Ni jóvenes, ni ancianas

*La atención del climaterio: el caso de tres regiones de México**

Georgina Sánchez Ramírez

Introducción

No es inusual que se confunda o se ignore el concepto de climaterio. De manera sucinta se puede describir como la etapa que precede y prosigue a la menopausia[1] o momento en que las mujeres dejan de menstruar para siempre, y que curiosamente, dentro de las mamíferas, es la humana la única especie que no sucumbe al finalizar su capacidad biológica de reproducción porque está conformada por una gran variedad de elementos que no se restringen a la biología.

Las mujeres después de la menopausia tienen muchos años de vida por delante para transmitir su saber, acrecentar su conocimiento, disfrutar de su tiempo y procurar su salud en un momento clave de transición entre la madurez y el envejecimiento, donde un modelo de vida saludable, disminuye el riesgo de desarrollar padecimientos graves a edades avanzadas.

Dado que en siglos pasados había una alta mortalidad materna —en México, la razón de muerte materna en el año de 1937 era 6 veces mayor que en 1995 [Lezama,1999:62]—, por lo que la población femenina que llegaba a sobrepasar la menopausia no era muy numerosa (como se sabe, la esperanza de vida al nacimiento se ha incrementado como nunca antes desde mediados del siglo pasado en todo el mundo y de manera más beneficiosa en la población femenina, véase United Nations, 2002). Por ello, la preocupación y procuración de la salud preventiva antes y después de la menopausia es un fenómeno reciente dentro de la sanidad pública y, como en todos los procesos de salud-enfermedad, las condiciones de vida, recursos a disposición y servicios de atención adecuados, influyen en el estado físico y emocional de la población.

Para el caso de esta investigación, se trata de mujeres que se encuentran en alguna fase del climaterio, que comprende entre los 45 y los 64 años de edad (ver cuadro 1). El climaterio es otra etapa más en el ciclo vital, y en sí mismo no es una enfermedad, pero dado que significa tanto el final de la actividad ovárica y hormonal como el momento en el que en la vida de las mujeres puede haber episodios claves (como la muerte de los progenitores, la independencia de hijos e hijas fuera del hogar, cambios en el estado conyugal, el replanteamiento de las propias expectativas personales, etcétera), se sugiere prepararse e informarse adecuadamente, para que los cambios que han de sobrevenir, no signifiquen más desventajas e inequidades en sus vidas. Al igual que cualquier tema de naciente interés, la con-

Cuadro 1. Las diferentes etapas del climaterio. Edad promedio de menopausia en mujeres mexicanas según la Secretaría de Salud (2001) y el Consejo Nacional de Población (2000).

CLIMATERIO		
40 45	48 49* 50	55 60 65
Premenopausia	Perimenopausia (2 años aprox.)	Postmenopausia
	Menopausia 12 meses sin menstruaciòn	
Mantiene patrón menstrual	Patrón menstrual alterado	Amenorrea persistente

Fuentes: Dueñas J. [2001:4] y Olazábal J. [2001:7]

ceptualización, cuidado, atención e información sobre el climaterio, no está exento de controversias y limitaciones. Posiblemente una de las más grandes sea la necesidad de incrementar investigaciones rigurosas, desde un enfoque holístico integrador, en las diversas regiones del mundo. Unido a ello están, la falta de reconocimiento de los propios médicos y médicas de esa carencia de investigaciones que impiden hablar de resultados concluyentes, lo cual da paso a la aplicación de tratamientos inadecuados; la necesidad de que sean las propias mujeres las que se interesen por su salud y el mayor compromiso del sector salud, respecto a la prevención primaria, incluido el acceso a los servicios y la calidad de la atención en esta etapa. En México, después de tres décadas de campañas intensivas, primero de Planificación Familiar y posteriormente sobre cuidados de la Salud Reproductiva, comienzan a realizarse algunos trabajos, investigaciones y programas sobre atención al climaterio, destacando entre ellas las investigaciones de Chávez *et al.* [2002], Pelcastre *et al.* [2001], Cravioto [2000, 1997 y 1994], Carranza [1998], debido a que trascienden la visión clínica sobre el estudio de fármacos en algún pequeño grupo. Es notable también el esfuerzo de la Secretaría de Salud SSA [2001] por crear y aplicar el Proyecto de la Norma Oficial Mexicana para la "Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia. Criterios para brindar atención médica". Sin embargo, son aún muy escasos los logros alcanzados, por lo que ésta es una veta de investigación aplicada muy relevante, dado que la población objetivo va en aumento en el país (ver gráfica 1).

El presente estudio es parte de una investigación mayor; pretende analizar si la calidad de la atención que reciben las mujeres que se encuentran en alguna etapa del climaterio es adecuada o inadecuada, qué tan informadas están sobre lugares especializados en atención a la salud de mujeres de su edad, si cuentan con algún control sistematizado sobre sus condiciones de salud, si consideran que tienen derechos cuando acuden a alguno de los servicios de atención, y si hay diferencias al respecto entre mujeres de distintas regiones.

Planteamiento del problema

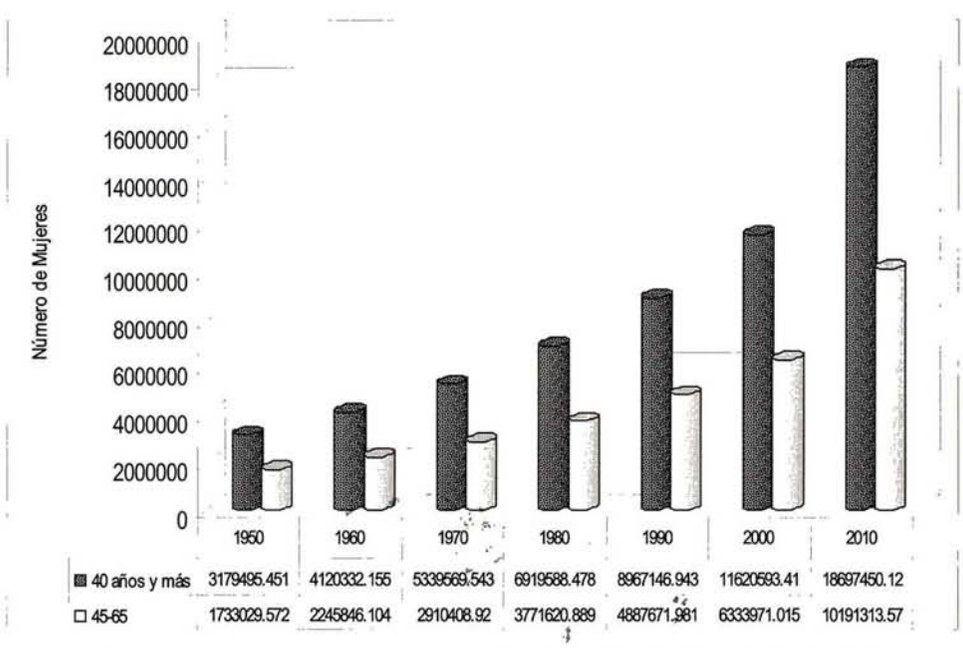
En México, al igual que en el resto del mundo, la evolución de la esperanza de vida en las últimas décadas ha ido en aumento, favoreciendo a la población femenina, lo que ha dado lugar a un crecimiento considerable de la población de mujeres de 40 años y más en el país. Desafortunadamente, es poco lo que se está previendo respecto a sus condiciones de salud y bienestar, tanto a nivel de información en las propias mujeres, como en los sectores responsables de su salud.

Existen diversos programas que tienen centrado su interés en la población en edades reproductivas (adolescentes, madres, etcétera) y actualmente se están comenzando a promover los programas de salud para personas ancianas. Pero todo parece indicar que la población de mujeres entre 45 y 64 años de edad se está quedando al margen de programas de prevención que les permita acceder a información y a recursos que mejoren su calidad de vida y de salud. Además, el pertenecer a una región específica del país marca de manera particular la calidad de la atención que pudieran recibir dichas mujeres.

Materiales y metodología

En el proceso de investigación, recurrimos a fuentes de Información como Censos de Población, Bases de datos sobre salud y seguridad social. Artículos de divulgación científica, estadísticas oficiales y el Proyecto de Norma Oficial Mexicana "Prevención

Gráfica 1. Estimación de la población femenina en etapa de climaterio —a partir de 40 años en adelante— entre 1950 y 2010, en México.



Fuente: Estimaciones de tasas reportadas por el CONAPO (2000) e INEGI (2000).

y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia. Criterios para brindar atención médica", así como los resultados preliminares de la encuesta levantada.

La metodología aplicada para el análisis de la información obtenida en campo, posee tres particularidades a destacar: es una escala[2] que puntúa tanto las respuestas cuantitativas como las cualitativas; permite evaluar a cada mujer en particular y al conjunto; y su diseño se fundamenta en el trabajo de Sayavedra y Flores [1997] para la elaboración de indicadores de salud de las mujeres, construyendo las variables a partir de las respuestas de las propias entrevistadas, con base en las teorías de género y salud. [Véase, por ejemplo, Ramos *et al.*, 2002; Miqueo *et al.*, 2001; Antolín, 1997; Pineli, 1997; Gómez, 1994; entre otros]. Los datos se trabajaron con los paquetes informáticos de Access, y SPSS; los cuadros y gráficas se elaboraron a partir de la hoja de cálculo Excel. El instrumento, aplicado en el verano del año 2001 —un cuestionario escrito con 60 preguntas abiertas y cerradas, que dan un total de 112 ítems—, permitió evaluar las condiciones y la calidad de la atención de las mujeres, con el objetivo de conocer su propia percepción en torno al cuidado de la salud, el manejo de información y acceso a los servicios correspondientes. La población de estudio se conformó por 127 mujeres de tres estados del país: estado de México, Veracruz-Llave y Chiapas, (cuyas edades oscilaban entre los 44 y 76 años de edad con una media de 50 años; hablaban español y tenían diferentes estratos socioeconómicos considerados bajo, medio y alto). El muestreo fue intencional u opinático, en donde la persona que selecciona la muestra procura que esta sea representativa; por consiguiente la representatividad depende de su intención u opinión. La población se elige dentro de grupos establecidos por sexo, edad, interés, etcétera [Azorín, 1972:4-7].

Las regiones se seleccionaron una vez establecidos parámetros demográficos diferenciales entre sí, la presencia de la Red de A.C. en dichas zonas y las posibilidades de continuar con el diseño y evaluación de programas de intervención educativa sobre salud post-reproductiva en dichas zonas, todo ello en estrecha vinculación con el Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR).

Construcción de la escala Calidad de la Atención

Definir el concepto de calidad de la atención resulta complejo debido a que dentro de instancias de referencia como la Secretaría de Salud (SSA), se han modificado los criterios de definición a lo largo de los años, basándose tanto en el precursor de la calidad en Salud, Avedis Donabedian, como en Judith Bruce, entre otros.

Actualmente dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006, por medio de la llamada Cruzada Nacional de Salud, se ha generado un debate en torno a su definición y aplicación en los servicios. Los dos elementos que consideran fundamentales son: el trato digno (respeto a los derechos y características individuales de los y las usuarias, información veraz, oportuna y entendible para el paciente o para quienes sean responsables de su salud, interés en la persona y amabilidad), y la atención médica efectiva (que logre los resultados posibles de acuerdo con la ciencia médica, eficientemente de acuerdo con la cantidad de recursos a disposición, con ética de acuerdo con los valores socialmente aceptados, y segura, con los menores riesgos posibles)[3] SSA [2003].

No obstante algunos autores como Leal y Martínez mencionan que ese concepto de calidad de la atención focaliza más en la dimensión administrativa y del funcionamiento institucional de los servicios, dejando un tanto de lado la dimensión clínica, esencia de las intervenciones preventivas y curativas, ya que el objetivo de cualquier política de salud es impactar sobre los problema de salud, para lo que es necesario vigilar el funcionamiento de los programas a lo largo de todo su desarrollo [Leal y Martínez, 2002:40-41].

De esta manera, la salud es vista no como un producto mercantil, sino como un bien en sí mismo, al que tienen derecho las personas, independientemente de sus recursos económicos, sexo, religión, escolaridad, raza, etcétera, y en donde el compromiso del sector salud es articular la prevención y la curación para el logro de resultados efectivos.

En este mismo sentido, desde la perspectiva de género y salud, la Calidad de la Atención se ha interpretado como un acceso en equidad a los servicios, donde se promuevan los derechos sexuales y reproductivos, la atención de mujeres y varones en sus diferentes ciclos vitales evitando la discriminación de quienes tienen menos recursos, como parte de los derechos de ciudadanía. La particularidad de este enfoque es que considera que una buena calidad de atención para las mujeres, es aquella que además de resolver el motivo de la consulta, contribuye a modificar positivamente la autoestima y a promover la apropiación de la corporalidad y el ejercicio de sus derechos [Matamala, 1995].

La importancia de rescatar estos elementos como parte de la calidad de la atención estriba en la observación de que por generaciones, las mujeres han sido consideradas las

cuidadoras de la salud de los demás (familiares, comunidad, ecosistema), en detrimento del autocuidado corporal, la salud emocional y el reconocimiento de sus derechos como sujetos, lo que en muchas ocasiones les lleva a la atención de sus padecimientos de una manera tardía. El enfoque de género y salud considera que "...una buena Calidad de la Atención, es informar, ofrecer diversas alternativas para resolver un problema de salud, con los mejores recursos y al mismo tiempo potenciar la autoestima y el reconocimiento de los derechos de quien consulta..." [Sayavedra, 2003:1]. Basadas en esta perspectiva, esta investigación aborda la Calidad de la Atención a partir de las siguientes dimensiones:

Acceso. Se refiere a la derechohabiencia de uno o más servicios de salud y las razones para acudir o no a dicho servicio.

Satisfacción. Si la mujer se siente a gusto o en confianza con los servicios de salud que frecuenta.

Información. Si ha habido consentimiento informado, si sabe cómo prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS) y a dónde acudir.

Control sobre estado de salud. Si cuenta o no con la Cartilla Nacional de la Mujer, si sabe su utilidad y si conoce servicios de atención para mujeres de su edad.

La razón por la que se consideraron cada una de estas dimensiones es la siguiente: Tanto el acceso como la satisfacción de un servicio de sanidad es un factor importante a considerar en un país como México, cuyo sector salud está cada vez más limitado en cuanto a recursos financieros y población objetivo, Aguayo [2000] y Espinosa [2000], máxime en el caso de las mujeres en etapa de climaterio, cuyo número va en aumento, destacando la importancia de saber no sólo si existe el servicio, sino además qué factores contribuyen para que las mujeres acudan o no.

A este respecto Carme Valls menciona que importa tanto la calidad de los servicios que se ofrecen a las mujeres como considerar el entorno que las rodea, su personalidad, creencias, expectativas, autoestima, conocimientos, recursos, y situación de desigualdad frente a los varones y a la sociedad [Valls, 2002:201]

La información se refiere a los elementos que contribuyen al cuidado de la salud de las mujeres, considerando que el principal servicio que el sector salud ha promovido para las mujeres en los últimos años gira en torno a la salud sexual y reproductiva. Se indagó entonces sobre el uso de anticonceptivos, el conocimiento y prevención de ETS, los lugares a dónde acudirían en caso de contagio o a solicitar más información sobre el cuidado de su salud, entre otros.

El control sobre el cuidado de la salud, se centra en investigar si las mujeres tienen o no su Cartilla de Salud de la Mujer, otorgada por la SSA desde hace más de cinco años de manera gratuita,[4] que es uno de los pocos instrumentos que el sector salud ha diseñado para las mujeres de diversas edades y no sólo para aquellas en etapas reproductivas. Tiene la finalidad tanto de llevar un control por parte del prestador de servicios de salud como por la propia mujer (peso, talla, exámenes citológicos, exploración mamaria, niveles de glucosa en sangre, tensión arterial, etcétera).

Así mismo y debido a que la propia SSA ha manifestado la existencia de clínicas de atención al climaterio, CIMAC [1999], indagamos también sobre el conocimiento de su existencia en la población entrevistada.

Una vez definidas estas dimensiones, el índice fue construido a través de las respuestas de las propias mujeres y se tradujo en un número para facilitar su medición. De acuerdo con Sayavedra "...los indicadores son una aproximación a una realidad compleja y nunca podrán mostrar completamente lo que se quiere, pero puede ser de utilidad cuando no se articulan en propuestas binarias, sino en un índice que trate de tener cierta certidumbre que simplifique la realidad vivida por las mujeres desde la perspectiva de género..." [Sayavedra, 2002:12]

El resultado de puntuar las repuestas de las mujeres es una fotografía instantánea que da cuenta de su percepción en torno a la calidad de los servicios de salud. Las respuestas que dejan entrever un acceso adecuado, confiable e informado a los servicios y el control de la salud, las hemos considerado como una Calidad de la Atención Adecuada.

Las respuestas que traslucen falta de medios económicos para acudir a un servicio de salud, desconfianza en el sector, falta de autonomía para la toma de decisiones o negarse a responder sobre la calidad de los servicios, se consideró como una Calidad de la Atención Inadecuada.

En el cuadro 2 apreciamos que a las respuestas se les ha asignado un valor del 0 al 6 en la escala, en un *continuum* desde lo que se considera adecuado hasta lo inadecuado. Así, el 0 y el 1 se consideran positivos o adecuados, el 2, en todos los casos es un valor neutro que permite tomar aquellas respuestas que no son del todo claras y algunos casos de no respuesta. Por último del 3 al 6 valores inadecuados o que no ayudan a que las mujeres procuren su salud óptimamente.

Las calificaciones obtenidas en la escala de Calidad de la Atención que contemplaba un puntaje de 6 a 18 como la calidad de atención más adecuada

Cuadro 2. Diseño de la Escala de Calidad de la Atención.

	ESCALAS CALIDAD DE LA ATENCION					
	ADECUADA		NEUTRA		INADECUADA	
ACCESO*	valor		valor		valor	
Derechohabiencia 12,12b,14a-i	0 DH, prefiere servicio 1 DH, prefiere otro, a veces acude		2	No DH, acude a Seguridad Social (centro de salud)	3 4 5	DH, prefiere MP y MT/DH no responde No DH,acude a SSA/MP No DH, prefiere MTrad/ No DH no responde
	Nota:DH significa derechohabiencia a un servicio de salud, MP es médico paticular, MT es médico tradicional o curandero					
Razones no acude 15	0 1 No lo necesita		2	No responde Atribuibles a ella	3 4 5	No confianza(vergüenza) Atribuibles al servicio (distancia, trato) Por falta de dinero
SATISFACCIÓN*						
Gusta 17	0 Le satisface la calidad 1 Satisface gratuidad		2	Satisface MP Otros: no hacen daño No responde	3	No le satisface
Disgusta Maltrato 18,20a y 21a-f	0 1 Todo parece bien		2	No responde	3 4 5	Problema económico/No Responde Quejas por tiempo y no horario suficiente Maltrato en servicios/ condicionamiento
	Nota: si hay maltrato en servicios (véase ítem 20), la No respuesta calificará como 3					
Razones elección 19	0 Atención femenina 1 Buen trato otros beneficios (distancia, costo)		2	No responde	3 4	No tiene opción Nada
Condicionamiento 22a,b	0 1 No hay condiciones		2	Razones médicas	3 4 5	Envian a otro lugar.No responde Pagos extras (material, medicinas) Dar trabajo gratuito (faenas) o no dan becas (p.e. PROGRESA)
Qué hizo si condición 23	0 1 Puso queja en la misma institución		2	No volvió a acudir a ese servicio	3	Nada
Confianza 24a-c	0 Serv. De Salud, escuela por confianza eficiencia,trato 1 Particular,promotores escuchan, tiempo,privacía		2	No responde, investiga	3 4 5	Pregunta a otras mujeres Atribuibles a ella (vergüenza) Atribuibles al servicio (no confíanza, son fríos)
INFORMACION*						
Inf. método 40	0 Serv. Salud públicos y priv 1 Medios,ambos informaron		2	No responde	3 4 5 6	S. Popular,partera, enfermera Esposo, familiares Iglesia Nunca se ha cuidado
consentimiento informado 44a-c	0 1 Nadie ha obligado		2	Si, familia No responde	3 4 5	Obligan servicios salud hormonales Obligan servicios salud DIU Obligan servicios salud Esterilización
prevencion ETS 45,46	0 Si, serv. Salud (parteras, promotores) 1 Si, medio masivos, escuela, talleres		2	Si, familia/ ella por su cta. No responde	3	No le han informado
conoce ETS 47a-h	0 VIH_SIDA y otras 1 CACU, Papiloma (o combinaciones)		2	Sólo el SIDA	3 4	No responde Ninguna
Miedo a ETS 48,48b	0 No, ella se ha cuidado 1 Miedo pero esta informada de formas de trasmisión		2	No ha tenido vida sexual	3 4 5	Argumenta fidelidad. No responde Miedo al rechazo social y sufrimiento. Infidelidad, violencia sexual Ignora formas de protección y contagio
Acudiría 49	0 Médico 1 Promotor de Salud		2	Familia	3	No sabe, no responde, acude a iglesia
Atención al contagio 50a-f	0 Recibió atención pareja 1 Recibió atención sólo ella		2	Nunca se ha contagiado	3	Si, fue atendida fuera de los Servicios. No responde
CONTROL SOBRE SALUD*						
Tiene Cartilla 57,58,59	0 Tiene cartilla, sabe utilidad 1 Tiene cartilla, no sabe utilidad No responde		2	No tiene, la conoce, sabe su utilidad	3	No tiene, no sabe utilidad, la desconoce. No resp.
Lugar de otención 59b	0 Servicio Público de Salud 1 Se la dieron en otro lado		2	Se la pasaron sin explicación		
Sabe servicios p/ mujeres de su edad 55a,b	0 1 sabe de alguno		2	No responde	3	No sabe de la existencia de alguno de esos serv.

Cuadro 3. Índice de Calidad de la Atención. Porcentajes obtenidos en calificación por estado.

	Adecuada		Neutra		Inadecuada			
	0	1	2	3	4	5	6	Inadecuada
ACCESO								
Chiapas	22,5	15,0	32,5	2,5	7,5	20,0		30,0
Veracruz	11,9	17,9	16,4	10,5	22,4	20,9		**53,8**
Edo. México	45,0	35,0	0,0	5,0	10,0	5,0		20,0
Razones para no acudir								
Chiapas		5,0	85,0	0,0	7,5	2,5		10,0
Veracruz		1,5	82,1	1,5	4,5	10,4		16,4
Edo. México		0,0	75,0	0,0	5,0	20,0		25,0
SATISFACCION								
Chiapas	57,5	7,5	22,5	12,5				12,5
Veracruz	58,6	14,9	25,0	1,5				1,5
Edo. México	50,0	15,0	25,0	10,0				10,0
Disguta servicio, maltrato								
Chiapas		15,0	2,5	45,0	15,0	22,5		**82,5**
Veracruz		11,9	3,0	44,8	16,4	23,9		**85,1**
Edo. México		0,0	5,0	40,0	20,0	35,0		**95,0**
Razones de elección								
Chiapas	0,0	47,5	47,5	0,0	5,0			5,0
Veracruz	0,0	47,7	43,3	4,5	4,5			9,0
Edo. México	0,0	50,0	40,0	5,0	5,0			10,0
Condicionamiento para dar atención								
Chiapas		2,5	10,0	82,5	0,0	5,0		**87,5**
Veracruz		0,0	7,5	80,6	1,5	10,4		**92,5**
Edo. México		0,0	0,0	85,0	5,0	10,0		**100,0**
Que hizo si condicionamiento								
Chiapas		16,7	0,0	83,3				**83,3**
Veracruz		7,2	21,4	71,4				**71,4**
Edo. México		100,0	0,0	0,0				**0,0**
Confianza para preguntar sobre sexualidad								
Chiapas	17,5	2,5	72,5	2,5	5,0	0,0		7,5
Veracruz	26,9	3,0	62,7	1,5	4,5	1,5		7,5
Edo. México	20,0	5,0	70,0	5,0	0,0	0,0		5,0
INFORMACION								
Chiapas	10,0	2,5	80,0	0,0	7,5	0,0	0,0	7,5
Veracruz	13,4	1,5	80,6	0,0	3,0	0,0	1,5	4,5
Edo. México	0,0	0,0	95,0	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0
Consentimiento informado								
Chiapas		100,0	0,0	0,0	0,0			0,0
Veracruz		97,0	0,0	1,5	1,5			3,0
Edo. México		95,0	0,0	5,0	0,0			5,0
Prevención de ETS								
Chiapas	5,0	17,5	0,0	77,5				**77,5**
Veracruz	29,9	25,4	0,0	44,7				44,7
Edo. México	31,6	10,5	10,5	47,4				47,4
Conoce ETS								
Chiapas	45,0	17,5	7,5	2,5	27,5			30,0
Veracruz	41,8	14,9	4,5	3,0	35,8			38,8
Edo. México	35,0	15,0	15,0	0,0	35,0			35,0
Miedo a contagio de ETS								
Chiapas	2,5	5,0	2,5	72,5	15,0	2,5		**90,0**
Veracruz	0,0	6,0	13,3	64,2	9,0	7,5		**80,7**
Edo. México	0,0	10,0	0,0	80,0	5,0	5,0		**90,0**
A donde acudiría para atención								
Chiapas	25,0	10,0	2,5	62,5				**62,5**
Veracruz	31,3	11,9	4,5	52,3				**52,3**
Edo. México	20,0	30,0	0,0	50,0				**50,0**
Donde la atendieron si tuvo contagio								
Chiapas	2,5	5,0	87,5	5,0				5,0
Veracruz	1,5	3,0	95,5	0,0				0,0
Edo. México	5,0	5,0	90,0	0,0				0,0
CONTROL SOBRE EDO. DE SALUD								
Tiene carilla sabe ulitidad								
Chiapas	12,5	2,5	2,5	82,5				**82,5**
Veracruz	11,9	4,5	1,5	82,1				**82,1**
Edo. México	30,0	5,0	5,0	60,0				**60,0**
Lugar de obtención de cartilla								
Chiapas	50,0	50,0	0,0					
Veracruz	50,0	50,0	0,0					
Edo. México	83,3	16,7	0,0					
Sabe de servicios para mujeres mayores								
Chiapas		5,0	0,0	95,0				**95,0**
Veracruz		7,5	0,0	92,5				**92,5**
Edo. México		5,0	0,0	95,0				**95,0**

y de 51 a 64 como la más inadecuada, fueron: Para el Estado de México 21 a 39, para Veracruz 25 a 46, y para Chiapas 18 a 45.

Análisis y resultados

En el análisis de los porcentajes de respuestas de todas las mujeres por Estado, según las puntuaciones de la escala, se pudo observar que es Chiapas el que muestra los resultados más deficientes en cuanto a la escala aplicada para evaluar la calidad de la atención, seguido por Veracruz con diferencias muy mínimas y mejores condiciones en el estado de México (ver cuadro 3).

Hay factores que influyen más directamente que otros en el logro de una Adecuada Calidad de la Atención, como el hecho de que a las mujeres les guste el servicio al que acuden, razones para acudir como el buen trato, el bajo costo, la poca distancia, etcétera. El consentimiento informado también influye positivamente, al igual que la información pertinente sobre las ETS. También el hecho de tener la Cartilla Nacional de la Mujer, saber su utilidad y usarla. Respecto a esto último, es destacable que en el Estado de México es donde hay menos mujeres que desconocen o no poseen dicha Cartilla.

En cuanto a los elementos que más contribuyen a una Calidad de la Atención Inadecuada, según la escala aplicada, se contemplan el disgusto frente a los servicios de salud o malos tratos, el condicionamiento para dar la atención y no hacer nada al respecto, la falta de conocimiento para prevenir las ETS, principalmente en Chiapas, el creer que con confiar en su pareja o por ya no ser fértiles ya no pueden contagiarse de dichas enfermedades, y en el caso de contagio no tener claro a dónde hay que acudir para recibir atención.

Una mención aparte se merece el hecho de que más de la mitad de las entrevistadas ni tiene ni conoce la Cartilla Nacional de la Mujer, y que más del 90% no sabe de la existencia de servicios de atención para mujeres de su edad.

El porcentaje de las respuestas que se centraron mayoritariamente como neutras (no respuesta o poca claridad) están relacionadas con las razones para no acudir a un servicio de salud, a la confianza para preguntar sobre sexualidad e información sobre métodos anticonceptivos y el lugar a dónde acudieron en caso de haberse contagiado de una ETS.

A nivel individual, se esperaba que fuera en el Estado de México donde se encontrara la mujer que obtuvo la puntuación más baja (con la calidad de la atención más adecuada) y no fue así. Esta mujer se encontró en Chiapas (una mujer tseltal, líder de comunidad, que ha tomado diversos talleres de capacitación en género, derechohabiente del ISSSTE y que está conforme con el servicio). A pesar de que los indicadores demográficos son mucho más favorecedores para las mujeres mexiquenses en comparación con las chiapanecas [véase por ejemplo: INEGI, 2001 y Aguayo, 2000].

Sin embargo, las puntuaciones de la escala son menos dispersas o desiguales en el Estado de México en comparación con Chiapas y Veracruz.

A su vez, la mujer que obtuvo la calificación más alta o calidad de la atención más inadecuada (46 puntos) fue una indígena muy mayor, de Teocelo Veracruz, sin recursos económicos ni redes de apoyo. El puntaje promedio obtenido por la población de estudio fue de 35, por lo que todas aquellas mujeres que estuvieran cercanas a la media no se tomaron en cuenta para las siguientes comparaciones, considerándose sólo los dos extremos del puntaje de Calidad de la Atención Adecuada (mujeres más proclives a cuidar su salud) y Calidad de la Atención Inadecuada (mujeres con mayores riesgos en la salud). Las comparaciones se hicieron a partir de tres preguntas, incluidas en la entrevista: ¿conoce sus derechos cuando acude al servicio médico? —cuestionamiento clave para la evaluación de la calidad de la atención—; ¿sabe leer y escribir? —según el CONAMUJ *et al.*, 2000, es en el grupo de mujeres mayores de 45 años donde se concentra la mayor población analfabeta del país—; y por último ¿investiga cuando quiere saber más sobre la salud de las mujeres de su edad? —partimos del supuesto de que hay poca información e interés sobre el tema—.

Tal como se puede apreciar en el Cuadro 4, encontramos una relación directa entre Atención adecuada, conocer sus derechos y saber leer y escribir. No así en el caso de si preguntaban más sobre el cuidado de la salud de las mujeres de su edad, donde las respuestas se dividieron a partes iguales, independientemente del nivel de la calidad de la atención, la mitad dijeron que investigan y la otra mitad, que no. Algunas de las respuestas más reiterativas en cuanto a lo que consideraban tener derecho durante la atención médica mencionaron:

1. A la atención (medicamento y pruebas)
2. Al servicio digno (amable, atento, que me explique dudas, cuide mi cuerpo, me informe y atienda con prontitud)
3. A una buena atención (que cobre según mis posibilidades, que reciba quejas)

A manera de conclusión

Como se mencionó en la introducción de este trabajo, hay un gran desconocimiento de las mujeres respecto al

cuidado de la salud una vez que se ha dejado atrás la etapa reproductiva. No se preguntó directamente sobre el concepto de climaterio o menopausia, porque no fue el propósito de esta investigación y porque otros trabajos ya se han realizado en México con este objetivo [Pelcastre *et al.*, 2001; Jiménez y Pérez, 1999; Casamadrid, 1985; Dalton y Musalem, 1981, entre otros]. Tampoco se indagó sobre la opinión de los profesionales en salud, quienes generalmente se quejan de que las mujeres de estas edades no acuden a recibir atención preventiva [Cravioto, 2000]. Esta vez el objetivo central era la calidad de la atención desde la mira de la perspectiva de género, lo cual ha dejado entrever las carencias y necesidades al respecto en una población que requiere de información y atención inmediata, el Consejo Nacional de Población [2000] ya ha mencionado su creciente preocupación porque las mujeres sepan como prevenir riesgos en su salud, a partir de los 40 años de edad.

Los servicios de salud no parecen estar respondiendo adecuadamente a las demandas de atención especializada de estas mujeres. Las medidas pertinentes para prevenir padecimientos que se presentan en las mujeres en el climaterio tales como osteoporosis, diabetes, hipertensión, infartos, etc. exigen un control periódico por parte del personal capacitado y por las mismas mujeres. El uso y dotación adecuada de las cartillas para las mujeres pudieran ser una buena solución, pero al parecer no se están utilizando eficazmente.

Coexiste la asociación entre condiciones de género y salud deficiente y la carencia de recursos (educativos, económicos, etcétera). Es por ello que las mujeres de Chiapas son las que presentan peores niveles respecto a la calidad de la atención recibida. Sin embargo, hay factores individuales que provocan cambios, como el conocer sus derechos como usuarias de los servicios, así como estar más capacitadas en cuanto al conocimiento formal e informal.

Es necesario continuar investigando el tema, para el adecuado diseño de políticas y programas de intervención, no sólo para informar a las mujeres sobre el cuidado de su salud en esta fase de sus vidas, sino para que se incentive la consolidación integral de los servicios de salud, pues de ello depende el bienestar futuro de las mujeres mayores y el logro de su plenitud. Dentro de las limitaciones de este estudio, se puede considerar el sesgo ecológico que surge cuando se separa a la población por regiones y no por características comunes dentro del conjunto total del grupo estudiado, y la necesidad de rediseñar las preguntas que conforman el índice de Calidad de la Atención para evitar que la mayoría de las mujeres entrevistadas puntúen en el rango intermedio de la escala (alrededor de los 35 puntos).

Dado el pequeño tamaño de la población entrevistada, los resultados no pueden ser considerados generales o comunes a toda la población femenina en etapa de climaterio, no obstante y dada la flexibilidad de la metodología que permite analizar tanto respuestas cualitativas como cuantitativas, creemos que sienta grandes precedentes para trabajos posteriores. ♦

Cuadro 4. Cruce de variables
y nivel de Calidad de la Atención en tres Estados.

Estado de México, Veracruz y Chiapas	**Calidad de la Atención**	
	Adecuada <31 N=32	***Inadecuada >39*** N=23
	%	%
Conoce Derechos	68.7	31.3
No conoce Derechos	26.1	73.9
Sabe leer y escribir	90.6	43.5
No sabe leer ni escribir	9.4	56.5
Pregunta sobre salud de mujeres de su edad	46.9	56.5
No pregunta	53.1	43.5

Fuente: Elaboración propia con base a resultados de la encuesta.

Notas

* Agradezco a la Dra. Gloria Sayavedra Herrerías su asesoría teórico-metodológica en la realización de este trabajo y al Lic. Roberto Solís Hernández de El Colegio de la Frontera Sur, por el apoyo informático para el manejo estadístico de los datos.

[1] La menopausia desde un punto de vista biológico se puede considerar natural cuando se produce de forma fisiológica (con el cese de la función ovárica) y yantrogénica o inducida cuando se deriva de cirugías (extirpación de ambos ovarios con o sin extirpación del útero, ya que no en todos los casos de histerectomía se adelanta la menopausia), o de radiaciones y quimioterapia que dañen la función de los ovarios. SSA (2001:19)

[2] Un índice es una medida resumen construida a partir de una serie de factores que provocan o se consideran causa de un efecto; una escala es una manera numérica de medir índices.

[3] La Cruzada Nacional orienta sus acciones básicamente en los siguientes principios: La protección de la salud es la razón de ser de la búsqueda de calidad, los usuarios de los servicios merecen un trato digno y respetuoso, reconocidos como participantes activos del proceso de atención. La buena calidad técnica debe ser eficiente, bajo el supuesto de que el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud no necesariamente implica incrementar cos-

tos. Todos aquellos que intervienen en el proceso de atención médica tienen la capacidad y deben tener la oportunidad para hacer propuestas de mejora de los servicios.P Y que debe de existir una rendición de cuentas clara y precisa. SSA (2003)

[4] Actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social también está entregando una Cartilla, en la cual se habla de formas de prevención en salud dirigidas a mujeres de diferentes edades.

Bibliografía

Aguayo, Sergio (2000). *México en cifras*, Grijalbo, México.

Antolín, Luisa (1997). *Cooperación en salud con perspectiva de género*. Federación de Planificación Familiar/FNUAP/Instituto de Salud Carlos III/ENS, España.

Azorín, Francisco (1972). *Curso de Muestreo y Aplicaciones*. Editorial Aguilar, España.

Carranza, L. (1998). *Atención Integral del Climaterio*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. México.

Casamadrid, M. (1985). *La mujer, sus síntomas y sus actitudes en la fase de climaterio*. UNAM, México.

Chávez, R., Andrade, P. y Rivera, L. (2002). "Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio" en *Salud Pública de México*, Vol. 44, 5:385-391.

Comunicación e Información de la Mujer Asociación Civil (CIMAC) (1999). *La Secretaría de Salud consolidará clínicas de climaterio*. México.

Consejo Nacional de la Mujer (CONAMUJ), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), United Nations Development Fund for Women (UNIFEM), Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), United Nations Children's Fund (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) (2000). *Sistema de Indicadores para el seguimiento de la Situación de la Mujer en México*. Base de datos en CD.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2000) *Demandas de Salud específicas para mujeres*, (28-09).

Cravioto, María (2000). "El climaterio y la condición posmenopáusica. Un nuevo reto en salud reproductiva" en *Gaceta Médica*, México Vol. 136. Supl. 3:69-73.

Cravioto, M., Olivares, D., Soto, E., Tapia, G. y Odor , A. (1997). "Efecto de los anticonceptivos hormonales sobre la masa ósea máxima" en XV *Reunión de la Asociación Latinoamericana e Investigadores en Reproducción humana*. Resumen No. 66, Cuzco, Perú.

Cravioto, María (1994) "El climaterio" en CONAPO *Antología de la Sexualidad Humana, vol. II*. México, CONAPO y Grupo edit. Miguel Ángel Porrúa, p. 541-561.

Dalton, Margarita y Musalem, Guadalupe (1981). *Mitos y realidades de las mujeres huaves*. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Oaxaca/Instituto de Investigaciones Sociales, México.

Espinosa, Gisela (2000). *Avances y retos en la salud reproductiva en México. Discurso, financiamiento y praxis*. Foro de Mujeres y Políticas de Población/El Atajo/ UAM, México.

Gómez, Elsa (1994). *Las mujeres en América Latina y El Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques*. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Dueñas, J., Bayo, A. y Cartanyá, J. (2001). "Aspectos biológicos del climaterio" en Dueñas, J. (*Comp.*) *Climaterio y Calidad de Vida*. Editorial Masson, p. 3-10, España.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2001) *Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000)*. INEGI, México.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2000). *XII Censo general de población y vivienda. Resultados preliminares, República Mexicana*. INEGI, México.

Leal, Gustavo y Martínez, Carolina (2002). *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva*. Serie Académicos CBS. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

Lezana, Miguel (1999). "Evolución de las tasas de mortalidad Materna en México" En Elu, María y Santos, Elsa *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*. Comité por una maternidad voluntaria y sin riesgos/Fondo de Población de Las Naciones Unidas/Population Council, p.53-70. México

Matamala, Marisa *et. al.* (1995) *Calidad de la atención. Género ¿Salud reproductiva de las Mujeres?*. CONAMUS-ACHNU, Chile.

Miqueo, C., Tomás, C., Tejero, M., Fernández, T. y Yago, T. (Eds.) (2001). *Perspectiva de Género en Salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Minerva Ediciones, España.

Jiménez, L. & Pérez, S. (1999, 67:319-322). The attitude of the woman in menopause and its influence on the climacteric *Ginecol Ostet México,*

Pelcastre, B., Garrido, F. y de León, V. (2001). Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública de México*. Vol. 43, No. 5. Sep-Oct, p. 408-414.

Pinnelli, A. (1997) *"Gender and demography" en:* Démographie: analyse et synthèse. Causes et conséquences des évolutions démographiques, Vol.1. *Population Index*, Princeton, Sep. p. 221-44.

Ramos, Elvira (2002). *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Congreso Nacional, Instituto de la Mujer, España.

Sayavedra, Gloria (2003). *Calidad de la atención en la Salud Sexual y Reproductiva en México. ¿Qué ha cambiado en 10 años? Un monitoreo feminista de los acuerdos de el Cairo 1994*. Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, México.

— (2002) *Derechos y modernidad en mujeres de tres generaciones*. Escrito no publicado. Universidad Pontificia de Salamanca, España.

Sayavedra, Gloria y Flores, Eugenia (1997) *Ser mujer ¿un riesgo para la salud? Del malestar y el enfermar al poderío y la salud.* Red de Mujeres, A.C. México.

Secretaría de Salud (SSA), (2003). *Calidad de la Atención en la Cruzada Nacional de Salud.*

— (2001). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia. Criterios para brindar atención médica. PROY- NOM-035-SSA2-2000.*

United Nations (UN), (2002). *World Population Ageing, 1950-2050,* Department of Economic and Social Affairs. Population Division, New York.

Valls, Carme (2002). "Promoción de la Salud desde la Perspectiva de Género" en Ramos Elvira (*Coord.*) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género y salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Instituto de la Mujer, España, p.200-205.