



**COMPILACIÓN**  
UNA MIRADA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN  
EN SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD

**SALUD**

**Compilación • UNA MIRADA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN MÉXICO**

Primera edición: 2007

D.R. Secretaría de Salud  
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva  
Homero 213, piso 7  
Colonia Chapultepec Morales  
Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570  
México, D.F.

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

Se imprimieron 500 ejemplares  
Se terminó de imprimir en diciembre de 2007

**ISBN 979-970-721-458-3**

Esta publicación fue elaborada por:  
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

**Coordinación**

Dra. Aurora del Río Zolezzi  
Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez  
Directora de Género y Salud

Lic. Cecilia Robledo Vera  
Subdirectora de Documentación de Inequidades

M. en C. Magda Luz Atrián Salazar  
Coordinadora de Estadísticas

Citación Sugerida: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.  
Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. México, D.F.: SS-CNEGySR; 2007.

Cualquier parte de este documento o su totalidad, podrá reproducirse sin permiso de la Secretaría de Salud, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y la información no sea utilizada con fines de lucro. Se agradecerán los comentarios y sugerencias de las y los lectores. Este documento se distribuye de forma gratuita y para fines exclusivos de capacitación del personal de salud.

## Secretaría de Salud

**Dr. José Ángel Córdova Villalobos**

Secretario de Salud

**Dr. Mauricio Hernández Ávila**

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

**Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez**

Subsecretaria de Innovación y Calidad

**Lic. María Eugenia de León-May**

Subsecretaria de Administración y Finanzas

**Dr. Julio Sotelo Morales**

Comisionado de Institutos Nacionales de Salud  
y Hospitales de Alta Especialidad

**Lic. Jorge Camarena García**

Titular del Órgano Interno de Control

---

**Lic. Bernardo Fernández del Castillo Sánchez**

Director General de Asuntos Jurídicos

**Lic. Carlos Olmos Tomasini**

Director General de Comunicación Social

**Dra. Patricia Uribe Zúñiga**

Directora General del Centro Nacional de Equidad  
de Género y Salud Reproductiva

**Dra. Aurora del Río Zolezzi**

Directora General Adjunta de Equidad de Género

**Dra. Prudencia Cerón Mireles**

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

**Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus**

Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

## ÍNDICE

- pag. 7** **Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. Presentación**
- pag. 15** **Indicadores de salud con perspectiva de género.**  
*Laura R Mendoza Alvarado, Gustavo Olaiz Fernández, Paula Rivera Hernández*
- pag. 33** **Análisis de género e investigación en salud.**  
*Prudencia Cerón Mireles, Cecilia Robledo Vera, Constanza I Sánchez Carrillo, Aurora del Río Zolezzi, Laura Pedrosa Islas, Hilda Reyes Zapata, Berta Cerón Mireles, Guadalupe Ordaz Hernández, Gustavo Olaiz Fernández*
- pag. 47** **Recursos humanos en el sector salud: un acercamiento con enfoque de género.**  
*Gustavo Nigenda, José Arturo Ruiz*
- pag. 59** **Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en cinco estados de la República Mexicana.**  
*Ofelia Poblano Verástegui, Emanuel Orozco Núñez, Carlos Eduardo Carrillo Ordaz, Doris Verónica Ortega Altamirano, Alma Lucila Saucedo Valenzuela*
- pag. 73** **Usuaría simulada: análisis de la salud reproductiva en Guerrero, Morelos y Oaxaca.**  
*Luz Arenas Monreal, Isabel Hernández Tezoquiipa,<sup>†</sup> Doris Ortega Altamirano, Beda Mota Ramírez*
- pag. 89** **La salud reproductiva de las mujeres en condiciones de pobreza y los significados socioculturales: una perspectiva desde quienes prestan los servicios de salud.**  
*Isabel Hernández Tezoquiipa,<sup>†</sup> Doris Ortega Altamirano, Luz Arenas Monreal*
- pag. 103** **Cuidados a la salud en el hogar y salud comunitaria. Análisis con perspectiva de género.**  
*Gustavo Nigenda, Mariana López Ortega, Cecilia Matarazzo, Clara Juárez*
- pag. 121** **Diferencias de género en la calidad de la vida y en los apoyos a la salud en adultos y adultas mayores que viven en la pobreza urbana.**  
*Margarita Márquez Serrano, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Sandra Treviño Siller*
- pag. 137** **Las que se quedan: percepción de riesgo para ITS/VIH/Sida en mujeres compañeras de migrantes.**  
*Marta Caballero, Sandra Catalina Ochoa Marín, René Leyva, Ángel Zarco, Claudia Guerrero*

**pag. 149** **Mujeres y hombres bebiendo cerveza: etnografía del consumo de alcohol en una comunidad zapoteca del Istmo de Tehuantepec.**

*Sergio Lerin Piñón, Marinella Miano Borruso*

**pag. 165** **Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer en México. Diseño metodológico y prevalencia de la violencia doméstica contra las mujeres.**

*Gustavo Olaiz Fernández, Rosalba Rojas, Aurora Franco, Oswaldo Palma, Carlos Echarri y el Grupo de estudio de violencia contra la mujeres*

**pag. 189** **Violencia hacia la población de 60 años y más.**

*María I. Hernández Serrato, Aramis L. Villalobos Hernández*

---

**pag. 205** **La violencia durante el noviazgo ¿Cómo la perciben las y los jóvenes en México?**

*Rosario Valdez-Santiago, Juan Carlos Ramírez, Rosalba Rojas, Elisa Hidalgo, Leticia Ávila Burgos*

# **La salud reproductiva de las mujeres en condiciones de pobreza y los significados socioculturales: una perspectiva desde quienes prestan los servicios de salud**

Isabel Hernández Tezoquipa,<sup>†</sup> Dra en Soc,<sup>1</sup> Doris Ortega Altamirano,  
M en C,<sup>1</sup> Luz Arenas Monreal, Dra en Antrop.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Investigación en Sistemas de Salud,  
Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Este estudio fue posible gracias al financiamiento  
otorgado por la Fundación Ford.

**E**n relación con la salud de las mujeres, la agenda internacional de los años noventa, del siglo XX, hizo notable la complejidad de los factores que restringen el acceso y la utilización de los servicios de atención, prevención y cuidado de su salud.<sup>1</sup> De ahí que en la última década hubo un significativo progreso para proveer de servicios a la población femenina; principalmente se hizo un esfuerzo para atender sus necesidades de salud reproductiva.

Frecuentemente se reporta en la literatura del área de la salud que existen diversos factores que dificultan el acceso a los servicios y a su utilización, como son, por una parte, la distancia del domicilio de las personas al sitio donde se brinda la atención, dificultades para trasladarse, los costos del transporte, así como los de la atención y el tratamiento, la percepción que tiene la población sobre los servicios y acerca de su propia condición de salud y lo que debe hacer como usuaria;<sup>2</sup> por la otra, las características de edad, género y etnia pueden hacer variar la atención que reciben y afectar la percepción de quienes prestan los servicios de salud sobre las mujeres.<sup>3</sup> También afectan al acceso y a la utilización de los servicios de salud reproductiva condiciones como el desconocimiento por parte de las mujeres de los servicios que se ofertan en los centros de atención y los significados sociales que les rodean.<sup>4</sup>

Diversos autores muestran que la utilización de servicios es un fenómeno social complejo; estudios empíricos de servicios preventivos y curativos frecuentemente relacionan el uso de los servicios de salud con el acceso, calidad y costos, así como con la estructura social, las creencias y las actitudes de las mujeres hacia a su salud.<sup>5-7</sup>

Por lo tanto, para el cuidado y la atención de la salud de las mujeres es importante identificar las características del contexto sociocultural en el que se desenvuelve su vida, comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a su historia que determinan el estado de salud-enfermedad y atención, así como la interpretación que dan a sus condiciones de salud.<sup>8</sup>

En la literatura científica se encuentra evidenciado el hecho de que la población pobre tiene una salud considerablemente más deteriorada que la población con recursos económicos y que, paradójicamente, quienes están menos enfermos son quienes más utilizan los servicios de salud.<sup>9</sup>

El centrarse en los determinantes socioculturales asignados a las mujeres en su contexto familiar y comunitario caracterizados por la baja autoestima, el reducido control de su propia salud, restricciones religiosas, carencias educativas, los valores familiares, en su vida reproductiva y en su comportamiento

sexual, entre otras condiciones, tiene sentido para comprender de una forma estructural el fenómeno de la salud de las mujeres en el contexto institucional de los servicios de salud y así ejecutar acciones a este nivel.<sup>10</sup>

Las determinantes socioculturales que reporta este estudio son la continuación de una cultura con sello patriarcal, que permite que el cuerpo de la mujer (incluido el control de su sexualidad, su fecundidad y su inserción en la vida laboral) sea expresión de una política de control social ajeno a los intereses de las mismas mujeres.<sup>11</sup> Garza Caligaris<sup>12</sup> afirma que "Contrario a lo establecido en la sociedad patriarcal, la mujer no sólo es naturaleza, ni su sexualidad es simplemente un hecho 'natural'. Se constituye en la sociedad y en la historia. No está unívocamente determinada por la biología. La biología no determina sus contenidos, ni las formas concretas de experimentar la sexualidad, ni sus formas institucionales."

El objetivo de este capítulo es presentar lo que se identificó y analizó, desde la perspectiva de quienes prestan los servicios de salud, respecto a las circunstancias sociales y culturales bajo las que se encuentran insertas las mujeres que acuden al programa de salud reproductiva.

## Material y métodos

### *Diseño*

Se realizó un estudio cualitativo en las Secretarías de Salud de los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca, en dos Jurisdicciones Sanitarias por cada entidad; inició en enero de 2002 y concluyó en diciembre de 2004. Se buscó determinar, mediante la técnica de grupos focales, la manera como los prestadores y las prestadoras de los servicios comprenden y ejecutan la agenda de acción de salud reproductiva que emergió de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, de El Cairo, en 1994, y en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, en Pekín, en 1995.<sup>1</sup>

### *Población*

Se estudió al personal del equipo de salud (médico o médica, enfermera o enfermero y auxiliar de salud) que proporcionan el servicio de salud reproductiva, con al menos seis meses de antigüedad en el puesto. Las Jurisdicciones Sanitarias fueron seleccionadas tomando en consideración dos aspectos: que contaran con el mayor porcentaje de consulta en los componentes del programa de salud reproductiva seleccionados para el estudio y que atendieran a población de las áreas rural y urbana.

### *Recolección de información*

La información se obtuvo a través de la técnica de grupos focales que consiste en la entrevista con un grupo de entre 6 y 12 personas, con perfiles similares, en un ambiente privado, distendido y grato.<sup>13</sup> Se conformaron tres grupos por entidad y en total participaron 20 profesionales de medicina, 24 enfermeras y 30 auxiliares de salud, y se contó con el consentimiento escrito y firmado, otorgado por ellos antes de la actividad.

El guión para hacer cada grupo focal contempló los siguientes ejes temáticos: las características de la atención integral a las mujeres en las distintas etapas de su ciclo de vida, las relaciones entre el personal que presta los servicios y la población usuaria, condiciones y circunstancias en las que se lleva a cabo el programa de salud reproductiva, las fortalezas y oportunidades para realizar las actividades, conocimientos, motivos, características y modalidades de su inserción y continuidad en el programa, y estrategias para enfrentar los problemas de su práctica cotidiana.

### *Análisis de la información*

Los grupos focales fueron grabados y transcritos en el programa computacional Word 2003 y fueron codificados y analizados en el programa Ethnograph v. 4.0. Se elaboró un libro de códigos; el análisis se enmarca dentro de la Teoría Fundamentada. Se inició con la codificación abierta; posteriormente, se trabajó con codificación axial y selectiva; en esta etapa del análisis se identificó la categoría central "poder sobre el cuerpo de las mujeres" y las circunstancias sociales de ellas.<sup>14</sup>

## **Resultados**

En los estados donde se realizó la investigación se encontró que el personal que presta los servicios de salud básicamente señala dos vertientes que determinan el desarrollo de los programas de salud reproductiva: una de ellas se refiere a las condiciones de pobreza en las que viven las mujeres, y su efecto en el cuidado y atención que dan a su salud reproductiva; y la otra, es el poder que se ejerce sobre el cuerpo de las propias mujeres por parte de sus parejas y los familiares de éstas, particularmente el ejercido por la madre del esposo.

### *Las condiciones de pobreza de las mujeres y su efecto en el cuidado y atención de su salud reproductiva*

Desde la perspectiva de quienes prestan servicios de salud, la población que acude a la Secretaría de Salud es de bajos recursos económicos. Las personas, como respuesta a la pobreza en la que viven, migran tanto a Estado Unidos de América, como a otros estados del país. Como consecuencia de este

fenómeno en las comunidades hay más mujeres que hombres; la mayoría son población indígena, monolingüe (hablan náhuatl), son católicas y analfabetas. Sus viviendas carecen de servicios públicos (luz, agua potable y drenaje); además, tienen problemas para transportarse de sus comunidades a las unidades o centros de salud. Médicos, médicas y enfermeras confirman esta situación:

*"La gente es muy humilde, muy sencilla, se dedican a la artesanía del petate y los hombres emigran a Estados Unidos, a Sonora al corte de caña, en Michoacán." (Grupo focal médicos 2: 179-204; 240-250; 276-284; 209-218) (Grupo focal enfermeras 2: 540-557).*

En este estudio se encontraron algunas evidencias de cómo la pobreza y la migración condicionan la forma como las mujeres cuidan, atienden su salud reproductiva, acceden a y utilizan los servicios públicos de salud. En uno de los estados hay un alto índice de población indígena que migra cada año por seis u ocho meses, pues las parejas se van a Nayarit, Michoacán y Sonora. Ante tal situación las enfermeras prescriben hormonales inyectables a las mujeres, sin que este método sea necesariamente el más pertinente debido a las contraindicaciones que existen para estos fármacos; sin embargo, se utilizan por ser discretos y por requerir una sola aplicación efectiva por uno o tres meses. El siguiente testimonio ejemplifica esta situación:

*"Se van por ocho o siete meses, pero a la mayoría de las usuarias que se van les doy su método, la inyección." (Grupo focal enfermeras 2: 540-543).*

Para cumplir con su rol social, las mujeres cuando se embarazan continúan desempeñando las tareas pesadas como son: cargar leña, acarrear agua y ayudar a sus esposos en el campo. Ellas aprovechan los recursos de la región para su alimentación; comen ejotes, rábanos, calabazas, pero en las zonas en las que no están disponibles sólo comen tortillas y frijoles. También tienen dificultad para comprar medicamentos o suplementos alimenticios -como ácido fólico o sulfato ferroso-; cuando el médico o la médica se los indica es difícil que los puedan comprar, esto se confirma con el siguiente ejemplo:

*"Me han tocado pacientes que cuando envió el hierro y todo esto, el ácido fólico, por los problemas de anemia, regresan a consulta y me dicen [no lo compré]. -Cierto que no tienen dinero, pero siento que lo tienen que comprar o buscar o pedir de alguna manera y a veces no lo tenemos aquí en la farmacia." (Grupo Focal Médicas 3: 1750-1757).*

Los prestadores y prestadoras de servicios de salud reproductiva consideran que la pobreza le puede causar la muerte a la población con quien trabajan. Así lo manifiestan las auxiliares de salud:

*"Gente muy humilde que no tiene dinero para pagar y sí es conveniente considerar todo esto porque en ocasiones suceden problemas de que se muere la señora o el niño y precisamente porque no tenían dinero para venir a atenderse a un centro de salud o con un médico particular" (Grupo focal médicos 2: 122-130) (Grupo Focal Auxiliares de salud 2: 2286-2293).*

Esta situación de precariedad en la que viven las mujeres determina si se atiende o no una displasia a pesar de que en los servicios le hayan detectado el padecimiento a tiempo. Lo mismo sucede para las mujeres en la edad de la menopausia. La relación entre pobreza y salud se ha reportado en la literatura del área en innumerables ocasiones. Pero sí es importante considerar que la pobreza se expresa en términos individuales o de grupo y que su explicación se encuentra en las deficiencias estructurales de una sociedad que genera desigualdades e inequidades sociales. Estos hallazgos ejemplifican el efecto de esta situación de pobreza en la calidad de la atención de la salud reproductiva de las mujeres.

*El poder que se ejerce sobre el cuerpo de la mujer por sus parejas y sus familiares, particularmente por la madre del esposo*

Los médicos y médicas, enfermeras y auxiliares de salud manifestaron que en las áreas indígenas hay comunidades donde las mujeres no se han hecho la prueba de Papanicolaou ni una sola vez; aun cuando ellas lo desean, los esposos no lo permiten. Esta situación evidencia el poder que los varones ejercen sobre el cuerpo de la mujer, incluso también la suegra juega un papel muy importante en este ejercicio del poder. El siguiente testimonio lo muestra:

*"Tenemos la muerte de mujeres en México por cáncer cérvico uterino y que no hemos podido cambiar eso precisamente por esa idea, del temor, de la inquietud, del hecho que les da vergüenza, les da pena, el marido no les da permiso, un montón de situaciones sociales, un poco curiosas, que nos rodean a las mujeres de México." (Grupo focal médicas 3: 1180-1193).*

En cuanto al programa de planificación familiar, en general, son las mujeres las que acuden a solicitar los métodos anticonceptivos; los médicos, las médicas y las enfermeras manifiestan que:

*"Normalmente el 80% de consultas es de mujeres, aunque el señor esté enfermo nunca va por más que a veces les dices vayan, tiene que ir su esposo a las pláticas, él no va, . . . y los hombres casi es muy difícil que asistan a la consulta." (Grupo focal enfermeras 2: 432-442; 563-575;) (Grupo focal médicos1: 1648-1656).*

Las mujeres usan métodos anticonceptivos a escondidas de los maridos, por lo tanto recurren con mayor frecuencia a los hormonales inyectables sin importar la trascendencia que tenga esta acción para su salud reproductiva; el poder del esposo y de la suegra se manifiesta en este ámbito también. Las auxiliares de salud afirman lo siguiente:

*"Yo les digo ¿qué decidiste?; a veces la suegra, el marido o por la religión, no planifican, y a veces a escondidas del marido ellas planifican, y entonces también ahí les damos inyecciones, es más fácil para ellas la inyección, porque las pastillas no, porque el marido o la suegra pueden notarlo." (Grupo focal enfermeras 2: 683-693) (Grupo focal auxiliares de salud 2: 1028-1056; 1078-1084; 1120-1134).*

Las auxiliares de salud proporcionan información muy valiosa en cuanto a este componente: ellas comentan que los varones casi no desean usar métodos anticonceptivos, por ejemplo, el condón. Son las mujeres quienes van a escondidas a buscar su método. Los esposos se molestan si las mujeres usan algún anticonceptivo sin su consentimiento. Usan la inyección por ser más "discreta", ya que se aplica cada mes.

*"Sí, para el método...me asesoro a que esté de acuerdo su esposo porque sí he tenido varios problemas. ...se llegan a molestar y, o sea ellas me comentan, no ve que mi esposo se enoja."* (Grupo focal auxiliares de salud 1: 825-832).

Esta circunstancia, que limita a las mujeres para atender su salud evitando un embarazo no deseado, se repite también en el caso del control del embarazo y de la detección del cáncer cérvico uterino.

Aunado a este control privado del cuerpo por parte del esposo, se agrega el poder que tiene la sociedad sobre el cuerpo de la mujer. Así, las mujeres suelen ocultar su embarazo hasta la semana 36, esto es resultado de la crítica severa que reciben del resto de las mujeres de la misma comunidad; médicos, médicas y auxiliares de salud confirman lo anterior:

*"Las otras señoras se burlan de ellas, aunque ya sean mamás también hablan de las señoras. Tienen esa fea costumbre de hablar mal de la que ya está embarazada, aunque esté bien casada o tenga su esposo y todo, pero es por eso, porque no quieren que la otra se entere porque se ríen de ellas."* (Grupo focal 2: 1179-1188; 1179-1209; 1213-1239). (Grupo focal auxiliares de salud 2: 731-737; 759-767; 807-835).

Las mujeres solicitan su primera consulta cuando el embarazo ya está muy avanzado, lo cual hace difícil revertirles alguna situación de riesgo de muerte materna.<sup>12</sup>

También hay temor a la crítica de la comunidad por parte de las otras mujeres respecto a la toma de la citología vaginal; las enfermeras afirman que:

*"Sí, Papanicolaou y me dicen [no, es que me da pena que fulanita me va a criticar]..."* (Grupo focal enfermeras 2: 1328-1329)

Otra forma de expresión del control social del cuerpo de la mujer es que en esas comunidades, por cultura patriarcal, no se permite que otros hombres -los médicos- exploren el cuerpo de la mujer. El género del prestador de los servicios se convierte en obstáculo; ellos así lo expresan:

*"Tengo el obstáculo de ser hombre, allá las señoras piensan que cómo es posible que el doctor, el médico hombre, me agarre si mi esposo no me ha visto".* (Grupo focal médico 2: 985-990).

Las mujeres, ya sean enfermeras o médicas, tienen más aceptación entre esta población para explorar a las mujeres. Los médicos que comprenden esta situación se apoyan en las enfermeras para atender a las mujeres; por ejemplo, para el Papanicolaou. Pero también se encuentran médicos que confrontan a las mujeres, no comprenden que éstas no desean que un hombre les realice el estudio y se niegan a que las enfermeras los suplan; esto genera resultados adversos como la inasistencia a las subsiguientes consultas. Las enfermeras expresan esta experiencia de la siguiente forma:

*"Para tomar la citología yo tengo mucho problema con mi médico para que él salga del consultorio y yo siempre con mi paciente, la paciente no quiere que el médico esté ahí cuando yo le voy a tomar la citología. El médico dice que no se va a salir, porque él es el responsable del programa." (Grupo focal enfermeras 1: (1806-1813).*

Otra consecuencia adversa que se deriva de este tipo de experiencias es que las propias mujeres se comunican entre sí nociones y significados que entorpecen la acción de los prestadores de los servicios de salud; por ejemplo:

*"Esas ideas en la usuaria es como una sensación de desventaja, no, el hecho de que las personas en la comunidad, la comadre, la tía, la vecina tengan más impacto sus palabras que las mías." (Grupo focal Médicas 3: 604-609). "Luego les dicen a las señoras, no vayas porque te quitan un pedazo." (Grupo focal médicos 2: 1792-1793).*

Los procesos sociales y culturales subyacentes a la vida de la población estudiada determinan el estado y la atención de salud de la población, así como la interpretación que dan a la salud reproductiva.

## Conclusiones y recomendaciones

Las usuarias que acuden al programa de salud reproductiva en los tres estados donde se realizó la investigación son mujeres pobres, resultado de una estructura social donde subyace un sistema de estratificación que presenta enormes desigualdades en las opciones de vida para las mujeres. Esta desigualdad social tiene efectos sobre la salud de las mujeres en cuanto a sus conductas, resultados del cuidado a la salud y del acceso a los servicios de salud. Asimismo, desde el punto de vista cultural el ser mujer y la salud de las mujeres no es un estado natural. Es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de las necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente donde transcurren sus vidas; esta situación define en gran medida sus riesgos, sus malestares y la forma de atención de su salud.<sup>15</sup> El personal que presta servicios de salud al comprender estos determinantes socioculturales comprenderá el comportamiento de sus usuarias y usuarios, mejorarán la calidad y aceptabilidad de los servicios y habrá una mejor colaboración de sus usuarias.<sup>8</sup>

Como recomendación general afirmamos que la atención de la salud de las mujeres no se resuelve dentro del contexto del sistema médico aislado, sin que se requieran cambios sociales profundos; pero el programa de salud reproductiva podrá ofrecer mejores resultados si considera sensibilizar cultural y socialmente al personal que presta los servicios de salud reproductiva.

## Agradecimientos

Las autoras agradecen a las autoridades y trabajadores de las Secretarías de Salud de los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca su apoyo para hacer esta investigación, y al Dr. Mario Bronfman por su gestión.

## Referencias

1. Langer A, Nigenda G, Catino J. Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: Strengthening the Links. *Bull World Health Organ* 2000; 78(5):667-75.
2. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Publica Mex* 1992;34:36-49.
3. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. *Medical Care* 198 May;23(5):438-60.
4. Velásquez A, Jiménez L, Reckemer A, Planas ME, León F, Durand R, Calderón A. Incrementando la utilización de los servicios de salud reproductiva en una clínica de Lima: Population Council, INOPAL III, USAID; 1998. Documentos de trabajo, Núm 4.
5. Aday LA, Andersen RA. Framework for the study of access to medical care. *Health Chicago (IL): Services Research*; 1974: 208-20.
6. Lewis DK, Robinson J, Wilkinson E. Factors involved in deciding to start preventive treatment: Qualitative study of clinicians' and lay people's attitudes. *BMJ* 2003;827:841.
7. Liamputtong P. Birth and social class: Northern Thai women's lived experiences of caesarean and vaginal birth. *Sociol Health Illness* 2005; 27:243-70.
8. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud. Principios y métodos. 2a ed. México, DF: OPS; 1992.
9. Davis K, Gold M, Makuc DM. Access to health care for the poor: Does the gap remain? *Ann Rev Public Health* 1981; 2:159-82.
10. Markham-Rrisica P, Eaton ChB, Levy Sh, Monroe A. Self esteem, race and /or ethnicity, income, education, and the use of preventive health services: The Commonwealth Fund Women's Health Survey. *Clin J Women's Health* 2001;1:3.

11. Shapiro S. Remembering the body critical pedagogy. *Educ Soc* 1994; 6(12):61-79.
12. Garza-Caligaris RI, Cárdenas-Gordillo B. Sexualidad y vida reproductiva. En: Sayavedra-Herrerías G, Flores-Hernández E, coord. *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar al poderío y la salud*. México, DF: Red de Mujeres, AC; 1997.
13. Morgan D, Ed. *Successful focus groups. Advancing the state of the art*. Newbury Park, California: Sage Publications; 1993.
14. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia, Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia; 2002.
15. Lagarde M. Presentación. En: Sayavedra Herrerías G, Flores Hernández E, coord. *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar al poderío y la salud*. México, DF: Red de Mujeres, AC; 1997.