

VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia, 2007.

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.

Diana L. Reartes y Carlos J. Echarri C.

Cita:

Diana L. Reartes y Carlos J. Echarri C. (2007). *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. VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/vi.congreso.chileno.de.antropologia/8>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eCzH/kfB>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

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

Obstacles Identification, Needs and Solutions for Reproductive Health care. The Point of View of Health Workers

Diana L. Reartes* y Carlos J. Echarri C.**

Resumen

La ponencia ofrece un acercamiento al punto de vista de los proveedores de servicios de salud públicos respecto de las necesidades y demandas en salud reproductiva de diferentes grupos de la población (mujeres, varones, adolescentes y jóvenes) así como los obstáculos que presentan en el ofrecimiento de los servicios tendientes a la satisfacción de estas exigencias.

El trabajo constituye un primer momento del trabajo de investigación en el que se llevaron a cabo grupos focales con población y con prestadores de servicios de salud y se centra en la información recogida a partir de dos grupos focales con prestadores de servicios que trabajan en centros de salud del Ajusco Medio, dependientes de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan (Secretaría de Salud del Gobierno del D.F.).

Palabras Claves: Necesidades de salud reproductiva, Prestadores de servicios, Calidad de la atención.

Abstract

This paper presents the point of view of workers at public health services, according to the needs and request in different population groups: women, men, teenagers and young people in general who are searching and asking for attention at the health reproductive services. Also it makes an effort to explain the barriers and contradictions between the services and the population request.

The research was done with two groups of population and the Health workers. It is focus on the information taken at two health centers located in Ajusco Medio,

Tlalpan, dependent from Health Secretary of Mexico in Mexico City.

Keywords: Needs of health reproductive, Health workers.

Definición del problema

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

Referentes teórico-conceptuales

El estudio de las necesidades de salud desde un punto de vista cualitativo.

Entendemos por necesidades de salud las condiciones de salud percibidas por las personas o percibidas y/o diagnosticadas por los profesionales de la salud.

* CIESAS-SURESTE. Carretera San Cristóbal-San Juan Chamula, km 3.5. San Cristóbal de las Casas, Chiapas. dlrp@prodigy.net.mx

** El Colegio de México. Camino al Ajusco 20. Col. Sta Teresa. México D.F. cecha@colmex.mx

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

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

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

La perspectiva antropológica ha demostrado que las necesidades de salud pueden ser abordadas de una manera más integral mediante el uso de métodos interpretativos que busquen la comprensión más que la explicación causal y que se apoyen en técnicas que no sólo consignan datos, sino que los producen, recuperan e interpretan (Lara Flores et al., *op.cit.*:107).

Necesidades en salud reproductiva

Cuando hablamos de necesidades en salud reproductiva nos referimos a aquellas vinculadas con la anticoncepción, el embarazo, parto y puerperio, la interrupción de embarazos, la prevención de los cánceres del apa-

rato reproductivo femenino y masculino, la prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH-Sida, la prevención y atención de violencia. Estas necesidades cambian según las especificidades dadas por el estrato socioeconómico, el género, el grupo etario, el estado civil, las expectativas y proyecto de vida.

Aunque sería deseable o esperable que las necesidades de las mujeres, los varones y los adolescentes sean el punto de partida a partir de las cuales se organizara el ofrecimiento de los servicios de salud, algunas investigaciones han documentado cómo generalmente se asumen las necesidades de las personas a partir de lo que el sistema médico supone que ellas requieren, siendo los prestadores de servicios los únicos autorizados «moralmente» para determinarlas (en primer lugar) y para satisfacerlas (en segundo lugar) mediante procedimientos técnicos y además, detectando sólo aquellas para las que ellos fueron entrenados (Jasis, 2000:133).

Jasis quien investigó acerca de las necesidades que un conjunto de mujeres tuvieron durante el proceso de embarazo-parto y puerperio llegó a la conclusión de que en la mayoría de los casos los médicos no responden a las necesidades «sentidas» de las usuarias sino más bien a las necesidades que los proveedores asumen por ellas o suponen porque no implica la constatación vía preguntarles directamente a las mujeres si sus necesidades fueron satisfechas mediante la atención médica recibida (Jasis, *op.cit.*: 106 y 134).

Los proveedores de salud como objeto de estudio

Los médicos ejercen un papel central en la reproducción humana y se les adjudica legal y normativamente la autoridad técnica y moral en este ámbito de la vida de las personas. Su influencia se expresa a través de: a) sus prácticas vía la implementación de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y b) sus mensajes. «A su vez, por acción u omisión son los mediadores/as de las decisiones de sus pacientes sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud, población y familia del Estado» (Ramos et al., 2001:27).

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

Estudiar cómo perciben los prestadores de servicios las necesidades de salud que presentan las y los usuarios y por medio de qué acciones tratan de satisfacerlas implica necesariamente reconocer, en primer lugar, que éstas se construyen a partir del vínculo intersubjetivo que se establece entre el personal sanitario y las y los usuarios en la consulta médica. En segundo lugar, que las posibilidades del personal de salud para satisfacer las expectativas del paciente se encuentran limitadas por los recursos materiales de los que dispone pero la fuente de la que brotan es en esencia su «yo profesional» (Leal y Martínez, op.cit.: 60). Siguiendo a estos autores para comprender la lógica o racionalidad de las prácticas médicas dirigidas a satisfacer las necesidades de salud reproductiva sería indispensable dirigir la mirada en dos direcciones: la primera, hacia las condiciones en las que los prestadores realizan su trabajo (características organizativas de la institución, grado de libertad que se le conceden, relaciones con funcionarios y administradores que organizan y supervisan su trabajo, relaciones que se establecen entre los distintos integrantes del equipo de salud, tipo de personas a las que atiende, proximidad o distancia psicosocial y cultural que guarda con ella, juicio o prejuicio que de ellas se ha formado); la segunda, hacia su identidad profesional, cómo concibe su propia identidad profesional, en qué consiste su trabajo, cómo lo concibe, cómo lo vive y cuál es su perspectiva del usuario al que atiende (Leal y Martínez, op.cit.:62-3). La atención a las necesidades de salud por parte de los prestadores depende de una serie de factores tales como: el vínculo entre médico y usuaria/o, la motivación personal del proveedor, la experiencia del médico y la capacidad técnica del proveedor (Jasis, op.cit.: 133).

De ahí nuestro objetivo de identificar y analizar lo que un conjunto de prestadores reconocen como necesidades de salud reproductiva de la población, las constituyen en objeto de su intervención y los recursos utilizados para responder a las mismas.

Metodología y fuentes de información

El estudio de los proveedores de servicios incluyó en una primera fase la realización de grupos focales; en una segunda fase se realizará una encuesta no probabilística de aproximadamente 50 prestadores incluidos médicos de servicios públicos y privados, enfermeras, trabajadoras sociales, agentes comunitarios, parteras y en un tercer momento, entrevistas a profundidad de 10 prestadores.

En esta ponencia ofrecemos un primer acercamiento en el análisis del punto de vista de un conjunto de proveedores de servicios de salud públicos respecto de las necesidades y demandas en salud reproductiva de diferentes grupos de la población (mujeres, varones, adolescentes y jóvenes) a partir de la metodología de grupo focal.

Se realizaron dos grupos focales con prestadores de servicios que trabajan en centros de salud del Ajusco Medio (Tlalpan) dependientes de los servicios médicos del Gobierno del Distrito Federal. Estos grupos focales se llevaron en el centro de salud T-II Cultura Maya en noviembre del 2005 y contaron con la asistencia de tres médicos, dos trabajadores sociales y dos enfermeros. A continuación se presentan las características sociodemográficas de los participantes:

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

Los grupos focales con prestadores de servicios tuvieron como objetivos:

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

Resultados

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

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

Debido al Programa de gratuidad que existe en los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal se esperaría que la población se acercara a ellos para satisfacer sus necesidades en salud; sin embargo, los prestadores reconocieron que, en muchas ocasiones, la población asiste a las Farmacias de Similares, porque saben que no siempre los centros de salud cuentan con el abasto suficiente de medicamentos, porque el tiempo de espera es mucho menor y los horarios de atención más amplios. Un aspecto negativo de la asistencia a estos servicios, señalado por algunos de los prestadores, refirió a los riesgos que las usuarias pueden correr por una incorrecta atención, relatando el caso de una chica de 13 años a quien se le recetó el uso de ampolletas (hormonales) y regresó al servicio con graves problemas.

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

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

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

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

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

Fue una de las enfermeras quien manifestó que son las cuestiones sociales (prejuicios, tabúes) las que impiden que las y los adolescentes lleguen a los servicios

de salud. El hacer evidente su presencia a través de sacar ficha y esperar frente al público hasta que la/o atiendan es un obstáculo que desalienta a los jóvenes a asistir a los servicios a solicitar información sobre cómo prevenir embarazos o infecciones de transmisión sexual (ITS). De ahí que un aspecto positivo resaltado por el personal de enfermería es que ellos ofrecen condones sin el requerimiento de tener que sacar cita y pasar a consulta médica.

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

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

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

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

En cuanto a la atención de embarazos adolescentes se mencionó que se atiende a las jovencitas siempre y cuando no se trate de un embarazo de alto riesgo, en estos casos se las canaliza a un hospital del 3er. Nivel de atención. También se indicó que el departamento de trabajo social conforma grupos de educación para embarazadas, invitando también a las adolescentes a integrarse a esta dinámica.

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

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

Necesidades y problemas de salud reproductiva que presentan las mujeres

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

Un aspecto problemático lo constituyen los embarazos inesperados ante la falla del método y particularmente en el caso del dispositivo. Las acciones a seguir en cuanto a extraer o no el dispositivo es una situación que angustia a las mujeres. En relación a este problema los prestadores manifestaron que el procedimiento elegido depende de las semanas de gestación. Si son las primeras semanas se puede retirar, alertando a la paciente del riesgo de que se produzca un aborto. Una de las doctoras mencionó que cuando se retira el dispositivo antes de las ocho no hay prácticamente ningún problema. La otra doctora también coincidió en retirarlo en etapas muy tempranas y expresó que lo importante es concientizar a la paciente de los riesgos que se corren también no extrayéndolo, entre los que mencionó: parto prematuro o ruptura de saco amniótico. Pero según los entrevistados no sólo se trata de hacerle tomar conciencia a la paciente de los riesgos del pro-

cedimiento, sino que también se la responsabiliza de la decisión de realizarlo, como si la culpa por el embarazo fuera de la mujer. Dice una doctora: «...en esos casos, uno tiene que solicitarle a la paciente que tome la decisión, uno le plantea: 'Hay esta posibilidad, se lo puedo retirar pero hay esta posibilidad' y sin problemas, igual es su decisión y sí se la tiene que involucrar...».

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

Ante la importancia de dar seguimiento a las mujeres una vez que adoptan un método anticonceptivo, los prestadores expresaron la frecuente problemática de la deserción (a pesar de que según ellos se le advierte a la usuaria que debe estar en control durante 3 o 4 meses para evaluar cómo se siente con el método) y la necesidad de realizar estudios para saber las causas del ausentismo de muchas mujeres y dar seguimiento a las pacientes. Sin embargo, la falta de personal impide realizar las visitas domiciliarias para enfrentar este problema. Los médicos parecen no saber por qué las pacientes dejan de venir y suponen que es porque se cambiaron de colonia aunque también se admite que existe la posibilidad de que haya dejado de usar el método, haya cambiado de método o se haya embarazado.

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

Durante el control prenatal se mencionó como problema la no asistencia de las mujeres o el ingreso tardío al mismo. Se mencionó que muchas mujeres «llegan cuando ya están a punto de parir» en tanto se piensa que el embarazo es algo natural, que no requiere de supervisión y control médico. La gran mayoría, solicita su ingreso al programa de gratuidad un mes antes del momento del parto. Según la trabajadora social: «no vienen porque no sabían que hay que controlarse, piensan que 'con o sin médico igual va a nacer' y se justifi-

can diciendo: 'No pude venir por el esposo, por trabajar, por los hijos'.

En la opinión de varios prestadores, la mujer relega la atención de salud y antepone a su bienestar a las actividades diarias y el cuidado de los demás integrantes de su familia. De ahí que la estrategia que utilizan con las mujeres es «espantarlas» acerca de los factores de riesgo que pudieran tener (zumbidos de oídos, endurecimiento del abdomen, etc.) con la intención de que la embarazada pudiera identificarlos y recibir una atención oportuna.

En cuanto a favorecer la participación de los varones durante el embarazo, la trabajadora social comentó que en algunos centros de salud existen grupos de embarazadas, al que también se invitan a sus parejas, aunque se mencionó que la mayoría de las mujeres acude sola.

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

En relación a la prevención del VIH-Sida, el trabajador social, quien fue capacitado para brindar consejería en VIH, mencionó que son varios los grupos de población a quien se les otorga asesoramiento y se les aconseja realizarse la prueba de detección, entre los que se encuentran: los adolescentes y jóvenes, debido a su proclividad para tatuarse o drogarse o tener relaciones sexuales sin condón y las mujeres embarazadas, particularmente cuando llegan en el primer trimestre, con la intención de evitar la transmisión vertical. Respecto de éstas últimas, este personal de salud mencionó que si bien las mujeres manifiestan muchos temores para

hacerse la prueba, se les trata de infundir tranquilidad mencionando los beneficios que puede obtener el bebé por lo que la mayoría acepta. También mencionó que hasta el momento, no se han encontrado con casos positivos entre las mujeres que envían a realizarse la prueba.

El o la paciente que acepta realizarse la prueba, es enviado al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, en Tlalpan. Una vez que el resultado llega al centro de salud, le es comunicado al interesado. En caso de que saliera positivo, se canaliza a la persona a la Clínica Condesa para que allí inicie el tratamiento.

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

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

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

Además de la enunciación de estos problemas de salud, los prestadores aludieron al pudor de las mujeres como un factor que dificulta que el acceso a los servicios. Durante el control prenatal, expresaron que muchas mujeres prefieren ser atendidas por una doctora que por un doctor varón. También se habló de la no asistencia a exámenes de Pap por este mismo motivo.

Fue el médico quien señaló que las mujeres le tienen más confianza a sus compañeras médicas por ser mujer y explicó que para mejorar la concurrencia de las señoras el suele decirles que lleguen acompañadas por el esposo o algún familiar y para convencerlas de tomarse la prueba les dice: «¿Qué quieren sentir, pena o cáncer?». Asimismo, remarcó la importancia de que él como varón al realizar la prueba cuente con el apoyo o la presencia de alguien más para evitar malentendidos.

Necesidades y problemas de salud reproductiva que presentan los varones

En primer lugar, los participantes manifestaron que los varones casi no asisten a los servicios de salud ya que generalmente consideran que «siempre están bien». Sólo acuden cuando ya tienen problemas, como gripa, amigdalitis o cuando presentan «situaciones extremas de dolor». Los hombres adultos concurren cuando tienen problemas de la próstata, «cuando ya no pueden orinar, cuando presentan chorro interrumpido o dolor». En estos casos, hubo dos opiniones diferentes en cuanto a la forma de proceder. Mientras el médico de un centro de salud T-I manifestó que cuando esto ocurre él le da al paciente un pase a un servicio de urología (en un servicio de segundo nivel), una doctora del Centro de Cultura Maya consideró que ella aplica al paciente una serie de preguntas para detectar factores de riesgo para cáncer de próstata. Si las repuestas dan una clasificación positiva, ella solicita la prueba del antígeno prostático. Si éste sale positivo, existe la posibilidad de que haya un problema neoplásico, enviándose al paciente al Hospital de Cancerología y no a un urólogo. Cabe mencionar que en el centro Cultura Maya no hay laboratorio, por lo que los pacientes a los que se les solicita la prueba del antígeno prostático deben ir al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana en Tlalpan o al Centro de Salud Gerardo Varela, ubicada en el pueblo de Santo Tomás Ajusco.

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

Se considera que los hombres son «más penosos» que las mujeres y tienen mayor confianza cuando quien los atiende es un varón. Ellos dicen: «Ud sabe, usted es hombre, me comprende».

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

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

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

Problemas identificados por el personal de salud para satisfacer las necesidades de salud reproductiva de la población: «Hay cosas que queremos pero que no podemos hacer»

Los más importantes obstáculos mencionados fueron:

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

- b) El cambio y rotación de personal en los servicios.
- c) Las presiones institucionales para atender un número determinado de pacientes al día lo que hace que los médicos no vean al paciente como un ser humano sino como un objeto.
- d) La imposibilidad de dar seguimiento a las pacientes cuando dejan de asistir al servicio.
- e) Desabasto de medicamentos, incluidos métodos anticonceptivos, motivo por lo que mucha gente deja de asistir a los servicios.
- f) Restricción en la dotación de condones.
- g) Específicamente en cuanto a las y los adolescentes se mencionó que la inexistencia de programas o normativas específicas para este sector de la población afecta la atención a este grupo de la población. Otras carencias tienen que ver la falta de espacios y recursos adecuados para realizar actividades con ellos y la carencia de personal que no permite ofrecer servicios que se adecuen a las posibilidades horarias de las y los adolescentes.
- h) La influencia e interferencia de ideas, valores, creencias y juicios personales de los prestadores en la dotación de servicios y particularmente en la población adolescente o de cómo «aunque estamos en el mismo barco usamos uniforme distinto» (Doctor).

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

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

En este punto también la misma profesional indicó que lo adecuado sería «ver cuáles son sus necesidades (las del paciente) sin tomar en cuenta el juicio personal del profesional».

También se manifestó que aunque todos siguen las normas técnicas, cada personal las resignifica en la consulta cara a cara con el paciente a partir de sus

ideas personales: «Llevamos la norma técnica, lo que tenemos que llevar con el paciente, pero como dicen: 'Cada quien te truenas las chinchas como quiere' y somos diferentes, somos individualizados ...».

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

En cuanto a las necesidades y problemas del grupo de adolescentes y jóvenes, los prestadores manifestaron que una solución al problema de la escasa concurrencia de las jóvenes a los servicios puede ser desarrollar acciones de prevención en los lugares a los que concurren las jóvenes, por ejemplo las escuelas. Al respecto, una de las enfermeras comentó una experiencia de toma de Pap que realizaron en una preparatoria cercana. En un mismo día tomaron 70 papanicolaous. No hubo problemas para que las jóvenes se acercan y solicitaran la prueba, los inconvenientes estuvieron a la hora de entregarles los resultados porque tuvieron que buscar y localizar a las jóvenes.

También se expresó la importancia de brindar confianza a las y los adolescentes y jóvenes, ofrecer servicios en las tardes e incrementar trabajo en las escuelas para captar a este grupo.

Específicamente, en cuanto a los varones, el grupo estimó importante que los T-II tuvieran la posibilidad de realizar vasectomías para que los pacientes no tengan necesidad de ser canalizados a otros servicios y esperar a veces varios meses.

Igualmente se remarco la necesidad de una mayor calidez de los proveedores hacia las y los usuarias/os y ante los distintos problemas de salud se manifestó la necesidad de conocer el padecer (implicaciones afectivas) de las y los pacientes: «Es muy importante no ver solamente el padecimiento, sino ver el padecer y en el padecer está la clave de qué está sucediendo con este paciente».

Diferentes estilos de atención a problemas de salud reproductiva

A lo largo de los grupos focales pudieron detectarse diferentes estilos de atención ante ciertos problemas de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo:

- Dar o no condones a adolescentes: «cada quien tiene su criterio» (palabras de un prestador). En este aspecto se expresaron puntos de vista diferentes entre el médico y el trabajador social. El médico explicitó su criterio de dar condones a adolescentes varones que llegan a solicitárselos, en función de indagar si han o no iniciado su actividad sexual. El trabajador social, en cambio, sostuvo que él da condones a todo joven que se los solicite sin importarle si ya está teniendo relaciones.
- Privacidad y confidencialidad en el examen del Pap
En este aspecto, se hicieron evidentes dos posturas: una sustentada por la enfermera y la trabajadora social, quienes consideraron fundamental preservar la privacidad y confidencialidad cuando una mujer asiste a realizarse el Pap, no permitiendo que el acompañante de la paciente pase con ella al interrogatorio y examen y; la otra, sustentada por el médico, quien expresó que debido a la pena de muchas mujeres, él incentiva su asistencia, invitando a la paciente a que concorra con algún familiar (incluso su esposo) y favoreciendo su presencia durante la prueba.
- Discurso alarmista utilizado en el ofrecimiento de información sobre prevención de ITS dirigido hacia los adolescentes.
Específicamente el discurso del médico dejó ver el uso de un discurso de alarma en la prevención de ITS. Al respecto, una de las doctoras expresó disentir con esta postura y manifestó que a ella no les gusta asustar a los pacientes y en cambio, cree que es más adecuado platicar y explorar posibles «situaciones de riesgo» entre las y los adolescentes:
«Tengamos ese contacto con el paciente, tengamos una visión abierta y una postura de respeto ... puede que yo no esté de acuerdo con muchas cosas, pero ante el paciente yo tengo que ver cuáles son sus necesidades ... a mí en lo personal, en cuanto al doctor, a mí no me gustaría asustarlos de que «te va a pasar esto, te vas a morir ... mira, es conveniente que ... ¿cuál es tu sexualidad, de qué forma se manifiesta a tu edad y las inquietudes que tienes? Y puedes usar tu sexualidad, ¡claro que sí! Pero en estas situaciones corres estos riesgos ...».

Reflexiones finales

En primer lugar debemos señalar que a partir de lo dicho por los prestadores son las necesidades de anticoncepción y control prenatal las que más atienden en tanto son las mujeres las que asisten a los servicios demandando estos servicios.

Es clara la identificación por parte de los prestadores de distintas necesidades y problemas de salud reproductiva según se trate de mujeres, varones, adolescentes y jóvenes así como de los obstáculos que presentan estos distintos grupos para demandar la satisfacción de estas necesidades en función de ciertos atributos o condiciones genérica o generacionalmente determinadas tales como: la subordinación de las mujeres, el pudor para exponer sus genitales, la fortaleza e invulnerabilidad asignada a los varones, las sanciones al ejercicio sexual de las/os adolescentes, la mayor tolerancia al ejercicio sexual de los varones adolescentes. Los prestadores, entonces, reconocen las distintas necesidades, y las asumen dentro de su incumbencia profesional. De la información relevada resalta, en primer lugar, que son los adolescentes y los varones los grupos que parecen requerir más atención a sus necesidades de salud reproductiva; en segundo lugar, la carencia de información «veraz» (en todos los grupos) aparece como la necesidad sobre la que más habría que trabajar.

Un problema que atraviesa distintos aspectos de la salud reproductiva (anticoncepción o atención a problemas que requieren de un segundo nivel de atención por su complejidad) es la necesidad de dar seguimiento a los pacientes, el cual se ve obstaculizado tanto por el no regreso del paciente al servicio inicial como al funcionamiento inadecuado de los mecanismos institucionales de referencia y contrareferencia.

Un aspecto casi no mencionado por los profesionales es el de la identificación de necesidades emocionales vinculadas a distintos problemas/situaciones de salud reproductiva (embarazos inesperados, interrupción de embarazos, por ejemplo) a excepción de algunas muy evidentes como violaciones o violencia familiar.

La violencia no sólo es percibida como un problema de las pacientes, los propios proveedores se sienten vulnerables ante el contexto de violencia de la comunidad en la que trabajan.

Ciertas acciones sanitarias como el dar condones a los jóvenes, la privacidad y confidencialidad durante el Pap o el ofrecimiento de mensajes preventivos en relación

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

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

Un problema detectado es que en los servicios no existen mecanismos de consulta a la población que permitan identificar cuáles son sus principales necesidades, por ejemplo horarios que más convienen ni estrategias que permitan conocer el grado de satisfacción de los mismos con respecto a la calidad de la atención recibida. Aunque los servicios deberían responder a las necesidades preguntándoles a las y los usuarios, reconociendo su autoridad para expresarlas y favoreciendo su expresión/manifestación, esta no parece ser una práctica usual.

Finalmente, la calidad de la relación interpersonal médico-paciente es una dimensión que tiene gran importancia en la adherencia a los tratamientos y el regreso del paciente al servicio, atender las implicaciones de esta relación y minimizar la influencia de las ideas, valores y juicios personales (reconocidos por los profesionales) es fundamental para elevar la calidad de la atención.

Bibliografía

JASIS SILBERG, M. (2000). A palabras de usuaria ... ¿oídos de doctor?. Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur. En: Stern, C. y C. J. Echarri (coord). Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación. México, El Colegio de México: 97-143.
LARA FLORES, N.; Támez González, S.; Eibenschutz Hartman, C.; Morales Estrella, S. L. (2000). Investiga-

ción de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En: Mercado M., F.J. y T. M. Torres L. (comp.). Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México, Universidad de Guadalajara-Plaza y Valdez: 97-112.
LEAL F., G. y C. MARTÍNEZ S. (2002). Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva. México, UAM-Xochimilco.
RAMOS, S.; GOGNA, M.; PETRACCI, M. y SZULIK, D. (2001). Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿una transición ideológica?. Buenos Aires, CEDES.

Aborto Clandestino: Ayer, Hoy y... ¿Mañana?

Clandestine Abortion: Yesterday, Today and... Tomorrow?

Mónica Weisner H.*

Resumen

Las estadísticas del aborto clandestino que se manejan en Chile, provienen aún de nuestra investigación de 1994 – en 6 países de Latinoamérica. Consideramos imprescindible elaborar nuevas estimaciones, inéditas para el país, que se presentarán aquí. Chile, a partir del Gobierno Militar, es uno de los pocos países donde el aborto, incluso el terapéutico, está totalmente prohibido. Es un tema silenciado y su debate se ha reemplazado por la «píldora del día después». Se actualizan los principales resultados de las últimas décadas, revisando diferentes modelos, para centrarnos en una dimensión crítica. Se presentan aportes para el país derivados de nuestros estudios.

Palabras Claves: Aborto Clandestino, Salud Reproductiva, Derechos Reproductivos, Antropología Médica Crítica.

Abstract

Statistics on clandestine abortion in Chile are still provided by our research done in 1994 on 6 Latin American countries. We considered it indispensable to draw up new, un-published estimates, which will be the ones presented here. From the time of the Military government, Chile has been one of the few countries in which abortion, even therapeutic abortion, is totally prohibited. It is a topic that has been silenced and the

debate about it has been replaced by the «pill for the day after». In order to center our research on a critical dimension, we update the principles emanating from the last decades, and review different models. Some contributions herein presented to the country are derived from our studies.

Keywords: Clandestine abortion, Reproductive health, Reproductive rights, Critical Medical Anthropology.

Introducción

La interrupción intencional del embarazo es un fenómeno universal en las distintas culturas del mundo, hasta el punto que es imposible siquiera imaginar una sociedad donde esto no se haya practicado.

Es un problema multifacético, de gran complejidad que concierne a numerosas disciplinas, cada una de las cuales lo enfoca desde su perspectiva específica. Ha sido analizado, entre otros, por biomédicos, obstetras, salubristas, políticos, legisladores, teólogos, filósofos, administradores públicos, bioetecistas, psiquiatras, psicólogos, economistas, historiadores, sociólogos, trabajadores sociales, demógrafos, antropólogos.

En este fenómeno multicausal, de gran complejidad, se constata una falta de abordaje desde una perspectiva holística, el que puede ser enfocado de manera preferente por la antropología médica, al dedicarse de una

* Profesora Departamento de Antropología – Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Chile. Representante para Chile de la Comisión Internacional de Antropología Médica y Epidemiología, dependiente de IUAES (Unión Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas). Candelaria Goyenechea 3905 – (Vitacura) – Santiago – Chile. Email: mweisner@entelchile.net