos en los cuales el profesional sólo aparece como una referencia privilegiada en el momento del parto. En este contexto no controlan el embarazo o su salud ginecológica debido a que, mayoritariamente, se consideran sanas; los controles son más valorados cuando se refieren a sus bebés en gestación. *El control y la prevención no existen en su campo de significación*. No tienen un claro conocimiento de su cuerpo y su ciclo reproductivo y, por lo tanto no ejercen un manejo adecuado del mismo. El imaginario en torno al papel de los médicos y de la medicina en general se relaciona para ellas con el dolor, con el riesgo, con los problemas y con la enfermedad; es por eso que estiman innecesario ir al hospital en los meses previos al alumbramiento. Paradójicamente en su discurso expresan que se deben realizar “muchos” controles o “todos los que indique el médico”. Para justificar la falta de consecuencia con su propio discurso la argumentación gira en torno a que no fueron necesarios porque se sentían bien, porque

fue pasando el tiempo o por dificultades básicamente referidas a temas de accesibilidad horaria y geográfica.

Del análisis de la realidad del *Consultorio de Planificación Familiar* se desprende que los servicios de atención a la mujer están diseñados para atenderla como reproductora generacional más que como una persona que tiene la capacidad biológica de procrear, entre muchas otras capacidades. El hecho de que no se destinen los suficientes recursos materiales y humanos a este consultorio y que se lo subestime como una especialidad médica son una manifestación de ese planteo. Además, en el marco de nuestro país, altamente renuente a aplicar políticas de salud reproductiva y planificación familiar estigmatizándolas, da lugar a que los efectores públicos de salud no se vean amparados por políticas tendientes a ofrecer los servicios adecuados para que las mujeres puedan estar suficientemente y correctamente informadas y acceder a los anticonceptivos más adecuados y de manera gratuita, a fin de que puedan optar por el momento y circunstancias más convenientes para la procreación. Por estas razones, para las mujeres estudiadas –a excepción del momento del puerperio temprano– la planificación familiar y la intención de concurrir al servicio están prácticamente ausentes.

## Conclusiones

En la experiencia vital del conjunto de mujeres entrevistadas el fuerte vínculo entre sexualidad y procreación se ve reforzado por el *discurso fragmentado* que reciben por parte de los servicios de salud que las atienden. Por ello es necesario abordar el tema de la salud reproductiva de manera integral, posibilitando que las mujeres vivan su cuerpo y salud como una unidad. De no mediar acciones tendientes a destrabar esta concepción de la *procreación indiferenciada de la sexualidad*, estas mujeres no incorporarán comportamientos preventivos a través de la utilización de métodos de control de la fecundidad. Así, ante un nuevo embarazo se enfrentan al dilema de continuarlo o interrumpirlo, con la enorme carga afectiva, emocional y física que ésta decisión conlleva y, cuando lo prosiguen, la llegada de ese nuevo hijo le implica elaborar nuevas estrategias de sobrevivencia, con trabajos inestables y mal pagos, una alta sobrecarga doméstica y en muchos casos, derivando en otros familiares el cuidado de sus hijos. En este marco, las situaciones

de violencia doméstica y familiar forman parte de una cotidianeidad que se manifiesta entre las parejas y hacia los hijos.

Estas consideraciones ponen en evidencia la necesidad de incorporar en la agenda pública políticas específicas relativas a la maternidad, la salud reproductiva y la sexualidad, así como implementar servicios de salud accesibles y gratuitos en el tema reproductivo. De lo contrario, esta problemática tenderá de manera creciente a reproducir circuitos de marginación y exclusión de las mujeres, que se expresarán en su calidad de vida y en la de su familia.

## Agradecimientos

Agradecemos especialmente la colaboración de la Dra María del Carmen Ciarnello, quien a lo largo de las distintas etapas de la investigación facilitó nuestra tarea. Asimismo agradecemos a los profesionales y personal de salud de la Maternidad que colaboró para establecer los contactos con las mujeres internadas. También queremos agradecer al Dr Carlos Grandi, a la Dra Celia Lomuto y a los profesionales de los distintos servicios quienes estimularon la investigación a través de sus comentarios, críticas constructivas y presentación de resultados en el Ateneo organizado en noviembre de 1995. Finalmente, a este importante órgano de difusión científica como es la Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá que solicitó esta síntesis para su publicación.

## Bibliografía

- Lagarde, Marcela. Maternidad, Feminismo y Democracia en Repensar y Politizar la Maternidad, un Reto del Milenio. Grupo de Educación Popular con Mujeres, A.C. (GEM). México, 1994.
- INDEC. Encuesta Permanente de Hogares 1996; Infancia y Condiciones de Vida.
- Investigación sobre Pobreza en la Argentina, INDEC, 1989.
- Checa, Susana. Salud y Género: Aproximaciones a la problemática de salud de la mujer en Ciencias Sociales y Medicina. La Salud en Latinoamérica. Comp. Ana Lía Kornblit. Ed. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.