



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

**CARACTERIZACIÓN DE BARRERAS EN PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN CONTEXTOS MARGINALES DEL DISTRITO
FEDERAL:**

- Visión de los prestadores de servicios de salud-

Tesis presentada por

Marcela Agudelo Botero

Para obtener el grado de

MAESTRA EN DEMOGRAFÍA

Tijuana, B.C., México

2008

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Co-directores de Tesis:

Dra. María Gudelia Rangel Gómez
El Colegio de la Frontera Norte

Dr. Carlos Javier Echarri Cánovas
El Colegio de México

Aprobada por el jurado examinador:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

*Para mis padres con el más profundo cariño.
Gracias por ser mi apoyo, mis guías, mis amigos y consejeros.
Los amo infinitamente.*

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia quiero dar el agradecimiento a El Colegio de La Frontera Norte por haber depositado la confianza en mí y permitirme escalar un peldaño más en mi vida personal y profesional. Gracias por su apoyo económico sin el cual difícilmente hubiese podido estar aquí. Igualmente mis agradecimientos por su aporte para el trabajo de campo.

Al Dr. Carlos Echarri mil gracias por haberme tendido la mano en todo momento, por compartir sus conocimientos tan desinteresadamente, por su enorme voluntad para ayudarme durante este proceso, por enseñarme a guardar la calma y seguir hacia adelante cuando existían dificultades; así mismo fue de gran ayuda para mí la beca que obtuve por parte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), en el marco del proyecto *“Identificación de barreras sociales para acortar las distancias entre las necesidades y los servicios de salud reproductiva”*.

Extiendo mi reconocimiento a la destacada labor que durante este tiempo desempeñó la Dra. Gudelia Rangel quien estuvo siempre disponible para resolver mis inquietudes, sus aportes y visión en salud me ayudaron a complementar mi trabajo y enriquecer mi conocimiento.

Todo mi trabajo hubiera sido mucho más difícil si no hubiera tenido el enorme privilegio de contar con una lectora interna de la talla de la Mtra. Yolanda Palma, a usted maestra gracias por transmitirme su experiencia, porque tuvo la admirable capacidad de orientarme cuando yo más lo necesitaba, todos y cada uno de sus comentarios fueron muy valiosos para mí.

Al Mtro. Leopoldo porque me apoyó al final de la etapa de mi tesis y de manera acertada y objetiva contribuyó a mejorar este trabajo. También le agradezco el haber agilizado su lectura para poder terminar en el tiempo previsto.

Para Marie Laure gracias por su dedicación en la coordinación de la Maestría y a Elizabeth Cervantes por su paciencia. A todos los profesores que pasaron por el aula de clases y compartieron sus saberes: Raúl González, Rafael Alarcón, Rodolfo Cruz, Rodolfo Corona, Humberto González, Norma Ojeda y Elmyra Ybáñez.

A Ana María Navarro y Luis Enrique Sánchez (mis compañeros de la maestría) quiero decirles que siempre guardarán un lugar muy especial en mi corazón y que fueron maravillosas las experiencias que compartimos dentro y fuera del aula de clase, espero en adelante conservar esta amistad.

A mi familia entera todo mi afecto, mi amor y todo el agradecimiento del mundo por haber estado siempre “a mi lado” porque con sus mensajes y llamadas lograron que yo mantuviera el ánimo y las ganas de seguir adelante.

A Silvana, Sara y Yomaira por las buenas energías que me enviaron desde Colombia porque nunca me dejaron de escribir y estuvieron al pendiente de todo lo que aquí hacía.

A ti Kris gracias porque sin ti mi vida en México no hubiera sido tan maravillosa como lo ha sido, gracias por ser mi soporte, mi amigo, mi confidente, mi motor...mi amor.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es abordar las barreras en la prestación de servicios de planificación familiar en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa desde la perspectiva de los proveedores de salud. El enfoque teórico se basa en marcos conceptuales alrededor de temas claves como: las necesidades insatisfechas en salud, la desigualdad social, la marginalidad y la pobreza, las barreras en la atención y el enfoque de género. La metodología consiste en la exploración cualitativa a través de grupos focales con proveedores de servicios de salud tanto públicos y privados, así como la complementariedad de herramientas cuantitativas obtenidas de la Encuesta sobre las Instituciones en Planificación Familiar en México (Eninplaf) de 1996. 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 en salud en áreas relacionadas, la descoordinación inter-institucional, la deficiencia en infraestructura y recursos materiales y el desabasto de métodos anticonceptivos. Desde su visión, los adolescentes y varones son quienes tienen mayores necesidades en planificación familiar y manifiestan que hay una creciente demanda de servicios de salud sexual por parte de los adultos mayores, especialmente hombres. Finalmente se pudo establecer que las barreras que perciben los proveedores son en esencia las que provienen de la población y que por lo tanto se les dificulta reconocer los obstáculos que se derivan de su condición personal y profesional.

ABSTRACT

The objective of this study is to approach the barriers in family planning service providing at the marginal zones of Tlalpan and Iztapalapa from the perspective of health providers. The theoretical fundamentals is based on conceptual frames around some key subjects as: health unsatisfied needs, social inequality, marginality and poverty, attention barriers and the genre approach. The methodology consists on the qualitative exploration through focal groups with private and public health services providers, as well as the complementary quality of the quantitative tools obtained at the Encuesta sobre las Instituciones en Planificación Familiar en México (Eninplaf) of 1996. It was found that among the main obstacles for access to family planning we have disinformation, culture, people's believes, inadequate training of health professionals in the related areas, bad inter-institutional coordination, lack of infrastructure and resources and shortage of methods of contraception. From their vision, teenagers and males are the ones who have the most needs in family planning and they manifest that there's a growing demand for sexual health services from older adults, especially men. Finally, it was established that the barriers perceived by the service providers are essentially the ones that come from the population and therefore it is hard for them to recognize the obstacles that derive from their personal and professional condition.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
I.1 Planteamiento del problema	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
I.1.1 Factores que determinan las barreras en anticoncepción en los proveedores en salud	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
I.1.2 Justificación.....	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
I.2 Preguntas de investigación	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
I.3 Objetivos e hipótesis central	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
I.3.1 Objetivo general	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
I.3.2 Objetivos específicos	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
I.3.3 Hipótesis	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
I.4 Resumen de la estrategia metodológica	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
I.4.1 Fuentes de información.....	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
I.5 Estructura del documento	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
II. ENFOQUES CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS DE LAS BARRERAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
II.1 Descifrando significados: Salud sexual y reproductiva y planificación familiar	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
II.2 Necesidades insatisfechas en anticoncepción: Recorrido conceptual	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
II.2.1 Enfoque poblacionista: La mirada pública	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
II.2.2 Enfoque desde el ámbito privado	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
II.2.3 Conferencia del Cairo: Aportes al nuevo enfoque.....	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
II.3 Barreras de acceso a la planificación familiar: La multidireccionalidad	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
II.4 Desigualdad social, marginalidad y pobreza: Contradicciones en el contexto de la planificación familiar	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
II.4.1 Desigualdad social: Las brechas de la diferencia	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
II.4.2 Juntos y revueltos: Pobreza y marginalidad	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
II.5 Convergencias: Género, servicios de salud y planificación familiar	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III. SOCIODEMOGRAFÍA, POLÍTICAS EN SALUD Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.1 Características sociodemográficas del Distrito Federal	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.1.1 División socio-política del Distrito Federal	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.1.2 Tamaño, estructura y dinámica poblacional.....	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.1.3 Fecundidad.....	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.1.4 Migración	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.1.5 Derechohabiencia a servicios de salud.....	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.1.6 Educación y lenguas indígenas	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.1.7 Hogares y viviendas.....	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.2 La idea del antinatalismo y las políticas sectoriales	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.2.1 Del pronatalismo a la planificación familiar	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.2.2 Regulaciones en materia de planificación familiar	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
III.3 Sistema de salud en México	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>

IV. PLANIFICACIÓN FAMILIAR: UN RECORRIDO A TRAVÉS DE LAS ENCUESTAS MEXICANAS ¡Error! Marcador no definido.

IV.1 Breve descripción de las encuestas nacionales..... ¡Error! Marcador no definido.

IV.1.1 Enadid 1992 ¡Error! Marcador no definido.

IV.1.2 Enadid 1997 ¡Error! Marcador no definido.

IV.1.3 Encuesta Gente Joven 1999 ¡Error! Marcador no definido.

IV.1.4 Ensa 2000 ¡Error! Marcador no definido.

IV.1.5 ENED 2002..... ¡Error! Marcador no definido.

IV.1.6 Encuesta Gente Joven 2002 ¡Error! Marcador no definido.

IV.1.7 Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva en el Distrito Federal ¡Error! Marcador no definido.

IV.2 Prácticas en planificación familiar y visiones de la población frente a los servicios de salud ¡Error! Marcador no definido.

IV.2.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos..... ¡Error! Marcador no definido.

IV.2.2 Prevalencia y estructura en el uso de métodos anticonceptivos..... ¡Error! Marcador no definido.

IV.2.3 Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos ¡Error! Marcador no definido.

IV.2.4 Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos ¡Error! Marcador no definido.

IV.2.5 Tipo de consultas en salud sexual y reproductiva ¡Error! Marcador no definido.

IV.2.6 Capacitación de los proveedores de servicios ¡Error! Marcador no definido.

IV.2.7 Evaluación de los servicios de salud..... ¡Error! Marcador no definido.

V. MATERIALES Y MÉTODOS ¡Error! Marcador no definido.

V.1 Información secundaria: Encuesta sobre las instituciones en planificación familiar ¡Error! Marcador no definido.

V.2 Información primaria: Trabajo de campo ¡Error! Marcador no definido.

V.2.1 Grupos focales..... ¡Error! Marcador no definido.

V.3 Abordaje metodológico ¡Error! Marcador no definido.

V.3.1 Hipótesis ¡Error! Marcador no definido.

V.4 Limitaciones del estudio ¡Error! Marcador no definido.

VI.1 Análisis de la Eninplaf: Características generales de los prestadores de servicios de planificación familiar..... ¡Error! Marcador no definido.

VI.2 Educación y capacitación de los proveedores de servicios de salud ¡Error! Marcador no definido.

VI.3 Actividades y oferta de servicios en planificación familiar ¡Error! Marcador no definido.

VII. RESULTADOS Y ANÁLISIS: TLALPAN E IZTAPALAPA COMO ZONAS DE REFERENCIA ¡Error! Marcador no definido.

VII.1 Percepción de los prestadores de servicios de salud sobre la población ¡Error! Marcador no definido.

VII.1.1 Entorno social y ambiental ¡Error! Marcador no definido.

VII.1.2 Relaciones de género: El papel de hombres y mujeres en el plano de la salud sexual y reproductiva ¡Error! Marcador no definido.

VII.1.3 Maltrato y violencia intrafamiliar en la población..... ¡Error! Marcador no definido.

VII.2 Necesidades en salud reproductiva y planificación familiar ¡Error! Marcador no definido.

VII.2.1 Necesidades de los adolescentes y los jóvenes “cuando ellos pueden nosotros no podemos” ¡Error! Marcador no

VII.2.2 Necesidades de las mujeres ¡Error! Marcador no definido.

VII.2.3 Necesidades de los varones ¡Error! Marcador no definido.

VII.3 Barreras declaradas para el acceso y calidad de los servicios de salud ¡Error! Marcador no definido.

VII.3.1 Las barreras en la población ¡Error! Marcador no definido.

VII.3.2 Las barreras de los proveedores y los servicios de salud..... ¡Error! Marcador no definido.

VII.3.3 Barreras ocultas: Lo que se percibió de los prestadores de servicios de salud ¡Error! Marcador no definido.

VIII. CONCLUSIONES..... ¡Error! Marcador no definido.

BIBLIOGRAFÍA *¡Error! Marcador no definido.*

ANEXOS..... *¡Error! Marcador no definido.*

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2. 1 Categorización de las barreras en planificación familiar; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. 1 Población total por delegación y tasas de crecimiento para el periodo 1995-2000 y 2000-2005; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. 2 Distribución porcentual de población, según su estrato socioeconómico y delegación, 2000; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. 3 Índice de masculinidad por delegaciones 2000 y 2005; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. 4 Índice de masculinidad por delegaciones y estratos socioeconómicos, 2000; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. 5 Promedio de hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes de las mujeres de 15-49 años de edad, por delegaciones, 2005; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. 6 Distribución porcentual de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15-49 años, según estratos socioeconómicos, 2000; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. 7 Porcentaje de población hablante de lengua indígena, según estrato socioeconómico y delegaciones, 2000; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. 8 Distribución de la población, según el tipo de hogar, 2005; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. 1 Principales características de las encuestas seleccionadas; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. 2 Porcentaje de mujeres en edad fértil del D.F. que conocen distintos métodos anticonceptivos, según tipo de método, 1992 y 1997; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. 3 Porcentaje de mujeres en edad fértil que usan métodos anticonceptivos, según características seleccionadas, 1992 y 1997; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. 4 Razón de uso del método anticonceptivo actual o el último método utilizado en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa, 2007; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. 5 Porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos, según lugar de obtención y estrato socioeconómico, 1992 y 1997; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. 6 Porcentaje de mujeres en edad fértil que no utilizan métodos anticonceptivos, según razón de no uso y estrato socioeconómico, 1992 y 1997; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. 7 Porcentaje de proveedores capacitados en los diferentes temas de SSR, 1999; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. 8 Calificación de la atención del personal de salud, según estratos socioeconómicos, 2000; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. 9 Razón de no regreso al sitio de consulta en salud, 2000; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. 10 Porcentaje del nivel de importancia en la atención en SSR, según características del servicio seleccionadas, 2002; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. 11 Barreras que los usuarios de planificación familiar disminuirían en los proveedores de servicios de salud, 2008; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 5. 1 Principales características de la Eninplaf, 1996.....**¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 5. 2 Población del D.F., según grado de marginalidad, unidad territorial y delegación, 2000.....**¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 5. 3 Grupos focales en Tlalpan e Iztapalapa.....**¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 6. 1 Proporción de proveedores que realizan distintas actividades en salud, según tipo de instituciones, 1996.....**¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 6. 2 Temores de la población frente a los métodos anticonceptivos, 1996;**¡Error! Marcador no defi**

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 2. 1 Modelo de proceso de atención médica; **Error! Marcador no definido.**
Figura 2. 2 Esquema de interacción de las barreras en PF.....; **Error! Marcador no definido.**
- Figura 3. 1 Localización del D.F. en el contexto de la República Mexicana; **Error! Marcador no definido**
Figura 3. 2 Estructura de la población, según grupos quinquenales de edad y sexo – 2005.....; **Error! Marcador no definido.**
Figura 3. 3 Índice de masculinidad, según grupos quinquenales de edad, 2005; **Error! Marcador no defin**
Figura 3. 4 Porcentaje de mujeres de 12 años y más y de 15 años y más, por delegaciones, 2005.....; **Error! Marcador no definido.**
Figura 3. 5 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15-49 años, 2000 y 2005; **Error! Marcador**
Figura 3. 6 Volumen de inmigrantes residentes por delegación, 2005; **Error! Marcador no definido.**
Figura 3. 7 Distribución porcentual de la población por delegaciones, según su derechohabiencia, 2005.....; **Error! Marcador no definido.**
Figura 3. 8 Asistencia escolar por edades individuales hasta los 18 años, 2005; **Error! Marcador no defin**
Figura 3. 9 Grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más por delegación, 2000 y 2005; **Error! Marcador no definido.**
Figura 3. 10 Porcentaje de población alfabeta, según estratos socioeconómicos y sexo, 2000.....; **Error! Marcador no definido.**
Figura 3. 11 Sistema de Salud de México.....; **Error! Marcador no definido.**
- Figura 4. 1. Porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos, según tipo de método y estrato socioeconómico, 1997.....; **Error! Marcador no definido.**
Figura 4. 2 Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados en Tlalpan e Iztapalapa, 2007; **Error! Marcador no definido.**
Figura 4. 3 Distribución porcentual de los sitios de obtención de los métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil, 1997; **Error! Marcador no definido.**
Figura 4. 4 Distribución porcentual de los sitios de obtención de los métodos anticonceptivos de la población de las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa, 2007; **Error! Marcador**
Figura 4. 5 Razones de no uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil, según categorización, 1992 y 1997.....; **Error! Marcador no definido.**
Figura 4. 6 Distribución porcentual de consultas en SSR, según motivo y tipo de consulta, 2000.....; **Error! Marcador no definido.**
Figura 4. 7 Conocimiento, estudio y disponibilidad de la NOM en PF por parte de los proveedores de servicios de salud, 1999.....; **Error! Marcador no definido.**
Figura 4. 8 Porcentaje de usuarios del servicio de SSR que volverían al lugar donde se atendieron, según el tipo de institución, 2000.....; **Error! Marcador no definido.**
Figura 4. 9 Porcentaje de usuarios que calificaron como malo y muy malo los servicios de salud, según categorías seleccionadas, 2002; **Error! Marcador no definido.**
Figura 4. 10 Porcentaje de usuarios que manifestaron discriminación en el servicio de salud, 2002.....; **Error! Marcador no definido.**
- Figura 5. 1 Unidades territoriales de alta y muy alta marginación. Distrito Federal, 2000; **Error! Marcado**
Figura 5. 2 Casa en zona marginal de Tlalpan, 2008.....; **Error! Marcador no definido.**
Figura 5. 3 Vista de una calle en Tlalpan, 2008; **Error! Marcador no definido.**

Figura 4. 1. Porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos, según tipo de método y estrato socioeconómico, 1997.....;Error! Marcador no definido.

Figura 4. 2 Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados en Tlalpan e Iztapalapa, 2007;Error! Marcador no definido.

Figura 4. 3 Distribución porcentual de los sitios de obtención de los métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil, 1997;Error! Marcador no definido.

Figura 4. 4 Distribución porcentual de los sitios de obtención de los métodos anticonceptivos de la población de las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa, 2007;Error! Marcador no definido.

Figura 4. 5 Razones de no uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil, según categorización, 1992 y 1997;Error! Marcador no definido.

Figura 4. 6 Distribución porcentual de consultas en SSR, según motivo y tipo de consulta, 2000.....;Error! Marcador no definido.

Figura 4. 7 Conocimiento, estudio y disponibilidad de la NOM en PF por parte de los proveedores de servicios de salud, 1999;Error! Marcador no definido.

Figura 4. 8 Porcentaje de usuarios del servicio de SSR que volverían al lugar donde se atendieron, según el tipo de institución, 2000;Error! Marcador no definido.

Figura 4. 9 Porcentaje de usuarios que calificaron como malo y muy malo los servicios de salud, según categorías seleccionadas, 2002;Error! Marcador no definido.

Figura 4. 10 Porcentaje de usuarios que manifestaron discriminación en el servicio de salud, 2002.....;Error! Marcador no definido.

Figura 6. 1 Distribución porcentual de los proveedores de servicios de planificación familiar, según sexo y tipo institución, 1996.....;Error! Marcador no definido.

Figura 6. 2 Distribución porcentual de los proveedores de servicios de planificación familiar, según grupos de edad, 1996;Error! Marcador no definido.

Figura 6. 3 Distribución porcentual de los proveedores de servicios de planificación familiar, según condición de unión y número de hijos nacidos vivos, 1996;Error! Marcador no definido.

Figura 6. 4 Distribución porcentual de los proveedores de servicios de planificación familiar, según su formación profesional y tipo de institución, 1996;Error! Marcador no definido.

Figura 6. 5 Distribución porcentual de los proveedores de servicios de planificación familiar, según el tipo de especialización y tipo de institución, 1996;Error! Marcador no definido.

Figura 6. 6 Temas de interés sobre capacitación en planificación familiar de los prestadores de servicios de salud de instituciones públicas, 1996;Error! Marcador no definido.

Figura 6. 7 Actividades en planificación familiar, según tipo de institución, 1996;Error! Marcador no de

Figura 6. 8 Razones por las que los proveedores no están de acuerdo con el establecimiento de metas en planificación familiar, 1996;Error! Marcador no definido.

Figura 6. 9 Porcentaje de proveedores públicos que realizan otras actividades en planificación familiar, 1996;Error! Marcador no definido.

Figura 6. 10 Razones de prescripción de métodos anticonceptivos, 1996;Error! Marcador no definido.

Figura 6. 11 Beneficios en el uso de métodos anticonceptivos, según los proveedores de salud, 1996.....;Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1. Estructura del cuestionario de médicos y enfermeras de instituciones de gobierno en la Eninplaf; **Error! Marcador no definido.**
- Anexo 2. Cuestionario de Médicos privados - Eninplaf; **Error! Marcador no definido.**
- Anexo 3. Guión utilizado en los grupos focales con prestadores de servicios de salud; **Error! Marcador no definido.**
- Anexo 4. Servicios y características de los centros visitados en Tlalpan e Iztapalapa; **Error! Marcador no definido.**
- Anexo 5. Registro fotográfico de actividades en capacitación a la población por parte de los proveedores de Tlalpan e Iztapalapa; **Error! Marcador no definido.**

Capítulo I

I. INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva (SSR) abarca un vasto y complejo campo que está involucrado en la prestación propia de los servicios de salud y otros. A pesar de que el tema ha recobrado importancia en los diferentes ámbitos de la gestión pública y académica a nivel internacional y local (i.e. Conferencia del Cairo, 1994), son todavía muchos los tropiezos y desaciertos presentes que no han permitido lograr un avance significativo en temas tan variados como: el aborto, las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH, la infertilidad, la violencia familiar y sexual, los distintos tipos de cáncer (mama, cérvico-uterino, próstata), los cuales se han situado en la cima de los actuales debates en SSR. No obstante, tópicos como la planificación familiar (PF), cada día pierden su relevancia dentro de dichos contextos puesto que se han dado por cumplidas las metas propuestas para la reducción de la fecundidad, ignorando la importancia del papel integral que desempeña la PF en la SSR (PATH y UNFPA, 2006:2; Echarri, 2008a:98).

Por otro lado, las estadísticas y evidencia empírica han demostrado que existe una clara diferenciación del acceso, calidad y cobertura de los servicios de salud –entre ellos los de PF - que está permeada por una fuerte carga de clase social, ampliando cada vez más las brechas entre ricos y pobres (UNFPA 2004:1, 2005:9; Carr, 2004:1530 citado por PATH y UNFPA, 2006: 43; Gillespie, *et al.*, 2007:100). De acuerdo con Salles y Tuirán (2003:44) “[...] *la probabilidad de enfermar o morir está influida por la posición que los individuos guardan en la estructura social*”.

Gran parte de los trabajos llevados a cabo para determinar las condiciones de la SSR se han centrado en analizar los problemas desde el lado de la demanda, es decir, los usuarios y la población en general; en cambio, pocas veces la mirada se ha volcado hacia los la provisión de

los servicios en salud y los proveedores de éstos, desconociendo la relevancia que los mismos tienen en las distintas tareas desempeñadas en la PF.

A través de esta investigación se pretende hacer un análisis desde la perspectiva de los proveedores de servicios de salud acerca de las barreras sociales, demográficas, económicas, culturales e institucionales relacionadas con la PF; para ello se tomó como zona de estudio las unidades territoriales (UT's) que cuentan con marginalidad alta y muy alta en las delegaciones de Tlalpan e Iztapalapa en el Distrito Federal (D.F.) de acuerdo con la clasificación hecha por el Comité de Planeación para el Desarrollo (Coplade) de la misma entidad.

Dado que el espectro de la SSR es tan amplio, se eligió la anticoncepción por el papel que ha jugado a través del tiempo en los programas de gobierno, en especial en el aspecto demográfico, así como también por ser un espacio en donde permanentemente se promueven los derechos sexuales y reproductivos del individuo.

Cabe señalar que esta tesis de maestría se enmarca dentro del proyecto “*Identificación de barreras para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud*” realizado por El Colegio de México con financiación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) y el Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol). En las primeras fases de este proyecto se recabó información relacionada con la percepción de los usuarios respecto a las necesidades y barreras en diferentes tópicos del tema, por lo que, para tener una visión más completa del fenómeno, resultó indispensable adentrar en el punto de vista de los prestadores de dichos servicios, aspecto en el cual se centrará el presente estudio. De esta manera, el desarrollo del mismo será un aporte significativo que permitirá yuxtaponer las posturas de la población (usuarios reales y potenciales) y de proveedores de salud (públicos y privados), con el fin de encontrar las coincidencias y divergencias que hacen que las barreras para la atención de las necesidades en anticoncepción para hombres y mujeres se exacerbén, o bien se creen nuevas. El componente de marginalidad servirá para entender la realidad bajo dichos entornos, considerando que la población que vive ahí cumple con características propias que la hacen más vulnerable a los diversos problemas derivados de una inadecuada gestión de los servicios en salud.

I.1 Planteamiento del problema

Generalmente la planeación de los servicios de SSR se ha dispuesto como un medio para delimitar como deben ser atendidas las necesidades de los usuarios y las estrategias políticas para ofrecer servicios de calidad en consistencia con la reglamentación sectorial (Langer y Nigenda, 2000:4); de esta manera, es frecuente encontrar trabajos e informes que dan cuenta de las acciones emprendidas por los gobiernos, instituciones privadas y demás entes relacionados con la prestación de servicios de salud en este aspecto. Pocas veces la percepción de los usuarios¹ de servicios de PF (clientes) es valorada y mucho menos se tienen en cuenta las necesidades de aquellas personas que por algún motivo no pueden acceder ellos; incluso, son mucho más escasos los trabajos en los que son involucrados los proveedores, como uno de los actores que mayor importancia tiene en todo el proceso del servicio.

Las grandes encuestas nacionales que se han llevado a cabo en el país para conocer los niveles y tendencias de los tres principales fenómenos sociodemográficos (fecundidad, mortalidad y migración) no han sido suficientes para adentrar al análisis sobre las percepciones y vivencias de los prestadores de servicios de salud y otros temas relevantes (Reyes, *et al.*, 2003:3; Reartes y Echarri, 2006:2), dejando abierta la puerta para la exploración a fondo en el campo. Otras herramientas disponibles como la Encuesta Gente Joven de 1999 y 2002 aunque son valiosas para entender algunas tendencias de los proveedores, tienen limitaciones en su cobertura geográfica que no permiten desagregar los datos al nivel deseado.

Junto con estas restricciones que ya han sido descritas, se tiene que el problema central del cual parte esta investigación es que en los contextos marginales – y todos los demás - hay una proporción de la población que no accede a los servicios de PF, debido a la visión fragmentada de los proveedores de servicios de salud con respecto a los usuarios, las instituciones, la profesión y los mismos servicios médicos, creándose nuevas necesidades insatisfechas (NI) o reforzando las ya existentes. A continuación se ahondará en ellas.

¹ Por ejemplo, Jasis (2000:99) considera que a menudo se toma en cuenta la opinión de las usuarias para estudios de impacto o monitoreo de los servicios de SSR; por el contrario, se asumen las necesidades de las mujeres a partir, generalmente, de lo que el sistema médico supone que ellas requieren y otras veces, de simples observaciones empíricas.

I.1.1 Factores que determinan las barreras en anticoncepción en los proveedores en salud

El reconocimiento de las barreras en PF, desde la perspectiva de los prestadores, es una ardua tarea que requiere una exploración minuciosa de la génesis multidireccional de éstas. Los enfoques que ahora cobijan este tema integran elementos antes ausentes para el análisis del fenómeno, entre algunos otros, como el género, la reproducción y la sexualidad.

La forma como han estado enfocados los servicios de salud en PF ha hecho que sean principalmente las mujeres las titulares de los programas anticonceptivos de manera más permanente que los hombres; las acciones en SSR y PF históricamente han sido dirigidas a las mujeres y se han diseñado servicios acorde con lo que se consideran sus necesidades (UNFPA, 2004: 29, 2005:36; PATH y UNFPA 2006:6; Figueroa y Sánchez, 2000:60; Salles y Tuirán, 2003:64), todo ello, sustentado en el discurso e imaginario construido sobre el cuerpo, es decir, ellas (las mujeres) quienes están diseñadas biológica y socialmente para concebir y reproducir la raza humana y ellos (los varones) quienes se ocupan de velar por el aprovisionamiento financiero. Ellas el sexo “débil” y ellos el sexo “fuerte”.

Esta permanente disputa, de visión fraccionada sobre el emblema corporal, ha conllevado a que los hombres sean renuentes a buscar atención en asuntos de SSR, se sientan particularmente incómodos² y poco acogidos en los centros de salud que ofrecen servicios de PF (PATH y UNFPA, 2006:48). Tal segmentación constituye un grave obstáculo para lograr la igualdad de género, que por tiempos ha sido promovida por las Naciones Unidas (NU) y consolidada mediante el establecimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).³

² En el VIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México de la Sociedad Mexicana de Demografía (Somede), Alva y Rojas (2006:15) presentaron una ponencia sobre un estudio realizado en Tlalpan e Iztapalapa en el D.F., donde se encontró que *“los jóvenes adolescentes varones (15-19 años) ven como obstáculo para satisfacer sus necesidades en SSR su timidez y nerviosismo al acudir a los servicios médicos, sobre todo al vislumbrar la posibilidad de que pueden ser atendidos por personal femenino”*.

³ Los ODM fueron establecidos en el año 2000 por las NU, tras un acuerdo que realizaron 189 Estados Miembros. El resultado de la reunión fue la aprobación de una alianza en donde se convino ayudar a los países más pobres del mundo para lograr adelantos sustanciales hacia una vida mejor para sus pueblos antes del año 2015. El documento final contiene 8 objetivos concretos que son: 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre; 2. Lograr la enseñanza primaria universal; 3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; 4. Reducir la mortalidad infantil; 5. Mejorar la salud materna; 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Estos objetivos relacionados entre sí, tienen asociadas 18 metas. (UN, 2008).

Así pues, “[...] es esencial involucrar a los varones en la SSR y la PF dado el estatus que aún conserva dentro del ámbito social y económico [...]” (PATH y UNFPA, 2006:48) y como una de las vías para “[...] construir los vínculos de la paternidad, masculinidad y sexualidad” (Salles y Tuirán, 2003:47).

Las barreras impuestas por los proveedores de SSR surgen en algunos casos como respuesta a su formación académica y los conocimientos inadecuados sobre procedimientos y tratamientos para los diferentes tipos de población. Podría decirse que en el ejercicio mismo del prestador están inmersas las valoraciones propias y subjetivas que hacen que éstos impongan sus juicios personales, incluso por encima de lo que deberían hacer desde su profesión, limitando la posibilidad de la gente a elegir entre una gama más amplia de servicios para satisfacer sus propias necesidades (Langer, 1999:138; Langer y Nigenda, 2000:55; USAID, 2006:1). “*Sus particulares visiones del mundo y de las personas que acuden con ellos marcan con gran fuerza [...] su práctica profesional, las orientaciones que ofrece y la forma en que interactúan entre sí y con los usuarios y pacientes*” (Leal y Martínez, 2002; citado por Reartes y Echarri, 2006:3). Sumado a esto, existe una constante presión derivada de las ideologías conservadoras y religiosas para que se prohíba la prescripción de métodos químicos o dispositivos de anticoncepción, lo cual incide finalmente sobre las decisiones de los prestadores de servicios de salud, quienes por sus creencias, se ven obligados a obedecer las directrices impuestas por este sector de la sociedad. De dicha manera, los proveedores de servicios de SSR restringen ciertos métodos de PF, información o atención según su formación personal.

Señalamientos de autores como Puentes (1992:s/p, citado por Jasis, 2000:103), apuntan a demostrar que en los países del tercer mundo, las diversas variables que caracterizan la población, interactúan con la estructura de los servicios de salud, la actitud de los proveedores y las políticas económicas. Esta condición permite entonces, que bajo ciertas categorías, el sistema de salud a través de sus funcionarios, determine la población a la cual atiende, en función a su edad, género, posición económica, nivel educativo, pertenencia étnica, estado conyugal, entre otros.

Por su parte, los factores culturales de la población logran constituirse en barreras (creadas o reales) para los proveedores, puesto que éstos señalan a los individuos como poco capacitados para establecer una comunicación efectiva o para entender las indicaciones dadas por ellos para el manejo y aplicación de los métodos de PF; por ejemplo, Jasis (2000:104) y Langer (1999:141), reconocen que en México –y otros países- el proveedor de servicios de salud es visto con “supremacía” y como un “experto” que se encarga de identificar, describir, asumir y resolver las necesidades de los usuarios, quienes se consideran elementos vacíos de conocimientos “científicos”. En última instancia, son los proveedores de servicios de salud (generalmente médicos) quienes tienen en sus manos la autonomía para resolver las necesidades de sus usuarios, mientras que los últimos ven reducidas sus capacidades en la toma de decisiones que les concierne directamente.

Dentro de los aspectos culturales que influyen en la prestación eficiente de los servicios de PF en México se vislumbra la religión como uno de los principales obstáculos. En la actualidad, muchas mujeres y parejas siguen acudiendo a los métodos tradicionales de anticoncepción (ritmo, coitus interruptus o retiro, método Billings, lactancia exclusiva) acogiendo las posturas propugnadas por la iglesia y grupos conservadores (Langer, 1999:139), minimizando las opciones que son viables para el control de su fecundidad, incrementando la posibilidad de contraer embarazos no deseados y la exposición a otros riesgos que ponen en vilo la integridad sexual y reproductiva (SR).

Entre tanto, un fenómeno adyacente a los antes mencionados, es la constante reproducción de la discriminación (por género, etnia, preferencias religiosas, sexuales, etc.) por parte de los proveedores de servicios, lo cual trae consigo la desmotivación de hombres y mujeres frente a la búsqueda de alternativas para el control de la fecundidad. Algunas de estas personas pertenecen a grupos altamente vulnerables (adolescentes, indígenas, pobres, etc.), quienes se ven afectados en mayor grado con dicha actitud.⁴

⁴ Velasco *et al.* (1999:413) en su estudio llamado *Calidad de los servicios de anticoncepción en El Alto, Bolivia* observaron que las mujeres del área percibían discriminación en la atención del servicio de anticoncepción en función de su condición socioeconómica y su vestimenta, al respecto una de las entrevistadas expresó “*porque hay gente que a veces es un poquito pobre, no se va bien vestida [...]. Entonces no hay esa igualdad. Hay otra señora que va mejor vestida, aunque tenga los mismos derechos, siempre hay eso.*”

Lo anterior, se agudiza dadas las múltiples exigencias que hacen las instituciones de salud (i.e. el IMSS o el ISSSTE) a los posibles usuarios para su atención (portar credencial de salud, pago de cuota de consulta, hacer extensas filas para asignación de citas, etc.), restringiendo la entrada a los servicios en PF, situación que se empeora debido a que el denominador prevaleciente de la población antes mencionada es el analfabetismo, la migración y el empleo informal, por ejemplo, es frecuente encontrar niños y adultos sin su correspondiente acta de nacimiento, documento básico para cualquier tipo de acción legal dentro de la sociedad.

Por otro lado, organismos internacionales como las Naciones Unidas (NU) coinciden en afirmar que la planificación armónica de los servicios de salud es una de las estrategias clave en el aumento del uso de métodos anticonceptivos, no obstante, este factor se ve debilitado puesto que los proveedores de servicios de salud, como sujetos de trabajo, están subyugados a una disponibilidad finita de recursos que los lleva a optar por procedimientos y métodos que resultan más económicos para la institución (Donabedian, 1988:25; Langer y Nigenda, 2000:11; PATH y UNFPA, 2006:3). Como resultado de este hecho, muchas personas no reciben el método de planificación de su preferencia e incluso, en algunos casos, no llegan a adquirirlo nunca, derivándose así una disminución inusitada en el uso de anticonceptivos. Al respecto el PATH y el UNFPA (2006:28) consideran que “[...] *a menos que los anticonceptivos estén disponibles cuando los/las clientes los necesitan, la prevalencia de éstos seguirá siendo baja*” y más aún si tenemos en cuenta que la infraestructura deficiente de centros de salud, la insuficiencia de recursos y el desabasto permanente de insumos básicos para la prestación de servicios, ponen en peligro la calidad de los mismos.

Tal panorama se deriva en parte de la normatividad y reglamentación sectorial, ya que a partir de ahí se señalan las directrices que deberán adoptar los proveedores de servicios de salud en sus labores, las cuales no necesariamente corresponden con las demandas requeridas en el sitio donde llevan a cabo su trabajo; dichos ordenamientos pueden presionar a los profesionales en salud a cumplir con metas exacerbadas y ambiciosas difíciles de ser cumplidas, o lo que es

peor, no se traducen correctamente.⁵ A nivel institucional, las normas administrativas consiguen ser excesivas, restrictivas e inconsecuentes con las políticas de salud, provocando desmotivación del prestador de servicios de salud hacia el oficio.⁶

I.1.2 Justificación

La importancia del presente estudio radica en la innovación y exploración de un campo en el que poco se ha estudiado, teniendo en cuenta que se busca analizar la visión del prestador de servicio en la PF. Así mismo, es un nuevo camino que se abre en la búsqueda de respuestas y mejor comprensión de las desigualdades, conflictos, relaciones de género y la diversidad de identidades, entre otras, que influyen en las interpretaciones culturales de la PF, y de como éstas son traducidas en barreras percibidas y necesidades demandadas. Este estudio permitirá incluir las voces de los agentes institucionales en los análisis integrales, que podrán llevarse a cabo en otra etapa de la investigación, contraponiendo dichos puntos de vista con el de la población. Igualmente, es un ejercicio con el que se busca sentar una base diagnóstica y metodológica que servirá de instrumento para estudios posteriores en cualquier otro contexto.

I.2 Preguntas de investigación

Al hacer la revisión a fondo de los problemas que abarca las barreras en PF, desde la óptica de los proveedores y teniendo en cuenta que éstas se desarrollan en contextos marginales, las preguntas de investigación que guiarán el presente estudio serán:

⁵ Diversos autores (i.e., Camarena y Lerner,s/f:14) identifican una estructura vertical en el proceso de toma de decisiones en el ámbito laboral, institucional y de los agentes de salud que repercuten en un desfavorable ambiente para la interacción entre los proveedores y las usuarias de los servicios de SSR. Entre esas condiciones están: las metas de PF, el poco tiempo disponible para consultas, la excesiva carga de trabajo acompañada de bajos niveles salariales de los proveedores de servicios y el frecuente desabasto tanto de métodos anticonceptivos como de instrumental médico.

⁶ Un ejemplo de ello es que “[...] en ocasiones las políticas institucionales han otorgado prioridad al cumplimiento de metas de usuarias de anticonceptivos, en el lugar de la libre e informada decisión de las personas” (Aparicio, 2007:133).

- ¿Qué tipos de barreras (sociales, económicas, culturales, institucionales, etc.) identifican los proveedores de servicios de salud en PF?
- ¿Cómo conciben los proveedores de salud las demandas (necesidades) en PF de la población en donde ejercen su labor?
- ¿Cuáles son las barreras percibidas en los proveedores de servicios de salud que limitan el acceso y la calidad de los servicios de PF?

I.3 Objetivos e hipótesis central

I.3.1 Objetivo general

Caracterizar las barreras en la prestación de servicios de PF en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa para el año 2008, a partir de los proveedores de servicios de salud.

I.3.2 Objetivos específicos

- Construir el perfil personal y profesional de los proveedores de servicios de salud de las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa.
- Reconocer las barreras en los servicios de PF derivadas de los prestadores de servicios de salud.
- Identificar las barreras en los servicios de PF declaradas por los proveedores de servicios de salud de las zonas con marginalidad alta y muy alta de Tlalpan e Iztapalapa.
- Comparar las distintas barreras encontradas entre los sectores público y privado.

- Distinguir entre las barreras en PF para jóvenes, hombres y mujeres.
- Establecer el (los) grupo (s) de población con mayores necesidades insatisfechas en anticoncepción, de acuerdo con las barreras encontradas.

I.3.3 Hipótesis

La hipótesis central que se intentará demostrar a través de este estudio será:

H₁: *Existen características personales y profesionales en los proveedores de servicios de salud que traducen en barreras de acceso para la planificación familiar, no obstante, los obstáculos que ellos identifican son principalmente los que provienen de la población.*

En el capítulo cinco, se hablará más de esta y otras hipótesis que se desprenden de la misma.

I.4 Resumen de la estrategia metodológica

La metodología que continuación se señala, describe de manera general las fuentes de datos y la población objeto de estudio de esta investigación. En los apartados correspondientes, dicha información será desglosada, con sus respectivas variables y operacionalización.

I.4.1 Fuentes de información

Fuentes secundarias: En primera instancia, con el fin de construir el perfil sociodemográfico del D.F. se utilizó el XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000 y el II Censo de Población y Vivienda del 2005, ambos llevados a cabo por el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI). Con esta información fue posible hacer una

descripción del tamaño, estructura y dinámica poblacional, además se trataron temas como: fecundidad, migración, derechohabiencia a los servicios de salud, población de habla indígena y finalmente se hablaron de los hogares y las viviendas.

Luego, para establecer un panorama general sobre la PF en el país, se recurrió a la información disponible en encuestas nacionales, algunas de ellas con dominio a nivel de estado, permitiendo visualizar la situación de cobertura, calidad y servicio en PF para el D.F., así como la percepción de la población sobre los servicios recibidos. Entre estas fuentes secundarias se tienen: la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) de 1992 y 1997; la Encuesta Nacional de Salud (Ensa) del 2000 y la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) del 2002. Así mismo, debido a que suministra información útil a la investigación, se sustrajo datos de la Encuesta Gente Joven de 1999 y 2002, que aunque no es representativa ni a nivel nacional ni estatal, se desarrolló en zonas (principalmente marginadas) donde se concentra el programa de atención a jóvenes de Mexfam. Por último se hará énfasis en el componente de PF en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa donde se aplicó la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el D.F. del 2007.

En la última parte del trabajo se presentan los resultados obtenidos en la Encuesta sobre las Instituciones en Planificación Familiar en México (Eninplaf) de 1996, en donde se pueden conocer las visiones de los proveedores de servicios de salud acerca de las prácticas en PF y sus actitudes frente al servicio y la población en general. Para esta parte se utilizará el módulo correspondiente a los prestadores de servicios públicos y privados. La población objeto de estudio de la Eninplaf fueron los médicos y enfermeras de las instituciones de gobierno, además de los prestadores de servicios privados, seleccionados por Conapo.

Fuentes primarias: Para el análisis de caso en las zonas marginadas de Tlalpan e Iztapalapa se diseñaron instrumentos *ad hoc* que permitieron contrastar los resultados de la Eninplaf con información cualitativa, captada a través de cuatro grupos focales que se desarrollaron en instituciones tanto públicas como privadas de Tlalpan e Iztapalapa. Si bien la Eninplaf permitió la observación de datos para establecer las conexiones entre variables (sociales, económicas, culturales, etc.) y barreras en PF, el análisis cualitativo ayudó a conocer los

procesos que conducen a aquellos vínculos, así como a fortalecer la información cuantitativa. Esta complementariedad de enfoques facilitó el entendimiento de los procesos latentes en estos lugares seleccionados, tomando en consideración la racionalidad subyacente a las prácticas profesionales y sociales que se convierten en barreras importantes u obstáculos para satisfacer las necesidades de PF para hombres y mujeres de distintos grupos de edad. En cuanto a la población objeto de los grupos focales fueron aquellos profesionales, pertenecientes al sector público y privado, que tienen a su cargo la tarea de informar, educar, diagnosticar, tratar, evaluar, curar o alguna otra actividad, relacionada con la PF. Para la ejecución de los grupos focales se acudió a una gama más variada de personal de salud: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, administradores, gerentes, farmacéuticos, entre otros que operan en las dos delegaciones de interés para este estudio. De esta manera, la unidad de muestreo fueron los hospitales, clínicas, centros médicos, farmacias, ONG's, etc. tanto públicos como privados.

I.5 Estructura del documento

El documento se encuentra estructurado en seis capítulos, incluyendo este primero, el cual introduce al tema objeto del presente estudio. En el segundo capítulo se menciona el marco conceptual bajo el cual se analizan los diferentes elementos que intervienen en la SSR y la PF en México. En su orden, se habla de definición de los términos SSR y PF, de las necesidades insatisfechas en anticoncepción, el análisis de las barreras desde el lado de los prestadores de servicios en salud, se abordan aspectos de desigualdad, marginalidad y pobreza, haciendo la respectiva diferenciación de términos y finalmente se incluye el enfoque de género.

El tercer capítulo se orienta hacia la descripción de los ejes fundamentales para el entendimiento del papel de la PF en México: se fijan los aspectos sociodemográficos, las políticas sectoriales y la organización del sistema de salud en el país. Específicamente se presentan las características sociales y demográficas más relevantes de los capitalinos; la controversia que causó el tránsito de un modelo completamente pronatalista a otro que exhorta el uso de métodos anticonceptivos para frenar el evidente aumento de la población; las

políticas públicas que rigen en materia de SSR y PF y que regulan todo el sistema de salud; así mismo, se hará referencia de la estructura y jerarquía del sistema de salud mexicano, evidenciando algunas de sus fortalezas y debilidades.

En el siguiente capítulo, el cuarto, se hace un recorrido por las diferentes encuestas nacionales que han incluido en su aplicación variables relacionadas con la PF y la prestación de los servicios de salud. El objetivo de este apartado de la tesis es presentar una síntesis completa de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, percepción de la calidad de los servicios en SSR y PF, acceso a los servicios, entre otros. Al grado que las encuestas lo permitieron, se hizo una diferenciación por grupos de edad, sexo, estado civil y estratificación socioeconómica.

El quinto capítulo describe los aspectos metodológicos y técnicos de esta tesis: fuente de datos, abordaje metodológico, modelo de análisis y se detallan las hipótesis que se intentarán demostrar. Este capítulo se cierra con las limitantes que incluye el estudio.

Para el sexto capítulo se caracterizan los proveedores de servicios que están directamente relacionados con el servicio de PF, se crea el perfil profesional y personal de ellos, sustentando toda la información con los datos de la Eninplaf.

En el séptimo apartado se hace el estudio de caso de las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa, se hace una descripción del entorno socio-ambiental, se analizan las relaciones de género, las necesidades específicas para cada grupo poblacional seleccionado (adolescentes, mujeres y varones). Por último, se identifican las barreras más significativas y el grado de impacto en la comunidad, así mismo, se indican los grupos más vulnerables a dichos obstáculos.

Finalmente, en el octavo y último capítulo se sintetizan los resultados obtenidos, se dan a conocer las conclusiones más relevantes del tema y los aspectos a tener en cuenta para las dos zonas de estudio.

Capítulo II

II. ENFOQUES CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS DE LAS BARRERAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

A dentrar en los estudios de la SSR y específicamente en la PF no es una tarea fácil, más aún si se tienen en cuenta las múltiples posibilidades de analizarlas; los ejes argumentativos sobre los cuales giran las interpretaciones abarcan un amplio espectro de elementos provenientes de diversas áreas como epidemiología, sociología, medicina y la demografía. Para Salles y Tuirán (2003), los cambios demográficos desarrollados en los últimos tiempos, han puesto de manifiesto el carácter “*estrecho*” de un conjunto importante de significados y acciones en el campo de la población, la reproducción y la salud.¹ Al mismo tiempo, esta complementariedad de enfoques ha servido para que académicos y gobiernos “*redefinan, modifiquen y expandan*” las bases conceptuales y los esquemas metodológicos pre-establecidos, aplicándolos a terrenos específicos de la SSR, sin desconocer que los fenómenos en esta materia son diacrónicos, es decir, están marcados por sus propios espacios, tiempos, actores, políticas, etc. (Langer, 1993:s/p; Tuñón, 1999:498; Camarena y Lerner, s/f:1; Lerner y Szasz, 2001:328; Lerner y Szasz, 2003:300, Langer, 2003:18). Actualmente, la SSR y por supuesto la PF, pueden ser vistas a través de lentes matizados por aspectos tan variados como: la equidad de género, los derechos humanos, la desigualdad social, entre muchos otros.

Pero pese a esta amplia gama de posibilidades y herramientas de carácter operacional, dadas por las distintas disciplinas, no ha sido posible integrar las temáticas para establecer teorías en el campo de estudio. Es por ello, que en el presente trabajo se esbozó un marco conceptual que delimita los puntos de interés, los mismos que posteriormente servirán de guía para las

¹ Igualmente los autores reiteran que el enfoque estrecho lleva necesariamente a no apreciar de manera adecuada la influencia que tienen los procesos sociales, económicos, institucionales y culturales sobre los fenómenos de carácter demográfico y epidemiológico, lo cual limita la comprensión de ellos y reduce la capacidad de las acciones sociales que están dirigidas a modificar su curso.

conclusiones finales.² Si bien, como se mencionó anteriormente, estos planteamientos no corresponden a una corriente teórica, es un ejercicio fundamental para entender las sinergias de cada aspecto contemplado y la interacción de todos ellos en la PF.

En primera instancia, *grosso modo*, se mencionará la definición de anticoncepción, PF y SSR; luego, se hará una descripción del significado y las implicaciones de las necesidades insatisfechas y la forma como han sido abordadas desde diferentes perspectivas. El cuarto elemento de análisis que se tomará en cuenta como unidad de estudio serán los proveedores de servicios de salud y su interrelación con las barreras en PF; esto permitirá traer a colación dos aspectos relevantes que cobran mayor importancia dentro de este entorno, uno de ellos tiene que ver con el papel del género y la PF y el otro, con las conexiones existentes entre desigualdad, pobreza y marginalidad como catalizadores de dichas barreras.

II.1 Descifrando significados: Salud sexual y reproductiva y planificación familiar

En un primer momento, la necesidad del hombre por espaciar o impedir la reproducción dio paso al surgimiento de la anticoncepción, pese a que en un principio no fue una prioridad de la humanidad. No obstante, cuando el balance entre muertes y nacimientos fue alto y la migración ya no pudo aliviar los excesos en el crecimiento poblacional, su uso empezó a ser imprescindible. El empleo de la anticoncepción desde la antigüedad,³ demuestra que la sociedad, independientemente de su cultura, ha comprendido la importancia de estas técnicas,

² Dado que este estudio se centra en ilustrar las barreras en anticoncepción percibidas por los proveedores de servicios de salud y la bibliografía sobre SSR y PF es extensa, sólo se incluirán dentro del estudio aquellos temas que se consideraron indispensables para explicar el panorama bajo el bosquejo que se plantea; sin embargo, cabe destacar que quedará pendiente por abordar otros aspectos como: violencia en general, infecciones de transmisión sexual, infertilidad, etc.

³ En el primer texto médico del que se tiene noticia, *El Papiro de Petri*, de 1850 antes de Cristo, figuraban ya las recetas anticonceptivas. Una aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina; otra receta consistía en una irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural. El segundo texto importante, *El Papiro de Ebers*, contiene la primera referencia a un tapón de hilaza medicado "[...] Tritúrese con una medida de miel, humedézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer". En la historia de la anticoncepción, la referencia bíblica citada con más frecuencia es un pasaje del Génesis, capítulo 38: "Pero Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en la tierra para no dar prole a su hermano [...]" (Díaz, 1995:192).

su evolución, que inicialmente estuvo más influida por las costumbres y las creencias, permite que hoy se cuente con una vasta gama de anticonceptivos eficaces, inocuos y económicos (Celsam, 2008:s/p), sin que esto quiera decir necesariamente estén al alcance la población.

Esta medida, que un principio resultó apropiada para combatir el problema puntual, fue evolucionando con el tiempo. Quienes se ocuparon por velar de las políticas en PF no se conformaron con asociarla exclusivamente a la anticoncepción y por eso se dieron a la tarea de añadir otros componentes al tema como: información, educación, derechos sexuales y reproductivos, autonomía y libertad de decisión. Sin embargo, actualmente, algunos políticos, académicos y civiles recurren con frecuencia y erróneamente a la asociación de la PF con las ideas anti-natalistas.

Si se refiere, en el estricto orden de la palabra, a la definición de la anticoncepción, ésta puede ser considerada “*una acción o efecto de impedir la concepción*” (Real Academia de la Lengua Española-RAL, 2008:s/p), término que resulta impreciso si se quiere aplicar a la SSR, ya que solo hace alusión a un estado que describe la contracepción sin detallar los medios a través de los cuales esto se hace posible y sin mencionar a los individuos involucrados.

En 1979, la Organización Mundial de la Salud –OMS describió la PF como “*Técnicas para buscar o evitar los embarazos mediante la observación de los signos y síntomas que, de manera natural, ocurren durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual*” OMS (1989:6); esta definición, aunque hace alusión a elementos ausentes en el término dado por la RAL, sigue siendo inexacta, ya que minimiza la anticoncepción a simples “*técnicas*”, desconociendo completamente el papel de los individuos, las parejas y otros actores como los proveedores de servicios de salud en la PF, así como tampoco hace referencia al ámbito institucional y social en que se concreta la práctica anticonceptiva.

Esta ausencia de un enfoque integral, evidenció la necesidad de concebir la PF en un espacio donde confluyen tanto los proveedores de servicios de salud como la población en general y en donde se dibujan vivencias, concepciones, grados de entendimiento, intereses y particularidades que son propias de cada ámbito en el que se desarrolla esta interacción. Más bien, la anticoncepción pasó a ser una herramienta de la que disponen hombres y mujeres para

influir sobre su fecundidad y en la duración de los intervalos intergenésicos; claro está, que no siempre estas decisiones se definen en espacios donde prevalecen las libertades individuales y de las parejas; como se discutió en el primer capítulo, las instancias gubernamentales y otros actores (entre ellos los proveedores de servicios de salud) se han convertido en mediadores de políticas perversas que han puesto a la población en el centro de la polémica, limitando sus capacidades para la toma de decisiones y en algunos casos restringiendo el uso de métodos anticonceptivos.

Aunque desde 1960 muchos países (sobre todo desarrollados) habían iniciado el uso masivo de métodos anticonceptivos, para ese entonces todavía no existía un consenso internacional en el tratamiento del tema, se contaba únicamente con esfuerzos dispersos en materia de PF.⁴ Fue hasta 1994, cuando el mundo observó con beneplácito la iniciativa de las NU, quien congregó a 179 países miembros en El Cairo – Egipto, para discutir asuntos de interés común, entre ellos: mortalidad infantil, aborto, anticoncepción, violencia contra las mujeres, equidad de género, pobreza, etc. El resultado final de la reunión fue la aprobación y adopción de un Programa de Acción (PA) para los siguientes 20 años, el cual estaba enfocado a la población y el desarrollo. Uno de los avances más significativos de dicho encuentro fue la conceptualización integral de la salud reproductiva (SR), reconociendo ésta como un derecho fundamental que debería ir inmerso en todas las acciones de políticas públicas, frenando de esta manera las distintas formas de cohesión y/o discriminación por razones de sexo, condición socioeconómica o acceso a los servicios de salud.

⁴ La Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos - CIDH (1968) se convirtió en el primer espacio en donde se declaró el derecho de las madres y los padres “*a elegir libremente el número y esparcimiento de sus hijos*”. En 1974, en Bucarest, se firmó el Plan de Acción Mundial sobre Población, el cual contenía la PF como “*un derecho fundamental de todas las parejas e individuos*”. Un año más tarde, se celebró la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, en donde se convino que la PF “*es un derecho fundamental que promueve la equidad de género*”. Posteriormente, en 1984, se lleva a cabo la Conferencia Internacional de Población en donde se propone “*la participación de los varones en la crianza de los hijos para asegurar la participación activa de las mujeres dentro de la sociedad*”. Por último, en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo se exhorta a los países para que “*manejen el crecimiento de la población sin comprometer los recursos naturales*”. (UNFPA, 2004:5).

Bajo la noción original de la salud,⁵ establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el UNFPA definió la SR como “[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y servicios de planificación de la familia de su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.⁶ (UNFPA, 1994).

Este nuevo pensamiento reconoce la importancia de la PF dentro de la SR como un medio expreso para combatir la pobreza y promover el desarrollo. Sus pilares están cimentados en el compromiso hacia los derechos humanos y la equidad de género. Con este nuevo norte, el UNFPA marca el rumbo del accionar sobre la PF, hecho que es ratificado posteriormente en La Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer en Beijing -1995 donde se insta a todos los países a velar por el empoderamiento de las mujeres sobre la toma de decisiones concernientes a su sexualidad.

La lógica que encierra este enfoque es novedosa y práctica en el sentido que identifica las necesidades de los individuos en niveles concretos, a su vez, es un reto propuesto para que

⁵ Uno de los principios básicos consagrados en la Constitución de la OMS fue la definición de la salud como “[...] el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26ª, la 29ª, la 39ª y la 51ª Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente, se han ido incorporando al texto original (OMS, 2006:1).

⁶ “La SR contempla además los siguientes aspectos: a) que los individuos puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a los embarazos no deseados o a las enfermedades de transmisión sexual, b) que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y cada cuánto hacerlo, c) que las mujeres tengan embarazos y partos seguros y d) que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la sobrevivencia y el bienestar materno-infantil” (Barzelatto, 1994; Barzelatto, 1998; Fathalla, 1992; Ford Foundation, 1991; Sai y Nassim, 1989; Salles y Tuirán, 1995; UN, 1995; citados por Lerner y Szasz, 2003:310).

investigadores y gestores políticos contribuyan a la maduración y construcción del concepto. Como mencionó Tamayo, refiriéndose a la definición de salud de la OMS y de la cual se fundamentó el UNPA para catalogar la SR, ésta “*no es un significado operacional de salud con el que se pueda trabajar, sino más bien la meta a la que todos debemos aspirar*” (Tamayo, 1988:s/p; citado por Lerner y Szasz, 2003:311),⁷ la tarea entonces es lograr que hombres y mujeres, indistintamente de su color de piel, preferencias sexuales, edad, sexo, nivel socioeconómico, puedan gozar de sus derechos SR y decidir de manera informada, respetuosa y comprometida como expresar, compartir y experimentar su sexualidad.

Las críticas de diversos autores (i.e. Fernández, 1999:64) hacia la noción de la UNFPA es que su viabilidad se ve entorpecida porque resulta vaga si se quieren aplicar políticas específicas “[...] *en el texto se hace mención de hombres, mujeres, personas, parejas, lo cual involucra diferentes dimensiones [...]*”, pero, según ella, no se explica la manera de priorizar las necesidades de los grupos más desprotegidos. Quienes apoyan esta visión aseguran también que si el referente es dicho esquema, resulta difícil emprender otras acciones en salud alternativas a la medicalización que parece ser la principal preocupación en el plano de la PF de esta definición. Por otro lado, el hecho de considerar socialmente asimiladas ciertas formas de vida como la unión libre, las relaciones extraconyugales, entre otras, es un error puesto que en “*comunidades conservadoras estas prácticas están ética y moralmente sancionadas*” (Lerner y Szasz, 2003:310).

Sin duda, se está ahora transitando por el camino de la resignificación de la SR, habrán piezas que adicionar al rompecabezas, pero enhorabuena, el trabajo llevado a cabo en la CIPD contribuyó a entender que la SR y la PF no son entes autónomos que operan aisladamente, sino que van de la mano con otros fenómenos sociales y por lo tanto es fundamental dotar al individuo de las herramientas precisas para que éste asuma su libertad conscientemente y apele a sus derechos cuando sean atropellados. Por la riqueza instrumental y la variedad de insumos que suministra, se considerará ese marco analítico para las ilustraciones respectivas de este estudio.

⁷ En el texto original, esta cita es citada a su vez por Salles y Tuirán, 1995.

II.2 Necesidades insatisfechas en anticoncepción: Recorrido conceptual

El significado de necesidad puede ser tan multidimensional y ambivalente como lo es el mismo hecho de medirla e interpretarla. Antes de aterrizar el concepto que aquí atañe, *necesidades insatisfechas en anticoncepción* (NIA), es preciso examinar algunos puntos que de manera reivindicada son citados para tratar de explicarla. En primer lugar, existen enfoques que interpretan las NI a partir de modelos cuantitativos que se basan en información proveniente de censos y estadísticas; a través de indicadores relacionados con necesidades estructurales (vivienda, educación, salud, etc.) se puede establecer el grado de pobreza de un individuo o grupo familiar. Por otro lado, existen acercamientos cualitativos que se integran de manera adicional al método anterior, circunscribiendo además aspectos relacionados con percepciones sobre de la vida, la familia, la salud, la infraestructura, los servicios, entre muchos otros.

Entran aquí en disputa dos líneas de razonamiento que incluyen lo *objetivo* que es aquello material, tangible que a la vista de todos es *real*; lo *subjetivo* que enmarca las simbologías, creencias y vivencias de las personas con su entorno social y ambiental, lo que sería entonces *invisible*. Para este estudio ambas visiones son fundamentales y no se pretende deslindar la una de la otra, simplemente, para este caso en particular, cada punto de vista opera de manera interrelacionada y correspondiente, tal como se verá más adelante.

Como crítico de la sociedad capitalista, Marcuse distingue entre dos tipos de necesidades: las *reales* que son aquellas que se derivan de la naturaleza misma del hombre y las *ficticias* como aquellas que se producen en el seno de la sociedad consumista, producto de la industrialización (Marcuse, 1969:187). Su teoría, denominada *teoría de las necesidades*, sirve para explicar la lógica de las necesidades insatisfechas que pueden ser diferenciales por países, sexo, grupos de edad y estratos socioeconómicos. Esto supone entonces que habrán individuos que tengan cubiertas sus necesidades reales, pero no tienen resueltas sus necesidades ficticias.

Entre tanto, Max-Neff planteó que la persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes. Para él las necesidades humanas son “[...] un sistema en el que ellas se

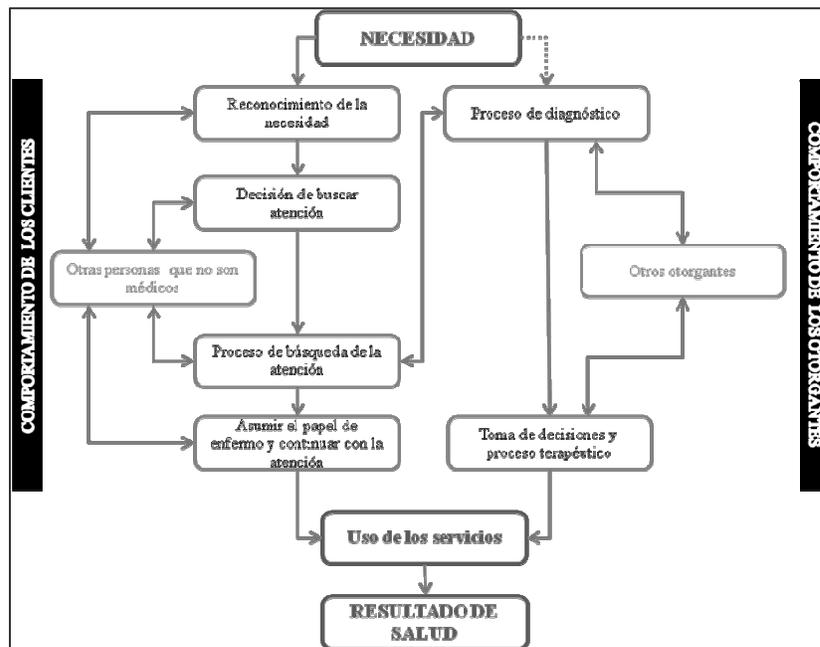
interrelacionan e interactúan; simultaneidades, complementariedades y compensaciones son características propias del proceso de la satisfacción de las necesidades (Max-Neff, et al., 1986:46; Max-Neff, 1994:1). Bajo otra categorización, las necesidades pueden ser existenciales o axiológicas. Esta combinación permite reconocer, por una parte, “*las necesidades de ser, tener, hacer y estar; y por la otra, las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad [...]*” (Max-Neff, 1994:2). El mayor aporte de este autor radica en la definición de lo que él llamó *satisfactores*, que no son más que los medios mediante los cuales se satisfacen las necesidades. Cuando no se tienen las condiciones adecuadas o simplemente se carecen de medios para obtener los satisfactores, se crea lo que se conoce como NI.

Este argumento de Max-Neff hace pensar que las necesidades existenciales perduran en el tiempo, “[...] *que permanecen inmutables a lo largo de todos los periodos históricos y en todas las culturas*” (Mateo, 2002:97), mientras que las necesidades *axiológicas* pueden ir cambiando de periodo en periodo, de acuerdo con el contexto social que lo envuelve. Tal y como lo sustenta Boltvinik y Hernández (1999:1) “[...] *la necesidad es una situación a la cual es imposible sustraerse, así como a la acción infalible de las causas*”; es por ello que hablar de necesidades implica inexorablemente deducir que éstas son universales aunque se manifiesten distintamente entre individuos en espacios diversos (políticos, sociales, culturales, etc.). Así mismo, habrá que entender que los satisfactores de dichas necesidades comprenden medidas que difieren radicalmente unas de otras.

La discusión anterior, emerge como punto de partida para centrar el foco de las necesidades en el ámbito de la salud, ya que ciertamente los individuos a través de su estado físico y mental pueden expresar una falta de *algo* -la salud- o bien desean alcanzar un estado óptimo como ideal meramente personal; así mismo, como lo plantean autores como Queiroz (1997; citado por Campos y Mishima, 2005:1261) “[...] *las necesidades de salud son necesidades de reproducción social que, por no ser naturales ni generales, son necesidades de clases, o sea, son diferentes en los diferentes grupos sociales, definidos por su inserción en la división social del trabajo que determina los diferentes modos de vivir*”

En este escenario, para Donabedian (1988:71) la necesidad se concibe como “[...] una alteración de la salud o el bienestar [...]”. Para la atención de las necesidades, reconoce la existencia diversas interacciones en las que participa los profesionales de salud (médicos) y los clientes y que denomina *proceso de atención médica* (ver figura 2.1); dicho proceso se integra a una serie de actividades que surgen como respuesta a una necesidad que se percibe por el usuario del servicio o que en algunos casos es identificada por los prestadores de los mismos. No obstante, el autor considera que las funciones que intervienen en la atención son mucho más complejas y están mucho más formalizadas que las reconocidas por parte del cliente.

Figura 2. 1 Modelo de proceso de atención médica



Fuente: Donabedian, 1988.

Como el mismo Donabedian lo mencionó, su anterior visión es simplista ya que desconoce los intereses particulares de cada uno de los actores involucrados. Esta limitante es superada por el mismo autor quien presenta dos posiciones frente a la necesidad: la de los clientes y la de los médicos. Cada uno de ellos debe decidir por su cuenta si en una situación determinada existe la necesidad de recibir atención médica y qué tipo de atención se necesitaría. “*De la congruencia entre las dos evaluaciones depende el que se inicie el proceso de supervisión*”

profesional y que éste opere con buenos resultados. Si las evaluaciones son incongruentes, el proceso perderá eficacia proporcionalmente o requerirá de un gran esfuerzo [...]” (Donabedian, 1988:75).

La definición dada por los médicos acerca de la necesidad se enmarca básicamente en función de los conceptos de salud y enfermedad, por lo tanto la necesidad se deriva de un hecho somático y no emocional. En tanto, la visión del cliente puede diferir enormemente de la del proveedor, en primer lugar porque la enfermedad no es un hecho visto desde una perspectiva meramente “científica”; segundo, a pesar de que se acepte como científica, no se conocen a la perfección las características de las enfermedades en particular tal como se define científicamente; y tercero, el cliente tiende a tener un horizonte temporal más limitado y hace mayor énfasis en las manifestaciones recientes y el impacto que las molestias presentes que tienen sobre su estado físico. Bajo estas dos perspectivas se puede ver que existen marcadas discrepancias en el concepto entre clientes y proveedores. Este es un claro ejemplo de la objetividad y subjetividad anteriormente descrita, en donde se contraponen las posturas de oferentes y receptores de los servicios de salud, reivindicando la importancia de enlazar estos elementos para entender el fenómeno de manera global.

En la PF la necesidad no se centra propiamente en la manifestación de una enfermedad como lo planteó Donabedian, puesto que ésta reviste un carácter mayormente preventivo pero que requiere del asesoramiento y acompañamiento de profesionales de la SSR. Esto ha conllevado a la subestimación de la anticoncepción dentro de los servicios de salud, ya que “[...] *al hacer un balance entre la carga de la enfermedad y la PF, ésta última pierde importancia, dado que el embarazo no es una enfermedad [...]”* (Berer, 2002:20; Álvarez-Castillo, 2005:s/p; citado por PATH y UNFPA, 2006:6). En alguna medida, esta es una de las razones por las cuales se han potencializado las NI en esta rama de la salud.

El término de necesidades insatisfechas en anticoncepción (NIA)⁸ salió a la luz pública por primera vez en la CIPD, donde se desarrolló el concepto para referirse a “[...] *la población*

⁸ Citado por otros autores, como Aparicio (2006:133) bajo el término de necesidades no satisfechas en anticoncepción (NNA).

fértil y sexualmente activa en las edades reproductivas que no usan ningún tipo de método anticonceptivo, aunque señalan no desear tener más hijos o no desea tenerlos durante algún tiempo” (UNFPA, 2004:5). Este nuevo énfasis fue importante porque la CIPD cambió – o al menos intentó cambiar- el enfoque cuantitativo de las políticas y programas, pasando de metas numéricas en cuanto a la reducción de los nacimientos o usuarias de PF, a otro basado en el ejercicio de los derechos SR. No se trataba tan sólo de saber cuántas mujeres tenían implantado el dispositivo intra uterino (DIU) sino cuántas de ellas habían cumplido sus expectativas reproductivas y los medios por los cuales eso fue posible.

Aunque ha contribuido a delimitar lo que significa las NI, este aporte de la CIPD deja algunos interrogantes que han sido citados por Camarena y Lerner (s/f:5): “*¿a qué tipos de necesidades nos referimos? y ¿necesidades de quién o según qué?, ¿necesidad para qué o en qué componente de la SR?, ¿con qué objetivos?, ¿bajo qué supuestos?, ¿quién define los principales componentes a considerar y cómo se definen?*”; otras de las preguntas que igualmente surgen son: en caso de ser reconocidas estas necesidades por parte de la población y los proveedores de servicios ¿cómo compatibilizar los enfoques?, ¿cómo solucionar las NI?, ¿cuál sería el papel de las políticas públicas?. Como ya se verá, tanto la consideración de las NI y la manera como han sido tratadas ha variado según las perspectivas (sociales, económicas, institucionales, etc.). A partir de una robusta revisión de la bibliografía Camarena y Lerner, dejan en claro algunas reflexiones que surgen a partir del concepto de NI desde las diferentes ópticas, dejando ver que entre una postura y otra las visiones se parcializan y algunas veces son contradictorias, éstas se describen a continuación.

II.2.1 Enfoque poblacionista: La mirada pública

Según las autoras, este enfoque tuvo tres importantes y notorias características: a) Este enfoque fue el resultado del debate internacional y nacional que resaltaba los altos niveles y tasas de fecundidad en donde se consideró la población el gran obstáculo para el desarrollo económico y social de los países. Aunque en teoría las políticas de población cubrían los tres elementos básicos de la demografía (fecundidad, mortalidad y fecundidad), en la práctica las metas se establecieron exclusivamente a reducir la fecundidad, b) en un principio, la

fecundidad estaba al margen de la intervención pública puesto que era considerado un asunto privado que competía a la familia, no obstante, con el establecimiento de las políticas poblacionales y la creación de los programas de PF y otras actividades como la información, educación fueron vinculando paulatinamente al sector público ya que fueron otorgadas funciones a diversas instituciones del estado y otras privadas, c) los programas de PF fueron focalizados a mujeres de paridad alta (3 o más hijos) y en edades reproductivas avanzadas (entre 35 y más), especialmente provenientes de los sectores más pobres y marginados del país.

Con estos precedentes, las NIA fueron delimitadas para “[...] *las mujeres que declaran no estar practicando la anticoncepción y que al mismo tiempo expresan su deseo de terminar o espaciar su descendencia, las cuales son identificadas como aquellas que corren el riesgo de embarazarse sin desearlo*” (Camarena y Lerner, s/f:8). Concepto que no es declarado por las mujeres sino que es atribuido a ellas por parte de los investigadores y los responsables de los programas de PF, “[...] *quienes lo infieren a partir de la aparente inconsistencia entre las prácticas anticonceptivas y las preferencias den el tamaño de la familia expresadas por aquéllas*” (Dixon-Mueller y Germain 1992:s/p; citado por Camarena y Lerner, s/f:8).

Un punto que llama la atención frente a esta apreciación es que las NI en SSR han sido fuertemente sesgadas al creer que únicamente éstas se refieren a la imposibilidad de las mujeres al acceso de métodos anticonceptivos, por lo tanto, la medición de su satisfacción o no está dada en la comparación que se hace entre la oferta y demanda de métodos. Hablar de necesidades insatisfechas en PF, en cambio, aunque poco utilizado, cubre la decisión libre e informada de las parejas para limitar el número de hijos y para adoptar la utilización de métodos anticonceptivos, incluyendo el derecho a practicar libremente la PF (Camarena y Lerner, s/f:9).

Las NIA connotan para algunos (i.e. gobiernos e instituciones públicas) el hecho de no tener un conocimiento y acceso universal a métodos anticonceptivos, además de la actitud desfavorable de los mismos, lo cual no coincide plenamente con las necesidades e intereses sociales, pues además de todo esto los servicios de salud no han respondido a las preferencias

individuales, no sólo con el tipo de métodos ofrecidos sino también con la calidad de los servicios (Camarena y Lerner, s/f:11).

II.2.2 Enfoque desde el ámbito privado

Sin desconocer los logros obtenidos en los programas de PF (rápida disminución en la fecundidad y la reducción de las tasas de mortalidad infantil) resulta importante registrar que los discursos en torno al debate sobre la población y su impacto en el desarrollo no justificó de ninguna manera efectos perversos (previsibles o no) que trajo consigo la política de población centrada en la fecundidad.

Al respecto Camarena y Lerner (s/f:12-13) consideran como cuestiones críticas lo siguiente: a) la visión parcializada de los servicios de salud hacia la atención del embarazo y el parto y en menor proporción hacia la atención materno infantil, lo cual conllevó a que en ciertos casos los proveedores se aprovecharan de esta consulta médica para aplicar métodos modernos de anticoncepción, particularmente irreversibles, con el objeto de controlar y reducir los niveles de fecundidad, b) exclusión de los programas y servicios de salud de un segmento de mujeres tales como adolescentes, madres solteras, mujeres estériles, mujeres en etapa menopáusica y varones en todas las edades reproductivas, c) en cuanto a los servicios de salud se señalan al menos tres aspectos. El primero es la disponibilidad insuficiente de métodos reversibles ofrecidos a las mujeres y la propagación de métodos como la OTB; segundo, la aplicación de métodos irreversibles dejó ver la negligencia de los servidores de salud quienes aprovechaban intervenciones como la cesárea para hacer las intervenciones en momentos críticos (posparto) para la mujer o en el peor de los casos sin su consentimiento, por último, los servicios de anticoncepción pusieron en clara desventaja a las mujeres por ser consideradas las receptoras silenciosas de las decisiones en PF, sin existir de por medio una mínima interacción entre ellos y d) hay una marcada ausencia del enfoque de género y violación de los derechos SSR, así como el hecho de que no se diferencian las necesidades tanto de hombres como de mujeres.

II.2.3 Conferencia del Cairo: Aportes al nuevo enfoque

Como en casi todos los aspectos que se están contemplando sobre la SSR todavía hay que trabajar sobre el desarrollo conceptual y metodológico de sus componentes para lograr operacionalizar las variables que miden las NI como otros temas. En este esfuerzo, la CIPD con sus definiciones sobre SR y NIA ofrece una alternativa viable para entender el fenómeno; la propuesta introducida en sus declaraciones conlleva a considerar a la mujer – y al hombre– como un actor proactivo que incide sobre su cuerpo, las decisiones que toma sobre él y la manera en que lo hace, esto significa también que se quebranten los obstáculos para distintos grupos vulnerables, sin olvidar por supuesto que los servicios de salud y PF deben responder a las particularidades de cada grupo poblacional, suministrando servicios de calidad, esto es un trato respetuoso hacia los usuarios, disponibilidad de métodos a petición del cliente, suministro de información eficaz y oportuna, igualdad en el trato, etc.

Las NIA refleja entonces el aumento de la demanda, las limitaciones en la prestación de los servicios, la falta de apoyo de por parte de comunidades y cónyuges la información errónea, los costos financieros y las restricciones en el transporte. “*La insuficiencia de programas de educación pública, la falta de cobertura de los servicios de salud, factores sociales, el acceso y uso de métodos, además de los costos de anticoncepción, son algunos de los elementos que inciden en la prevalencia de NIA*” (Aparicio, 2007:133).

II.3 Barreras de acceso a la planificación familiar: La multidireccionalidad

La descripción de las NIA fue paso adelante en la demarcación de los tópicos que se consideran relevantes para esta investigación, por eso sería imposible deslindarla de los factores de los cuales se desprenden, o sea, de las barreras que obstaculizan la provisión de los servicios de PF. Como ya se dijo, los *satisfactores* son los medios a través de los cuales se dan soluciones a las NIA, pero dada la complejidad de los procesos de la atención proveedor-cliente, muchas veces, aparecen los *insatisfactores* o lo que en términos de Max-Neff son

denominados “*pseudosatisfactores*” que no son más que “[...] *inhibidores, que ofrecen una falsa satisfacción de los deseos*” (Max-Neff, 1994:4).

Al retomar nuevamente las consideraciones de Donabedian, éste indica que en los servicios de salud existen limitaciones y obstáculos que son bipolares, en un lado se encuentran los que él denomina los *consumidores* y por el otro están los *profesionistas médicos*. “*Los primeros ven restringido su acceso a los servicios de salud por factores que incluyen: el desconocimiento, las consecuencias diferidas de las opciones actuales y el carácter no gratificante de la mayoría de los servicios de atención médica. Para los segundos, las características del mercado de la atención médica y de la producción de los servicios dificultan el que unas y otros respondan a las preferencias del consumidor y a las necesidades sociales definidas en términos más amplios*” (Donabedian, 1988:42). En principio se cree que la profesión médica ejerce un grado considerable de control sobre la contratación y el entrenamiento del personal. Quizá ese control sea necesario para mantener la calidad del producto, pero también ha dado lugar a diversas carencias. Así mismo hay limitaciones fomentadas por los propios profesionistas a otros modos alternativos, y probablemente más eficaces, de organizar los servicios médicos. En esta apreciación de Donabedian se debe resaltar que en su enfoque, los proveedores se refieren únicamente a los médicos, al igual que sólo reconoce las barreras existentes para los usuarios reales y no incluye aquellos que no logran acceder a los servicios.

Los avances de Donabedian fueron importantes para establecer algunas de las barreras en los servicios de salud, sin embargo no son suficientes para entender el complejo marco en el que se desenvuelven los procesos de atención entre los proveedores y la población en SSR, específicamente en PF. Así como en la CIPD se definió el concepto de NIA, en este mismo encuentro también se logró avanzar en los aspectos que provocaban las barreras a dichos métodos. Algunos de los obstáculos identificados fueron: falta de servicios accesibles y escasez de equipo, productos y personal; falta de opciones entre distintos métodos, apropiados a la situación de la mujer y su familia; falta de conocimiento acerca de la seguridad, la eficacia y la disponibilidad de opciones; deficiente interacción entre pacientes y proveedores de servicios; falta de apoyo por parte de la comunidad o del cónyuge; informaciones erróneas y rumores; efectos secundarios de algunos métodos y seguimiento insuficiente para promover un

cambio de método o asegurar que la utilización y la dosis sean correctas; limitaciones financieras (UNFPA, 1994).

Algunas de estas barreras ya habían sido planteadas en 1993 por la Family Health International –FHI- en el *Taller Regional Latinoamericano: Reducción de Barreras Médicas en Anticoncepción* que se llevó a cabo en Ciudad de Panamá-Panamá, cuyo eje de discusión fue el mejoramiento de las prácticas de los proveedores en la anticoncepción y donde se estableció como barrera médica: “*Las prácticas derivadas por lo menos en parte de una razón médica, que tienen como resultado la negación o un impedimento científicamente injustificado para la anticoncepción. Tales barreras pueden limitar el acceso a los servicios de calidad en varias formas, por ejemplo, reduciendo las opciones anticonceptivas y los tipos de proveedores disponibles o imponiendo criterios o procedimientos médicos de selección innecesarios*” (FHI, 1993:14).

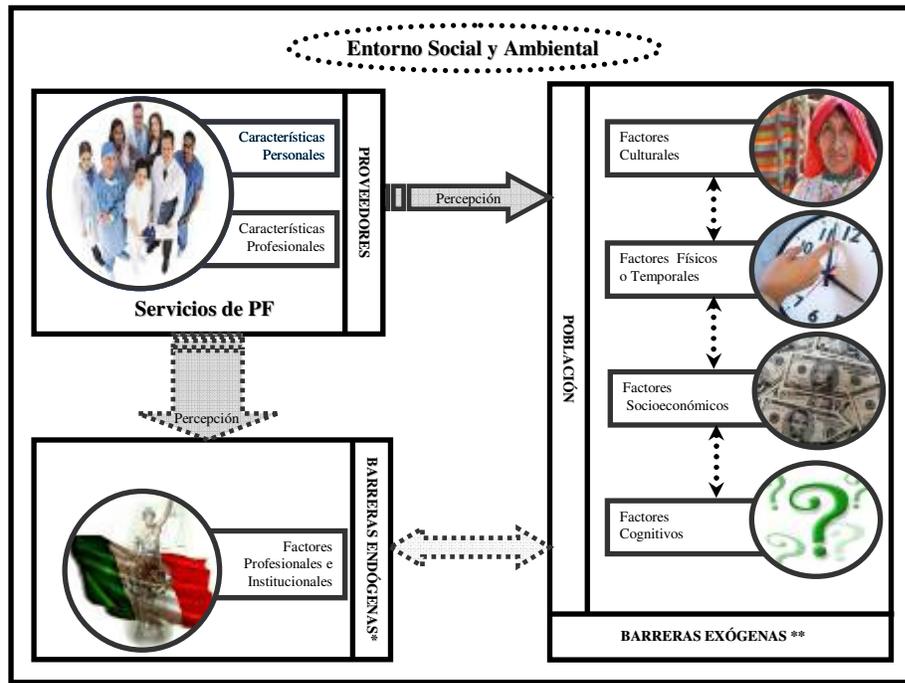
Entre muchas otras contribuciones dadas en esta reunión, fue relevante la incorporación de otros actores alternos a los médicos como proveedores de servicios de PF, entre ellos están las enfermeras, farmacéuticos, trabajadoras sociales, etc. La limitante de este enfoque –para este estudio en particular- es que vincula las barreras únicamente con los proveedores de servicios de salud, dejando de lado las barreras generadas por la población a la cual atienden; como ya se ha mencionado, estas últimas fueron identificadas por el UNFPA y han sido ampliamente difundidas y estudiadas por otros autores⁹ quienes han ahondado en sus factores y la interacción con los servicios de salud; ya que dichos elementos, vistos de manera independiente, muestran una idea arbitraria o parcializada sobre las barreras en cuestión, se hace necesario construir el escenario a través del cual se explicarán las dimensiones en las que se da la prestación de servicios, esto permitirá desentrañar las percepciones que tienen los proveedores sobre las condiciones que los rodean y la forma como se materializan los obstáculos para que la población no acuda o atienda los asuntos relativos a su sexualidad.

⁹ Por ejemplo Shelton *et al.* (1992:1334), además de identificar las barreras médicas, proponen evaluar las maneras de reducir las restricciones innecesarias y entender las percepciones del cliente en cuanto al método y servicios de PF.

Para la operacionalización de las barreras, se introducirán dos escenarios en donde éstas germinan, cuyos responsables equivalen a los actores que intervienen en la prestación del servicio: población y proveedores. Los primeros se identifican como sujetos que se desenvuelven en sus propios contextos e imaginarios, que de manera individual y social crean y recrean sus propias experiencias de vida y que cuentan con autonomía para la toma de sus decisiones. La tipología de éstos es ajena al sistema de salud, incluso de los mismos agentes que fungen como proveedores de servicios. Establecida esta condición, las barreras provenientes de la población tendrán un carácter *exógeno*, por lo tanto, el control de sus dinámicas extralimita las funciones de los expertos en SSR. Paralelamente, los prestadores de servicios de salud, presentan sus tonalidades, por su parte, carecen de autonomía total para llevar a cabo su labor, pues dependen del gobierno o cualquier otro ente que marcan su quehacer, incluso aunque pertenezcan al sector privado; también se observa que al provenir el profesional de la misma sociedad, éste lleva a cuenta sus apreciaciones de la vida, la familia, la sexualidad, etc., imposibilitando así la imparcialidad a la hora de ofrecer los servicios. Los factores que provocan las barreras de este lado son de origen *endógeno*, se producen en el seno del prestador, ya sea por el propio sistema de salud o por su predisposición personal y/o profesional frente a distintos sucesos de la SSR.

La figura 2.2 muestra sintéticamente cómo serán consideradas las barreras en anticoncepción en términos de su composición y correlación, a fin de demarcar los subsistemas que la conforman y que serán desagregados posteriormente en variables de análisis.

Figura 2. 2 Esquema de interacción de las barreras en PF



Fuente: * FHI, 1993. ** Elaboración propia.

Planteadas estas esquematizaciones se procede a definir subcategorías dentro los rubros antes mencionados, los cuales quedaron de la siguiente manera:

Tabla 2. 1 Categorización de las barreras en planificación familiar

1. Barreras Endógenas (Proveedores de servicios de salud)*
<p><u>Factores Profesionales o Institucionales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prejuicios de los proveedores al recomendar o presentar varios métodos anticonceptivos a los clientes. ▪ Capacitación insuficiente o no actualizada de los proveedores de servicios en cuanto a la anticoncepción y el asesoramiento en temas de PF. ▪ Tratamiento inapropiado de los efectos secundarios. ▪ Falta de motivación por parte de los proveedores de los servicios de salud hacia la labor (por el tipo de contratación y/o condiciones internas de trabajo). ▪ Costos de los servicios de salud. ▪ Regulaciones gubernamentales, que pueden restringir o impedir la elaboración, aprobación o la promoción de ciertos anticonceptivos. ▪ Prestación de servicios de PF sólo por parte del personal médico. ▪ Disponibilidad limitada de los anticonceptivos y /o logística inadecuada para su distribución. ▪ Normas administrativas que son excesivas, restrictivas e inconsecuentes con las políticas de salud. ▪ Legislación que inhibe el uso y aceptación de anticonceptivos ▪ Requisitos excesivos por parte de las instituciones para la atención de los usuarios. ▪ Falta de apoyo político a los programas de SSR y PF. ▪ Influencias religiosas en las decisiones políticas y los aspectos técnicos en anticoncepción.
2. Barreras Exógenas (Población) **
<p><u>Factores Culturales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Creencias religiosas de la población que coarta la libre decisión sobre los métodos anticonceptivos. ▪ Pertenencia a grupos étnicos específicos. ▪ Preferencias sexuales. ▪ Oposición de la pareja. ▪ La no declaración de necesidades en PF. ▪ Tabúes con el uso de métodos.
<p><u>Factores Socioeconómicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad, sexo y estado civil. ▪ Paridad (número de hijos nacidos vivos). ▪ Escasos recursos económicos para acudir a los servicios de salud. ▪ Requerimientos burocráticos para la atención por parte de los proveedores (i.e. derechohabencia).
<p><u>Factores Físicos o Temporales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad limitada de tiempo para acudir a los servicios. ▪ Imposibilidad de dejar a los hijos o familiares al cuidado de otra persona. ▪ Se dejan de hacer otras actividades por acudir a los servicios de salud. ▪ No se dispone de permiso en el trabajo. ▪ Inflexibilidad en el horario de trabajo. ▪ No puede dejar la escuela. ▪ El servicio de salud está retirado. ▪ Falta de métodos anticonceptivos en el lugar donde hacen la consulta. ▪ Limitación para la elección de métodos. ▪ Los usuarios sienten que pierden el tiempo en el servicio.
<p><u>Factores Cognitivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por pena a consultar por PF. ▪ Miedo al procedimiento (efectos colaterales). ▪ No consideran necesario hacer consultas de PF. ▪ Temor o vergüenza a que pregunten la razón de consulta. ▪ No consideran adecuado el tipo de atención y servicios ofrecidos. ▪ No confían en la institución y/o el personal de salud.

Fuente: * FHI, 1993. ** Elaboración propia.

II.4 Desigualdad social, marginalidad y pobreza: Contradicciones en el contexto de la planificación familiar

Como se ha reiterado a lo largo del documento, la SSR se relaciona de manera directa e indirecta con diferentes ejes temáticos. En este apartado se intenta mostrar de manera breve, los vínculos existentes entre la PF y las condiciones de desigualdad social, marginalidad y pobreza. Debido a la “*complejidad y multidimensionalidad*” (Salles y Tuirán, 1993:44) de éstos fenómenos, sería imposible tratar detalladamente cada punto, por lo tanto, en el documento sólo se limitará a señalar las conexiones entre las diferentes variables.

II.4.1 Desigualdad social: Las brechas de la diferencia

Entender las desigualdades implica, en primera instancia, reconocer que éstas han penetrado casi todos los niveles y espacios de la sociedad, del cual los servicios en PF no son la excepción. La equidad se expresa bajo un enfoque de justicia social que además de legitimar los derechos y libertades del individuo, intenta frenar los abusos que pueden derivarse de las jerarquías de género, raza/etnia, edad (Salles y Tuirán, 1993:44; UNFPA 2005:13), que de manera expansiva trasciende “[...] *intergeneracionalmente en el ámbito familiar*” (Salles y Tuirán, 1993:44) y que por lo general impacta directamente a los grupos más vulnerables: “[...] *pobres, minorías étnicas o religiosas, mujeres, residentes rurales, adolescentes y jóvenes, homosexuales y adultos mayores*” (UNFPA, 2005:13).

Así mismo, hay que entender que las asimetrías sociales restringen las oportunidades de las personas y los grupos para integrarse plenamente a otros espacios de interacción con actores, grupos, instituciones con los que podrían superar sus tropiezos, todo por el “[...] *estigma de las distinciones sociales*” (Salles y Tuirán, 1993:46).

En el plano de la SSR, las disparidades en cuanto acceso, calidad y cobertura son notorias si se hacen comparaciones entre localidades, regiones y grupos sociales, evidenciando que las políticas públicas y la organización del sistema, tienen impactos diferenciales que rezagan aún más a los ya rezagados. Recuperando el derecho de igualdad de todos los seres humanos, los

servicios en PF deberán situarse inequívocamente en la línea de la universalidad, claro está, que en esa misma tónica se tendrán que valorar las diferencias inherentes a cada territorio.

Para dar una idea general sobre las desigualdades, invocaremos la clasificación elaborada por el UNFPA y que se ilustra a continuación en cuatro grandes categorías. La primera de ellas tiene que ver con las condiciones socioeconómicas de la población, el UNFPA demuestra como existe una marcada relación entre personas pertenecientes a estratos económicos bajos y su perfil de morbi-mortalidad; el argumento es que dichos individuos tienen más probabilidades de enfermar y/o morir por problemas derivados de cáncer de cerviz, cáncer cervicouterino, además de que tienen “[...] un limitado acceso a la atención ginecológica de calidad y a la educación para la prevención de enfermedades” (UNFPA, 2005:14). El siguiente componente es la desigualdad de género, el cual, debido a la importancia que reviste para este estudio, será tratado más adelante de manera detallada. El tercer aspecto que incluyen es la desigualdad de raza/etnia, que junto con el género, son determinantes que catapultan las inequidades, especialmente entre los indígenas y afro-descendientes. Las posibilidades de integración e intercambio con la sociedad para este tipo de comunidades disminuyen casi a su mínima expresión debido a la estigmatización que se les ha otorgado. Finalmente reconocen la desigualdad intergeneracional, subrayando “[...] la tensión entre las necesidades y los derechos de distintos grupos etáneos como los adolescentes y adultos mayores que, en el campo de la SSR son desplazados por los grupos de mujeres adultas en edad fértil” (UNFPA, 2005:18).

Con este abordaje en mente, se dan las pautas para continuar definiendo el siguiente tema relacionado: la pobreza y la marginalidad; pues como lo dice Sen (citado por Quesada, 2001:2) “[...] la desigualdad es un problema con múltiples facetas, como la pobreza”

II.4.2 Juntos y revueltos: Pobreza y marginalidad

Empíricamente, el manejo de la pobreza y la marginalidad es operacionalizada separadamente: la una hace alusión puramente a los ingresos monetarios y la segunda se relaciona con la

exclusión de cierto segmento de la población a la provisión y acceso de servicios, así como también indica la imposibilidad de participación, empoderamiento y toma de decisiones. Este divorcio práctico-metodológico ha sido distinguido por algunos autores como Ruggeri (2000:3-4) quien explica que esta visión reduccionista, meramente enonomicista, surgió a raíz de la preocupación sobre la estimación de la pobreza y los mecanismos a seguir para su mitigación, no obstante, se dejó de lado el cuestionamiento sobre la naturaleza misma que reviste la pobreza en representaciones más amplias, que se mimetizan en la marginalidad.

Queda comprobado que muchos organismos internacionales se dedicaron entonces a trabajar la pobreza y enfocar las políticas basándose en el esquema monetario, “[...] organizaciones [...] como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), pusieron a la pobreza en el foco de las discusiones, pero a través de de una definición restringida sólo a condiciones económicas y, en muchos casos, a una perspectiva rígida” (UNFPA, 2005:7). Fue así como el BM estableció el modelo de cálculo de la pobreza bajo el indicador de la línea de pobreza¹⁰ y del cual muchos estudios se han apoyado para exponer los resultados sobre el problema visto de manera estructural.

Esta mirada inflexible de la pobreza, llevó a Sen a afirmar que *“No se puede trazar una línea de pobreza y aplicarla a rajatabla a todo el mundo por igual, sin tener en cuenta las características y circunstancias personales”*. (Sen, s/f; citado por Quesada, 2001:2). Ser pobre para él no implica estar por debajo de los niveles de ingresos establecidos (i.e. en la línea de pobreza), más bien, es no tener un nivel de ingresos suficientes para desarrollar algunas funciones básicas para la sobrevivencia. Existen factores geográficos, biológicos y sociales que multiplican o disminuyen el impacto sobre los ingresos de cada persona y que de *facto* generan ausencias “[...]como educación, acceso a la tierra, salud y longevidad, justicia, apoyo familiar y comunitario, créditos y otros recursos productivos, voz en las instituciones y acceso a las oportunidades” (Sen, s/f; citado por Quesada, 2001:2).

¹⁰ El valor establecido para determinar la pobreza extrema es de 1 dólar al día. La línea corresponde al valor de una canasta básica de alimentos en los países más pobres de Asia y fue adoptada en el informe sobre pobreza que publicó el Banco Mundial en 1990. Para facilitar las comparaciones internacionales, el valor de esta canasta de alimentos es ajustado por el poder de paridad de compra que tiene un dólar en cada país (PPP). Hoy día la línea de pobreza de 1 dólar diario a PPP, que en realidad corresponde a 1.08 dólares. Para ampliar información a cerca del modelo véase www.bancomundial.org/

Los adelantos de Sen representan una ayuda insustituible para esta tesis, ya que a partir de su marco de las *capacidades* se puede explicar como los *satisfactores* son imprescindibles para poder resolver las necesidades de cada individuo, acorde con sus características. Pese a ello, los *satisfactores* no actúan idénticamente para todos, puesto que las condiciones propias de la persona “[...] *son particulares de cada contexto cultural e individual*” (Hakkert, 2003; citado por UNFPA, 2005:7).

Rescatando algunas posturas descritas hasta aquí, se puede afirmar que la pobreza ofrece una fotografía del nivel de ingresos monetarios de la población, mientras que la marginación remite a la exclusión de grupos y sujetos al disfrute de procesos que viabilizan el desarrollo;¹¹ éste último aspecto, es mucho más complejo de entender puesto que “[...] *moldea la precaria estructura de oportunidades sociales para los ciudadanos, sus familias y comunidades y exponen a privaciones, riesgos y vulnerabilidades que escapan al control de los afectados*” (Conapo, 2001:11). Este dúo de condiciones puede actuar por una o ambas vías, pero no son precisamente excluyentes; “[...] *una disminución de la pobreza monetaria, no necesariamente se traduce en mayores niveles de satisfacción de las necesidades humanas básicas, como tampoco un nivel suficiente de desarrollo humano garantiza la eliminación de la pobreza de ingresos*” (UNFPA, 2005:7). Las *capacidades* a las que se refiere Sen involucran la libre capacidad del individuo para resolver sus propias necesidades en función de lo que se considera altamente valorado. Al menos, en teoría, cuando una persona tiene mayores capacidades (menores privaciones) tendrá las herramientas para resolver de alguna forma sus conflictos financieros; por el contrario, aunque un individuo goce de riquezas no siempre podrá disfrutar de ellas si no cuenta con las condiciones mínimas para su disfrute (i.e. la salud).

La pobreza y la marginalidad tienen consecuencias graves para la salud, primero porque como ya se vio, existen límites de los recursos económicos y en el uso de las *capacidades* y

¹¹ Autores como Adams (s/f; citado por Lomnitz, 1976:22) por ejemplo, distingue entre un concepto estructural llamado marginalidad y uno cuantitativo conocido como pobreza, los cuales difieren enormemente en estructura y dimensión.

libertades del individuo para superar la exclusión; segundo, porque estas poblaciones se encuentran en una situación desfavorable que se desprende de la rápida urbanización de zonas que no cuentan con los servicios básicos mínimos como agua potable y drenajes, aseo urbano, vulnerando por ende, la posibilidad de cobertura de servicios generales y de SSR. Existen mayores riesgos para que los pobres “[...] padezcan daños a la salud debido a los peligros que los rodean” (Salles y Tuirán, 2003:53). Reyes, et al. (2003:3), por su parte, agrega además que “con frecuencia la naturaleza de las personas que habitan sitios urbano-marginales es migrante, recientemente establecida, sin redes familiares de apoyo y con un bajo nivel de ingreso. Estas características las exponen a riesgos específicos a su salud que en muchas ocasiones no son identificados y atendidos, a pesar de la existencia de programas efectivos”.

Entre tanto, los sujetos que habitan asentamientos urbanos con cinturones marginales y de pobreza extrema se alejan y son alejados de los servicios de salud. La infraestructura que los rodea es escasa: red de transporte, centros deportivos, parques, áreas verdes, escuelas, centros comunitarios, edificios de seguridad pública y servicios de salud. Esto se agrava cada día más, debido a que las actuales colonizaciones de tierras marcan considerables distancias con aquellos puntos de la ciudad que cuentan con los servicios indispensables. Junto a todo lo ello, la poca cooperación de algunos gobiernos locales y empresas de servicios públicos y privados refuerzan el aislamiento de dichas personas por lo que “[...] el suministro de insumos, recursos y servicios, tardan en llegar o su abasto es muy precario” (Reyes, et al., 2003:71).

Dentro del grupo de los pobres y marginales hay todavía individuos que son incluso mucho más pobres y marginales que los anteriores, la intersección con otras casualidades potencian las desigualdades que se pueden experimentar. Algunos estudiosos que se centran en esclarecer los lazos entre SSR y pobreza (i.e., Salles y Tuirán, 2003:54; UNPA, 2007:22; Echarri, 2008b:81) han encontrado que las mujeres y las jóvenes están expuestas a más altos riesgos de exclusión social en salud¹² y por lo tanto tienen menos probabilidades de obtener servicios de calidad, atención e información oportuna, “[...] la pobreza y la marginalidad,

¹² Este término, aunque no es un concepto totalmente desarrollado fue definido por la Organización Panamericana de la Salud – OPS (2003; citado por Laurell, 2004:67) como “la falta de acceso de ciertos grupos de personas a diversos bienes servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de la salud y que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan”.

suelen ir acompañados de una mortalidad relativamente temprana y una morbilidad elevada, altas tasas de fecundidad, una edad temprana al momento de contraer matrimonio y de tener el primer hijo, así como de la débil difusión de las prácticas de limitación y esparcimiento de los nacimientos” (Tuirán, 1998:21).

II.5 Convergencias: Género, servicios de salud y planificación familiar

Posponer la exposición sobre la intervención del género en los procesos de salud y PF fue intencional y no precisamente por ser menos importante que otros aspectos ya tratados, al contrario, sería imposible concebir ahora un estudio que deje de lado las comparaciones de los diversos fenómenos naturales y sociales y su impacto diferencial por sexo. Como se ha podido observar a través del tiempo, las transiciones epidemiológicas, es decir de morbi-mortalidad, impactan distintamente a varones y mujeres, por tanto, la sexualidad y la anticoncepción igualmente han tenido transformaciones específicas para cada grupo. Por tanto, la salud de hombres y mujeres son diferentes porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de manera distinta en la salud y en los riesgos de enfermedad. Son desiguales porque hay otros factores, que en parte, son explicados por el género que influyen de manera injusta en la salud de las personas (Rohlf, *et al.*, 2000:64).

“En las ciencias sociales se ha definido “género” como el sistema prevaleciente de roles sociales, expectativas y estatus del hombre y la mujer en determinada sociedad o cultura” (Lamas, 1995:s/p; citado por Rico, *et al.*:2003:3). Pero independiente de quien o en que palabras lo diga, lo cierto es que hay un consenso general en entender que es una “[...] construcción sociocultural basada en la interpretación que cada sociedad hace sobre el sexo biológico” (De Keijzer, 2003:1). Las construcciones alrededor del cuerpo son dadas en cada contexto particular y operan variablemente en cada momento de la historia. *“Aunque el género nace como una herramienta para entender y denunciar la condición de las mujeres, el potencial explicativo de esta perspectiva, desde los años 80 y sobre todo en los 90, empieza a servir también para entender la condición masculina”* (Kimmel, 1992:s/p; citado por De Keijzer, 2003:1).

La estructura biológica no es lo única característica disímil, pues la sociedad ha imputado roles que están encasillados exclusivamente a “[...] *lo que corresponde a hombres y lo que le toca a las mujeres*” (De Keijzer, 2003:1). Las asignaciones de conductas legitimadas por la comunidad han sido replicadas en el discurso socio-político, así lo demuestra, por ejemplo, el propio surgimiento de género como punto de comparación entre lo femenino y lo masculino, imputando sobre ellas la responsabilidad única de las prácticas sexuales y reproductivas (Fernández, 1999:65). Incluso, cuando las mujeres deciden realizar su vida, no en función de la maternidad, son víctimas del rechazo social, pues ello implica transitar en la vía contraria a las normas de la naturaleza (Figueroa, 2001:150), es renunciar al uso del cuerpo para lo que por ley fue diseñado.

El estigma femenino que impone como válido el estereotipo de virginidad y sumisión contrasta abruptamente con los rasgos machistas y autoritarios que se son aprobados para los varones. En este mismo sentido, las mujeres son las encargadas del hogar, los hijos y la familia en general, mientras que el hombre asume el control económico y autoritario (De Keijzer, 2003:2). Este poder autoproclamado los faculta para tomar unilateralmente las decisiones concernientes a las actividades desarrolladas dentro y fuera de la vivienda, por todos y cada uno de los miembros: cónyuge, hijos, nietos y familiares a su cargo. De Keijzer (2003:3) habla también de la importancia de distinguir las inequidades intergenéricas de las intragenéricas, éstas últimas son las que se desarrollan entre las propias mujeres y las que ocurren entre hombres.

La confluencia de todas estas variables actúa como bola de nieve que envuelve a las mujeres y limitan su acceso a los servicios de SSR, contenida la PF. En estas relaciones de poder, donde prima la imposición masculina, es peculiar observar que son ellos quienes inciden en mayor grado sobre el empleo o no de la PF (The Population Council, 2001:1), por ende, las mujeres se ven obligadas al uso subrepticio de métodos anticonceptivos, exponiéndose al rechazo general, al ir en contra de los deseos de la pareja. No obstante, el temor de las mujeres de contraer ITS a causa de la promiscuidad varonil no es suficiente para ejercer presión para la

utilización de barreras como el condón, incluso, algunas permanecen pasivas y prefieren ignorar el tema.

La situación tiende a empeorarse cuando los hombres, jefes de hogar, controlan en total los recursos financieros y cuando las mujeres dependen de la disponibilidad o concesión de dicho dinero para poder asistir al servicio de salud, aunque en ciertos momentos las restricciones se originen debido a que éstos (hombres) “[...] ignoran acerca de la SR de las mujeres y los conduce a conceptos erróneos y a una toma desinformada de decisiones” (The Population Council, 2001:3). La mínima noción que tienen los varones acerca del cuidado de su propia sexualidad, los lleva directamente a subvalorar la de sus compañeras; en el mejor de los casos, se ocupan del embarazo, parto y puerperio, ya que son atenciones que urgen de la atención médica.

En el juego del poder y la jerarquía, comúnmente el hombre es el “ganador”. La violencia ha sido un medio del cual disponen los varones para imponer sus posturas y para “corregir” a cónyuges e hijos, con la complicidad social, que justifica en silencio este accionar (De Keijzer, 2003:4; Cacique, 2006:50). Las consecuencias de tan nefasta actitud se traducen en “[...] el bienestar físico y mental, incluyendo depresión, ansiedad, problemas ginecológicos, complicaciones del embarazo y en algunos casos, pérdida del feto [...]” (The Population Council, 2001:3).

La participación del hombre en la PF también es excluida por el común de la gente y por ellos mismos. Primero porque en su significado corporal ha sido asumido el sexo fuerte e invulnerable, segundo, porque aunque declaran la necesidad de atención, se enfrentan al señalamiento por parte de sus pares o de otros integrantes de la familia (UNFPA, 2005:15). Paralelamente, para el hombre, el ejercicio sexual principalmente apunta hacia el placer de sus instintos, mientras que para las mujeres implica además de lo anterior, todo el proceso de la reproducción (Rojas, 2002:193). Visto de otra manera, tal como lo sintetiza Palma (1994:3) “La PF debe integrarse a los propósitos de mejorar la posición de la mujer en la sociedad y logra una mayor equidad con el varón” y esto debería darse tanto en el ámbito físico como en el plano de los desempeños culturales.

Indudablemente que todo lo anterior tiene su impacto en los servicios de salud, por ello, los proveedores de servicios tienen el compromiso de trabajar fuertemente para “[...] *no reforzar de manera inconsciente los estereotipos que apunten a lo contrario [...]*” (De Keijzer, 2003:7). Esto quiere decir que deben procurar que tanto hombres como mujeres accedan igualitariamente a la asistencia de salud, de acuerdo con sus necesidades singulares; muy importante es ofrecer un portafolio de servicios médicos que resulte atractivo para ellos y, por supuesto, sin restricciones de ningún tipo que estén derivadas del género. Con esto puesto sobre la mesa, involucrar a ambos sexos facilitará la expansión de opciones anticonceptivas, la continuidad en su uso, la prevención de ITS/VIH, la responsabilidad compartida sobre la sexualidad y la reproducción (PATH y UNFPA, 2006:48).

Capítulo III

III. SOCIODEMOGRAFÍA, POLÍTICAS EN SALUD Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

En este capítulo se describirán algunos de los componentes más importantes de la dinámica demográfica para México, partiendo del XII Censo General de Población y Vivienda del 2000 y el II Conteo de Población y Vivienda del 2005. Algunos puntos que serán vistos son: tamaño, estructura, fecundidad, migración, derechohabiencia, educación, hablantes de lenguas indígenas, hogares y viviendas. El área geográfica que analizaremos es el D.F. y se realizaron cruces de variables de acuerdo con las delegaciones, sexo, grupos quinquenales y edades desplegadas, según el caso necesario.

Dado este primer paso, se reconstruirá el andamiaje que estructuró México para afrontar los problemas y consecuencias derivados de la fecundidad, no sin antes referir la transición político-discursiva que vivió el país ante la disyuntiva de apoyar el pronatalismo o evitar un crecimiento natural desproporcionado. Por último, en ese capítulo encontraremos además, como está organizado el sistema de salud mexicano, cómo está financiado, quienes son los beneficiarios, etc.

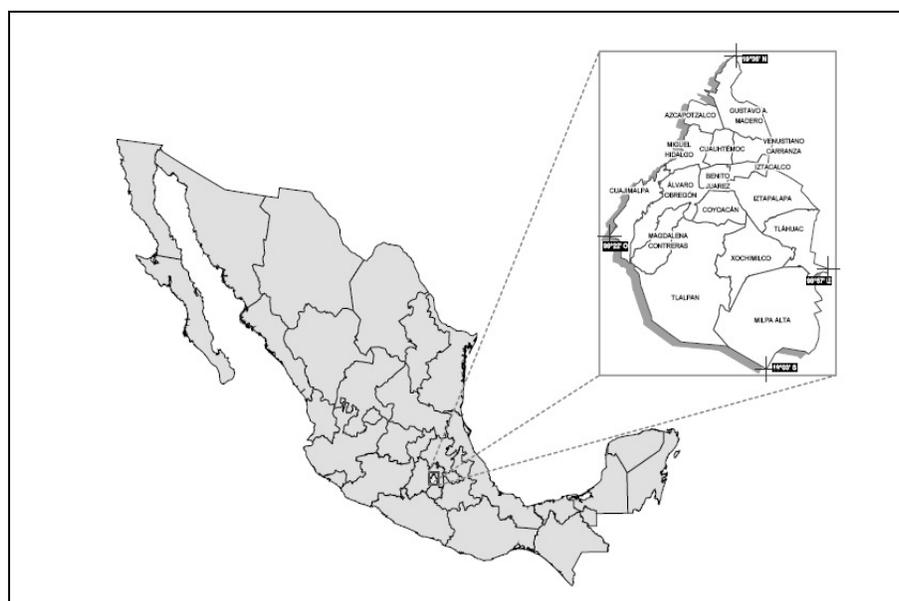
El objetivo que se persigue en este apartado es dar un panorama general sobre los aspectos ya mencionados y lograr que el lector tome en consideración esta información para comprender el entorno y la información que se desprenderá en los capítulos posteriores.

III.1 Características sociodemográficas del Distrito Federal

III.1.1 División socio-política del Distrito Federal

El D.F. es la capital mexicana que colinda al norte, este y oeste con el Estado de México y al sur con el Estado de Morelos. La superficie total representa 0.1% del país, con una extensión de 1489.86 km². Está dividido en 16 delegaciones (ver figura 3.1): Iztacalco, Azcapotzalco, Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza, Coyoacán, Benito Juárez, Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc, Iztapalapa, Álvaro Obregón, La Magdalena Contreras, Tlalpan, Xochimilco, Tláhuac, Cuajimalpa de Morelos y Milpa Alta.

Figura 3. 1 Localización del D.F. en el contexto de la República Mexicana



Fuente: Gobierno del Distrito Federal, 2007.

III.1.2 Tamaño, estructura y dinámica poblacional

Los datos arrojados por el II Censo de Población y Vivienda 2005, levantado por el INEGI en octubre del mismo año, indican que en el D.F. la población total ascendía a 8720916, de los

cuales 52.0% son mujeres. Con respecto a la cantidad de habitantes nacionales, el D.F. alberga 8.4% de población.

Dentro de esta área geográfica, casi 57.0% de la población está concentrada en cinco delegaciones: Iztapalapa (20.9%), Gustavo A. Madero (13.7%), Álvaro Obregón (8.1%), Coyoacán (7.2%) y Tlalpan (7.0%). En la tabla 3.1 se puede observar como está distribuida la población de acuerdo con la delegación en la que residen y las respectivas tasas de crecimiento para los periodos 1995-2000 y 2000-2005.

Tabla 3. 1 Población total por delegación y tasas de crecimiento para el periodo 1995-2000 y 2000-2005

Área Geográfica	Población			Tasas de Crecimiento	
	Total	Hombres	Mujeres	1995-2000	2000-2005
<i>Estados Unidos Mexicanos</i>	103269080	50249955	53019125	1.6	1.0
<i>Distrito Federal</i>	8720916	4171683	4549233	0.3	0.2
Álvaro Obregón	706567	336625	369942	0.4	0.5
Azcapotzalco	425298	201618	223680	-0.7	-0.6
Benito Juárez	355017	161553	193464	-0.6	-0.3
Coyoacán	628063	295802	332261	-0.5	-0.3
Cuajimalpa de Morelos	173625	82426	91199	2.4	2.5
Cuauhtémoc	521348	245697	275651	-1.1	0.2
Gustavo A. Madero	1193161	573847	619314	-0.4	-0.6
Iztacalco	395025	187859	207166	-0.4	-0.7
Iztapalapa	1820888	885049	935839	1.0	0.5
La Magdalena Contreras	228927	109649	119278	1.1	0.5
Miguel Hidalgo	353534	163271	190263	-0.8	0.0
Milpa Alta	115895	57013	58882	4.2	3.2
Tláhuac	344106	167271	176835	4.0	2.3
Tlalpan	607545	292141	315404	1.2	0.8
Venustiano Carranza	447459	212050	235409	-1.1	-0.6
Xochimilco	404458	199812	204646	2.5	1.6

Fuente: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.

De acuerdo con los datos del XII Censo de Población y Vivienda del año 2000, 48.4% de la población del D.F. pertenece a estratos socioeconómicos muy bajos y bajos, tal como se ve en la tabla 3.2. Seis delegaciones presentan porcentajes de marginación por encima del promedio capitalino, en orden descendente ellas son: Milpa Alta, Xochimilco, Tláhuac, Iztapalapa, Tlalpan y La Magdalena Contreras; por su parte, Cuajimalpa de Morelos iguala el porcentaje

con el D.F. y el resto de delegaciones tienen porcentajes menores, es decir, la mayor proporción de habitantes se sitúa en estratos socioeconómicos medio y alto.

Tabla 3. 2 Distribución porcentual de población, según su estrato socioeconómico y delegación, 2000

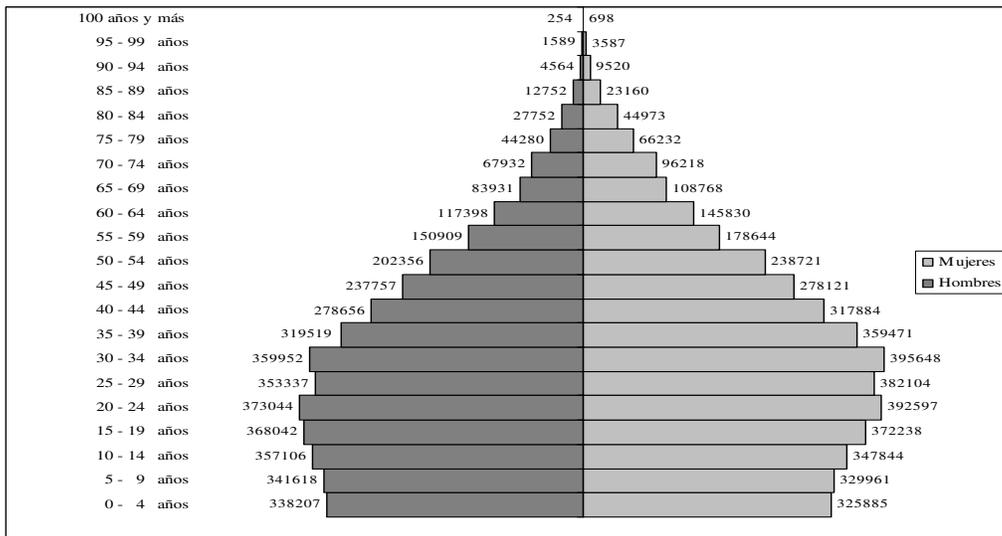
Delegación	Muy bajo y bajo	Medio y Alto
Total	48.4	51.6
Milpa Alta	84.7	15.3
Xochimilco	68.2	31.8
Tlahuac	66.3	33.7
Iztapalapa	60.1	39.9
Tlalpan	53.9	46.1
La Magdalena Contreras	50.6	49.4
Cuajimalpa de Morelos	48.4	51.6
Gustavo A. Madero	47.1	52.9
Iztacalco	46.2	53.8
Álvaro Obregón	46.1	53.9
Venustiano Carranza	44.8	55.2
Azcapotzalco	42.6	57.4
Coyoacán	37.5	62.5
Cuauhtemoc	32.9	67.1
Miguel Hidalgo	31.5	68.5
Benito Juárez	15.9	84.1

Fuente: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.

En la figura 3.2 se puede observar como se comportó la población por grupos quinquenales de edad para el año 2005 en el D.F., esta estructura deja ver una mayor proporción de varones niños en los tres primeros grupos y de acuerdo con el comportamiento histórico, a partir de ahí el predominio es de las mujeres, notándose una mayor ventaja entre los 30 hasta los 54 años de edad.

La estructura por edad de la capital de México da cuenta de una población aún joven que lentamente se dirige a la vejez, mientras que la base de la pirámide cada vez se hace más estrecha. El conjunto etáreo con mayor cantidad de personas corresponde al grupo de 20-24 años de edad quien para la fecha del censo contaba con 9.0% del total de la población, en este mismo grupo está la mayoría de la población masculina con 9.2%, mientras que la mayoría de las mujeres se sitúan en el grupo de 30-34 años.

Figura 3. 2 Estructura de la población, según grupos quinquenales de edad y sexo – 2005



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.

En cuanto al índice de masculinidad, se resalta un leve aumento de este indicador a nivel del D.F., el cual pasó de 91.5 a 91.7 hombres por cada 100 mujeres, pese a que en la mayoría de las delegaciones (10 de las 16) disminuyó la relación con respecto al quinquenio inmediatamente anterior. Llama la atención que en la delegación Benito Juárez el índice pasara de 80.2 a 83.6, 3.3 hombres más entre periodos, siendo el incremento más alto de todos, en contraste con Milpa Alta que disminuyó en 1.2 hombres su reserva masculina (ver tabla 3.3).

Tabla 3. 3 Índice de masculinidad por delegaciones 2000 y 2005

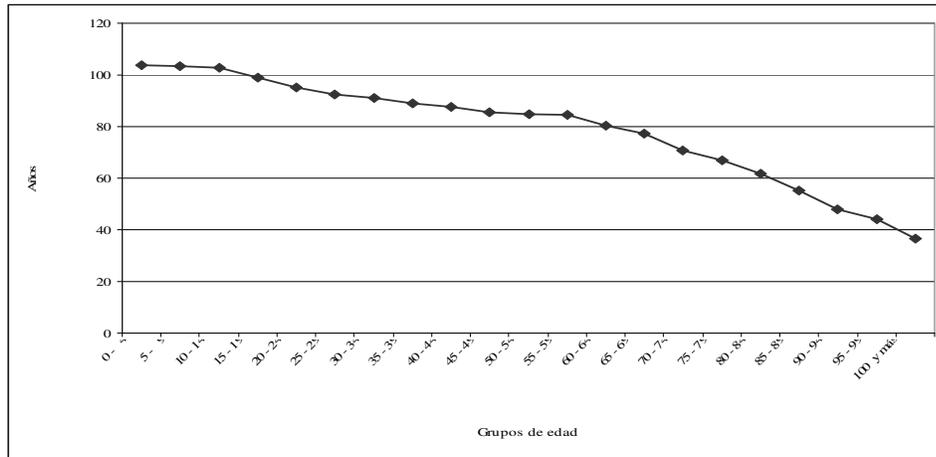
Delegación	2000	2005
<i>Distrito Federal</i>	91.5	91.7
Álvaro Obregón	91.1	91.0
Azcapotzalco	91.0	90.1
Benito Juárez	80.2	83.5
Coyoacán	88.4	89.0
Cuajimalpa de Morelos	90.6	90.4
Cuauhtémoc	88.1	89.1
Gustavo A. Madero	92.9	92.7
Iztacalco	91.0	90.7
Iztapalapa	95.1	94.6
Magdalena Contreras, La	92.1	91.9
Miguel Hidalgo	83.2	85.8
Milpa Alta	98.0	96.8
Tláhuac	94.9	94.6
Tlalpan	92.8	92.6
Venustiano Carranza	90.0	90.1
Xochimilco	96.8	97.6

Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000 y el II Censo de Población y Vivienda 2005.

Para el 2005 el indicador hombre/mujer es mayor para la base poblacional llegando a valores de 103.8 desde el momento del nacimiento y hasta los cuatro años de edad. Gradualmente los índices van decreciendo hasta situarse finalmente en 36.4 hombres por cada 100 mujeres (ver figura 3.3). Según reportes del INEGI,¹ el D.F. junto con Baja California tuvieron las esperanzas de vida más altas del país, para el 2006 este valor fue de 76.6 años para los capitalinos, siendo mayor para las mujeres con 78.1 años y de 72.8 años para los hombres.

¹ Véase : <http://cuentame.inegi.gob.mx/monografias/informacion/D.F./poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=09>

Figura 3.3 Índice de masculinidad, según grupos quinquenales de edad, 2005



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.

El índice de masculinidad para 2000, según los dos estratos seleccionados (muy bajo y bajo y medio y alto) y la delegación es mayor, en todos los casos, para el estrato socioeconómico muy bajo y bajo, lo cual indica una mayor proporción de hombres en dichos estratos. Por ejemplo el D.F. cuenta con aproximadamente 10 hombres más por cada 100 mujeres en el estrato socioeconómico muy bajo y bajo (95.4); en algunas delegaciones como Álvaro Obregón y Cuajimalpa de Morelos esta diferencia es de 16.8 y 14.8 hombres más, mientras que en delegaciones como Benito Juárez y Tláhuac la brecha es menor entre estrato y estrato 3.1 y 3.6 respectivamente (ver tabla 3.4).

Tabla 3. 4 Índice de masculinidad por delegaciones y estratos socioeconómicos, 2000

Delegaciones	Muy bajo y bajo	Medio y Alto
Total D.F.	95.4	85.1
Azcapotzalco	93.6	88.2
Coyoacán	93.7	84.8
Cuajimalpa de Morelos	94.0	79.2
Gustavo A. Madero	96.0	87.5
Iztacalco	93.5	85.8
Iztapalapa	96.4	89.1
La Magdalena Contreras	98.3	84.2
Milpa Alta	100.1	92.5
Álvaro Obregón	98.4	81.6
Tláhuac	96.8	93.2
Tlalpan	95.8	85.1
Xochimilco	97.4	91.4
Benito Juárez	80.2	77.1
Cuauhtemoc	91.8	84.8
Miguel Hidalgo	90.0	78.1
Venustiano Carranza	92.9	87.5

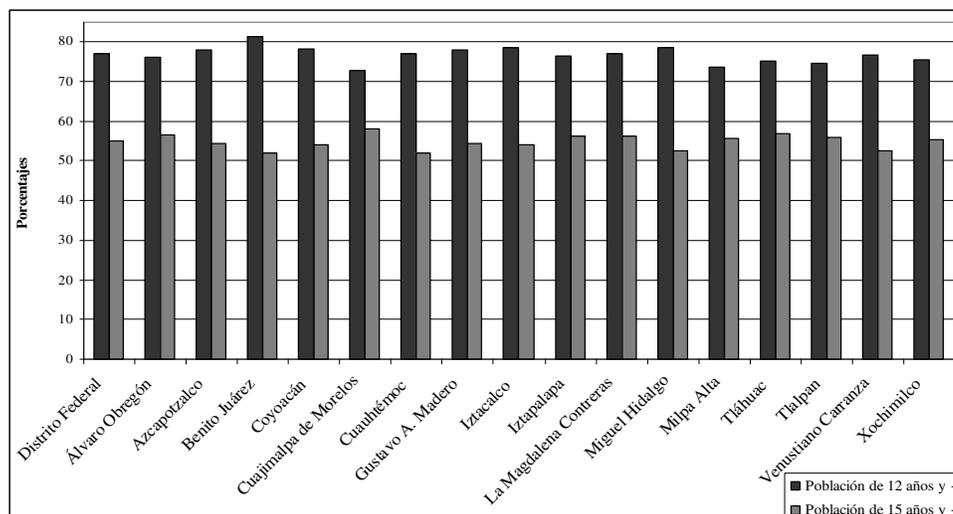
Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000

III.1.3 Fecundidad

Para el año 2000 la población femenina de 12 años y más en el D.F. representaba 80.2% con respecto a toda la población femenina; en el estrato medio y alto esta población significaba 85.4% y en el estrato muy bajo y bajo era de 74.3%. En el 2005 las mujeres de 12 años y más era de 76.97%. Entre tanto, la población femenina de 15-49 años era de 57.5% a nivel del D.F. para el año 2000 y de 55.5% y 59.2% para los estratos socioeconómicos muy bajo y bajo y medio y alto específicamente. En el 2005 el porcentaje de mujeres entre los 15-49 años fue de 54.9%.

En cuanto al desglose a nivel de las delegaciones, tal como se ilustra en la figura 3.4, la delegación de Benito Juárez tiene la mayor cantidad de mujeres entre 12 años y más (81 por cada 100) y la menor cantidad de mujeres en edad fértil (52 por cada 100), contrario a lo que ocurre con la delegación Cuajimilpa de Morelos en donde en el primer grupo se concentran 73 de cada 100 mujeres y en el segundo hay 58 mujeres por cada 100 de ellas.

Figura 3. 4 Porcentaje de mujeres de 12 años y más y de 15 años y más, por delegaciones, 2005

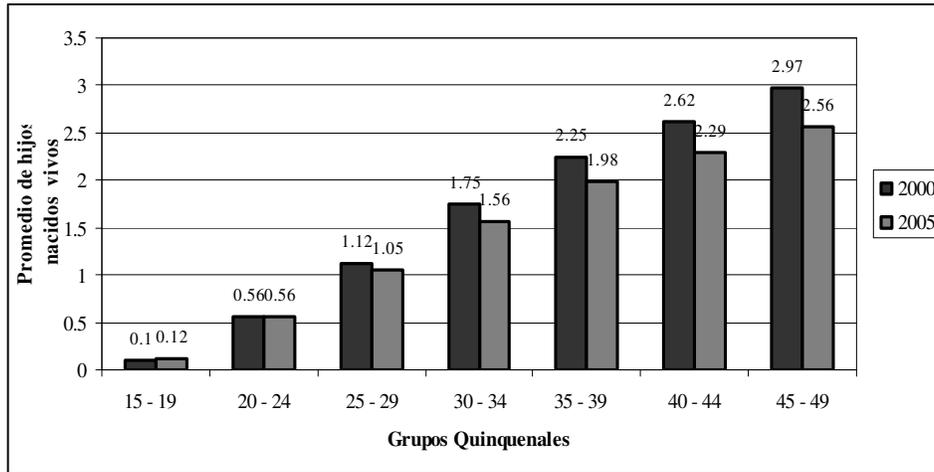


* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.

De acuerdo con la figura 3.5, el nivel de la fecundidad, medido por el promedio de hijos nacidos vivos, muestra una reducción significativa en casi todas las edades, en particular la descendencia promedio de las mujeres entre los 45 y 49 años que actualmente es de 2.6 hijos por mujer, cuando en el año 2000 era de aproximadamente 3.0 hijos. En el único grupo de edad que se da un pequeñísimo aumento (0.02) es en el grupo quinquenal más joven (15-19), mientras que en el grupo adyacente superior (20-24) se mantiene un promedio de 0.6 hijos nacidos vivos.

Figura 3. 5 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15-49 años, 2000 y 2005



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados y a las mujeres que no precisaron el número total de hijos.

Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000 y el II Censo de Población y Vivienda 2005.

Positivamente, el D.F. cuenta con un nivel de sobrevivencia de los hijos que se considera alto, oscilando aproximadamente entre 93.8 y 95.2 para las diversas delegaciones, siendo el punto de comparación el estimado de 94.3 de la capital mexicana (ver tabla 3.5).

Tabla 3. 5 Promedio de hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes de la mujeres de 15-49 años de edad, por delegaciones, 2005

Delegación	Promedio hijos nacidos vivos	Porcentaje de hijos sobrevivientes
<i>Distrito Federal</i>	<i>2.0</i>	<i>94.3</i>
Álvaro Obregón	2.0	94.0
Azcapotzalco	2.0	94.2
Benito Juárez	1.5	95.2
Coyoacán	1.8	94.8
Cuajimalpa de Morelos	2.0	94.2
Cuauhtémoc	1.8	94.2
Gustavo A. Madero	2.1	93.8
Iztacalco	2.0	94.1
Iztapalapa	2.1	94.1
La Magdalena Contreras	2.0	94.2
Miguel Hidalgo	1.7	94.4
Milpa Alta	2.1	94.9
Tláhuac	2.1	94.7
Tlalpan	1.9	94.6
Venustiano Carranza	2.0	94.2
Xochimilco	2.0	94.8

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005.

Tanto en los estratos muy bajo y bajo y medio y alto la mayoría de las mujeres entre los 15-19 años no han tenido hijos, aunque como se aprecia en la tabla 3.6, el porcentaje de mujeres nulíparas para ese mismo grupo de edad es mayor en el estrato medio y alto. En general se puede ver que hay una paridad temprana en el estrato muy bajo y bajo para diferentes números de hijos, mientras que en el estrato medio y alto la edad para tener los hijos es más tardada (de los 35 años en adelante). Prácticamente las mujeres en edad fértil del estrato socioeconómico medio y alto detienen su fecundidad cuando alcanzado una paridad igual a 3 hijos, al contrario de lo que ocurre en el estrato muy bajo y bajo, donde las mujeres alcanzan paridades de 4, 5 y más hijos, especialmente a partir de los 35 años en adelante.

Tabla 3. 6 Distribución porcentual de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15-49 años, según estratos socioeconómicos, 2000

Estrato muy bajo y bajo						
Grupos quinquenales	% de hijos nacidos vivos					
	0	1	2	3	4	5 y más
15-19	86.2	11.3	2.2	0.2	0.0	0.0
20-24	45.0	31.3	17.8	4.6	1.0	0.3
25-29	21.3	25.0	32.0	15.5	4.5	1.7
30-34	10.8	14.5	33.6	24.9	10.1	6.0
35-39	6.9	10.2	26.2	28.8	15.6	12.4
40-44	6.2	7.3	19.7	26.5	17.7	22.6
45-49	5.4	6.7	14.2	20.2	19.2	34.2
Estrato medio y alto						
Grupos quinquenales	% de hijos nacidos vivos					
	0	1	2	3	4	5 y más
15-19	96.0	3.7	0.3	0.0	0.0	0.0
20-24	78.0	16.6	4.5	0.7	0.2	0.1
25-29	58.0	24.2	13.9	3.2	0.6	0.2
30-34	34.5	25.4	26.4	10.7	2.2	0.8
35-39	20.4	19.5	34.1	18.8	5.2	2.1
40-44	13.9	15.8	33.4	23.5	8.9	4.5
45-49	11.8	13.1	29.6	25.0	11.7	8.9

Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000

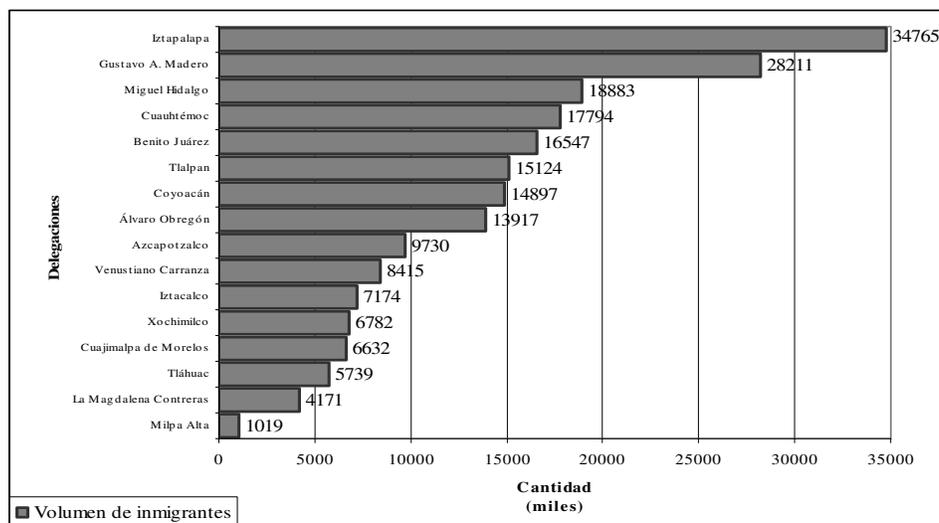
III.1.4 Migración

A través del Censo de Población del 2005, fue posible establecer los movimientos migratorios de la población, según su lugar de residencia cinco años antes, aludiendo a la población de cinco años y más, siendo este hecho uno de los principales fenómenos demográficos que impacta la composición y dinámica de la población.

La intensidad de los flujos migratorios de la entidad ha disminuido de manera que entre 1995 y 2000 llegaron a la capital 4.9% de los residentes, en tanto que para el último quinquenio la proporción disminuyó a 2.4 %. Entre 2000 y 2005 llegaron a vivir a la entidad cerca de 188 mil personas procedentes del Estado de México (38.4%), de Veracruz (8.7%) y de Puebla (8.2%). Por otro lado, salieron de la entidad poco más de 491 mil personas que se dirigieron principalmente al Estado de México (57.1%), Querétaro (4.2%) e Hidalgo (4.1%). Al remitirnos a la figura 3.6, se nota que existen enormes disparidades por zonas a causa de las

personas que residían hace 5 años en otros estados y que ahora se asientan en el D.F. En su orden, Iztapalapa y Gustavo A. Madero cuenta con un 16.6% y un 13.5% de población de 5 años en adelante que en el 2000 habitaban otros estados del país, incluso, otros países. Los de menor recepción, al contrario, son La Magdalena Contreras (2.0%) y Milpa Alta (0.5%).

Figura 3. 6 Volumen de inmigrantes residentes por delegación, 2005



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005.

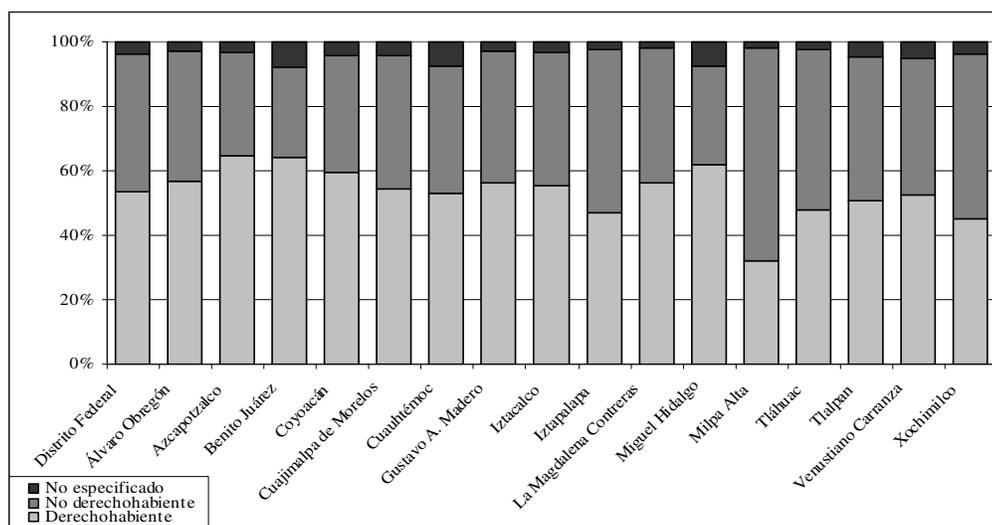
III.1.5 Derechohabiencia a servicios de salud

En el 2005 alrededor de 53.6% de los encuestados declararon tener derecho a atenderse en algún tipo de institución de salud, cifra que fue menor para el 2000 en 2.3 puntos porcentuales (51.3%), entre este periodo señalado, hubo una disminución de la población no derechohabiente pasando de 45.9% en el 2000 a 42.7% en el 2005; en el país este valor bajó en 7.2 puntos al pasar de 57.0 a 49.8 por ciento.

Dentro del conjunto delegacional (ver figura 3.7), hay sitios que superan en cobertura de salud 60.0% de la población, son ellas: Azcapotzalco (64.7%), Benito Juárez (64.2%) y Miguel Hidalgo (61.9%); cuatro de las delegaciones permanecen por debajo de 50.0%: Milpa Alta

(32.2%), Xochimilco (45.3%), Iztapalapa (47.2%), Tláhuac (47.8%). El resto entre tanto, fluctúa en valores que van de 50.6% (Tlalpan) hasta 59.5% (Coyoacán).

Figura 3. 7 Distribución porcentual de la población por delegaciones, según su derechohabiencia, 2005



Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.

54.5% de la población de estrato medio y alto están adscritos al sistema de salud, mientras 34.0% de las personas de estrato muy bajo y bajo cuentan con el mismo derecho. El principal proveedor de servicios de salud en el D.F. es el IMSS con una cobertura de 64.9% de la población derechohabiente, seguida del ISSSTE (22.3%), instituciones privadas (8.9%), Seguro Popular (3.9%), PEMEX y SEDENA (2.3%) y otras instituciones (0.3%).

Cuando se comparan los grados de derechohabiencia entre grupos quinquenales se nota claramente que en los grupos más avanzados (a partir de los 60 años) tienen los mejores porcentajes de derecho a los servicios de salud, dentro de este grupo sobresale los de 70-74 años quienes son beneficiarios del sistema un 74.8%. En lo que compete a los demás grupos quinquenales, es de señalar que la mayoría de su población es derechohabiente (cerca del 50.0%), aunque, grupos etáreos como los de 0-4, 15-19 y 20-24 no alcanzan este umbral, sus porcentajes son: 49.3%, 48.8% y 46.1%, este último dato refleja en cierto grado el nivel de precariedad de los jóvenes que ingresan a trabajos informales o trabajos sin derechos laborales, incluyendo la salud.

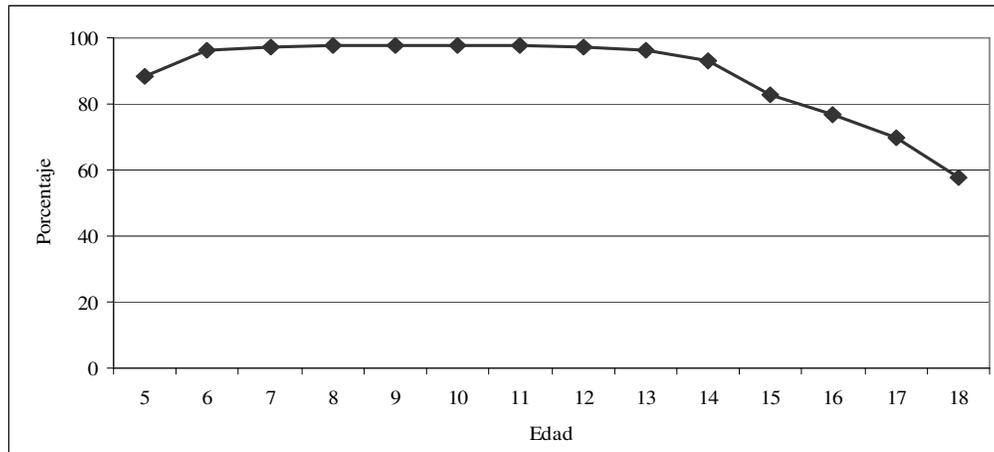
Para el caso del D.F. se observa que por cada 100 mujeres 55 tienen seguridad social, en tanto que bajo esta misma base, los hombres con derechohabencia suman 52. Desde el último censo llevado a cabo en México en el año 2000, la proporción de derechohabientes ha aumentado para ambos sexos, aunque en el número de afiliados aventajen las mujeres, dicha cifra pasó de 52.8% a 55.4% en el último quinquenio. Los hombres pasaron de 49.6% en el 2000 y aumentaron 2.1 puntos hasta llegar a 51.7% vinculados al sistema de salud nacional.

III.1.6 Educación y lenguas indígenas

La tasa de analfabetismo entre la población de 15 años y más se redujo entre el 2000 y el 2005, a la par como ha sido en el país, aunque a nivel nacional el descenso ha sido mayor 0.8 puntos más mientras que en el D.F. fue de 0.3 puntos porcentuales. Cuando en todo México 8 de cada 100 personas de 15 años y más no sabían leer y escribir, en el D.F. había casi 3 personas.

Como es de esperarse en los primeros años de edad, a partir de los 5 años de edad, existe un mayor porcentaje de individuos asistiendo a las instituciones de educación, aproximadamente hasta los 18 años de edad. La figura 3.8 muestra que entre los 5 y 6 años existe un leve aumento en la proporción de estudiantes (7.9 puntos porcentuales más), desde ese momento se observa que las tasas de asistencia escolar se mantienen casi constante hasta los 13 años y de ahí en adelante va disminuyendo gradualmente, explicado esto por la deserción escolar y la incorporación de los más grandes a la vida laboral. Dado que alrededor de los 16-18 años los jóvenes terminan su preparatoria, muchos de éstos no continúan con estudios de licenciatura y prefieren sumarse al mercado de trabajo.

Figura 3. 8 Asistencia escolar por edades individuales hasta los 18 años, 2005



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.

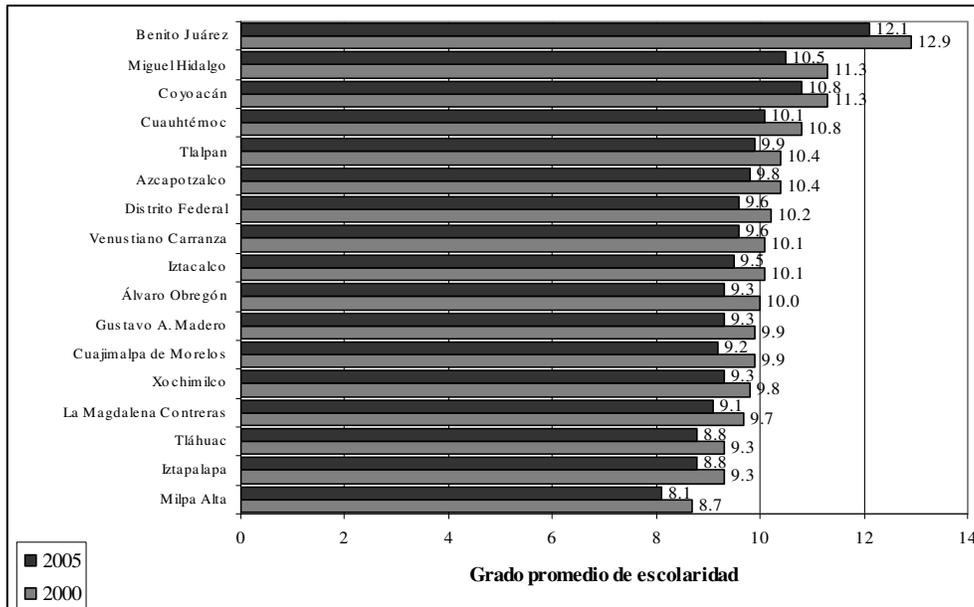
El perfil educativo de la población del D.F., en el año 2005 estuvo distribuido así: 3.0% sin instrucción, 6.5% con primaria incompleta, 13.5% con primaria completa, 26.1% con secundaria o equivalente, 26.1% con media superior y 23.1% con educación superior, en este último rubro se incluyen a las personas que son profesionistas, maestros o doctores.²

Existen variados contrastes entre las delegaciones cuando se compara los grados promedios de escolaridad, aunque las tendencias se mantienen, por ejemplo Benito Juárez quien para el 2000 tenía el mejor promedio, lo sigue conservando para el 2005 y el último lugar en los dos periodos de referencia es para la delegación Milpa Alta (ver figura 3.9).

Las mujeres siguen teniendo grados menores de escolaridad, en general, el promedio es de 9.85 para ellas y 6.5% más para ellos, es decir, 10.49.

² Los porcentajes no representan el 100%, dado que un 1.7% de la población no especificó su nivel académico.

Figura 3.9 Grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más por delegación, 2000 y 2005

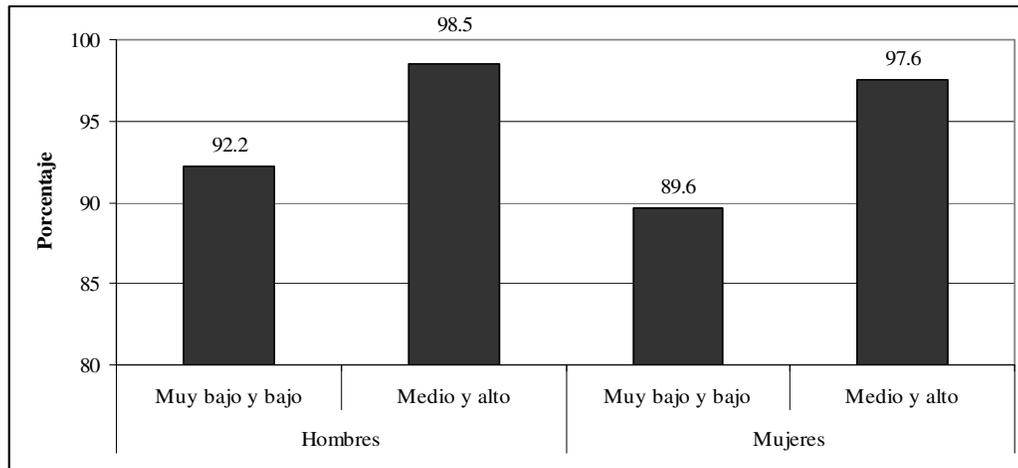


* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000 y el II Censo de Población y Vivienda 2005.

Con base en la estratificación socioeconómica aplicada al XII Censo General de Población y Vivienda 2000 los niveles de alfabetismo son más altos para los varones y mujeres pertenecientes al estrato medio y alto, en este caso las diferencias son mínimas, sólo de 1.0 punto porcentual; en los estratos muy bajo y muy bajo el analfabetismo alcanza porcentajes de 92.2% en los hombres y 89.6% en las mujeres, es decir, los separa 2.5 puntos porcentuales (ver figura 3.10).

Figura 3. 10 Porcentaje de población alfabeta, según estratos socioeconómicos y sexo, 2000



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000

La presencia de hablantes de alguna lengua indígena dentro de la entidad representa 1.5% de la población de cinco años y más, así mismo, 99.7% de ellos habla español. En el 2005 53% de hablantes de lenguas indígenas eran mujeres.

En la tabla 3.7 se presenta el porcentaje de población que habla alguna lengua indígena según el estrato socioeconómico y la delegación, se puede apreciar que en el estrato muy bajo y bajo se concentra casi el doble de población con dichas características.

Tabla 3. 7 Porcentaje de población hablante de lengua indígena, según estrato socioeconómico y delegaciones, 2000

Delegación	Estrato	
	Muy bajo y bajo	Medio y alto
<i>Total D.F</i>	<i>3.1</i>	<i>1.7</i>
Azcapotzalco	1.6	1.1
Coyoacán	3.4	1.7
Cuajimalpa de Morelos	2.0	2.1
Gustavo A. Madero	2.5	1.2
Iztacalco	2.9	1.1
Iztapalapa	3.2	1.3
La Magdalena Contreras	2.1	2.3
Milpa Alta	5.5	3.5
Álvaro Obregón	2.8	1.9
Tláhuac	2.4	0.9
Tlalpan	3.2	1.8
Xochimilco	4.1	1.6
Benito Juárez	3.7	2.0
Cuauhtémoc	4.9	1.7
Miguel Hidalgo	2.6	2.2
Venustiano Carranza	2.0	1.1

Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000

III.1.7 Hogares y viviendas

En el D.F. 71.15% de los hogares³ son comandados por hombres. Durante los dos quinquenios, se observó que la proporción de hogares jefaturados por mujeres aumentó (25.9% a 28.9%) y la de los hombres bajó (74.2% a 71.1%).

89.27% de las viviendas son hogares familiares, un 10.53% no familiares y el resto son casos no especificados, se puede apreciar la distribución porcentual de los valores para los subgrupos correspondientes en la tabla 3.8.

³ De acuerdo con el INEGI, el hogar se refiere a toda unidad doméstica conformada por una o más personas, con o sin lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación.

Tabla 3. 8 Distribución de la población, según el tipo de hogar, 2005

Tipo de hogar		Cantidad	%
<i>Total de hogares</i>		2292069	100
Hogares familiares	Total	2046226	89.27
	Nucleares	1471291	71.90
	Ampliados	543734	26.57
	Compuestos	13878	0.68
	No especificado	17323	0.85
Hogares no familiares	Total	241363	10.53
	Unipersonales	223427	92.57
	Corresidentes	17936	7.43
No especificado		4480	0.20

Fuente: Elaboración propia con en el II Censo de Población y Vivienda 2005.

En cuanto al número de viviendas hay que anotar que para el 2005 el número de viviendas en la ciudad aumentó en un 7.32% con respecto al año 2000 y 13.77% si se toma como base 1 lustro atrás. El promedio de ocupantes fue de 3.8 por vivienda que contaban con las siguientes características: 97.1% tenían agua de la red pública, 98.6% disponían de energía eléctrica y un 92.2% de drenaje. Igualmente los bienes de los que estaban dotados eran: 97.8% televisión, 90.5% refrigerador, 76.9% lavadora y 37.2% computadora.

III.2 La idea del antinatalismo y las políticas sectoriales

III.2.1 Del pronatalismo a la planificación familiar

Por años, los principales componentes demográficos como la fecundidad, la mortalidad y la migración han sido el centro de interés para manejar de alguna manera la despoblación o sobrepoblación del país. Ante la tensión que derivó la decisión sobre cuál fenómeno intervenir, la fecundidad se convirtió en la puerta de escape que fue abierta y cerrada a conveniencia de los gobiernos que en su época imperaban, para Lerner y Szasz (2003:5) “[...] las intervenciones en la población han sido una constante que se ha caracterizado principalmente por la exposición de paradigmas o visiones ideológicas antagónicas y polarizadas, cuyos contenidos y enfoques se han visto levemente o intensamente modificados

en el tiempo”, básicamente porque las acciones giran en torno al modelo económico predominante.

En un primer momento de la historia, México se distinguió por ser un país eminentemente rural, semidespoblado y en pleno auge de guerras y conquistas, cerca del año 1821; la conformación de estados comenzaba a materializarse, mientras que cada vez se hacía más necesaria la disponibilidad de mano de obra, tanto para la defensa de la nación como para el aprovechamiento de la tierra. La dispersión de hombres a lo largo y ancho del territorio, acotaba las posibilidades de un crecimiento poblacional y la aparición de epidemias como el tifo, el cólera, la viruela, entre otras, cobraba la vida de un sinnúmero de personas. Así pues, se dio vía libre para que la población, se encargara por sus propios medios de ocupar el territorio (Zavala, 1990:15; Fernández, 1999:67).

Pero rápidamente esta situación se revirtió. Durante los años 50's, 60's y parte de los 70's, el panorama se modificó, el número de habitantes en el país pasó de 15 a 34 millones de habitantes entre 1910 y 1960, mientras que para 1980 esta cifra se duplicó, colocando así a México como uno de los países del mundo con las tasas más altas de crecimiento demográfico (Zavala, 1990:15). Esta gran hazaña sólo fue posible, gracias a los avances médicos que frenaron estrepitosamente los niveles de mortalidad, al tiempo que se mejoraron las técnicas sanitarias. Enfermedades como la tuberculosis, la viruela, el paludismo ya no eran un problema prioritario en salud pública. Entre tanto, el crecimiento natural se hizo evidente: se estabilizaron las tendencias de mortalidad, mientras que la fecundidad continuaba su ascenso desproporcionado.

Esta nueva condición subyacente en casi todos los países en vía de desarrollo, impulsó el debate entre académicos, científicos, políticos y gente del común quienes afirmaban que la población era un factor decisivo en la generación (o en su defecto el freno) del desarrollo económico y social. Aparecen en escena los adeptos a las corrientes antinatalistas y pronatalistas. Los primeros se sustentaban en las predicciones hechas por Malthus acerca de que la población humana crece en progresión geométrica, mientras que los medios de subsistencia lo hacen en progresión aritmética; los poblacionistas por su lado, creían que la

población era un elemento positivo en el desarrollo y por tanto no era una prioridad de intervención (Lerner y Szasz, 2001:55).

Tomando en consideración tres encuentros internacionales donde se germinaron intensos debates al respecto, como lo fueron Bucarest 1974, México 1984 y El Cairo 1994, la postura de los gobiernos nacionales se inclinó mayoritariamente por las recomendaciones ratificadas en las cumbres mundiales; el acuerdo unánime que legitimó la aplicación de políticas regulacionistas al interior de México se resumen en cuatro puntos básicos: a) el crecimiento demográfico vertiginoso que de manera directa impactaba la estructura propia de la población, la economía y la sociedad, b) bajas tasas de desarrollo que incrementaba las brechas entre ricos y pobres, c) la preocupación de los países en desarrollo por el ordenamiento geopolítico derivado de la alta fecundidad de los países en vías de desarrollo, d) el descubrimiento y uso masivo de métodos anticonceptivos como el DIU y los métodos hormonales con resultados altamente eficientes (Lerner y Szasz, 2001:55).

Al modo de ver de Lerner y Szasz (2001:55), aunque las consideraciones anteriores fueron aceptadas por los dirigentes de varias naciones, se añadieron otros dos componentes que complejizaron el entorno “*el derecho de las personas y en particular de las mujeres en torno en sus decisiones en materia de fecundidad y la condición y estatus de la mujer*”. Con estos ingredientes y la firma de tratados internacionales, México concentró sus esfuerzos en la fecundidad, le apostó a la incorporación de métodos anticonceptivos en los servicios de salud y en la promulgación de este derecho dentro de su carta magna.

III.2.2 Regulaciones en materia de planificación familiar

Como se pudo apreciar en el apartado anterior, la PF en México ha tenido una extensa transformación histórica que va desde su conceptualización hasta la práctica misma, lo que la ha puesto en el eje central de múltiples controversias. Sus cambios radican principalmente en la manera como los individuos han asumido el papel de la familia y la forma en que buscan ejercer sus derechos individuales, a través de decisiones informadas. Claro está, que el reconocimiento de la importancia de la PF en México no fue fortuito, detrás del movimiento

socio-político que este tema generó y que puso al país a la vanguardia⁴ de otros países desarrollados para mediados de los años 70's, emergió toda una discusión que estuvo precedida por las preocupaciones demográficas que se vislumbraban en ese entonces y sobre sus implicaciones negativas en el desarrollo nacional (Palma, 2003:24).

La década de los sesenta se caracterizó por el uso de métodos modernos de anticoncepción exclusivamente entre los estratos más altos de la sociedad mexicana, quienes podían acudir a los servicios privados que los ofrecían. Entre tanto, la familia grande y numerosa seguía prevaleciendo como el modelo ideal en la sociedad del país.⁵ En ese entonces, las políticas públicas que regían el tema restringían de manera rotunda la información y empleo de métodos, fomentando así el pronatalismo que reinaba en aquellos tiempos (Conapo, 1999:203).

Sin embargo, dadas las condiciones sociales y económicas que comenzaron a vislumbrarse ante este nuevo escenario - altas tasas de fecundidad, disminución progresiva de la mortalidad que conllevaron a un elevado crecimiento poblacional-, sirvieron de plataforma para replantear las estrategias de gobierno dirigidas a las cuestiones demográficas, haciendo un especial énfasis en la anticoncepción.

Para 1973 el marco jurídico nacional comenzó a ser modificado, iniciando con el nuevo Código Sanitario que derogó el artículo que prohibía la propaganda y venta de métodos anticonceptivos contemplado en el documento anterior. Un año más tarde, los legisladores reformaron en el artículo 4º de la *Constitución*, plasmando allí el derecho de hombres y mujeres a la autonomía reproductiva, determinando de esta manera la libertad de los individuos para la elección de métodos para controlar su fecundidad y el número de hijos que desean. Para este mismo año entran en vigencia las modificaciones a la *Ley General de Población*, la cual tiene por objeto regular los fenómenos poblacionales en cuanto a volumen,

⁴ Después de la conferencia de Bucarest en 1974, México se develó como uno de los pioneros a nivel mundial en el establecimiento de una política de población como un componente clave de su modelo de desarrollo (Márquez, 1984:285).

⁵ De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año de 1962 se dio un máximo histórico en la Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 7.2 hijos. La TGF se refiere al promedio de hijos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva (generalmente va desde los 15 hasta los 49 años) si viviera todos esos años.

estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, y establece la obligación del Estado de ofrecer programas de planificación familiar.⁶

Posteriormente, en 1977 se establece el primer *Programa Nacional de Planificación Familiar*⁷ integrando acciones tendientes a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Para 1984 se promulgó la *Ley General de Salud* donde se designó la planificación familiar como un asunto de carácter prioritario y además se reglamentó la prestación de dichos servicios.

En épocas más recientes se publicó la *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993* cuyo objeto es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México. En 2004 se incorpora a esta Norma el método de anticoncepción de emergencia y el condón femenino.

III.3 Sistema de salud en México

Los servicios de salud en México son ofrecidos tanto por proveedores públicos como privados. Sin embargo, tanto el acceso como la calidad y oportunidad de los mismos varían de un servicio a otro (Stern y Reartes, 2001:23). Básicamente, la prestación de los servicios de salud en el país está fragmentada con servicios diferenciados en función de la capacidad de pago, desfavoreciendo a aquellos grupos sociales marginados y pobres que no cuentan con estabilidad laboral y mucho menos con recursos para pagar (Dávila y Guijarro, 2000:31).

El derecho a la salud es un derecho constitucional que fue proclamado desde 1982, cuyo fin es el de buscar que los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud con equidad y calidad (Stern y Reartes, 2001:23), pero que ha sido visiblemente vulnerado debido a que, pese a los

⁶ En el artículo 3, punto II de dicha Ley se propone “Realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y que preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país”.

⁷ Palma (2005) resalta el hecho de la continuidad de los programas a partir de dicha fecha, desde entonces y hasta el año 2000 se han formulado cinco programas consecutivos de planificación familiar, llevados a cabo por los tres principales instituciones gubernamentales del país: ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) y la SSA (Secretaría de Salud).

esfuerzos, aún permanece una gran parte de la población sin atención a sus necesidades en básicas en este rubro; esto sin contar que en México, el gasto público en salud pasó de 5.6% del Producto Interno Bruto (PIB) en 2000 a 6.5% en 2005, cifra que lo mantiene debajo del promedio con respecto a otros países con similar nivel de desarrollo (Gobierno del D.F.-GDF., 2002:8; SSA, 2007:49).

El sistema nacional de salud está ramificado en dos subsistemas (ver figura 3.11). A su vez, el primero de ellos se bifurca así: Instituciones de seguridad social entre las que están el IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX) y otros, que prestan servicios a sus derechohabientes⁸ (trabajadores del sector formal de la economía y sus familias); Servicios Estatales de Salud (SESA), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el programa IMMS-Oportunidades, dirigidos a la población que no tiene seguridad, denominados también población abierta⁹ o no derecho-habiente. Ambos son de carácter público, los unos son financiados con recursos gubernamentales, del empleador y aportes de los empleados, entre tanto, el gobierno federal y estatal, costean los gastos de los últimos y se apoyan en cuotas de recuperación que aportan los individuos al recibir la atención. El Seguro Popular de Salud está financiado con recursos del gobierno federal, recursos de los gobiernos estatales, cuotas familiares y compra servicios de salud a la Secretaría de Salud y los SESA para sus afiliados. Las instituciones de seguridad social prestan sus servicios con personal e instalaciones propias. La Secretaría de Salud y los SESA también atienden a su población de responsabilidad en sus propias clínicas y hospitales, y con su personal.

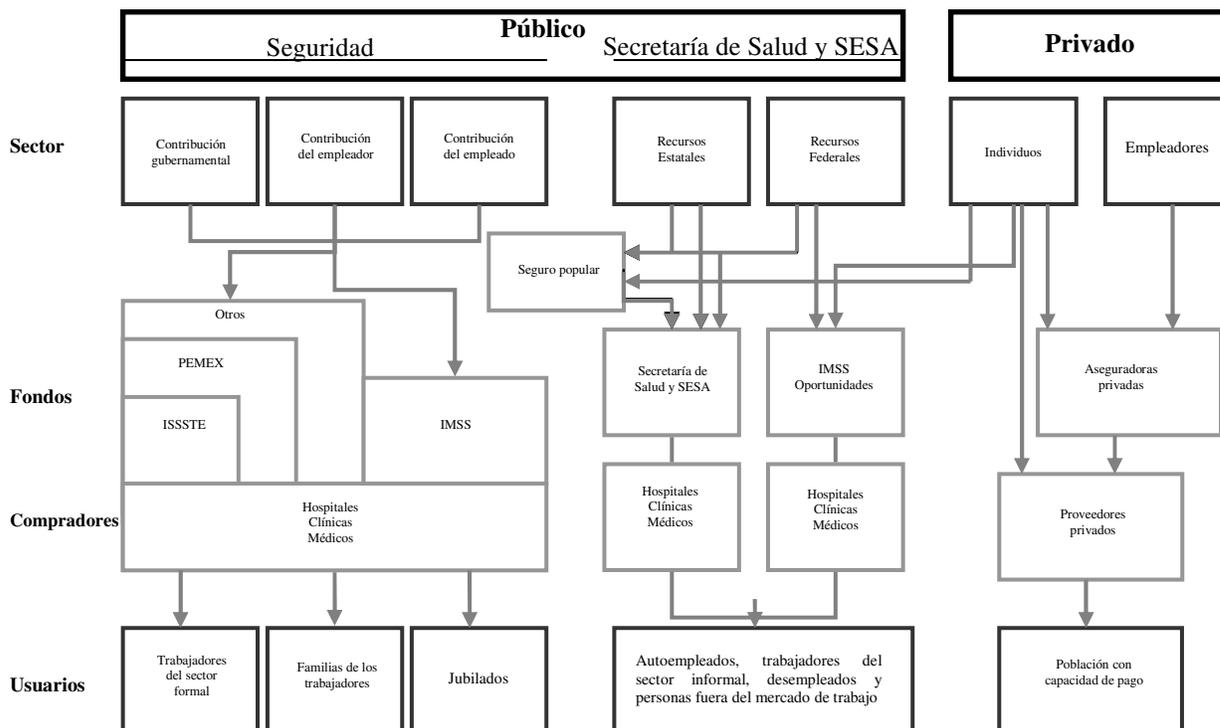
Los servicios privados, por su parte, están compuestos por médicos independientes y empresas privadas e incluyen servicios en todos los niveles, el acceso a estos servicios está determinado la capacidad de pago que tienen los individuos. Estos proveedores de servicios cuentan con

⁸ Las personas que son calificadas como derechohabientes fungen en dos vías: como titulares de derechos o como beneficiarias. El primer término, revela la idea de la persona ejerce derechos al acceder al servicio o prestación social, el segundo en cambio, las coloca como receptoras de un beneficio que le es otorgado por alguien y que por lo tanto, le puede ser quitado (Jusidman, 2007:13).

⁹ La población abierta es aquella que no está afiliada a una institución de salud ya sea pública o privada (Ley General de Salud, última reforma aplicada, 19 de enero de 2004). Esta población está constituida por las personas de más bajos ingresos de las zonas tanto urbanas como rurales (Jaramillo, 2007:13).

sus clínicas y centros particulares, los cuales son asumidos como costos adicionales por el usuario o a través de compañías aseguradoras.

Figura 3. 11 Sistema de Salud de México



Fuente: SSA, 2007.

Del gasto total en salud en México, 46% corresponde a gasto público y 54% a gasto privado. Con los recursos públicos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas de salud y con los recursos privados se desarrollan las actividades de una gran cantidad de prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales. De acuerdo con reportes de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México presenta el menor porcentaje de inversión pública en salud, con respecto a los demás países miembros, en donde el promedio de inversión es del 72% (SSA, 2007:49).

El sistema de salud Mexicano es totalmente descentralizado; autores como Cardozo (1993:s/p; citado por Jaramillo, 2007:61) consideran que este proceso inició fuertemente durante el

periodo 1982-1988 a la par que en otros países del continente entre ellos: Colombia, Perú, Brasil, Chile. Después de estancamientos por parte del gobierno y el sector salud, finalmente, el ejecutivo federal, aprobó el 20 de agosto de 1996 el acuerdo que daría vía libre a esta nueva reforma. Según Stern y Reartes (2001:24), el objeto central de la descentralización fue la asignación a los estados de la responsabilidad sobre la atención de la población abierta y el diseño de programas de acuerdo con sus necesidades sanitarias, creando los Institutos Estatales de Salud (IES).

Haciendo uso de esta herramienta, el GDF fomentó el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos-PMMG*,¹⁰ dirigido a la población de escasos recursos, como un medio para extender los servicios de atención básica, así como el suministro de medicamentos del cuadro institucional autorizado por ley. Por tanto, el objetivo de dicho programa se fijó como meta la universalidad de los servicios de salud para todos los capitalinos. No obstante, la estrategia no ha logrado ser del todo una solución factual para los fines idealizados.

El D.F. es la ciudad del país que tiene la mayor concentración de servicios de salud, para el año 2007¹¹ la SSA registró 975 unidades de consulta general y 573 especializadas, con 2351 camas censables, empleaba 5419 médicos y 6068. Sin embargo, es un sistema segmentado sin una real articulación entre sí: el público para la población no asegurada; el de la seguridad social y el privado. En cuanto a los servicios públicos de población abierta están operados por tres instancias, la Secretaría de Salud Federal, los Institutos Nacionales de Salud y la Secretaría de Salud del GDF (Laurell, 2004:12).

¹⁰ Desde 1991 este programa es incorporado como política pública y posteriormente, el 25 de mayo de 2006, entra en vigor como una Ley, su objetivo fundamental es brindar servicios de salud y medicamentos de forma gratuita a todas aquellas personas que no cuentan con seguridad social en el D.F.

¹¹ Información al mes de abril. Véase <http://www.salud.df.gob.mx/content/view/87/21/>

Capítulo IV

IV. PLANIFICACIÓN FAMILIAR: UN RECORRIDO A TRAVÉS DE LAS ENCUESTAS MEXICANAS

Repetidamente se ha declarado a lo largo del documento la limitante existente en términos de disponibilidad de bases de datos que den cuenta de manera específica sobre las barreras que expresan los proveedores de salud que hacen que la población no acuda a los servicios de PF; no obstante, es fundamental reconocer que en el país se han hecho grandes esfuerzos por indagar sobre el comportamiento SR de los ciudadanos y al mismo tiempo, con el pasar de los años, los instrumentos de recolección de la información han ido concentrándose en tópicos antes impensables, como por ejemplo la evaluación de la calidad de los servicios de salud.

Haciendo un breve recuento de lo que se mencionó al inicio, en el capítulo introductorio, las encuestas que se emplearán para este capítulo en particular son: la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) de 1992 y 1997; la Encuesta Nacional de Salud (Ensa) del 2000 y la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) del 2002, todas con representatividad a nivel nacional o estatal. Así mismo, debido a que suministra información útil a la investigación, se utilizarán datos de la Encuesta Gente Joven de 1999 y 2002, que aunque no es representativa ni a nivel nacional ni estatal, se desarrolló en zonas (principalmente marginadas) donde se concentra el programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam); por último se trabajará con la encuesta sobre necesidades de SR en el D.F., en el marco del proyecto del cual se deriva esta tesis, en esta oportunidad se entrevistaron varones y mujeres, habitantes de las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa y se les indagó sobre los servicios de PF y la interacción con los proveedores de servicios de salud. Más adelante ampliaremos esta información.

De las encuestas que se analizarán, todas fueron levantadas hace 8 años y más, como es el caso de la ENADID 1992, la más antigua de la que disponemos para este trabajo. Desde hace un tiempo para acá el *boom* de las encuestas sobre fecundidad y otras se estancó, poniendo así fin a una época de gran bonanza informativa, que en términos del INEGI se denominó “*la época de oro de la información demográfica*” y la cual difícilmente volveremos a tener (Echarri, 2008a:101).

El objetivo de este capítulo es describir a través de diferentes encuestas las prácticas en PF y SSR, las necesidades insatisfechas en términos de anticoncepción, la evaluación de los servicios recibidos por parte de los usuarios y la educación y capacitación que declaran los prestadores de servicios en temas de PF, en ningún momento se pretende hacer comparaciones entre las encuestas empleadas, ya que como se podrá constatar, los universos de estudio fueron distintos entre sí. Con este análisis previo se podrá contraponer la información que resulte en el siguiente capítulo donde se analizará un caso específico: Tlalpan e Iztapalapa como zonas de referencia.

IV.1 Breve descripción de las encuestas nacionales

A continuación se presentarán cronológicamente (de la más antigua la más reciente) algunas generalidades de las encuestas que se utilizarán en este capítulo, a modo de resumen se indicará, en la tabla 4.1, las características más importantes de cada una de ellas, así como el módulo correspondiente que se empleará. Más abajo, se hablará en detalle de cada encuesta.

Tabla 4. 1 Principales características de las encuestas seleccionadas

Encuesta	Características
ENADID 1992	<p>Objetivo General: Producir información para determinar el nivel y las tendencias de los componentes básicos de la dinámica demográfica (fecundidad, mortalidad y migración), así como evaluar las estadísticas de nacimientos y defunciones generadas a través de los registros administrativos.</p> <p>Cobertura Geográfica: Nacional con dominio por entidades federativas.</p> <p>Sección de la encuesta utilizada: Mujeres entre 15 y 54 años de edad.</p> <p>Nº de muestras: 2571 D.F.</p>
ENADID 1997	<p>Objetivo General: Producir información útil, actualizada y confiable para apoyar el diseño e instrumentación de políticas demográficas y sociales.</p> <p>Cobertura Geográfica: Nacional con dominio por entidades federativas.</p> <p>Sección de la encuesta utilizada: Mujeres entre 15 y 54 años de edad.</p> <p>Nº de muestras: 2901 D.F.</p>
Gente Joven 1999	<p>Objetivo General: Evaluar las acciones que Mexfam lleva a cabo a través del Programa Gente Joven y con ello obtener información que sirviera de base para mejorar las estrategias y los servicios que proporciona a la población adolescente.</p> <p>Cobertura Geográfica: Áreas de influencia y no influencia del programa Gente Joven de Mexfam. No es posible extrapolar los datos a nivel nacional ni estatal.</p> <p>Sección de la encuesta utilizada: Cuestionario para prestadores de servicios.</p> <p>Nº de muestras: 77 D.F.</p>
ENSA 2000	<p>Objetivo General: Actualizar la información existente sobre la prevalencia de enfermedades agudas y crónicas, así como sobre la utilización y la calidad de los servicios de salud.</p> <p>Cobertura Geográfica: Nacional con dominio por entidades federativas.</p> <p>Sección de la encuesta utilizada: Utilizadores de servicios de salud.</p> <p>Nº de muestras: 2665 D.F.</p>
ENED 2002	<p>Objetivo General: Conocer el estado de salud de la población, así como su percepción sobre ésta y su experiencia con los proveedores de salud.</p> <p>Cobertura Geográfica: Nacional con dominio por entidades federativas.</p> <p>Sección de la encuesta utilizada: Capacidad de respuesta del sistema de salud.</p> <p>Nº de muestras: 1178 D.F.</p>
Gente Joven 2002	<p>Objetivo General: Medir los avances generados a partir de las estrategias implementadas después de la aplicación de la encuesta Gente Joven de 1999.</p> <p>Cobertura Geográfica: Áreas de influencia y no influencia del programa Gente Joven de Mexfam. No es posible extrapolar los datos a nivel nacional ni estatal.</p> <p>Sección de la encuesta utilizada: Cuestionario para prestadores de servicios.</p> <p>Nº de muestras: 21 D.F.</p>
Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva a en el D.F.	<p>Objetivo General: Identificar las barreras y obstáculos que impiden a diferentes poblaciones acceder a servicios de salud reproductiva de calidad.</p> <p>Cobertura Geográfica: Zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa. Sin dominio estatal ni por delegaciones.</p> <p>Sección de la encuesta utilizada: Práctica anticonceptiva de la población.</p> <p>Nº de muestras: 1138 (Tlalpan e Iztapalapa).</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997, Gente Joven 1999, Ensa 2000, ENED 2001 y Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva en el D.F., 2007.

IV.1.1 Enadid 1992

Esta encuesta se desarrolló por el INEGI con el fin de conocer de manera integral los tres principales fenómenos demográficos: fecundidad, migración y mortalidad; además la encuesta incorporó temas que se refieren al estudio del registro tardío, subregistro y registro múltiple de nacimientos, así como sobre el subregistro de defunciones. Esta información se consideró indispensable para realizar una evaluación del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales. También se captó información sobre el conocimiento, uso y acceso que tienen las mujeres sobre los diferentes medios para regular la fecundidad. Otros aspectos incluidos en la Enadid 92 buscaron profundizar en el conocimiento de algunas variables captadas en el XI Censo General de Población y Vivienda.

La población objeto de esta encuesta fueron residentes habituales, población migrante internacional en los últimos cinco años, personas fallecidas en los últimos cinco años que eran residentes en el hogar, mujeres de 15 a 54 años residentes habituales del hogar, viviendas y hogares, cada una para el módulo correspondiente. El marco muestral fue elaborado específicamente para aplicar esta encuesta.

En total se contemplaron doce temas, el último de ellos tuvo que ver con la anticoncepción y se indagó sobre: conocimiento de métodos anticonceptivos, condición de uso actual, tipo de método, lugar de obtención, fecha de inicio del método actual, primer método utilizado, lugar de obtención, fecha de inicio del método utilizado, lugar de obtención, fecha de término del primer método usado, fecha de inicio del primer método usado, razón de abandono, embarazo con uso del primer método, cambio de lugar de obtención del primer método, tiempo de obtención (en el primer establecimiento), hijos sobrevivientes a la adopción del primer método, razón de no usar método actualmente, estado civil, número de uniones y edad a la primera unión de las mujeres en edad fértil.

IV.1.2 Enadid 1997

Con el fin de dar continuidad al trabajo emprendido en 1992 por el INEGI, para el año 1997 se hace el levantamiento de la Enadid, la cual cumple con objetivos similares en términos conceptuales a la encuesta inicial. Ente otros propósitos, con la Enadid de 1997 se buscó generar información referente a los niveles, estructura de la fecundidad y los factores asociados al mismo, como son: salud reproductiva, anticoncepción, salud materno-infantil, historia de uniones, entre otros.

El análisis de la Enadid 1992 y las encuestas previas fueron el punto de partida para la determinación temática de la Enadid 1997, la definición de los conceptos involucrados y el diseño del instrumento de captación. Las mismas encuestas fueron la base para determinar la estrategia operativa, de capacitación y explotación que resultaran más adecuadas a las características y dimensiones de la Enadid 1997.

En cuanto a la exploración en el tema de anticoncepción, el interés fue actualizar la información disponible sobre el conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres de 15 a 54 años y/o en sus parejas. Se indagó por la historia anticonceptiva de los últimos 5 años (1992- 1997) con el fin de asociarla con los niveles y tendencias de la fecundidad, y para ello se buscó información sobre la condición de uso actual de algún método anticonceptivo, el tipo, lugar de obtención y la razón de uso del método actual o la razón de no uso.

IV.1.3 Encuesta Gente Joven 1999

La presente encuesta se realizó en los meses de agosto a octubre de 1999 con el propósito de evaluar las acciones que Mexfam lleva a cabo a través del Programa Gente Joven y con ello obtener información que sirviera de base para mejorar las estrategias y los servicios que proporciona a la población adolescente.

La investigación fue diseñada y ejecutada por Investigación en Salud y Demografía (Insad) por encargo de Mexfam. La selección de los diferentes puntos de servicio no siguió un esquema probabilística: se incorporaron 60 puntos de servicio ubicados dentro de las áreas de influencia del Programa Gente Joven.

IV.1.4 Ensa 2000

La Encuesta Nacional de Salud 2000 recolectó información relacionada con las características geográficas de las localidades y entidades federativas encuestadas; para ello, se utilizaron las bases de datos georreferenciales existentes en el país, como las del INEGI y del Instituto de Investigaciones Geográficas (IIG) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), entre otras. Adicionalmente, se retomaron datos de los sistemas de información pertenecientes a las instituciones de salud, relacionados con la morbilidad, la mortalidad y las características de los servicios.

En el diseño conceptual de la encuesta se consideraron como unidades de análisis, en primer término, las viviendas, y se asignó el papel de informante al ama de casa; en segundo lugar, se consideró a los demás integrantes de los hogares y, entre ellos, a los que habían utilizado servicios de salud ambulatorios u hospitalarios en los 12 meses previos a la entrevista.

En el interior de cada hogar se seleccionó aleatoriamente a: a) un niño de 0 a 9 años de edad (la informante *proxi* fue el ama de casa o la/el responsable del niño); b) un adolescente de entre 10 y 19 años de edad, y c) un adulto de 20 o más años edad. Estos últimos constituyeron las unidades de análisis para el estudio de la prevalencia de factores de riesgo, enfermedades agudas y crónicas, y daños a la salud por accidentes o violencias. Asimismo, se consideró al sujeto seleccionado como informante para cada uno de los respectivos cuestionarios. Se utilizaron los siguientes cinco cuestionarios: 1) hogar y población, 2) utilización de servicios de salud, 3) cuestionario para niños (0-9 años de edad), 4) cuestionario para adolescentes (10-19 años de edad) y 5) cuestionario para adultos (mayores de 20 años de edad).

IV.1.5 ENED 2002

La ENED 2002 tiene representatividad nacional y estatal, cuenta con datos sobre percepciones y condiciones de salud, factores de riesgo, aseguramiento social y privado, gasto privado en salud, utilización de servicios y de ocho dominios que miden la capacidad de respuesta de los sistemas nacional y estatales de salud a las expectativas legítimas de los usuarios (trato adecuado). El tamaño de muestra fue de 38746 hogares, con un promedio de 1250 hogares por entidad federativa.

Los objetivos generales que se plantearon para la aplicación de la encuesta fueron: 1) conocer el estado de salud de la población, así como su percepción sobre ésta y su experiencia con los proveedores de salud, 2) construir un marco basal que muestre la morbilidad, 3) la mortalidad y las barreras de acceso a los servicios de salud, así como la calidad de la atención, 3) proporcionar información adecuada para apoyar la toma de decisiones orientadas al mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

En la ENED se trabajó con dos tipos de instrumentos: un cuestionario de hogar y uno individual. Con el cuestionario de hogar se registró y realizó la medición de las variables que están destinadas a la identificación de los hogares y a la verificación del informante adecuado, así como a la participación dentro de las instituciones de asistencia sanitaria. El cuestionario individual se aplicó a un informante mayor de 18 años de edad, miembro del hogar seleccionado. Este cuestionario permitió captar los datos generales de cada informante seleccionado dentro de la vivienda, su percepción sobre la salud mediante la aplicación de viñetas de descripción y valoración de estados de salud; también se determinaron los factores de riesgo a los que se encuentra sometido y las defunciones que se presentaron en el hogar; se obtuvo información referente a la capacidad de respuesta del sistema de salud y de los objetivos sanitarios, mediante la percepción de los usuarios, lo que conllevó a la evaluación de la calidad de la atención.

IV.1.6 Encuesta Gente Joven 2002

Esta encuesta tuvo los mismos objetivos propuestos en la encuesta de 1999, entre los más importantes estuvo comparar a la población de las áreas de influencia del programa Gente Joven de Mexfam con zonas similares fuera de ésta.

IV.1.7 Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva en el Distrito Federal

Esta encuesta se llevó a cabo dentro de las zonas de marginalidad alta y muy alta de las delegaciones de Tlalpan e Iztapala. Se entrevistaron tanto a varones como mujeres y se preguntó sobre diferentes temas de la SSR como: 1) práctica anticonceptiva, 2) atención del embarazo y el parto, 3) sexualidad y exposición al riesgo de concebir, 4) ITS, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y cáncer de próstata y 5) infertilidad; además se registraron datos sociodemográficos y de percepción de la calidad de los servicios de salud.

Esta parte del estudio apuntó a identificar cómo la clase, el género, la generación y desigualdades étnicas interactúan para producir inequidades y falta de satisfacción de las necesidades de salud reproductiva, y como la gente percibe las respuestas de los servicios de salud a sus necesidades.

IV.2 Prácticas en planificación familiar y visiones de la población frente a los servicios de salud

IV.2.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos

El principal determinante de la disminución de la fecundidad ha sido la utilización de métodos anticonceptivos para espaciar o limitar la descendencia. En México, a raíz de la promulgación de la nueva Ley General de Población en 1974, se dio un acelerado proceso de difusión e incorporación de la planeación familiar en las parejas mexicanas. El Estado reconoció como

una garantía individual el derecho de toda persona a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, y a disponer de la información y los medios para poder hacerlo. En concordancia con lo establecido en la Ley General de Población vigente, la prestación de servicios es gratuita en todas las instituciones del sector público (Conapo, 2000:24).

Cada vez existen en el mercado un número considerable de métodos anticonceptivos que son altamente eficaces y que están al alcance de las parejas y las mujeres. Sin embargo, la manera de planificar y los métodos que se pueden utilizar para evitar la concepción no se conocen a los mismos niveles para todas las mujeres.

En el D.F., entre 1992 y 1997 (según la Enadid de estos años) el conocimiento que es general sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos permanece por encima de 90.0%, lo que quiere decir que en esos años, por cada 10 mujeres que había entre los 15-54 años, al menos 9 habían oído hablar de métodos para evitar el embarazo. En la siguiente tabla (4.2) se muestra el nivel de conocimiento frente a los diferentes tipos de métodos, para los dos años mencionados.

Lo que se puede observar es que para 1992 métodos como las pastillas, los preservativos, los dispositivos y la operación masculina eran conocidos por más de 93.0% de las mujeres entrevistadas; para 1997, además de los métodos ya mencionados, aparecen otros como la inyección y la operación femenina con conocimientos que superan el 90.0%.

El aumento más notable lo constituye el método Norplant quien crece en aproximadamente 7.2 puntos porcentuales entre los dos periodos mencionados. Aunque en mayor y menor grado, el conocimiento sobre todos los métodos contraceptivos aumenta, es de subrayar que el único que parece salir de esta tendencia es el método de la operación masculina (2.5 puntos menos); mientras que en contraste, la operación femenina aumentó en 7.0 % frente a 1992.

Tabla 4. 2 Porcentaje de mujeres en edad fértil del D.F. que conocen distintos métodos anticonceptivos, según tipo de método, 1992 y 1997

Método	1992	1997
	%	%
Pastillas	96.0	97.0
Preservativos	94.4	97.5
Dispositivos	94.2	94.4
Operación Masculina	94.0	91.5
Inyección	89.9	92.0
Operación Femenina	87.1	93.1
Óvulo	78.9	79.8
Ritmo	77.9	79.7
Retiro	54.6	60.6
Norplant	11.3	18.5
Otros	2.2	3.2

Fuente: Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997. Base de datos mujeres.

IV.2.2 Prevalencia y estructura en el uso de métodos anticonceptivos

El uso de métodos anticonceptivos está ligado a múltiples particularidades de las mujeres y las parejas, entre otros factores, con las conductas las percepciones acerca de la anticoncepción, el deseo de tener más hijos o espaciar sus nacimientos, la edad, el grado de escolaridad, el nivel socioeconómico o su paridad. Por otro lado, alrededor de los mismos, está inherente el hecho de las creencias sobre la efectividad con respecto, por ejemplo, a algunas enfermedades como las ITS, incluyendo el sida (Maroto, *et al.*, 1998:548; Palma y Palma 2007:118).

A pesar de que los porcentajes que se pueden apreciar en la tabla 4.3, sugieren que la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil ha ido en aumento durante los cinco años entre una Enadid y otra (43.0% y 46.6% para 1992 y 1997), cuando se desagregan algunos componentes demográficos se pueden observar retrocesos. Algunos de los puntos que vale la pena destacar son: 1) la disminución en el uso de métodos de las mujeres entre los 20-24 años, en las de 25-29 años de edad y en las mujeres de 40-44 años, 2) el descenso de la prevalencia entre las mujeres en edad fértil sin escolaridad alguna y 3) la reducción en el porcentaje de uso entre las mujeres con paridad igual a uno.

Los casos en los que aumentó la prevalencia fue: mujeres entre los 30-34 y 50-54 años, mujeres con primaria incompleta, mujeres con 4 hijos y más, mujeres no unidas, mujeres de estrato muy bajo y bajo y para ambos casos, los hogares que estaban jefaturados por mujeres y hombres.

Tabla 4. 3 Porcentaje de mujeres en edad fértil que usan métodos anticonceptivos, según características seleccionadas, 1992 y 1997

Variables seleccionadas		1992	1997
		43.0	46.6
Grupo de edad	15-19	5.0	5.4
	20-24	28.6	27.4
	25-29	50.2	46.5
	30-34	62.0	70.2
	35-39	71.3	71.4
	40-44	71.8	68.8
	45-49	55.9	58.1
	50-54	27.4	42.1
Escolaridad	Sin escolaridad	30.0	22.9
	Primaria incompleta	32.0	35.1
	Primaria completa	37.5	39.4
	Secundaria y más	51.2	53.4
	Sin respuesta	33.9	51.5
Hijos nacidos vivos	1	54.6	51.9
	2	71.7	76.2
	3	77.4	79.1
	4 y más	66.4	72.6
	Sin respuesta	6.6	9.6
Situación conyugal	Unidas	73.4	75.7
	No Unidas	10.9	15.2
Estrato socioeconómico*	Muy bajo y bajo	41.7	48.0
	Medio y alto	44.2	46.9
Jefatura del hogar	Hombre	46.9	50.7
	Mujer	28.2	32.6

* No se incluyeron los casos no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997. Base de datos mujeres.

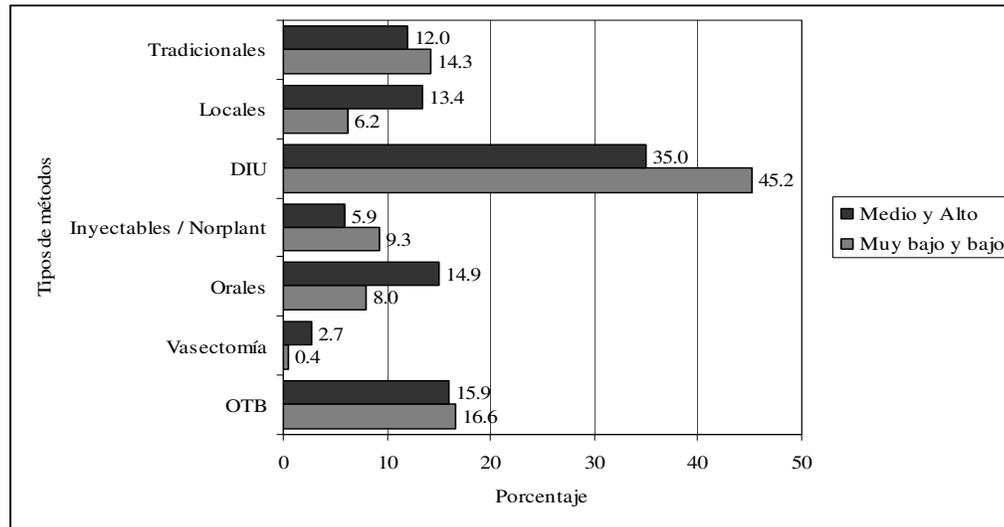
Al interior de cada estrato socioeconómico, las variaciones en el uso de los diferentes métodos son heterogéneas, de acuerdo con la Enadid, para el año de 1997, el método más utilizado fue DIU (dispositivo intra uterino) con valores de 45.2% y 35.0% para los estratos muy bajo y bajo y medio y alto, respectivamente (ver figura 4.1). Estos valores difieren de los métodos

utilizados para el año 1992 (según la Enadid), donde en el primer lugar se posicionaba la OTB (oclusión tubaria bilateral), un método definitivo aplicado para que las mujeres nunca más puedan quedar embarazadas. Quizá la prevalencia en el uso de dicho método se dio en respuesta al afán que tenían los entes gubernamentales por cumplir con las metas que en materia de fecundidad se plantearon, presionando al sector salud para la aplicación de métodos irreversibles, siendo las mujeres las acaeceradas de tales medidas, en parte, porque eran las que acudían con mayor frecuencia a los centros de salud, demandando principalmente atención materna. En 1997, la OTB pasó a ocupar el segundo lugar en el uso para las mujeres en edad fértil de ambos estratos socioeconómicos. Todos estos datos, corresponden a la Enadid 1992 y 1997 cuyo objetivo fue, como ya se dijo, determinar los niveles y tendencias de la fecundidad, la mortalidad y la migración.

Continuando con la Enadid 1992 y 1997, se ve que paradójicamente, mientras las mujeres del estrato medio y alto aumentan el uso de las pastillas y de locales, como método de anticoncepción, el grupo de mujeres pertenecientes a los estratos más bajos, tiene un porcentaje más elevado de mujeres que acuden a prácticas tradicionales para evitar la concepción, tal vez esto se deba a la información con la que las mujeres cuentan y el tipo de instituciones que cubren sus demandas en salud, como más adelante se indicará.

Finalmente, una nueva coincidencia entre los estratos en cuestión es que la vasectomía ocupa el último ranking entre todos los métodos empleados, siendo casi mínima la proporción de hombres que se somete a una solución radical para evitar el embarazo de sus compañeras sexuales (ver figura 4.1).

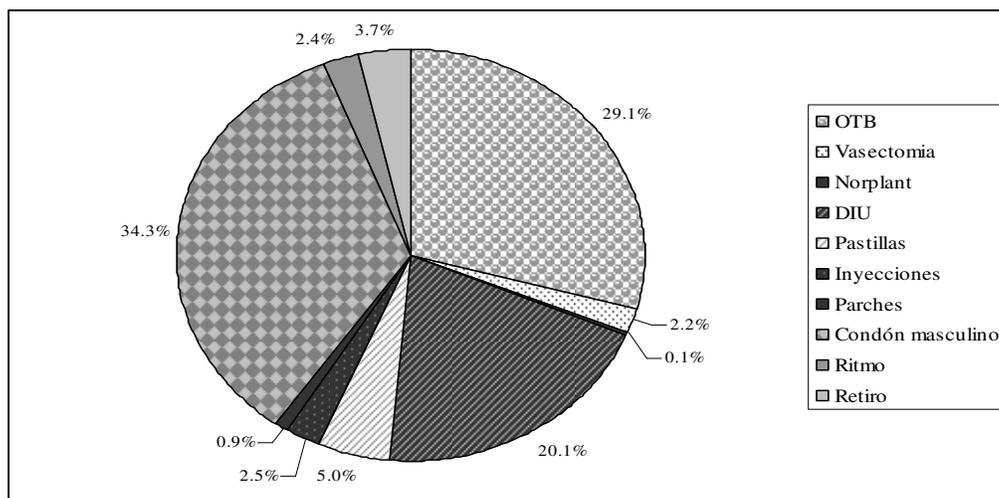
Figura 4. 1. Porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos, según tipo de método y estrato socioeconómico, 1997



Fuente: Elaboración propia con base en la ENADID 1997. Base de datos mujeres.

Entre tanto, la encuesta aplicada a personas que viven en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa arrojó que para el 2007 83.4% de la población se encuentra utilizando como método anticonceptivo: el condón masculino (34.3%), la OTB (29.1%) y el DIU (20.1%). Tanto la OTB como el DIU son métodos que fueron captados en la Enadid 1992 y 1997 de alto uso, sin embargo, llama la atención que en la encuesta aplicada en las zonas marginadas de las dos delegaciones mencionadas, el uso del condón se posiciona en primer lugar como el método más empleado (ver figura 4.2). En parte, tal fenómeno puede ser explicado dado que la Enadid en sus dos versiones sólo incluye a las mujeres entre 15 y 54 años en su módulo de fecundidad, la encuesta sobre necesidades por su parte, entrevistó a mujeres y varones entre los 19 y 49 años de edad.

Figura 4. 2 Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados en Tlalpan e Iztapalapa, 2007



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva del D.F, 2007. Base de datos de la población.

La razón que declararon los entrevistados de Tlalpan e Iztapalapa para utilizar el método actual (al momento de la entrevista) o el último método que utilizaron fue en primer lugar porque les pareció cómodo (27.2%), esto sustenta en parte que utilicen en mayor proporción condones; en igual proporción (10.9%) se tiene el hecho de que la pareja lo prefiriera o por recomendación de algún personal de salud (ver tabla 4.4).

Tabla 4. 4 Razón de uso del método anticonceptivo actual o el último método utilizado en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa, 2007

Razón de uso del método actual o el último usado	Porcentaje
Total	100
Él/ella no lo decidió	6.0
Su pareja lo prefirió	10.9
Recomendación personal de SS	10.9
Tuvo efectos colaterales con otro método	4.8
Le parece cómodo	27.2
Lo consigue fácilmente	7.0
Otras razones	24.3

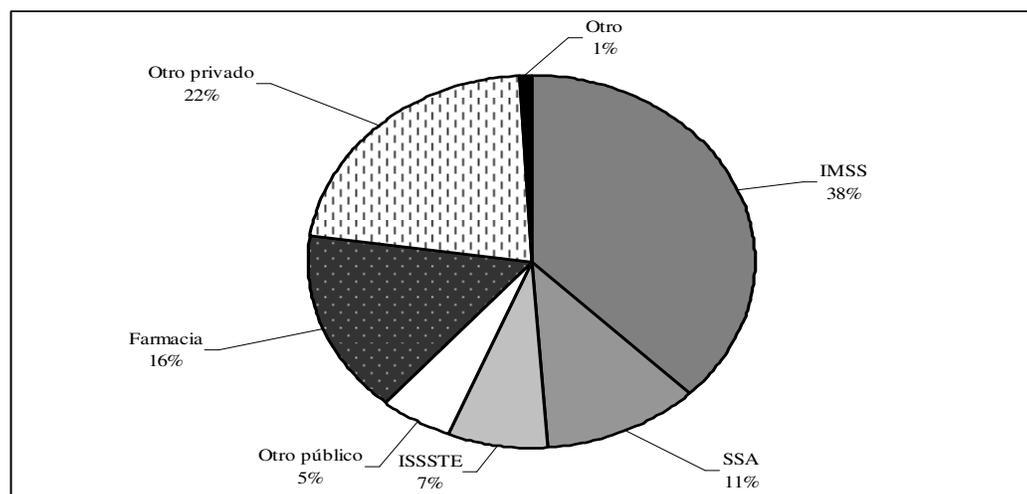
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva del D.F, 2007. Base de datos de la población.

Cabe señalar que de estas personas entrevistadas (en las zonas marginales del D.F) 49.4% de ellas no recibieron prescripción de nadie para utilizar el método, 42.3% lo recibieron de un médico, 6.5% recibieron recomendación de otras personas o a través de otros medios y el resto no sabe o no responde.

IV.2.3 Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

La principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos en 1997, según la Enadid, fue el IMSS, seguido de otras instituciones privadas y las farmacias (ver figura 4.3), cifras que permanecen muy similares a las de 1992. De las instituciones contempladas, sólo dos pierden demanda como lo son las farmacias y la SSA, tal como se evidencia en la tabla 14.

Figura 4. 3 Distribución porcentual de los sitios de obtención de los métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil, 1997



Fuente: Elaboración propia con base en la ENADID 1997. Base de datos mujeres.

El estrato socioeconómico tiene una alta relación con el sitio donde las mujeres se abastecen de los métodos anticonceptivos. Continuando en la tabla 4.5, que contiene datos de la Enadid de 1992 y 1997, se nota, que al igual que en el otro estrato, las mujeres que integran el grupo de población muy bajo y bajo utiliza en mayor medida los servicios que suministra el IMSS; así mismo, son el estrato que acude en mayor proporción a la SSA, dado el carácter gratuito de

algunos métodos de anticoncepción en este lugar; inversamente es el estrato que cuenta con los menores recursos para acudir a servicios privados y farmacias, aunque en el último quinquenio haya aumentado la proporción de mujeres que indican adquirir el método en dichos centros (7.6% en 1992 y 8.7% en 1997).

Básicamente, las mujeres en edad fértil del estrato medio y alto tienen la capacidad económica para adquirir los métodos en farmacias y centros privados, los porcentajes de usuarias de estos lugares aumentaron para los años de referencia y está por encima de su otro estrato aquí comparado. Si bien, son las mujeres de este estrato las que utilizan en mayor medida servicios privados, en el estrato muy bajo y bajo las mujeres casi que duplicaron el uso de las farmacias como medio para abastecerse de anticonceptivos.

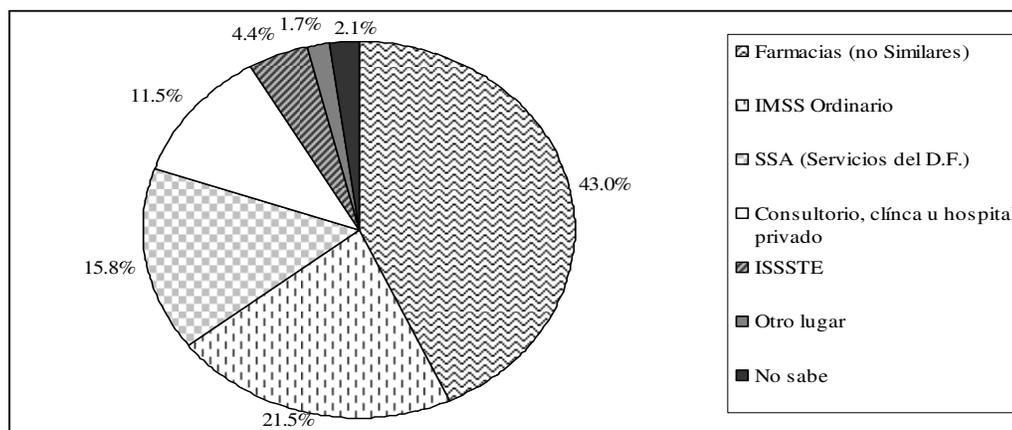
Tabla 4. 5 Porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos, según lugar de obtención y estrato socioeconómico, 1992 y 1997

Lugar de Obtención	Total		Muy bajo y bajo		Medio y alto	
	1992	1997	1992	1997	1992	1997
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>
IMSS	37.0	37.6	41.8	44.4	36.0	31.2
SSA	13.4	11.2	23.7	22.3	6.3	6.5
ISSSTE	7.3	7.4	5.3	5.8	8.2	8.4
Otro público	2.5	5.2	9.5	3.4	3.5	1.8
Farmacia	18.9	15.8	9.8	16.4	18.1	20.8
Otro privado	20.9	21.9	8.7	7.6	26.9	31.2
Otro	0.1	1.0	1.1	0.0	0.9	0.2

Fuente: Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997. Base de datos mujeres.

El aumento en el porcentaje de personas que frecuentan las farmacias como principal lugar de abastecimiento de los métodos anticonceptivos es un hecho que queda evidenciado en Tlalpan e Iztapalapa, 43.0% de ellas acuden a estos sitios, seguidos del IMSS ordinario y la SSA del D.F. (ver figura 4.4).

Figura 4. 4 Distribución porcentual de los sitios de obtención de los métodos anticonceptivos de la población de las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa, 2007



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva del D.F, 2007. Base de datos de la población.

IV.2.4 Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

La razón de no uso de métodos anticonceptivos (en la Enadid) se da en la mayoría de los casos porque al momento de la entrevista las mujeres declararon estar lactando o no lo consideraban necesario (por cumplir con alguna de las siguientes categorías: ser soltera, haber alcanzado la menopausia, esterilidad, ausencia de pareja o no tener relaciones sexuales). Igualmente, una cantidad considerable de las mismas expresaron su deseo de tener hijos o simplemente ya estaban embarazadas.

De acuerdo con las categorías utilizadas para este trabajo (ver tabla 4.6) y con los datos que suministran la Enadid 1992 y 1997, la demanda insatisfecha en anticoncepción se da: 1) cuando la mujer no conoce o no sabe usar el método, 2) cuando ella o su pareja no está de acuerdo con el uso de métodos y 3) cuando ha sufrido o teme por sufrir efectos colaterales derivados de la anticoncepción. Bajo este panorama entonces no sorprende el encontrarnos que las mujeres de los estratos bajos y más bajos sufran severamente las secuelas de la desigualdad. Si centramos la atención en la verdadera demanda insatisfecha en anticoncepción se puede ver que para 1997 el estrato bajo y muy bajo tenía los mayores porcentajes de mujeres que no conocían o no sabían usar los métodos (1.8%), temían a efectos colaterales o

tenían miedo a sufrirlos (3.4%) y aquellas que no estaban de acuerdo con su uso o su pareja se oponía (5.7%), opuestamente, el estrato medio y alto, presenta las tendencias más bajas para las mismas razones de no uso de métodos anticonceptivos 0.5%, 0.9%, 0.5%. Esto lleva a pensar que existe una relación directamente proporcional entre el estrato socioeconómico y la demanda insatisfecha, es decir, entre más bajo el estrato, menor la posibilidad de la mujer de 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 las barreras de conocimiento o percepción errónea sobre los métodos.

Tabla 4. 6 Porcentaje de mujeres en edad fértil que no utilizan métodos anticonceptivos, según razón de no uso y estrato socioeconómico, 1992 y 1997

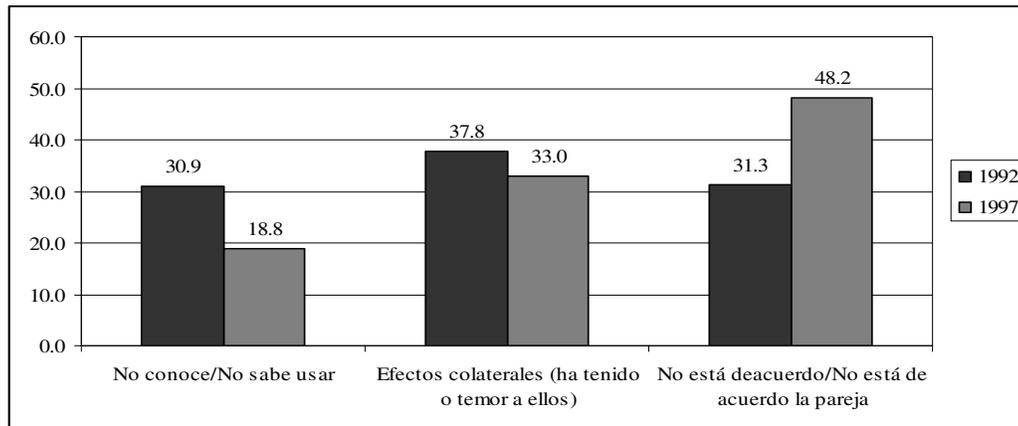
Razón de no uso	1992			1997		
	Total	Muy bajo y bajo	Medio y alto	Total	Muy bajo y bajo	Medio y alto
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No conoce/No sabe usar	1.3	2.2	0.5	0.9	1.8	0.5
No está de acuerdo/No está de acuerdo la pareja	1.3	1.1	1.5	2.2	5.7	1.0
Efectos colaterales (ha tenido o tiene temor a ellos)	1.6	1.9	1.3	1.5	3.4	0.9
No necesita	84	82.3	85.5	81.7	70.2	85.9
Está embarazada	4.9	5.6	4.3	4.3	5.7	3.7
Está lactando	1.7	2.1	1.4	0.6	0.6	0.6
Deseo de más hijos	2.8	2.3	3.3	3.7	4.6	3.4
Otras razones	1.7	2.3	1.3	4.7	7.8	3.6
N.R	0.6	0.3	0.8	0.4	0.2	0.5

Fuente: Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997. Base de datos mujeres.

Según lo que se ha asumido como demanda insatisfecha y al aplicarlo a las dos Enadid disponibles (ver figura 4.5), tenemos que para 1992 la razón principal de no uso de métodos anticonceptivos fue el temor a los efectos colaterales sufridos o posibles a ser sufridos (38.8%), las otras dos razones en tanto, tenían un aporte prácticamente similar (entre más y menos de 30.0%). Para el quinquenio siguiente la situación se modificó de manera que el hecho de no estar de acuerdo con el uso de métodos o la oposición de la pareja a la práctica, fue la razón número uno para no hacer uso de los anticonceptivos, lo que representa cerca de 50.0% de las mujeres en edad fértil que respondieron no emplear ningún método para evitar

los embarazos; seguidamente se encuentran los efectos colaterales (33.0%) y por último el desconocimiento de los métodos y su uso (18.8%).

Figura 4. 5 Razones de no uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil, según categorización, 1992 y 1997



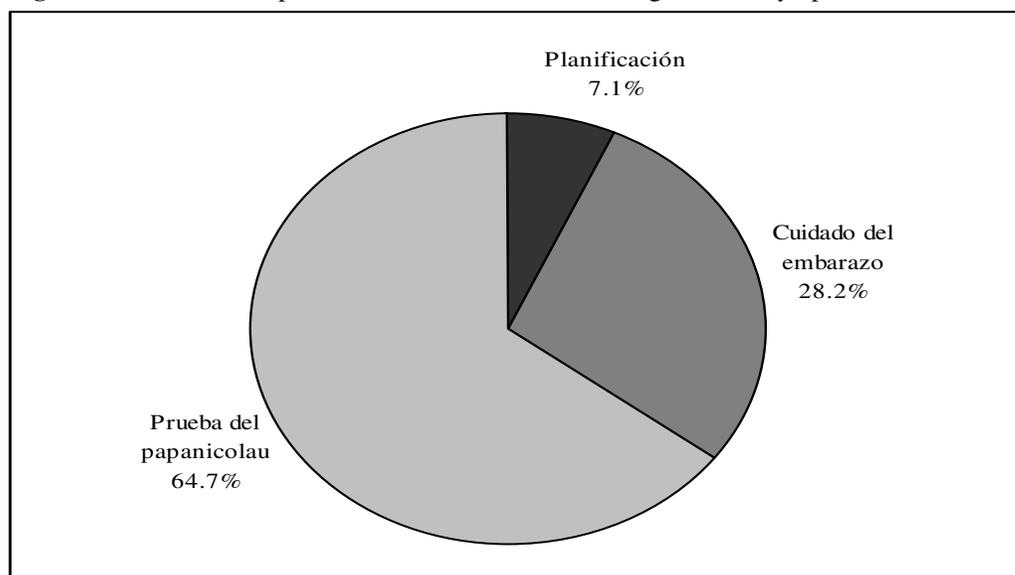
Fuente: Elaboración propia con base en la ENADID 1992 y 1997. Base de datos mujeres.

En las zonas marginadas que aquí se están analizando (a través de la encuesta a la población en Tlalpan e Iztapalapa) sobresale que cerca de 47.8% de las personas (mujeres y varones) no utilizaban anticonceptivos al momento de la entrevista porque deseaban embarazarse y 19.7% no contaba con la información suficiente, el resto lo conforman otras razones y personas que no declararon la razón de no uso.

IV.2.5 Tipo de consultas en salud sexual y reproductiva

De acuerdo con la Ensa 2000, que tuvo como objetivo obtener información sobre la utilización y calidad de los servicios de salud, el pánico es el principal motivo de asistencia a los servicios de SSR con un 64.7% de las consultas totales, seguido de las consultas por cuidado del embarazo que representa la mitad de las consultas anteriores, con 28.2% y lejos de éstas se encuentran las consultas por PF que alcanza un porcentaje de 7.1% (ver figura 4.6).

Figura 4. 6 Distribución porcentual de consultas en SSR, según motivo y tipo de consulta, 2000



Fuente: Elaboración propia con base en la Ensa 2000. Base de datos utilizadores.

En la mayoría de los casos, 72.3%, los usuarios del estrato muy bajo y bajo consultaron en instituciones públicas y 40.1% de la población de estrato socioeconómico medio y alto consultó en instituciones privadas (Ensa).

IV.2.6 Capacitación de los proveedores de servicios

Para conocer el tipo de capacitación de los proveedores recurriremos a la Encuesta Gente Joven de 1999 y 2002 en donde se indagó a los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados el tipo de estudios realizados en el área de SSR y PF de las zonas de influencia de Mexfam. Frente a esto hay señalar que para 1999 31.2% de los entrevistados del D.F. realizó algún tipo de especialización o posgrado, principalmente en medicina familiar (25.0%) y ginecología y obstetricia (16.6%); luego, para el año 2002 61.9% de los proveedores tenían especialización, principalmente en ginecología y obstetricia (28.6%).

En cuanto a capacitaciones en los diferentes temas, tal como se puede apreciar en la tabla 4.7, la mayoría de ellos han recibido instrucción sobre algún componente de la PF, en esta misma tabla se hace la distinción para el sector público y privado.

Tal parece que en términos generales los prestadores de servicios, adscritos a las instituciones públicas están más capacitados en asuntos de PF que los mismos proveedores privados (de acuerdo con la encuesta Gente Joven de 1999). Resalta en los públicos una alta educación en métodos anticonceptivos e ITS, una baja preparación en la atención adolescente y en perspectiva de género. Al tiempo, los proveedores privados quienes están más capacitados en ITS, salen peor calificados para tratar el diagnóstico de VIH, la perspectiva de género y la atención al adolescente.

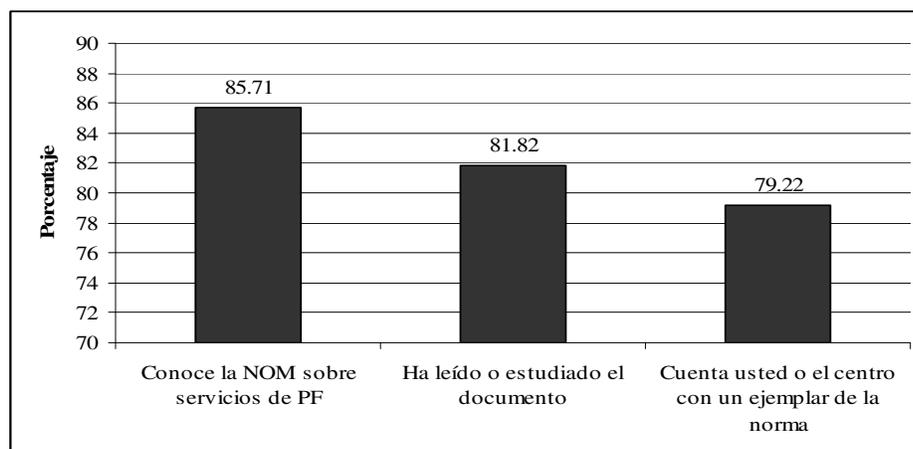
Tabla 4. 7 Porcentaje de proveedores capacitados en los diferentes temas de SSR, 1999

Capacitaciones	Público	Privado
Metodología anticonceptiva	92.3	66.7
Inserción del DIU	80.0	75.0
Anticoncepción de emergencia	81.5	25.0
Riesgo reproductivo	69.2	75.0
Aborto incompleto, complicación de aborto	61.5	66.7
ETS	92.3	83.3
Consejería sobre el SIDA	76.9	50.0
Diagnóstico de VIH	67.7	41.7
Perspectiva de género	52.3	41.7
Atención al adolescente	49.2	41.7

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Gente Joven 1999. Base de datos prestador.

Los proveedores de Gente Joven, conocían en más del 85.0% la Norma Oficial Mexicana (NOM) que regula la prestación de los servicios en PF, cifra que se disminuye a medida que se indaga sobre el estudio de la misma y la disponibilidad en el lugar de trabajo (ver figura 4.7).

Figura 4. 7 Conocimiento, estudio y disponibilidad de la NOM en PF por parte de los proveedores de servicios de salud, 1999



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Gente Joven 1999. Base de datos prestador.

IV.2.7 Evaluación de los servicios de salud

En general, 16.0% de los usuarios de los servicios de SSR de la Ensa 2000 consideran la atención como regular, mala y muy mala. Si se remite a la tabla 4.8 se puede ver que los dos estratos socioeconómicos que se han conformado con esta base de datos dan similares calificaciones para el servicio.

Tabla 4. 8 Calificación de la atención del personal de salud, según estratos socioeconómicos, 2000

Calificación	Muy bajo y bajo	Medio y alto
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>
Muy bueno y bueno	82.4	83.8
Regular, malo y muy malo	16.8	15.1
No responde	0.8	1.0

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensa 2000. Base de datos utilizadores.

Al indagar a los usuarios de la Ensa 2000 sobre si volverían o no a atenderse en el lugar de la consulta en SSR, 89.2% dijo que si. Entre las razones por las cuales no regresarían a tal

institución está el tiempo de espera (34.9%) y el mal trato (30.6%) que juntas suman más de 60.0% de las causas.

La tabla 4.9, muestra la distribución porcentual de las respuestas para las razones de no retorno a la institución de salud, haciendo una distinción entre los usuarios de servicios de SSR y los usuarios de otros servicios. Los rasgos más notables que se pueden ver es que los utilizadores de servicios de SSR declararon un mayor maltrato que los demás usuarios, además de que tuvieron que esperar mucho más; esto último se corrobora con el tiempo de espera de un minuto y más de cada paciente, el cual fue superior para los usuarios de servicios de SSR con 42.75% frente al resto de usuarios que fue 33.72% (excluyendo los casos sin respuesta). Igualmente fue más alto el porcentaje de usuarios de servicios de SSR a los que no les resolvieron sus necesidades en el lugar donde acudieron y fueron remitidos a otros sitios. Finalmente son inexistentes los casos en los que no se curan o no les sirve en medicamento para el grupo de los que consultaron por motivos de SSR.

Tabla 4. 9 Razón de no regreso al sitio de consulta en salud, 2000

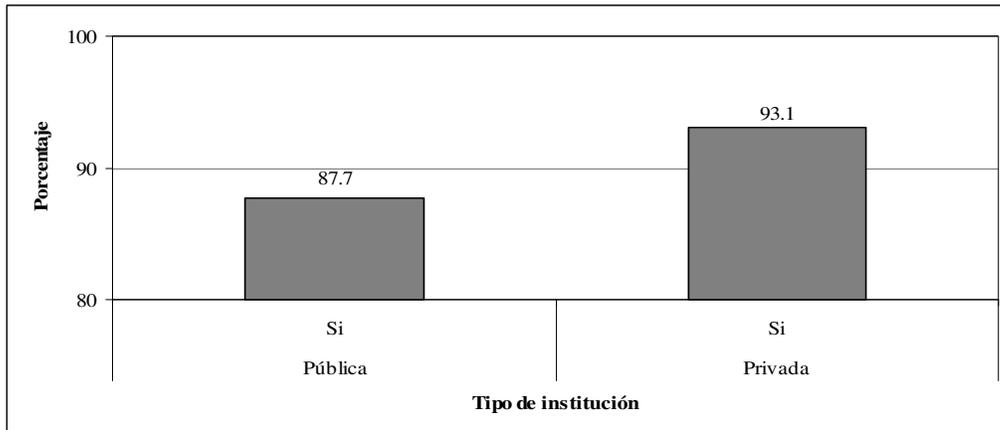
Razón	Usuarios de servicios de SSR	Usuarios de otros servicios
Total	100.0	100.0
Lo trataron mal	30.6	21.1
No estuvo de acuerdo con el diagnóstico	8.2	10.4
No estuvo de acuerdo con el tratamiento	3.5	9.6
No se curó	0.0	8.0
Era caro el servicio	4.7	5.4
Lo refirieron a otro lado	8.0	3.0
Estaba lejos	5.2	3.5
Lo hicieron esperar mucho	34.9	24.6
No había medicamentos/materiales	4.9	5.7
No le sirve el medicamento	0.0	8.7

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensa 2000. Base de datos utilizadores.

En lo que se refiere al tipo de institución, la figura 4.8 indica que hay una mayor satisfacción de las necesidades de los usuarios de servicios de SSR de la Ensa 2000 que acuden a centros

de salud privados, al menos 93.1% de ellos regresarían a atenderse allí, mientras que los que harían lo mismo en la institución pública son 87.7%.

Figura 4. 8 Porcentaje de usuarios del servicio de SSR que volverían al lugar donde se atendieron, según el tipo de institución, 2000



Fuente: Elaboración propia con base en la Ensa 2000. Base de datos utilizadores.

De acuerdo con lo que se puede observar en la tabla 4.10, las personas indagadas en la ENED 2002 otorgan una amplia importancia (extrema y mucha) a asuntos como el trato respetuoso, las condiciones de las salas de esperas y la participación en la toma de decisiones sobre salud que los afecta (95.8% en todos los ítems). Igualmente es sumamente relevante (90.1%) para ellos que el personal que los atiende explique claramente los detalles de la enfermedad, síntomas y tratamientos. Todos y cada uno de los motivos expuestos en la encuesta fueron relevantes para los entrevistados, a pesar que algunas causas son menos sobresalientes como la elección del tipo de médico o enfermera que los atiende (75.8%).

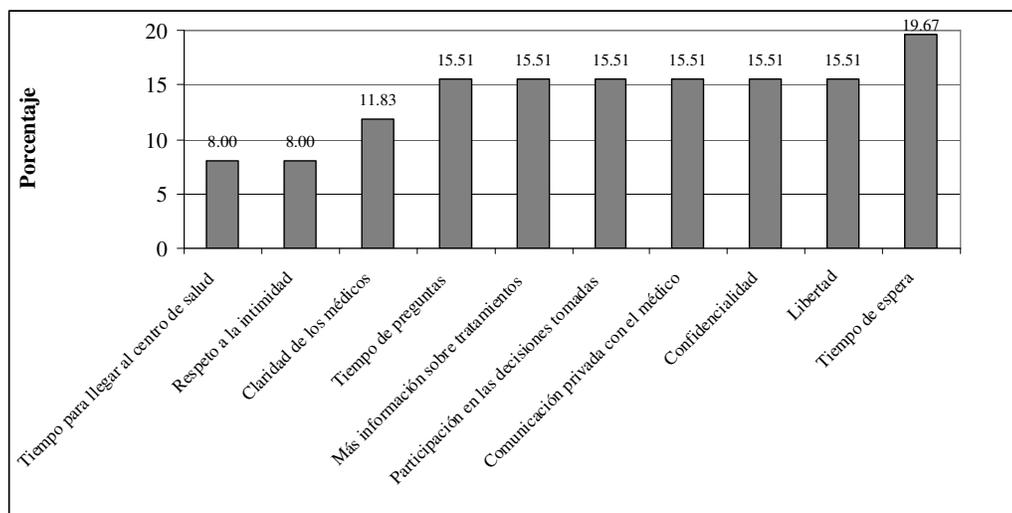
Tabla 4. 10 Porcentaje del nivel de importancia en la atención en SSR, según características del servicio seleccionadas, 2002

Nivel de importancia	Características del servicio						
	Trato respetuoso	Tiempo de espera	Elección del personal de salud	Participar en las decisiones sobre su salud	Salas de esperas y consultorios limpios y con áreas para sentarse	Posibilidad de visitas durante la hospitalización	Explicación de la enfermedad
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>
Extrema	30.4	24.8	30.3	39.0	61.6	55.8	52.9
Mucha	65.4	59.5	45.5	56.8	34.2	28.5	37.2
Media	4.2	12.8	24.2	4.2	4.2	12.9	9.9
Escasa	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0

Fuente: Elaboración propia con base en la ENED 2002. Base de datos capacidad de respuesta en salud.

El 6.1% de las consultas ambulatorias y a domicilio de la ENED 2002 fueron por motivos de SSR; a las personas que consultaron por tales razones, se les preguntó la calificación para diez componentes del servicio, de los cuales, siete fueron calificadas como malas y muy malas por más de 15% de los usuarios (ver figura 4.9).

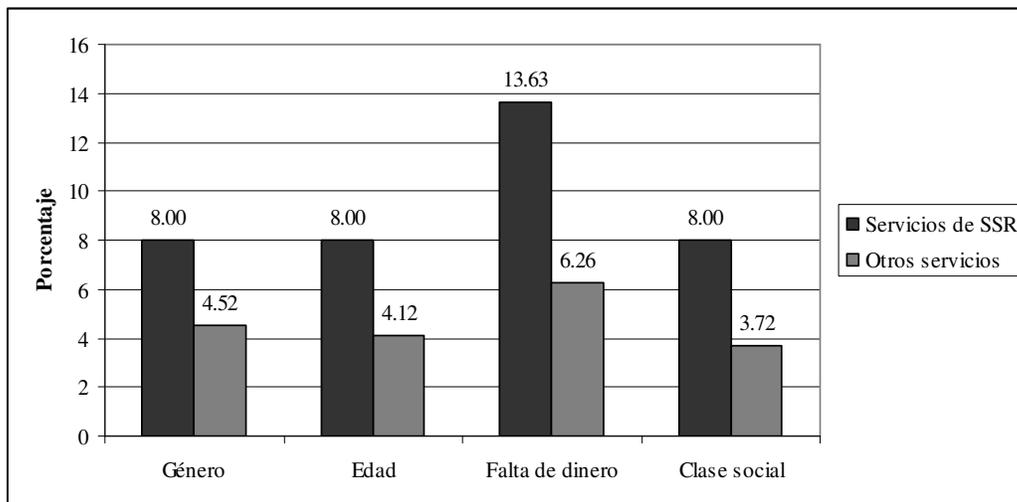
Figura 4. 9 Porcentaje de usuarios que calificaron como malo y muy malo los servicios de salud, según categorías seleccionadas, 2002



Fuente: Elaboración propia con base en la ENED 2002. Base de datos capacidad de respuesta en salud.

De manera paralela, según la ENED 2002, la percepción de discriminación que tuvo un paciente que acudió por consulta prenatal, PF y parto y aquellos que consultaron por otros motivos, es diferencial. En la figura 4.10 se puede ver que los valores de aquellos que dijeron sentirse maltratados por los proveedores, dadas diversas características, fue doble para los que ingresaron a los servicios de SSR. Ello es la muestra de una clara segmentación del servicio que surge en el seno de los proveedores y que se traducen en una inadecuada prestación de los servicios de salud.

Figura 4. 10 Porcentaje de usuarios que manifestaron discriminación en el servicio de salud, 2002



Fuente: Elaboración propia con base en la ENED 2002. Base de datos capacidad de respuesta en salud.

En cuanto a Tlalpan e Iztapalapa se refiere se puede decir que 3.5% de los encuestados sintieron un mal trato en los lugares donde obtuvieron los métodos anticonceptivos; pese a que la cifra es baja, se pudo determinar que 67.1% del maltrato provino de los médicos y 13.9% de las enfermeras. Dicho mal trato consistió principalmente en: mala atención (24.5%), presunta negligencia médica (16.8%), tiempos prolongados de espera (15.6%), discriminación por pertenencia a un grupo étnico o ser de color (13.1%) y discriminación por el tipo de consulta (9.3%).

Al plantearse la posibilidad de disminuir algunas barreras que imponen las instituciones y los proveedores de servicios de salud los usuarios de Tlalpan e Iztapalapa respondieron en

primera instancia que les gustaría mejorar el trato que el personal brinda a la población (ver tabla 4.11). También les gustaría que se ampliaran los horarios de atención y la preparación del personal. Un aspecto que resalta es que hubo una proporción pequeña de mujeres que consideraron fundamental difundir información a la población (3.2%), el porcentaje de hombres que creyó lo mismo fue casi del doble de las mujeres (7.2%).

Tabla 4. 11 Barreras que los usuarios de planificación familiar disminuirían en los proveedores de servicios de salud, 2008

Qué mejoraría de la institución pública en anticoncepción	Sexo		% Total
	% Hombre	% Mujer	
Mejorar el trato que el personal brinda a los usuarios	43.1	41.9	42.5
Horarios más amplios o accesibles	28.7	18.2	23.6
Mejorar la preparación del personal de salud	18.5	26.6	22.5
Abastecer de medicamentos o materiales	21.4	22.4	21.9
Incrementar la plantilla del personal del salud	7.3	10.1	8.7
Acercar físicamente las unidades	6.1	8.8	7.4
Disminuir requisitos	3.6	7	5.3
Difundir información a la población	3.2	7.2	5.1
Rápida atención y entrega de resultados	5.8	3	4.4
Mejorar la calidad de los medicamentos o materiales	3.7	4	3.9
Otros	15.6	4.9	10.3

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva del D.F, 2007. Base de datos de la población.

Capítulo V

V. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se basa en herramientas cualitativas obtenidas a partir de tres grupos focales que se desarrollaron con prestadores de servicios de salud de las zonas de Marginalidad Alta y Muy Alta de Tlalpan e Iztapalapa. Así mismo, se presentarán datos cuantitativos a partir de la Eninplaf con el propósito de referir algunas características personales, profesionales e institucionales de los proveedores con respecto a la PF.

Si bien, los momentos en los que se capta la información es diferente y las áreas geográficas que se toman como punto de partida también lo son, hay que resaltar que la Eninplaf se convirtió en la única base que contaba con los elementos necesarios para establecer alguna referencia, teniendo en cuenta los objetivos propuestos para esta investigación.

V.1 Información secundaria: Encuesta sobre las instituciones en planificación familiar

Después de hacer una revisión de las encuestas disponibles en el territorio mexicano que se ajustan a los objetivos del siguiente proyecto se optó por utilizar la Eninplaf, la cual fue desarrollada por Conapo en el año de 1996. Esta encuesta fue diseñada con el propósito de obtener información, desde la óptica de los prestadores de servicios, para complementar el análisis de los datos que las mujeres en edad fértil (MEF) proporcionaron en la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, levantada por Conapo en 1995. Entre sus objetivos específicos se encuentran: 1) conocer las características de los servicios de salud institucionales, privados y comunitarios que en las localidades rurales se brindan y 2) evaluar las estrategias ejecutadas por el sector salud dentro del programa para extender los servicios de

PF y SR. Esta encuesta se llevó a cabo en diferentes localidades rurales y urbanas de Chiapas, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz. El dominio de esta encuesta es únicamente a nivel de los estados seleccionados.

Para la Eninplaf se utilizaron siete tipos de cuestionarios:

1. Cuestionario de localidad.
2. Cuestionario de instituciones de gobierno.
3. Cuestionario de médicos y enfermeras de instituciones de gobierno.
4. Cuestionario de hospitales privados.
5. Cuestionario de médicos privados.
6. Cuestionario para agentes de salud comunitarios.
7. Cuestionario para empleados de farmacias.

Para este caso en particular sólo se emplearán dos de estos cuestionarios: El cuestionario de médicos y enfermeras de instituciones de gobierno y el cuestionario de médicos privados. Las unidades de análisis en ambos casos fueron médicos y enfermeras y las unidades de muestreo fueron los centros médicos del primer y segundo nivel de atención del régimen ordinario, del régimen de solidaridad social del IMSS-Solidaridad, de la Secretaría de Salud y del ISSSTE en el caso de las instituciones de gobierno y los hospitales privados.

El cuestionario aplicado a los médicos y enfermeras de las instituciones de gobierno fue realizado a personal encargado de otorgar los servicios relacionados con la PF para conocer sus antecedentes laborales y educativos, apoyo institucional, actividades generales y sobre PF, percepción sobre actitudes de la población, lactancia posparto y OTB, opinión y ambiente social, características personales y, finalmente, conocer el manejo que darían a casos clínicos hipotéticos con relación a la lactancia, uso de métodos anticonceptivos y contraindicaciones (ver anexo 1). En cuanto al cuestionario para los médicos privados, éste es análogo al cuestionario anterior, adaptado a personal de instituciones privadas. En este caso, la adaptación incluye tanto omisión de ciertas preguntas como la inclusión de otras (ver anexo 2); en el primer apartado sobre antecedentes laborales y educativos se prescinde de la información sobre cargo, tipo de contratación y antigüedad. En el segundo apartado sobre

apoyo institucional se prescinde de la información referente a supervisión y metas de planificación familiar. En el tercer apartado sobre actividades generales y sobre planificación familiar se agregan preguntas sobre tiempo promedio de consulta y espera de los pacientes, costo de consulta por métodos específicos y se prescinde de la información sobre relación con la comunidad para PF y apoyo de los miembros de la comunidad.

El total de observaciones obtenidas en la Eninplaf fueron de 1308 y están desglosadas en la tabla 5.1, además de otra información relacionada.

Tabla 5. 1 Principales características de la Eninplaf, 1996

Población objeto	Extensión del archivo	Nº de muestras	Porcentaje
<i>Total</i>	-----	1308	100
Médicos y enfermeras en instituciones públicas.	medenpf.sys	1208	92.4
Médicos y enfermeras en instituciones privadas.	medpriv.sys	100	8.6

V.2 Información primaria: Trabajo de campo

Cuando se trata de referir información sobre la visión de un grupo de población no es suficiente con los datos que suministra las encuestas. Por eso, se consideró necesario realizar un trabajo de campo donde hubiese un acercamiento personalizado con los protagonistas de este trabajo: los proveedores de servicios de salud.

En primer lugar, para la elección de las áreas geográficas en donde se podía trabajar se tuvo en cuenta la clasificación realizada por el Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado (Coplade) en donde se presentan las áreas de marginación¹ para el D.F. De acuerdo con esta institución, el 35.5% de las UT's de esta ciudad pertenecían a los estratos de Alta y Muy Alta

¹ Las dimensiones de análisis tenidas en cuenta por el Coplade para el cálculo de la marginación fueron: servicios de salud; educación; ingreso; patrimonio familiar y vivienda. Dentro de cada una de éstas se contemplaron en total 8 categorías y 12 indicadores.

marginación, así mismo, las delegaciones que más número de UT's con dicha marginalidad tenían eran: Iztapalapa, Álvaro Obregón y Tlalpan, tal como se puede apreciar en la tabla 5.2.

Tabla 5. 2 Población del D.F., según grado de marginalidad, unidad territorial y delegación, 2000

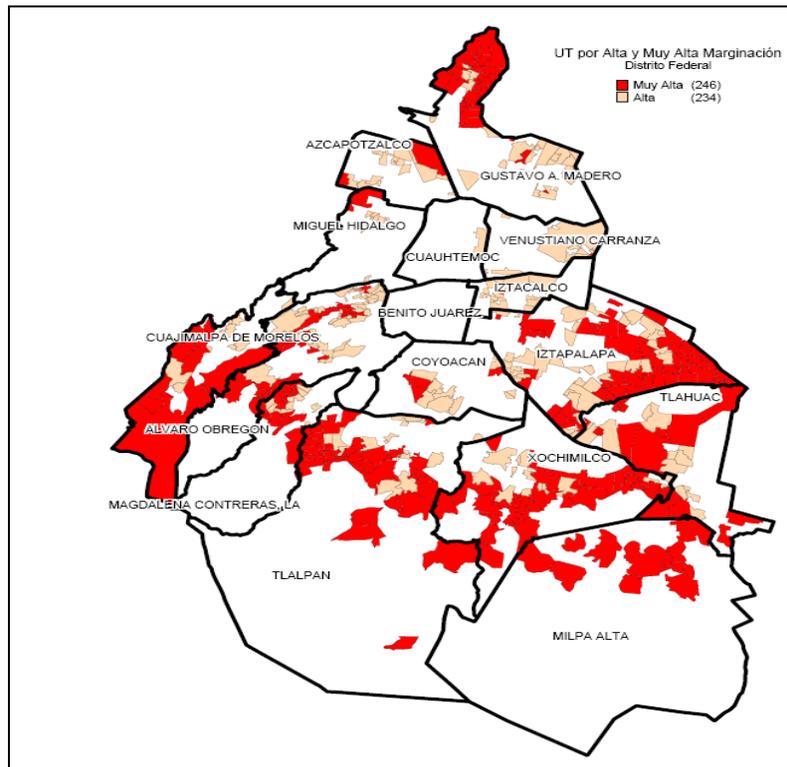
Delegaciones	Mediana, baja y muy baja marginación		Muy alta y alta marginación	
	UT's	Población	UT's	Población
Total	872	5066981	480	3501853
Azcapotzalco	73	345959	18	95030
Coyoacán	103	426441	13	213988
Cuajimilpa	18	63268	18	86472
Gustavo A. Madero	111	772147	53	463358
Iztacalco	39	300832	17	110490
Iztapalapa	92	783094	94	990002
La Magdalena Contreras	15	84572	26	137456
Milpa Alta	0	0	12	90809
Álvaro Obregón	84	327893	76	359039
Tláhuac	10	77063	27	221641
Tlalpan	88	235712	59	333957
Xochimilco	27	92083	44	262153
Benito Juárez	56	360481	0	0
Cuauhtémoc	42	485364	1	30899
Miguel Hidalgo	64	317588	11	35122
Venustiano Carranza	50	394475	11	68370

Fuente: Coplade, 2000

De esta manera se seleccionaron las zonas de Tlalpan e Iztapala, puesto que recogen (en términos absolutos) una mayor cantidad de población,² dentro de las UT's con marginalidad Alta y Muy Alta (ver figura 5.1).

² Las cifras sobre el total de la población no coinciden necesariamente con la población reportada por el INEGI para el año 2000. En el XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000, el INEGI declaró un total de 8605239 habitantes en el Distrito Federal.

Figura 5.1 Unidades territoriales de alta y muy alta marginación. Distrito Federal, 2000



Fuente: Coplade, 2000.

Otro criterio utilizado para la selección de las zonas fue que dentro de ellas operara el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG), con el fin de establecer si la población marginada puede acceder a través de estos medios a los servicios de salud.

A continuación se muestran algunas figuras (5.2 y 5.3) que presentan las características de las zonas que fueron elegidas para los grupos focales, en este caso en una colonia de Tlalpan.

Figura 5. 2 Casa en zona marginal de Tlalpan, 2008



Fuente: Aidé Rodríguez Salauz, 2008

Figura 5. 3 Vista de una calle en Tlalpan, 2008



Fuente: Aidé Rodríguez Salauz, 2008

V.2.1 Grupos focales

A través de los grupos focales se buscó crear un ambiente de diálogo donde los prestadores de servicios de salud se sintieran en confianza para tratar los distintos temas de la SSR; además de que los participantes hablaron con más propiedad sobre lo que se les preguntaba, también fue una oportunidad para hacer observaciones directas sobre ellos. La dinámica consistió en la realización de preguntas semiestructuradas (ver anexo 3) con el propósito de ir guiando las discusiones; básicamente los objetivos que se persiguieron con estas actividades fueron:

- 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 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.
- 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.

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

Los proveedores de salud en estas zonas fueron escogidos de acuerdo con un listado que se tenía de los centros que estaban localizados en el área. El primer paso consistió en contactar a los directores de la institución (públicas) y se les solicitó autorización para reunir a los prestadores de servicio, luego (con la aprobación del director) se conformaron los grupos y se llevó a cabo la actividad. Con los prestadores privados se hizo un acercamiento más directo pues muchos de ellos eran los dueños de las clínicas y centros de salud.

La población objeto de estudio en los grupos focales representó una gama variada de personal de salud: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, administradores, gerentes, farmacéuticos, entre otros. Las unidades seleccionadas fueron los hospitales, clínicas, centros médicos, farmacias, ONG's, etc. tanto públicos como privados.

En total se realizaron tres grupos focales. El grupo focal de Tlalpan fue de prestadores públicos y los grupos de Iztapalapa fueron dos: uno público y el otro privado. Las características de los grupos se pueden ver en la tabla 5.2:

Tabla 5. 3 Grupos focales en Tlalpan e Iztapalapa

Profesión	Públicos	Privados
Médicos/as	6	7
Enfermera/o	3	1
Licenciado/a en Trabajo social	4	0
Farmacéutico	1	0
TOTAL	14	8

Para conocer las características de los centros ver anexo 4.

V.3 Abordaje metodológico

El análisis que se propone para este estudio es de tipo descriptivo. A través de tablas y figuras se presentarán datos tabulados obtenidos a partir de la Eninplaf, al mismo tiempo, se complementará con información proveniente de los grupos focales. Siguiendo la lógica que se plantea en la Eninplaf trataremos los siguientes temas: antecedentes laborales y educativos, apoyo institucional, actividades generales y sobre planificación familiar, percepciones sobre actitudes de la población, opinión y ambiente social, características personales del entrevistado y recomendaciones según casos clínicos.

Por otro lado, para ser congruentes con lo planteado en el marco conceptual, se hará énfasis en las necesidades insatisfechas en PF, barreras que impiden el acceso a los servicios de PF, las relaciones de género y las condiciones de desigualdad, pobreza y marginalidad en Tlapan e Iztapalapa.

V.3.1 Hipótesis

La hipótesis central que se intentará demostrar a través de este estudio será:

Existen características personales y profesionales en los proveedores de servicios de salud que traducen en barreras de acceso para la planificación familiar, no obstante, los obstáculos que ellos identifican son principalmente los que provienen de la población.

Al mismo tiempo de esta hipótesis se derivan los siguientes supuestos:

- Hay un predominio de enfoque de los servicios de PF hacia mujeres adultas en edad fértil, lo que produce que ciertos grupos de población como los adolescentes, varones y parejas no unidas sean excluidos de los programas de SSR.

- Las barreras percibidas por los prestadores públicos y privados son diferentes. Perciben más barreras los prestadores públicos.

V.4 Limitaciones del estudio

Las siguientes son las limitantes del estudio que resultan principalmente por la información de la cual se dispone y que deben ser tenidas en cuenta:

- Tanto la Eninplaf como los grupos sociales contemplaron para su aplicación contextos diferentes (aunque coincidentes con respecto a algunas problemáticas). Por una parte la Eninplaf se desarrolló en zonas urbanas y rurales del país y los grupos focales emergieron a partir de dos áreas específicas de las delegaciones de Tlalpan e Iztapalapa que se seleccionaron de acuerdo al criterio de marginalidad Alta y Muy Alta.
- Existe una diferencia temporal de 12 años entre la Eninplaf y el estudio a través de los grupos focales en Tlalpan e Iztapalapa, lo cual puede conllevar al sesgo de interpretación, dado que las circunstancias sociales, económicas y políticas del país han cambiado; por ejemplo, en la época de aplicación de la Eninplaf apenas se había establecido la NOM de PF. Otro aspecto que estuvo muy marcado en los años en que se levantó la Eninplaf fue la presión que tenían las instituciones públicas de salud por cumplir con metas de PF, hoy en día dichas estrategias en este sector se han ido modificando.
- Los resultados obtenidos deben considerarse únicamente como un análisis de casos y por lo tanto no es recomendable asumir estos resultados como sucesos generalizados para todas las zonas marginales del D.F. ni de otra zona del país.
- Con respecto a la Eninplaf hay que mencionar que es una base de datos que no ha sido verificada por el Conapo y sus resultados no han sido publicados oficialmente.

Capítulo VI

VI. LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE LAS INSTITUCIONES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR COMO PUNTO DE REFERENCIA

En este capítulo se pretende de manera particular hacer una breve descripción de la única base de datos disponible en el país que ha sido dirigida a los profesionales en salud (en este caso médicos y enfermeras) para conocer más de cerca las actividades que éstos tienen en torno a la PF. La Eninplaf para este trabajo se convierte en un punto de referencia - más no de comparación - para establecer conexiones y posibles puntos coincidentes con las dos áreas geográficas que fueron seleccionadas para esta tesis. De este modo, en primer lugar se hará un perfil de los prestadores de servicios de salud en función de su edad, sexo, estado conyugal y paridad. Luego, se procederá a describir la formación, educación y capacitación en PF que han tenido los profesionales de la salud y finalmente se fijarán los servicios ofrecidos y las posturas de los proveedores frente a casos específicos de la PF.

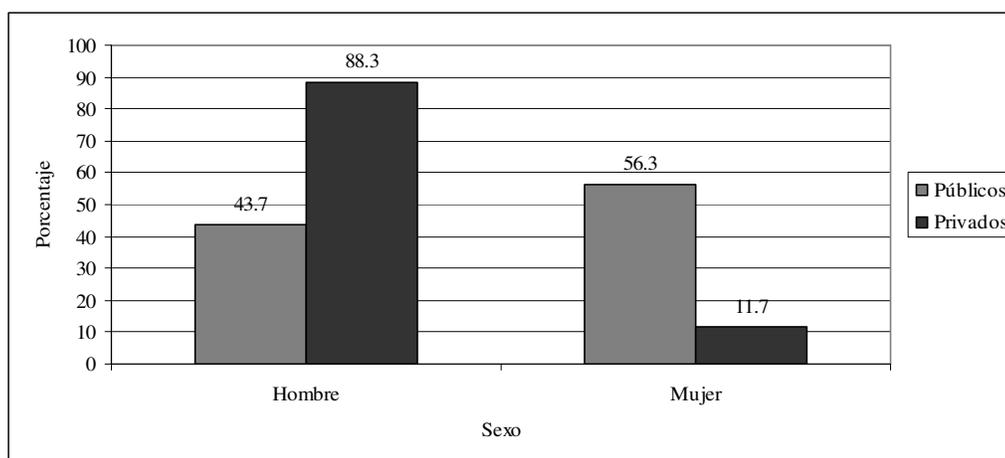
VI.1 Análisis de la Eninplaf: Características generales de los prestadores de servicios de planificación familiar

Uno de los elementos fundamentales para comprender y analizar los comportamientos de los proveedores de planificación familiar fue establecer en primer lugar cuáles son sus características en términos de sexo, edad, condición de unión, etc.

La muestra de proveedores de servicios de salud estuvo compuesta por un total de 1308 encuestas de las cuales 92.4% correspondían a médicos y enfermeras del sector público. La distribución por sexo de esta población puede ser apreciada en la figura 6.1 en donde se

muestra desagregada la información entre prestadores públicos y privados. Es importante observar que para 1996 el personal médico que atendía cuestiones de PF en el sector privado eran en su mayoría varones, entre tanto, en el sector la distribución era casi homogénea, aunque prevalecía el personal femenino.

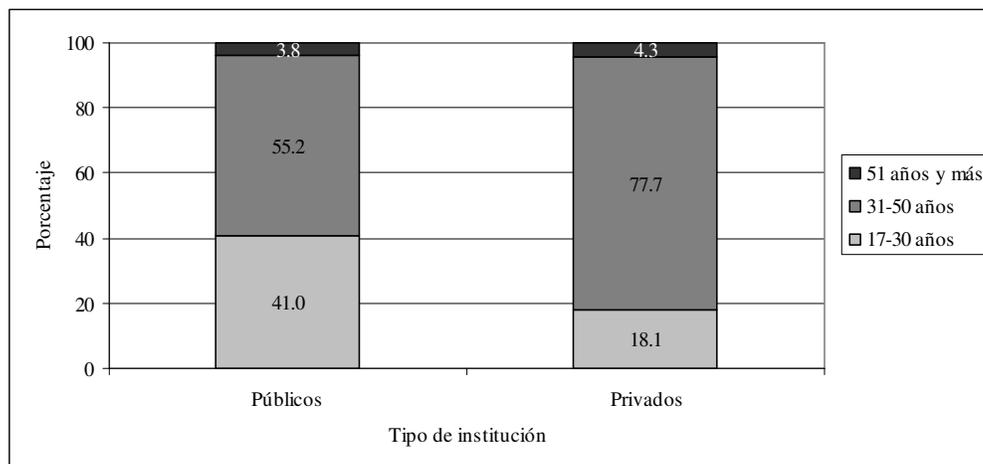
Figura 6. 1 Distribución porcentual de los proveedores de servicios de planificación familiar, según sexo y tipo institución, 1996



Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

De la misma manera, se tiene una distribución de los entrevistados, según el grupo de edad, ya que como se estableció en capítulos anteriores y con base en estudios previos, esta variable determina en gran parte el accionar de los prestadores de servicios, que para este caso puede ser: el tipo de método que prescribe, el grupo poblacional al que atiende, entre otras características. En esta encuesta en particular se tiene que la mayoría de los entrevistados pertenecían al grupo de edad de 31 a 50 años (ver figura 6.2), aunque dentro de los proveedores privados, este porcentaje representa 77.7% frente a 55.2% en los proveedores públicos. Como más adelante se encontrará, este factor se explica por el número de pasantes (generalmente en edades jóvenes) que están incorporados en las filas de las instituciones públicas haciendo su servicio social.

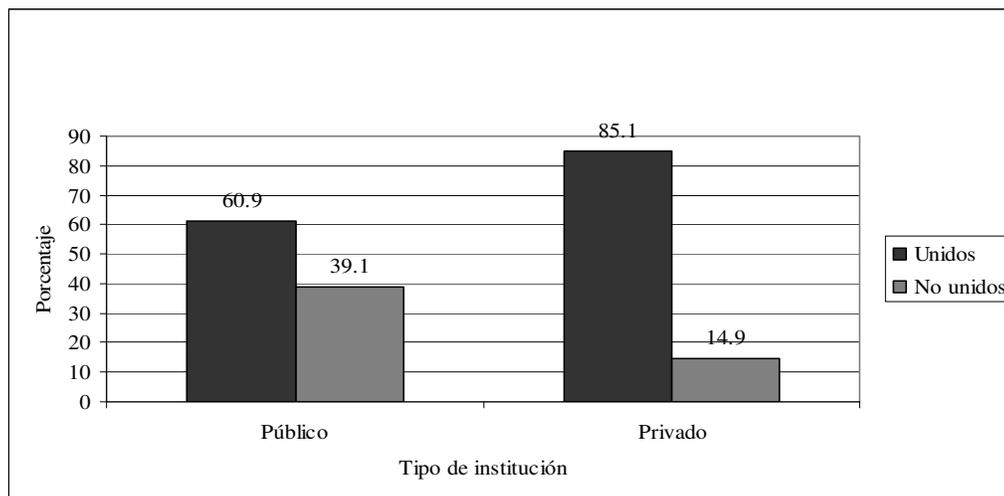
Figura 6. 2 Distribución porcentual de los proveedores de servicios de planificación familiar, según grupos de edad, 1996



Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

En este sentido es lógico encontrar que 85.1% de los prestadores de servicios de salud privados estén unidos (unión libre o casado), contra 60.9% de los prestadores públicos lo estén (ver figura 6.3). Llama la atención saber que de aquellos que declararon estar unidos, en promedio 83.6% utilizan -o su pareja utiliza- algún método anticonceptivo; si tomamos los valores según el tipo de proveedor, 92.3% de los privados dijeron tener esta práctica, mientras que en los públicos este porcentaje fue de 75.9%. Finalmente, en esta parte de la caracterización, se indagó por el número de hijos nacidos vivos y lo que arrojó la Eninplaf es que para los privados este porcentaje era de 96% para los unidos y para los públicos era de 86.1%.

Figura 6. 3 Distribución porcentual de los proveedores de servicios de planificación familiar, según condición de unión y número de hijos nacidos vivos, 1996



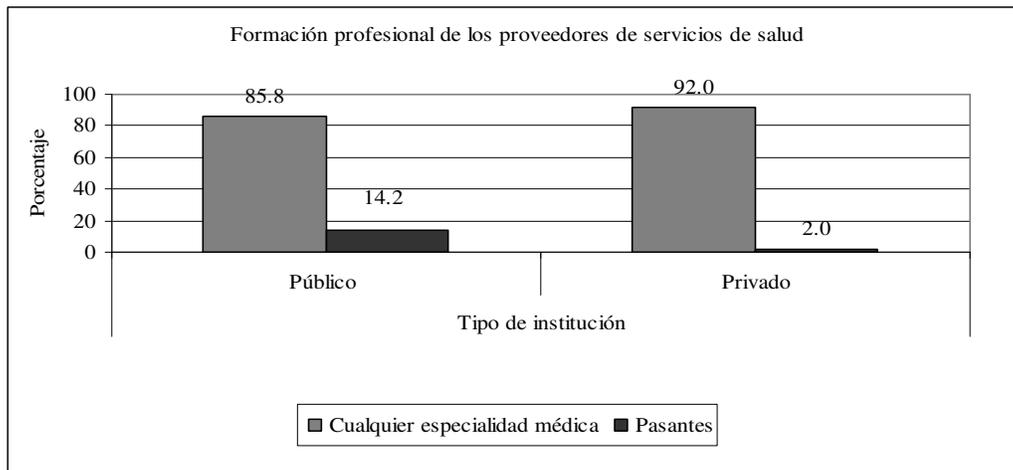
Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

VI.2 Educación y capacitación de los proveedores de servicios de salud

La Eninplaf reporta que 100% de los encuestados de las instituciones públicas prestan servicios de PF y 92% de los prestadores privados hacen la misma actividad. Igualmente, las personas entrevistadas en los grupos focales desarrollaban algún tipo de función alrededor de la SSR y PF.

Como se ilustra en la figura 6.4, tanto en las instituciones públicas como privadas los entrevistados eran casi en su totalidad médicos y el resto pasantes, como se dijo más arriba, los centros públicos cuentan con una proporción mayor de pasantes médicos que hacen su servicio social en dichos lugares. Alrededor de 24.0% de los proveedores en salud dijeron tener alguna especialidad; mientras que 30.0% de los proveedores públicos tienen posgrado, tan sólo el 18.0% de los prestadores privados tienen el mismo nivel educativo.

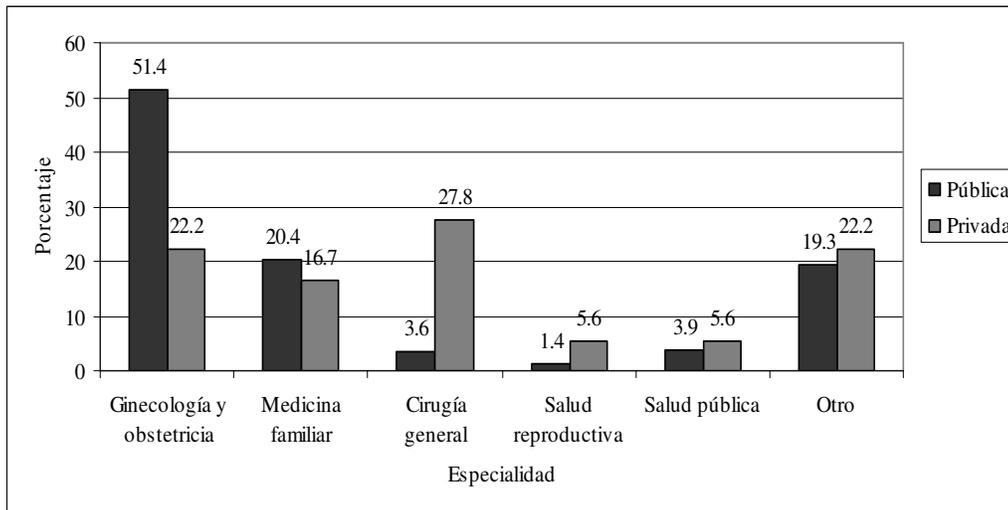
Figura 6. 4 Distribución porcentual de los proveedores de servicios de planificación familiar, según su formación profesional y tipo de institución, 1996



Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

Los proveedores públicos se concentran principalmente en dos especialidades: ginecología y obstetricia y medicina familiar, las cuales juntas representan 70.8% sobre el total de especialidades para este grupo; por otro lado, la distribución de los proveedores privados entre las distintas especialidades se da de manera más variada, siendo la cirugía general la especialidad más frecuente. Entre otras cosas, sobresale en la figura 6.5 que las especialidades en salud reproductiva son poco comunes entre los entrevistados, en este caso para ambos sectores de la salud. Esto podría interpretarse como un real desinterés de los prestadores de servicios de salud por profundizar sus conocimientos en este tipo de temas tan concretos que podrían impactar favorablemente sobre la población. Al parecer, cuando de elegir una especialidad se trata, los profesionales de la salud siguen inclinándose por estudios que están enfocados principalmente hacia la curación (en este caso hacia la intervención directa sobre el paciente como por ejemplo el parto) y no hacia la prevención (como generalmente se hace o debería hacerse en la atención de la SSR).

Figura 6. 5 Distribución porcentual de los proveedores de servicios de planificación familiar, según el tipo de especialización y tipo de institución, 1996



Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

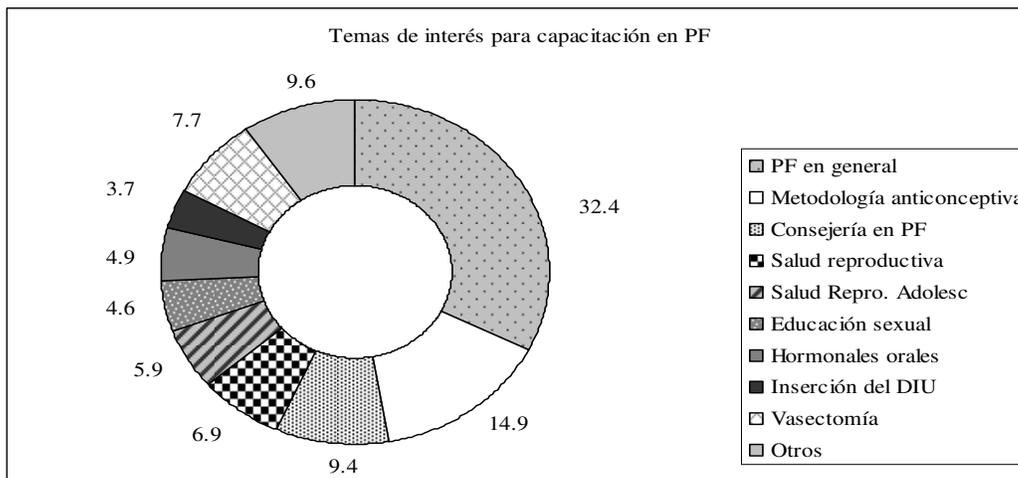
Este interés por especializaciones de intervención podría ser el reflejo de las experiencias que a diario intercambian los prestadores de servicios de salud en los centros y lugares donde ejercen sus actividades, así mismo, dado la concentración de profesionales en las áreas de especialización descritas, se puede presumir que esto se deba igualmente a que son las áreas más demandadas por la población y por ello los médicos y enfermeras prefieren elegir estas alternativas más que otras que podrían estar relacionadas con la PF y la SSR en general.

En ocasiones la especialización de los médicos, lejos de ser una ventaja para el usuario, se convierte en un obstáculo para que los usuarios vean satisfechas sus necesidades, ya que muchas veces asisten por un problema muy concreto y el especialista pierde de vista la demanda original tratando de ir más allá del problema.

Para 1996 la mayoría de los médicos y enfermeras dijeron haber recibido capacitación en temas de PF (86.6% los públicos y 71.0% privados), lo que se puede poner en duda, más bien se presume que existe un conocimiento general de los temas. Por otro lado, a la pregunta de la Eninplaf sobre si estarían interesados en recibir capacitación en PF, más de 95% dijeron que si; los temas de interés pueden verse en la figura 6.6 y lo que se interpreta de esto, *grosso*

modo, es que en realidad aquellos que fueron más específicos al declarar el tema de interés como la inserción del DIU, la vasectomía, la salud reproductiva del adolescente, la educación sexual, podrían tener en realidad intenciones de capacitarse sobre estos tópicos, mientras que el resto sólo se ciñeron a contestar la pregunta, sin adentrar sobre cuál tema sería más importante para ellos.

Figura 6. 6 Temas de interés sobre capacitación en planificación familiar de los prestadores de servicios de salud de instituciones públicas, 1996



Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

VI.3 Actividades y oferta de servicios en planificación familiar

De acuerdo con los datos arrojados por la Eninplaf hay en el mercado una gama de servicios tanto generales como en SSR, que son cubiertos en mayor porcentaje entre los prestadores de servicios privados (ver tabla 6.1).

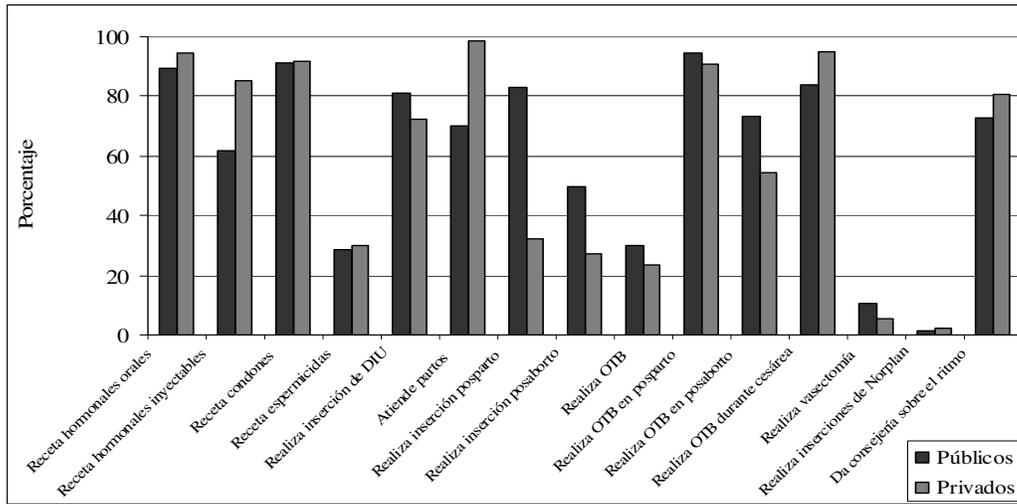
Tabla 6. 1 Proporción de proveedores que realizan distintas actividades en salud, según tipo de instituciones, 1996

Actividades que realizan	%	
	Públicos	Privados
Consulta (o clínica prenatal)	73.3	97.9
Consulta a mujeres en puerperio	80.4	93.6
Consulta (o clínica) de planificación familiar	94.0	98.9
Consulta a menores de 5 años	61.1	92.6
Otro tipo de consulta general	71.9	100.0
Atención al parto (vaginal)	61.6	89.4
Operaciones (cesáreas)	31.5	29.8
Resolución del aborto incompleto	35.3	44.7
Cirugía menor (ambulatoria)	56.4	72.3
Cirugía mayor	29.1	23.4
Información o consejería en PF	95.5	91.5
Actividades de capacitación en PF	82.3	42.6

Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

Entre los servicios ofrecidos se pueden encontrar múltiples opciones entre las cuales puede elegir la población (lo que no asegura su disponibilidad). En general, los prestadores están facultados en sus servicios para prescribir cualquier tipo de método anticonceptivo y para atender partos, pero algo que salta a la vista es el gran porcentaje de profesionales (ver figura 6.7) que brinda métodos como el DIU y la OTB durante el posparto y el posaborto, lo que lleva a pensar si en realidad la mujer ante estas circunstancias puede tomar la decisión correcta o lo que es peor, si es informada de ello o simplemente sea una imposición hecha por el profesional de salud en el momento que la atiende. Como se puede ver en la figura 7 para 1996, los proveedores públicos ofrecían en mayor porcentaje la inserción del DIU y en cuanto a la OTB era similar para los dos tipos de prestadores de servicios de salud.

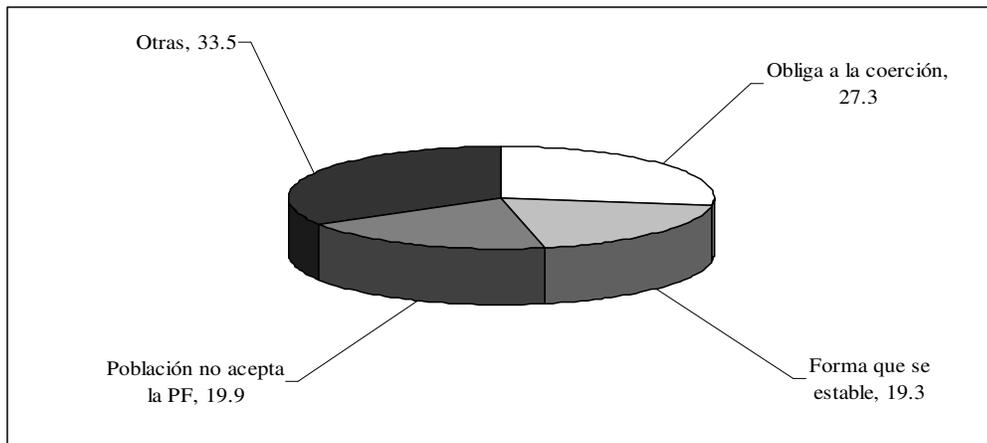
Figura 6. 7 Actividades en planificación familiar, según tipo de institución, 1996



Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

Un elemento que reviste importancia es que cerca de 50% de los prestadores públicos en 1996 tenían establecidas metas en PF, de éstos 85.2% estaba de acuerdo con que se establecieran dichas metas y 76.4% estuvo de acuerdo con la manera como fueron planteadas. Porque es una forma la coerción a la libertad individual, por la forma como se establece y porque la población no lo acepta, son las tres principales razones por las cuales los proveedores que dijeron no estar de acuerdo con las metas en PF se oponen a esta postura (ver figura 6.8).

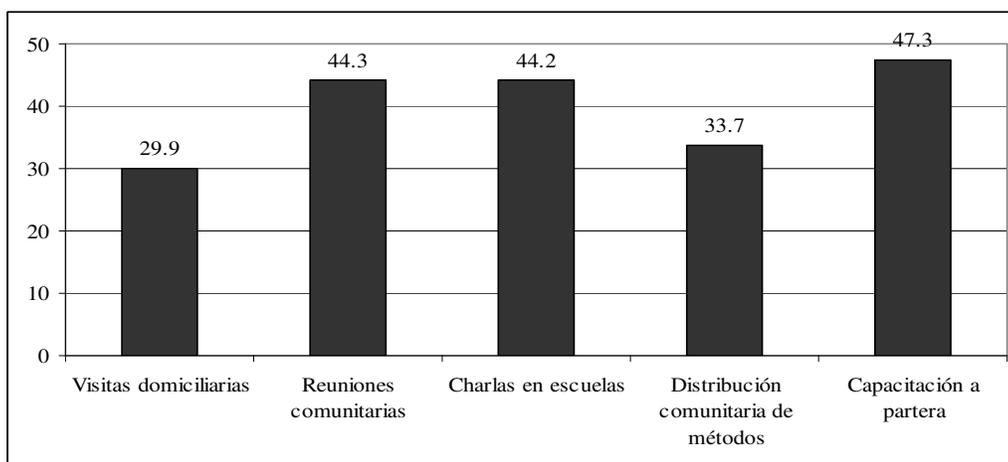
Figura 6. 8 Razones por las que los proveedores no están de acuerdo con el establecimiento de metas en planificación familiar, 1996



Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

Sobre las actividades extra que llevan los prestadores públicos, la Eninplaf registró que además de las labores que se señalaron arriba, estos funcionarios hacen visitas domiciliarias, reuniones comunitarias, charlas en escuelas, distribución comunitaria de métodos y hasta capacitación a parteras (ver figura 6.9).

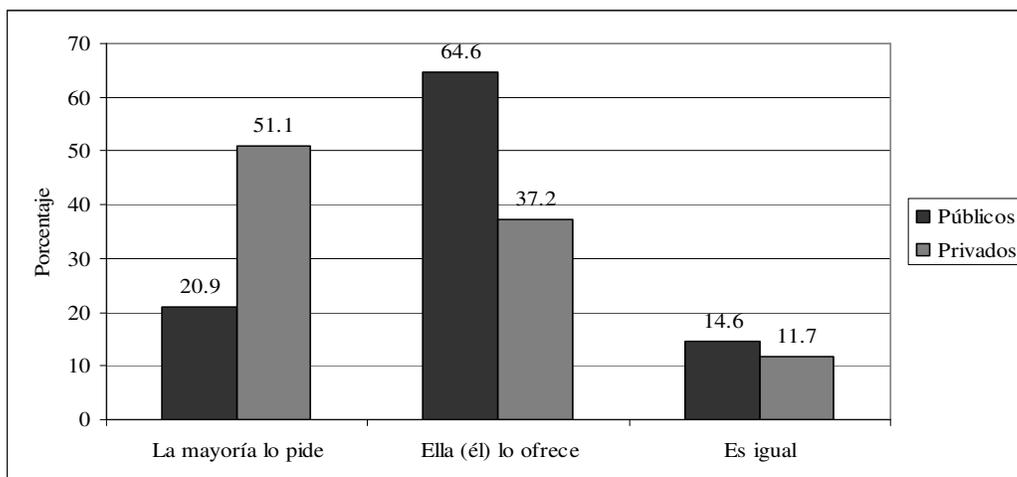
Figura 6. 9 Porcentaje de proveedores públicos que realizan otras actividades en planificación familiar, 1996



Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

Para 1996, habitualmente los proveedores públicos otorgaban servicios de PF porque la población lo pedía, mientras que los prestadores privados lo hacían por motivación propia, tal como lo muestra la figura 6.10. Esta última tendencia es la que ha ido prevaleciendo (según lo visto en los grupos focales): los proveedores de servicios, indistintamente del tipo de institución a la que pertenece, utilizan la consulta regular para ofrecer métodos anticonceptivos, así como para promover otros servicios como el papanicolau, el control prenatal, la vasectomía y muchos otros más. Esto se describirá detalladamente cuando se hable de los servicios específicos de los proveedores públicos y privados.

Figura 6. 10 Razones de prescripción de métodos anticonceptivos, 1996



Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

Los proveedores de servicios consideraban en 1996 que las preocupaciones de la población sobre los métodos anticonceptivos eran fundamentalmente la efectividad y los efectos colaterales (ver tabla 6.2). Estas razones coinciden con lo que se vio en el capítulo IV de este trabajo en donde los usuarios expresaron sus temores frente a los efectos colaterales, pero también dijeron no usar anticoncepción por recomendaciones de la pareja y/o convicciones propias

Tabla 6. 2 Temores de la población frente a los métodos anticonceptivos, 1996

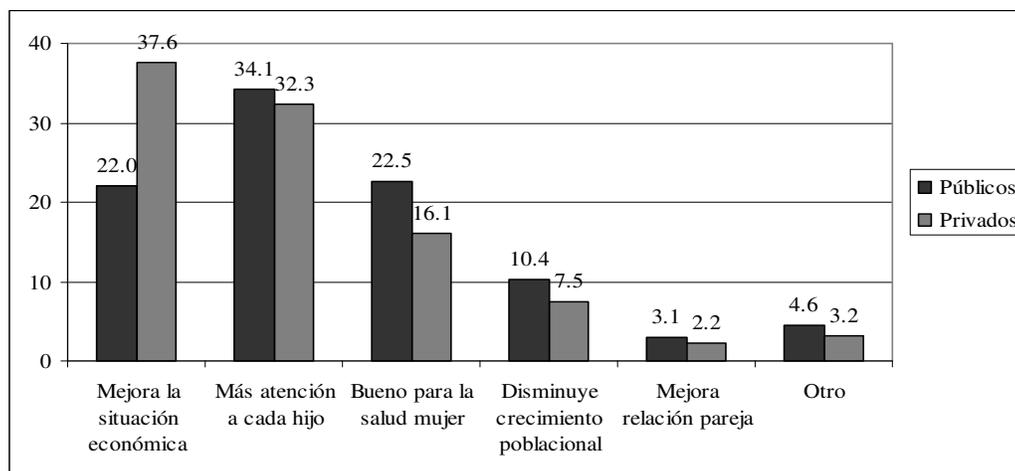
Temores de la población frente a los métodos	Públicos	Privados
	%	%
Total	100.0	100.0
Efectividad	44.2	38.3
Efectos colaterales	39.9	40.4
Facilidad de uso	11.5	19.1
Reversibilidad	4.3	2.1

Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

En 1996 10.5% de los médicos públicos estaban de acuerdo con que la decisión sobre la inserción del DIU fuera exclusivamente del médico, cifra mayor a la de los privados que era de 7.5%.

Por otro lado, entre los beneficios del uso de métodos los prestadores privados consideraban en 1996 que era importante porque esto mejoraba la situación económica de la población, los públicos rescataban como lo más importante el hecho de que con la planificación se podría atender mejor a cada hijo (ver figura 6.11). Es de subrayar esta postura prevaleciente entre los prestadores de servicios de salud donde lo que se resalta son principalmente los beneficios económicos (en términos de ahorro) que implica la PF, sin embargo, se resta importancia a la salud de la mujer a causa de los buenos cuidados en SR y empleo de métodos anticonceptivos.

Figura 6. 11 Beneficios en el uso de métodos anticonceptivos, según los proveedores de salud, 1996



Fuente: Elaboración propia con base en la Eninplaf, 1996

Por último hay que agregar que de alguna manera, la Eninplaf reflejó ciertas barreras que son establecidas por los proveedores de servicios de salud, pero de los cuales habrá que indagar mucho más. No obstante, este es un claro ejemplo de cómo los mismos proveedores son en ocasiones los promotores o portadores de estas barreras que en su mayoría son desconocidas o incluso ignoradas. El análisis siguiente de los proveedores de las zonas marginales de Tlalpan e Iztapala busca explorar más allá de dato y a través de un enfoque cualitativo pretende ahondar en el problema que se viene estableciendo a lo largo del documento.

VII. RESULTADOS Y ANÁLISIS: TLALPAN E IZTAPALAPA COMO ZONAS DE REFERENCIA

El análisis final de este trabajo se centra básicamente en las zonas de Marginalidad Alta y Muy Alta de Tlalpan e Iztapalapa. Dos aspectos que son fundamentales para este trabajo se realizarán finalmente: uno de ellos es la enumeración de las necesidades, teniendo en cuenta los grupos poblacionales específicos, es decir, adolescentes, mujeres y varones; el otro es la recopilación de las barreras percibidas por los prestadores para la prestación eficiente de los servicios de salud, donde se hace una diferencia por tipo de prestadores (públicos y privados). No obstante, antes de adentrar en estos temas se hará mención del entorno socio-ambiental que es visto por los prestadores de servicios de salud, así como las características generales de los centros visitados.

VII.1 Percepción de los prestadores de servicios de salud sobre la población

VII.1.1 Entorno social y ambiental

Los discursos observados entre los diferentes tipos de proveedores son divergentes entre sí, por un lado entre los prestadores públicos prevalece la idea de que los usuarios son personas “sin educación” y muy “marginadas”, apreciación que está anclada a las condiciones sociales, culturales y económicas que predomina 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 [...]*” (Farmacéutico de una institución pública, Iztapalapa).

Las condiciones materiales de esta población “pobre” resulta preocupante para los profesionales de la salud, por lo cual ellos consideran también esto una barrera para otorgar los servicios “*Es una zona muy... muy olvidada, donde no llega nada, donde la gratuidad (de los servicios de salud) que ofrecemos nosotros debiera estar ahí y sin embargo no llega porque*

ellos no tienen documentos, porque no saben leer, porque no tienen una televisión, porque nadie les ha comentado, porque ni siquiera tienen agua, porque viven en casitas de cartón que están pegadas al cerro [...]” (Trabajadora social de una institución pública, Iztapalapa). Toda esta situación de pobreza extrema la viven especialmente los inmigrantes “del centro y sur del país” establecidos en dichas delegaciones; algunos de ellos hablan lenguas indígenas por lo que la interacción con estas personas es muy difícil o simplemente no es posible tener una comunicación fluida. La población flotante que ellos llegan a calcular es del aproximadamente del 15 a 20%.

La sensación que tienen los proveedores públicos sobre la población, es que ésta es hermética, que no consultan sus dudas, que no asisten a los servicios de salud, que en algunos casos anteponen los criterios de 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 [...]*” (Enfermera de una institución pública, Iztapalapa). 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 como una autoridad que está facultado 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!*” (Médica de una institución pública, Iztapalapa). Este “desprestigio” del oficio es mucho más visible entre las enfermeras quienes son tomadas por los usuarios como simples asistentes de la red médica.

A pesar que los servicios públicos que se ofrecen en las zonas marginales son la mayoría de las veces 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, el cual es un documento indispensable para el otorgamiento de cualquier tipo de servicio, esto ha llevado a que personas que no requieren la gratuidad lleguen a pedirla “*[...] hay mucha gente que obtiene la gratuidad pero porque tiene documentos y que a veces es gente que no la necesita*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa), el motivo de que lo hagan es porque a través de este medio pueden adquirir también medicamentos de forma gratuita, de otra manera tendrían que pagar por ellos, “*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 [...]” (Médico de una institución pública, Iztapalapa).

Se mencionó también que la población tiende a recorrer varios servicios de salud, entre públicos y privados, antes de llegar a los centros de salud donde finalmente se atienden, debido a que se encuentran con obstáculos en el acceso y satisfacción de las necesidades.

Consideran, además, que el nivel de marginación de esta población la hace vulnerable a la manipulación de políticos que con frecuencia los engañan, lo que genera un fuerte resentimiento en ellos cuando no les cumplen las promesas. En el caso de una clínica en Iztapalapa hay una idea equivocada sobre sus funciones, debido a que los líderes políticos prometieron la construcción de un hospital, por lo que demandan de la institución servicios que ésta no les puede proporcionar. El personal de la clínica considera que los servicios de salud están muy politizados en este contexto.

Los prestadores de servicios de salud privados, como en muchos temas, tuvieron discusiones encontradas respecto a las características de la población, lo cual es un reflejo de la diversidad de personas que atienden y el quehacer de cada institución.

Mexfam y las Farmacias Similares enfocan sus servicios a personas que ellos consideran de “escasos recursos económicos”, con poblaciones totalmente diferentes. Entre los otros proveedores existen servicios más especializados (maternidad, ginecología y pediatría), incluso de segundo nivel, por lo que su población objeto son personas de medianos ingresos “*gente con ingresos razonables*” (Médico de una institución privada, Iztapalapa).

Estos últimos proveedores creen que la población que concurre a ellos tiene el derecho a exigir una mejor calidad de los servicios, pues eso es precisamente lo que los diferencia con los servicios públicos (IMSS o el ISSSTE) y hacen que gane su preferencia, es por eso que en su trabajo siempre está de por medio la calidad de la atención porque permanente se están jugando el retorno del paciente “*[...] si no se lo das (el servicio de calidad), entonces no regresan*” (Médica de una institución privada, Iztapalapa). Algunos otros dijeron que los

servicios privados, son tomados como servicios transitorios o de urgencia mientras la gente puede acceder a los servicios públicos “[...] nos toman como un servicio de mientras” (Médico de una institución privada, Iztapalapa).

Horarios más amplios de atención, duración de la consulta mucho mayor son las 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” (Médico de una institución privada, Iztapalapa).

Resulta disidente la postura de otros profesionales privados quienes sustentan que los médicos de Iztapalapa son “médicos pobres” que ante la falta de empleo generan autoempleo a través de la apertura de clínicas u hospitales privados. En cambio, hay quienes que sin ser parte de los grandes consorcios de salud, los hospitales privados en estas delegaciones son bastante redituables y reconocidos, ya que sus servicios cubren las necesidades de una población específica.

VII.1.2 Relaciones de género: El papel de hombres y mujeres en el plano de la salud sexual y reproductiva

Permanentemente dentro de la disertación entre los proveedores de servicios de salud salió a flote el tema de las relaciones de género y el papel de hombres y mujeres con la salud SSR, las cuales son eminentemente marcadas como ya lo empezaremos a describir.

Mujeres servicios de salud y SSR: La atención a la SSR es un asunto que es asumido esencialmente por las mujeres, quienes por tener a su cargo la responsabilidad reproductiva van a los centros públicos a pedir ayuda, principalmente al momento del alumbramiento. En escasas ocasiones las mujeres se dan a la tarea de asistir a los controles prenatales y a participar en actividades de promoción que adelantan los centros de salud. Uno de los doctores hizo alusión a un “pase” que es entregado en la clínica donde labora y que consiste en la

remisión de la paciente a otro servicio de salud de la zona (preferiblemente) donde pueden atender el parto, pues esa clínica en particular solo hay una sala de expulsión que no cuenta con quirófano ni incubadoras y mucho menos tiene asignado un médico permanente para atender cualquier eventualidad “[...] voy para que me de mi pase para el hospital, sino no vienen, nada más a eso vienen” (Trabajadora social de una institución pública, Iztapalapa). Pero aunque la clínica no está en la capacidad de recibir a estas mujeres, es frecuente que se atiendan partos, ya que cuando las mujeres llegan es porque prácticamente ya dieron a luz. Cuando éstas llevan el seguimiento de su embarazo lo hacen solas aunque en las instituciones de salud invitan a los varones.

Frente a las consultas para la realización de pruebas como el papanicolau e ITS, los proveedores sienten que son todavía muy bajas y que las mujeres no tienen conciencia de la importancia que ello reviste para su salud en general. Ellas prefieren atender su hogar, el esposo o los hijos, antes que acudir a los servicios médicos por lo que los prestadores de servicios optan por promocionar este tipo de actividades cuando ellas van a consultarlos por cualquier razón. Cuando los resultados del papanicolau reportan la existencia de una displasia o cuando a la mujer se le diagnostica VPH es enviada lo más pronto posible a otro servicio de atención en dichas patologías.

En el momento que hay sospechas de VIH-SIDA en las mujeres embarazadas se recomienda la prueba para confirmar – o no- la existencia de la misma; aunque muchas de ellas temen realizarse el test, los prestadores de servicios de salud tratan de infundir tranquilidad, mencionando los beneficios que esto representa para el bebé y la salud de la gestante. Las pruebas de VIH-SIDA no se hacen propiamente en los centros de salud donde éstas se atienden por lo que son canalizadas hacia otros lugares.

Además de todos estos aspectos mencionados, los prestadores aludieron el 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*” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa), 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?*” (Médico de una institución pública, Tlalpan).

Ciertas mujeres que declaran no usar métodos anticonceptivos 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’*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa). Cuando finalmente se logra hacer conciencia en las mujeres sobre la importancia de utilizar métodos, éstas buscan hacerlo sigilosamente, en tanto tienen miedo de la reacción de sus parejas. El uso subrepticio de anticonceptivo es algo común “*sus parejas no están de acuerdo*” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa).

Varones, servicios de salud y SSR: 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. Sólo unos pocos proveedores médicos concordaron en decir que el número de varones que se acercan a los servicios a solicitar información sobre métodos va en aumento “*se están interesando por la planificación familiar, algunos acuden por métodos definitivos*” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa).

Con dicha excepción, al unísono los proveedores enfatizaron que se observa una desvinculación total del varón y los servicios de SSR. Hay una idea generalizada de que a ellos no les pasa nada y son prácticamente inmunes ante las ITS incluyendo el VIH-SIDA, “*siempre están bien*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa). Esta despreocupación los conlleva a no interesarse por sus parejas a las que muchas veces se les prohíbe utilizar cualquier tipo de método.

El número de los hijos es un factor que está altamente influido por la decisión de los varones, entre otras cosas (de acuerdo con los proveedores) porque lo consideran un hecho “natural”. Cuando una trabajadora social de una institución pública preguntó a una señora que tenía cinco hijas (mujeres todas) por qué no utilizaba métodos anticonceptivos ella respondió: “*es que mi esposo dice que nada más dos más y si sale el niño pues que bueno y si no pues a ver que hago [...]*” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa), hay que agregar que esta señora era ama de casa y su esposo se dedicaba a la albañilería.

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.

La asistencia masculina a los servicios de salud se da cuando ellos buscan ayuda para resolver problemas como gripa, amigdalitis o cuando presentan “*situaciones extremas de dolor*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa). Es ahí cuando intervienen los médicos y aprovechan para explorar sobre la SSR y cuando lo sienten necesario, para requerir pruebas como el VIH-SIDA y otras ITS.

De las pocas veces que asiste un varón al servicio médico –dice un proveedor- es porque existe una manifestación física, presuntamente maligna sobre el miembro viril y esto pone en alarma al paciente quien con preocupación se somete a la examinación del doctor, “*los hombres cuando llegan a consulta es por problemas en el área genital y es lo más típico: granitos, verrugas, ronchas, dolor, ardor*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa); el dictamen final sobre este tipo de consultas no es necesariamente el padecimiento de ITS, a veces pueden ser por hongos, o bacterias (las cuales revisten menos peligros), sin embargo es un foco de alarma pues “*los hombres se preocupan un poco más porque si algo anda mal en el genital, corren, eso si les preocupa, jeso sí!*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa), otro médico –haciendo alusión a uno de sus pacientes- dijo: “*se puede caer un dedo, no importa, tengo más, a lo mejor me escurre pus del oído, no importa... mañana me la curo, pero los genitales son todo*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa).

Otros profesionales opinan que los varones cuando van a donde el médico lo hacen porque sus esposas lo llevan “[...] *es que yo le vi un granito a mi esposo en el pene, pero él me dice que es normal [...]*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa). Frente al hermetismo del paciente el médico lo “asusta” diciéndole que todo se puede complicar, ante lo cual los varones aceptan que tienen otras parejas y hasta admiten frecuentar prostitutas “*¿sabe qué?, es que tengo otra ahorita*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa), la justificación que dan es: “*usted sabe, usted es hombre, me comprende*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa).

Se considera que los hombres son más penosos que las mujeres y tienen mayor confianza cuando los atiende un médico varón. La consulta puede ser más fluida y pueden desinhibirse con facilidad. Llama considerablemente la atención que los varones cuando se les platica sobre la vasectomía la relacionan directamente con la castración.

Reiteradamente se mencionó por parte de los proveedores los casos en que los adultos varones mayores que acudían por problemas sexuales como: disfunción eréctil o enfermedades en los genitales. Para algunos proveedores era causa de burla pensar que esta población tuviera una vida sexual activa o que desearan continuar teniéndola, sin embargo, para otros era todo un reto concienciar a estas personas, ya que como habría de suponerse (por cuestiones, generacionales, culturales y educativas) nunca habían escuchado sobre sexualidad o tenían una información errada al respecto. De la misma manera los proveedores sienten que es difícil acercarse a esta población puesto que algunos adultos mayores consideran un irrespeto que un médico le hablara de sexo “*¡tú no me hables de eso!, ¿tú quién eres?*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa).

VII.1.3 Maltrato y violencia intrafamiliar en la población

Las expresiones de maltrato y violencia hacia diferentes personas y en distintas direcciones pudieron ser constatadas en los grupos focales. Lo que se dedujo de todo este trabajo es que

éste como muchos otros problemas ha logrado permear una esfera considerable de la sociedad y que no ha respetado reglas, ni edad, género, profesión, sexo o estrato socioeconómico.

Tal vez la violencia que más ha sido percibida en los servicios de salud ha sido la violencia en contra de las mujeres ejercida por los hombres. Para empezar, hay que mencionar la coerción de 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 -o no - y el momento de tenerlos; si bien esta es una decisión que debe ser compartida (hombre - mujer) ya se vio que no siempre se cumple esta premisa.

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 [...]” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa). Cuando los proveedores van más allá en sus interrogatorios en las consultas se encuentran que las agresiones trascienden hasta los golpes y que las mujeres callan por miedo de las represalias de los cónyuges en su contra.

No es fácil que de entrada las mujeres exterioricen el maltrato por parte de sus parejas, pero cuando lo quieren hacer el hecho de acudir a donde el doctor no siempre resulta lo mejor “[...] los médicos 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” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan). Los proveedores se quejan del poco tiempo que tienen para atender este tipo de consultas y la insuficiencia de personal idóneo para ello, como una sicóloga. Por otro lado, de todo esto emerge otro problema y tiene que ver con que la red interinstitucional dispuesta para manejar estos asuntos no funciona como debería y esto ha hecho que en los mismos centros de salud se pierda la confianza para dirigir los casos hasta estas instancias “[...] tuve muy mala experiencia con el Centro Integral de Atención a la Mujer (CIAM) en cuanto a la atención con mis pacientes, entonces ya decidí más bien buscarle por el Centro de Atención a Víctimas de la Violencia (CAVI) que para mí me dio

mejores resultados en la atención de mis pacientes[...]”(Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan).

La violencia ha sido reconocida como un problema común que afecta a todos y por lo tanto se han creado talleres y charlas con los habitantes de las zonas para informar y “*dotar de herramientas*” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan) a la población para que elija qué hacer en caso de ser víctimas de maltratos.

Resultó interesante saber que no sólo la violencia 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 de la situación. Tal es la agresividad de ciertos pacientes que en una ocasión el farmacéutico de un centro relató “*una señora me pegó una patada*” (Farmacéutico de una institución pública, Iztapalapa) y esto se debió a que no había el medicamento que le habían recetado; una médica entre tanto, estaba siendo víctima de acoso sexual por parte de un paciente, y como éstas hay muchas historias más.

VII.2 Necesidades en salud reproductiva y planificación familiar

VII.2.1 Necesidades de los adolescentes y los jóvenes “cuando ellos pueden nosotros no podemos”

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 y privados consideraron que esta población se encuentra totalmente desvinculada de los servicios “*sólo una vez*” (Médica de una institución pública, Tlalpan), dice una médica, “*vino una joven de 15 años a pedir métodos anticonceptivos*” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan) y esto se debe la falta de interés que los jóvenes le

proporcionan a 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 independientemente o apoyándose de terceros que por lo general son sus propios amigos. Lo que sí queda claro en estas zonas es que el embarazo en jóvenes va en aumento y estas personas se sienten 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 es todavía más jóvenes las que se están embarazando por falta muchas veces de orientación, de educación sexual, de métodos de planificación [...]”* (Médico de una institución pública, Tlalpan), agrega un médico. Se aludió 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 ver 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”* (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa).

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 planificación familiar, uso de métodos, entre otros, incluso en algunos lugares se llega a repartir condones, lo cual muchas veces es tomado jocosamente por los jóvenes *“se embarazan porque quieren o porque se les pasó”* (Médico de una institución pública, Tlalpan).

Las trabajadoras sociales cumplen una función primordial en cuanto a la promoción y difusión de los servicios de salud (ver anexo 5), es por eso que ante la resistencia o desconocimiento de los jóvenes sobre los servicios a los cuales puede acceder, ellas se encargan de visitar

principalmente escuelas secundarias y preparatorias para llegar masivamente a este tipo de población, sin embargo, no es suficiente para hacer una cobertura amplia en educación, ya que tienen que repartir su tiempo en otras tareas. Ellas comparten la postura con otros médicos quienes creen que los jóvenes requieren ser atendidos por las familias y muy especialmente por los padres, como educadores y responsables de los mismos; las recomendaciones más frecuentes se dan en el siguiente sentido: “[...] mire señora platique con su hijo, sexualidad fármaco dependencia, drogas, todo esto, el condón, el uso del condón [...]” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa).

Hay una necesidad expresa de vincular los servicios de salud con otros sectores como el educativo, piensan que los profesores podrían hacer un trabajo de referencia importante que hasta ahora no se ha hecho, pero al mismo tiempo los proveedores reconocen que hay que romper con las barreras que los mismos padres de familia imponen, un caso que explica bien la situación fue el mencionado por una doctora que dijo “ cuando se les quiso implementar este tipo de educación en las escuelas, muchos padres se escandalizaron [...], es que con esto ustedes los van a incitar a que todavía muchos más jóvenes empiecen con su vida sexual” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan).

Esto deriva también en que los jóvenes que van a solicitar información o métodos de anticoncepción, lo hagan por la influencia de alguna madre que está más preocupada porque su hija no tenga relaciones sexuales y no por la información que pueda recibir “[...] la señora tiene miedo de que la niña vaya y busque sexo” (Médico de una institución pública, Iztapalapa).

Así mismo, mientras las jóvenes adolescentes acuden a los servicios de salud porque ya están embarazadas, las motivaciones de los jóvenes varones son diferentes. Para algunos proveedores éstos van porque están interesados en adquirir de manera gratuita condones pero afirman se muestran tímidos “[...] no de manera abierta, sino muy a escondidas para que no se sepa qué vienen a buscar” (Médica de una institución pública, Tlalpan). La presencia de varones jóvenes se justifica porque “dentro de la juventud hay más promiscuidad. [...] es visto

con un valor social alto, dentro de la masculinidad, el tener varias parejas [...]” (Médico de una institución pública, Iztapalapa).

Bajo este esquema de pensamiento ya descrito, unos pocos proveedores públicos difirieron y una cantidad más alta de los privados también. Este grupo de personas sustentaron que los jóvenes de hoy en día tienen muchas más herramientas en sus manos para tomar decisiones en SSR *“las nuevas generaciones que vienen [...] con educación porque se les promueven en todos lados, en la tele, en la radio, con los amigos, en la escuela, en la prepa, donde ya se habla de esto [...]”* (Médico de una institución privada, Iztapalapa).

Por último, se consideró fundamental establecer una concordancia entre los horarios de los servicios de salud con los horarios escolares, *“en la mañana ellos están estudiando y en el centro se ofrece a esa hora las consultas por eso cuando ellos pueden, nosotros no podemos”* (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan).

VII.2.2 Necesidades de las mujeres

Las necesidades de las mujeres por lo regular tienen que ver más con la educación y concienciación sobre el uso de métodos anticonceptivos, para este grupo poblacional en concreto, de las zonas marginadas visitadas, el embarazo pareciera ser un evento fortuito que ya es comúnmente esperado, de ahí que sean frecuentes los embarazos no deseados.

La SSR de las mujeres está básicamente encasillada en la reproducción y no se observa una integración con otros servicios ofrecidos por los centros de salud como el papanicolau. Las mujeres tienen la necesidad sentida de resolver sus consultas en un mismo lugar y con los mismos proveedores, pues la desconfianza hacia un servicio o la no resolución de sus problemas las lleva circular por varios centros de salud hasta que finalmente sienten cubiertas sus necesidades.

De aquellas mujeres que utilizan métodos anticonceptivos existen temores sobre los efectos colaterales que tienen o podrían tener en el uso de los mismos, ya que son reiteradas las

narraciones de pacientes sobre las malas experiencias que han tenido con médicos o de los efectos iatrogénicos.

El DIU es quizá el método que más inquietudes genera y el que más inconvenientes presenta cuando es utilizado “[...] *es que a mi vecina le pusieron el DIU y quedó embarazada y otra vez se lo volvieron a poner y quedó embarazada*” (Médico de una institución pública, Tlalpan). En el peor de los casos, son las mismas pacientes las que han concebido debido a la falla del método. Cuando esta situación ocurre, los médicos informan sobre los riesgos que corre la paciente y se deja casi a su criterio, el retiro -o no- del DIU.

Es inusual que las usuarias soliciten prueba de VIH, son los prestadores de servicio quienes a partir del indicador “número de parejas sexuales” la realizan como lo marca la Norma Oficial Mexicana.

Se adujo que a los centros llegan pocas mujeres que presentan abortos (de los que normalmente se desconoce su causa) y cuando esto sucede son remitidas a otros lugares o son atendidas en los mismos hospitales privados. Lo que los proveedores sienten necesario es hacer un seguimiento de las pacientes que en la mayoría de los casos no regresan para observar su evolución. Esta necesidad exterioriza otra necesidad y es la que tiene que ver con los sistemas de referencia y contrarreferencia interinstitucional, los cuales son inoperantes o simplemente no existen.

Con la educación e información en SSR de las madres se estaría asegurando de cierta manera la educación adecuada de los hijos en los mismos aspectos. Las madres son consideradas el ejemplo y efecto multiplicador para los hijos; una madre dijo a un médico “*yo tengo miedo porque yo ya viví esta circunstancia (ser madre soltera) y a mis hijos les va a pasar lo mismo que yo*” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan).

VII.2.3 Necesidades de los varones

La primera necesidad que perciben los proveedores hacia los varones es la incorporación de los mismos a los servicios de salud de una manera responsable. Como ya quedó documentado, es indispensable que los hombres compartan la responsabilidad de la planificación familiar con sus parejas y se informen sobre métodos para prevenir los embarazos pero también en el autocuidado de las ITS.

Circula la opinión entre los profesionales de salud el hecho de que hay que romper los obstáculos del machismo para lograr un impacto favorable sobre la convivencia, la violencia intrafamiliar y la promiscuidad. Igualmente se plantea infundir en los varones los deberes frente al acompañamiento y apoyo de las parejas durante y después del embarazo y en el cuidado y atención de los hijos.

Por lo tanto, los proveedores creen que los servicios deberían establecer o reforzar más programas dirigidos a los hombres al interior de los centros de salud y en las actividades externas que realizan las trabajadoras sociales a lo largo de las delegaciones.

Una preocupación que surgió fue la de prestar atenta atención a los varones adultos, principalmente, que han dejado al descubierto la necesidad de atender una demanda creciente de esta población que está llena de dudas y mitos alrededor de su sexualidad. También se observó que los prestadores de servicios no están preparados para este tipo de demandas, pues lo normal es que sean los jóvenes y adultos (en edades fértiles) los que hacen ejercicio pleno de esta función.

Otra cuestión relacionada con los varones tiene que ver con la necesidad de que estos sean orientados en la vasectomía y las evaluaciones para detectar el cáncer de próstata.

VII.3 Barreras declaradas para el acceso y calidad de los servicios de salud

VII.3.1 Las barreras en la población

Ciertamente, a través de todo el análisis que se ha realizado hasta aquí han surgido múltiples barreras y necesidades de la población que han sido desatendidas o que simplemente son obstáculos que los proveedores perciben dentro de las áreas de marginalidad en las que laboran.

El primer aspecto que identifican los proveedores como obstáculo es el mismo hecho de que la pobreza y marginalidad de la población que 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 sobre la vida SR de la población. Esta “pasividad” de la población frente a su sexualidad impacta negativamente de generación a generación, ya que se considera que tanto la pobreza y todo lo que ello encierra, impacta sobre los padres y los hijos de igual manera, incluso a los propios ancianos.

Las mujeres no saben como orientar a sus hijos y prefieren no tocar el tema de la planificación, el uso de métodos y demás asuntos con los jóvenes, por ello es frecuente observar niñas y adolescentes embarazadas desde muy chicas y muchas de ellas se enfrentan a ser madres solteras.

La violencia por su parte, es un tema recurrente que impacta principalmente a las mujeres quienes no denuncian a sus victimarios por temor a las represalias. La violencia se manifiesta de diferentes maneras, por ejemplo en el mismo hecho de que los cónyuges coartan la libertad de las mujeres y no les permite participar en las decisiones reproductivas, ni siquiera en la adopción de métodos anticonceptivos. De ahí que las mujeres tengan la idea de que el embarazo en un proceso sencillo que no requiere seguimiento médico.

La inseguridad percibida en el contexto donde se ubican algunos hospitales sería otra barrera, ya que la gente que viene de otras colonias percibe como peligroso asistir al hospital en la noche, además de que en ese horario el servicio de transporte es limitado y a cierta hora se termina, el personal considera que a eso se debe que el matutino sea el horario más demandado.

Los asentamientos urbanos y las características de los migrantes que llegan a Tlalpan e Iztapalapa son particulares: “[...] *por lo regular vienen de Oaxaca, de Puebla, de muchos estados [...] cuando los va uno a buscar, cuesta mucho trabajo porque aquí la gente no dice claramente que calle es, si esta calle la conoce, a lo mejor le dicen que no*” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa). Así mismo, los proveedores se enfrentan al hecho de que la población no acude porque no conoce de los servicios de gratuidad o no se tienen los documentos necesarios para hacer la afiliación al servicio. Muchas de estas personas no hablan español.

Entre los usuarios existe un ambiente de hostilidad que ha repercutido en los servicios, ya la población no mira con el mismo respeto de antes a los médicos y otros profesionales de la salud y en algunas situaciones prefieren dar crédito a sus propias autorecetas o las de sus familiares “*no, es que mi suegra dice que no debo tomar nada o que debo de tomar el famoso té con ruda y chocolate para que dilate yo más rápido*” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa). En ocasiones los pacientes llegan a agredir verbal y hasta físicamente a los prestadores de servicios.

El varón por su parte es visto como “supremacía” en tanto que es quien tiene el control del hogar y el que determina como funciona salud reproductiva de las mujeres. Existe una alta promiscuidad entre ellos, incluso tienen varias parejas en la misma colonia y esto es aceptado por las mujeres, tal vez por la dependencia económica hacia ellos.

Los jóvenes son apáticos del servicio, se acercan cuando son llevados por sus madres o reciben charlas cuando las trabajadoras sociales visitan la escuela; ellos creen que todo lo saben “*¿sabes utilizar el condón? Sí, ¡si claro!*” (Trabajadora Social de una institución pública,

Iztapalapa) pero cuando se les pregunta por el manejo de el mismo “*tú, joven, ven aquí, ¿cómo se pone el condón?, es ahí donde están las dudas*” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa).

Las mujeres tienen temores y están desinformadas sobre los métodos anticonceptivos, en especial sobre el DIU. Por experiencias ajenas y 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*” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan) o algunas veces ellas han tenido efectos colaterales “*¿qué cree doctora? Que me duele la cabeza con el inyectable*” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan), esto provoca que algunas mujeres abandonen definitivamente los métodos.

Un asunto que preocupa a los prestadores de servicios es que los usuarios cuando sienten cumplidas sus necesidades en SSR no regresan para hacer un seguimiento de su caso “*no sabemos al cien por ciento o con certeza lo que está sucediendo con los pacientes, porque no hay esa responsabilidad que tienen ellos en el manejo de su tratamiento [...]*” (Médico de una institución pública Tlalpan).

VII.3.2 Las barreras de los proveedores y los servicios 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 labora y que repercuten negativamente en la población que recibe sus servicios.

Para empezar, los proveedores públicos declararon que existe una sobre carga de trabajo que no les permite dedicar el tiempo suficiente a los pacientes o simplemente no se puede 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” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan). Las presiones institucionales para atender un número determinado de pacientes al día hacen que los médicos no se humanicen en el servicio sino que conciban al usuario como una meta por cumplir.

Sobre todo 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 que precisamente su fortaleza radica en la calidad y tiempo dedicado a los usuarios que acuden a ellos.

De alguna manera la organización de los servicios públicos limita la cobertura de atención a una mayor cantidad de la población, por ejemplo, la mayoría de los servicios que fueron visitados los funcionarios dijeron tener atención las 24 horas del día, pero en realidad, la mayoría de los hospitales y clínicas tenían una concentración mayor de pacientes y personal médico en el horario matutino. En otros lugares es necesario que la gente haga fila desde tempranas horas para que se les se asigne una ficha con la cual pueden pasar a donde el médico. Se evidenció también un cierto recelo por las actividades y servicios de cada uno de los prestadores, es por eso que pocas veces se comparten las experiencias entre ellos mismos y prefieren trabajar cada uno por su lado.

En lo general hay una saturación de los servicios, por lo que los tiempos de espera para los pacientes se hacen mucho más largo y esto también hace que los médicos se remitan al motivo de consulta principal *“aunque a lo mejor él (médico) quisiera ahondar un poco más en lo que es su vida 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 luego”* (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa) dice una trabajadora social; también es frecuente que ante la presión por los tiempos de consulta los médicos insistan en agilizar los turnos *“ ya pásame el que sigue porque ya sigue la otra ficha”* (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa). En el sector privado la comunicación con los pacientes no se identificó

como una barrera, ellos manifestaron que tienen la ventaja que en la consulta privada no están presionados con el tiempo, lo que les permite dar la información necesaria, de hecho consideran que la *“tendencia es la medicina privada, la pública tiende a desaparecer”* (Médico de una institución privada, Iztapalapa).

La gravedad del anterior asunto no se delimita únicamente en la falta de tiempo para la atención sino también en la insuficiencia de personal, tanto médicos como enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogas, éstas últimas inexistentes en algunos servicios. En un grupo de proveedores públicos se preguntó ¿qué necesitarían para realmente atender las necesidades de la población?, a lo que sin dudar un médico concluyó: *“Yo creo que para empezar, personal, porque o das consulta o das prevención”* (Médico de una institución pública, Iztapalapa). Una enfermera prosiguió *“[...] la gente es demasiada para el personal que hay aquí en la clínica. [...] nosotras como enfermeras también tenemos esa función, dar orientación de prevención pero sin embargo también no nos alcanza el tiempo [...]”* (Enfermera de una institución pública, Iztapalapa).

Aunado a esto, el desabasto de todo tipo de métodos obstruye el buen servicio o las buenas intenciones que los prestadores de servicios puedan tener con los pacientes, los cuales no regresan nunca más ya que no le son otorgados los anticonceptivos requeridos. Otro aspecto es que la administración de los condones debe ser controlada minuciosamente y por lo tanto hay restricciones al momento de otorgarlos.

Los espacios designados para la atención son de regular calidad, como se describió en la caracterización de los servicios. Se visitaron lugares (públicos primordialmente) que sus instalaciones eran precarias y carecían de elementos mínimos necesarios 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 desabasto de herramientas también es para los médicos quienes tienen que llevar sus propios instrumentales médicos para poder atender a los pacientes.

Profesionales públicos y privados consideran una enorme barrera los sistemas de referencia y contrarreferencia tanto interinstitucional como con otras ONG's y el gobierno central. Esta deficiencia hace que los prestadores no puedan supervisar a un determinado paciente que es remitido a otros centros por VIH-SIDA, cáncer o por maltrato intrafamiliar, en estos intermedios se pierde una cantidad importante de información que podría servir como diagnóstico de la zonas. Otra situación se deriva del desconocimiento de la Norma Oficial por parte de los médicos particulares, ya que la referencia de pacientes se debe hacer basándose en dicha norma.

La descoordinación con otros sectores sociales y muy especialmente con el educativo entorpece la labor de educación que debería ser una responsabilidad compartida y no sólo una función médica. Sobre todo la población joven podría beneficiarse en materia preventiva si en las aulas de clase los maestros les hablaran de sexualidad, pero este tipo de relación es parca en los centros educativos.

Otro problema de comunicación deriva de que los médicos no son asertivos en este proceso, es decir, no se cercioran de que el usuario comprenda las instrucciones que le dan en consulta. No utilizan estrategias adecuadas de comunicación, para lo que se requiere de una gran sensibilidad. Estos errores en la comunicación pueden tener consecuencias fatales para el paciente. Dicha situación se ilustra en un caso que el grupo narró sobre la experiencia de una doctora que atendió a una pareja joven, al dar las instrucciones sobre el uso de la píldora la doctora miraba fijamente al varón, después de un tiempo la pareja volvió a la clínica con un embarazo, ello se debió a que fue el varón quien se tomó las píldoras. En el grupo se planteó la pregunta ¿hasta que punto un médico se pregunta si el usuario le está entendiendo? ya que es frecuente que los médicos utilicen un lenguaje que es inaccesible para los usuarios.

Aunque los médicos públicos y privados se consideran parte de un mismo sistema de salud, señalan que en realidad son dos sectores con muy poca comunicación. Ejemplo de ello es la actualización de los médicos en la Norma Oficial, pues mientras algunos consideran que los

médicos no se actualizan en las disposiciones de la Norma, otros consideran que ésta es accesible, ya que está disponible hasta en Internet.

Los médicos del sector salud privado tiene una visión muy positiva del Sistema Nacional de Salud, dicen que comparada con la formación de los médicos en otros países, ellos han recibido una formación muy completa, centrada en la práctica, además de que las especializaciones requieren de una fuerte exigencia a través de un examen. También miran como algo positivo la cobertura del sistema y consideran que en México se tiene un buen nivel tecnológico en el ámbito de la salud.

En contraste, los médicos y profesionales del sector público difieren de lo anterior, en tanto que consideran que la educación médica no los forma para la prevención, excepto las trabajadoras sociales. Sin embargo, fue más frecuente escuchar que era necesario crear perfiles acordes con las necesidades de la institución, es decir una persona que conozca de SSR y que tenga un trato humano con los pacientes. Para otros existe una idea de construir el perfil en la medida que la experiencia laboral lo permite *“es la gente que te enseña como tratarlos”* (Enfermera de una institución pública, Iztapalapa).

Por último, los mismos proveedores reconocieron la influencia e interferencia de sus ideas, valores, creencias y juicios, admitieron que no es fácil apartar el criterio médico del criterio 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 [...]”* (Médico de una institución pública, Tlalpan), continua 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”* (Médico de una institución pública, Tlalpan).

Otros de los ejemplos los realizó 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” (Médica de una institución pública Tlalpan). 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”* (Médica de una institución pública, Tlalpan). También se manifestó que aunque todos siguieran las normas técnicas (como debería ser), 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 [...]”* (Médica de una institución pública, Tlalpan).

VII.3.3 Barreras ocultas: Lo que se percibió de los prestadores de servicios de salud

Las barreras ocultas que en esta parte final del trabajo se agrupan tienen que ver con barreras que fueron percibidas en el prestador de servicio o en la misma institución de salud pero que no necesariamente fueron declaradas abiertamente en la dinámica de los grupos focales, lo cual pudo darse por el desconocimiento de la existencia de las mismas o simplemente porque no se quiso sacar a flote algunas debilidades personales o del servicio.

Un primer punto a tratar es la constante invocación por parte de los proveedores de la violencia como una forma de expresión y vida de los habitantes de las zonas marginales que, como ya se ha dicho, a trascendido al plano de la salud. Casualmente, si observamos el capítulo IV de este mismo trabajo, la población que fue puesta en análisis por medio de diversas encuestas nacionales, dejaron entrever que ellos también son víctimas del maltrato por parte de los proveedores de servicios; haciendo un breve recuento, con respecto a los servicios de salud, la comunidad de Tlalpan e Iztapalapa pidieron, en primer lugar, mejorar el trato que brinda los prestadores a la población, lo cual pone a pensar que las agresividad que fue aducida por los profesionales médicos se da en ambos sentidos, es decir, de los pacientes hacia los proveedores y viceversa.

Otro aspecto visto fue que las intervenciones de los servidores privados fueron encontradas y entre ellos mismos se objetaban posturas y formas de prestar servicios, esto tal vez se dio porque todos provenían de instituciones diferentes y era importante resaltar las fortalezas de cada servicio, tratando siempre de anteponer la calidad de un centro frente a los demás; por su parte, los prestadores públicos fueron más coincidentes en las ideas que circularon, pocas veces se contradijo alguna versión, mucho más si quien hablaba era el médico. La idea que se quiso proyectar era de un equipo unido con una meta en común, pero claramente se pudo observar que las tareas dentro de las instituciones públicas siguen guardando una jerarquía que pone el médico por encima de los demás profesionales de la salud. En algunos momentos las enfermeras y trabajadoras sociales subrayaron la poca humanización y sentido social de los médicos hacia los pacientes, al respecto un trabajador social dijo “[...] *los médicos particulares son muy superficiales*” (Trabajador social de una institución pública, Tlalpan); creen los trabajadores sociales que ellos tienen más oportunidad de explorar el entorno en el que vive la población y esto les permite conocer más a fondo los problemas, mientras que el médico sólo ve a una persona al frente que le relata una molestia puntual.

Un cuestionamiento que emergió frente a los proveedores privados es si éstos en verdad están interesados por resolver las necesidades de la población o simplemente toda la estrategia del “*buen trato*” y “*mejor calidad*” (Médico de una institución privada, Iztapalapa) responde a las fuerzas del mercado para captar más usuarios, o tal vez, ante el grupo convocado, no quisieron resaltar las falencias del servicio puesto que estaban alrededor de la “competencia”.

Otro hecho que sobresalió fue la permanente connotación “negativa” de los prestadores de servicios públicos hacia la población: “*pobres*”, “*marginados*”, “*ignorantes*” (Médico y Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa); condiciones que convencionalmente son asociadas al mal estado y descuido de la salud. Los prestadores privados entre tanto, tienen un concepto diferente de la población de Tlalpan e Iztapala: “*es gente chambeadora, con un ingreso razonable*” (Médico de una institución privada, Iztapalapa), gente que si se preocupa de sí misma.

Implícitamente, algunos proveedores públicos develaron su descontento al estar laborando en la clínica o centro al que pertenece “[...] *en otro lado se trabaja bonito [...] la gente es más dócil, más buena, mas amistosa y aquí es muy agresiva*” (Médica de una institución pública Iztapalapa). Sienten además que el gobierno no destina los recursos y personal necesario para cumplir satisfactoriamente con las funciones “[...] *faltan realmente muchos programas aquí, no solo a nivel de lo que es solamente la clínica sino por parte del gobierno*” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa).

Una última cuestión que se reflejó en estos grupos focales es que todas las barreras que los proveedores expresaron con respecto a los servicios de SSR y PF tienen que ver exclusivamente con sus puntos de vista, en ninguno de los casos se hizo mención a que los obstáculos y necesidades declaradas fueran el resultado de un consenso entre la población y el cuerpo de salud de un determinado centro médico. Es así como al contraponer posturas de usuarios y proveedores se hallan contradicciones y brechas entre los intereses que cada uno expresa.

Capítulo VIII

VIII. CONCLUSIONES

En este trabajo de investigación se presentaron los principales hallazgos sobre las barreras percibidas por los prestadores de servicios de salud para que la población no acuda a los servicios de PF. Si bien este es un estudio de caso pudiera ser el reflejo de una realidad que se presenta en otros entornos similares e incluso podría ser una problemática generalizada que transversaliza el quehacer del proveedor y el propio sistema de salud.

La mirada demográfica que se utilizó en este trabajo fue una herramienta fundamental para contextualizar el entorno de salud y su relación con diferentes temas sociales como la marginación, las relaciones de género, las necesidades insatisfechas en SSR, entre otros más. Los resultados permiten describir y analizar los mecanismos de coerción ejercidos por los proveedores de servicios de salud que irrumpen en los derechos y libertades de los agentes sociales para la toma de decisiones en el ámbito de la PF.

Así, desde la perspectiva demográfica, el objetivo de esta tesis se orientó principalmente a caracterizar las barreras en la prestación de servicios de PF en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa para el año 2008, a partir de la visión de los proveedores de servicios de salud. De esta manera, en esta parte final del documento se recopilarán y contrastarán los resultados encontrados con los supuestos establecidos, analizando también el marco conceptual revisado.

Partiendo de la hipótesis central donde se afirma que *existen características personales y profesionales en los proveedores de servicios de salud que traducen en barreras de acceso para la planificación*, se puede concluir que de acuerdo con lo que los proveedores expresaron y lo que se pudo observar en ellos, las condiciones pre-establecidas como su formación

profesional y el tipo de institución a la cual pertenece (públicas o privadas) son algunos de los factores que determinan barreras para el acceso y la atención en salud.

En cuanto a la formación profesional se pudo comprobar que la función de los médicos se orienta principalmente a la atención de la somatología, representando barreras que impiden el conocimiento de otro tipo de problemas que aquejan a los pacientes y que repercuten sobre la salud, por ejemplo problemas intrafamiliares, violencia hacia las mujeres, machismo, etc.; por otra parte, la población reconoce el oficio de las enfermeras, trabajadores sociales y farmacéuticos como labores asistenciales al de médico, restándole importancia a las actividades que desempeñan con respecto a la SSR y la PF de los usuarios.

Esta diferencia entre médicos y demás profesionales en salud se ve afectada por brechas educativas que tienen los unos con respecto a los otros, es decir, en este análisis de caso se pudo constatar que los médicos, desde las mismas escuelas de formación, están siendo educados para “curar” la enfermedad y no para promover la salud; fue constante escuchar por parte de los mismos doctores y otros proveedores esta falencia que menoscaba considerablemente los servicios de SSR y PF, reconociéndose al mismo tiempo que las enfermeras y los trabajadores sociales cumplen las funciones sociales y comunitarias para facilitar la relación servicios de salud-población.

En este mismo sentido, fue posible establecer que la PF se convierte en un “agente invisible” que pasa desapercibido por el lente examinador del médico, como Berer (2002:20) lo mencionó, el hecho de que la PF no sea considerada una enfermedad ha conllevado a la subestimación de ésta dentro de los servicios de salud.

Entre tanto, en la Eninplaf de 1996 24.0% de los proveedores públicos de salud tenían algún tipo de especialidad médica y 30.0% de los privados, los principales temas de profundización son la ginecología y la obstetricia. Aunque benéfico para la resolución de casos específicos en SSR, autores como Fernández (2002:6) consideran que la “*creciente especialización y subespecialización lleva a la fragmentación de la atención en salud*”. En Tlalpan e Iztapalapa, esta especialización médica ha conducido a que una fracción de la población no sea tenida en

cuenta para prestación de los servicios, por ejemplo, los centros privados tienden a especializarse en atención materno-infantil y ginecología, dejando de lado servicios concretos para los varones como la vasectomía y la detección de cáncer de próstata.

Por otro lado, la adscripción a un sector de salud, sea público o privado fue determinante para conocer la manera como son caracterizadas las necesidades y barreras por los prestadores de servicios de salud. Se concluye que el hecho de que un proveedor pertenezca a un determinado bando influye directamente sobre la atención del paciente, la calidad del servicio, las estrategias de salud y por último sobre la visión que tienen en cuando a la población circundante.

De la manera en que fueron abordados los grupos focales surgió una discusión heterogénea de los temas sociales y de salud entre prestadores públicos y privados. Dado que los proveedores fueron agrupados de acuerdo con el tipo de institución a la cual pertenecen, se observó que los proveedores públicos coincidían en sus discursos, quizá, porque todos formaban parte de un mismo centro de salud. Los proveedores privados, grupo que se conformó con profesionales de diferentes instituciones de salud, fueron críticos con los servicios de “la competencia” y rebatieron posturas e ideas con los demás miembros de este conjunto. Sería interesante, para trabajos posteriores adaptar grupos donde estén cara a cara ambos tipos de prestadores, en lo posible, de distintos puntos de salud.

Igualmente, se pudo determinar que hay una mejor atención en los servicios privados de salud, dado que el interés de esta red es el lucro por medio de las actividades desempeñadas y bajo esta misma lógica imperó la idea de ofrecer “buenos servicios” para ratificar la confianza y preferencia del usuario. La infraestructura así como la complejidad de los servicios ofrecidos es un punto a favor de algunos proveedores privados y la dedicación hacia el paciente, que como ellos mismos lo mencionaron es indispensable para que la población capte la información necesaria.

Así pues, también se observó una deficiencia en las instalaciones de los proveedores públicos y la escasez de insumos necesarios para la atención médica, lo cual visto desde una óptica de

atención en salud representa graves riesgos para los mismos profesionales en salud y un obstáculo para que cada día más personas acudan a los servicios. El abandono gubernamental es evidente y la carga de trabajo exagera las mismas capacidades físicas y humanas de las clínicas públicas asentadas en zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa. No obstante todas las limitaciones, los prestadores del servicio público han encontrado estrategias para franquear algunas de las barreras con las que se encuentran para cumplir con sus objetivos de trabajo.

Aunque no se pudo establecer en este estudio, se presume que variables como la edad, el sexo, el tipo de unión del proveedor y la paridad puede repercutir sobre la manera como éstos conciben y materializan las barreras en PF. Como se esbozó en el marco conceptual de esta tesis, las barreras en PF son multidireccionales y es por ello que no se debe desestimar ningún vínculo sociodemográfico, cultural y económico con barreras al acceso de los servicios de salud.

Los resultados sobre la caracterización de la población por parte de los proveedores es un fundamento crucial para la planificación de los servicios, la “desvalorización” social que de reiteradamente abocaron los proveedores públicos puede repercutir negativamente sobre la población; los estigmas tienden a generalizarse provocando sesgos y desmotivación hacia la prestación eficiente de los servicios de salud y por tanto, los pacientes dejan de ser sujetos de derechos con necesidades médicas para convertirse en simples indicadores numéricos que deben ser reportados como casos atendidos ante instancias de verificación y control gubernamental, como Jasis lo concluye en su estudio: *“la calidad de la atención no implica solamente la superación de indicadores numéricos o el ejercicio de metas programáticas”*. Si esta es la realidad de Tlalpan e Iztapalapa se puede coincidir con Salles y Tuirán, Echarri, entre otros investigadores, que creen que la pobreza y la marginalidad se acompañan de diagnósticos de morbi-mortalidad altos, elevados niveles de fecundidad, edad temprana para tener el primer hijo y sobre todo – por lo que interesa- débil difusión de las prácticas de limitación y esparcimiento de los nacimientos, así como de información oportuna en SSR y PF.

Frente a las necesidades que los proveedores sienten que tiene la población de las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa se halló que éstas son diversas y responden a factores tanto físicos como emocionales. Pero pese a que se reconoció las necesidades psicosomáticas como una prioridad en la atención, los profesionales de salud aceptaron que no existen los mecanismos suficientes para poder atender dicha patología.

En este punto antes mencionado, se armoniza nuevamente con los resultados obtenidos en el estudio de Jasis en donde se sostiene que, sin ser ambiciosos, los proveedores podrían generar un impacto positivo en el servicio mejorando las vías de comunicación e información con los pacientes.

En esta misma línea, es imperioso precisar que en el caso que aquí se analizó las expectativas sobre las necesidades que profesionales en salud y los usuarios del servicio tienen, distan de estar en sintonía. En el capítulo IV de este trabajo donde se hizo el recorrido por las distintas encuestas nacionales sobre SSR y PF se pudo constatar que con respecto a la anticoncepción, la población declaró tener temores a los efectos colaterales por el empleo de métodos, no estar informados o estar en desacuerdo la pareja o la misma persona para utilizar métodos. Otra de las cuestiones fue el maltrato que sufren por parte de los médicos y personal de salud, algunos usuarios adujeron que este rechazo se debía por no tener recursos para pagar la consulta y los medicamentos, por la pertenencia étnica específica y por el tipo de consulta.

Este último aspecto vale la pena ser retomado pues se pudo corroborar en este estudio que los problemas de maltrato, discriminación, deficiente atención, negligencia médica y desabasto de insumos, aumenta visiblemente las inequidades cuando el tipo de consulta es por asuntos de SSR. Con tal panorama fue posible establecer que muchas personas se sienten desmotivadas para regresar a los servicios de salud, en Tlalpan e Iztapalapa concretamente, la gente pide mejorar horarios de atención, preparación del personal y abastecer de medicamentos a la institución.

Un componente que llamó considerablemente la atención en esta exploración es que los proveedores enfatizaron en los problemas de violencia y agresividad del que son víctimas por

parte de los usuarios, sin embargo, y de acuerdo con lo que se vio en líneas previas, dicho rasgo no parece ser distintivo de la población, ya que el maltrato procede de ambas vías. Lo que se resalta de todo esto es que en todos los grupos surgió casi una aquiescencia en lo que se asumió como necesidades, pero en ningún momento se mencionó el maltrato de profesionales hacia los pacientes.

La conclusión que se produce de esta posición es que las necesidades de la población que los proveedores declararon, no son necesidades que ellos han debatido y preguntado a la comunidad, en la mayoría de los casos son necesidades que se asumen a partir de una reflexión institucional o en el peor de los casos de una presunta intuición personal o profesional. Como el mismo Donabedian lo ha mencionado, el éxito o fracaso de la transacción en salud es el resultado de congruencia entre las demandas del usuario y la oferta de los proveedores, de otra manera, las políticas, programas y acciones en PF serán ineficientes e inoperantes.

Si se parte de la premisa de que los proveedores son quienes determinan las necesidades de la población se adentrará ahora en la siguiente hipótesis establecida la cual se refiere a que *hay un predominio de enfoque de los servicios de PF hacia mujeres adultas en edad fértil, lo que produce que ciertos grupos de población como los adolescentes y varones sean excluidos de los programas de PF.*

En primera instancia hay que indicar que si bien, efectivamente las mujeres en edad fértil son el foco de atención en los programas de PF y SSR, esto no quiere decir que sean ellas quienes mejor tengan resueltas sus necesidades en estos mismos temas. Al igual que con el grupo poblacional de hombres y adolescentes, los prestadores de servicios de salud consideraron que las mujeres, además de ser agentes muy importantes dentro del escalafón de la PF son también las que traen a cuentas mayores responsabilidades y funciones, especialmente en el ámbito de la reproducción.

En cuanto a los problemas que se emanan de esta segmentación de los servicios se pudo cotejar que los principales obstáculos para que las mujeres no ejerzan plenamente sus derechos

SR son: el machismo, la obsecuencia, la dependencia económica, la violencia intrafamiliar, la deficiente educación, la negligencia de los proveedores para informar sobre el autocuidado y uso de métodos, entre muchos otros más. No existe por parte de las mujeres otro asunto que requiera más atención que el propio embarazo (o simplemente la atención del parto); por lo regular ellas mismas desconocen la importancia de la realización de pruebas para detectar los diferentes tipos de cáncer como el de mama y el cérvico-uterino, incluso algunas nunca llevan controles prenatales o simplemente se rehúsan a utilizar métodos anticonceptivos aunque ya el número de hijos sea elevado y las condiciones socioeconómicas desfavorables.

En el contexto particular de Tlalpan e Iztapalapa aquellas mujeres que utilizaban métodos, algunas lo hacían de manera subrepticia por el temor de ser rechazadas por sus cónyuges o como muestra de fidelidad hacia la pareja. Tampoco existe una preocupación por prevenir ITS de las cuales pueden ser contagiadas a causa de la promiscuidad de los compañeros sexuales.

En segundo término, los varones son renuentes a buscar la ayuda médica para atender sus necesidades en PF, a lo largo de los discursos de los proveedores primó el ausentismo de los hombres en todas las actividades de la PF, pero se pudo establecer que existe una preocupación de los varones para acudir a los servicios especialmente cuando hay manifestaciones físicas sobre sus áreas viriles. Los proveedores de servicios de salud consideran esto un hecho preocupante, debido a que éstos no se integran al proceso de embarazo de sus mujeres y tampoco se interesan por utilizar métodos anticonceptivos, muchos de ellos temen a la vasectomía.

En tercer lugar, el tema de los adolescentes resulta difícil de configurar, por ser un grupo de especial interés para los proveedores, pero también porque alrededor de ellos existen posturas divergentes. Algunos de los proveedores consideran que en la actualidad los jóvenes disponen de una cantidad importante de información sobre PF y métodos anticonceptivos, en diferentes espacios y eso los sitúa en un lugar importante, pero por otra parte, hay quienes aseguran que son un grupo extremadamente vulnerable por las barreras que encuentran para ser atendidos.

Los impactos y calidad de los servicios adolescentes no fueron el tema de esta tesis y por lo tanto no fue posible establecer los resultados de los programas hacia ellos; lo que si se pudo ver es que en estas zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa hay un creciente interés por esta población y en especial por los problemas que emergen de ellos, principalmente el embarazo adolescente.

Así mismo, apareció a lo largo de los grupos la inquietud por la población adulta mayor, en su mayoría varones, que acuden a los centros y clínicas de salud para ser orientados sobre SSR. Esto lleva a repensar los servicios de salud ya que estas nuevas demandas obligan a los centros a concentrar sus esfuerzos hacia esta población, pero al mismo tiempo impone nuevas formas de atención. Las estrategias que se formulen en el sector deben garantizar que existan los recursos, sobre todo humanos, que estén adecuados según las necesidades demandadas. Para ello deberá quedar claro que las personas no terminan su vida cuando transitan por la tercera edad, sino más bien es otra etapa de la vida que contempla otros deseos y formas de vivir.

En lo que se refiere al género, se pudo validar que los proveedores de servicios de salud reconocen que tanto los factores biológicos, las necesidades y riesgos en PF son diferentes para varones y mujeres. Aunque en sus discursos rompen con los esquemas tradicionales y aparentemente se inclinan por posiciones modernas en el tratamiento de la salud, se pudo ratificar que son ellos los que muchas veces no toman en cuenta el desempeño del hombre dentro de la SSR. El reto en la prestación de estos servicios será en primer lugar romper con los viejos esquemas de atención en donde el varón se ha hecho de lado y por el otro, promover servicios que resulten atractivos a los usuarios masculinos, es decir que se sientan en confianza y seguros para poder resolver todas las dudas que frente a la PF tienen. De esta manera se facilitará la expansión de opciones anticonceptivas, la continuidad en su uso, así como la prevención de ITS/VIH, y la responsabilidad compartida sobre la sexualidad y la reproducción.

Pasando a otra de las premisas que se tenían formuladas en la tesis se tiene que las barreras percibidas por los prestadores públicos y privados son diferentes, esto significa que los prestadores públicos perciben más barreras para el servicio de salud.

De alguna manera esta hipótesis ya ha sido verificada como en líneas previas se pudo observar, sin embargo hay que exaltar otros componentes que no han sido tratados. Según fueron formuladas las barreras para efectos de análisis de este trabajo se puede concluir que los proveedores públicos declararon tener más obstáculos a la hora de prestar el servicio que los mismos prestadores privados, esto tal vez porque los últimos cuentan más libertad para planificar los servicios, al tiempo que tienen autonomía presupuestaria, lo cual les permite enfocar sus recursos a programas prioritarios.

Mientras los proveedores públicos declararon no contar con las instalaciones, herramientas, personal y equipos necesarios para prestar los servicios de atención en SSR, los prestadores privados manifestaron en menor medida tener estas falencias. Resalta sobre muchas otras cosas un aspecto que se considera sumamente perjudicial para la prestación del servicio y es el continuo desabasto de métodos anticonceptivos, provocando la desmotivación de los usuarios para la consulta en PF. En algunos centros la distribución de condones está regulada y solo se pueden otorgar determinadas unidades por paciente.

Otra de las cuestiones que surgió fue la descoordinación interinstitucional para la referencia y contra-referencia de los pacientes, tanto los proveedores públicos como privados. Es difícil para ellos llevar la continuidad de un usuario, dadas las restricciones que existen al interior de cada centro de salud y la misma organización del sistema. Especialmente para los prestadores públicos las condiciones bajo las cuales prestan los servicios se dificulta, ya que tienen que cumplir con metas de atención y seguir con las normas sectoriales como le establece la Ley.

Una de las limitantes de este trabajo fue que los proveedores de servicios se centraron claramente en las barreras que éstos veían entre la población, es decir, sobre las barreras exógenas (tratadas en el capítulo II), fue más difícil que los mismos declararan obstáculos personales que impactan negativamente el servicio. Es así como se hace recomendable estudiar este fenómeno y suplir una necesidad en conocimientos que ha sido parcialmente tratada por otros autores. Es decir, el reto que se impone ante este nuevo escenario es concebir

las barreras en PF desde una orientación integral y no solamente como el acceso o no a métodos anticonceptivos.

Para terminar este apartado de las conclusiones simplemente hay que mencionar que este estudio permitió conocer a fondo un tema que ha sido poco explorado desde diferentes disciplinas y que como se pudo establecer reviste un importante aporte para explicar las barreras que apremian a un sector de la sociedad que está caracterizado por la marginalidad, la exclusión, las relaciones de género, donde además confluye la moral, la ética y la cultura. Por lo tanto, herramientas como esta podrán ser un insumo indispensable que debería ser retomado a la hora de diseñarse y establecerse políticas públicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID (2006). Informe técnico de salud mundial. Las listas de verificación reducen las barreras médicas para el uso de anticonceptivos. Estados Unidos de América: USAID.
- Alva, Bessna R. y Olga Rojas (2006). “Barreras sociales e institucionales para atender las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes de contextos marginales de la Ciudad de México”. Ponencia presentada en la VIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México de la Sociedad Mexicana de Demografía (Somede). México: (mimeo).
- Aparicio, Ricardo (2007). “Necesidades no satisfechas en anticoncepción. Un análisis de la Ensa 2003”. Chávez, Ana M., et al. (coords.), *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. México: Secretaría de Salud, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), UNAM, pp. 133-143.
- Banco Mundial-BM. *Enfoque en el análisis de la pobreza*. [en línea]. Disponible en web: <http://www.bancomundial.org/pobreza>. [Consulta: 27 de marzo de 2008].
- Boltvinik, Julio y Enrique Hernández (1999). “Pobreza y distribución del ingreso en México”. *Siglo XXI Editores*. México: Siglo XXI, pp. 30-80.
- Cacique, Irene (2006). “¿Cuándo puedo decir no? Empoderamiento femenino y sexo no deseado en México”. *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 21, n° 001, enero-abril. México: El Colegio de México, pp. 49-81.
- Camarena, Rosa M. y Susana Lerner (s/f) “Necesidades insatisfechas en la provisión de servicios de salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural”. El Colegio de México. México: (mimeo).
- Campos, María S. y Silvana M. Mishima (2005). “Health needs according to civil society and the state”. *Cad. Saúde Pública*, vol. 21, n° 4, julio-agosto. Río de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, pp. 1260-1268.
- Centro Latinoamericano Salud y Mujer – Celsam. *Historia de la Anticoncepción*. [en línea]. Disponible en web: http://www.celsam.org/home/manual.asp?cve_manual=7. [Consulta: 19 de marzo de 2008].
- Consejo Nacional de Población - Conapo (1996). Encuesta sobre las Instituciones en Planificación Familiar en México (Eninplaf). Base de datos.
- (1999). *Veinticinco años de la planificación familiar en México. La situación demográfica en México*. México: Conapo, pp. 203-212.
- (2000). *Cuadernos de salud reproductiva. Distrito Federal*. México: Conapo.
- (2001). *Índices de marginación 2000-2001*. México: Conapo.
- Dávila, Enrique y Maite Guijarro (2000). *Evolución y reforma del sistema de salud en México*. Serie Financiamiento para el desarrollo, n° 91. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL.
- De Keijzer, Benno (2003). “El género y el proceso salud-enfermedad-atención”. *Boletín Género y salud en cifras*, vol. 1, n° 3, septiembre-diciembre. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud. Dirección General de Información en Salud, pp. 3-7.

- De Marquez, Viviane B. (1984). "La política de planificación familiar en México: ¿Un proceso institucionalizado? *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 46, n° 2, abril-junio. México: Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 285-310.
- Diccionario de la lengua española (2008). Vigésima segunda edición. España: Asociación de Academias de la Lengua Española.
- Díaz, Alonso G. (1995). "Historia de la anticoncepción". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 11, n° 2, abril-marzo. Cuba: Editorial Ciencias Médicas, pp.192-194.
- Donabedian, Avedis (1988). Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V.
- Echarri, Carlos J. (2008a). "Evolución Reciente de la Fecundidad: El largo camino hasta el reemplazo". Figueroa, Beatriz (coord.), *El dato en cuestión. Un análisis de las cifras sociodemográficas*. México: El Colegio de México, pp. 97-110.
- (2008b). "Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas". Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México: El Colegio de México, pp. 59-113.
- (2008c). *Identificación de barreras para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud. Informe técnico INDESOL CS-09-I-VI-033-07*. México: (mimeo).
- Enciclopedia Microsoft. *Embriología*. [en línea]. Disponible en web: <http://es.encarta.msn.com>. [Consulta: 25 de marzo de 2008].
- Fernández, José (2000). "Los componentes de la práctica clínica". *Revista Ateneo 1*. Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas, pp. 5-9.
- Fernández, Sara Y. (1998). "Aproximación teórico-metodológica a los estudios en salud reproductiva". *Papeles de Población*, n° 16. México: Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), pp. 63-81.
- Figueroa, Juan, G. (2001). "Varones, reproducción y derechos. ¿Podemos cambiar estos términos?". *Desacatos*, n° 06, primavera-verano. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 149-164.
- Figueroa, Juan G. y Verónica Sánchez (2000). "La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto". *Papeles de Población*, n° 25. México: Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 52-82.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (1994). *Programa de acción de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo*. Estados Unidos de América: UNFPA.
- (1995). *Informe sobre la cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer*. Estados Unidos de América: UNFPA.
- (2004). *Estado de la población mundial 2004. El consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza*. Estados Unidos de América: UNFPA.
- (2005). *Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos*. Estados Unidos de América: UNFPA.
- (2007). *Estado de la población mundial 2007. Liberar el potencial del crecimiento urbano*. Estados Unidos de América: UNFPA.

- (2005). *Estado de la población mundial 2005. La promesa de la igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y objetivos de Desarrollo del Milenio*. Estados Unidos de América: UNFPA. Fundación Mexicana para la Planeación Familiar - Mexfam (1999). *Encuesta Gente Joven*. Base de datos.
- (2002). *Encuesta Gente Joven*. Base de datos.
- *Encuesta Gente Joven 1999*. [en línea]. Disponible en web: http://www.gentejoven.org.mx/ai_encuestagj99_esp.asp. [Consulta: 24 de abril de 2008].
- Gillespie, Duff, *et al.* (2007). "Unwanted fertility among the poor: an inequity". *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85. Suiza: World Health Organization (WHO), pp. 100-107.
- Gobierno del Distrito Federal (2002). *Programa de salud 2002-2006*. México: GDF.
- (2007). *Primer informe de Gobierno*. México: GDF.
- *Aspectos Geográficos*. [en línea]. Disponible en web: <http://www.df.gob.mx/agenda2000/ageograficos/cdivision.html>. [Consulta: 16 de abril de 2008].
- Instituto Nacional de Salud Pública - INEGI (1992). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)*. Base de datos.
- (1992). *Características metodológicas de la encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID) 1992*. México: INEGI.
- (1997). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)*. Base de datos.
- (1997). *Características metodológicas de la encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID) 1997*. México: INEGI.
- (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda*. Base de datos.
- (2005). *II Conteo de Población y Vivienda*. Base de datos.
- *Cuéntame*. [en línea]. Disponible en web: cuentame.inegi.gob.mx/monografias/informacion/df/poblacion/dinamica.aspx?tema=m e&e=09. [Consulta: 15 de abril de 2008].
- Instituto Nacional de Salud Pública - INSP (2000). *Encuesta Nacional de Salud (ENSA)*. Base de datos.
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2000). *Encuesta Nacional de Salud 2000. Vivienda, población y utilización de servicios de salud*. México: INSP.
- Jaramillo, Martha C., (2007). "La descentralización de los servicios en Baja California. Avances y limitaciones de un proceso nacional en marcha 1988-2004". [tesis doctoral]. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- Jasis, Mónica (2000). "A palabra de usuaria ¿oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur". Stern, Claudio y Carlos J. Echarri (coords.), *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, El Colegio de México, pp. 97-143.
- Jusidman, Clara (2007). "Ciudadanía social y derechos políticos. Iniciativa ciudadana y desarrollo social". Documento preparado para la Conferencia Internacional sobre candados y derechos: Protección de programas sociales y construcción de ciudadanía. México: Oficina del PNUD en México, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de la Función Pública, Secretaría de Salud, Congreso de la Unión, Instituto Federal de

- Acceso a la Información Pública (IFAI), Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) e Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social A.C. (INCIDE Social). (mimeo).
- Laurell, Assa C. (2004). *Reducción de la exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del Gobierno del Distrito Federal*. México: Secretaría de Salud. Gobierno del Distrito Federal. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS. Representación de la OPS/OMS en México.
- Langer, Ana (1993). “Planificación familiar y salud de la mujer”. Ponencia presentada en el seminario veinte años de la planificación familiar en México. México: Sociedad Mexicana de Demografía (Somede).
- (1999). “Planificación familiar y salud reproductiva, o planificación familiar vs. salud reproductiva”. Bronfman Mario N. y Roberto Castro (coords.), *Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina. Violencia, alcoholismo, adicciones, SIDA, miseria y otros problemas de la sociedad actual*. México: Fundación Ford, Organización Panamericana de la Salud (OPS), pp. 135-149.
- (2003). “Reseña de sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación”. *Estudios Demográficos y Urbanos*, n° 52, enero-abril. México: El Colegio de México, pp. 203-210.
- Langer, Ana y Gustavo Nigenda (2000). *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y oportunidades*. México: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Population Council e Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- Lerner, Susana e Ivonne Szasz (2001). “La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias”. *El Cotidiano*, n° 17. México: Universidad Autónoma de México (UAM) – Azcapotzalco, pp. 53-65.
- (2003). “La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción (parte A).” *Estudios Demográficos y Urbanos*, n° 053, mayo-agosto. México: El Colegio de México, pp. 299-325.
- (2003). “La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción (parte B).” *Estudios Demográficos y Urbanos*, n° 053, mayo-agosto. México: El Colegio de México, pp. 326-352.
- Lerner Susana e Ivonne Szasz, (2001). “La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias”. *El cotidiano*, vol. 17, n° 107, mayo-junio. México: Universidad Autónoma del Estado de México- Azcapotzalco (UAEM), pp. 53-65.
- Ley General de Población. México: Diario Oficial de la Federación, 7 de enero de 1974.
- Lomniz, Larissa (1976). *Como sobreviven los marginados*. Man, New Series, vol. 11, no 2, junio. Great Britain: Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland, pp. 291-292.
- Marcuse, Herbert, (1969). “El hombre unidimensional”. Barcelona: Seix-Barral.
- Maroto, Alicia, et al. (1998). “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud”. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 72, n° 6, noviembre-diciembre. España: Salud Pública, pp. 547-557.
- Mateo, Miguel A. (2002). “Sobre las necesidades insatisfechas. Género y migraciones como factores de la pobreza”. *Papers: revista de sociología*, n° 66. Barcelona: Icaria, pp. 93-115.

- Max-Neff, Manfred, *et al.* (1986). “Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro”. *Número especial de Development Dialogue*. Suecia: CEPAAUR y Fundación Dag Hammarskjöld.
- (1994). *Desarrollo a Escala humana*. Barcelona: Icaria.
- Naciones Unidas - NU (2007). *Objetivos de desarrollo del milenio. Informe de 2007*. Estados Unidos de América: Naciones Unidas.
- *Objetivos de desarrollo del milenio*. [en línea]. Disponible en web: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> [Consulta: 24 de marzo de 2008].
- Organización Mundial de Salud - OMS (1989). *Educación en fertilidad familiar. Materiales para la enseñanza sobre métodos de planificación familiar dirigidos a educadores*. Suiza: OMS.
- (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre. Suiza: OMS.
- Palma, Yolanda (1994). “De la planificación familiar a la salud reproductiva: retos y obstáculos”. *Papeles de Población*, n° 005, julio-octubre. México: Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), pp. 68-72.
- (2003). “Políticas de población y planificación familiar” *Demos*, n° 16, enero. México: Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 24-25.
- Palma, Oswaldo y Gustavo Olaiz (2005). “Metodología de la encuesta nacional de evaluación del desempeño”. *Salud Pública de México*, vol. 47, suplemento 1. México: INSP, pp. S66-S74.
- Programa para una Tecnología Apropriada en Salud - PATH y Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (2006). *Una Necesidad insatisfecha: Fortaleciendo la planificación familiar*. Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER).
- Quesada, Charo (2001). “Amartya Sen y las mil caras de la pobreza”. *Revista del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)*, agosto. Estados Unidos de América: BID, pp. 4.
- Reartes, Diana y Carlos J. Echarri (2006). “Identificación de barreras para acortar la distancia entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud en la Ciudad de México. El punto de vista de los prestadores de servicios”. Ponencia presentada en la VIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México de la Sociedad Mexicana de Demografía (Somed). México: (mimeo).
- Reyes, Hortensia, *et al.* (2003). *Encuesta de necesidades de salud en familias de áreas urbano-marginadas de México (ENSAUM)*. México: Dirección de prestaciones médicas, Coordinación de Salud Pública, Coordinación de Investigación en Salud, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Rico, *et al.* (2003). “Políticas públicas en salud, género y mujer”. Knaul, Frenk J. y Gustavo Nigenda (eds.), *Caleidoscopio de la Salud: De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. México: Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), pp. 243-253.
- Rohlfs, Izabella, *et al.* (2000). “Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos”. *Gaceta Sanitaria*, n° 14, suplemento 3. España: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), pp. 60-71.
- Rojas, Olga (2002). “La participación de los varones en los procesos reproductivos: un estudio cualitativo en dos sectores sociales y dos generaciones de la ciudad de México”. *Papeles de Población*, n° 031, enero-marzo. México: Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), pp. 189-217.

- Rojas, Olga L. y Susana Lerner (2001). *Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1990-2000*. México: El Colegio de México.
- Ruggeri, Caterina (2000). "The monetary approach to poverty: a survey of concepts and methods". *Working Paper*, n° 58, december. England: Queen Elizabeth House, University of Oxford, pp. 32-41.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (2003). Dentro del Laberinto. *Jornadas, 140*. México: Centro de Estudios Sociológicos: El Colegio de México.
- Secretaría de Salud-SSA (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: SSA.
- *Información Estadística*. [en línea]. Disponible en web: <http://www.salud.df.gob.mx/content/view/full/87/21/>. [Consulta: 16 de mayo de 2008].
- (2002). *Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED)*. Base de datos.
- Shelton, et al. (1992). "Medical barriers to access to family planning". *Lancet*, noviembre. Estados Unidos de América: The Lancet, pp. 1334-1335.
- Stern, Claudio y Diana Reartes (2003). Programas de salud reproductiva para adolescentes en el Distrito Federal. Estudio de dos servicios de atención. *Documentos de trabajo*, n° 5. México: El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad.
- The Population Council (2001). *El poder en las relaciones sexuales. Inicio de un diálogo entre profesionistas en salud reproductiva*. Nueva York: Population Council, Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID) y Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, (IPPF/RHO).
- Tuirán, Rodolfo, (1998). "La situación demográfica de México". *Papeles de Población*, n° 016, abril-junio. México: Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), pp. 17-38.
- Tuñón, Esperanza (1999). "Reseña de sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales". *Salud Pública de México*, vol. 41, n° 06. México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), pp. 498-500
- Velasco, Carmen, et al. (1999) "Calidad de los servicios de anticoncepción en El Alto, Bolivia". *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, vol. 5, n° 6, Junio 1999. Estados Unidos de América: PAHO, pp. 411-418.
- Zabala, María E. (1990). "Políticas de población en México". *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 52, n° 1, enero-marzo. México: Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 15-32.

ANEXOS

Anexo 1. Estructura del cuestionario de médicos y enfermeras de instituciones de gobierno en la Eninplaf

I. Antecedentes laborales y educativos

1. Otorgamiento de consultas de PF.
2. Cargo.
3. Tipo de contratación.
4. Antigüedad.
5. Experiencia laboral previa.
6. Formación profesional.
7. Institución donde realizó servicio social: estado de la república y zona rural o urbana.
8. Estudios de posgrado o especialización.

II. Apoyo institucional

1. Cursos o capacitación en PF: fecha del último curso, institución que lo impartió, temas tratados, interés en tomar algún otro y sobre qué temas.
2. Supervisión: de qué nivel recibió la última, qué actividades de PF se supervisaron principalmente y opinión sobre supervisión.
3. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar 1994: si conoce su existencia, si la unidad cuenta con un ejemplar, si conoce el contenido, si la consulta regularmente, tres temas que considere más importantes, opinión sobre la norma y si recibió capacitación para su manejo.
4. Metas de PF: si la unidad tiene metas, si el entrevistado tiene metas asignadas, en qué consisten y si está de acuerdo. En caso negativo, razones de desacuerdo. Si está de acuerdo en cómo se establecen y cómo las establecería.

III. Actividades generales y sobre planificación familiar

1. Actividades que realiza: atención al embarazo, parto y puerperio, PF, atención a menores de 5 años, cesáreas, resolución de aborto incompleto, cirugía menor y mayor, información o consejería y actividades de capacitación. Definición de las tres más importantes. Número de pacientes por semana.
2. Consulta de PF: preferencia o no por darla, métodos que puede dar o recetar.
3. Inserción de DIU en posparto y postaborto, realización de OTB en posparto, postaborto o cesárea, realización de vasectomía e inserción de Norplant, consejería sobre ritmo, relación con la comunidad para PF y apoyo de miembros de la comunidad.

IV. Percepción sobre actitudes de la población

1. Si las personas piden métodos o se les ofrecen.
2. Métodos más solicitados.
3. Características de los métodos sobre las que recibe más preguntas: efectividad,
4. efectos colaterales, reversibilidad y facilidad de uso.

5. Comprensión de los usuarios sobre forma de acción métodos: si considera es importante, motivos, porcentaje de personas considera podrían entender la forma en que actúan los métodos y métodos que causan mayor temor en la población.

V. *Lactancia, posparto y OTB*

1. Opiniones en torno a la lactancia:

- a) Si las mujeres deben amamantar a sus hijos o no.
- b) Recomendaciones en caso diarrea lactantes (suspensión de lactancia o no).
- c) Relación entre ablactación y amenorrea.
- d) Efectividad de la lactancia exclusiva como método anticonceptivo.

2. Opiniones en torno al posparto:

- a) Momento para iniciar el uso de un método después del parto.
- b) Momento para iniciar el uso de un método después de un aborto no complicado.
- c) Responsabilidad del médico y/o de la enfermera con relación a la PF en el posparto y postaborto inmediato
- d) Acuerdo o desacuerdo en que la inserción del DIU en el posparto sea sólo una decisión médica.

3. Opiniones en torno a la OTB:

- a) Si recomendaría un método definitivo a una mujer que no debe o no quiere tener más hijos y por qué.
- b) Si considera se requiere una edad mínima y una paridad mínima.
- c) Si después del parto es adecuado ofrecer un método definitivo.

VI. *Opinión y ambiente social*

1. Atención a hombres en edad fértil: consejería en PF y vasectomía.
2. Adolescentes: porcentaje de adolescentes hombres y mujeres solteros en consulta PF.
3. Número máximo de hijos que convendría por motivos de salud y por motivos económicos.
4. Edad mínima al primer hijo.
5. Edad máxima al último hijo.
6. Periodo intergenésico.
7. Opinión sobre ventaja más importante de la PF.
8. Mensajes percibidos en el último mes en TV o radio (sobre retraso edad al matrimonio y constitución de la descendencia, institución que los emite, opinión sobre utilidad para población y opinión sobre incidencia en motivación a la población a acudir a centros de salud a solicitar información).

VII. *Características personales del entrevistado(a)*

1. Sexo.
2. Edad.
3. Número de hijos.
4. Uso de PF.
5. Métodos utilizados.
6. Estado civil actual.

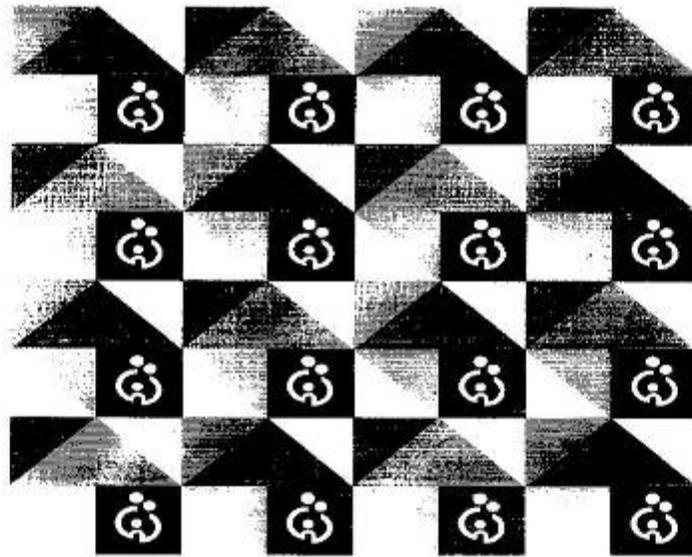
VIII. *Recomendaciones según casos clínicos*

1. Anticoncepción antes del primer hijo para parejas recién unidas (método adecuado).

2. Anticoncepción en adolescentes solteros (métodos adecuados).
3. Si hay algún método que jamás recomendaría y motivos.
4. Anticoncepción no hormonal para una mujer en lactancia (recomendaciones).
5. Anticoncepción no DIU para una mujer en lactancia (recomendaciones).
6. Listado criterios de salud de la mujer para prescripción de métodos:
7. contraindicaciones, precauciones o no interfiere con uso del método.
8. Criterios más difíciles de diagnosticar y razones.
9. Signos y síntomas que llevan a sospechar que una mujer que solicita PF puede ser diabética, ha tenido una trombosis venosa profunda, hemorragia uterina anormal, diagnóstico de infección del tracto genital (acciones a seguir) cáncer cérvico uterino, cáncer mamario y cómo investiga si una mujer solicitante de PF está embarazada.

LAS INSTITUCIONES EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

CUESTIONARIO DE MÉDICOS PRIVADOS
1996



Consejo Nacional de Población

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION
LAS INSTITUCIONES EN LA PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO
CUESTIONARIO DE MEDICOS PRIVADOS

DATOS DE IDENTIFICACION

Entidad Federativa _____

Municipio _____

Localidad _____

Tipo _____

01) Consultoria _____

02) Clínica _____
(ESPECIFIQUE NOMBRE)

03) Hospital _____
(ESPECIFIQUE NOMBRE)

Dirección _____
Calle, avenida, carretera o camino

No. exterior _____ No. interior _____ Colonia _____ C.P. _____

Entre las calles de _____ y _____

Teléfono _____

VISTAS DEL ENTREVISTADOR	1	2	3	4
FECHA	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR				
NUMERO DEL ENTREVISTADOR	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
HORA DE INICIO	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
HORA DE TERMINO	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
DURACION	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
RESULTADO	____/____	____/____	____/____	____/____

Código de resultado

01 Entrevista completa 03 Se negó a dar información

02 Entrevista incompleta 04 Otros (ante en observaciones)

OBSERVACIONES

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	CODIFICADO POR	GRABADO POR
NOMBRE				
NUMERO	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
FECHA	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>

1. ANTECEDENTES LABORALES Y EDUCATIVOS

<p>1.1 ¿Da usted consultas de planificación familiar?</p>	<p>Si .....1 No .....2 NR .....9</p>	<p>—> TERMINE LA ENTREVISTA</p>
<p>1.2 ¿Cuál es su formación profesional?</p>	<p>Licenciatura en medicina .....1 Pasante en medicina .....2 Otros .....3 _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) NR .....9</p>	
<p>1.3 ¿En qué institución realizó su servicio social?</p>	<p>SSA .....1 IMSS .....2 ISSSTE .....3 Otro .....4 _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) Lo está realizando actualmente .....5 No lo ha realizado .....6 NR .....9</p>	<p>—> 1.6</p>
<p>1.4 ¿En qué estado de la república realizó su servicio social?</p>	<p>Estado _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) NR .....99</p>	
<p>1.5 ¿Realizó usted su servicio social en una zona rural o urbana?</p>	<p>Zona rural .....1 Zona urbana .....2 NR .....9</p>	
<p>1.6 ¿Ha realizado estudios de posgrado o especialización?</p>	<p>Si .....1 No .....2 NR .....9</p>	<p>—> 2.5</p>

2.6	¿Cuenta usted con un ejemplar de esta norma?	Sí 1 No 2 NR 9										
2.7	¿Conoce usted el contenido de la norma?	Sí 1 No 2 NR 9] -> 3.1									
2.8	¿Consulta la norma regularmente?	Sí 1 No 2 NR 9										
2.9	Del contenido de la norma ¿cuáles son los tres temas que considera más importantes?	1 _____ _____ _____ 2 _____ _____ _____ 3 _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) NR 9										
2.10	En su opinión la norma ¿es:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>completa?</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>comprensible?</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	completa?	1	2	comprensible?	1	2	
	Sí	No										
completa?	1	2										
comprensible?	1	2										
2.11	¿Recibió usted alguna capacitación para el manejo de esta norma?	Sí 1 No 2 NR 9										

III. ACTIVIDADES GENERALES Y SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

<p>3.1 ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza usted:</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>consulta (o clínica) prenatal?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>consulta a mujeres en el puerperio?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>consulta (o clínica) de planificación familiar?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>consulta al menor de 5 años?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>otro tipo de consulta general?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>atención al parto (vaginal)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>operaciones cesáreas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>resolución del aborto incompleto?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>cirugía menor (ambulatoria)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>cirugía mayor?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>información o consejería?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>actividades de capacitación?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No		consulta (o clínica) prenatal?	1	2	<input type="checkbox"/>	consulta a mujeres en el puerperio?	1	2	<input type="checkbox"/>	consulta (o clínica) de planificación familiar?	1	2	<input type="checkbox"/>	consulta al menor de 5 años?	1	2	<input type="checkbox"/>	otro tipo de consulta general?	1	2	<input type="checkbox"/>	atención al parto (vaginal)?	1	2	<input type="checkbox"/>	operaciones cesáreas?	1	2	<input type="checkbox"/>	resolución del aborto incompleto?	1	2	<input type="checkbox"/>	cirugía menor (ambulatoria)?	1	2	<input type="checkbox"/>	cirugía mayor?	1	2	<input type="checkbox"/>	información o consejería?	1	2	<input type="checkbox"/>	actividades de capacitación?	1	2	<input type="checkbox"/>	<p>De las actividades que mencionó ¿Cuáles son las tres actividades que ocupan la mayor parte de su tiempo en orden de importancia?</p>
	Sí	No																																																				
consulta (o clínica) prenatal?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
consulta a mujeres en el puerperio?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
consulta (o clínica) de planificación familiar?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
consulta al menor de 5 años?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
otro tipo de consulta general?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
atención al parto (vaginal)?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
operaciones cesáreas?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
resolución del aborto incompleto?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
cirugía menor (ambulatoria)?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
cirugía mayor?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
información o consejería?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
actividades de capacitación?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
<p>3.2 Aproximadamente, ¿cuántos pacientes atiende por semana?</p>	<p>Pacientes por semana <input type="text"/></p> <p>Ninguno 00</p> <p>NR 99</p>																																																					
<p>3.3 ¿Cuál es el tiempo promedio de una consulta por paciente?</p>	<p><input type="text"/></p> <p>Min.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>NR 999</p>																																																					

<p>3.4 ¿Cuánto tiempo espera en promedio un paciente desde que llega al consultorio hasta que sale de la consulta?</p>	<p style="text-align: center;">  Min. </p> <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">(TEXTUAL)</p> NR 999																			
<p>3.5 ¿Cuánto cobra por una consulta de planificación familiar?</p>	Costo Pesos  NR 999																			
<p>3.6 En relación a la consulta que da de planificación familiar, ¿prefiere dar la consulta, no tiene preferencia o preferiría no darla?</p>	prefiere dar la consulta 1 no tiene preferencia 2 preferiría no darla 3 NR 9																			
<p>3.7 De los métodos de planificación familiar ¿puede usted dar o recetar:</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>hormonales orales?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>hormonales inyectables?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>condones?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>espermicidas?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td></td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	hormonales orales?	1	2	hormonales inyectables?	1	2	condones?	1	2	espermicidas?	1	2	NR		9	
	Sí	No																		
hormonales orales?	1	2																		
hormonales inyectables?	1	2																		
condones?	1	2																		
espermicidas?	1	2																		
NR		9																		
<p>3.8 ¿Realiza usted inserción de dispositivo intrauterino (DIU)?</p>	Sí 1 No 2 NR 9] → 3.13																		
<p>3.9 FILTRO: EL MEDICO ATIENDE PARTOS O RESUELVE ABORTOS INCOMPLETOS (VER PREGUNTA 3.1)</p>	Sí 1 No 2 NR 9] → 3.13																		
<p>3.10 ¿Realiza usted inserciones:</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>en el posparto inmediato?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>en el posaborto inmediato?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	en el posparto inmediato?	1	2	en el posaborto inmediato?	1	2										
	Sí	No																		
en el posparto inmediato?	1	2																		
en el posaborto inmediato?	1	2																		

3.11 ¿Qué tipo de dispositivo intrauterino (DIU) coloca?	TCU 3801 TCU 2002 Otro _____ _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) NR9													
3.12 ¿Cuánto cobra por colocar un dispositivo? ¿Por revisar un dispositivo? ¿Y por el dispositivo?	Por colocar Pesos _____ Nada000 Por revisar Pesos _____ Nada000 Por DIU Pesos _____ Nada000													
3.13 ¿Realiza usted Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)?	Sí1 No2 NR9] -> 3.17												
3.14 FILTRO: EL MEDICO ATIENDE PARTOS O RESUELVE ABORTOS INCOMPLETOS (VER PREGUNTA 3.1)	Sí1 No2 NR9] -> 3.17												
3.15 ¿Usted realiza la OTB:	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>en el posparto inmediato?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>en el posaborto inmediato?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>durante la operación cesárea?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	en el posparto inmediato?	1	2	en el posaborto inmediato?	1	2	durante la operación cesárea?	1	2	
	Sí	No												
en el posparto inmediato?	1	2												
en el posaborto inmediato?	1	2												
durante la operación cesárea?	1	2												
3.16 ¿Cuánto cobra por realizar una OTB?	Costo Pesos _____													
3.17 ¿Realiza usted vasectomía?	Sí1 No2 NR9] -> 3.19												
3.18 ¿Cuánto cobra por realizar una vasectomía?	Costo Pesos _____													

3.19 ¿Realiza usted inserción de implantes subdérmicos (como Norplant)?	Si .....1 No .....2 NR .....9	
3.20 ¿Da usted consejería sobre la práctica del ritmo como método de planificación familiar (abstinencia periódica, Billings, temperatura)?	Si .....1 No .....2 NR .....9	

IV. PERCEPCIÓN SOBRE ACTITUDES DE LA POBLACION

<p>4.1 Generalmente las personas que quieren un método de planificación familiar ¿se lo piden o usted se los ofrece?</p>	<p>La mayoría lo pide 1 En la mayor parte de los casos, ella (él) lo ofrece 2 Es igual 3 NR 9</p>	
<p>4.2 En orden de importancia, me puede decir ¿cuáles son los métodos anticonceptivos que más le solicitan?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>NUMERE EN ORDEN DE IMPORTANCIA</p> </div>	<p>Oclusión Tubaria Bilateral <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino <input type="checkbox"/> Hormonales orales <input type="checkbox"/> Hormonales inyectables <input type="checkbox"/> Implante subdérmico (Norplant) <input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Espermicidas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) NR 99</p>	
<p>4.3 De las siguientes características de los métodos : efectividad (prevención de embarazos), efectos colaterales (seguridad), reversibilidad y facilidad de uso,</p> <p>¿Me podría indicar sobre cuál le preguntan con mayor frecuencia sus pacientes?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>CIRCOLE SOLO UNA OPCION</p> </div>	<p>Efectividad (prevención de embarazo) 1 Efectos colaterales (seguridad) 2 Reversibilidad 3 Facilidad de uso 4 NR 9</p>	
<p>4.4 ¿Considera usted que es importante que las usuarias o los usuarios entiendan la forma en que los métodos actúan para evitar un embarazo?</p>	<p>Sí 1 No 2 NR 9</p>	<p>→ 4.6</p>

<p>4.5 ¿Por qué no?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>NR 9</p>	
<p>4.6 En su opinión, ¿qué porcentaje de las personas que acuden a esta unidad serían capaces de entender el mecanismo de acción de los métodos anticonceptivos?</p>	<p>Porcentaje <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>NR 99</p>	

<p>4.7 En orden de importancia, ¿cuáles son los métodos que con mayor frecuencia causan temor en la población?</p>	<p>PARA CADA UNO DE LOS MÉTODOS MENCIONADOS EN LA PREGUNTA ANTERIOR PREGUNTE:</p> <p>4.8 ¿Cuáles son los principales temores de la población en relación a (MÉTODO)?</p>
<p>Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Vasectomía <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Dispositivo intrauterino (DIU) <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Hormonales orales <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Hormonales inyectables <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Condón <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Espermicidas <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Otro _____ _____ (ESPECIFIQUE)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ninguno <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p>

V. LACTANCIA, POSPARTO Y OTB

<p>5.1 ¿En general, cree usted que las mujeres deben amamantar a sus hijos?</p>	<p>Sí 1 No 2 A veces 3 NR 9</p>	
<p>5.2 Si a un lactante se le está dando el pecho y le da diarrea ¿usted recomienda que la lactancia se suspenda temporalmente, definitivamente o que no se suspenda?</p>	<p>Temporal 1 Definitiva 2 No suspensión 3 NS 8 NR 9</p>	
<p>5.3 La ablactación (incorporación de otros alimentos al niño), durante la lactancia ¿afecta la duración de la amenorrea?</p>	<p>Sí 1 No 2 NR 9</p>	
<p>5.4 Utilizando la lactancia exclusiva como método anticonceptivo, ¿qué tan frecuente es que se embaracen las mujeres durante los primeros seis meses?</p>	<p>Muy frecuente 1 Frecuente 2 Poco frecuente 3 Nunca sucede 4 NR 9</p>	
<p>5.5 Después de un parto normal, ¿cuál cree usted que sea el momento más conveniente para que una mujer empiece a utilizar un método anticonceptivo?</p>	<p>_____ _____ _____ _____ (TEXTUAL) NR 9</p>	
<p>5.6 Después de un aborto no complicado, ¿cuál cree usted que sea el momento más conveniente para que una mujer empiece a utilizar un método anticonceptivo?</p>	<p>_____ _____ _____ _____ (TEXTUAL) NR 9</p>	
<p>5.7 FILTRO: EL MEDICO ATIENDE PARTOS O RESUELVE ABORTOS INCOMPLETOS (VER PREGUNTA 3.1)</p>	<p>Sí 1 No 2 NR 9</p>	<p>→ 5.9</p>
<p>5.8 En esta unidad ¿cuál es su responsabilidad como médico (enfermera) en relación a la planificación familiar en el posparto y en el posaborto inmediato (antes del alta)?</p>	<p>_____ _____ _____ _____ (TEXTUAL) NR 9</p>	

<p>5.9 ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo en que la inserción del dispositivo intrauterino en el posparto sea sólo una decisión médica?</p>	<p>De acuerdo 1 En desacuerdo 2 Depende de la situación 3</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NR 9</p>	
<p>5.10 Si una mujer no debe o no quiere tener más hijos, ¿le recomendaría un método definitivo?</p>	<p>Sí 1 No 2 NR 9</p>	<p>→ 5.12</p>
<p>5.11 ¿Por qué no le recomendaría un método definitivo?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>NR 9</p>	
<p>5.12 Para prescribir un método definitivo ¿usted considera que debe de haber una edad mínima?</p>	<p>Sí 1</p> <p>¿Cuál? años</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>No 2 NR 9</p>	
<p>5.13 ¿Para prescribir un método definitivo, debe haber una paridad mínima?</p>	<p>Sí 1</p> <p>¿Cuál? años</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>No 2 NR 9</p>	
<p>5.14 Durante el trabajo de parto ¿cree usted que es adecuado ofrecer un método definitivo?</p>	<p>Sí 1 No 2 NR 9</p>	

VI. OPINION Y AMBIENTE SOCIAL

<p>6.1 ¿Atiende en su consulta a hombres en edad fértil (entre 15-59 años de edad)?</p>	<p>Sí .....1 No .....2 NR .....9</p>	<p>—> 6.4</p>
<p>6.2 ¿Les habla sobre la conveniencia de que ellos o sus parejas usen métodos anticonceptivos?</p>	<p>Sí .....1 No .....2 NR .....9</p>	
<p>6.3 ¿Platica con sus pacientes hombres sobre la vasectomía (operación masculina)?</p>	<p>Sí .....1 No .....2 NR .....9</p>	
<p>6.4 De su consulta de planificación familiar, aproximadamente, ¿qué porcentaje corresponde a adolescentes hombres y mujeres solteras?</p>	<p>Porcentaje |_|_| _____ _____ _____ _____ (TEXTUAL) Ninguno .....00 NR .....99</p>	
<p>6.5 Tomando en cuenta la salud de la mujer ¿cuál es el número máximo de hijos que le convendría tener?</p>	<p>Número máximo de hijos |_|_| _____ _____ _____ _____ (TEXTUAL) Ninguno .....00 NR .....99</p>	
<p>6.6 Por razones económicas de la familia ¿cuál es el número máximo de hijos que les convendría tener?</p>	<p>Número máximo de hijos |_|_| _____ _____ _____ _____ (TEXTUAL) Ninguno .....00 NR .....99</p>	

<p>6.7 En su opinión, ¿cuál es la edad mínima para tener un primer embarazo?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA INSISTA EN QUE LE PROPORCIONE UNA EDAD</p>	<p>Edad <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>NR .....99</p>	
<p>6.8 En su opinión, ¿cuál es la edad máxima para tener un último embarazo?</p> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA INSISTA EN QUE LE PROPORCIONE UNA EDAD</p>	<p>Edad <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>NR .....99</p>	
<p>6.9 ¿Cuál es el tiempo que deben esperar las mujeres entre un parto y otro parto?</p>	<p>Meses <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>NR .....99</p>	
<p>6.10 En su opinión, ¿cuál es la ventaja más importante de la planificación familiar?</p> <p>CIRCULE SOLO UNA OPCION</p>	<p>Mejora la situación económica 1</p> <p>Es bueno para la salud de la mujer 2</p> <p>Permite dar más atención a cada hijo 3</p> <p>Mejora la relación de la pareja 4</p> <p>Da tiempo para hacer otras cosas en la vida 5</p> <p>Da a la mujer mayor libertad de acción 6</p> <p>Disminuye el crecimiento de la población 7</p> <p>Otro 8</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NR .....9</p>	

		Sí	No	
6.11	Durante el último mes, ¿recuerda haber visto en la televisión o escuchado en la radio algún mensaje (anuncio) que trate sobre:			
		esperar para casarse?	1 2	
		esperar para tener las hijas e hijos que se desean?	1 2	
		Ninguno . . . . .	.0	
		NR . . . . .	.9	] -> 7.1
6.12	¿Recuerda usted de qué institución son los anuncios?	Sí: ¿De cuál?		
		Consejo Estatal de Población (COESPO) . . . . .	.01	
		Consejo Nacional de Población (CONAPO) . . . . .	.02	
		Secretaría de Salud (SSA) . . . . .	.03	
		Instituto Mexicano del seguro Social (IMSS) . . . . .	.04	
		Sistema Nacional de Salud . . . . .	.05	
		Otro _____ . . . . .	.06	

		(ESPECIFIQUE)		
		No . . . . .	.07	
		NR . . . . .	.99	
6.13	¿Usted cree que estos mensajes ayudan a la población a reflexionar sobre la planeación de su vida familiar?	Sí . . . . .	.1	
		No . . . . .	.2	
		NR . . . . .	.9	
6.14	En su opinión, ¿estos mensajes motivan a la población a ir a las clínicas y centros de salud a solicitar información sobre planificación familiar?	Sí . . . . .	.1	
		No . . . . .	.2	
		NR . . . . .	.9	

VII. CARACTERISTICAS PERSONALES

7.1	REGISTRE EL SEXO DEL ENTREVISTADO	Hombre .....1 Mujer .....2	
	Ahora le voy hacer algunas preguntas personales:		
7.2	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	_____ Años	
7.3	¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	Si .....1 No .....2 NR .....9	] -> 7.5
7.4	¿Cuántas hijas e hijos nacidos vivos ha tenido usted?	Hijas nacidas vivas Hijos nacidos vivos	
7.5	¿Alguna vez han usado métodos anticonceptivos usted o su pareja?	Si .....1 No .....2 NR .....9	] -> 7.7
7.6	¿Qué métodos anticonceptivo han utilizado para no tener hijos?	Oclusión Tubaria Bilateral .....01 Vasectomía .....02 Dispositivo intrauterino .....03 Hormonales orales .....04 Hormonales inyectables .....05 Implante subdérmico (Norplant) .....06 Condomes .....07 Espermicidas .....08 Ritmo .....09 Retiro .....10 Otro .....11 _____ _____ (ESPECIFIQUE) NR .....99	
7.7	¿Actualmente usted:	vive en unión libre? .....1 es casado(a)? .....2 es viudo(a)? .....3 es separado(a)? .....4 es divorciado(a)? .....5 es soltero(a)? .....6 NR .....9	

**CIRCULE TODOS
LOS QUE MENCIONE**

VIII. CONDUCTA, CASOS CLINICOS

8.1 Para una pareja joven, en buen estado de salud, recién unida maritalmente y que desea retrasar la llegada de su primer hijo, en orden de importancia, ¿cuáles son los métodos anticonceptivos que usted considera más adecuados?

ANOTE LOS QUE INDIQUE EN EL ORDEN QUE LOS MENCIONE, PARA LOS QUE NO MENCIONE Y ESTEN SUBRAYADOS, FORMULE LA PREGUNTA DE LA TERCERA COLUMNA

METODO	ORDEN DE MENCION	¿Por qué considera que (METODO) no es adecuado?
Oclusión Tubaria Bilateral	|_|_|	
Vasectomía	|_|_|	
<u>Dispositivo intrauterino (OIU)</u>	|_|_|	
<u>Hormonales Orales</u>	|_|_|	
<u>Hormonales Inyectables</u>	|_|_|	
<u>Implante subdérmico (No-plant)</u>	|_|_|	
<u>Condones</u>	|_|_|	
<u>Espemicidas</u>	|_|_|	
Ritmo	|_|_|	
Retiro	|_|_|	
Otro (ESPECIFIQUE)	|_|_|	
Ninguno.....	00 > 8.2	

8.2 En adolescentes solteros, sin hijos, (13-19 años de edad), en buen estado de salud, que tienen relaciones sexuales con poca frecuencia y que no desean un embarazo, en orden de importancia ¿cuáles son los métodos anticonceptivos que usted considera más adecuados?

ANOTE LOS QUE INDIQUE EN EL ORDEN QUE LOS MENCIONE, PARA LOS QUE NO MENCIONE Y ESTEN SUBRAYADOS, FORMULE LA PREGUNTA DE LA TERCERA COLUMNA

METODO	ORDEN DE MENCIÓN	¿Por qué considera que (METODO) no es adecuado?
Oclusión tubaria Bilateral	_____	
Vasectomía	_____	
<u>Dispositivo intrauterino (DIU)</u>	_____	
<u>Hormonales Orales</u>	_____	
<u>Hormonales Inyectables</u>	_____	
Implante subdérmico (Norplant)	_____	
<u>Condones</u>	_____	
Locales	_____	
Ritmo	_____	
Retiro	_____	
Otro _____ (ESPECIFIQUE)	_____	
Ninguno..... 00--> 8.3		

8.3 ¿De los métodos y prácticas de planificación familiar que usted conoce, hay alguno que jamás recomendaría?

ANOTE LOS QUE INDIQUE EN EL ORDEN QUE LOS MENCIONE Y PARA LOS QUE MENCIONE FORMULE LA PREGUNTA DE LA TERCERA COLUMNA

METODO	ORDEN DE MENCIÓN	¿Por qué nunca ofrecería (MÉTODO) a la población?
Todos los ofrecería.....97 —> 9.1		
Operación femenina	_____	
Operación masculina	_____	
Dispositivo	_____	
Pastillas	_____	
Inyecciones	_____	
Norplant	_____	
Condomes	_____	
Locales	_____	
Ritmo	_____	
Retiro	_____	
Otro _____ (ESPECIFIQUE)	_____	

IX. CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

9.1 Considere el caso de una mujer joven, en buen estado de salud, que acaba de dar a luz a su primer hijo en un parto normal y piensa amamantarlo. Ella no desea embarazarse de un segundo hijo por un periodo de al menos tres años y no desea usar un método hormonal combinado. ¿Cuál sería su recomendación en relación a la lactancia y al uso de métodos anticonceptivos?

EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE DEL CALENDARIO REGISTRE SUS RECOMENDACIONES DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES CODIGOS:

LACTANCIA

LE= INICIO DE LACTANCIA EXCLUSIVA
 LS= INICIO LACTANCIA SUPLEMENTADA
 IL= INTERRUPCION DE LACTANCIA

USO DE METODOS

O= OCLUSION TUBARIA BILATERAL
 D= INICIO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO
 E= INICIO DE ESPERMICIDAS
 C= INICIO DE USO DE CONDOM
 M= MEZCLA DE METODOS (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES)
 N= SIN USO DE ANTICONCEPTIVOS

MES	AÑO 1		AÑO 2		AÑO 3	
	Lactancia	Uso	Lactancia	Uso	Lactancia	Uso
1	_____	___	_____	___	_____	___
2	_____	___	_____	___	_____	___
3	_____	___	_____	___	_____	___
4	_____	___	_____	___	_____	___
5	_____	___	_____	___	_____	___
6	_____	___	_____	___	_____	___
7	_____	___	_____	___	_____	___
8	_____	___	_____	___	_____	___
9	_____	___	_____	___	_____	___
10	_____	___	_____	___	_____	___
11	_____	___	_____	___	_____	___
12	_____	___	_____	___	_____	___

OBSERVACIONES

M= _____
 (ESPECIFIQUE)

9.2 Considere el caso de una mujer joven, en buen estado de salud, que acaba de dar a luz a su primer hijo en un parto normal y piensa amamantarlo. Ella no desea embarazarse de un segundo hijo por un período de al menos tres años y no desea usar un dispositivo intrauterino. ¿Cuál sería su recomendación en relación a la lactancia materna y al uso de métodos anticonceptivos?

EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE DEL CALENDARIO REGISTRE SUS RECOMENDACIONES DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES CODIGOS:

LACTANCIA

LE= INICIO DE LACTANCIA EXCLUSIVA
 LS= INICIO LACTANCIA SUPLEMENTADA
 IL= INTERRUPCION DE LACTANCIA

USO DE METODOS

O= INICIO DE LA OCLUSION TUBARIA BILATERAL
 H= INICIO DE HORMONALES
 E= INICIO DE ESPERMICIDAS
 C= INICIO DE USO DE CONDON
 M= MEZCLA DE METODOS (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES)
 N= SIN USO DE ANTICONCEPTIVOS

MES	AÑO 1		AÑO 2		AÑO 3	
	Lactancia	Uso	Lactancia	Uso	Lactancia	Uso
1	<input type="checkbox"/>					
2	<input type="checkbox"/>					
3	<input type="checkbox"/>					
4	<input type="checkbox"/>					
5	<input type="checkbox"/>					
6	<input type="checkbox"/>					
7	<input type="checkbox"/>					
8	<input type="checkbox"/>					
9	<input type="checkbox"/>					
10	<input type="checkbox"/>					
11	<input type="checkbox"/>					
12	<input type="checkbox"/>					

OBSERVACIONES

M= _____

(ESPECIFIQUE)

A continuación encontrará una serie de criterios para la prescripción de métodos anticonceptivos. Por favor registre si considera que se trata de una contraindicación, una precaución (contraindicación relativa) o si no tienen relación en el uso de estos métodos. Lea cuidadosamente cada una de las condiciones señaladas en la primera columna y circule el código correspondiente.

- Sí se considera una contraindicación 1
 Sí se considera una precaución (contraindicación relativa) 2
 Sí se considera que no tiene relación al método o no interfiere con el uso del método 3
 No sabe 4

9.3 ¿Es una contraindicación, una precaución o no interfiere con el uso de hormonales orales e inyectables combinados?

Lactancia en los primeros seis meses posparto	1	2	3	4
Embarazo o sospecha de embarazo	1	2	3	4
Enfermedad hepática aguda o crónica	1	2	3	4
Tener o haber tenido enfermedades tromboembólicas	1	2	3	4
Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos	1	2	3	4
Fumadoras mayores de 35 años de edad	1	2	3	4
Tener cáncer de útero	1	2	3	4
Tener cáncer de mama	1	2	3	4
Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada	1	2	3	4
Durante la administración de rifampicina	1	2	3	4
Durante la administración de anticonvulsivantes	1	2	3	4
Diabetes Mellitus no controlada	1	2	3	4
Anemia severa (menos de 10 gr de hemoglobina)	1	2	3	4
Dificultad para la coagulación	1	2	3	4

9.4 ¿Es una contraindicación, una precaución o no interfiere con el uso del dispositivo intrauterino (DIU)?

Lactancia en los primeros seis meses posparto	1	2	3	4
Embarazo o sospecha de embarazo	1	2	3	4
Tener o haber tenido enfermedades tromboembólicas	1	2	3	4
Enfermedad inflamatoria pélvica aguda	1	2	3	4
Fumadoras mayores de 35 años de edad	1	2	3	4
Tener cáncer de útero	1	2	3	4
Tener cáncer de mama	1	2	3	4
Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada	1	2	3	4
Útero con histerometría menor a 6 cm	1	2	3	4
Endometritis infecciosa	1	2	3	4
Miomatosis uterina	1	2	3	4
Infecciones del tracto genital	1	2	3	4
Anemia severa (menos de 10 gr de hemoglobina)	1	2	3	4
Dificultad para la coagulación	1	2	3	4
Ruptura prematura de membranas (corioamnióticas)	1	2	3	4

<p>9.5 De las condiciones anteriores (de las preguntas 9.3 y 9.4) ¿cuáles son para usted las más difíciles de diagnosticar y porqué?</p> <p style="text-align: center;">MENCIONE LAS DOS MAS DIFICILES</p>	<p>1. _____ _____ _____ ¿Por qué? _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>2. _____ _____ _____ ¿Por qué? _____ _____ _____ _____ _____</p>	
<p>9.6 ¿Qué signos y síntomas le hacen sospechar que una mujer que solicita un método anticonceptivo puede ser diabética?</p> <p style="text-align: center;">MENCIONE LAS TRES MAS IMPORTANTES</p>	<p>1. _____ _____ _____ _____</p> <p>2. _____ _____ _____ _____</p> <p>3. _____ _____ _____ _____</p>	
<p>9.7 En su consulta habitual, ¿que signos y síntomas le hacen sospechar que una mujer tiene o ha tenido una trombosis venosa profunda?</p> <p style="text-align: center;">MENCIONE LAS TRES MAS IMPORTANTES</p>	<p>1. _____ _____ _____ _____</p> <p>2. _____ _____ _____ _____</p> <p>3. _____ _____ _____ _____</p>	

<p>9.8 ¿Qué datos del interrogatorio y clínicos lo llevan a integrar un diagnóstico de hemorragia uterina anormal de etiología no determinada?</p> <p style="text-align: center;">MENCIONE LAS TRES MAS IMPORTANTES</p>	<p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>9.9 ¿Qué datos del interrogatorio y clínicos lo llevan a integrar en una mujer un diagnóstico de infección del tracto genital?</p> <p style="text-align: center;">MENCIONE LAS TRES MAS IMPORTANTES</p>	<p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>9.10 Al descubrir una infección del tracto genital ¿cuáles son las acciones que tomaría?</p> <p style="text-align: center;">PUEDE MENCIONAR HASTA TRES</p>	<p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

<p>9.11 ¿Que datos del interrogatorio y clínicos lo llevan a integrar un diagnóstico presuntivo de cáncer cérvico uterino?</p> <p style="text-align: center;">MENCIONE LAS TRES MAS IMPORTANTES</p>	<p>1. _____ _____ _____</p> <p>2. _____ _____ _____</p> <p>3. _____ _____ _____</p>	
<p>9.12 ¿Qué datos del interrogatorio y clínicos lo llevan a integrar un diagnóstico de cáncer mamario?</p> <p style="text-align: center;">MENCIONE LAS TRES MAS IMPORTANTES</p>	<p>1. _____ _____ _____</p> <p>2. _____ _____ _____</p> <p>3. _____ _____ _____</p>	
<p>9.13 En su consulta habitual, ¿cómo investiga la posibilidad de que una solicitante de un método anticonceptivo esté embarazada?</p> <p style="text-align: center;">MENCIONE LAS TRES MAS IMPORTANTES</p>	<p>1. _____ _____ _____</p> <p>2. _____ _____ _____</p> <p>3. _____ _____ _____</p>	

Anexo 3. Guión utilizado en los grupos focales con prestadores de servicios de salud

- ¿Cuáles son las características principales de la población que Uds. atienden?
- ¿Cuáles son sus principales necesidades y problemas de salud en general y en salud reproductiva?
- ¿Qué grupo de la población (mujeres, varones, adolescentes y jóvenes) presenta mayores necesidades y problemas de salud reproductiva? ¿Por qué?
- ¿Qué necesidades y problemas tienen las mujeres, los varones y las/os adolescentes y jóvenes en cuanto a su salud reproductiva?
- ¿Cuáles de estas necesidades y problemas Uds. consideran que son adecuadamente satisfechas por Uds. y cuáles no? ¿Por qué?
- ¿Cómo caracterizaría la utilización de los servicios por parte de la población? (para fines preventivos o curativos).
- ¿Qué obstáculos tiene la población para llegar al servicio?
- ¿Consideran Uds. que la población puede:
 - Identificar cuáles son sus necesidades en salud reproductiva,
 - Tomar decisiones sobre su cuerpo, sus prácticas sexuales y reproductivas,
 - Conocer las consecuencias para su salud de sus prácticas sexuales, Reproductivas y anticonceptivas,
 - Expresar sus necesidades ante los servicios?
- ¿Qué obstáculos (sociales, institucionales, económicos, etc.) dificultan la satisfacción de las necesidades y problemas de la población en cuanto a su salud reproductiva?

- ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan en su trabajo cotidiano? (problemas en el funcionamiento del servicio, organizacionales, burocracia, carencia en el suministro de materiales y medicamentos, equipamiento, normatividad, capacitación, etc.).
- ¿Cuáles son los principales conflictos que surgen con los usuarios cuando se trata de problemas vinculados con la salud reproductiva?
- ¿Cuáles son las principales diferencias que existen entre la visión de Uds. y la que tienen los distintos grupos de la población en la identificación de necesidades y problemas de salud reproductiva?
- ¿Cuáles de las necesidades y los problemas le corresponde resolver a los servicios y cuáles directamente a la población afectada o a otras instancias?
- ¿Cómo podrían atenderse mejor las necesidades de la población que atiende en materia de salud reproductiva?

Anexo 4. Servicios y características de los centros visitados en Tlalpan e Iztapalapa

Los servicios de salud reproductiva en las instituciones públicas¹

La Casa de Salud *Mirador II* es atendida por un médico familiar que cuenta con una especialidad en geriatría y gerontología. Este servicio está dotado de dos consultorios, uno médico y el otro, dental. La atención médica es de lunes a viernes de 10 a 15 horas y de 16 a 18 horas y los sábados de 10 a 14 horas; la atención odontológica es de lunes a viernes de 9 a 13 horas y de 15 a 18 horas y los sábados de 9 a 14 horas. 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 encargado, 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. En el pasado, según su opinión, las Casas de Salud funcionaban adecuadamente, en cambio en el presente, se encuentran a la “deriva” y sin “casi el apoyo de la delegación”. Por ejemplo, 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 papanicolau no son realizados por este médico, sino que es el personal de la unidad móvil quien brinda este examen. Él se limita a

¹ Echarri, 2008c, reporte técnico del proyecto INDESOL CS-09-I-VI-033-07. “*Principales problemas, necesidades y obstáculos en la atención a la salud reproductiva: El punto de vista de los prestadores de servicios*”. Enero.

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 Subdirección de Salud 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 Salud a entregar los reportes y las muestras de papanicolau 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.

Se brinda información sobre temas como: violencia doméstica, papanicolau, 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, papanicolau 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 virus del papiloma humano (VPH) o de displasia se canaliza a la paciente al Instituto Nacional de Cancerología. El papanicolau es realizado tanto por los médicos como por la enfermera, quien cuenta con 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 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. 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 no 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 aborda 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. Debido a que meses anteriores a la visita habían asaltado la casa, de donde se hurtaron equipo y material odontológico, se tuvo que suspender indefinidamente el servicio.

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. 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, papanicolau, hipertensión y diabetes.

El principal problema de salud detectado en la comunidad a través de un diagnóstico socio-sanitario es el sobrepeso. Un servicio demandado por la población y que no se brinda, es el de atención psicológica. Tal como se observó durante la 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 papanicolau 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 Hospital 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. 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 20 horas y el odontológico de 16 a 20 horas. Para el primero de los servicios no se necesita sacar turno y la consulta general cuesta \$20 en tanto la ginecológica vale \$30 y el papanicolau 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 Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y realizó la especialidad en salud reproductiva en la misma universidad; trabaja en el servicio desde hace diez años, casi por ese mismo lapso y hasta hace dos años laboró simultáneamente en la Dirección General de Salud Reproductiva (SSA). 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 sexo-servidoras, pacientes con problemas de drogadicción y sólo una vez remitió a la Clínica Condesa a un joven que era VIH positivo.

Durante la consulta ofrece 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 un laboratorio les provee de Viagra.

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 se visitó

el servicio llovía y se pudo 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 se observó 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 las 8 a las 14 horas, 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 papanicolau con sólo tres espéculos que a veces no puede higienizar por falta de agua y autoclave.

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, papanicolau, 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 gonorrea 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.

Los servicios de salud reproductiva en las instituciones privadas

Los ocho proveedores privados que fueron congregados, pertenecían a distintos centros, por lo cual sus enfoques de servicios y población objetivo eran diferentes. La perspectiva de cuatro de ellos/as derivaba de su práctica profesional en unidades médicas especializadas en la salud materno-infantil, donde se brinda atención a sectores de la población “*de clase media baja*”.

En su mayoría los integrantes del grupo no se conocían entre ellos, a excepción de los que venían de la misma institución. También el giro y el tipo de población a la que ellos atienden resultó ser muy diversa, así como sus formatos de atención. Mexfam, asociación de la que proceden dos integrantes, es una institución pionera en atender a la población desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y poner a su alcance métodos de planificación familiar a bajo costo, por lo que a pesar de ofertar un servicio privado no predomina en ella los fines de lucro que si están más presentes en otro tipo de servicio particular. La institución se ubica en un discurso liberal en el tema de la sexualidad lo que hace que sea fuertemente atacada por la derecha y los grupos conservadores.

El servicio médico de las Farmacias de Similares trabaja con la premisa de abaratar los costos en la atención de la salud de las personas, tanto en la consulta como en los medicamentos, por lo que no utiliza productos de marca patentada sino que venden genéricos, al igual que en las

Farmacias Similares, que al renunciar a la patente de un laboratorio abaratan los costos del producto.

El resto de los integrantes se ubican en instituciones que venden servicios de salud, enfocados prioritariamente a la atención del embarazo y la pediatría. Esta diversidad de identidades institucionales hizo muy compleja la interacción entre los miembros del grupo, lo cual permitió poca profundidad en los temas señalados en los objetivos, pero generó otro tipo de reflexiones y discusiones que enriquecieron la visión que se pudo obtener sobre los servicios privados de salud.

Hubo un discurso contradictorio entre este grupo de prestadores en cuanto a la razón de ser y existencia en las zonas marginales como Iztapalapa. Un discurso planteó que los médicos privados de Iztapalapa son “médicos pobres”, que ante la falta de empleo generan el autoempleo a través de la apertura de clínicas u hospitales privados con una infraestructura mínima que se aleja mucho del ideal, a pesar de ser “bien intencionados” y tener “buena formación” como médicos. El otro discurso sostiene la idea que sin ser parte de los grandes consorcios de salud, los hospitales privados en esta región son bastante redituables y reconocidos, ya que sus servicios cubren las necesidades de una población específica.

Anexo 5. Registro fotográfico de actividades en capacitación a la población por parte de los proveedores de Tlalpan e Iztapalapa

Foto 1. Proveedor de Iztapalapa explicando el método de barrera, 2008



Fuente: Aidé Rodríguez Salauz, 2008

Foto 2. Proveedor de Iztapalapa explicando el uso correcto del condón, 2008



Fuente: Aidé Rodríguez Salauz, 2008

Foto 3. Capacitación prenatal a adolescentes por parte de proveedores públicos de Tlalpan, 2008



Fuente: Aidé Rodríguez Salauz, 2008

Foto 3. Charlas sobre métodos de PF a mujeres de las zonas marginales de Iztapalapa, 2008



Fuente: Aidé Rodríguez Salauz, 2008