

**IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS PARA ACORTAR
LAS DISTANCIAS ENTRE LAS NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA
Y LOS SERVICIOS DE SALUD**

**INFORME TÉCNICO PROYECTO
INDESOL CS-09-I-VI-033-07**

**Principales problemas, necesidades y obstáculos en la
atención a la salud reproductiva**

**Responsable del proyecto: Dr. Carlos Javier Echarri
Ciudad de México, enero del 2008**

Contenido

Introducción	3
Primera parte: Definición del problema	4
Referentes teórico-conceptuales.....	4
Necesidades en salud reproductiva.....	5
Los prestadores de salud como objeto de estudio.....	8
Otros actores clave: la población abierta.....	12
Segunda parte: Metodología	13
Tercera parte: Resultados	19
I. Servicios de salud reproductiva del sector público.....	19
Caracterización de servicios de salud en una zona de marginalidad media.....	19
El punto de vista de los prestadores de servicios públicos.....	28
II. Servicios de salud reproductiva del sector privado.....	43
2.2 Caracterización de servicios de salud en una zona de alta marginalidad.....	43
2.3 El punto de vista de los prestadores de servicios privados.....	45
III. El punto de vista de la población residente en una zona de alta marginalidad.....	49
El punto de vista de las adolescentes (15 a 19 años).....	49
El punto de vista de las jóvenes (20-24 años).....	54
El punto de vista de las mujeres adultas (25-49 años).....	65
El punto de vista de los varones (25-49 años).....	77
Conclusiones	87
Bibliografía	95

Introducción

El proyecto: "Identificación de barreras para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud", buscó documentar las barreras económicas, sociales e institucionales que conforman una distancia entre las necesidades de salud reproductiva de mujeres, varones, adolescentes y el ofrecimiento de servicios de salud (públicos y privados) en contextos marginales y pobres de la ciudad de México, con la intención de contribuir a un mejor diseño de políticas, programas e intervenciones.

El presente informe ofrece un acercamiento al punto de vista tanto de proveedores de servicios de salud como de población abierta, referente a las necesidades y demandas en salud reproductiva de mujeres y varones (adolescentes, jóvenes y adultos), así como de los obstáculos que se presentan en el ofrecimiento de los servicios tendientes a la satisfacción de estas exigencias.

El documento se divide en tres apartados. En el primero se ofrece la perspectiva teórico-metodológica desde la cual abordamos el estudio de las necesidades de salud reproductiva desde un punto de vista cualitativo. En el segundo, se describen los procedimientos y técnicas para la obtención de información, y las características de los informantes que participaron en el proyecto. En el tercer apartado se presentan los principales hallazgos derivados de las observaciones, la aplicación de entrevistas y la integración de grupos focales, el cual, se estructuró en torno a los principales actores sociales de interés de la investigación: 1) prestadores de servicios de salud reproductiva del sector público; 2) prestadores de servicios de salud reproductiva del sector privado; 3) mujeres de tres grupos de edad (15-19; 20-24; 25-49 años); y, 4) varones de 25 a 49 años.

Primera parte: Definición del problema.

Las necesidades en salud reproductiva así como las barreras económicas, sociales e institucionales que dificultan su plena satisfacción por parte de la población han sido poco estudiadas en México. Las grandes encuestas sociodemográficas y de salud adolecen de insuficiencias conceptuales y metodológicas. De ahí la propuesta del proyecto que busca combinar una encuesta dirigida a identificar las “necesidades en salud reproductiva” y sus determinantes con un acercamiento cualitativo que profundice en el conocimiento de los obstáculos que dificultan la satisfacción de las mismas por parte de la población y la manera en que los servicios de salud responden a las demandas de atención de la población.

Referentes teórico-conceptuales.

■ *El estudio de las necesidades de salud desde un punto de vista cualitativo*

Las necesidades de salud se entienden como las condiciones de salud percibidas por las personas o percibidas y/o diagnosticadas por los profesionales de la salud. Las necesidades de salud han sido conceptualizadas y operacionalizadas de modo diferente según el tipo de abordaje teórico y el modelo de análisis utilizados (Lara Flores *et al.* 2000:98). Para Donabedian hay que distinguir dos perspectivas en el estudio de las necesidades, la del profesional o técnica, dictada por los estándares médicos y denominada “necesidad normada” y la perspectiva del paciente, la necesidad percibida por el individuo y llamada “necesidad sentida” (Lara Flores *et al.* *ibidem*). Ambas perspectivas difieren cuando se trata de definir las necesidades dando lugar a “... necesidades latentes no reconocidas y no satisfechas... y necesidades referidas por los pacientes pero que los profesionales consideran inapropiadas” (Lara Flores *et al.* 2000:103).

El punto de vista antropológico, que recuperamos en nuestro trabajo, adopta como central el concepto de cultura, que incluye “el lenguaje, las ideas, las creencias, las costumbres, los tabúes, los códigos, los instrumentos, las técnicas, los valores, los ideales” y da cuenta de “un proceso simbólico e interpretativo que construye la subjetividad de los individuos y dirige sus acciones” (Lara Flores *et al.*, op.cit.:106). Así, tanto el personal sanitario como la población percibe las necesidades de salud desde su particular “mirada del mundo” y las construye social y culturalmente.

“Las necesidades desde esta perspectiva son resultado de la forma en que los individuos pertenecientes a diferentes grupos sociales interpretan el proceso de salud-enfermedad de manera diferente, siendo necesario comprender que dicha interpretación no es sólo la expresión de deseos individuales sino la proyección de la forma en que un sector de la población construye socialmente sus propios significados y los expresa mediante el lenguaje” (Lara Flores *et al.*, op.cit :107).

La perspectiva antropológica ha demostrado que las necesidades de salud pueden ser abordadas de una manera más integral mediante el uso de métodos interpretativos que busquen la comprensión más que la explicación causal y que se apoyen en técnicas que no sólo consignan datos, sino que los producen, recuperan e interpretan (Lara Flores *et al.*, op.cit :107). De forma coherente con esta perspectiva recuperamos un enfoque cualitativo en la investigación y la utilización de instrumentos como la observación, la entrevista y los grupos focales para acercarnos al punto de vista de los prestadores de servicios de salud, los usuarios(as) de estos servicios y la población en general.

■ *Necesidades en salud reproductiva.*

Antes de hablar de qué entendemos por “necesidades en salud reproductiva” es necesario remontarnos al concepto de necesidades insatisfechas en planificación familiar, el cual encuentra distintos supuestos, significados y limitaciones según el enfoque en el

que se inscriba. De acuerdo con lo planteado por Camarena y Lerner (s.f.) existen dos enfoques o paradigmas que divergen en cuanto a la definición del concepto de necesidades en salud reproductiva. Dentro del enfoque poblacional (décadas de 1970 y 1980) subyacente en la posición antinatalista y orientado fundamentalmente hacia la expansión de la cobertura anticonceptiva para regular y reducir la fecundidad, las necesidades de la población se definen básicamente en relación al logro de estos objetivos y de acuerdo con los intereses y preocupaciones de las autoridades gubernamentales, los responsables de los programas de planificación familiar, los proveedores de servicios y algunos investigadores y académicos.

De este modo, el concepto de necesidades insatisfechas de anticoncepción respondió a las preocupaciones políticas que priorizaban las acciones tendientes a incrementar el uso y efectividad de métodos anticonceptivos para regular, controlar y disminuir la fecundidad y obtener así un mayor bienestar en la población.

El segundo enfoque, denominado de salud reproductiva, tiene justamente como antecedente las críticas que el movimiento de mujeres realizó de la orientación, justificación y legitimidad de las políticas poblacionales, los programas de planificación familiar y sus consecuencias negativas en las mujeres, haciendo evidente la tensión entre las necesidades e intereses sociales o públicos versus los privados e individuales concernientes al uso de métodos anticonceptivos.

Este enfoque se consolidó con La Conferencia de El Cairo (1994) que enfatizó en las necesidades insatisfechas como una preocupación del ámbito personal y privado, la atención en los derechos reproductivos y las condiciones de desigualdad social y de género. Su racionalidad, a diferencia del primer enfoque enunciado, se desprende de las necesidades individuales, sobre todo las de las mujeres, las cuales no necesariamente coinciden con las derivadas de los intereses públicos.

Adoptando la perspectiva teórica de este segundo enfoque, cuando hablamos de necesidades en salud reproductiva nos referimos a aquellas vinculadas con la anticoncepción, la atención del embarazo, parto y puerperio, la interrupción de embarazos, la falla de métodos, los efectos secundarios de los contraceptivos, la esterilidad, la prevención de los cánceres del aparato reproductivo femenino y masculino, la prevención y atención de enfermedades tracto reproductivo, incluidas las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA, la prevención y atención de violencia. Estas necesidades cambian según las especificidades dadas por el estrato socioeconómico, el género, la orientación sexual, el grupo etario, el estado civil, las expectativas y proyecto de vida y el momento del ciclo reproductivo.

Aunque sería deseable o esperable que las necesidades de las mujeres, los varones y los adolescentes sean el punto de partida de la organización y el ofrecimiento de los servicios de salud reproductiva, la orientación hegemónica que ha prevalecido en las instituciones de salud ha conducido a la exclusión de las percepciones, necesidades y demandas de la población. En nuestro medio, algunas investigaciones han documentado cómo generalmente se asumen las necesidades de las personas a partir de lo que el sistema médico supone que ellas requieren, siendo los prestadores de servicios los únicos autorizados “moralmente” para determinarlas (en primer lugar) y para satisfacerlas (en segundo lugar) mediante procedimientos técnicos y además, detectando sólo aquellas para las que ellos fueron entrenados (Jasis, 2000:133).

Jasis investigó acerca de las necesidades que tuvo un conjunto de mujeres durante el proceso de embarazo-parto y puerperio en un servicio hospitalario de Baja California; llegó a la conclusión de que, en la mayoría de los casos, los médicos no responden a las necesidades “sentidas” de las usuarias sino más bien a las necesidades que los proveedores asumen por ellas o suponen, porque no implica la constatación vía

preguntarles directamente a las mujeres si sus necesidades fueron satisfechas mediante la atención médica recibida (Jasis, op.cit.: 106 y 134).

Si, como señalan Dixon-Mueller y Germain (1993), el desafío es satisfacer las necesidades reproductivas de mujeres y varones, se requiere, en primer lugar, ampliar el alcance de las necesidades insatisfechas tomando en consideración las demandas y condiciones específicas de los distintos grupos poblacionales (Citado por Camarera y Lerner, op.cit.). De ahí que el reto y objetivo de nuestra investigación es la comparación entre las necesidades satisfechas e insatisfechas tal como son definidas por las propias mujeres y varones de diferentes grupos de edad que habitan en zonas donde prevalece la pobreza y marginalidad, y las que son identificadas por los programas y los prestadores de servicios de salud.

■ *Los prestadores de salud como objeto de estudio.*

La institucionalización de la práctica del control de la fecundidad significó tanto la asignación a las instituciones públicas de salud la función de regular la natalidad como la transferencia a los agentes de salud de las decisiones acerca de la planificación familiar de la población, lo que ha conducido a un proceso de creciente injerencia pública en un ámbito privado como es el vinculado al ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

Así, las instituciones de salud se han ido constituyendo en ámbitos desde donde se conforman y difunden determinados valores, normas y prácticas vinculadas con distintos aspectos de la salud reproductiva siendo los agentes sanitarios a quienes se han adjudicado legal y normativamente la autoridad técnica y moral en este ámbito de la vida de las personas. "Por acción u omisión son los mediadores/as de las decisiones de sus pacientes sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud, población y familia del Estado. Su influencia se expresa a través de: a) sus prácticas vía la implementación de

procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y b) sus mensajes” (Ramos *et al.*, 2001:27).

“Sus particulares visiones del mundo y de las personas que acuden con ellos marcan con gran fuerza... su práctica profesional, las orientaciones que ofrecen y la forma en que interactúan entre sí y con los usuarios y pacientes” (Leal y Martínez, 2002:58).

Interacción compleja y conflictiva en tanto en la misma “... influye la percepción que tienen los prestadores sobre su responsabilidad ante los procesos de salud y de decisión reproductiva así como ciertos elementos de clase, de género y de características del entorno institucional que llegan a modificar prioridades en su relación cotidiana con las personas...” (Figuroa Perea, 1997:35).

Estudiar cómo perciben los prestadores de servicios las necesidades de salud que presentan las y los usuarios y por medio de qué acciones tratan de satisfacerlas implica necesariamente reconocer, en primer lugar, que éstas se construyen a partir del vínculo intersubjetivo que se establece entre el personal sanitario y las y los usuarios en la consulta médica. En segundo lugar, que las posibilidades del personal de salud para satisfacer las expectativas del paciente se encuentran limitadas por los recursos materiales de los que dispone pero la fuente de la que brotan es en esencia su “yo profesional” (Leal y Martínez, *op. cit.*: 60).

Siguiendo a estos autores para comprender la lógica o racionalidad de las representaciones y las prácticas médicas dirigidas a satisfacer las necesidades de salud reproductiva sería indispensable dirigir la mirada en dos direcciones: la primera, hacia las condiciones en las que los prestadores realizan su trabajo (características organizativas de la institución, grado de libertad que se le conceden, relaciones con funcionarios y administradores que organizan y supervisan su trabajo, relaciones que se establecen

entre los distintos integrantes del equipo de salud, tipo de personas a las que atiende, proximidad o distancia psicosocial y cultural que guarda con ella, juicio o prejuicio que de ellas se ha formado); la segunda, hacia su identidad profesional, cómo concibe su propia identidad profesional, en qué consiste su trabajo, cómo lo concibe, cómo lo vive y cuál es su perspectiva del usuario al que atiende (Leal y Martínez, *op. cit.*:62-3).

Tanto el acceso a los servicios de salud reproductiva como la calidad de los servicios son dos aspectos críticos en el ofrecimiento de los servicios, jugando los prestadores de servicios un papel central en ambas dimensiones.

Hace ya casi una década, varias investigaciones comenzaron a interesarse por estudiar cómo minimizar o eliminar los obstáculos que presenta la población cuando acude o desea acudir a servicios de planificación familiar, interesándose particularmente por las barreras relacionadas con las políticas y las prácticas médicas. Bertrand *et al.* (1995) señalan una serie de restricciones en el acceso agrupadas en: barreras en el acceso y barreras médicas. Según estos autores aunque una usuaria/o pueda haber sorteado las dificultades geográficas, económicas, administrativas, cognitivas y psicosociales del acceso, puede no acceder al método debido a barreras médicas que incluyen criterios de elegibilidad, contraindicaciones desactualizadas, el que el método no esté disponible, actitudes médicas contrarias al uso de ciertos métodos o inapropiado manejo de efectos colaterales.

Shelton *et al.* (1992) definen estas barreras médicas como “prácticas, derivadas en parte de la racionalidad médicas pero que resultan injustificadas científicamente, impidiendo o negando la anticoncepción”. Estas barreras, según estos autores, aparecen en dos niveles: a) el nivel macro de las políticas, los protocolos y las regulaciones y b) en el nivel micro mediante las actitudes y los comportamientos médicos (Citado en Miller *et al.* 1998:161-179).

Un estudio que examinó las restricciones médicas en el acceso a métodos de planificación familiar en cinco países de Africa (Miller *et al.*, op.cit.) arribó a las siguientes conclusiones:

- a) si bien los protocolos de los servicios nacionales enuncian una serie de criterios de elegibilidad para el ofrecimiento de contraceptivos, son los prestadores quienes interpretan estos protocolos, reportando que ellos imponen mayores barreras a los clientes que los requeridos por las políticas, de este modo los protocolos, aunque basados en la evidencia médica no son aplicados de un modo médico,
- b) las restricciones encontradas son posiblemente motivadas por normas sociales más que por necesidades médicas, el patrón seguido por los prestadores es discutible médicamente aunque tal vez apropiado desde un punto de vista social o cultural,
- c) los prestadores imponen ciertas restricciones “con las mejores intenciones” y consideran que haciendo esto “protegen” tanto a la usuaria como a su sociedad,
- d) las actitudes culturales de los prestadores tienen un efecto enorme en cómo los servicios son ofrecidos y la motivación de los prestadores para imponer limitaciones con la finalidad de proteger su sociedad, cultura o valores es un asunto serio y generalmente no tratado.

Vistas así, las limitaciones impuestas por las y los prestadores al acceso con calidad de servicios de salud reproductiva derivadas de la motivación personal del profesional, de su experiencia, de su capacidad técnica, entre otras, son consideradas como un grave impedimento en el ofrecimiento de servicios de calidad. De ahí nuestro objetivo de identificar y analizar lo que un conjunto de prestadores, reconocen como necesidades de

salud reproductiva de la población, las constituyen en objeto de su intervención y los recursos utilizados para responder a las mismas.

■ *Otros actores clave: la población abierta*

En las últimas décadas del s. XX se fortaleció el interés por recuperar el punto de vista de los usuarios, los sujetos enfermos y de la población en general referente al cuidado y la atención de la salud (Mercado F., *et al.* 1999). El desarrollo de esta línea de investigación ha propiciado un paulatino debilitamiento de la postura médico-centrista, ha propiciado un fortalecimiento de los marcos metodológicos cualitativos, y ha ampliado el margen de comprensión de las condiciones sociales que influyen en la búsqueda, acceso y valoración de los servicios de salud (Mercado F., *et al.* 1999, 2007).

En el campo de la salud reproductiva surge el interés por comprender los obstáculos que enfrentan las personas que acceden a servicios de planificación familiar o de atención a padecimientos relacionados con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción; sin embargo, todavía es limitada la información que ofrezca una visión sistemática de las propuestas de los diferentes grupos de la población que acude o desea acudir a los servicios disponibles en un contexto particular.

De ahí nuestro objetivo de recuperar y analizar la perspectiva de diferentes grupos de la población que habita en zonas que registran índices de media y alta marginalidad de la ciudad de México. La generación de esta información permitirá lograr una aproximación a los problemas, necesidades y obstáculos en la atención a la salud reproductiva presentes entre varones y mujeres que pertenecen a diferentes grupos de edad.

Segunda parte: Metodología

El adoptar una metodología cualitativa implica asignar centralidad a la dimensión subjetiva de la acción social, adoptando técnicas e instrumentos de recolección de la información y de análisis que se centren en el punto de vista de los actores sociales involucrados para acceder a sus propias interpretaciones, intencionalidades y atribuciones de sentido (Castro y Bronfman, 1995:58).

El componente de investigación cualitativa que busca comprender la manera en que diferentes grupos de la población identifican los principales problemas, necesidades y obstáculos en la atención de la salud reproductiva se hizo mediante la integración de grupos focales, en tanto constituye un procedimiento metodológico que posibilita la aproximación e interpretación de las normas, representaciones y prácticas grupales a través de un discurso que se crea colectivamente y que al mismo tiempo permite identificar desacuerdos individuales y falta de consenso al interior del grupo. Así mismo, se aplicaron entrevistas en profundidad, ya que esta técnica nos permite recuperar el discurso reinterpretado de los sujetos, para adentrarnos a ciertas dimensiones de la subjetividad.

La dinámica y discurso entablado en cada uno de los grupos focales, así como la información de las entrevistas fue grabado con el apoyo de aparatos de audio y video. A su vez, se elaboraron diarios de campo y reportes provenientes de la observación etnográfica. La información obtenida en los grupos focales fue transcrita para su posterior análisis.

■ *Prestadores de servicios*

El estudio de los proveedores de servicios incluyó la realización de visitas a distintos servicios públicos ubicados en la zona del Ajusco Medio (Tlalpan), donde se

emplearon las técnicas de observación sistemática y entrevistas a médicos/as, enfermeras y trabajadores sociales. Posteriormente, se integraron dos grupos focales con distintas categorías de prestadores que trabajan en centros de salud dependientes de los servicios médicos del Gobierno del Distrito Federal. Los grupos focales se llevaron a cabo en el centro de salud T-II *Cultura Maya* y contaron con la asistencia de tres médicos, dos trabajadores sociales y dos enfermeros.

A continuación se presentan las características de los/as participantes:

GRUPOS FOCALES A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO DE SALUD T-II CULTURA MAYA

Profesión	Edad	Lugar de trabajo	Años en el servicio	Puesto
Médica	35	Centro de Salud T-II Cultura Maya	6	Médico
Médica	42	Centro de Salud T-II Cultura Maya	15	Médico
Médico	50	Centro de Salud T-I Bosques del Pedregal	18	Médico
Lic. en trabajo social	30	Centro de Salud T-II Cultura Maya	7	Trabajadora social
Lic. en trabajo social	40	Centro de Salud T-I Tierra y Libertad	7	Trabajador social
Enfermera	54	Centro de Salud T-II Cultura Maya	37	Jefa Enfermeras
Auxiliar de enfermería	45	Centro de Salud T-I Bekal	14	Enfermero

En otra etapa del proceso de investigación, la aproximación al punto de vista de proveedores de servicios de salud del sector privado, se llevó a cabo mediante la integración de un grupo focal, en el cual, participaron siete médicos/as y una enfermera que laboran en unidades médicas ubicadas en la zona noreste de la Delegación Tlalpan.

A continuación se presentan las características generales de los/as participantes:

GRUPOS FOCALES A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

SECTOR PRIVADO

Profesión	Delegación	Lugar de trabajo
Enfermera	Iztapalapa	Clínica maternidad Danelia
Médico	Iztapalapa	Consultorios médicos de la Fundación Best-Farmacias Similares
Médica	Iztapalapa	Consultorios médicos de la Fundación Best-Farmacias Similares
Médico	Iztapalapa	MEXFAM-área de programas comunitarios urbanos
Médica	Iztapalapa	MEXFAM-área de programas comunitarios urbanos
Médico	Iztapalapa	Sistema médico privado
Médico	Iztapalapa	Centro Médico Infantil Privado
Médica	Iztapalapa	Centro Médico Infantil Privado

Los grupos focales con prestadores de servicios del sector público y privado tuvieron como objetivos:

- Obtener un panorama inicial de las principales preocupaciones y necesidades de salud reproductiva que presentan las mujeres, los varones, las y los adolescentes.
- Conocer qué sectores de la población consideran que se ven más afectados con los problemas de la salud reproductiva.
- Conocer cuáles son los obstáculos sociales que ellos consideran tiene cada uno de los diferentes grupos en la identificación de sus principales necesidades; en la toma de decisiones informadas; y en la expresión de demandas tendientes a satisfacerlas.
- Conocer las principales dificultades que tienen para satisfacer las necesidades de salud reproductiva de la población a la que asisten.
- Conocer el punto de vista de los prestadores en cuanto a cómo podrían atenderse mejor las necesidades de salud reproductiva de la población.

■ *Población abierta*

Toda vez que la satisfacción de las necesidades reproductivas, requiere tomar en consideración las demandas y condiciones específicas de los distintos grupos poblacionales, se consideró relevante explorar el punto de vista de los usuarios y potenciales usuarios de los servicios relacionados con la promoción y cuidado de la salud.

En una zona de alta marginalidad ubicada en la Delegación Iztapalapa, se integraron tres grupos focales compuestos por treinta y tres mujeres que pertenecen a diferentes grupos de edad (15-19, 20-24, 25-49 años) y que declararon tener una vida sexual activa. Así mismo, se integró un grupo focal compuesto por diez varones cuya edad oscila entre los 25 y 49 años.

En los siguientes cuadros se presentan las características de las integrantes que participaron en cada uno de los grupos focales realizados¹:

**INTEGRANTES GRUPO FOCAL FEMENINO DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD
COLONIA "LA JOYITA" DELEGACIÓN IZTAPALAPA**

Participante	Edad	Edo. civil	Número de hijos(as)	Ocupación	Escolaridad	Dirección
1	16	Soltera	0	Estudiante	Preparatoria incompleta	La Joyita
2	16	Soltera	1	Hogar	Analfabeta	La Joyita
3	17	Soltera	0	Costurera	Primaria	La Joyita
4	19	Soltera	1	Obrera	Primaria incompleta	La Joyita
5	19	Soltera	0	Estudiante	Preparatoria Incompleta	La Joyita
6	17	Soltera	0	Obrera	Preparatoria Incompleta	La Joyita
7	17	Unión Libre	1	Costurera	Secundaria Incompleta	La Joyita
8	16	Soltera	0	Estudiante	Preparatoria Incompleta	La Joyita
9	20	Casada	3	Hogar	Primaria incompleta	La Joyita

**INTEGRANTES GRUPO FOCAL FEMENINO DE 20 A 24 AÑOS DE EDAD
COLONIA "CIRCUITO LA JOYA" (EL HOYO) DELEGACIÓN IZTAPALAPA**

Participante	Edad	Edo. civil	Número de hijos(as)	Ocupación	Escolaridad	Dirección
1	20	Soltera	1	Hogar	Secundaria incompleta	Circuito La Joya
2	20	Soltera	1	Hogar	Secundaria	Circuito La Joya
3	22	Soltera	Embarazo	Hogar	Estudios de admón..	Circuito La Joya
4	23	Unión libre	2	Hogar	Secundaria incompleta	Circuito La Joya
5	24	Unión libre	2	Hogar	Preparatoria incompleta	Circuito La Joya
6	23	Soltera	0	Secretaria	Carrera técnica	Circuito La Joya
7	24	Casada	1	Hogar	Secundaria incompleta	Circuito La Joya
8	22	Soltera	1	Trabajo imprenta	Primaria	Circuito La Joya
9	22	Casada	1	Hogar	Primaria	Circuito La Joya
10	21	Unión libre	2	Hogar	Primaria	Circuito La Joya
11	19	Unión libre	1 y embarazo	Hogar	Primaria	Circuito La Joya
12	25	Casada	3	Hogar	Primaria	Circuito La Joya

**INTEGRANTES GRUPO FOCAL FEMENINO DE 25 A 49 AÑOS DE EDAD
PREDIO TELECOMUNICACIONES II (COLOSIO)
"FOS" FRENTE DE ORGANIZACIONES SOCIALES**

Participante	Edad	Edo. civil	Ocupación	Escolaridad	Dirección
1	34	Unión libre	Hogar	X	Predio Telecomunicaciones
2	30	Soltera	Comerciante	X	Predio Telecomunicaciones
3	28	Unión libre	Hogar	X	Predio Telecomunicaciones
4	28	Unión libre	Hogar	X	Predio Telecomunicaciones
5	35	Unión libre	X	X	Predio Telecomunicaciones
6	34	Casada	X	X	Predio Telecomunicaciones
7	40	Casada	X	X	Predio Telecomunicaciones
8	35	Casada	Hogar	X	Predio Telecomunicaciones
9	30	Soltera	X	X	Predio Telecomunicaciones
10	38	Casada	Hogar	X	Predio Telecomunicaciones
11	39	Casada	Hogar	X	Predio Telecomunicaciones
12	39	Casada	Hogar	X	Predio Telecomunicaciones

¹ Se asignó un número a cada participante y se indica la colonia donde éste habita, con el fin de respetar la confidencialidad de los informantes; sin embargo, se cuenta con los datos personales para su verificación.

**INTEGRANTES GRUPO FOCAL MASCULINO DE 25 A 49 AÑOS DE EDAD
CAMPAMENTO DE OBRAS PÚBLICAS, DELEGACIÓN IZTAPALAPA**

Participante	Edad	Edo. civil	Ocupación	Escolaridad	Dirección
1	30	Casado	Limpieza de drenajes	Primaria	Col. San Isidro
2	36	Casado	Limpieza de drenajes	Secundaria	Col. La Planta
3	39	Casado	Limpieza de drenajes	Primaria	Col. Magdalena Mixiuca
4	25	Soltero	Limpieza de drenajes	Primaria	Col. La Conchita
5	41	Casado	Operador grúa	Preparatoria incompleta	Col. Guerrero
6	47	Casado	Hojalatero	Primaria	Col. Peralvillo
7	46	Casado	Pintor	Primaria	Iztapaluca.
8	45	Casado	Pintor	Primaria	Col. La Planta
9	X	Casado	Chofer de vehículo de agua potable	Secundaria	Col. San Isidro
10	X	Casado	Bodeguero	Primaria	Col. La Planta

Los objetivos que guiaron los grupos focales de mujeres y varones fueron:

- Identificar las más importantes necesidades de salud reproductiva experimentadas por mujeres y varones de diferentes grupos de edad.
- Detectar cómo las mujeres y varones expresan las barreras y los obstáculos de acceso a los servicios de salud.
- Establecer las condiciones y tipos de interacciones que impiden o favorecen que las mujeres y varones expresen sus necesidades, sean capaces de traducirlas en una demanda de servicios de salud y por este medio, puedan satisfacer sus necesidades de salud reproductiva.

Tercera parte: Resultados.

I. Servicios de salud reproductiva del sector público

En este apartado describimos la información obtenida mediante las visitas efectuadas a servicios de salud del sector público situados en la zona del Ajusco Medio, Delegación Tlalpan, donde se realizó un ejercicio de observación sistemática, se organizaron dos grupos focales y se aplicaron entrevistas a médicos/as, enfermeras y trabajadores sociales. Asimismo, se complementó la información mediante la revisión documental.

1.1 Caracterización de servicios públicos de salud en una zona de marginalidad media

Tlalpan es considerada como una delegación con pobreza media (Boltvinik, 2006:34). En ella se ubica 25% de las 44 unidades de tercer nivel con que cuenta el Distrito Federal, sin embargo 46% de los habitantes de esta demarcación no tiene acceso a los servicios médicos institucionales (Quintero y Baltasar, 2000:8).

Desde el año 2002, los servicios de salud de la ciudad de México (gobernada por un partido de izquierda, el PRD) ofrecen el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSM y MG) para la población no asegurada del D.F. El programa diseñado desde una perspectiva de derecho a la salud, pretende disminuir la desigualdad en las condiciones de salud y en los recursos, removiendo en primer lugar, el obstáculo económico (GDF-Secretaría de Salud, 2002).

Dependientes de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan se encuentran diez centros de salud T-I, tres centros de salud T-II, cinco centros de salud T-III y el Hospital Materno Infantil Topilejo. También se ofrece atención primaria en once casas de salud y veintidós consultorios periféricos. Cabe mencionar que el programa *Casas de la salud* surgió bajo la administración del delegado Martínez della Roca y su principal objetivo es ofrecer atención primaria y preventiva a la población de escasos recursos. Las casas de salud

fueron abiertas en mayo de 1998 en las colonias de más escasos recursos. El personal que trabaja en ellas está integrado por uno o más médicos, una enfermera y una trabajadora social. El programa inició como un esfuerzo coordinado entre las autoridades de la delegación, la Secretaría de Salud del D.F. y la iniciativa privada. Previo al diseño e implementación de los servicios se llevó a cabo una investigación que permitió conocer las necesidades y requerimientos de las comunidades así como los problemas que más las afectaban como la desnutrición, los malos hábitos higiénicos, la carencia de drenaje y agua potable entubada y el hacinamiento (Quintero y Baltasar, *ibid*).

Dentro de esta delegación elegimos la zona del Ajusco Medio, considerada de marginalidad media, para tener una primera aproximación al punto de vista de los prestados servicios.

Del sector público visitamos las casas de salud Mirador II, *Primavera-Verano* y *Popular Santa Teresa*, el centro de salud T-I *Lomas de Padierna* y un consultorio periférico. Todos estos servicios pertenecen a la Delegación Sanitaria Tlalpan. También visitamos un consultorio privado, ubicado a pocas cuerdas del centro de salud *Lomas de Padierna*. De cada uno de estos servicios describimos las características físicas, el horario de atención, el costo de la consulta, los recursos humanos que conforman el equipo de salud, los principales problemas de salud que afectan a la comunidad que atienden, los servicios que prestan, con un particular interés por conocer las acciones de salud reproductiva que llevan a cabo y las que por distintos motivos no realizan.

La **casa de salud *Mirador II*** es atendida por un médico familiar que cuenta con una Especialidad en Geriatria y Gerontología. Este servicio cuenta con dos consultorios, uno médico y el otro, dental. La atención médica es de lunes a viernes de 10 a 15 y de 16 a 18 y los sábados de 10 a 14; la atención odontológica es de lunes a viernes de 9 a 1 y de 15 a 18 y los sábados de 9 a 14. La casa de salud no cuenta con sala de espera ni asientos, por lo que la gente debe esperar al aire libre. Existe un sanitario en el patio. En

las paredes exteriores se observan carteles que indican el día y hora en que habrá consulta oftalmológica. En este servicio no hay que sacar ficha, los pacientes son atendidos a medida que llegan y la consulta es fluida siendo su costo de \$20. El consultorio médico es de dimensión adecuada, presentaba buenas condiciones de aseo, orden y decoración.

El médico comentó que este servicio antes de ser casa de salud era un centro de salud y hace dos años cambió de denominación. Este profesional formó parte del equipo que participó en el diseño del modelo de atención de las casas de salud cuyo principal objetivo es dar atención médica en zonas marginadas a bajo costo y con la participación de la comunidad (por ejemplo en la construcción de los inmuebles). En el pasado, según su opinión, las casas de salud funcionaban adecuadamente, en cambio en el presente, se encuentran como a la deriva y sin casi el apoyo de la delegación. Por ejemplo, se nos dijo que el mantenimiento del consultorio y el abastecimiento del material mínimo indispensable para atender (estetoscopio, baumanómetro, material de curación) es cubierto por él.

Los principales problemas de salud que atiende son enfermedades respiratorias y diarreas en niños y adultos. En cuanto a la atención de la salud reproductiva, él realiza control prenatal, da los pases para que las pacientes atiendan su parto en hospitales públicos como el Hospital General "Dr. M. Gea González" o el Materno Infantil de Topilejo. Los papanicolaou no son realizados por este médico, sino que es el personal de la unidad móvil quien brinda este examen. El se limita a avisar mediante carteles el día y horario en que estará la unidad móvil en el servicio. Una vez a la semana recibe la vista de un médico que realiza ultrasonidos. Las consultas son reportadas a la Dirección de Servicios Médicos de la Delegación Tlalpan y recibe de esta instancia medicamentos.

Las otras dos casas de salud visitadas son atendidas por médicos/as pasantes de la UAM-Xochimilco como parte del Proyecto Urbano de Salud. El equipo de salud de la

casa de salud Primavera-Verano está compuesto por una médica, un médico y una enfermera. El horario de atención es de lunes a jueves de 9 a 14 horas. El día viernes los pasantes asisten a la reunión del Proyecto Urbano en la universidad y la enfermera dedica este día a ir a la Subdirección de servicios médicos a entregar los reportes y las muestras de Pap tomadas durante la semana.

La casa estuvo cerrada casi por un año y reabrió hace siete meses, de ahí la razón (según el personal) de que aún no llegan muchos pacientes, a pesar de haber repartido volantes en la comunidad promocionando la reanudación de las actividades. La casa consta de tres consultorios amplios y existe un sanitario dentro de la misma. La casa muestra buenas condiciones de limpieza, que es realizada por la médica y la enfermera. Información sobre temas como: violencia doméstica, papanicolaou, cáncer de próstata, protección contra el maltrato infantil, hipertensión, cuidado del agua, climaterio y menopausia y farmacodependencia es exhibida a través de carteles y un periódico mural.

Los servicios de salud reproductiva que ofrecen son: control prenatal, pase para atender el parto en hospitales públicos, papanicolaou y anticoncepción. Una vez por semana reciben a un médico que realiza exámenes de laboratorio y ultrasonidos. El costo de estos últimos es de \$160. El examen de papanicolau es gratuito y la entrega de los resultados tarda entre 15 a 20 días. Si existe un proceso inflamatorio se ofrece a las mujeres un tratamiento que consiste generalmente en óvulos, si se trata de infección por el VPH o de displasia se canaliza a la paciente al Instituto Nacional de Cancerología. El papanicolaou es realizado por los médicos como por la enfermera, quien cuenta con un gran experiencia en tanto trabajó anteriormente en la unidad móvil que recorre la delegación tomando muestras de papanicolau y ofreciendo consejería sobre salud y derechos reproductivos.

En cuanto a la asistencia de adolescentes y jóvenes demandando información sobre sexualidad y prevención de ITS o embarazos, se nos comentó que son pocos los

que se acercan al servicio, siendo las mujeres jóvenes las que por lo regular lo hacen cuando ya tienen alguna sospecha de estar embarazadas y demandan la prueba del embarazo pero como el servicio no brinda esta prueba las adolescentes que requieren este servicio son remitidas al centro de salud de la colonia Miguel Hidalgo, que cuenta con laboratorio.

Otros servicios con los que tampoco cuenta esta casa de salud y que son demandados por la población son los de atención odontológica y psicológica.

Un problema grave identificado por el equipo de salud en la población es el de la violencia. Al respecto tanto la enfermera como la médica mencionaron tener conocimiento de que hace varios años en la colonia se registraron cerca de seis casos de violación y el acoso sufrido por una enfermera de la casa de salud, lo que provocó que la comunidad se uniera y organizara rondines que contribuyeron a la captura del violador. Por otra parte, cuando la doctora llegó a la casa de salud realizó un diagnóstico de salud a través del cual comenzó a detectar que uno de los principales problemas percibidos por la comunidad era el de la violencia; los niños a través de dibujos indicaron que lo que nos les gusta de su colonia eran los asaltos y secuestros, aunque también refirieron la violencia ejercida por las madres hacia los hijos. Esta situación motivó la conformación de dos grupos, uno con niños y otro con madres donde se abordan a través de talleres se aborda semanalmente esta problemática.

La otra casa de salud llamada *Popular Santa Teresa* es atendida por tres médicas pasantes. Una de ellas hace dos meses que llegó al servicio. El equipo de salud no cuenta ni con enfermeras ni con trabajadora social. El horario de atención es de lunes a jueves de 10 a 15; los viernes como en los otros dos servicios, las pasantes concurren a la universidad para dar cuenta de las actividades que realizan dentro del Proyecto Urbano de Salud. Dos veces a la semana la casa de salud recibe a un laboratorista y una vez semanalmente a un optometrista.

Algo que llamó nuestra atención al llegar al servicio fue la existencia de un gran cartel en la puerta donde se informaba a la población el robo acontecido en febrero pasado de equipo y material odontológico y la responsabilidad que le correspondía a la comunidad de cuidar el servicio y evitar que esto volviera a acontecer. Al respecto se nos informó que a partir del robo, el servicio ya no pudo ofrecer atención odontológica. Debido al clima de inseguridad, la hora de apertura y cierre del servicio, responde al horario en que un grupo de señoras se colocan a vender ropa usada frente al servicio y que hace que las médicas se sientan más seguras mientras están las vendedoras.

El costo de la consulta es de \$20 pero si la persona no puede pagar no se le cobra. Las pasantes reciben mensualmente \$500 como retribución a su servicio de parte de la delegación. De su propio bolsillo pagan a una señora para que haga el aseo una vez a la semana. El servicio consta de tres consultorios y un sanitario dentro de las instalaciones. En la sala de espera los sillones presentan malas condiciones, están rotos y sucios. Sobre las paredes se exhiben carteles conteniendo información sobre violencia doméstica, sobrepeso, higiene bucal, cáncer de próstata, cáncer de mama, Papanicolaou, hipertensión y diabetes.

El principal problema de salud detectado en la comunidad a través de un diagnóstico sociosanitario es el sobrepeso. Un servicio demandado por la población y que no se brinda, es el de atención psicológica. Tal como pudimos observarlo durante nuestra visita, tampoco hay por parte de las pasantes el ofrecimiento de información o la canalización a otras instituciones que prestan este tipo de servicios.

En lo que respecta a la atención de la salud reproductiva, las doctoras mencionaron que ellas aprovechan la época en que las y los estudiantes llegan al servicio buscando los certificados médicos para hablarles de sexualidad y uso del condón. Una de ellas señaló que enseñan a los adolescentes cómo es un condón (mas no cómo se usa) y se los

regala. Otra población a la que también se les ofrece condones son las puérperas y las adolescentes.

La Delegación les provee de condones, hormonales inyectables y dispositivos. Reciben también de laboratorios hormonales orales. La anticoncepción de emergencia es demandada tanto por jóvenes como por señoras; en estos casos los anticonceptivos que ofrecen son los abastecidos por los laboratorios privados. El examen de Pap es realizado por las médicas y son ellas mismas quienes llevan las muestras a la oficina de la Jurisdicción Sanitaria. Al igual, que en las otras casas de salud, las infecciones vaginales leves son atendidas en el servicio; en cambio cuando se trata de infección por el VPH o neoplasias las pacientes son derivadas al Gea González o al Instituto Nacional de Cancerología. El servicio también organiza talleres de control del embarazo para mujeres embarazadas y ofrece pláticas sobre temas diversos como obesidad, VIH-SIDA y menopausia.

Otro tipo de servicio visitado fue el **consultorio periférico Popular Santa Teresa**, ubicado a unas pocas cuadras de la anterior casa de salud. La violencia de la zona donde se ubica este consultorio nos fue advertida por un visitador médico, que se encontraba en este servicio el día de nuestra visita, con la intención de que tomáramos recaudos especialmente en las tardes, en tanto algunos colegas habían sido asaltados e incluso despojados de sus vehículos.

El consultorio cuenta con una sala de espera y tres consultorios, ofrece servicios médico, odontológico y de laboratorio, éste último tres veces a la semana. El horario del servicio médico es de 11 a.m a 8 p.m. y el odontológico de 4 a 8 p.m. Para el primero de los servicios no se necesita sacar turno y la consulta general cuesta \$20 en tanto la ginecológica \$30, aclarándonos que el Papanicolaou es gratuito. Las médicas que trabajan en este consultorio pagan mensualmente a la Delegación una renta, sin embargo, como no reciben de esta instancia medicamentos trabajan con los laboratorios.

Esto consiste en que el laboratorio da un medicamento y el paciente compra el otro o en otros casos, el laboratorio ofrece dos medicamentos y el paciente paga el tercero.

La médica a cargo del servicio médico egresó de la UNAM y realizó la Especialidad en Salud Reproductiva en la UAM; trabaja en el servicio desde hace 10 años, casi por ese mismo lapso y hasta hace dos años laboró simultáneamente en la Dirección de Salud Reproductiva (SSA) junto al Dr. Gregorio Pérez Palacios, en la parte normativa así como capacitando a prestadores sobre salud reproductiva. También mencionó su participación en la instalación del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva y el trabajo estrecho que mantuvo con organizaciones de la sociedad civil y el *Population Council*. Actualmente, esta profesional sólo trabaja en este consultorio y mencionó que cuando aún estaba en la SSA sólo atendía por las tardes. También mencionó que realiza anualmente trabajo voluntario en Oaxaca.

Dentro de la población a la que presta sus servicios mencionó la presencia de migrantes provenientes de Oaxaca y Chiapas así como la frecuente atención a familiares de estos habitantes que temporalmente visitan la colonia. Los principales problemas de salud reproductiva que observa en la población que asiste son: el embarazo de jóvenes, la inadecuada administración de anticoncepción de emergencia entre las mujeres usuarias (tanto jóvenes como adultas) y la multiplicidad de parejas que tienen algunas mujeres y varones. También mencionó que en ocasiones ha atendido a sexoservidoras, pacientes con problemas de drogadicción y sólo una vez remitió a la Clínica de la Condesa a un joven que era VIH positivo.

Ofrece durante la consulta, educación sexual a niños y jóvenes, aún cuando vengan acompañados de sus padres, en tanto considera que es un área de su responsabilidad. Igualmente mencionó que la disfunción eréctil particularmente entre los diabéticos es un problema importante que afecta a la población masculina, indicando que Pfizer les provee

de Viagra. Cabe mencionar el trato muy cordial y atento que la doctora ofrece a sus pacientes, saludándolos con su nombre.

El **Centro de salud T-I Lomas de Padierna** presenta instalaciones bastante precarias, está construido con materiales prefabricados. Consta de dos consultorios, en uno atiende la doctora y en el otro, la enfermera. Este último, es de dimensiones muy reducidas. El día que visitamos el servicio llovía y pudimos constatar la existencia de goteras en uno de los consultorios. La sala de espera prácticamente está al aire libre, sólo protegida por un techo de lámina. En este espacio también observamos un tanque de agua y al lado, un lavamanos. El equipo de salud está compuesto por una doctora, con 5 años en el servicio, la trabajadora social con 10 años y por una enfermera con 6 años de antigüedad. Se da atención de lunes a viernes de 8 a.m. a 2 p.m., recibiendo un promedio de 18 a 24 fichas diarias. El servicio es cuidado por un policía que trabaja diariamente incluyendo los fines de semana.

Tanto en el interior como en el exterior se exhiben carteles que contienen información sobre planificación familiar, violencia intrafamiliar, tamiz neonatal, enfermedades de la infancia, ácido fólico y un periódico mural informa sobre diarreas provocadas por ingerir hongos y sobre la clasificación de residuos.

La doctora remarcó la precariedad de las condiciones en que ofrecen los servicios, relató que varios muebles fueron traídos de su casa y ella misma compró una cortina para tener privacidad cuando revisa a las señoras. También comentó acerca del insuficiente material con el que tienen que hacer frente a ciertos procedimientos, como el Papanicolaou con sólo tres espéculos que a veces no puede higienizar por falta de agua. Igualmente esta profesional manifestó su disconformidad en relación a las presiones institucionales para ser “más productiva” en condiciones de desabasto de los insumos mínimos y las sanciones recibidas por no alcanzar los “estándares de productividad” como no autorización para asistir a algún curso o no recibir los beneficios de alguna promoción.

Por su iniciativa, el servicio realiza una vez al año una jornada médica junto a la colaboración de laboratorios y vecinos, día en que se realizan de forma gratuita exámenes de vista, Papanicolaou, detección de diabetes, ofrecimiento de pláticas sobre nutrición, ejercicio físico, cepillado correcto, etc. Mensualmente, organiza salidas con pacientes de la tercera edad a distintos lugares de la ciudad, como parques o museos con la intención de que interactúen con pares. Los traslados no tienen ningún costo en tanto es la delegación quien provee el transporte.

Respecto a problemas de salud reproductiva, la doctora mencionó la alta frecuencia de vaginitis y garderella en la población que atiende, infecciones en las que también recomienda el tratamiento a la pareja a través de las mujeres porque comentó que los varones nunca llegan al consultorio.

En cuanto a anticoncepción, señaló que es el dispositivo el método que más promueve y que ha incentivado la vasectomía en algunos varones. De los laboratorios recibe donaciones de medicamentos porque es la única manera de que los pacientes tengan siempre su medicamento ante los frecuentes problemas de desabasto.

Otro problema percibido como muy importante en la comunidad es el de la violencia, mencionando que el servicio ha pasado por frecuentes robos de botes de basura y macetas e incluso, un miembro del equipo de salud estuvo a punto de sufrir acoso sexual por parte de un paciente un día en que se encontraba sola en el servicio.

1.2 La perspectiva de prestadores de servicios públicos de salud

A continuación se presenta la sistematización de resultados obtenidos mediante el diálogo entablado con los prestadores de servicios públicos de salud existentes en la zona del Ajusco, Delegación Tlalpan, referente a las necesidades y demandas en salud reproductiva de diferentes grupos de la población.

En primer lugar hay que señalar que las respuestas de los entrevistados se derivan de su práctica profesional dirigida a un cierto tipo de población caracterizada por ellos como perteneciente a sectores socioeconómicos de marginalidad media. Las mujeres, en general son amas de casa o se dedican al comercio informal en tanto los varones son pequeños comerciantes. Se trata de una población flotante, aproximadamente entre un 15 y un 20% presenta movimientos migratorios internos o externos, lo cual representa, en la opinión de los prestadores un serio problema en términos de la prestación de los servicios y el seguimiento médico. Otros problemas detectados en la comunidad son: el incremento de la población adulta debido a la mayor esperanza de vida, la falta de transporte y el alto índice de delincuencia.

En relación al grupo de la población que más acude al servicio demandando servicios de salud reproductiva, los prestadores indicaron que son las mujeres entre 20 y 45 años, quienes asisten a los servicios “abiertamente” en tanto socialmente se acepta que tengan vida sexual activa, a diferencia de lo que acontece, por ejemplo, entre las y los adolescentes. Los servicios más solicitados son los de planificación familiar y control prenatal.

Debido al Programa de gratuidad que existe en los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal se esperaría que la población se acercara a ellos para satisfacer sus necesidades en salud; sin embargo, los prestadores reconocieron que, en muchas ocasiones, la población asiste a las *Farmacias de Similares*, porque el tiempo de espera es mucho menor, los horarios de atención más amplios y saben que no siempre los centros de salud cuentan con el abasto suficiente de medicamentos. Un aspecto negativo de la asistencia a estos servicios, señalado por algunos de los prestadores, refirió a la dudosa competencia técnica de los profesionales que atienden en los consultorios y los consecuentes riesgos que la población puede correr, por ejemplo se relató el caso de una

chica de 13 años a quien se le recetó el uso de ampolletas (hormonales) y regresó al centro de salud con graves problemas.

Los prestadores también mencionaron que la población muchas veces recorre varios servicios de salud (públicos y privados) y después llegan al centro de salud, debido a los obstáculos que encuentran en el acceso y satisfacción de sus necesidades de salud.

Un aspecto central de nuestra indagación fue explorar cuáles son las principales necesidades y problemas de salud reproductiva que presentan distintos grupos de la población (mujeres, varones, adolescentes y jóvenes) desde el punto de vista de los prestadores. A continuación presentamos la información referida a cada uno de estos grupos:

■ *Necesidades y problemas de salud reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes.*

Una de las médicas inició señalando el problema del embarazo entre mujeres cada vez más jóvenes debido a la falta de educación sexual: *“Antes decíamos, se embarazó muy chavita, de 17, 18 años, pero ahora no, ahora nos estamos dando cuenta que es todavía más jóvenes las que se están embarazando por falta muchas veces de orientación, de educación sexual, de métodos de planificación...”*.

Según el médico esto no tendría que ocurrir debido al mayor acceso de información sobre anticoncepción con el que cuentan hoy las jóvenes. Para este profesional, las jóvenes cuentan con información y tienen conciencia de lo que están haciendo, *“se embarazan porque quieren”* o *“porque se les pasó”*.

Fue una de las enfermeras quien manifestó que son las cuestiones sociales (prejuicios, tabúes) las que impiden que las y los adolescentes lleguen a los servicios de salud. El hacer evidente su presencia a través de sacar ficha y esperar frente al público hasta que la/o atiendan es un obstáculo que desalienta a los jóvenes a asistir a los servicios a solicitar información sobre cómo prevenir embarazos o infecciones de

transmisión sexual (ITS). De ahí que un aspecto positivo resaltado por el personal de enfermería es que ellos ofrecen condones sin el requerimiento de tener que sacar cita y pasar a consulta médica.

En el mismo sentido y como excepción, una de las médicas comentó que en todos los años que trabaja en el servicio, una sola vez atendió a una adolescente de 15 años quien le solicitó un método de planificación familiar.

También se reconoció que son más los varones que las mujeres adolescentes quienes llegan al servicio solicitando información sobre anticoncepción y particularmente, condones. Se aludió al hecho de que muchas veces los jóvenes llegan *“pero no de manera abierta, sino muy a escondidas, que no se sepa qué vienen a buscar”*.

Generalmente, la concurrencia de las y los adolescentes al servicio demandando información sobre anticoncepción tiene como principal motivo el cumplimiento de una tarea escolar y no el interés personal del adolescente por recibir una consejería para adoptar un método para prevenir una ITS o un embarazo.

El ofrecimiento de condones va precedido, según se indicó, siempre de una plática acerca de cómo usarlos. Algunos obstáculos en el acceso a condones por parte de las/os adolescentes y jóvenes pueden deberse a que no son atendidos el mismo día o a preguntas que realizan los prestadores acerca de si realmente los van a utilizar. Por ejemplo, el médico relató que en una ocasión llegó un grupo de jóvenes banda a pedirle una caja de condones. Ante esta solicitud, él les preguntó que *‘para qué querían tantos condones y ¿si pensaban utilizar todos?’*. Como en ese momento él estaba ocupado y no contaba con preservativos, los invitó a regresar al día siguiente, momento en que según su versión aprovechó para darles una plática.

En cuanto a la atención de embarazos adolescentes se mencionó que se atiende a las jovencitas siempre y cuando no se trate de un embarazo de alto riesgo, en estos casos se las canaliza a un hospital del 3er. Nivel de atención. También se indicó que el

departamento de trabajo social conforma grupos de educación para embarazadas, invitando también a las adolescentes a integrarse a esta dinámica.

Otros problemas detectados en este grupo, desde el punto de vista de los prestadores, son:

- La carencia de información o el contar con mala información, en tanto la principal fuente son sus amigos.
- Las dificultades que presentan los padres para dialogar con sus hijos sobre sexualidad.
- La oposición de muchos padres para que sus hijos reciban educación e información sobre sexualidad.
- Accesibilidad al servicio, particularmente en lo referente a los horarios. Las y los adolescentes van al colegio por la mañana y precisamente, ese es el horario en el que se ofrecen los servicios: *“Cuando ellos pueden, nosotros no podemos”*.

■ *Necesidades y problemas de salud reproductiva que presentan las mujeres.*

En relación a la anticoncepción se mencionó como problema la influencia de la red familiar y social en la no adopción de anticoncepción y los temores respecto de la eficacia de algunos métodos. Particularmente, se aludió a la oposición de las parejas y se reconoció el peso de los comentarios o consejos emitidos por las vecinas o amigas como un obstáculo para que las mujeres adopten un método: *“Hay gente que luego me pide el DIU, pero luego la mala información de la gente dice: ‘Es que dicen que con el DIU puedo quedar embarazada... entonces a veces las amigas dicen...: ‘No ¿qué cree? Que a mi vecina le pusieron el DIU y quedó embarazada y otras vez se lo volvieron a poner y quedó embarazada’...”*.

Un aspecto problemático lo constituyen los embarazos inesperados ante la falla del método y particularmente en el caso del dispositivo. Las acciones a seguir en cuanto a

extraer o no el dispositivo es una situación que angustia a las mujeres. En relación a este problema los prestadores manifestaron que el procedimiento elegido depende de las semanas de gestación. Si son las primeras semanas se puede retirar, alertando a la paciente del riesgo de que se produzca un aborto. Una de las doctoras mencionó que cuando se retira el dispositivo antes de la octava semana no hay prácticamente ningún problema. La otra doctora también coincidió en retirarlo en etapas muy tempranas y expresó que lo importante es concientizar a la paciente de los riesgos que se corren también no extrayéndolo, entre los que mencionó: parto prematuro o ruptura de saco amniótico. Pero según los entrevistados no sólo se trata de hacerle tomar conciencia a la paciente de los riesgos del procedimiento, sino que también se la responsabiliza de la decisión de realizarlo, como si la culpa por el embarazo fuera de la mujer. Dice una doctora: "... en esos casos, uno tiene que solicitarle a la paciente que tome la decisión, uno le plantea: *'Hay esta posibilidad, se lo puedo retirar pero hay esta posibilidad'* y sin problemas, igual es su decisión y sí se la tiene que involucrar...".

Debido a que el aborto está penalizado, cuando una mujer llega al servicio manifestando que se trata de un embarazo inesperado producido por la falla de un método, sólo queda iniciar el control prenatal. El apoyo psicólogo para enfrentar la situación sólo se ofrece si el embarazo fue producto de una violación en cuyo caso se canaliza a la paciente a una institución no gubernamental, lo que deja la posibilidad de que la paciente enfrente un conjunto más de obstáculos para acceder a este servicio.

Ante la importancia de dar seguimiento a las mujeres una vez que adoptan un método anticonceptivo, los prestadores expresaron la frecuente problemática de la deserción (a pesar de que según ellos se le advierte a la usuaria que debe estar en control durante 3 o 4 meses para evaluar cómo se siente con el método) y la necesidad de realizar estudios para saber las causas del ausentismo de muchas mujeres y dar seguimiento a las pacientes. Sin embargo, la falta de personal impide realizar las visitas

domiciliares para enfrentar este problema. Los médicos parecen no saber por qué las pacientes dejan de venir y suponen que es porque se cambiaron de colonia aunque también se admite que existe la posibilidad de que haya dejado de usar el método, haya cambiado de método o se haya embarazado.

En cuanto a la anticoncepción de emergencia se manifestó que como a veces no hay existencia en el centro de salud, se le prescribe para que la paciente compre el método. En este caso, tampoco existe un seguimiento para ver si realmente pudo comprarlo, ver qué resultados obtuvo y ofrecer otro método anticonceptivo.

Durante el control prenatal se mencionó como problema la no asistencia de las mujeres o el ingreso tardío al mismo. Se mencionó que muchas mujeres *“llegan cuando ya están a punto de parir”* en tanto se piensa que el embarazo es algo natural, que no requiere de supervisión y control médico. La gran mayoría, solicita su ingreso al programa de gratuidad un mes antes del momento del parto. Según la trabajadora social: *“no vienen porque no sabían que hay que controlarse, piensan que ‘con o sin médico igual va a nacer’ y se justifican diciendo: ‘No pude venir por el esposo, por trabajar, por los hijos’*.

En la opinión de varios prestadores, la mujer relega la atención de salud y antepone su bienestar a las actividades diarias y el cuidado de los demás integrantes de su familia. De ahí que la estrategia que utilizan con las mujeres es *“espantarlas”* acerca de los factores de riesgo que pudieran tener (zumbidos de oídos, endurecimiento del abdomen, etc.) con la intención de que la embarazada pudiera identificarlos y recibir una atención oportuna. En cuanto a favorecer la participación de los varones durante el embarazo, la trabajadora social comentó que en algunos centros de salud existen grupos de embarazadas, al que también se invitan a sus parejas, aunque se mencionó que la mayoría de las mujeres acude sola.

En relación al diagnóstico y atención de ITS, los participantes acordaron que las ITS clásicas como la gonorrea u otras infecciones como la el virus del papiloma humano

(VPH) no son frecuentes entre la población que ellos atienden. Sin embargo, también se mencionó la posibilidad de que las o los afectados no concurren a los servicios de salud por vergüenza y prefieran asistir con médicos particulares para atenderlas. Algunos de los factores mencionados por los prestadores que podrían estar obstaculizando la asistencia a servicios públicos para diagnosticar y tratar una ITS, fueron: la influencia de factores socioculturales, como el hecho de que todavía la sexualidad es un tema tabú entre la población, la desinformación respecto de los síntomas más frecuentes y el temor de que les pregunten por sus hábitos sexuales. También se habló de la desconfianza que tienen particularmente los varones hacia el médico debido al conocimiento que él posee de su núcleo familiar a través del expediente clínico que se lleva en los centros de salud y la divulgación de su padecimiento, por ejemplo, a su esposa.

En relación a la prevención del VIH-Sida, el trabajador social, quien fue capacitado para brindar consejería en VIH, mencionó que son varios los grupos de población a quien se les otorga asesoramiento y se les aconseja realizarse la prueba de detección, entre los que se encuentran: los adolescentes y jóvenes, debido a su proclividad para tatuarse o drogarse o tener relaciones sexuales sin condón y las mujeres embarazadas, particularmente cuando llegan en el primer trimestre, con la intención de evitar la transmisión vertical. Respecto de éstas últimas, este personal de salud mencionó que si bien las mujeres manifiestan muchos temores para hacerse la prueba, se les trata de infundir tranquilidad mencionando los beneficios que puede obtener el bebé por lo que la mayoría acepta. También mencionó que hasta el momento, no se han encontrado con casos positivos entre las mujeres que envían a realizarse la prueba.

Los pacientes que aceptan realizarse la prueba, son enviados al Centro de Salud *Dr. José Castro Villagrana* en Tlalpan. Una vez que el resultado llega al centro de salud, le es comunicado al interesado. En caso de que saliera positivo, se canaliza a la persona a la Clínica Condesa para que allí inicie el tratamiento.

En cuanto a otros problemas vinculados con el ejercicio sexual, sólo el trabajador social manifestó la existencia de mujeres con problemas de insatisfacción sexual, anorgasmia por “falta de confianza en sí mismas”.

Respecto a la prevención de cáncer cervicouterino tanto los médicos como las enfermeras que entrevistamos realizan la toma del Pap, las citologías son llevadas para su análisis a la jefatura de servicios médicos de Tlalpan. Una vez que los resultados regresan al centro de salud, si se trata de displasias o de infección por el VPH, las pacientes son canalizadas a la clínica de displasias del Instituto Nacional de Cancerología. Aunque los servicios del primer nivel deberían continuar llevando el seguimiento de la paciente, se mencionó que no siempre las mujeres regresan a los centros de salud, siendo difícil controlar la evolución del padecimiento.

En los casos de violencia de género, lo que se hace es en primer lugar escuchar a la paciente para evaluar la magnitud del problema y en segundo lugar, derivar a instituciones especializadas que abordan este problema. Particularmente son las/os trabajadoras sociales quienes se ocupan de este problema y comentaron su experiencia de derivación a instituciones públicas como el Centro Integral de Apoyo a la Mujer (CIAM) ubicado en La Joya (Tlalpan), las Unidades de Atención a la Violencia familiar (UAVIF) y los Centros de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), considerando que los CAVI funcionan mejor que el CIAM y las UAVI.

Además de la enunciación de estos problemas de salud, los prestadores aludieron al pudor de las mujeres como un factor que dificulta el acceso a los servicios, por ejemplo durante el control prenatal y la preferencia de muchas mujeres de ser atendidas por una doctora. También se habló de la no asistencia a exámenes de Pap por este mismo motivo. Fue el médico quien señaló que las mujeres le tienen más confianza a sus compañeras médicas por ser mujer y explicó que para mejorar la concurrencia de las señoras él suele decirles que lleguen acompañadas por el esposo o algún familiar y para

convencerlas de tomarse la prueba les dice: '¿Qué quieren sentir: pena o cáncer?'. Asimismo, remarcó la importancia de que él como varón al realizar la prueba cuente con el apoyo o la presencia de alguien más para evitar malentendidos.

■ *Necesidades y problemas de salud reproductiva que presentan los varones.*

En primer lugar, los participantes manifestaron que los varones casi no asisten a los servicios de salud ya que generalmente consideran que “*siempre están bien*”. Sólo acuden cuando ya tienen problemas, como gripa, amigdalitis o cuando presentan “*situaciones extremas de dolor*”. Los hombres adultos concurren cuando tienen problemas de la próstata: “cuando ya no pueden orinar, cuando presentan chorro interrumpido o dolor”.

En estos casos, hubo dos opiniones diferentes en cuanto a la forma de proceder. Mientras el médico de un centro de salud T-I manifestó que cuando esto ocurre él proporciona al paciente un pase a un servicio de urología (en un servicio de segundo nivel), una doctora del Centro *Cultura Maya* consideró que ella aplica al paciente una serie de preguntas para detectar factores de riesgo para cáncer de próstata. Si las repuestas dan una clasificación positiva, ella solicita la prueba del antígeno prostático. Si éste sale positivo, existe la posibilidad de que haya un problema neoplásico, enviándose al paciente al Hospital de Cancerología y no a un urólogo. Cabe mencionar que en el centro *Cultura Maya* no hay laboratorio, por lo que los pacientes a los que se les solicita la prueba del antígeno prostático deben ir al Centro de Salud *Dr. José Castro Villagrana* en Tlalpan o al Centro de Salud *Gerardo Varela*, ubicado en el pueblo de Santo Tomás Ajusco.

En este sentido, también se mencionó que el problema de la canalización de pacientes a otros servicios, de mayor especialización y complejidad, conlleva en muchos casos “*la pérdida de los pacientes*”, en tanto que a pesar de que se les solicita que regresen para comentarle al médico la evolución de su padecimiento, la mayoría no lo

hace. Se considera que los hombres son “*más penosos*” que las mujeres y tienen mayor confianza cuando quien los atiende es un varón. Ellos dicen: “*Usted sabe, usted es hombre, me comprende*”.

Una de las enfermeras considera que recientemente los hombres también se están interesando por la planificación familiar, algunos acuden por métodos definitivos. Los centros de salud T I y T II no realizan vasectomías pero ofrecen consejería, hacen la historia clínica y canalizan a los varones al centro de salud *José Castro Villagrana* (Tlalpan). Las preguntas más comunes que hacen son: ‘¿Y duele? ¿y puedo salir caminando? ¿y qué voy a sentir?’. También se mencionó que algunos varones todavía confunden la vasectomía con la castración.

Cuando se les preguntó por qué otros motivos relacionados con el ejercicio sexual acudían los varones, el médico señaló que se ha enfrentado a casos de hombres mayores de 60 años que llegan con problemas de disfunción eréctil. El tono en que este profesional aludía a esta situación fue de burla, dudando de que los señores mayores de edad puedan tener vida sexual activa o que deseen continuar teniéndola.

Además de estas necesidades y problemas de salud reproductiva que atienden los prestadores les preguntamos que otros servicios debería demandar la población y que no lo hace. Desde su punto de vista, la población debería solicitar educación sexual, particularmente porque desde su visión existen todavía muchas carencia o “retraso” en la población.

■ *Problemas identificados por el personal de salud para satisfacer las necesidades de salud reproductiva de la población: “Hay cosas que queremos pero que no podemos hacer”.*

Los más importantes obstáculos mencionados fueron:

a) Las acciones vinculadas con la prevención son consideradas como insuficientemente o inadecuadamente atendidas. El personal entrevistado considera que lo que ellos hacen es “informar” pero no “educan”. En este sentido, se manifiesta una tensión entre lo que consideran su misión fundamental: prevenir, y lo que realmente pueden hacer debido a la escasa efectividad de la modalidad educativa utilizada, basada casi exclusivamente en la transmisión de información. Algunos prestadores también pusieron en entredicho la “eficacia” de las pláticas grupales en la educación y promoción de la salud reproductiva; en este sentido, resaltaron como más eficaz la consejería otorgada de forma individual.

b) El cambio y rotación de personal en los servicios.

c) Las presiones institucionales para atender un número determinado de pacientes al día lo que hace que los médicos no vean al paciente como un ser humano sino como un objeto.

d) La imposibilidad de dar seguimiento a las pacientes cuando son derivados a otros servicios.

e) Desabasto de medicamentos, incluidos métodos anticonceptivos, motivo por lo que mucha gente deja de asistir a los servicios.

f) Restricción en la dotación de condones.

g) Específicamente en cuanto a las y los adolescentes se mencionó que la inexistencia de programas o normativas específicas para este sector de la población afecta la atención a este grupo de la población. Otras carencias tienen que ver la falta de espacios y recursos adecuados para realizar actividades con ellos y la carencia de personal que no permite ofrecer servicios que se adecuen a las posibilidades horarias de las y los adolescentes.

h) La influencia e interferencia de ideas, valores, creencias y juicios personales de los prestadores en la dotación de servicios y particularmente en la población

adolescente o de cómo “aunque estamos en el mismo barco usamos uniforme distinto” (Doctor).

Fue una de las doctoras quien manifestó la necesidad de que los prestadores reconozcan la influencia (negativa) de las ideas personales en la prestación de los servicios así como la necesidad de recibir entrenamiento para minimizar esta inferencia:

“Por las experiencias, por la educación y todo eso, a veces influye mucho el pensar de cada uno ... del personal de salud, el mismo personal de salud tiene una serie de puntos de vista muy personales que creo que sí influyen e influyen mucho ... tenemos que tener la preparación para poner límites y no permitir que mis valores se mezclen en la postura que tengo que tener con el paciente y el respecto que le debo al paciente ... ”.

En este punto también la misma profesional indicó que lo adecuado sería “ver cuáles son sus necesidades (las del paciente) sin tomar en cuenta el juicio personal del profesional”. También se manifestó que aunque todos siguen las normas técnicas, cada personal las resignifica en la consulta cara a cara con el paciente a partir de sus ideas personales. “*Llevamos la norma técnica, lo que tenemos que llevar con el paciente, pero como dicen: ‘Cada quien te truena las chinchas como quiere’ y somos diferentes, somos individualizados...*”.

■ *Estrategias para atender mejor las necesidades y problemas que enfrenta la población en materia de salud reproductiva.*

En cuanto a las necesidades y problemas del grupo de adolescentes y jóvenes, los prestadores manifestaron que una solución al problema de la escasa concurrencia de las jóvenes a los servicios puede ser desarrollar acciones de prevención en los lugares a los

que concurren las jóvenes, por ejemplo las escuelas. Al respecto, una de las enfermeras comentó una experiencia de toma de Pap que realizaron en una preparatoria cercana. En un mismo día tomaron 70 papanicolaous. No hubo problemas para que las jóvenes se acercan y solicitaran la prueba, los inconvenientes estuvieron a la hora de entregarles los resultados porque tuvieron que buscar y localizar a las jóvenes. También se expresó la importancia de brindar confianza a las y los adolescentes y jóvenes y ofrecer servicios en las tardes.

Específicamente, en cuanto a los varones, el grupo estimó importante que los T-II tuvieran la posibilidad de realizar vasectomías para que los pacientes no tengan necesidad de ser canalizados a otros servicios y esperar a veces varios meses para ser operados. Igualmente se remarcó la necesidad de una mayor calidez de los proveedores hacia las y los usuarias/os y ante los distintos problemas de salud se manifestó la necesidad de conocer el padecer (implicaciones emocionales) de las y los pacientes: “Es muy importante no ver solamente el padecimiento, sino ver el padecer y en el padecer está la clave de qué está sucediendo con este paciente”.

■ *Diferentes estilos de atención a problemas de salud reproductiva.*

A lo largo de los grupos focales pudieron detectarse diferentes estilos de atención ante ciertos problemas de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo: Dar o no condones a adolescentes: “*cada quien tiene su criterio*” (palabras de un prestador). En este aspecto se expresaron puntos de vista diferentes entre el médico y el trabajador social. El médico explicitó su criterio de dar condones a adolescentes varones que llegan a solicitárselos, en función de indagar si han o no iniciado su actividad sexual. El trabajador social, en cambio, sostuvo que él da condones a todo joven que se los solicite sin importarle si ya está teniendo relaciones.

■ *Privacidad y confidencialidad en el examen del Pap*

En este aspecto, se hicieron evidentes dos posturas: una sustentada por la enfermera y la trabajadora social y la otra, por un médico. Las primeras consideraron fundamental preservar la privacidad y confidencialidad cuando una mujer asiste a realizarse el Pap, no permitiendo que el acompañante de la paciente pase con ella al interrogatorio y examen. A diferencia, el médico expresó que debido a la pena de muchas mujeres, él incentiva su asistencia, invitando a la paciente a que concurra con algún familiar (incluso su esposo) y favoreciendo su presencia durante la prueba. Desde el punto de vista de la enfermera y la trabajadora social, actuando de este modo se estaría violando el derecho a la privacidad y la confidencialidad en este examen.

■ *Discurso alarmista utilizado en el ofrecimiento de información sobre prevención de ITS dirigido hacia los adolescentes.*

Específicamente el discurso del médico dejó ver el uso de un discurso de alarma en la prevención de ITS. Al respecto, una de las doctoras expresó disentir con esta postura y manifestó que a ella no les gusta asustar a los pacientes y en cambio, cree que es más adecuado platicar y explorar posibles “situaciones de riesgo” entre las y los adolescentes:

“Tengamos ese contacto con el paciente, tengamos una visión abierta y una postura de respeto ... puede que yo no esté de acuerdo con muchas cosas, pero ante el paciente yo tengo que ver cuáles son sus necesidades ... a mí en lo personal , en cuanto al doctor, a mí no me gustaría asustarlos de que “te va a pasar esto, te vas a morir ... mira, es conveniente que ... ¿cuál es tu sexualidad, de qué forma se manifiesta a tu edad y las inquietudes que tienes? Y puedes usar tu sexualidad, ¡claro que sí! Pero en estas situaciones corres estos riesgos...”.

II. Servicios de salud reproductiva del sector privado

En este segundo apartado describimos la información obtenida mediante la revisión documental y el trabajo de campo realizado en la zona noreste de la Delegación Iztapalapa, donde se organizó un grupo focal con médicos/as y enfermeras que prestan sus servicios en el sector privado.

2.1 Caracterización de servicios privados de salud en una zona de alta marginalidad

El sistema de salud en México está compuesto por tres esquemas básicos de atención; dos de ellos proporcionados por el sector público (asistencia social y seguridad social), y un tercer esquema referente a los servicios otorgados por el sector privado.

Se han realizado esfuerzos por calcular la magnitud de la infraestructura, recursos materiales y humanos de los servicios otorgados por las unidades médicas del sector privado (Salud Pública de México, 2001). De esta manera, se ha documentado que el 73.7% de las unidades de hospitalización del Distrito Federal corresponde al ámbito privado (Olaiz G., et al. 1995). Sin embargo, todavía es limitada la publicación de información sobre dicho esquema de salud, y más aún, el conocimiento sobre la situación que acontece en el nivel micro-regional. Lo anterior, implica obstáculos para la identificación y análisis de la presencia, cobertura, accesibilidad y calidad de las unidades de medicina privada en general, y de promoción y cuidado de la salud sexual y reproductiva en particular, que existen en cada delegación política del DF.

Con base en estos antecedentes y considerando la relevancia que tiene la recuperación de la perspectiva y práctica médica de diferentes categorías de proveedores de servicios, se eligió la zona noreste de la Delegación Iztapalapa, para lograr una aproximación al punto de vista de médicos/as y enfermeras del sector privado.

Los estudios de medición y caracterización de la situación del sistema de salud del Distrito Federal (OPS/OMS-SSDF, 2004), indican que Iztapalapa es la delegación política con el mayor número de unidades territoriales clasificadas como de muy alto y alto índice de marginación (19.5%). Se estima que 990,002 habitantes residen en estas unidades territoriales, de los cuales el 40.3% gana entre uno y dos salarios mínimos, y más del 55% no cuenta con seguridad social. Así mismo, se ha señalado que en esta delegación ubicada en la región sureste de la ciudad es menor el área de influencia tanto de los hospitales como de los centros de salud con los que cuenta la SSDF (OPS/OMS-SSDF, 2004). También se ha documentado que en ésta se presentan proporciones muy altas de enfermedades infecciosas y carenciales, prevalencias elevadas de enfermedades crónicas, así como zonas donde la violencia y los accidentes generan un grave problema de lesiones (Blanco C., J., et al., 1997).

Toda vez que es escasa la información sobre la presencia de los servicios médicos privados en esta zona de alta marginalidad, se consideró relevante organizar un grupo focal entre prestadores de servicios que laboran en diversas unidades médicas privadas que son heterogéneas en cuanto a su capacidad y calidad en el servicio de atención.

El empleo de estas técnicas permitió aproximarnos al punto de vista de ocho prestadores de servicios privados de salud sexual y reproductiva. La perspectiva de cuatro de ellos/as derivaba de su práctica profesional en unidades médicas especializadas en la salud materno-infantil (Clínica Maternidad Danelia; Centro Materno Infantil Privado; Sistema Médico), donde se brinda atención a sectores de la población “*de clase media baja*”. Otros dos prestadores de salud brindaban servicios en las unidades de la Fundación Best, es decir, aquellas que se encuentran a un costado de las Farmacias Similares, donde el costo de la consulta general es de \$20 y además ofrecen control prenatal que no incluye ecografía. Otros dos profesionales de la salud laboraban en el Programa Comunitario Urbano de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar

(MEXFAM), asociación de amplia trayectoria que ha realizado múltiples acciones para la promoción y cuidado integral de la salud sexual y reproductiva de sectores de la población de “clase media a baja”, principalmente, adolescentes y jóvenes, mujeres adultas y niños. Cabe señalar que los prestadores de servicios que ejercen su práctica profesional en MEXFAM, fueron los únicos miembros del grupo focal que reportaron el impulso de estrategias que no se circunscriben solamente al ámbito curativo sino también de prevención y trabajo comunitario con sectores que habitan en zonas de alta marginalidad.

“Nosotros tenemos el Programa Gente Joven, donde se brinda atención especializada e integral para estas poblaciones (...) en Iztapalapa tenemos un gran número de consultorios, más que en otras delegaciones porque es una zona de alta vulnerabilidad, es decir, que parte de nuestra labor es proporcionar los servicios de salud a nivel comunitario (...) También el trabajo es integral, ya que se dan pláticas, talleres y cursos en el nivel primaria, secundaria o comunitario abierto...”

2.2 El punto de vista de los prestadores de servicios de salud privados

En su conjunto, el diálogo de los profesionales de la salud del sector privado indica que los grupos de la población que más acuden a sus servicios son: 1) personas que no cuentan con seguridad social y que tienen un problema de salud que consideran “leve”; 2) personas que previamente acudieron a un servicio público que no les resolvió su necesidad o problema de salud; y 3) mujeres embarazadas que en un inicio acuden a control prenatal con el ginecólogo privado pero optan por demandar los servicios públicos para el momento del parto.

Desde su perspectiva, estos grupos poblacionales acuden con ellos no sólo porque cuentan con ciertos recursos económicos para la consulta médica privada sino también por ser espacios donde se propicia una buena relación médico-paciente basada en horarios de atención más amplios en comparación con el sector público. A decir de los profesionales, esta situación permite entablar una mejor comunicación donde *“se tiene una buena escucha de las necesidades del paciente, se realiza una mejor exploración clínica, prescripción de tratamiento y seguimiento del padecimiento”*.

Van con nosotros por incompetencia de los otros servicios. En el sector público: tienen exceso de trabajo. La gente llega con nosotros porque no les resuelven sus problemas. Entonces estamos nada más resolviendo todo lo que ellos no hacen. Nosotros procuramos generar una buena relación médico-paciente, pero en el sector público no es posible porque te brindan 10 minutos, en cambio, la medicina privada proporciona más tiempo, ellos vienen a que los escuchen.

Es gente que no va al Seguro o al ISSSTE, llegan por tener una mejor atención, que uno los escuche, buscan una solución. No van a lo público porque tienen una consulta de diez minutos. El paciente no entiende que no es porque el médico sea malo sino por la falta de recursos, en este tiempo tan limitado de consulta ¿lo pesaron, lo midieron, lo escucharon, le preguntaron sus antecedentes?, ¿en condiciones donde no hay equipo ni infraestructura?

■ *Necesidades y problemas de salud reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes*

Un aspecto central de la presente investigación fue explorar la perspectiva que tienen los prestadores de servicios de salud privados, sobre las principales necesidades y problemas de salud reproductiva de los grupos más jóvenes de la población.

Al respecto, los participantes, excepto los profesionales de MEXFAM, señalaron que *“los y las jóvenes generalmente no acuden a la consulta médica privada”*. A pesar de ello, reconocieron que en su práctica profesional ha sido más frecuente la demanda de atención por parte de las adolescentes y jóvenes en comparación con los varones. Desde su experiencia, ellas tienden a acudir por un evento de embarazo, *“me ha tocado ver muchos embarazos en las chicas, cada día hay más”*. De esta manera, en el diálogo grupal emergió el tema del embarazo adolescente, visto como una de las principales problemáticas que se presentan entre estos sectores de la población.

Para algunos profesionales, el embarazo en la adolescencia ocurre porque todavía es limitado el acceso a la información y medios para la anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual, por lo que enfatizaron la necesidad de fortalecer las estrategias preventivas tanto en el ámbito escolar como en el comunitario.

“Nosotros vamos a primarias, secundarias y otros espacios, para promover el uso del condón. Se ríen, empiezan a hacer bromas, pero finalmente aprenden como se coloca. Creemos que si no les enseñan y los acercan a los métodos, y llegan a la adolescencia, tienen relaciones sexuales y nunca han visto, ni tocado un condón, ni piensan que lo vaya a usar”.

Otros prestadores consideraron que los/as adolescentes cuentan con suficiente información para controlar la fecundidad; sin embargo, el problema es que *“no se hacen responsables del método, lo usan a veces sí, a veces no”*. A decir de los profesionales, la intermitencia del uso de métodos anticonceptivos y de barrera en estos grupos de la población responde a *“actitudes y prácticas propias de la edad”*, utilizando con frecuencia expresiones como *“los jóvenes se sienten inmunes, infértiles e inmortales, eso hace que no entre como suya la necesidad de prevenir los embarazos”*, u *“hormona mata neurona”*.

Así mismo, los profesionales manifestaron que las adolescentes y jóvenes acuden a la consulta, solas o acompañadas por una amiga o familiar, con el propósito de confirmar el embarazo o para demandar la atención prenatal. Los varones, *“no van al médico, les da miedo, sólo cuando tienen un problema grave de salud. En una situación de embarazo, tampoco acompañan a la chica. Es mucho más común que ella acuda al médico, que el joven. Ellos no acuden ni acompañan a la novia porque temen a la responsabilidad, finalmente, la muchacha es quien asume toda la responsabilidad, y viene a la consulta sola”*.

■ *Necesidades y problemas de salud reproductiva de la población adulta*

Uno de los temas que emergieron en el diálogo grupal referente a las necesidades de salud reproductiva de la población adulta, giró en torno a la eficacia de los métodos anticonceptivos, ya que algunos médicos señalaron que *“son frecuentes los embarazos entre mujeres que están utilizando el DIU”*.

A su vez, otra temática relevante abordada por el grupo focal, se centró en el proceso de canalización para el seguimiento de casos. A decir de los profesionales, usualmente atienden casos de mujeres con embarazos de riesgo, las cuales requieren que ser canalizadas a los servicios de la SSA; sin embargo, la carencia de un sistema de referencia y contrarreferencia que vincule al sector salud privado con el público, representa un importante obstáculo para la atención oportuna de la paciente. Por ello, se enfatizó la necesidad de fortalecer los vínculos entre los profesionales de la salud privados con el fin de colaborar en el desarrollo de un sistema mixto de canalización. Así mismo, se señaló la importancia que adquiere el conocimiento actualizado de las normas técnicas del sector salud, con el propósito de contar con mejores herramientas para participar en el proceso de referencia de casos a otros niveles de atención.

También tenemos problemas con la SSA. De acuerdo con sus normas, estas pacientes tienen que ser canalizadas. Si yo hago una referencia de una paciente embarazada de riesgo, es muy difícil que sea recibida en la SSA, porque la mando yo, como médico privado.

III. El punto de vista la población residente en una zona de alta marginalidad

En los siguientes apartados se presentan los resultados de investigación obtenidos mediante el diálogo entablado en los cuatro grupos focales compuestos por mujeres y varones que pertenecen a diferentes grupos de edad y que habitan en una zona de alta marginalidad de la ciudad de México. El punto de vista de la población abierta, contribuye a la identificación de necesidades prioritarias de salud reproductiva y permite detectar barreras y obstáculos de acceso a servicios de salud que son variables acorde con las condiciones sociales de los distintos grupos poblacionales que interactúan en un contexto de adversidad.

3.1 El punto de vista de las adolescentes (15-19 años)

Este grupo focal estuvo integrado por nueve mujeres adolescentes, con una media de edad de 17.4 y un promedio de 0.6 hijos. Del total, siete eran solteras, una era casada y la restante vivía en unión libre. En cuanto a su ocupación, dos adolescentes se dedicaban al hogar, tres eran estudiantes, dos declararon que trabajaban como costureras y las otras dos como obreras. Respecto a la escolaridad, una adolescente era analfabeta, dos no concluyeron la primaria, una contaba con la primaria completa, una contaba con la secundaria incompleta, y cuatro habían iniciado la preparatoria pero no la terminaron.

En el grupo focal de mujeres de 15-19 años, se valoró positivamente la anticoncepción en tanto posibilita la postergación de los embarazos o su espaciamiento

facilitando *“darle a los hijos, la atención y todo lo que necesitan para que puedan crecer”*; y se reconoció la necesidad de evitar las infecciones de transmisión sexual.

Las adolescentes tienen una vida sexual activa. Por ello, expresaron la necesidad de *“cuidarse”*, aludiendo al uso de algún método anticonceptivo cuando se tiene una pareja y relaciones sexuales de manera regular; en cambio, cuando no se tiene pareja estable no existe la necesidad de *“llevar”* un método. A reserva de esta observación, las adolescentes no utilizan las píldoras e inyecciones anticonceptivas de toma diaria, y es aún más difícil acceder al DIU.

Ellas mencionaron a la anticoncepción de emergencia (AE) como una de las principales opciones cuando se tienen relaciones sexuales sin protección. Se considera que la AE es una estrategia más adecuada a sus necesidades, ya que *“las anticonceptivas se tienen que tomar diariamente, esas se olvidan, por eso, es mejor la del día siguiente”*. Los grupos de pares son la principal fuente de información sobre el uso de la AE. Mediante esta vía de socialización, las participantes obtuvieron referencias sobre la forma de utilización de la píldora de emergencia, *“haz de cuenta que tú tienes relaciones hoy, mañana tú te tomas una y pasado mañana otra a la misma hora”*.

Otra estrategia para evitar un embarazo no planeado es la práctica del sexo anal. Las adolescentes sugirieron distintas opiniones en cuanto a la posibilidad de un embarazo mediante esta práctica, algunas participantes mencionaron que *“a veces sucede el embarazo sin penetración”* o *“cuando se tienen relaciones anales también te puedes embarazar, yo creo que sí”*.

Así mismo, se mencionó al método del condón como una de las principales opciones que tienen las adolescentes para evitar la transmisión de las ITS. Las participantes identificaron a la gonorrea, el herpes urogenital y el SIDA, como las principales ITS. También hicieron referencia a la diferencia entre VIH y el SIDA, ya que confirmaron la mayor dificultad que plantea la identificación de este padecimiento debido

al periodo de latencia del virus. Ellas distinguieron como las principales vías de transmisión de las ITS, al hecho de “*haber estado con hombres*” (tener relaciones sexuales), “*llevar ropa ajustada*”, y el “*utilizar jabón perfumado*”. Así mismo, perciben que ciertas prácticas donde no hay penetración, como el sexo oral, no las exime del riesgo de contraer una infección; y que el sexo anal amplía el margen para la transmisión de estos padecimientos, por lo que “*a fuerza tienes que usar condón*”.

Más allá de estas referencias, el diálogo grupal indica un uso del condón que prioriza su calidad anticonceptiva en detrimento de método de barrera ante las ITS. Con frecuencia, ellas indicaron que las características de las situaciones donde se tienen las relaciones sexuales, influyen en la planeación de éstas y en el uso del condón. Al parecer, entre los y las adolescentes es frecuente tener experiencias sexuales no planeadas, las cuales pueden distinguirse entre “el faje” (excitación sin penetración) o “el rapidín” (una relación sexual rápida). Éstas se llevan a cabo en lugares públicos que exigen la premura de la relación sexual, tales como dentro de un clóset, en los cibercafés, en los andenes o vagones del metro, en el cine, en las canchas de fútbol, entre otros. En esta situación, frecuentemente se incrementan las dificultades para usar el condón. “*En ese momento no se está pensando, hay que el condón, nooo, y ya después son las consecuencias*”. Al indagar sobre estas consecuencias, se aludió principalmente al hecho de quedar embarazada y se restó atención a la transmisión de alguna ITS.

En el caso hipotético de padecer alguna ITS, las adolescentes dijeron que, ante la presencia de síntomas, acudirían con “un médico de confianza”, lo que debe leerse como un médico particular; otras manifestaron que acudirían primero a la madre; y otras recurrían primero a las amigas más cercanas. A su vez, un tema recurrente en el grupo fue el hecho de que los varones no se preocupan por evitar contraer una infección de transmisión sexual y casi nunca acuden a un médico, lo cual, genera importantes riesgos para la salud de las mujeres.

Por su parte, el embarazo también es una vivencia que se cuenta primero a las amigas más cercanas, después a la pareja, y por último a los padres de la adolescente. Según estas jóvenes, “*el tener mucho sueño*”, “*el comenzar a comer más*”, y “*la ausencia de la menstruación*” son algunos indicios que llevan a sospechar un embarazo. No obstante, un problema de salud reproductiva mencionado por las participantes fueron las irregularidades de la menstruación, ya que esta situación dificulta detectar con mayor precisión el evento del embarazo.

Para ellas, un embarazo en la adolescencia, sería la principal consecuencia del no uso de los métodos anticonceptivos o bien la falla de éstos, lo cual, implica que “*ya nada volverá a ser igual*”, en tanto genera un proceso de asunción de nuevas responsabilidades donde está siempre presente la incertidumbre de “*poder mantener y darle todo lo que necesita al hijo*”.

Ante un embarazo inesperado, algunas jóvenes manifestaron la no aceptación de la interrupción del embarazo por considerarlo un “*acto animal*”; en cambio, otras sí piensan que el aborto inducido es un recurso viable, pero ninguna dijo haberlo practicado. Otras jóvenes mencionaron la sugerencia de su pareja o padres para que abortaran cuando les comunicaron que estaban embarazadas, por considerar que “*el bebé representaba una carga para ellos*”.

Por otra parte, el abuso sexual emergió como una problemática muy importante al interior del grupo. Se comentó que se conocen casos de violación de padrastos a hijas. Una de las participantes comentó su experiencia de abuso, el apoyo que tuvo de su madre, el nacimiento de su hijo hace pocos meses y la enorme tristeza que siente en la actualidad. Otra contó el intento de abuso por parte de su tío, y otra más, el que ella sufrió por parte de un primo.

Respecto a la aproximación a servicios de salud reproductiva, algunas participantes consideraron que la asistencia con el médico general y/o con un ginecólogo

con cierta periodicidad es necesaria sin importar si se tiene o no pareja sexual; otras en cambio expresaron que se va al médico cuando se está enferma y se aprovecha esa ocasión para hacerse una revisión.

Los principales obstáculos para el acceso a los servicios de salud reproductiva que mencionaron las jóvenes fueron: el hecho de que el profesional de salud sea varón y la pena que esto ocasiona; el fuerte sistema burocrático de los servicios; la falta de conocimiento sobre los servicios disponibles; la desconfianza de las capacidades del personal de salud; el no ser derechohabientes y los escasos recursos económicos que limitan la búsqueda de atención con un médico particular; y el maltrato ejercido por parte de los prestadores de servicios de salud del sector público. Por ejemplo, una joven narró la inaccesibilidad a los servicios de salud por el conjunto de trámites administrativos:

- “La semana pasada yo fui a la clínica, la que está cerca porque allá en el seguro de mi papá me atienden muy bien, ahí si me atienden bien, pero está muy lejos y mejor ... a la de aquí, a la 25 ... Me fui tempranito y era la primera ficha, entra la señorita y me dice: ‘Es que no tienes identificación de que eres estudiante’ ... y dije ... ‘es la primera ficha y todo y que me digan hay es que la identificación ... no me atendieron y me fui bien enojada y ya no, no regreso”.

Algunas de las estrategias propuestas por las adolescentes para mejorar el acceso a los servicios de salud y la relación con los prestadores fueron las siguientes:

- Que los servicios queden cerca del lugar donde viven porque: - *“luego están muy lejos, tener que andar en carro o tener que pararse tempranísimo para llegar a tiempo ...”*,
- Que se trate de lugares sin mucha gente,

- Que fueran mujeres las que atendieran: *“-Pediría que fuera mujer la que me atendiera y joven ... que sea buena gente ...”* ,
- Que los médicos y médicas se ganen la confianza de la población,
- Que los médicos y médicas *“les presten atención”*: - *“Algunos son bien malos... se están durmiendo... luego se ponen a platicar entre los doctores, enfermeras o que se salen... o dicen regrese al rato o no tengo tiempo y luego están con el celular... y le decía al doctor: ‘Me duele acá’ y todavía se estaba riendo y espichaba el botón... casi no trabajan...luego hay mucha gente y se tardan mucho...”* .

3.2 El punto de vista de las jóvenes (20-24 años)

El grupo focal estuvo integrado por doce mujeres jóvenes, con una media de edad de 22 años y 1.25 hijos en promedio. Cinco eran solteras, tres estaban casadas y las otras cuatro vivían en unión libre. La mayoría se dedicaba exclusivamente a las actividades del hogar (diez) y sólo dos realizaban trabajo extra-doméstico (una era secretaria y la otra trabaja en una imprenta). En cuanto a su escolaridad, cinco habían finalizado la primaria, cuatro habían accedido a la secundaria pero sólo una había concluido este ciclo, una había iniciado la preparatoria pero no la terminó y dos habían realizado estudios técnicos.

Las jóvenes de 20-24 años, cuentan con información y experiencia en el uso de métodos anticonceptivos, mencionando haber utilizado el DIU, pastillas anticonceptivas de toma diaria, y en ocasiones el condón. No obstante, una de las principales necesidades identificadas por las participantes de este grupo se situó en el periodo de la adolescencia, considerando que, antes del primer embarazo (que tuvo lugar en esos años), ellas tuvieron un acceso limitado a la información anticonceptiva y más aún a los diversos métodos.

- “Todas nos embarazamos a una edad muy chica... no hay esas campañas que vengan aquí y que te orienten en cuanto a eso, claro que ya sabemos ¿no?, que sí existen las píldoras, los condones, pero no vienen y te dan otra orientación... eso es lo que hace falta, aquí hay muchas chicas y mucho más chicas y ya tienen un hijo, y otro y otro”.

El discurso grupal indica que, algunos de los obstáculos que existen para acceder a los anticonceptivos entre las mujeres jóvenes son: la no planeación de las relaciones sexuales; la pena que conlleva ir a la farmacia a comprarlos; el no ser derechohabiente; la carencia de la infraestructura básica de atención ginecológica que enfrentan los servicios del sector público; las dificultades para hablar de anticoncepción con los varones así como negociar el uso del condón con sus parejas.

- “Tuvimos relaciones... no es que uno sea ignorante... me daba pena ir a la farmacia y decir: ‘¡Ay déme esto!!! ... cómo me va ver el de la farmacia y por no hacer eso por pena pues quedé embarazada, no es por ignorancia sino más que eso, por pena”.

- “Yo ya tenía a mi niña y fui al seguro, a la clínica 120 a que me pusieran el dispositivo pero no había, o sea yo no tenía seguro y no había para nosotras las que no teníamos el seguro, no me lo pusieron, pero me dieron condones, pero no los usé”.

Por otra parte, se indicó que la falla en el uso de métodos anticonceptivos es frecuente en la comunidad, ya sea por incumplimiento de las sugerencias para la toma o bien por la falla del DIU.

- “Yo hasta que me casé ya fuimos los dos al centro de salud para esperar más tiempo para que yo me embarazara pero me embaracé rápido, yo creo que nosotros no lo hicimos como nos dijeron ahí, porque de hecho sí nos explicaron y a mí me dieron pastillas y aún así me embaracé, yo me estaba controlando con pastillas, pero se me olvidó tomarme una”.

- “Fui al centro de salud y de ahí nos mandaron a un hospital de perinatología y de ahí ellos fueron los que decidieron que me iban a quitar el dispositivo y el ver que venga bien el bebé y si se queda ya ganamos... Y este... pues me lo quitaron, no pasó nada, no sangré, ni nada y mi embarazo igual también fue muy difícil, fue de alto riesgo...”.

Ante la sospecha de un embarazo sustentada en el no uso o la toma inadecuada del anticonceptivo, las mujeres jóvenes se han realizado una prueba casera y posteriormente acuden a consulta con un profesional de salud. Otras aludieron a las dificultades para identificar la presencia de un posible embarazo en tanto, en ocasiones, la falta de menstruación no es sinónimo de embarazo y las reglas irregulares o los sangrados pueden tener lugar aún estando embarazadas.

Varias de las jóvenes indicaron los sentimientos de preocupación y miedo que surgen cuando sospechan que pueden estar embarazadas o al confirmar su estado por lo que dirán sus padres y más aún cuando no se tiene pareja, *“lo único que se siente es miedo, como madre solera cómo le voy a hacer”*. El sentimiento de soledad también está muy presente cuando se no cuenta con el apoyo de la pareja.

Otras preocupaciones durante el embarazo expresadas por las jóvenes tienen que ver con cómo afectarán los sentimientos de la madre la salud de su hijo, en qué institución darán a luz, cómo será el parto y cómo se afrontarán los gastos, esto último manifestado más por aquellas jóvenes que no cuentan con pareja, en tanto que si se tiene esposo,

existe un acuerdo en que es el varón quien deberá hacerse cargo de esta responsabilidad:

- “El doctor dice que lo que tú sientes lo siente el bebé y que si yo me pongo triste o deprimida que solamente iba a tener problemas durante el embarazo... que después los bebés nacen amarillos o también como deprimidos... tengo seguro y estoy también con la preocupación de dónde me voy a aliviar y todo eso...pero también más que nada lo económico...tengo apoyo de mis papás, bueno de mi mamá más que nada...”.

Ante un embarazo inesperado la opción del aborto aparece como posibilidad, a veces por la presión de la pareja, pero al parecer la idea se abandona por la interacción y presión de familiares que la desalientan y se continúa con el embarazo. Ninguna de las jóvenes manifestó haber tenido esta experiencia aunque sí haber sentido ambivalencia frente a proseguir con el embarazo:

- “En algún momento sí lo pensé y hasta investigué por teléfono, porque le tenía miedo a mis papás y yo como hija ... así como que todas las personas decían no, entonces pensaba en todas las cosas que tengo que hacer y sí la verdad es que dije no, no”.

- “Me dijo que él no lo quería... que él no tenía la culpa, que yo lo abortara y yo le dije que no, como que es algo que está dentro de mí, ya sintiendo así bonito... mis primas me dijeron que ‘que si yo tenía esa perversión, que Dios no’ y como que dije, no, pues sí tiene razón, por algo a mí me tocó”.

Las mujeres jóvenes también saben que en consultorios “*normales*” se practican abortos, los cuales tienen un alto costo, por lo que “*es imposible acudir a ellos*”; sin embargo, se

conocen casos de jóvenes que pueden reunir el dinero suficiente para acceder a esta práctica:

Una vez confirmado el embarazo y de haber tomado la decisión de tener al hijo(a), se expresó la necesidad acudir al médico para *“que te chequen, te den vitaminas... hacerte el ultrasonido”*. En ocasiones el control natal se inicia tardíamente como en el caso de una joven que a los 18 años quedó embarazada e indicó que recién a los seis meses fue al doctor, hasta ese momento ninguna de sus familiares se había dado cuenta de su estado.

La asistencia con distintos prestadores parece ser una práctica frecuente. Algunas veces se realiza el control prenatal con un médico particular y el parto con otro; en otras ocasiones, se lleva a cabo el control prenatal con un particular y el parto en una institución pública; o bien, se asiste a un centro de salud al control y el parto tiene lugar en un hospital público. En el curso de la atención del embarazo también se acude a otros modelos de atención médica, por ejemplo, la asistencia con *“sobadoras”* por consejo de familiares como la suegra o las tías.

Otro aspecto relevante de la atención prenatal, fueron las frecuentes quejas por el trato recibido por parte de los prestadores de servicios de salud. Varias jóvenes señalaron que éstos no prestan suficiente atención a sus dudas, quejas y malestares, en tanto no tuvieron acceso a los exámenes clínicos rutinarios de la atención prenatal, recibieron un trato inadecuado en la atención ginecológica o bien se enfrentaron a la incapacidad y negligencia de los médicos.

- “Nunca me hizo análisis de sangre, no me dio vitaminas, ni nada, nunca me pesó, nunca me midió, nunca o sea nada, sólo me decía su bebe está bien...”.

- “En el seguro donde me estoy atendiendo... el doctor que me atiende de hecho no me gusta su manera de ser, no me gusta porque ni te pesa y dice: ‘Es que le exagera señora, es normal...’”.

No obstante, la experiencia de otras jóvenes indica satisfacción en la atención recibida en servicios de salud del sector público, mencionando una adecuada vigilancia prenatal y el suministro de información y consejería por parte del personal de salud.

- “Desde que empieza tu embarazo, te empiezan a dar pláticas sobre cómo te debes de sobar tus senos, hacer ejercicios para que te salga la leche ... igual cuando me dieron de alta en el hospital me dieron una hojita con instrucciones de cómo cuidar a tu hijo, que le tenía que dar baños de sol, 30 minutos diarios, bañarlo diario, o sea muchas cosas ...”.

Algunos de los problemas de salud que emergieron durante el embarazo fueron las amenazas de aborto, los abortos espontáneos y la glicemia. En ocasiones estos problemas se relacionan con las incapacidades y negligencias médicas, por ejemplo, una de las jóvenes relató su traumática experiencia de aborto a los seis meses de embarazo debido a una infección urinaria nunca detectada y tratada.

Los temores referentes al momento del parto se concentran en las dificultades económicas para acceder a los servicios de salud, situación que se acentúa entre las madres solteras. Así mismo, otras preocupaciones se dirigen a los dolores de parto, el hecho de que nos les vayan a “robar o cambiar a su bebé” en los servicios de salud, o sobre “quién las cuidará al bebé si a ellas les pasa algo”.

También se habló sobre los problemas que surgen en el momento del parto, ya que frecuentemente no son recibidas por diversos servicios de salud, lo cual, en el mejor

de los casos implica un largo recorrido por los servicios hasta que son aceptadas en alguna institución:

- “Yo en mi primer embarazo la pasé mal porque hubo un momento que se me reventó la fuente teniendo 6 meses, entonces en ningún hospital me querían recibir y yo como estaba con el particular, ya cuando fui dice: ‘sabes que tu niño no viene bien, si quieres irte a un hospital vete, el doctor no está’... y ya fuimos a parar hasta Ticomán...”.

Una vez en los servicios de salud, las mujeres optan por el recurso de acomodamiento con el fin de recibir un buen trato por los profesionales de la salud. Por ejemplo, se mencionó la no expresión del dolor que sienten con la intención de evitar poner de mal humor a los médicos y tener una mejor atención. Al parecer, el maltrato ejercido por los profesionales de la salud durante el momento del parto, se acentúa entre las adolescentes y jóvenes, y aún más entre las madres solteras.

Al hablar acerca de las necesidades en el postparto, las primeras respuestas aludieron a las necesidades de atención que requieren los bebés y sólo cuando la entrevistadora preguntó por las necesidades de las mujeres en este periodo, fue cuando las participantes mencionaron la posibilidad de infecciones tanto en los casos de parto por vía natural o vía cesárea. Por ello, el grupo indicó que una necesidad es el seguimiento de las recomendaciones sobre los cuidados e higiene emitidas tanto médicas como por los familiares cercanos, con la intención de estar y sentirse bien, más que por ellas mismas para atender adecuadamente a sus hijos. Desde esta perspectiva, las mayores preocupaciones giran en torno al cuidado de la de los niños y no tanto en la propia salud.

En cuanto al conocimiento acerca de ITS, las jóvenes participantes mencionaron al SIDA, seguida de la gonorrea y la sífilis. Los síntomas que harían sospechar de padecer

una enfermedad de transmisión sexual mencionados fueron: la presencia, color y mal olor del flujo vaginal. Ante la presencia de alguno de estos síntomas se dijo que lo correcto sería acudir al médico; sin embargo, se mencionó que la búsqueda de atención no es inmediata, por pena o falta de confianza para comentar con algún familiar como la mamá o las hermanas acerca de lo que se padece, omitiendo la posibilidad de compartir esta vivencia con la propia pareja.

Las jóvenes identifican a sus parejas varones como el actor central en la transmisión de las ITS, ya sea por "*su falta de higiene*" cuando éstos van a baños públicos así como debido a las relaciones múltiples que éstos pueden llegar a tener sin adoptar medidas de protección.

A decir de las participantes, el papel central que ocupan los varones en la transmisión de las ITS, agrava los riesgos para la salud de las mujeres en tanto éstos muchas veces son portadores asintomáticos de las infecciones. En esta situación es frecuente que los varones no sepan o acepten su responsabilidad en la transmisión de la infección, lo cual es otro obstáculo para que éstos busquen atención médica y así continúan contribuyendo a su propagación.

Así mismo, un tema recurrente en el grupo fueron las limitaciones que tienen las jóvenes para negociar las condiciones en las que llevan a cabo las relaciones sexuales con su pareja. Los varones frecuentemente se niegan a usar condón, ya que el no uso es simbolizado como prueba de "fidelidad de la pareja". En estas condiciones, las mujeres relegan las estrategias preventivas y optan por las curativas mediante la asistencia con el médico para que detecte y brinde tratamiento a la ITS.

Al indagar, sobre referencias acerca del virus del papiloma humano, algunas participantes dijeron haber escuchado sobre esta infección y expresaron su relación estrecha con el desarrollo del cáncer cérvico-uterino. *Ya ahorita como están las cosas y*

que el cáncer que da y por las infecciones te pueden quitar la matriz y todo eso, creo que yo ya ahora sí ya lo pienso, ya no lo dejo, ni lo dejaré pasar...”

Respecto de la prevención del cáncer cervicouterino, algunas participantes mencionaron que el Papanicolaou (Pap) es un estudio que sirve para detectar “infecciones o virus”. Algunas jóvenes comentaron que asisten con cierta frecuencia a realizarse el Pap, otras en cambio, dijeron que nunca se habían practicado dicho estudio citológico. Se aludió a la necesidad de aplicar el Pap a todas las mujeres, más allá de su vida sexual y de pareja, o la maternidad; y se mencionaron las incomodidades que implica este proceso invasor. También el grupo señaló que, el Pap no permite saber si tienes infecciones, indicando que la colposcopia es más eficaz como método de detección. No obstante, el acceso a la colposcopia no deriva de la experiencia personal, ya que ninguna de las asistentes se había sometido a esta prueba, pero sabía de ella a partir de la experiencia de mujeres cercanas.

- “La verdad nunca me ha llamado la atención hacerme el papanicolaou, si he sabido de que te puede dar cáncer, pero no me ha llamado la atención”.
- “Generalmente dicen que no sale en el papanicolaou, que tienes que hacerte la colposcopia, que es donde salen mejor las infecciones...”.

Algunos factores que obstaculizan la asistencia a los servicios para tomarse el Pap indicados por las jóvenes fueron: la condición de no ser derechohabiente y el horario en que hay que llegar para alcanzar un turno. Este último aspecto cobró especial importancia dada la percepción de peligrosidad del contexto en que habitan por lo que no es conveniente salir en la madrugada, *“aquí está feo a esa hora”*.

Otros importantes problemas de salud mencionados por las jóvenes fueron: la violencia experimentada por las mujeres durante el noviazgo o durante el embarazo y la

necesidad de tener acceso a mejor información sobre el cuidado de la salud reproductiva debido a que son ellas quienes se preocupan por esta esfera en contraposición con el poco interés mostrado por los varones. Las mujeres son conscientes de que son ellas las que se ocupan de la salud propia y familiar, a diferencia de sus compañeros, por lo que esto les genera preocupaciones acerca de cómo enfrentar las necesidades familiares en materia de salud familiar:

- “Yo me preocupo más por las cosas, nosotros como mujeres nos preocupamos más... como que por parte de los hombres se la viven gastando y gastando y gastando y por parte de una no, porque haces tus ahorros porque dices cuando se enferme alguien andamos corriendo para acá, para allá, no tenemos seguro y buscamos dónde agarrar dinero, dónde conseguirlo, más que nada por el niño o por uno mismo ..”.

En cuanto al acceso al conjunto de servicio de salud reproductiva, el diálogo grupal indica que, si bien las mujeres jóvenes identifican a ciertos servicios de salud a los que pueden acudir cuando presentan algún problema, existen varios obstáculos para acceder a los mismos como: las dificultades para llegar a la atención en los horarios establecidos; por el hecho de no tener con quien dejar a los hijos; por las restricciones del horario laboral; por no contar con la constancia de derechohabencia o gratuidad.

Así mismo, varias de las mujeres se quejaron de la atención médica que reciben de los prestadores médicos al considerar que éstos les prestan poco interés a sus preocupaciones, las tratan de modo frío o *“te tratan como tonta, como que dicen, esta mensa no sabe”*. Ellas consideran que, el buen o mal trato ejercido, no es privativo de los médicos, mencionando que las trabajadoras sociales o las recepcionistas, en ocasiones,

también las agreden verbalmente. Por ejemplo, una joven relató que, en su última revisión antes del parto:

- “Ya me sentía yo mal porque trabajaba y mi trabajo es andar caminando y le digo a la doctora: ‘¿No me da mi incapacidad?’ y me dijo: ‘¡Eso lo hubieras pensando y no te hubieras embarazado!, si hubieras estudiado, hubieras terminado tu carrera y no te hubieras embarazado y no estarías sufriendo nada de esto y yo... pues sí me sentí bien mal y me dio mucha tristeza. Sí son feos...”.

En el grupo no hubo consenso en cuanto a la preferencia de ser atendidas por un médico hombre o mujer; sin embargo, se mencionó que un aspecto que provoca desconfianza hacia los médicos (varones) es el conocimiento a través de familiares o amistades de casos de “abuso sexual” (manoseo) por parte de profesionales. De igual manera, a las jóvenes les incomoda responder preguntas de su vida privada para la elaboración del expediente clínico, tales como, el hecho de haber pasado por la experiencia de un aborto, su situación de pareja, o sobre “*si están solas*”.

Aunque la mayoría considera que los servicios públicos no ofrecen una buena atención, varias participantes consideran como muy buena la atención que recibieron por ejemplo en el IMSS. Igualmente opinaron que acudir con un particular a veces no es garantía de recibir una mejor atención:

Las estrategias propuestas por el grupo de mujeres jóvenes para mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud fueron las siguientes:

- Que los servicios ambulatorios lleguen a la colonia y presten allí sus servicios, como alguna vez lo hizo el DIF,
- Que cuando su doctor falta puedan pasar con otro,
- Que les comuniquen “exactamente qué es lo que tienen”,

- Que el personal de recepción sea amable y
- Que en términos generales las atiendan con respeto, “que fueran más sensibles, más accesibles con uno”.

3.3 El punto de vista de las mujeres de 25-49 años.

En este grupo focal participaron doce mujeres, con una media de edad de 34.1. En relación a su estado civil, dos eran solteras, seis estaban casadas, y cuatro se encontraban en unión libre. De las doce, la gran mayoría (once) se dedicaba a las tareas del hogar y sólo una dijo ser comerciante.

El diálogo grupal de las mujeres cuya edad oscila entre 25-49 años, muestra que éstas cuentan con información y experiencia en el uso de métodos anticonceptivos, mencionando haber utilizado el DIU, pastillas anticonceptivas de toma diaria, en ocasiones el condón, y algunas se habían practicado la oclusión tubaria. Las mujeres opinaron que en la actualidad se cuenta con mucha más información para evitar o postergar un embarazo y se tienen más facilidades para obtener los métodos a diferencia de lo que acontecía en la época de sus madres o cuando ellas comenzaron su actividad sexual; y las mujeres más jóvenes señalaron que siempre ha habido información.

El grupo también reconoció que ciertas mujeres tienen mayores posibilidades de acceder a información sobre anticoncepción. Sin embargo, no hubo acuerdo acerca de si son las mujeres que se dedican exclusivamente a los quehaceres domésticos o las que realizan trabajo extradoméstico las que están en mejores condiciones para obtener información acerca de las distintas opciones contraceptivas. Cabe señalar que, entre los espacios de socialización donde se obtiene la información sobre anticoncepción destacan los centros de salud, la comunicación entre pares y algunos programas televisivos, particularmente el programa “Diálogos en confianza”.

Una primera preocupación de las mujeres en relación con el uso de anticonceptivos gira en torno a las consecuencias de tener un embarazo con el dispositivo. Esta preocupación manifestada por una de las participantes tuvo gran eco en varias de las mujeres que también habían pasado por esa experiencia.

La mujer que planteó la problemática por la que actualmente estaba pasando comentó que había tenido sangrados y temía que el dispositivo *“se le pegara (al niño) en alguna parte de su cuerpecito o que el bebé, y que se muera adentro”*. Asimismo, señaló que había concurrido a dos servicios de salud (al centro de salud y con un particular) para resolver este problema. Sin embargo, no había obtenido de los médicos una información clara sobre lo que correspondía hacer, sacar o no el dispositivo. El médico particular, por ejemplo, le ha dicho que no se lo podían quitar mientras que en el centro de salud le habían aconsejado esperar. Ante la limitada respuesta de los médicos, esta mujer se limita a esperar y declara que *“deposita en Dios la voluntad de que el embarazo continúe o no, ya que se lo dio y sólo él podrá quitárselo”*.

Dos mujeres más relataron experiencias similares. En un caso, a la mujer le quitaron el dispositivo posteriormente a que la pareja autorizó esta intervención bajo el riesgo de que aconteciera un sangrado. Afortunadamente, su hijo nació sin ningún problema de salud. En el otro caso, la mujer relató que a ella no le quitaron el dispositivo y que *“gracias a Dios quedó en la placenta”* naciendo su hijo en buenas condiciones de salud.

- “Yo estuve igual como ella, yo salí embarazada de mi niño y traía el dispositivo, no se me cayó el dispositivo, salí embarazada, entonces fuimos con el doctor, fue un centro de salud, me revisó y sí traía yo el dispositivo, lo único que me dijo era de que tuviera dos meses y fuera otra vez a mi centro de salud y me quitaron el dispositivo

... estuve 15 días encamada sin hacer nada, en reposo y se logró mi bebé y estuve bien ...”.

El segundo problema que emergió en el grupo fue la falta de control del dispositivo cuando se utiliza por un tiempo prolongado y las consecuencias que puede ocasionar en la salud de la mujer. Por ejemplo, una de las participantes comentó que hace un mes le sacaron el dispositivo luego de haberlo tenido por 11 años. Ella recordó lo doloroso que fue este procedimiento debido a que no la anestesiaron pero asumió que las molestias sufridas podían deberse a que ella nunca acudió a revisión. *“Me dijeron que tenían que anestesiarme y no lo hicieron y sí me lastimaron bastante, yo sentía que en mi parte me jalaban, me jalaban, pero yo aguanté el dolor porque digo, fue mi culpa, fue mi culpa por no revisarlo a tiempo”*. Después de casi un mes de habérselo quitado, la informante continuaba con frecuentes dolores que atribuía a no haber hecho el reposo correspondiente luego de la intervención y temía que el haberse dejado el dispositivo tanto tiempo podía producirle un cáncer:

La dificultad para someterse a revisiones (como la supervisión del dispositivo) parece relacionarse con el pudor que experimentan las mujeres de mostrar sus genitales ante un médico. No obstante, la necesidad de dejar atrás estos pudores a favor de la prevención de ciertas enfermedades fue expresada por otras participantes.

Como se mencionó, la oclusión tubaria parece ser una opción anticonceptiva frecuente en el grupo. En varios casos las mujeres manifestaron que la elección de este método definitivo estuvo condicionada por la situación de enfrentarse solas en el último embarazo; y otras mujeres que optaron por este método manifestaron su arrepentimiento y su deseo de tener otro hijo en la actualidad. Es importante destacar que cuando la moderadora preguntó si tal vez esto pasaba porque no habían sido bien informadas al momento de tomar la decisión de operarse, las mujeres manifestaron que sí recibieron la

información adecuada y que el arrepentimiento emergió al cambiar posteriormente su situación conyugal. También se hizo alusión a la necesidad de decidir junto a la pareja frente a este método definitivo.

En cuanto a la anticoncepción postparto emergieron dos problemas: la falta de información suficiente respecto de la lactancia como método de anticoncepción y la no concurrencia al servicio para adoptar un método luego del parto debido al escaso tiempo que tienen las mujeres como consecuencia de sus cargas de trabajo.

La percepción en torno a la lactancia como un periodo donde son nulas las posibilidades de embarazarse hace que muchas mujeres confíen en esta estrategia y la conciben como un recurso anticonceptivo muy confiable limitando la posibilidad de adoptar un método más efectivo. En este sentido, también se expresó que mientras se recurre a la lactancia no es conveniente tomar anticonceptivos por los riesgos que esto pudiera ocasionar en el niño. *“Luego como daba yo pecho al bebé...cómo voy a hacer eso o que me den pastillas y le estoy dando de comer al bebé ¿a poco se puede eso?”*.

Respecto del papel de los varones en la anticoncepción, algunas mujeres opinaron que los varones deben ser los responsables de “cuidar a la mujer”; y otras, en cambio, se pronunciaron a favor de la responsabilidad compartida, entendiendo a esta como *“la culpa fue de él por no cuidarla a ella”*. En este momento del diálogo emergió un comentario sobre el hecho de que las mujeres deben cuidarse por sí mismas porque los varones *“nunca van a hacer algo por nosotras”*; ante ello, otras mujeres señalaron que, cuando *“hay amor en la pareja, los varones sí lo hacen, si él que te quiere sí lo hace”*.

Al indagar sobre las vivencias de un embarazo inesperado, varias mujeres mencionaron que en la actualidad casi no deberían surgir estas situaciones por el mayor acceso a información anticonceptiva. Sin embargo, también aceptaron que muchos embarazos son inesperados en tanto es frecuente que la falla de las estrategias y los métodos.

Así mismo, se mencionó que el hecho de seguir teniendo la menstruación de manera regular, obstaculiza la identificación de un posible embarazo; y el grupo omitió señalar que el sangrado puede ser un indicador de riesgo.

En general, el aborto como opción frente a un embarazo inesperado o cuando la mujer no cuenta con el apoyo de su pareja aparece no fue aceptado por este de mujeres. Ante un embarazo no planificado o frente a la carencia de apoyo de la pareja en el embarazo en curso se prefiere la opción de la ligadura posterior al nacimiento del niño(a). La opción de dar en adopción tampoco es aceptada cuando no se cuenta con el apoyo de la pareja. Incluso se calificó de “cobardes” a aquellas mujeres que por diferentes motivos dan a sus hijos en adopción.

Cabe señalar que, la interrupción de un embarazo, como tema de discusión, despertó un gran debate en tanto en el grupo había una mujer embarazada de 3 meses que manifestó tener la presión de su pareja para abortar. Esta mujer llegó a la sesión con un niño en brazos a quien al inicio del grupo focal comenzó a amamantar. Ella tiene 3 hijos (de 12 años, 2 años y 6 meses); los dos últimos son de su actual pareja, quien tiene otra familia e hijos y convive con ella sólo algunos días en la semana. La señora manifestó que sentía mucho temor de tomar algún medicamento abortivo por los riesgos que podría correr y que incluso, dijo, “*podía llevarla a la muerte*”. Ante su indecisión la mujer relató que consultó con su red familiar y comentó que uno de sus hermanos le aconsejó que tuviera a su bebé y que luego se optara por la oclusión tubaria. En relación a esta decisión, la mujer mencionó que en su último embarazo, ella había ya tomado la decisión de la esterilización pero finalmente no se pudo realizar por problemas del servicio de salud.

Otro punto abordado por el grupo giró en torno al momento del parto. Entre las necesidades y preocupaciones que surgen en ese evento destacan: el temor a morir; contar con la suficiente energía y valor para resistir los dolores del parto; el deseo de que

éste sea natural y no se tenga que recurrir a una cesárea debido a los fuertes dolores posteriores a la intervención; recibir buena atención en los servicios de salud; el deseo que el bebé nazca con buena salud; y se expresó la necesidad de contar con información acerca de cómo afrontar la resolución del parto.

Las mujeres también distinguieron servicios que favorecen que los partos se den por vía natural y otros que alientan las cesáreas, particularmente consideraron que los médicos particulares son los que prefieren realizar cesáreas con la intención de ganar más dinero. *“Hay doctores que inmediatamente te mandan al quirófano porque se hace cesárea, es caro y rápido para ellos”.*

Otra preocupación que surgió por parte de una integrante fue la posibilidad de tener un hijo a los 40 años. Respecto de la imposibilidad de lograr un embarazo a esta edad, varias participantes comentaron que sí conocían casos de esterilidad, un problema que suscita *“frustración y amargura”*. Por ello, sugirieron la aproximación a otros modelos de atención en salud, tales como las parteras, ya *“ellas, mediante las sobadas logran que se concrete el embarazo”*. La adopción no parece ser una solución al problema de la esterilidad en este contexto debido a que el proceso es tardado, laborioso y se exigen muchos requisitos como el contar con cierta estabilidad económica que no pueden cumplir.

En otro momento del diálogo grupal se hizo alusión a la información y medios para prevenir y atender las ITS. Las enfermedades transmitidas sexualmente nombradas por las mujeres como *“enfermedades venéreas”* y que mencionaron espontáneamente fueron: la sífilis, la gonorrea, el SIDA, los hongos, los chancros, la hepatitis. La infección por el virus del papiloma humano sólo fue reconocida como tal cuando la moderadora preguntó por la misma.

Respecto al conocimiento de las mujeres sobre los medios de transmisión de estos padecimientos, la mayoría estuvo de acuerdo en mencionar la vía sexual y el contacto con

sanitarios, aunque la primera fue considerada como la más común o en las palabras de una de las mujeres como *“la más efectiva”*.

El padecimiento de ITS en el curso de vida de estas mujeres ha sido recurrente en el marco de la vida conyugal. Aunque ellas perciben que los varones son el actor central en la transmisión de las ITS, varias mujeres argumentaron que no necesariamente la infección ha provenido del ejercicio de relaciones sexuales extramatrimoniales, si no que puede ser por *“la falta de higiene, que andan en la calle y entran a los baños sucios”*.

- “Yo sufro mucho de infección, tal vez por mi pareja, tal vez por mí misma o porque la haya recibido en otro lado... yo anteriormente tuve infección y desgraciadamente yo la tuve adentro... por los sanitarios...”.

El diálogo grupal permite observar limitaciones importantes para tomar medidas adecuadas de prevención de ITS. Cuando se les preguntó si se podían prevenir este tipo de infecciones, buena parte emitió una respuesta negativa; y otras, aludieron al uso del condón como un método efectivo para la prevención. No obstante, una perspectiva común entre las mujeres fueron las dificultades para negociar la utilización del condón con sus parejas. En este proceso nuevamente emergen los vigentes códigos normativos de la vida en pareja, es decir, la confianza y la fidelidad; sin embargo, se reconoció la alta probabilidad de que hombres y mujeres mantengan relaciones sexuales y de pareja en el marco extramatrimonial. A pesar de ello, el grupo consideró que, las mujeres tienen un “mayor control” sobre el ejercicio sexual por el temor a padecer ITS.

En las pocas ocasiones donde los varones aceptan utilizar el condón, también las emergen otros temores entre las mujeres, ya que en ese momento es difícil estar alerta sobre la colocación adecuada y oportuna del condón por parte de la pareja, ya que *“hay*

poca luz y no se puede ver si realmente se lo coloca, y no se puede confiar ciegamente en él”.

Algunos de los síntomas asociados con ITS mencionados fueron: *“la presencia y cambios del flujo vaginal, el ardor, la comezón, dolor en los ovarios y olor a pescado”*. Ante la presencia de estos síntomas las mujeres expresaron que se acude al médico. A decir de las mujeres, la toma de esta decisión puede prologarse, por el pudor de desvestirse frente al médico. También se mencionó que varones son “cobardes”, no aguantan el dolor o les da vergüenza ir con el médico para atender este tipo de padecimientos.

También se mencionó que, cuando una mujer padece de una infección se implementan medidas para prevenir el contagio entre los miembros del grupo familiar, particularmente se trata de cuidar que los niños no se contagien. Se piensa que los baños o la ropa representan fuentes de contagio, por lo que, las medidas utilizadas de prevención consisten en lavar muy bien los sanitarios y separar la ropa de cada miembro de la familia.

Para el caso de la infección por el VPH, sólo una de las doce mujeres participantes, mencionó que la detección de la misma se realiza en algunos servicios que se dedican exclusivamente a atender este tipo de infecciones a partir del examen colposcópico. Según lo informado por esta mujer, el servicio del que estaba hablando es el Colegio de Colposcopistas, donde la modalidad de atención consiste en dar tratamiento el mismo en que se detecta alguna anomalía. Cabe mencionar también que esta única mujer conocía y había ido a este servicio; la mayoría no tenía conocimiento del mismo.

En relación al VIH/SIDA, sólo se mencionaron las tres causas de transmisión de esta infección: la vía sexual, las transfusiones de sangre y la vertical. Al interior del grupo, dos mujeres relataron los casos de personas conocidas (vecina y comadre) que habían fallecido por las secuelas del desarrollo del síndrome.

Otras necesidades de salud reproductiva mencionadas por las mujeres fue el hecho de contar con más información para el cuidado, principalmente, antes del primer embarazo, ya que ahora en cambio, ellas se ven a sí mismas con mayores conocimientos acerca de los riesgos cuando se tienen hijos o de ITS. Se piensa que haber contado con mayor información en el pasado hubiera posibilitado no tener tantos hijos. *“Yo tengo 8 hijos... si yo supiera todo lo que ahorita sé cuando yo tuve a mis hijos, yo no hubiera tenido tantos hijos o tan seguido...”*.

Otra necesidad que resaltaron varias mujeres fue el contar con habilidades necesarias para hablar de sexualidad con sus hijos, a partir de reconocer que en la actualidad existe una mayor comunicación entre padres e hijos en relación a este tema.

En relación a si los varones o las niñas son las más necesitan saber más de sexualidad no hubo acuerdo. Mientras algunas mencionaron que eran las niñas, otras opinaron que ambos sexos requieren estar informados y educados en sexualidad.

En cuanto al acceso al conjunto de servicios de salud reproductiva, se mencionó que durante el proceso de búsqueda tiene un papel relevante el “chisme” y la “plática” con las amigas y vecinas, ya que son considerados como una de las principales fuentes de información con la que se cuenta para identificar a los servicios disponibles en el contexto local. No obstante, el acceso a los servicios de salud es un proceso atravesado por varios obstáculos, como son: la pérdida de tiempo ya que se tiene que ir muy temprano a sacar fichas y luego esperar varias horas hasta ser atendida; las trabas burocráticas que imponen los servicios y la no derechohabencia.

“-Es bien desgastante que vas al centro de salud desde las 4 de la mañana, cinco de la mañana para alcanzar ficha...

- Luego, de primera no viene el médico a la hora indicada...”.

“-En el centro de salud no me quisieron inyectar a mi niño porque perdí su cartilla.

- El ISSSTE desde que entra... tu último talón de pago y si no lo traes no hay consulta, aunque lleves tu credencial no hay...
- Si no eres derechohabiente y te atiendes una operación o X de urgencia te cobran... te cobran... ni un particular te cobra eso que el ISSSTE te cobra”.

A su vez, la relación con los prestadores es un elemento crucial que condiciona la adherencia en el tratamiento y el regreso de la paciente al servicio. *“Cuando el médico te explica, tú empiezas a sentir confianza...”*, lo cual fortalece la confianza en los médicos. No obstante, una dimensión que atraviesa las relaciones interpersonales que establecen estas mujeres con los médicos es desconfianza. Algunos aspectos que contribuyen a esta valoración negativa de la relación médico-paciente son:

- Que no les presten atención, que no les den solución a muchos de sus problemas: *“Si es algo leve te dicen: ‘Tomese eso’ y punto o aunque vayas mal pues nada más medio te atienden y te dicen: ‘¿Sabe qué? Váyase al Balbuena...’”*.
- Que no las revisen y que solamente le receten medicamentos luego de escuchar los síntomas que presentan. *“Tú le estás diciendo tu padecimiento y él ya está haciendo la receta y así nada más y ‘El que sigue’”*.
- *“Sería más acertado el diagnóstico y te da más tranquilidad cuando tu médico te revisa bien... hasta las anginas, no importa...”*.
- Que usan un lenguaje técnico, que no entienden y el reconocimiento de las propias dificultades para exigirle al médico que les hable de forma sencilla. *“Uno debe de quitarse la pena y decirle al doctor: ‘No le entiendo, explíquemelo de nuevo porque no le entiendo’”*.
- Que el maltrato verbal que puede provenir de los médicos pero también de las enfermeras.

De igual manera, en los espacios de promoción de la salud, frecuentemente, las mujeres no se quejan de sus dolencias con la intención de no ser maltratadas verbalmente, por ejemplo en el momento del parto. *“Yo por eso me aguantaba, no porque no me doliera, sino porque decía yo, lo que van a decir...”*.

También el grupo señaló que el maltrato puede incrementarse por el hecho de ser pobre; y una de las mujeres aludió a la discriminación por ser indígena, expresada por usar huipil y hablar dialecto. En varias ocasiones emergió el tema de la estigmatización que sufren por ser habitantes de un campamento y la adjudicación de hechos delictivos por esta vivir en estas condiciones, lo cual, parece influir en las condiciones en que se ofrecen los servicios de salud.

El contacto con distintas instituciones de salud permite a las mujeres valorar otros aspectos de la calidad de la atención que han recibido. La mayor parte de las mujeres se quejaron de la atención recibida de parte de ciertos; sin embargo, otras participantes indicaron que a partir de su experiencia en instituciones hospitalarias, opinaron que algunos servicios ofrecen una buena atención. Por ejemplo, una mujer expresó que el médico que a ella la atiende en el IMSS siempre la ha tratado muy bien. El ISSSTE fue el servicio que salió peor evaluado por las participantes, detectando que el más grande obstáculo lo constituyen los requisitos burocráticos y el alto costo que hay que pagar por los servicios si no se es derechohabiente.

A veces, también indicaron que el recibir una buena atención tiene que ver con la suerte de que les toque un profesional amable. También se reconoció que la atención recibida puede estar condicionada por la presión que tienen los prestadores de parte de sus mandos superiores. Para la mayoría, la excepción a la regla la constituyen los médicos privados representados por una médica que brinda atención muy cerca de donde viven y que además posee una farmacia y otro doctor que *“empezó con un consultorio chiquito y ahora hasta tiene un hospital de pediatría”*. La doctora, a la que sí *“le tienen fe”*

y *“de veras que es muy buena”* atiende a la mayoría de las personas que viven en los predios; presenta como características positivas: que vive cerca, trata bien, atiende en un horario amplio (hasta las once de la noche), sus consultas son baratas (20 pesos), cobra la primera consulta y la segunda no, vende medicinas “originales” y no genéricas, da fiado el medicamento si no se cuenta con el dinero o la facilidad de que pueda ser pagado de a poco y entrega los resultados de laboratorio al día siguiente.

También se manifestó desconfianza respecto de la calidad de los medicamentos que ofrecen las Farmacias de similares. El bajo costo se asocia en algunos casos con una menor efectividad o un efecto retardo en el alivio de los síntomas. *“Esta ampicilina que me cuesta en la farmacia por decir \$80 y allá con el Simi me manda dos, dos que me cuestan \$40 y al final de cuentas gasto \$80, entonces prefiero darle a mi hija esta que cuesta 80 más efectiva y rápida”*.

En cuanto al ejercicio de derechos, el recibir información sobre las molestias que presentan o sobre los medicamentos que deben tomar, el obtener una atención debido a la condición de derechohabiente o ante una urgencia así como a demandar por una mala praxis fueron los derechos que a partir de su experiencia fueron transformados en objeto de demanda. En relación a una mala atención médica aunque se sabe que se tiene derecho a demandar, a veces se desestima este tipo de acciones porque la experiencia demuestra que las instancias institucionales generalmente defienden a los profesionales y no a los pacientes. *“Mi mamá lo demandó y nada más pagó fianza el señor y salió...”*.

Las sugerencias que emitieron las mujeres para mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud fueron las siguientes:

- Que existiera una clínica para la mujer cercana al lugar en que habitan.
- Que pudieran recibir un buen trato de parte de todas las personas que trabajan en los servicios: médicos, enfermeras y personal de limpieza.

- Que los médicos no se sintieran como dioses, si estuvieran capacitados, si tuvieran amor por su profesión, si les brindaran un trato humano y cálido.
- Que los médicos las revisaran adecuadamente.

Por último, el grupo de mujeres mencionó la utilización de otros modelos de atención médica, como un recurso secundario, principalmente cuando los médicos no han contribuido a resolver el problema de salud. Acudir con parteras para atender sus partos no es ya una práctica común entre estas mujeres, a diferencia de lo que acontecía entre sus madres, pero sí se les busca para las “sobadas” durante el embarazo. Algunas mujeres opinan que las parteras “*saben más que los doctores*”, pero cada es cada vez más difícil encontrar a estos agentes de salud, “*ya no las hay*”.

3.4 El punto de vista de los varones (25-49 años)

El grupo focal estuvo integrado por diez varones, con una edad media de 22 años. Del total, nueve eran casados y uno soltero; y todos desempeñaban diversos oficios en la delegación Iztapalapa, tales como, hojalatero, pintor, basurero o chofer. Respecto a su escolaridad, siete contaban con la primaria terminada, dos con la secundaria y uno con la preparatoria incompleta.

Un tema del discurso construido colectivamente en el grupo de varones, corresponde al conjunto de cambios ocurridos en la vida de las mujeres en las últimas décadas del s. XX y su influencia en las formas de control de la sexualidad femenina. Los varones ubican que, a mediados de la década de los 80, fueron evidentes los cambios en los roles y prácticas de las mujeres, aludiendo a la mayor participación de éstas en la vida escolar y laboral.

Desde su perspectiva, estas contingencias se han traducido en una mayor independencia de las mujeres en relación con la pareja. Estos cambios aunados a la

mayor difusión y acceso a los métodos anticonceptivos han permitido una mayor libertad o “*libertinaje*” del ejercicio de la sexualidad femenina. Lo anterior, ha debilitado la “*cultura machista*”, contribuyendo a generar otras necesidades y preocupaciones relacionadas con la salud reproductiva tanto en los hombres como en las mujeres.

A decir de los varones, el principal “problema” que han observado, derivado del conjunto de cambios en los roles genéricos y sexuales, es el embarazo en la adolescencia. Este fenómeno es considerado como un problema, en tanto plantea la asunción de un cúmulo de responsabilidades, las cuales no sólo afectan a la joven sino también a la red familiar, donde “*los abuelos son quienes asumen la responsabilidad*”. Así mismo, se menciona que, el desempleo y los trabajos precarios a los que pueden acceder las adolescentes, y las consiguientes limitaciones económicas tienen implicaciones negativas para la vida del hijo(a).

-“Esta es una experiencia muy cara, no?, porque hay un ser que va a venir a sufrir, o sea, yo no estoy en contra de que no tengan relaciones las niñas o las mujeres en general, o sea yo no estoy en contra que tengan relaciones con los que quieran tenerlas, pero si se cuidan o llevan un método, el que ellas quieran escoger, inyecciones, pastillas o calendario, lo que sea, si se cuidaran yo creo que sea mucho mejor que si tuvieran puros niños a sufrir, porque de una niña de 17 años no tiene ninguna experiencia y no se ve obligada a cuidar ese ser, se va a que la mamá o el abuelito a dejarles la carga.”

A decir de los varones, el evento de embarazo se relaciona, en primer lugar, con la ampliación del margen del ejercicio sexual entre los y las adolescentes. “*En cualquier parte, en la calle siempre vemos niñas de 15, 17, 18 años embarazadas*. Ellos consideran que el embarazo en esta etapa es un “*gran error*”, ya que dan por hecho que los y las adolescentes tienen acceso a la información y a los medios para la prevención. “*Teniendo*

tantas cosas, tanta información, no pueden embarazarse". Así mismo, los varones consideran que la falta de comunicación con los padres que "genera un *el libertinaje y la falta de control de las adolescentes*", la curiosidad, y la influencia de las amigas que ya son madres, son otros factores que propician los embarazos en la adolescencia.

La discusión sobre este fenómeno adquirió gran relevancia en el grupo, ya que la mayor parte de los varones son casados y tienen hijas. Ellos declararon "*no estar en contra de las relaciones sexuales*" entre los adolescentes y jóvenes, pero consideran que es necesario abrir los canales de comunicación sobre el uso de anticonceptivos con sus propias hijas. Para algunos varones esta comunicación se reduce al mensaje del "*cuídate*", dando por hecho la "*gran cantidad de información sobre los anticonceptivos que tienen los adolescentes*"; y otros, que reconocen sus propias limitaciones de información han buscado otras referencias para apoyarlas en este proceso.

-“Como dice el compañero, no estoy de acuerdo , no estoy en contra de las relaciones de lo 15 años en adelante, yo tengo a mi hija y ella tiene a horita 15 años, trato de platicar mucho con ella de este tema, por que?, porque como le digo, debes de llegar primero a tu madurez, para poder tener una relación, a lo mejor yo no te digo que no las vas a tener, si las vas a tener, pero llega siempre a tu madurez, tu si te embarazas a los 16, 17 años tu cuerpo no esta capacitado, no ha cambiado todavía del todo, para que tengas un hijo, yo me meto mucho en esos temas, leo muchas revistas, folletos, todo lo que dan en los hospitales, todo eso.”

El diálogo grupal permite observar que los varones cuentan con ciertas referencias sobre los métodos y estrategias anticonceptivas, identificando principalmente a los métodos hormonales (inyecciones y píldoras de toma diaria), el ritmo, y el condón. Algunos varones casados, dijeron haber compartido la responsabilidad del uso de los métodos anticonceptivos con su pareja. No obstante, esta responsabilidad recae

enteramente en el cuerpo de la mujer, en tanto se limita a platicar sobre la necesidad de usar un anticonceptivo femenino que permita evitar o espaciar los embarazos, omitiendo la posibilidad del uso del condón masculino. Se observa que, en general, los varones no acompañan a sus parejas a la consulta ginecológica, salvo cuando se indicó su participación en la planeación de un embarazo. Dicha planeación parece limitarse a la comunicación del deseo de un nuevo hijo(a) con la pareja; y en ocasiones, al acompañamiento de la mujer con el médico para la suspensión del anticonceptivo.

En este momento del diálogo se mencionó que, las condiciones de salud de los varones influyen en el desarrollo del embarazo. Particularmente, se reconoció que el tipo de prácticas sexuales (multiplicidad de parejas y no uso del preservativo) y los hábitos de vida (tabaquismo, alcoholismo) de los varones, aunados a la escasa aproximación de éstos a los servicios de salud reproductiva, pueden tener consecuencias negativas en el proceso de embarazo, y en la salud de la mujer y el hijo(a). Por ello, emergió la necesidad de que los varones participen activamente en este proceso mediante la aplicación de análisis clínicos que avalen su condición de salud antes de planificar el nacimiento de un nuevo hijo(a).

-“Vamos a ser sinceros que con todos, que con la edad, tomamos, fumamos, hacemos desdén y medio, andamos con una y con otra... y no tenemos el cuidado de usar preservativos y podemos llegar a la casa y llevar una infección, a lo mejor no tan grande, pero al final de cuentas una infección. Así es que se ayuda a que el embarazo no se de y ahí viene también los reproches el aborto, inclusive, digo porque a mi me paso...Les vuelvo a repetir, si fuéramos a planear un embarazo, no sólo sería de, pues órale ya esta quiero tener un hijo. No somos tan cuidadosos en eso de ir al médico y a ver como ando yo para ver si puedo tener un hijo, yo creo que ya lo vemos y eso lo hacemos todos, ya hasta que tenemos la enfermedad...”

La perspectiva grupal sobre la participación de los varones en el proceso de atención prenatal, la cual contribuyó a identificar problemas y necesidades que tienen las mujeres embarazadas en relación con el acceso y la atención recibida en los servicios de salud, se hizo tomando como referencia la experiencia de la pareja, sobrinas y hermanas de los participantes.

Respecto al proceso de búsqueda de la atención médica, varios varones narraron las dificultades que vivieron junto con su pareja en el momento del parto, ya que en diversos servicios de salud les negaron la atención por no contar con recursos especializados, por la alta demanda de los servicios, por los trámites burocráticos, o bien por no ser derechohabiente. Por ello, las parejas tuvieron que hacer un largo recorrido que implicó el maltrato por parte de los prestadores de servicios, y pérdida de tiempo que ponía en riesgo la salud de la madre y el hijo(a), *“vuelta y vuelta”*, hasta ser aceptados en alguna institución.

En cuanto a la calidad de los servicios de salud prestados a las mujeres de la red familiar de los varones, se mencionó que, la mayor parte de las veces, ellas *“se quejan de la mala atención, todos los lugares donde van las atienden mal, no tienen los materiales apropiados, se quejan de la higiene, con el mismo instrumental revisan a una y a otra...”*. También algunos varones que han acompañado a sus esposas en el proceso de parto y embarazo, mencionaron que, el personal de salud, con frecuencia tiene poco interés en realizar una exploración clínica adecuada y no se preocupa por prescribir y aplicar exámenes médicos, poniendo en riesgo la salud de la mujer y el hijo(a). Ante el conjunto de obstáculos de acceso y la mala calidad de los servicios de salud, los varones manifestaron *“gran impotencia y desesperación”*, y expresaron sentirse *“defraudados, uno quisiera meterse ahí”*. Además, las situaciones donde emergen problemas de salud, generalmente, plantean una importante inversión de recursos económicos con los que no se cuenta en ese momento. *“Yo creo que el dinero no lo tiene uno, no somos bancos, así*

como para invertir 5000 pesos en ampollitas, a lo mejor uno se endeuda, pide prestado, tratándose de la salud, pero así de tenerlo, no”.

-“Yo tuve una experiencia con mi mujer, el embarazo fue de alto riesgo, yo lo traje a un particular, ahí fue donde nos enteramos que ella tenía tres meses de embarazo. Después la llevé al Seguro, para que ya la estuvieran atendiendo, pues ni siquiera un ultrasonido, nada más con lo que les comentamos, con eso se baso el médico, ni siquiera le mando un ultrasonido, ni la checo ni nada, bueno le dio una cita. Entonces regresamos al particular y le hacían ultrasonidos cada mes, pero en el Seguro nada. Llegó el momento en que yo le dije al doctor: “oye y porque no le mandan un ultrasonido, usted no mas se esta basando en lo que nosotros le traemos, entonces para que me cita usted cada mes aquí, total que nos mandó, pero que no había.”

Otro tema del discurso grupal corresponde a las necesidades que tienen los propios varones para cuidar y atender problemas relacionados con la salud reproductiva, donde se abordaron tópicos relacionados con las infecciones de transmisión sexual, el cáncer de próstata y la eyaculación precoz.

Los participantes cuentan con referencias sobre las ITS, identificando principalmente al SIDA, la gonorrea, la sífilis, el virus del papiloma humano y los condilomas. Ante la pregunta directa sobre las vías de transmisión de estos padecimientos, con frecuencia, ellos se mostraron reticentes para responder, y expresaron “yo no me acuerdo como se adquieren”, “puede ser la infección con la mano”, “la mayoría son infecciones y otras por transmisión”. A pesar de estas reticencias y/o limitaciones de información, algunos varones, reconocen al condón como un método efectivo para la prevención, “*si no te cuidas con esto puedes quedar infectado*”; sin embargo, es

prácticamente nulo el uso de este método por parte de los participantes. Desde su perspectiva, “la escasa cultura” para la aceptación del condón deriva en la falta de aceptación y en el no uso del método, tanto en los hombres como en las mujeres. Un participante mencionó que esta situación incrementa los riesgos que corren las mujeres “amas de casa”, principalmente ante la infección del VIH/SIDA. Otros varones expresaron su desconfianza en la efectividad del condón para la prevención de las ITS y de un embarazo inesperado; además consideran que este método puede “dañar a la mujer”, al igual que lo hacen las pastillas anticonceptivas “que alteran su organismo, su menstruación, los nervios, el carácter, todo puede ser en contra.

A decir de los varones, la identificación de síntomas de una ITS consiste en padecer comezón, ardor y aparición de lesiones. Cuando emergen los síntomas de una ITS, primero se platica la situación con el amigo más cercano, “le tenemos más confianza al dúo o al compañero, le pregunto mis dudas, aunque al rato me va a estar haciendo burla porque así somos los hombres”. Posteriormente, si los síntomas de la infección persisten se acude al médico. “Voy a consulta, para saber lo que tengo en realidad, y ya depende de lo que le digan a uno, y empiezas a tomarte el tratamiento”.

Los varones mencionaron que, las necesidades de prevenir y atender las ITS varían acorde con las responsabilidades que se adquieren en la vida laboral y conyugal. Cuando “uno es soltero”, se incrementan las probabilidades para la multiplicidad de parejas sexuales, “decía uno, pues me voy con ella, voy con la otra, ayer me fui con dos, y al otro día igual...es cuando tienes relaciones sexuales por gusto y no por obligación”; y se tiene una menor preocupación por adquirir alguna infección de transmisión sexual, “cuando yo andaba del tingo al tango, sí te pones a pensar en tal enfermedad, uno se arrepiente nada más por uno, pero no tiene más consecuencias”. En cambio, cuando “uno se casa, se tiene la responsabilidad de cuidar a la mujer”.

Los varones mencionaron que es muy frecuente el ejercicio de la sexualidad en el marco extra-marital, por parte de ambos miembros de la pareja. A decir de los participantes, cuando se tienen experiencias sexuales extra-maritales, se corre un mayor riesgo de adquirir una ITS. Cuando esto sucede, los varones ponen en práctica un conjunto de estrategias para evitar que la pareja estable se entere del padecimiento, ya que una situación de esta naturaleza *“puede llegar hasta un divorcio porque se pierde la confianza”*.

Por medios diversos se evitan las relaciones sexuales durante el padecimiento, lo *que yo estoy sufriendo o la infección que yo me busqué no se la quiero compartir a mi mujer, si yo ando mal, pues de antemano acudir al médico para ponerle un alto a lo que hice mal”*.

Por otra parte, en el grupo de varones se habló del problema de cáncer de próstata. Algunos dijeron haber escuchado de este problema de salud, y otros no tenían ninguna referencia. Por ello, la primera necesidad identificada por el grupo fue el contar con mejor información acerca de este padecimiento.

- Tal vez, en lo personal me atrevo a confesarlo que tengo mala información o no nos han dado pláticas debidas, por eso desconocemos el tema, no se si hay tratamiento, porque se desconoce, no se sabe de qué se trata. Tal vez, si nos hubieran dado una plática de so, ya lo estuviéramos pensando, y sabríamos que tenemos que hacer el examen.

En cuanto a las condiciones sociales que obstaculizan el acceso a servicios de salud que permitan prevenir y atender el cáncer de próstata, los varones perciben que, “el machismo”, es un factor que limita la aplicación del examen clínico de detección del cáncer de próstata, ya que *“la exploración es vía recto”*. A pesar de ello, se reconocieron las necesidades de acceso a *“doctores que sí atiendan esta problemática”*, y al examen

diagnóstico porque *“es un problema que no sólo te da a ti, también se lo vamos a dejar a la familia, aunque no nos guste sabemos que después de los 40 años, tenemos que hacerlo*. De igual manera, los participantes se mostraron dispuestos a la aplicación de este examen clínico en caso de que éste se ofreciera en su centro laboral.

Respecto a la temática de la eyaculación precoz, los participantes plantearon la necesidad de contar con mejor información sobre esta situación vinculada al ejercicio de la sexualidad. Así mismo, mostraron un claro distanciamiento, ya que es algo que *“no se va andar divulgando”* porque es una situación que tiende a cuestionar la masculinidad; y expresaron un claro desconocimiento de esta temática, *“no se si es una enfermedad o es genético”, “yo no se de casos”*.

Yo siento que es difícil y es penoso, no vamos a andar divulgando, hay que creer que soy el gaucho veloz, me dicen el gaucho veloz porque en dos segundos ya termino.

En síntesis, el diálogo grupal de varones, indica la limitada capacidad que tienen los servicios de salud para promover el cuidado de la salud reproductiva entre la población masculina. Las sugerencias que emitieron los varones para mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud fueron las siguientes:

- Que se amplíe el margen de acción de los servicios de salud reproductiva para la población masculina mediante el trabajo comunitario.
- Que se proporcione mejor información sobre las ITS, el cáncer de próstata y la eyaculación precoz, ya que la educación en salud puede contribuir a “perder el miedo a ir al médico.

- Que se abran más los canales de comunicación entre los médicos y los varones, ya que frecuentemente “no sabemos explicar sobre el dolor (en los genitales) abiertamente con el médico”.
- Que los prestadores de servicios de salud reproductiva respeten la confidencialidad del paciente en relación con su padecimiento, “si no, se pierde la confianza”.
- Que exista un trato adecuado por parte del conjunto de prestadores de servicios de salud.
- Que existan condiciones de acceso a un cuadro de medicamentos que responda a las necesidades del paciente.

Conclusiones

Las “necesidades sentidas o expresadas”, los problemas y obstáculos para la atención de la salud en general, y de la salud reproductiva en particular, cambian según las especificidades de las formas de desigualdad dominante, las representaciones sobre la salud/enfermedad, la confianza en los distintos modelos de atención de la salud, el nivel de acceso a servicios de salud abiertos a la prevención y atención de una amplia gama de padecimientos, así como con los vínculos intersubjetivos y prácticos que se establecen en la relación médico-paciente (Reartes D., s.f.; Camarena, R y Lerner S., s.f.; Lara Flores et al. 2000; Jasis M., 2000).

En este trabajo fue clara la identificación de distintas necesidades y problemas de salud reproductiva según se trate de mujeres, varones, adolescentes y jóvenes, así como de los obstáculos que presentan estos distintos grupos para demandar y satisfacer alguna de estas necesidades en función de ciertos atributos o condiciones determinadas por la clase, el género y la generación. La información derivada de la exploración y contraste sistemático del punto de vista de estos grupos poblacionales que confluyen en contextos de marginalidad social, así como de diferentes categorías de prestadores de servicios, permitió aproximarnos al conjunto de condiciones sociales, materiales y simbólicas que influyen en el proceso mediante el cual, los sujetos perciben, interpretan y responden ante las diversas necesidades en salud reproductiva, ya sea en el ámbito personal, familiar y comunitario, como en los propios espacios de organización de los servicios de salud públicos o privados.

El acercamiento al punto de vista de los prestadores a través de observaciones en servicios, entrevistas y grupos focales con médicas/os, enfermeras/os y trabajadores sociales permitió aproximarnos a las representaciones y prácticas que este conjunto de profesionales desarrolla para atender las principales necesidades y problemas en salud

reproductiva que presenta la población que acude con ellos así como los obstáculos que enfrentan en su trabajo cotidiano para satisfacerlos adecuadamente.

Cada uno de los servicios visitados presenta modalidades de atención que conllevan aspectos positivos y negativos. Entre los primeros podemos citar el que una de las casas de salud, el consultorio periférico, las Farmacias de Similares y los consultorios privados tienen un horario más amplio que el de los centros de salud, atienden por la tarde e incluso los fines de semana, las personas no tienen que sacar ficha para ser atendidos ni llegar temprano para poder acceder a un turno. En cuanto al costo de la consulta, en las casas de salud si la/el paciente manifiesta que no puede pagar no se le cobra, sin que sea necesario sacar su tarjeta de gratuidad como en los centros de salud.

Algunas características del personal de salud, por ejemplo, el que las/os pasantes que atienden en las casas de salud sean jóvenes podría estar favoreciendo el trato con adolescentes y jóvenes y el abordaje de cuestiones vinculadas al ejercicio sexual. Los muchos años que ciertos profesionales tienen trabajando en el servicio y el conocimiento de la comunidad que esto les permite también son aspectos positivos. Igualmente, la capacitación recibida en salud reproductiva (en el caso de la médica que atiende en el consultorio periférico) y el trabajo anterior en la unidad móvil realizando Pap y promocionando los derechos sexuales y reproductivos (en el caso de la enfermera de una casa de salud) son aspectos considerados muy valiosos.

Entre los aspectos negativos señalamos las inadecuadas condiciones de algunas instalaciones y salas de espera, el no ofrecimiento de exámenes de laboratorio, ultrasonido y Pap, en algunos servicios o sólo ciertos días a la semana, el desabasto de medicamentos, métodos anticonceptivos e insumos básicos como guantes, gasas, etc.. Respecto de la conformación de los equipos de salud, algunas casas de salud, el consultorio periférico y el particular no cuentan con enfermeras, trabajadoras sociales o psicólogas.

En cuanto a las necesidades de salud reproductiva que presenta la población, en primer lugar debemos señalar que a partir de lo dicho por los prestadores son las necesidades de anticoncepción y control prenatal las que más atienden en tanto son las mujeres las que asisten a los servicios demandando estos servicios. Sin embargo, mencionemos que las necesidades en materia de anticoncepción se ven afectadas por el desabasto de métodos y la oferta restringida de los mismos, aspectos negativos que son compensados, en ocasiones y en algunos servicios, por el suministro gratuito otorgado por algunos laboratorios.

Por otro lado, es clara la identificación por parte de los prestadores de distintas necesidades y problemas de salud reproductiva entre los diferentes grupos de la población, en función de ciertos atributos o condiciones genérica o generacionalmente determinadas tales como: la subordinación de las mujeres, el pudor para exponer sus genitales, la fortaleza e invulnerabilidad asignada a los varones, las sanciones al ejercicio sexual de las/os adolescentes, la mayor tolerancia al ejercicio sexual de los varones adolescentes.

De la información relevada resalta, en primer lugar, que son los adolescentes y los varones los grupos que parecen requerir más atención a sus necesidades de información, acceso a métodos y prevención de ITS; en segundo lugar, la carencia de información “veraz” en todos los grupos aparece como la necesidad sobre la que más habría que trabajar. En este sentido, se observa que distintos prestadores asumen como una función relevante de su quehacer la prevención de embarazos e ITS a través de la educación sexual de la población tanto en la consulta como dirigiendo pláticas. Al mismo tiempo, es interesante observar la crítica que los mismos prestadores realizan del modo en que esta actividad se ha venido realizando, centrada más en la transmisión de información y no en una verdadera educación sexual. Las ITS parece ser un problema de salud no muy

atendido por estos prestadores, no sabemos si existe una baja incidencia en la población y/o si ésta no demanda este servicio y acude a otras instancias para atenderse.

Un problema que atraviesa distintos aspectos de la salud reproductiva es la necesidad de dar seguimiento a los pacientes, el cual se ve obstaculizado tanto por el no regreso del paciente al servicio inicial como al funcionamiento inadecuado de los mecanismos institucionales de referencia y contrarreferencia cuando los servicios no ofrecen los servicios (debido a la complejidad del nivel de atención o la no existencia de los insumos/aparatos para realizar ciertos estudios) y canalizan a las/los pacientes a otras instituciones.

Un aspecto casi no mencionado por los profesionales es el de la identificación de necesidades emocionales vinculadas a distintos problemas/situaciones de salud reproductiva (embarazos inesperados, interrupción de embarazos, por ejemplo) a excepción de algunas muy evidentes como violaciones o violencia familiar ante los cuales las mujeres son canalizadas a servicios especializados para su atención.

Algo muy interesante es que la violencia no sólo es percibida como un problema de la población, los propios proveedores así como las instituciones donde trabajan han sido afectados por el contexto de delincuencia y violencia de la comunidad, sintiéndose vulnerables frente a esta situación.

De la información recogida es posible detectar ciertas prácticas favorables y desfavorables entre los prestadores. Entre las primeras señalamos: la realización de talleres con la comunidad sobre distintos aspectos vinculados con la salud reproductiva, el ofrecimiento de pláticas en escuelas, la toma de Pap en preparatorias, el ofrecimiento de condones sin necesidad de que la persona tenga que sacar ficha o se le pregunte si tiene vida sexual activa. Como prácticas desfavorables consideramos los distintos estilos de atención frente en ciertas acciones y las ideas personales desfavorables hacia el ejercicio sexual masculino en la tercera edad.

Algunas acciones sanitarias como el dar condones a los jóvenes, la privacidad y confidencialidad durante el Pap y el ofrecimiento de mensajes preventivos en relación a las ITS permiten vislumbrar distintos estilos de atención por parte del personal de salud. El modo en que se llevan a cabo estas acciones y las actitudes personales en algunos casos favorecen y en otros, dificultan la satisfacción de las necesidades de salud reproductiva que presenta la población. En este sentido, sería pertinente profundizar aún más en qué radican estos diferentes estilos, si en la identidad profesional, en el género del prestador, en una mayor sensibilización hacia ciertos problemas (derivada o no de capacitaciones institucionales) etc.

Otros aspectos reconocidos por los prestadores y que merece atención son: la influencia de las ideas personales a la hora de interpretar las normas y procedimientos en salud reproductiva y “adaptarlas” frente a los casos individuales y la inexistencia de normativas en la atención a adolescentes.

Lo manifestado por los prestadores entrevistados debe ser analizado a partir del contexto social e institucional en que trabajan. El primero, un contexto de marginalidad media, con dificultades socioeconómicas y vulnerabilidad social; el segundo, condicionado por la política local en salud y marcado por condiciones de precariedad. En este sentido, la atención a la salud sexual y reproductiva se ve limitada por las carencias de medicamentos y el ofrecimiento de exámenes diagnósticos como pruebas de embarazo o ultrasonido. Otras restricciones tienen que ver con el nivel de atención (primer nivel), por ejemplo, no atienden embarazos de alto riesgo, no tratan lesiones producidas por el virus del papiloma humano ni pueden diagnosticar cáncer de próstata, en estos casos se remite a las/os pacientes a hospitales públicos, con el consiguiente problema del seguimiento como ya se mencionó.

Otro problema es que en los servicios no existen mecanismos de consulta a la población que permitan identificar cuáles son sus principales necesidades, por ejemplo

horarios que más convienen ni estrategias que permitan conocer el grado de satisfacción de los mismos con respecto a la calidad de la atención recibida. Aunque los servicios deberían responder a las necesidades preguntándoles a las y los usuarios, reconociendo su autoridad para expresarlas y favoreciendo su expresión/manifestación, esta no parece ser una práctica usual. Finalmente, la calidad de la relación interpersonal médico-paciente es una dimensión que tiene gran importancia en la adherencia a los tratamientos y el regreso del paciente al servicio, atender las implicaciones de esta relación y minimizar la influencia de las ideas, valores y juicios personales (reconocidos por los profesionales) es fundamental para elevar la calidad de la atención.

Por su parte, el acercamiento al punto de vista de mujeres y varones que viven en una zona de alta marginalidad de la ciudad de México, permitió lograr una primera aproximación al conjunto de problemas, necesidades y obstáculos para la atención de la salud reproductiva que es variable según el sexo-género y grupo de edad.

Los principales necesidades, problemas y obstáculos de salud reproductiva entre las mujeres adolescentes fueron: 1) las limitaciones de acceso a la educación en salud, particularmente, antes del primer embarazo; 2) la falta de acceso a métodos anticonceptivos permanentes y al condón; 3) la identificación de la anticoncepción de emergencia como un método anticonceptivo que es utilizado de recurrente; 4) la identificación de ITS complejas (gonorrea, herpes y SIDA) y la omisión de otras que tienen una alta prevalencia (VPH, tricomoniasis y candidiasis urogenital); 5) el ejercicio de la sexualidad en lugares públicos que limitan la posibilidad de la adopción de métodos anticonceptivos y de barrera; 6) embarazos inesperados y no aceptación del aborto; 7) importante presencia del abuso sexual en el ámbito intrafamiliar; 8) importantes limitaciones de acceso a servicios de prevención y atención para el cuidado de la salud reproductiva (anticoncepción, atención ginecológica, atención prenatal y atención del parto) derivadas del sistema burocrático de los servicios, la falta de conocimiento sobre

los servicios, la desconfianza en el personal de salud, la pena que ocasiona la aproximación, el no ser derechohabientes y los escasos recursos económicos; 9) maltrato en los servicios de salud reproductiva y recurso de acomodamiento.

Los principales problemas, necesidades y obstáculos relacionados con la salud reproductiva de las mujeres jóvenes fueron: 1) experiencia en el uso de los métodos anticonceptivos, particularmente, después del primer embarazo; 2) limitaciones de acceso a los anticonceptivos por la carencia de infraestructura básica de atención ginecológica que enfrentan los del sector público y las dificultades para hablar sobre anticoncepción con los varones; 4) limitadas posibilidades para negociar las condiciones en las que se llevan a cabo las relaciones sexuales, derivando en escasa utilización del condón; 5) embarazo y temores sobre las posibilidades para atender de manera adecuada al hijo/a; 6) en ocasiones se acepta el aborto inducido; 6) acceso a control prenatal con diversos servicios; 7) importantes dificultades para acceder a la atención del parto; 8) importantes dificultades de acceso a exámenes clínicos rutinarios en la atención prenatal brindada en servicios públicos; 9) identificación de ITS complejas (gonorrea, sífilis y SIDA) y la omisión de otras que tienen una alta prevalencia (VPH, tricomoniasis y candidiasis urogenital); 10) limitaciones de acceso al Pap y más aún a la Colposcopia; 11) dificultades de acceso a la atención ginecológica por motivos de los horarios establecidos por los servicios, el no ser derechohabiente y la falta de recursos económicos; 12) maltrato en los servicios de salud reproductiva y recurso de acomodamiento.

Los principales problemas, necesidades y obstáculos relacionados con la salud reproductiva de las mujeres adultas fueron: 1) experiencia en el uso de los métodos anticonceptivos; 2) temores y experiencias sobre la falla de métodos anticonceptivos; 3) limitaciones de información sobre la lactancia como estrategia de regulación de fecundidad; 5) sangrados durante el embarazo y desconocimiento del riesgo de aborto espontáneo; 6) embarazos inesperados y no aceptación del aborto; 7) limitadas

posibilidades para negociar las condiciones en las que se llevan a cabo las relaciones sexuales, derivando en escasa utilización del condón; 8) preferencia por el parto natural y alta frecuencia de cesáreas; 9) identificación de ITS y síntomas (VPH, sífilis, gonorrea, SIDA, hongos, chancros y hepatitis); 10) falta de acceso a exploración ginecológica minuciosa; 11) maltrato en los servicios de salud reproductiva y recurso de acomodamiento.

Los principales problemas, necesidades y obstáculos relacionados con la salud reproductiva de los varones adultos fueron: 1) limitaciones de acceso a la educación en salud reproductiva; 2) reticencias para el uso del condón en el marco de la vida conyugal; 3) participación pasiva en la planeación de embarazos; 4) limitaciones para acceder a exámenes clínicos que permitan su participación activa en la planificación de embarazos; 5) importantes limitaciones de acceso a la atención de la salud reproductiva (ITS, cáncer de próstata y eyaculación precoz) derivada de derivadas del sistema burocrático de los servicios, la falta de conocimiento sobre los servicios, la desconfianza en el personal de salud, la pena que ocasiona la aproximación, el no ser derechohabientes y los escasos recursos económicos.

Bibliografía.

- Bertrand, J. T., Hardee, K, Magnani, R.J. y M. A. Angle (1995). Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. En: *International Family Planning Perspectives*, v. 21, nro. 2, june: 64-74.
- Blanco G., López O. y Rivera J., (1997), *Territorio y Salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.*, Prepared form delivery at the 1997 Meeting of the Latin American Studies Association., Guadalajara, México.
- Boltvinik, J. (2006). La pobreza en el Distrito Federal/III. En: *La Jornada*, 8-12:34.
- Camarena, R. M. y S. Lerner (s.f.). Repensando los significados del concepto de 'necesidad insatisfechas': consideraciones teórico-metodológicas e incertidumbres de evidencias empíricas en el México rural. En: Lerner, S. e I. Szasz. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México, El Colegio de México (en prensa).
- Castro, R. y M. Bronfman (1995). Investigación cualitativa en salud y reproducción. El caso de Ocuilco. En: Nigenda, G. y A. Langer (editores). *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*. México, Instituto Nacional de Salud Pública:53-68.
- Figuroa Perea, J. G. (1997). Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud. En: Elu, M. del C., editora. *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*. México, Comité promotor por una maternidad sin riesgos: 9-52
- Gobierno del Distrito Federal (GDF) (2002). *Programa de salud 2002-2006*. GDF-Secretaría de Salud, Ciudad de México.
- INSP, (2001), Aspectos relevantes sobre la infraestructura disponible en las unidades médicas del sector privado, Sección de Indicadores de la *Revista Salud Pública de México.*, vol., 43, no.2, marzo-abril
- Jasis Silberg, M. (2000). A palabras de usuaria ... ¿oídos de doctor?. Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur. En: Stern, C. y C. J. Echarri (coord). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, El Colegio de México:97-143.
- Lara Flores, N.; Támez González, S.; Eibenschutz Hartman, C.; Morales Estrella, S. L. (2000). Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En: Mercado M., F.J. y T. M. Torres

- L. (comp.). *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. México, Universidad de Guadalajara-Plaza y Valdez: 97-112.
- Leal F., G. y C. Martínez S. (2002). *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva*. México, UAM-Xochimilco.
- Mercado F., (2007), "Reflexiones sobre la evaluación en servicios de salud y la adopción de abordajes cualitativos y cuantitativos", en Maglhaes B., y Mercado F., (org.) *Investigación Cualitativa en los servicios de salud.*, Lugar Editorial. Argentina.
- Mercado F., (1999), "La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico", en *Cadernos de Saude Publica.*, Río de Janeiro.,16(1), pp.179-186.
- Miller, K., Miller, R., Fassihian, G. y H. Jones (1998). ¿Cómo los prestadores pueden restringir el acceso a métodos de planificación familiar? En: Millar, K., Millar, R., Askew, I., Horn, M.C. y L. Ndhlovu (editors). *Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa: findings from situation analysis studies*. New York, Population Council : 161-179.
- OPS-OMS-SSDF, (2004), *La exclusión en salud en el Distrito Federal.*, Informe Técnico.
- Quintero, J. y E. Baltasar (2000). Casas de salud: la importancia de la medicina familiar y preventiva. En: *Triple Jornada*, 6-11:8.
- Ramos, S.; Gogna, M.; Petracci, M. y Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿una transición ideológica?*. Buenos Aires, CEDES.
- Reartes, D. (s.f.), "Principales problemas, necesidades y obstáculos en la atención a la salud reproductiva. El punto de vista de los prestadores de servicios". Ponencia elaborada en el marco del proyecto *Identificación de barreras sociales para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud*.