

Sexualidad y reproducción: Las necesidades de la población vistas desde el enfoque de los prestadores de servicios de salud en zonas marginales del Distrito Federal (México).

Marcela Agudelo Botero.

Cita:

Marcela Agudelo Botero (2009). *Sexualidad y reproducción: Las necesidades de la población vistas desde el enfoque de los prestadores de servicios de salud en zonas marginales del Distrito Federal (México)*. X Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, San Fernando del Valle de Catamarca.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-058/22>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoTk/NgO>

X JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN
San Fernando del Valle de Catamarca, 4, 5 y 6 de noviembre de 2009

***SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN: LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN VISTAS DESDE EL ENFOQUE
DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN DOS ZONAS MARGINALES DEL DISTRITO
FEDERAL (MÉXICO)***

Reproducción de la población, fecundidad y sus determinantes demográficos y sociales

Organiza: Comisión Científica de Nupcialidad y Fecundidad

Coordinadora: Dra. Marta L. Schufer

Autora: *Marcela Agudelo Botero**

El Colegio de México

magudelo@colmex.mx

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue identificar las necesidades en salud sexual y reproductiva de la población de dos zonas marginales del Distrito Federal (México), desde la visión de los proveedores de servicios de salud. Para tal fin se empleó la *Encuesta sobre Necesidades en Salud Sexual y Reproductiva*, de 2008, la cual contenía información cuantitativa relacionada con los servicios de salud ofrecidos en Tlalpan e Iztapalapa, así como de las características sociodemográficas de los médicos que laboraban en los centros de salud de primer nivel de atención, tanto públicos como privados. Estos datos se complementaron con tres grupos focales con proveedores de servicios de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos, etc.) que trabajaban en dichos lugares.

La encuesta develó, por un lado, mayor capacitación de los médicos en temas de salud sexual y reproductiva, alto conocimiento de normas y pocas barreras (económicas, sociales, institucionales y culturales) identificadas; entre tanto, en la discusión grupal se pudo ver mayores debilidades en los sistemas de salud, baja capacitación del personal y fue posible que los proveedores hablaran con más detalle sobre las necesidades de la población. En resumen, las necesidades declaradas por los proveedores se pudieron agrupar en cuatro ejes: 1) Información y educación a la población, 2) Incorporación a los servicios de salud de jóvenes y varones, 3) Condiciones socioculturales y 4) Mejoramiento de los servicios de salud. En estudios futuros se sugiere contrastar la información entre usuarios y proveedores, de acuerdo con las condiciones de género, estratificación económica y características demográficas.

* Estudiante de Doctorado en Estudios de Población 2008-2011. Algunos apartados de esta ponencia forman parte de la tesis para optar al título de Maestra en Demografía. La autora agradece la beca suministrada por el CONACYT en el marco del proyecto *Identificación de barreras para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud*, llevado a cabo por El Colegio de México.

1. INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un fenómeno de múltiples aristas que desde el punto de vista demográfico ha sido abordado de manera profusa. Particularmente en México las encuestas relacionadas con el tema se han centrado en recabar aspectos concernientes al conocimiento y uso de los distintos métodos anticonceptivos, así como de la evaluación de los servicios por parte de los usuarios; estos datos han servido para indicar que los objetivos planteados en la *Ley General de Población* de 1974 sobre la materia han sido logrados con éxito¹, básicamente porque los niveles de fecundidad pasaron de 7 hijos por mujer en la década de 1960-1970 a 2.1 en 2008, lo que significa que en el país se alcanzó el nivel de reemplazo generacional, es decir, el punto en que cada mujer procreará, en promedio, una hija a lo largo de su vida reproductiva (CONAPO, 2008).

Cabe señalar que la mayoría de las investigaciones acerca de la SSR están dirigidas a explorar la perspectiva de los individuos, con lo que ha sido posible establecer –entre otras cosas- que existe un elevado nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos; así por ejemplo, según resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2006, las mujeres en edad fértil (15-54 años) del Distrito Federal tenían un conocimiento casi universal de algún método de planificación familiar (PF) (99.5%), valor que superó el promedio nacional, el cual fue también elevado (97.5%).

Para el mismo año en mención, las razones de no uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres del Distrito Federal, se dieron en la mayoría de los casos porque al momento de la entrevista éstas 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. Esta situación ha sido constante a través de los distintos años en que se ha levantado la ENADID (1992, 1997 y 2006), y

¹ En el punto II del artículo 3 de esta Ley se estableció: “Realizar programas de planeación 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 preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país”

tal como se puede constatar (ver cuadro 1) los valores en dichas categorías entre estratos socioeconómicos no varían notoriamente.

Cuadro 1.

Porcentaje de mujeres en edad fértil (15-54 años) que no utilizan métodos anticonceptivos, según razón de no uso y estrato socioeconómico. Distrito Federal, 1992, 1997 y 2006.

Razón de no uso	Años (ENADID)								
	1992			1997			2006		
	Total	Muy bajo y bajo	Medio y alto	Total	Muy bajo y bajo	Medio y alto	Total	Muy bajo y bajo	Medio y alto
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
No conoce/No sabe usar	1.3	2.2	0.5	0.9	1.8	0.5	0.3	0.8	0.0
No está de acuerdo/No está de acuerdo la pareja	1.3	1.1	1.5	2.2	5.7	1.0	3.0	4.6	2.0
Efectos colaterales (ha tenido o tiene temor a ellos)	1.6	1.9	1.3	1.5	3.4	0.9	3.7	7.2	1.4
No necesita	84.0	82.3	85.5	81.7	70.2	85.9	70.7	65.3	74.2
Está embarazada	4.9	5.6	4.3	4.3	5.7	3.7	6.4	7.2	5.9
Está lactando	1.7	2.1	1.4	0.6	0.6	0.6	2.2	4.9	0.4
Deseo de más hijos	2.8	2.3	3.3	3.7	4.6	3.4	6.3	5.1	7.1
Otras razones	1.7	2.3	1.3	4.7	7.8	3.6	6.3	4.7	7.2
N.R	0.6	0.3	0.8	0.4	0.2	0.5	1.1	0.1	1.8

Fuente: Elaboración propia con base en la ENADID 1992, 1997 y 2006. Base de datos mujeres.

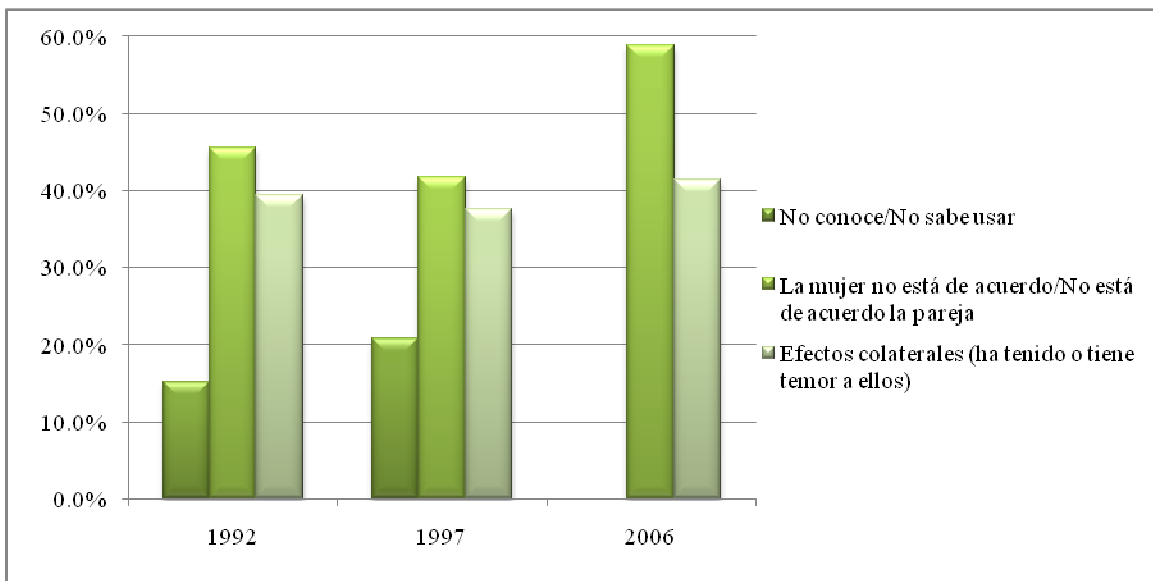
Las mayores fluctuaciones entre los porcentajes de no uso de métodos anticonceptivos, de acuerdo la estratificación socioeconómica de la mujer, se han evidenciado básicamente bajo las siguientes circunstancias: 1) cuando la mujer no conoce o no sabe usar el método, 2) cuando ella o su pareja no está de acuerdo con el uso de métodos y 3) cuando ha sufrido o teme por sufrir efectos colaterales derivados de la anticoncepción. Si se centra la atención específicamente sobre estos tres ejes, se tiene que para 2006 las mujeres de estrato bajo y muy bajo del Distrito Federal tenían los mayores porcentajes de mujeres que no conocían o no sabían usar los métodos anticonceptivos (6.7%), temían a efectos colaterales o tenían miedo a sufrirlos (56.9%); en contraste, estos valores fueron de 0.0% y 41.4% respectivamente para las mujeres de estrato medio y alto. Una marcada diferencia se dio en el hecho que 58.7% las mujeres de estratos medios y altos no estaban de acuerdo -o sus parejas no estaban de acuerdo- con que se utilizaran

métodos anticonceptivos, frente a 36.5% de las mujeres de estratos bajos y muy bajos que declararon la misma razón de no uso.

Al hacer una comparación en los cambios sufridos a través de los años en cada indicador estipulado, es factible notar los avances que se han obtenido con la divulgación e información de los métodos anticonceptivos y la forma de uso, ello se evidencia en la progresiva disminución de este tipo de barreras, siendo hoy en día inexistentes entre la población de estratos más elevados (ver figura 1); sin embargo, esto no parece estar teniendo repercusiones similares con respecto a la consideración de los efectos adversos derivados de la utilización de anticonceptivos, ya que con base en datos arrojados por la ENADID de 2006 ésta fue la principal causa de no uso de métodos entre las más marginadas y representó un elevado porcentaje entre el grupo femenino de estratos superiores de la capital mexicana (ver figuras 1 y 2). Finalmente, no hay que dejar de lado que en los estratos más altos se ha mantenido, a través de los años, una alta proporción de mujeres que no consideran necesario o su pareja no cree importante el uso de métodos anticonceptivos, lo cual se ha acrecentó en los últimos nueve años analizados, es decir, entre 1997 y 2006.

Figura 1.

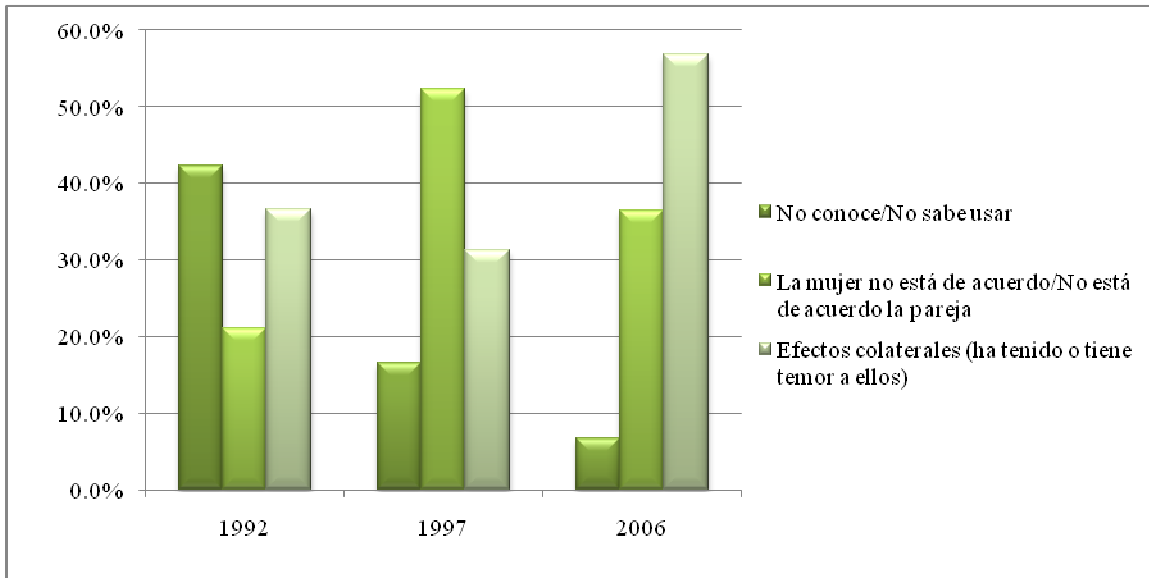
Razones de no uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil de estratos socioeconómicos medios y altos. Distrito Federal. 1992, 1997 y 2006



Fuente: Elaboración propia con base en la ENADID 1992, 1997 y 2006. Base de datos mujeres

Figura 2.

Razones de no uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil de estratos socioeconómicos muy bajos y bajos. Distrito Federal. 1992, 1997 y 2006



Fuente: Elaboración propia con base en la ENADID 1992, 1997 y 2006. Base de datos mujeres

Entre tanto, en un estudio de 2007, llevado a cabo en zonas de marginalidad alta y muy alta de Tlalpan e Iztapalapa, en el Distrito Federal, se encontró que cerca de 47.8% de las personas entre 15-49 años (entre 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 conformaron otras razones.

Con lo que se ha discutido hasta este punto, es posible demostrar que gran parte de las necesidades manifestadas por los usuarios de estratos más marginales están relacionadas con el desconocimiento, la poca información sobre los temas sexuales y reproductivos, los tabúes y temores que se generan alrededor de los métodos anticonceptivos. Del lado de la demanda la evidencia es clara y visualiza la importancia que sobre estos elementos tiene el sistema de salud y concretamente los proveedores de dichos servicios, especialmente para superar barreras que podrían modificarse con un adecuado abordaje. Por parte de la oferta, los estudios son más escasos lo que ha impedido conocer con precisión las percepciones y prácticas que tienen los proveedores de servicios de salud frente a la SSR. Muchos de los indicadores sobre los que se centra el lado de la oferta se sustentan en el grado de cobertura de métodos anticonceptivos

(principalmente dirigido a las mujeres adultas) y poco se habla de los derechos, información, necesidades y barreras presentes, tanto entre mujeres como varones de todas las edades.

Es por ello que este trabajo tiene como objetivo primordial indagar sobre las necesidades en SSR que tiene la población en condiciones de marginalidad alta y muy alta de Tlalpan e Iztapalapa en el Distrito Federal, desde la óptica de los proveedores de servicios de salud. Con esta investigación se pretende sentar un punto de partida para abrir un espacio de reflexión que conlleve a comprender en su nivel más global los procesos que intervienen en la prestación de los servicios de salud, con el fin que esto ayude a situar al proveedor de servicios de salud en su respectivo ámbito de acción, así como su influencia en la SSR de la población en general. Si bien este es un acercamiento empírico puntual, podría ser el reflejo de una realidad presente en otras zonas que ostentan características similares a las que aquí se intentan describir.

2. ENFOQUE CONCEPTUAL: NECESIDADES INSATISFECHAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Hablar de necesidades insatisfechas (NI) en SSR puede ser tan multidimensional y ambivalente como lo es el mismo hecho de medirla e interpretarla. Cada una de sus aristas tiene distintos significados, interpretaciones, alcances y limitaciones, de acuerdo con el ámbito al que se inscriba.

El concepto de necesidades insatisfechas (NI), en los distintos aspectos de la salud, ha sido abordado ampliamente; en primera instancia, la necesidad puede ser definida como “*una alteración de la salud y el bienestar*” (Donabedian, 1971:75) en donde existen dos perspectivas: la del cliente y la del otorgante. Aunque cada uno puede tener una visión diferencial de la necesidad misma es fundamental cierta congruencia entre las dos evaluaciones, con el fin de que opere correctamente el proceso de atención médica. Sin embargo, Donabedian (1971) pudo establecer que por lo general, los médicos y los clientes se inclinan por definir la salud en términos dimensionalmente asimétricos.

El significado de necesidad para los médicos 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. 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. Estos aspectos pueden resultar perjudiciales para la relación entre oferente-paciente, ya que de acuerdo con este autor, cuando un cliente pertenece a un grupo marginado de la sociedad y cuando un profesional médico tiene una postura predominantemente “somática”, suele alcanzarse el grado máximo de incongruencia.

Por lo general las necesidades en salud están planteadas en función de la enfermedad/salud como parte de un *continuum* que parece ir entre estos dos extremos, de este modo al no existir una patología visible (signos y síntomas) se dejan de lado aspectos de carácter preventivo y de fomento que también hacen parte de la red de atención a la salud. En este aspecto, algunos autores (UNFPA, 2004; UNFPA, 2005), han señalado la subestimación de la anticoncepción dentro de los servicios de salud, dado que como ellos mismos los mencionan 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. Tal como Camarena y Lerner (s/f) lo establecen, el concepto de necesidades insatisfechas en anticoncepción (NIA) respondió básicamente a las preocupaciones políticas que priorizaban las acciones tendientes a incrementar el uso de métodos anticonceptivos para regular, controlar y disminuir la fecundidad y de esta manera lograr un mayor bienestar de la población.

El término de NIA salió a la luz pública por primera vez en la Conferencia del Cairo en 1994, donde se desarrolló el concepto para referirse a “... *la población 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); además de concretarse oficialmente un concepto general, esta definición fue un paso importante en el reconocimiento de otros aspectos, puesto sirvió para instar a la igualdad de los derechos entre hombres y mujeres en el plano de la sexualidad y la reproducción; del mismo modo, se promovió la libre elección de éstas últimas en el ámbito privado, ya que las necesidades que éstas han clamado desde lo individual no han coincidido necesariamente con los intereses públicos derivados del tema, menos aún se han visto reflejados en servicios de salud acordes con las

expectativas de las mujeres, quienes han estado limitadas a que los “demás” (esposos, hijos, médicos, etc.) decidan sobre su cuerpo y sus vidas (Jasis, 2000).

En un sentido más amplio, la perspectiva teórica que en este trabajo se adopta tiene que ver con la necesidad referida a aquellas vinculadas con la anticoncepción; la atención del embarazo, parto y puerperio; la interrupción del embarazo; la falla de métodos anticonceptivos y los efectos secundarios de los mismos; la esterilidad; la atención de los cánceres del aparato reproductivo femenino y masculino; la prevención y atención de enfermedades del tracto reproductivo, incluidas las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA; la prevención y atención de violencia; etc. Todo lo anterior sin desconocer que las necesidades cambian según algunas condiciones como el estrato socioeconómico, el género, la orientación sexual, el grupo etario, el estado civil, así como del proyecto de vida y momento del ciclo reproductivo (Echarri, 2008).

El lado en el que se inscribe esta investigación es la del proveedor de servicios de salud, en el marco de los elementos anteriormente descritos. Aquella visión de quienes intervienen en algún momento de la atención de la SSR (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos, etc.) es fundamental para conocer y entender con mayor profundidad los procesos, los intereses y las expectativas inherentes a los mismos y es por lo tanto un ejercicio que sirve de insumo para proporcionar los servicios requeridos (o al menos los más aceptables), de manera tal que se “...amplíen los puntos de vista para abarcar las enfermedades no somáticas y lograr que los profesionales de la salud sean más sensibles a la interacción de las necesidades sociales y las de salud” (Donabedian, 1971:78).

Aunque aportes como los de El Cairo han contribuido a delimitar el significado e implicaciones de las NI, quedan todavía muchos interrogantes por responder, algunos de ellos como los que plantean Camarena y Lerner (s/f:5) quienes cuestionan aspectos como: “¿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?. Este trabajo es una aproximación a estas realidades y pretende aportar con información empírica que dé cuenta de algunas de estas condiciones.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Fuentes de información

La información utilizada en este trabajo provino de la *Encuesta sobre Necesidades en Salud Sexual y Reproductiva* que se realizó en 2008 en el marco del proyecto *Identificación de barreras para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud*, el cual fue financiado por el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) bajo la dirección del El Colegio de México (COLMEX). Igualmente, dentro del mismo proyecto, se realizaron tres grupos focales con proveedores de servicios de salud en donde se buscó indagar sobre los principales problemas, necesidades y obstáculos en la atención de la SSR.

Con la información proveniente de la encuesta, fue posible describir las características más generales de la prestación de los servicios de salud, así como de los médicos que operan en dichas instituciones. En cuanto a los datos cualitativos, captados a través de los grupos focales, fue posible vislumbrar los discursos contruidos entre los participantes alrededor de los temas de interés; mediante esta técnica se indagó por aspectos subjetivos y más detallados que no se evidenciaron en la encuesta. La descripción de estas dos fuentes se enuncia a continuación.

3.1.1 De orden cuantitativo

En primer lugar, la Encuesta estuvo dirigida a médicos de instituciones públicas y privadas que laboraban en las zonas de marginalidad alta y muy alta de Tlalpan e Iztapalapa. Estas delegaciones fueron seleccionadas porque en su conjunto eran representativas de áreas geoestadísticas básicas (AGEBs) con altos índices de marginalidad. La selección se hizo con base en un listado que se tenía de los centros de salud y farmacias que operaban en dichas zonas. En total se realizaron 55 encuestas (29 en Iztapalapa y 26 en Tlalpan). Veinte de los médicos pertenecían a centros que eran de carácter privado (entre consultorios y farmacias) y el resto estaban adscritos a centros de salud públicos. La muestra fue no probabilística. El instrumento estuvo compuesto por 9 secciones de la siguiente manera: I) Capacitación profesional y servicios otorgados, II) Anticoncepción, III) Atención del embarazo, parto y puerperio, IV) Atención de infecciones de transmisión sexual (ITS), V) Infertilidad, VI) Prevención de cáncer de próstata, cérvico-uterino y de mama, VII) Insatisfacción sexual, violencia familiar y participación

comunitaria, VIII) Identificación de barreras de acceso a los servicios de salud reproductiva y IX) Datos demográficos.

3.1.2 De orden cualitativo

Para complementar el panorama, se utilizó la información resultante de tres grupos focales (realizados en 2007) con proveedores de servicios de salud, entre los que se encontraron: médicos, enfermeras, trabajadores sociales y farmacéuticos. En total se realizaron tres grupos focales, dos con proveedores públicos y uno con profesionales del sector privado. Los grupos estuvieron conformados de la siguiente manera (ver cuadro 2).

Cuadro 2.

Tipos de proveedores en los grupos focales, según profesión y pertenencia pública/privada

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

La técnica de los grupos focales posibilitó la aproximación e interpretación de normas, representaciones y prácticas grupales a través del discurso que se creó colectivamente, pero al mismo tiempo fue posible vislumbrar los desacuerdos y jerarquías de poder que emergían en el ejercicio mismo de la herramienta cualitativa.

3.2 Procesamiento de datos

Se utilizaron estadísticas descriptivas relacionadas con las características de los proveedores y los servicios ofrecidos, así como de las principales barreras en SSR que se declararon. Para ello se utilizó el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 17.

Los grupos focales por su parte se grabaron y transcribieron posteriormente, cuidando especialmente la identidad de los participantes. Después de clasificar por temas se sustrajeron los discursos que daban cuenta del significado subjetivo de las necesidades en SSR.

4. RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico de los médicos, servicios ofrecidos y barreras socioeconómicas, institucionales y culturales

4.1.1 Características sociodemográficas de los médicos entrevistados

Del total de médicos, 35% eran hombres y el resto mujeres. La edad promedio de la muestra fue 46.5 años (una mínima de 24 y una máxima de 65). El 80% vivió en la ciudad entre los 5 y 12 años. El promedio de años de experiencia fue de 19.6 (el valor máximo fue de 38 años) y alrededor de 3.7% tenían menos de un año de experiencia como médicos. Aproximadamente 45.5% de los entrevistados tenían un contrato de base, 21.8% tenían contrato por honorarios, mientras que un 18.2% eran propietarios de los mismos centros de salud, el resto tenían otro tipo de contratación.

Aunque la mayoría de los médicos dijeron estar muy satisfechos o satisfechos con atender asuntos de SSR (90%), llama la atención que un 5.5% de éstos, manifestaron poco satisfechos con esta actividad, principalmente por la falta de capacitación de los mismos para atender estos asuntos.

4.1.2 Educación y capacitación en temas de salud sexual y reproductiva

56.4%, es decir 33 profesionales, habían realizado estudios de posgrado, 18.2% lo hicieron en algún tema relacionado con la SSR, 14.5% en medicina familiar o comunitaria y 23.6% en otros temas. La mayoría de ellos (70.9%) habían recibido capacitación en SSR durante los últimos cinco años, principalmente en asuntos de anticoncepción (35.9%), educación sexual (20.5%), atención en la salud reproductiva de grupos vulnerables (15.4%). Entre aquellos que no recibieron instrucción en estos aspectos se debió –entre otras cosas- por falta de tiempo (30.8%), falta de difusión sobre los cursos disponibles (23.1%) o porque no se los proporcionó la institución (15.4%).

Al preguntar por el conocimiento, lectura y disponibilidad de las diferentes normas sobre SSR se tuvo lo siguiente (ver cuadro 3).

Cuadro 3.

Porcentaje de médicos que habían oído, leído o mostrado las distintas Normas sobre SSR

Norma	Ha oído	La leyó	La mostró
NOM-PF	90.9	70.9	47.4
NOM-Embarazo, parto y puerperio	90.9	83.6	44.4
NOM-VIH	70.4	81.6	38.7
NOM-CaCu	90.7	87.8	37.2
NOM-CaMa	87.0	89.1	39.0
NOM-Violencia familiar	51.9	78.6	45.5

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede ver, la mayoría de los médicos adujeron conocer las distintas normas disponibles en el país acerca de la sexualidad y reproducción, no obstante, al preguntarles si la leyó o si la tenían disponibles al momento de la visita, estos valores se fueron reduciendo notoriamente.

4.1.3 Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva

Entre los servicios ofrecidos en los centros de salud y farmacias públicas y privadas se tuvo una amplia y variada gama de servicios de SSR (ver cuadro 4), no obstante, se pudo ver que en algunas de estas instituciones había una baja oferta de servicios de parto y aborto, dado que estos centros pertenecen en su mayoría a la red primaria de atención, por lo que no cuentan con los suficientes recursos humanos y técnicos para realizar prácticas de tal complejidad.

El promedio de consultas por día fue de 16 entre todos los médicos; mientras que 78.9% de los médicos privados tuvieron entre 1 y 10 consultas al día, 83.2% de los médicos públicos tuvieron más de 10 en el mismo periodo. El tiempo de dedicación más común en cada consulta entre los médicos públicos fue de 20 minutos (45.7%) y entre los privados fue de cerca de 30 minutos (47.3%). A la pregunta *¿Considera que el tiempo de consulta es suficiente?*, 31.4% de los médicos públicos dijeron que sí *versus* 84.2% de los profesionales del sector privado que respondieron afirmativamente.

64.2% de los entrevistados dijeron haber escuchado hablar de derechos sexuales y reproductivos y 59.3% disponía de material didáctico para a consulta de salud reproductiva. Entre los que no disponían de material, se adujo que era porque: no lo proporcionaba la

institución (36.4%), porque no se dedicaban a eso (36.4%) o porque no se había necesitado (13.6%), principalmente.

Cuadro 4.
Porcentaje de médicos que ofrecían los distintos servicios de SSR

Tipo de servicio	Porcentaje
Educación sexual	92.7%
Anticoncepción	100.0%
Atención del embarazo	100.0%
Atención del parto	23.6%
Atención de aborto	20.0%
Atención de la menopausia y climaterio	100.0%
Prevención y detección de ITS	96.4%
Atención de infertilidad	90.9%
Prevención y detección de cáncer de próstata	98.2%
Prevención y detección de cáncer cérvico	100.0%
Prevención y detección de cáncer de mama	100.0%
Atención a problemas de insatisfacción sexual	92.7%
Atención a la violencia familiar	69.1%
Prevención y detección del VIH/SIDA	87.3%

Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta a la identificación de problemas de salud reproductiva, 68.4% de los médicos privados dijeron que era poco frecuente que esto ocurriera entre la población que los consultaban, mientras que 37.1% de los públicos concordaron en dicha afirmación. Entre tanto, las diferencias por sexo frente a esta misma pregunta fue similar: 48.6% de los hombres coincidieron en decir que era poco frecuente encontrar problemas de SSR entre los usuarios de sus servicios, frente a 47.4% de las mujeres que dijeron lo mismo. El hecho que las personas no acudan a estos servicios se debe –según los médicos- a: que los usuarios no cuentan con la información suficiente sobre su cuerpo (28.6%), que no hay responsabilidad del paciente sobre su propia salud (20.4%), consultan por otros asuntos (14.3%), la falta de cultura o educación sobre la salud (12.2%), que el paciente no le da importancia a estos asuntos (8.2%), la pena o el miedo del usuario (6.1%), otros (10.1%).

Poco más de la mitad (54.4%) mencionaron que se habían encontrado con dificultades para la atención adecuada de los servicios sexuales y reproductivos. El problema que se presentó

con mayor frecuencia fue la falta de medicamentos, material o instrumentos médicos (45.2%), saturación o sobre-demanda del servicio (32.3%), falta de infraestructura (9.7%), insuficiencia de personal médico (6.5%) y otros (6.5%). Es preciso decir que estas barreras se dieron mayormente entre los proveedores médicos adscritos al área pública, ya que 71.4% de éstos expresaron tener inconvenientes a la hora de prestar los servicios y sólo 31.5% de los privados pasaron por iguales circunstancias.

4.1.4 Barreras en salud sexual y reproductiva: ¿Cómo son vistas por los médicos?

Las principales barreras que declararon los proveedores vienen de diversas fuentes que se derivan de los servicios de salud y la propia cultura de la población. En cada uno de los ítems siguientes se instó a los médicos a responder si consideraban cada uno de los aspectos mencionados como obstáculos para un adecuado servicio de SSR; el porcentaje de respuesta positiva fue el siguiente (ver cuadro 5):

Cuadro 5.
Distribución porcentual de los médicos, de acuerdo con las barreras identificadas

Aspecto	Porcentaje de médicos que lo consideran barrera
Tiempo de espera	39.12%
Costo de la consulta	31.4%
Que las personas sean de bajos recursos	9.4%
Tabúes sexuales	83.0%
Idiosincracia	34.0%

Fuente: Elaboración propia

Al solicitar a los participantes de los grupos focales que identificaran otras barreras relacionadas con los servicios de salud, las condiciones socioeconómicas, los aspectos socio-culturales, se obtuvo lo siguiente:

- Entre las características del servicio que los médicos identificaron como problemáticas sobresalieron: los aspectos económicos (18.8%), la saturación del servicio (16.7%), el tiempo de espera para la consulta (16.7%) y la falta de personal (12.5%), todas estas

causas suman entre sí 64.7% de las razones que son consideradas como obstáculos en los servicios de SSR.

- Los costos de transporte, los costos de la consulta, los costos de los medicamentos/desabasto de la farmacia representaron 30.0%, 25.0% y 15.0%, respectivamente de las barreras socioeconómicas identificadas por los proveedores médicos.
- Los aspectos socioeconómicos que causan barreras para que la población no acuda a los servicios de SSR –de acuerdo con los médicos- fueron: falta de información, ignorancia o mitos (51.0%) cuestiones religiosas (15.7%) y bajo nivel educativo (11.8%), esencialmente.

4.2 Necesidades de la población: La mirada de los proveedores de servicios de salud

En general, los proveedores de servicios de salud que trabajan en las zonas de alta y muy alta marginalidad en Tlalpan e Iztapalapa coincidieron en afirmar que la población a la que atienden pertenece a una franja pobre y vulnerable de la ciudad. Muchas de las personas que los consultan son amas de casa, estudiantes y varones empleados en labores de bajo perfil. Es de mencionar que los servicios visitados pertenecían a la red primaria de atención sin ningún tipo de especialidad médica, aunque dadas las condiciones socioeconómicas y culturales que prevalecen en dichos lugares, es común que en clínicas que están equipadas con salas de expulsión (sin mayores sofisticaciones) se atiendan partos, por ejemplo.

Algunos de los profesionales de la salud que fueron entrevistados afirmaron que las condiciones de trabajo son difíciles puesto que existen un ambiente hostil tanto alrededor de los centros como al interior de los mismos; fue frecuente que los proveedores hicieran alusión a la violencia intrafamiliar que padecen los pacientes y también al acoso (físico y sexual) del que ellos –como proveedores- son objeto; de igual forma se comentó del robo de materiales y equipos médicos en algunos centros.

Aunque la mayoría de los servicios otorgados son gratuitos –en los centros públicos, principalmente- existe en estas áreas una red de farmacias y centros privados que ofrecen servicios a bajo costo (US\$1.9 aproximadamente), donde la comunidad prefiere a veces acudir,

dada la prontitud y facilidad de acceso a la atención. Esto ha propiciado que personas que no deberían estar recibiendo los servicios de gratuidad (porque tienen capacidad de pago o porque están asegurados) sean acreedoras a los beneficios que se dan en los servicios públicos.

Los discursos sobre las necesidades de la población fueron diversos entre prestadores públicos y privados, de acuerdo –en parte- a la experiencia profesional de cada uno de los participantes; sin embargo, existieron puntos en común que permitieron agrupar en grandes temas lo que –desde el punto de vista de ellos- debe tenerse en cuenta para ofrecer servicios óptimos en el plano de la SSR.

4.2.1 Educación y prevención: “No hay medicina preventiva, en los centros de salud no la hay”

Un primer aspecto que fue esbozado y fue constante en las declaraciones de los proveedores de servicios de salud fue la falta de información de gran parte de la población o la información fragmentada e inadecuada que se tiene sobre la sexualidad y reproducción. Pese a que los proveedores reconocen que hoy en día se dispone de más recursos de educación e información, parece que éstos no están llegando oportunamente a los jóvenes, mujeres y varones. En este aspecto, los proveedores creen que quienes están más vulnerables a no recibir información o a recibirla distorsionada son los jóvenes, quienes prefieren confiar sus asuntos a amigos “igualmente inexpertos”, así por ejemplo lo manifestó una de las trabajadoras sociales de una de las clínicas visitadas, quien propuso, en estos casos, resolver el problema directamente con los padres de estos adolescentes:

“No se va a intervenir directamente con los jóvenes porque los jóvenes definitivamente no llegan y cuando llegan ya vienen porque ya están embarazadas, porque van a parir o porque hay que referirlas, pero no llegan buscando una información”.

(RTS-I)

Para otros en cambio, la raíz de la desinformación proviene principalmente de los padres de familia quienes se oponen a que los hijos reciban este tipo de orientación, tanto en las escuelas, colegios como desde los mismos centros de salud. Así mismo, de acuerdo con la información de los proveedores -especialmente de trabajadores sociales- no existe una articulación efectiva entre lo que se imparte desde las instituciones educativas y lo que se ofrece por parte de los profesionales de la salud.

Por otro lado, las mujeres adultas carecen de información sobre cómo y cuándo practicarse un papanicolau o una mamografía, sobre estos aspectos existen temores y falsas creencias que hacen que las mujeres vinculen estos padecimientos con la muerte inevitable; como consecuencia las mujeres no se realizan los exámenes debidos, ya que sienten miedo de caer enfermas y dejar de ser las proveedoras de cuidado y atención de esposos, hijos y demás miembros del núcleo familiar. En cuanto a métodos de PF se tuvo que las mujeres todavía no tienen claro los beneficios y limitantes de las distintas técnicas de anticoncepción, así lo ejemplifica uno de los testimonios de una enfermera:

“Hay gente que luego me pide el dispositivo intra-uterino (DIU), pero luego la mala información de la gente dice: ‘Es que dicen que con el DIU puedo quedar embarazada... entonces a veces las amigas dicen...: ‘No ¿qué cree? Que a mi vecina le pusieron el DIU y quedó embarazada y otras vez se lo volvieron a poner y quedó embarazada’...”

(LME-T)

Aunque los varones son los más ausentes en los servicios de salud –en general-, los proveedores consideran que la desinformación y el machismo actúan desfavorablemente sobre las mujeres quienes por depender económicamente y afectivamente de éstos ven limitadas sus posibilidades en la búsqueda de ayuda en salud; entre tanto, los varones no tienden a identificar riesgos a su salud o de sus parejas al compartir su vida sexual sin protección alguna.

Los proveedores consideran que esta falencia en información en asuntos de la SSR se debe en algún grado, a que éstos no pueden dar una atención preventiva más amplia, ya que como lo dice un médico “*o das consulta o das prevención*” (EM-I). Esta restricción hace que la medicina siga siendo pensada para curar y pocas veces se dé cabida a la promoción:

“...la parte idónea que debería de desempeñar aquí el personal de salud es prevenir, pero desgraciadamente la gente no acude para prevenir sino para resolver y ese es un gran problema que tenemos aquí en la comunidad”

(CM-T)

Incluso, cuando éste es un esfuerzo de trabajadores sociales y enfermeras, es insuficiente para la población a la cual tendrían que cubrir, como bien lo dice un médico: “*lo que está fallando es el sistema, y está fallando la educación y la objetividad en la educación...*” (HM-I).

4.2.2 Romper con mitos, temores, creencias y tabúes sobre la sexualidad

Gran parte de los proveedores reconocieron que una necesidad urgente para atender frente a la SSR son los constantes tabúes, mitos y creencias que la gente elabora en torno a este aspecto y que repercute desfavorablemente sobre la salud misma. En este sentido, los prestadores de servicios se encuentran con personas que acuden a consulta y lo hacen de manera subrepticia (escondidos de los padres, de las parejas, de los profesores). En ocasiones los pacientes no son claros en describir sus necesidades y dicen acudir al servicio por otras cuestiones, por lo que corresponde a los médicos explorar sobre la sexualidad, encontrándose la mayoría de las veces con problemas de toda índole: ITS, violencia intrafamiliar, embarazos no deseados, abortos, etc.

Los integrantes de los grupos focales sienten que su labor está cada vez siendo más desvalorizada por la población, quien prefiere atender las recomendaciones de terceros (amigos, familiares, yerbateros, etc.), uno de estos casos lo expuso una de las enfermeras:

“...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...”

(CE-I)

Otro relato sobre lo que está pasando con estas mujeres, lo hizo una trabajadora social de Iztapalapa quien contó lo que respondió una paciente que no quiso seguir sus indicaciones para el proceso de parto: *“y ella me dijo: ‘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’”* (NTS-I).

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”* (ATS-I), fue 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?”* (LM-T).

Los jóvenes que llegan a los servicios buscando métodos anticonceptivos (pastillas o condones), lo hacen de manera tímida y *“...no de manera abierta, sino muy a escondidas para que no se sepa qué vienen a buscar”* (JL-T). Los varones por su parte, tienen a negar sus relaciones extra-matrimoniales y prefieren mentir antes que se develar sus prácticas ante los

médicos quienes tienen que insistir en que se declare adecuadamente la información, con el fin de tomar las medidas necesarias.

Los entrevistados son enfáticos en señalar: “*educar a la población...no es fácil...la gente no busca la asesoría o consejería sobre la sexualidad, porque lo desconocen, por tabúes, por cultura popular, por mil, mil cosas, ¿no?*” (JM-I).

4.2.3 Involucrar a varones y jóvenes en los servicios de salud

De acuerdo con los proveedores, quienes más acuden a los servicios de SSR son las mujeres debido a que son ellas quienes principalmente tienen a su cargo la responsabilidad reproductiva. En la mayoría de los casos, las consultas se deben a un embarazo o la atención del mismo, así como cuando se encuentran con complicaciones derivadas de un aborto. En escasas circunstancias las mujeres solicitan citas para prevenir, diagnosticar o curar ITS, cánceres (cérvico y de mama), para denunciar abusos y maltratos al interior del hogar, entre otras cosas.

Igualmente, se ha observado –por parte de los prestadores de servicios de salud- que por lo regular cuando la mujer va a sus controles prenatales o al mismo alumbramiento, lo hacen solas, incluso cuando su pareja se está haciendo responsable económicamente de los costos del embarazo y de los hijos. Por tal razón, es fundamental que las mujeres se integren a otros servicios de la atención sexual y no meramente a la esfera de la reproducción.

Fueron los mismos participantes de los grupos focales quienes promovieron la idea de redoblar esfuerzos para que varones y jóvenes se involucren con su propia salud y en especial en SSR.

En lo que respecta a los adolescentes, una médica recordó que “*sólo una vez vino una joven de 15 años a pedir métodos anticonceptivos*” (LM-I) y esto se debe –de acuerdo con la entrevistada- a la falta de interés de los jóvenes sobre la sexualidad, pese a que muchos de ellos comienzan a tener relaciones desde temprana edad.

Los varones por su lado, son percibidos por los proveedores en una posición dominante frente a las mujeres, primordialmente en el ejercicio de su vida sexual; un médico ilustró: “*como sea para el hombre es muy aventurado o es visto con un valor social alto, dentro de la masculinidad, el tener varias parejas o el estar con varias mujeres*” (EM-I), sin embargo, no hay una demanda fuerte de este tipo de población sobre métodos de anticoncepción y consejería para la prevención de ITS, incluyendo el VIH/SIDA.

4.2.4 Mejorar los servicios de salud: ¿Realmente lo estamos haciendo bien o pensamos que [lo] estamos haciendo bien?

Si bien los proveedores identificaron barreras y necesidades de la población para la atención de los servicios en SSR que se desprenden del mismo seno de la sociedad, también se realizó un ejercicio crítico sobre la oferta de dichos servicios.

Un primer elemento que fue descrito fue la falta de recursos, tanto humanos, de infraestructura, técnicos y financieros para que los proveedores lleven a cabo una labor acorde con las expectativas de los usuarios. Como ya se mencionó, la mayor parte de consultas y medicamentos que se otorgan en los centros visitados son gratuitos, como parte de una estrategia gubernamental que busca favorecer a los más pobres de la ciudad. No obstante, al parecer no existe congruencia entre los deseos políticos y la realidad que se vive en estos lugares, ya que gran parte del equipo de salud que labora allí, tenía que prestar los instrumentos médicos de dotación personal para poder atender a los pacientes. En casos más extremos algunos se encargaban de adecuar los espacios con cortinas, sillones y demás ornamentos que eran sufragados con sus propios salarios. En otras situaciones, los espacios donde se realizaban las consultas eran tan precarios que fue visible observar como había goteras y como las condiciones sanitarias no eran acordes con un centro de salud.

Básicamente, en las instituciones públicas se da una saturación de los servicios sin que se pueda cubrir la demanda total, ya que el ingreso a un centro depende de los “pases” de gratuidad que se tengan disponibles, los cuales son insuficientes en algunos momentos; también se alude la falta de personal de todo tipo y la ausencia de horarios de atención más flexibles. Esto provoca que los clientes se vayan a otros centros o que no regresen a solicitar nuevamente el servicio. En esta misma línea de argumentación, una queja frecuente de los proveedores es la ineficiencia de los sistemas de referencia y contrareferencia, por lo que no es posible seguir la historia clínica de un paciente que circula entre los centros de salud públicos y privados, situación que es muy frecuente en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa.

Frente a la disponibilidad de medicamentos y métodos anticonceptivos, éstos son restringidos o tienen que ser pagados por los mismos clientes, trayendo conflictos entre los proveedores y pacientes, quienes al no ver resueltas sus necesidades acuden a la violencia: “*una señora me pegó una patada*” (MF-I), fue el testimonio de un farmacéutico que fue golpeado por no contar con la medicina requerida por una mujer. Por otra parte, las enfermeras ven

desvalorizado su trabajo dado que los pacientes consideran su labor como asistencial a la del médico, por lo que a éstas les es difícil acercarse a las personas para darles consejería.

Algunos profesionales también creen importante coordinar los servicios al interior de cada centro de salud, ya que cada uno de los miembros está entrenado para oficios específicos que abordan desde lo social hasta lo médico. Así los trabajadores sociales pueden ocuparse de la labor comunitaria y de observación en campo que podrían compartir con enfermeras y médicos quienes se la pasan entre los consultorios.

Por último, los médicos consideran que sería favorable para los servicios, ampliar los niveles de conocimientos en SSR, ya que desde la postura de uno de los médicos:

“en la escuela de medicina te enseñan a nivel curativo, o sea, viene por una tos, una faringitis, atiéndele eso, llegas a un hospital, la atención hospitalaria es resuelve la urgencia, se da de alta, a la consulta externa”

(JM-I)

En los centros visitados, no se declararon planes de capacitación permanentes en temas de SSR ni tampoco había disponibles módulos de información al respecto. En este punto valdría la pena retomar la reflexión que hizo uno de los médicos: *“¿Realmente lo estamos haciendo bien o pensamos que [lo] estamos haciendo bien?”* (RM-I).

5. CONSIDERACIONES FINALES

Las necesidades y barreras en de SSR toman formas específicas dependiendo del contexto social al que se están remitiendo. En este trabajo se indagó sobre las condiciones de los servicios de salud en zonas bajo condiciones de marginalidad en el Distrito Federal y se exploró las percepciones que los proveedores de servicios de salud tenían sobre las necesidades de la población. Estas lecturas se hicieron a partir de una serie de factores materiales y simbólicos que rodea a los proveedores, los cuales se traducen en respuestas al entorno, en función de las características profesionales, personales, laborales, entre otras.

Los datos cuantitativos dieron cuenta de un panorama “alentador” sobre los servicios de SSR: médicos capacitados en temas relacionados, alto porcentaje de conocimiento sobre las distintas normas y pocas barreras percibidas. Bajo estos parámetros, una evaluación de los servicios sería favorable y pocas serían las objeciones que se harían. Sin embargo, al indagar a

profundidad, y no sólo a médicos sino a una gama más variada de profesionales de salud, fue posible evidenciar una serie de debilidades en los servicios que a simplemente no se ven.

En primer lugar, con el desarrollo de los grupos focales, fue posible contrastar muchas más barreras de carácter socio-cultural y económico que se dieron en las áreas de estudio, contrario a lo que se obtuvo con las encuestas a médicos. El diálogo fluido y sistemático con proveedores dio resultados más abundantes y facilitó la identificación de necesidades y barreras que pudieron ser desglosadas por grupos de población (jóvenes, mujeres y varones). En resumen, las necesidades declaradas por los proveedores se pueden agrupar en cuatro ejes: 1) Información y educación a la población, 2) Incorporación a los servicios de salud de jóvenes y varones, 3) Condiciones socioculturales (tabúes, miedos, creencias) y 4) Mejoramiento de los servicios de salud.

Con respecto a la información, los participantes aludieron la urgencia de informar a los usuarios y comunidad en general sobre la SSR; en especial se habló de informar a los jóvenes quienes están experimentando relaciones sexuales sin el conocimiento pleno de los riesgos y quienes debido a esto están atravesando por embarazos a temprana edad, todo ello en un marco de descoordinación entre distintos estamentos de la sociedad, incluyendo a los padres de familia.

Es importante indicar el interés de los proveedores por involucrar a los jóvenes y varones en los servicios de salud, los cuales acuden pocas veces y no se interesan por asuntos sexuales y reproductivos. Por otra parte, se menciona la necesidad de incorporar a las mujeres en la atención de su vida sexual, ya que éstas están encasilladas en el ámbito meramente reproductivo (principalmente durante el embarazo y parto).

Por otra parte, los proveedores de servicios –de distintos niveles- coincidieron en reconocer las barreras sociales y culturales que están inmersas en la sociedad y que impiden un acceso oportuno a los servicios de salud. La pena, los temores, la vergüenza son palabras que se repiten en los discursos y que explican el ausentismo de muchas personas en los servicios de salud.

Finalmente, no se dejaron de lado las necesidades que se tienen al interior de los servicios de salud y que requieren una atención prioritaria para prestar servicios de calidad. Entre los principales aspectos se menciona la disponibilidad de más recursos humanos que estén más capacitados en los temas de SSR, el mejoramiento de la infraestructura y la flexibilidad en los horarios, así como también el abasto de medicamentos y métodos anticonceptivos.

Otros aspectos nodales que fueron reconocidos por los proveedores y que vale la pena ser destacados son: la violencia (tanto a nivel intrafamiliar de las pacientes como al interior de los servicios), la deficiente capacitación de los profesionales en temas generales de SSR, los débiles sistemas de referencia y contrareferencia entre servicios públicos y privados, la falta de comunicación interna entre profesionales de distintas áreas, entre otros.

En general, los entrevistados identificaron a grandes rasgos las necesidades y barreras de acceso y calidad en la atención a la salud, pero poco se ahondó en las barreras y necesidades que emergen de las condiciones propias de los oferentes de los servicios. En el caso de los proveedores de Tlalpan e Iztapalapa, las razones que derivan las necesidades son en su mayoría externas y a excepción de la falta de educación de los mismos, no se mencionaron obstáculos que devinieran de las convicciones morales, éticas y religiosas de un médico o enfermera, por ejemplo.

Es de notar que este acercamiento cuantitativo y cualitativo fue un ejercicio útil a la luz de los propósitos de este trabajo de investigación, por una parte porque nos lleva a reflexionar sobre la utilidad de las diferentes herramientas y las interpretaciones que se les dan a cada una de ellas, por otro lado, porque es un ejercicio complementario que puede ser de gran aporte en los estudios de población.

En proyectos futuros será importante contraponer la postura de proveedores y usuarios, teniendo en cuenta elementos de género, nivel económico y factores sociodemográficos en general (Echarri, 2008; Agudelo, 2009); del mismo modo, resultará de gran utilidad analizar por separado los ámbitos que cubre cada proveedor de salud sobre la SSR (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.), esto con el fin de entender -a nivel desagregado- el papel que cada uno de éstos está llevando a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, Marcela. “Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: Visión de los proveedores de servicios de salud”. *Rev Fac Nac Salud Pública*, Vol. 27 N.º 2 mayo-agosto 2009.
- Camarena, Rosa María y Susana Lerner. “Necesidades insatisfechas en la provisión de servicios de salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural”. México, El Colegio de México. Mimeo. s/f.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). *Situación demográfica de México*. México, CONAPO, 2008.

- Donabedian, Avedis. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, Fondo de Cultura Económica. 1971.
- Echarri, Carlos Javier. *Identificación de barreras para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud. Principales problemas, necesidades y obstáculos en la atención a la salud reproductiva*. Informe técnico proyecto INDESOL CS-09-I-VI-033-07. Mimeo. 2008.
- Jasis, Mónica. “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. 2000, pp. 97-143.
- Ley General de Población. *Diario Oficial de La Federación*. 1974 (7 de enero).
- UNFPA *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. 2004.
- *Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos*. Estados Unidos de América: UNFPA. 2005.

BASES DE DATOS UTILIZADAS

- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 1992. Base de datos mujeres.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 1997. Base de datos mujeres.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 2006. Base de datos mujeres.
- Encuesta sobre Necesidades en Salud Sexual y Reproductiva, 2007. Base de datos de la población.
- Encuesta sobre Necesidades en Salud Sexual y Reproductiva, 2008. Base de datos de los proveedores.