

Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: visión de los proveedores de servicios de salud

Family planning barriers in marginal contexts in Mexico City, Federal District: vision of the health care provider

Marcela Agudelo B¹.

¹ Administradora en salud, candidata a doctora en estudios de población del Colegio de México, magíster en demografía. Correo electrónico: magudelo@colmex.mx

Recibido: 14 de enero de 2009. Aprobado: 16 de julio de 2009.

Agudelo M. Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: visión de los proveedores de servicios de salud. Rev Fac Nac Salud Pública 2009;27(2): 169-176.

Resumen

Objetivo: abordar las barreras a la prestación de servicios de planificación familiar en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa en el Distrito Federal de Ciudad de México, desde la perspectiva de los proveedores de salud. **Metodología:** consistió en la exploración cualitativa a través de grupos focales con proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados, profundizando temas como el entorno socio-ambiental, las necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva (incluyendo la planificación familiar), las relaciones de género, entre otros. **Resultados:** se encontró que entre los principales obstáculos para el acceso a los servicios de planificación familiar está la desinformación, la cultura y creencias de la población, la inadecuada capacitación de los

profesionales de salud en áreas relacionadas, el desabasto de métodos anticonceptivos, la deficiencia en infraestructura y recursos. Las barreras que perciben los proveedores son las que provienen de la población, y pocas veces se hizo alusión a los obstáculos del servicio derivados de su propia profesión y/o convicciones personales. **Conclusión:** aunque el estudio se centró en un entorno social específico, podría ser el reflejo de una realidad presente en otros contextos con características similares, por lo que este trabajo constituye un aporte tanto práctico como metodológico al análisis del fenómeno.

-----*Palabras clave:* planificación familiar, salud sexual y reproductiva, necesidades insatisfechas, barreras en salud, Distrito Federal

Abstract

Objective: To approach the barriers to providing services of family planning in marginal areas of Iztapalapa and Tlalpan in the Federal District of Mexico City, from the perspective of health providers. **Methodology:** Qualitative exploration involved through focus groups with healthcare providers, both public and private, further topics such as socio-environmental, unmet needs in sexual and reproductive health (including family planning), relations gender, among others. **Results:** We found that among the main obstacles to access to family planning services are misinformation, culture and population beliefs, the inadequate training of health professionals in

related areas, the shortage methods of contraception, the deficiency infrastructure and resources. The barriers perceived by providers are coming from the people, and seldom alluded to the barriers arising from service of their own profession and/or personal convictions. **Conclusion:** Although the study focused on a specific social environment, this could reflect a reality in other contexts with similar characteristics, so this work constitutes a contribution to both practical and methodological analysis of the phenomenon.

-----*Key words:* family planning, sexual and reproductive health, unsatisfied needs, barriers to health care, Federal District

Introducción

Las barreras al acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar (PF) han sido poco investigados en el contexto mexicano. Las grandes encuestas llevadas a cabo en el país para conocer los niveles y tendencias de fecundidad, no han sido suficientes para profundizar en las percepciones y vivencias de los usuarios y prestadores de servicios de salud, dejando abierta la puerta para la exploración en el campo. Asimismo, no hay evidencia de estudios completos (desde la óptica de la salud pública o la demografía) que analicen y verifiquen los procesos inherentes a la prestación de los servicios de salud cuando la población acude a los centros de atención médica para resolver sus necesidades en PF.

Si bien en la actualidad se dispone de una cantidad considerable de datos estadísticos que dan cuenta del conocimiento, prevalencia y uso de métodos anticonceptivos, es incipiente la información relacionada que permite evaluar la calidad de los servicios en salud sexual y reproductiva (SSR), en donde se circunscribe la PF; aunque sigue siendo importante tener cifras sobre estos y otros aspectos adyacentes a los comportamientos reproductivos de la población mexicana, es fundamental dirigir la mirada hacia otras temáticas, más aun cuando se tiene por sentado que las metas en fecundidad han sido cumplidas y sin embargo se observan grandes disparidades entre grupos pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos.¹ Por ejemplo, de acuerdo con la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* (Enadid) de 1997, las principales demandas insatisfechas (NI) en anticoncepción de las mujeres en edad fértil (15-54 años) de los estratos bajos y muy bajos, fueron: 1) no sabían o no conocían los métodos (1,8%); 2) temían los efectos colaterales o temían sufrirlos (3,4%); 3) no estaban de acuerdo con su uso o su pareja se oponía (5,7%); contrariamente, los estratos medios y altos presentaron porcentajes más bajos para las mismas razones de no uso de métodos anticonceptivos: 0,5, 0,9 y 0,5%, respectivamente.

Lo anterior es una clara muestra de la estrecha relación existente entre el estrato socioeconómico y la demanda insatisfecha, es decir, entre más bajo el estrato, menor la posibilidad del individuo (en este caso la mujer) para ejercer sus derechos y responsabilidades reproductivas en función de la información debida, el consentimiento de la pareja y el apoyo dado a través de los servicios de salud para romper con los obstáculos derivados del conocimiento o percepción errónea sobre los métodos anticonceptivos y la sexualidad en general.^{2,3}

La identificación de las barreras que obstaculizan la satisfacción de las necesidades relacionadas con la PF, como la que se acaba de describir, puede ser tan compleja como la resolución del problema. Algunos organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés),

gobierno, investigadores y académicos en general, se han encargado de identificar y documentar barreras de carácter físicas, temporales, sociales, económicas, culturales y de cualquier otro tipo, inmersas en los propios individuos y/o el entorno en el que éstos se desenvuelven; de la misma manera, se ha hecho hincapié sobre las limitantes que imponen los proveedores de servicios de salud en el ejercicio propio de la profesión, lo que refuerza o crea nuevas necesidades insatisfechas en PF.⁴

Dicha situación se torna mucho más crítica teniendo en cuenta que el médico (o profesional en salud) es visto con “supremacía” y como un “experto”,⁵ que se encarga de identificar, describir, asumir y resolver las necesidades de los usuarios, quienes se consideran elementos vacíos de conocimientos “científicos”.⁶ Este último aspecto es crucial para entender el proceso de negociación entre usuarios y proveedores, máximo cuando en un país como México, es el médico quien determina las pautas de atención.⁷

Este estudio no pretende más que aportar algunos elementos que den cuenta de las barreras declaradas por los proveedores de servicios de salud para que la población de las zonas de marginalidad alta y muy alta de Tlalpan e Iztapalapa en el Distrito Federal (DF) no acuda a los servicios de PF. El estudio se realizó a través del discurso y las prácticas referidas por los proveedores de servicios de salud, durante su interacción con los usuarios de servicios y sobre la población que atiende o que potencialmente podría recibir en sus centros de salud.

Metodología

Grupos focales

Se utilizó la exploración cualitativa de corte transversal para obtener elementos del entorno sociocultural, que dieran cuenta de los valores y prioridades de los proveedores de servicios de salud frente a la PF, así como también de la práctica y el ejercicio de la atención al interior de los centros médicos.

La técnica de los grupos focales ha sido ampliamente utilizada con el fin de indagar un grupo de personas, que comparten ciertas características, acerca de actitudes y reacciones alrededor de un tema concreto.⁸ Korman definió un grupo focal como “una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es el objetivo de la investigación”.⁹ El punto característico que distingue a los grupos focales es la participación dirigida y consciente y unas conclusiones producto de la interacción y elaboración de ciertos acuerdos de los participantes.

Para Merton y Kendall, los criterios básicos que debe contener cualquier entrevista focalizada son: 1) amplitud de elementos evocadores y modelos de la situación-estí-

mulo; 2) especificidad de las referencias de los aspectos de la situación-estímulo de los entrevistados; 3) profundidad de los significados afectivos, cognitivos y evaluativos de la situación y el grado de su implicación en ella; y 4) contexto personal, es decir que traiga a colación los atributos y experiencias previas de los entrevistados.¹⁰

La pertinencia de los grupos focales radica en la oportunidad de interpretar no solo las ideas expresadas por el conjunto de personas, sino también la capacidad del investigador de asociar y confrontar las expresiones faciales, el lenguaje corporal y la interacción del grupo, con el discurso que se apropia en el momento de la entrevista.¹¹

Procedimiento del estudio

El punto de partida del proyecto consistió en la elección de las áreas geográficas con mayor concentración de población en condiciones de marginalidad, donde posteriormente se elegirían los centros de salud y de donde se seleccionarían finalmente los participantes de los grupos focales. Con información proveniente del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de México (Coplade) fue posible establecer que, para el año 2000, 35,5% de las unidades territoriales (UT) del DF cumplían con la mencionada condición de tener población con características de alta y muy alta marginalidad. Las delegaciones de Álvaro Obregón, Tlalpan e Iztapalapa por su parte, eran las tres principales zonas con mayores problemas de marginación, con 76, 94 y 59 UT marginadas respectivamente, las cuales comprendían una población de 1.682.998 personas.¹² Finalmente, y dados los objetivos, tiempo y costos del proyecto, se optó por trabajar en las dos últimas delegaciones mencionadas.

Posteriormente, los centros de salud localizados en dichas áreas, fueron escogidos de acuerdo con un listado obtenido en la Secretaría de Salud (SSA), que contenía la ubicación del lugar, el nivel de complejidad y el tipo de institución. Las unidades seleccionadas fueron los hospitales, clínicas, centros médicos, farmacias, ONG, etc., tanto públicos como privados. Con esta información fue posible iniciar el contacto con los directores de cada centro de salud, a los cuales se les informó sobre las intenciones del proyecto y se les solicitó la designación de personal de salud (proveedores de servicios) a su cargo para suministrar información relacionada con la investigación.

Como proveedores de servicios de salud se definieron aquellos profesionales, pertenecientes al sector público y privado, que tenían a su cargo (al momento de la investigación) la tarea de informar, educar, diagnosticar, tratar, evaluar, curar o alguna otra actividad, relacionada con la SSR.

La población objeto de estudio en los grupos focales representó una gama variada de personal de salud: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, administradores, gerentes, farmacéutas, entre otros. En total se realizaron

tres grupos focales: dos públicos y uno privado. A los entrevistados se les notificó acerca de los alcances e intereses del estudio, así como del compromiso de confidencialidad de las identidades y las declaraciones dadas.

La dinámica con los grupos focales consistió en la realización de preguntas semiestructuradas con el propósito de ir guiando las discusiones, las cuales buscaban identificar, concretar y asignar la importancia a elementos relacionados con la práctica de la PF de los usuarios y de ellos como otorgadores de dicha atención. Específicamente se buscó explorar sobre las necesidades observadas en la población (varones, mujeres, adolescentes), los sectores que se consideran más afectados con los problemas de la SSR, los obstáculos para que la población no acuda a los servicios, o para que no vea satisfechas sus necesidades concretas, y las posibles soluciones para superar las deficiencias declaradas.

Resultados

Percepción del entorno socio-ambiental

Los discursos observados entre los diferentes tipos de proveedores fueron divergentes entre sí, por un lado, entre los prestadores públicos prevaleció la idea de que los usuarios son personas “sin educación” y muy “marginadas”, apreciación que está anclada en las condiciones sociales, culturales y económicas que predominan en estas zonas, y que se convierten en un factor clave que explica el hecho de que la población no acuda a los servicios de salud; “[...] es una población realmente muy difícil porque no están educados para prevenir, para cuidar de su salud, por lo que acuden cuando ya está la enfermedad” (FPI-1).

Otra de las percepciones de este tipo de prestadores es que la población perteneciente a las áreas donde laboran es hermética, que no consulta sus dudas, que no asiste a los servicios de salud y que en la mayoría de los casos privilegia los criterios de terceros, como amigos y familiares, para resolver sus necesidades en salud; “[...] son personas, son mujeres adultas que se dejan llevar por lo que dice la mamá, lo que dice la suegra, lo que dice la tía y a todo el mundo le creen, menos al médico [...]” (EPI-1). Sobre este último aspecto, los prestadores de servicios de salud públicos consideran que hay una desvaloración progresiva de la imagen del médico, quien ya no es visto con la suficiente autoridad para resolver y legitimar las decisiones concernientes con la SSR del individuo. “En otros lugares, la gente cree en usted como médico, en Iztapalapa, ¡no!” (MPI-1). Este “desprestigio” del oficio es mucho más visible entre las enfermeras, trabajadores sociales y farmacéutas, quienes mencionan ser tomados por los usuarios simplemente como asistentes de la red médica.

A pesar de que los servicios públicos que se ofrecen en las zonas marginales son generalmente gratuitos, o

de muy bajo costo, los proveedores –principalmente trabajadores sociales– han encontrado que algunas personas no se acercan al centro de salud porque carecen del acta de nacimiento, documento indispensable para el otorgamiento de cualquier tipo de servicio. “[...] hay mucha gente que obtiene la gratuidad pero porque tiene documentos y a veces es gente que no la necesita” (MPI-2). Hacen esto porque a través de este medio pueden adquirir también medicamentos de forma gratuita, que de otra manera tendrían que pagar, “gente que tiene un seguro social, ISSSTE, que tiene dinero y tiene gratuidad y vienen aquí. Fueron al particular, les pidieron estudios que no alcanzan a cotizar o ya no quieren gastar tiempo, entonces vienen a reclamar [...]” (MPI-3).

En cuanto a los proveedores privados, estos sostuvieron discursos más dispares que los que se presenciaron con los proveedores públicos, quienes parecían coincidir en sus declaraciones en lo referente al entorno socio-ambiental de la comunidad circundante. Las opiniones estaban divididas, algunos proveedores privados consideraban la población de “escasos recursos económicos” sin posibilidades de acudir a servicios más complejos, por lo que preferían utilizar las farmacias y centros de salud adscritos a ONG; estos proveedores sustentaron que los médicos que operan en las zonas marginales seleccionadas, son “médicos pobres”, que ante la falta de empleo generan autoempleo a través de la apertura de clínicas u hospitales privados.

Otros, por su lado, aseguraron que la población que asiste a los centros privados son personas de ingresos medios que buscan una mejor calidad en la atención, así como mayor agilidad y calidad del servicio. Estos mismos proveedores mencionaron el esmero en ofrecer “mejores” servicios que los existentes en el sector público, ya que del “trato humano” y “cálido” que le puedan otorgar al usuario dependerá la permanencia del mismo en sus centros; “[...] si no se lo das (el servicio de calidad), entonces no regresan” (MPRI-1), hecho que consideran fundamental, más aún cuando piensan que los centros de salud en dichos lugares son bastante redituables y concurridos. Horarios más amplios de atención y una mayor duración de la consulta, son características que tienen a favor –según los propios proveedores privados– con respecto a los servicios públicos: “[...] se tiene una buena escucha de las necesidades del paciente, se realiza una mejor exploración clínica, prescripción del tratamiento y seguimiento del padecimiento” (MPRI-2).

Barreras declaradas

Relaciones de género

La atención a la SSR es un asunto de interés primordialmente para las mujeres, quienes por tener a su cargo la responsabilidad reproductiva van a los centros públicos a pedir ayuda, principalmente al momento del alum-

bramiento. En escasas ocasiones, las mujeres se dan a la tarea de asistir a los controles prenatales y participar en actividades de promoción que adelantan los centros de salud. Uno de los doctores hizo alusión a un “pase”, entregado en la clínica donde labora, que consiste en la remisión de la paciente a otro servicio de salud de la zona (preferiblemente), donde pueden atender el parto, pues en esa clínica en particular sólo hay una sala de expulsión que no cuenta con quirófano ni incubadoras, y mucho menos tiene asignado un médico permanente para atender cualquier eventualidad; “[...] vienen para que le den el pase para el hospital, si no, no vienen... nada más a eso vienen” (TSPI-1). Pero aunque la clínica no está en capacidad de recibir a esta población, es frecuente que se atiendan partos, ya que las mujeres llegan en el momento justo de dar a luz. Cuando éstas llevan el seguimiento de su embarazo lo hacen solas, aunque en las instituciones de salud se busca la participación del compañero.

Frente a pruebas más “complejas”, como el papanicolau o pruebas de detección y diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual, el ausentismo de las mujeres en los centros de salud es aún mayor. Los prestadores aludieron al temor y vergüenza de las mujeres como un factor que dificulta el acceso a los servicios ginecológicos, y es por ello que muchas de ellas prefieren ser atendidas por profesionales de su mismo sexo, “mejor que sea doctora, porque si no, no paso [...] es que si es doctor no me lo voy a hacer” (TSPI-2), es una de las razones que dio una paciente cuando una enfermera daba instrucciones sobre detección de cáncer cérvico uterino. Ante estos tabúes, que siguen imperando en los servicios de SSR, algunos médicos sugieren a las usuarias que lleguen acompañadas por su cónyuge o algún familiar, recalcando además: “¿Qué quiere sentir? ¿Pena o cáncer?” (MPRI-2), como se ha hecho en algunas circunstancias.

Ciertas mujeres que declaran no usar métodos anti-conceptivos, manifiestan a los proveedores que lo hacen por prohibición de sus compañeros, pues con ello demuestran el “afecto” y “fidelidad” hacia el varón, aunque a ellas aparentemente no les interesa o simplemente se resignan a que su compañero tenga más de una pareja sexual, según lo confirma un médico, “ella lo dice en interrogatorio: ‘soy la tercera oficial’” (MPI-1). Cuando finalmente se logra generar conciencia en las mujeres sobre la importancia de utilizar métodos, estas buscan hacerlo de manera oculta, en tanto tienen miedo de la reacción de sus parejas. El uso subrepticio de anticonceptivos es algo común: “sus parejas no están de acuerdo” (TSPI-2).

Por otro lado, hablar de los varones que se atienden por cuestiones de SSR es un fenómeno prácticamente inexistente, tanto en los servicios públicos como privados, según lo expresan los proveedores médicos. Hay una idea generalizada de que a ellos no les pasa nada y son in-

munes a padecer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/sida, “siempre están bien” (MPI-3). Esta despreocupación los lleva a no interesarse por sus parejas, a las que muchas veces se les prohíbe utilizar cualquier tipo de método.

La promiscuidad es más común entre los hombres, señalan los profesionales de la salud. En la población es frecuente que los varones establezcan relaciones y tengan hijos con más de una mujer a la vez, además es común que ellos no se involucren en la salud reproductiva de las mujeres, como quedó evidenciado anteriormente.

Violencia

Las expresiones de maltrato y violencia hacia diferentes personas y en distintas direcciones pudieron ser constatadas en los grupos focales. Lo que se dedujo del presente trabajo es que este, como muchos otros problemas, ha logrado permear una esfera considerable de la sociedad y no ha respetado reglas, ni edad, género, profesión, sexo o estrato socioeconómico.

Tal vez la violencia más percibida en los servicios de salud sea aquella en contra de las mujeres, ejercida principalmente por los hombres. Para empezar, hay que mencionar la coerción a las mujeres sobre la libertad del cuerpo y las decisiones que ella pueda tomar en torno a él, es decir, el número de hijos que quiere tener –si es que quiere hacerlo– y el momento de hacerlo.

En estas zonas en particular, pareciera que la violencia entre las parejas (especialmente del hombre hacia la mujer) es vivida con naturalidad y asumida con “resignación”, de ahí que las mujeres ignoran que son abusadas, “[...] desconocen que son violadas por sus propios maridos y no pueden ejercer el derecho [...]” (TSPI-2). Cuando los proveedores van más allá en sus interrogatorios en las consultas, encuentran que las agresiones trascienden hasta los golpes y que las mujeres callan por miedo a las represalias de los cónyuges en su contra.

También resultó interesante saber que la violencia no sólo se ha filtrado en el ámbito meramente privado de las familias, sino que ha pasado a ser un problema que trascendió los muros del hogar y pasó a la esfera institucional, urbana y que ahora toca directamente a los prestadores de servicios de salud, lo que los hace también vulnerables a la situación. Tal es la agresividad de ciertos pacientes, que en una ocasión el farmacéuta de uno de los centros relató que “una señora me pegó una patada” (FPI-1) y esto se debió a que no había el medicamento que le habían recetado; también, una médica relató que estaba siendo víctima de acoso sexual por parte de un paciente. Esto por mencionar algunos de los casos.

Desigualdad

Si bien las barreras para el acceso a los servicios de PF y SSR en general afectan a todo el conjunto de la población, hay que reconocer que existen grupos sociales que

están más expuestos a la exclusión de los programas y la atención relacionada con el tema.

Al momento de instar a los proveedores para que mencionaran las necesidades específicas de los adolescentes y jóvenes, la reacción fue similar en casi todas las entrevistas, tanto los proveedores públicos como los privados consideraron que esta población se encuentra totalmente desvinculada de los servicios. “Solo una vez” –dice una médica– “vino una joven de 15 años a pedir métodos anticonceptivos” (MPRT-1); y esto se debe a la falta de interés de los jóvenes en los cuidados en SSR, pese a que muchos de ellos comienzan a tener prácticas sexuales a temprana edad.

Junto con la desinformación aparece la timidez y los tabúes existentes alrededor del tema, lo que hace que los jóvenes traten de solucionar sus inquietudes de manera independiente o apoyándose en terceros, que por lo general son sus propios amigos. Lo que sí queda claro es que en estas zonas el embarazo en jóvenes va en aumento, a la vez que se van sintiendo desorientadas y preocupadas ante una maternidad que las sorprende desde muy chicas. “Antes decíamos, se embarazó muy chavita, de 17, 18 años, pero ahora no, ahora nos estamos dando cuenta que son todavía más jóvenes las que se están embarazando, por falta muchas veces de orientación, de educación sexual, de métodos de planificación [...]” (MPRT-3), agrega un médico. Se aludió además a que las jóvenes embarazadas pocas veces tienen a su lado al padre del bebé.

Las jóvenes que experimentan embarazos son poco conscientes de la necesidad de utilizar métodos anticonceptivos, por lo que es común que lleguen al centro “niñas de 14, 15 años, embarazadas, que cuando ya tienen los 17, vienen por el tercer niño, entonces es cuando uno les empieza a hablar de lo que es planificación familiar, de prevención de enfermedades de transmisión sexual, todo ese tipo de cosas” (TSPI-2).

Para algunos profesionales de la salud, esto no debería estar sucediendo debido a la cantidad de información disponible y las campañas que se lanzan en los centros de salud sobre PF, uso de métodos, entre otros, incluso en algunos lugares se llegan a repartir condones, lo cual muchas veces es tomado jocosamente por los jóvenes. “Se embarazan porque quieren o porque se les pasó” (MPRT-2).

Educación

Otro de los aspectos que identifican los proveedores como obstáculo, es el mismo hecho de que la pobreza y marginalidad de la población trae consigo el desconocimiento, los tabúes y el miedo para acercarse a los servicios de salud. A la vez, la educación (que es muy baja en estas zonas) es un factor que juega desfavorablemente en contra la vida sexual de la población.

Las mujeres tienen temores y están desinformadas sobre los métodos anticonceptivos, en especial sobre el dispositivo intrauterino (DIU). Por experiencias ajenas, algunas veces propias, las mujeres han quedado embarazadas utilizando este dispositivo. Con respecto a otros métodos, las pacientes preguntan: “¿Se siente algo con el condón? Es que mi marido dice que no siente nada” (TSPRT-1), o algunas veces ellas han tenido efectos colaterales, “¿Qué cree doctora? Que me duele la cabeza con el inyectable” (TSPI-2), esto provoca que algunas mujeres abandonen definitivamente los métodos.

Ineficiencia del sistema de salud

No fue difícil que los proveedores de servicios identificaran las fallas del sistema de salud, e incluso las falencias que tienen al interior de las instituciones en las que laboran, y que repercuten negativamente en la población que recibe sus servicios.

Para empezar, los proveedores públicos declararon que existe una sobrecarga de trabajo que no les permite dedicar el tiempo suficiente a los pacientes, o simplemente no se pueden explorar a fondo otros problemas que quisieran atender, incluyendo la PF; otros trabajadores consideran que debido a la dinámica de atención, los médicos están en los centros para “curar” y no para escuchar las necesidades de los pacientes. “He visto, por ejemplo, a médicos que cuando va a pasar el paciente, que tiene una necesidad de tratar cosas de cuestión emocional y no tanto físico, así como que ¿sabe qué? Pase con trabajo social, y como que a veces ellos se cierran un poquito a escuchar a los pacientes” (TSPT-1). Las presiones institucionales para atender un número determinado de pacientes al día hacen que los médicos no se humanicen en el servicio sino que conciben al usuario como una meta por cumplir.

De manera importante, el personal de instituciones públicas reitera que sus funciones están circunscritas meramente a la curación y en la parte preventiva sólo pueden llegar a la información, más no a la educación de la población. Los proveedores privados, por su parte, creen precisamente que su fortaleza radica en la calidad y nivel de instrucción dado a los pacientes.

En general, hay una saturación de los servicios en los centros públicos, por lo que el tiempo de espera para los pacientes se hace mucho más largo, lo que también lleva a los médicos a remitirse al motivo de consulta principal. “Aunque a lo mejor él (el médico) quisiera ahondar un poco más en lo que es su vida (la del paciente); pues realmente no tiene tiempo porque tiene al otro paciente tocándole (la puerta) para que ya lo pase, o ya se fueron a quejar porque no lo atienden” (TSPI-3).

La gravedad del asunto antes expuesto no se limita únicamente a la falta de tiempo para la atención, sino también a la insuficiencia de personal, tanto médicos

como enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos, estos últimos inexistentes en algunos servicios. Sumado a esto, el desabastecimiento de todo tipo de métodos obstruye el buen servicio o las buenas intenciones que los prestadores de servicios puedan tener para con los pacientes, los cuales no regresan nunca más, ya que no les son otorgados los anticonceptivos requeridos. Otro aspecto es que la administración de condones debe ser controlada minuciosamente, por lo tanto hay restricciones al momento de otorgarlos.

Los espacios designados para la atención son de regular calidad. Se observó en algunos de los centros visitados (públicos, primordialmente) que sus instalaciones eran precarias y carecían de elementos mínimos como sillas, salas de espera, cortinas, etc. Algunos otros estaban abandonados y presentaban grietas en muros y techos o simplemente no había servicio de agua potable. Ante estas necesidades, los proveedores prefieren subsanar estas falencias llevando objetos personales o invirtiendo parte del salario en mejoras para los centros. Este desabastecimiento de implementos también afecta a los médicos, quienes tienen que llevar sus propios instrumentos para poder atender los pacientes.

Por último, los mismos proveedores reconocieron la influencia e interferencia de sus ideas, valores, creencias y juicios en la prestación del servicio, admitieron que no es fácil apartar el criterio médico del personal.

“Llega un momento en que se pierde ese límite de la relación médico-paciente, y entonces es cuando se mezcla esta cuestión de lo personal y hace uno una antipatía o una simpatía con el paciente, [...] puede que mi existencia en cuanto a mi trayectoria familiar y mis valores choquen en un momento con equis persona que es gay, o que es prostituta, o que tiene once años y se embaraza [...]” (MPI-4), continúa diciendo “[...] 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 respeto que le debo” (MPRT-6).

Otros de los ejemplos lo proporcionó una doctora, que dijo: “por las experiencias, por la educación y todo eso, a veces influye mucho el pensar de cada uno, el mismo personal de salud tiene una serie de puntos de vista muy personales que creo que sí influyen e influyen mucho” (MPI-3). 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” (MPT-3). También se manifestó que aunque todos siguieran las normas técnicas (como debería ser), cada miembro del 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 [...]” (MPRIT-4).

Discusión

Los hallazgos de este estudio permiten observar las diferentes tonalidades y características que tiene la mirada y percepción de las barreras a la PF, dependiendo de la formación del prestador de servicio de salud, la jerarquía dentro de la institución, la adscripción a un determinado centro y las demás características que lo distinguen. Estos resultados ponen de manifiesto el carácter “estrecho” de múltiples temas sobre los ejes argumentativos que buscan la explicación del fenómeno,¹³ necesarios para complementar y descifrar de una manera más acertada lo que viene pasando en el plano de la SSR en países en desarrollo como México, donde la brecha entre pobres y ricos se amplía cada vez más.

A lo largo del estudio, fue posible enlistar un sinnúmero de barreras que fueron detectadas por los prestadores de servicios de salud en Tlalpan e Iztapalapa, pese a que la SSR y PF no parecen ser el interés fundamental en la red de servicios de salud, ya que dado el volumen de trabajo y la disponibilidad de recursos, es necesario atender otras áreas prioritarias. Un aspecto importante, que ha servido para argumentar el bajo interés por estos temas, tiene que ver con el hecho de que las políticas aplicadas en el país se han modificado con el tiempo, favoreciendo de una u otra manera el modelo pronatalista o antinatalista,¹⁴ según el modelo económico predominante y que actualmente contempla tanto la SSR como la PF como una mirada reduccionista de indicadores numéricos¹⁵ el cual ha servido como carta de presentación para justificar el éxito de la Ley General de Población de 1974.

Aunque los discursos recurrentes de los proveedores públicos y privados se bifurcaron en la mayoría de los temas que se trataron, queda la sensación de que son los proveedores privados quienes tienen más interés por las necesidades y problemas de la comunidad, de alguna manera porque para ellos el servicio representa mayores beneficios económicos que para las entidades públicas, donde los servicios son generalmente gratuitos. Los prestadores privados adjudicaron tener mayor consenso con los usuarios, los que a su vez pueden exigir un servicio de mejor calidad. Este último caso sería el ideal, ya que como Donabedian lo ha mencionado, el éxito o fracaso de la transacción en salud es el resultado de la congruencia entre las demandas del usuario y la oferta de los proveedores,¹⁶ de otra manera, las políticas, programas y acciones en PF serán ineficientes e inoperantes.

No obstante, el panorama no parece ser este. Las barreras identificadas fueron referidas como aquellas que los proveedores identificaban y las que su intuición les decía; en ningún momento se mencionó el acuerdo entre oferentes y usuarios para establecer las necesidades en SSR y PF presentes en la comunidad, convirtiéndose en un obstáculo mayor que afecta a los grupos más vulnerables, como

las mujeres y las jóvenes, quienes están expuestas a más altos riesgos de exclusión social en salud.¹⁷

Además de las barreras, tanto endógenas como exógenas, que tienen que sortear diariamente los prestadores de servicios de salud, hay una tarea que urge ser resuelta y es la progresiva desvalorización del rol como médico, enfermera o demás profesionales de la salud, que llevan a cabo su labor en zonas como las estudiadas. Mientras tanto, es fundamental establecer mecanismos que permitan romper los tabúes y mitos alrededor de los servicios en SSR y garantizar los recursos mínimos necesarios, como infraestructura, equipos, métodos anticonceptivos y personal, para lograr un mejor acercamiento con los usuarios, sin olvidar que las necesidades, percepciones y expectativas de ambos actores son construcciones e imaginarios sociales y culturales de gran complejidad, que requieren ser identificados, discutidos y acordados.¹⁸

Conclusiones

Los resultados y conclusiones de este estudio sólo aplican al grupo de proveedores de servicios de salud de las zonas marginales de las delegaciones de Tlalpan e Iztapalapa; sin embargo, esta situación podría ser el reflejo de la realidad presente en contextos con características semejantes a las de esta investigación.

Este trabajo es un ejercicio importante, que tuvo en cuenta la opinión de los proveedores de servicios de salud frente a las barreras percibidas en la prestación de los servicios en SSR (incluyendo PF) y la interacción con los usuarios y su entorno; esta misma metodología será de gran utilidad para estudios futuros, donde se recomienda también —en la medida de las posibilidades— realizar trabajos focalizados a proveedores de la misma profesión, puesto que cada uno de ellos está entrenado en distintas tareas dentro de las instituciones de salud.

Del mismo modo, sería de gran utilidad refinar y profundizar la investigación sobre la prestación de los servicios públicos comparados con los privados, a la luz de estos resultados, la pregunta central que surge es si son en realidad los servicios privados mejores en calidad y trato hacia los usuarios, tal lo autoproclaman.

En ese mismo sentido, incorporar a la población y los usuarios de los servicios de SSR y PF en los estudios de este tipo, será fundamental para yuxtaponer las posturas y medir el grado de congruencia entre los postulados de unos y otros.

Hay que señalar que las barreras para SSR y PF son una realidad que está presente en todos los servicios de salud, el problema no es tanto su existencia como la forma en que son ignoradas por los distintos actores: profesionales de la salud, usuarios, comunidad en general y gobierno. Una manera de combatirlas es visibilizándolas y buscando soluciones que permitan superar las dificultades, sin

desconocer que existen intereses sobrepuestos que ameritan ser analizados y consensuados con más detalle.

Reconocimientos

La autora agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por la beca suministrada en el marco del proyecto *Identificación de barreras sociales para acortar las distancias entre las necesidades y los servicios de salud reproductiva*, a cargo del doctor Carlos Javier Echarri Cánovas, del Colegio de México, así como el apoyo invaluable del Colegio de la Frontera Norte, que aportó recursos económicos para el trabajo de campo. Este texto hace parte del trabajo de tesis para optar al título de maestra en demografía.

Referencias

- 1 Echarri CJ. Evolución reciente de la fecundidad: el largo camino hasta el reemplazo. En: Figueroa B, coordinador. El dato en cuestión. México: El Colegio de México; 2008. p.97-110.
- 2 Gillespie D, Ahmed S, Tsui A, Radloff S. Unwanted fertility among the poor: an inequity. Bull World Health Organ 2007; 85:100-7.
- 3 Salles V, Tuirán R. Dentro del laberinto. México: El Colegio de México; 2003.
- 4 UNFPA. Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos. Estados Unidos de América: UNFPA; 2005. p.42.
- 5 Langer A. Planificación familiar y salud reproductiva, o planificación familiar vs. salud reproductiva. En: Bronfman M, Castro R, coordinadores. Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina. Violencia, alcoholismo, adicciones, SIDA, miseria y otros problemas de la sociedad actual. México: Fundación Ford, OPS; 1999. p.135-149.
- 6 Jasis M. A palabra 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, Echarri CJ, coordinadores. Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación. México: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer; 2000. p.97-143.
- 7 Infante C, Zarco A, Cuadra SM, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, et al. El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud Pública Mex 2006; 48(2): 141-150.
- 8 Aigner M. La técnica de recolección mediante los grupos focales. Revista electrónica del Centro de Investigación Social (CEO) [Internet] 2002 [citado el 12 de diciembre de 2007; acceso 6 de noviembre de 2007]; 7: [19 pantallas] Disponible en: http://www.plataformadeaprendizaje.com/documentos/tecnica_de_recoleccion.pdf.
- 9 Korman AK. Work experience, socialization, and civil liberties. J Soc Issues 1975; 31(2):137-152.
- 10 Merton RK, Kendall PL. The focused interview. AJS 1946; 51:541-557.
- 11 Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. Sociol Health 1994;16(1):103-121.
- 12 México. Gobierno del Distrito Federal, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS, Representación de la OPS/OMS en México. La exclusión en salud en el Distrito Federal: Informe final. México: OPS/OMS, Gobierno del Distrito Federal; 2008.
- 13 Tuñón E. Reseña de sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. Salud Pública Mex 1999;41(06):498-500.
- 14 Lerner S, Szasz I. La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción (parte A). Estud Demogr Urbanos Col Mex 2003;53:299-325.
- 15 Langer A. Reseña de sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación. Estud Demogr Urbanos Col Mex 2003;52:203-210.
- 16 Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1988.
- 17 Echarri CJ. Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas. En: Lerner S, Szasz I, coordinadores. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. México: El Colegio de México; 2008. p. 59-113.
- 18 Camarena L, Von C. Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. Rev Fac Nac Salud Pública 2007; 25(1):40-49.