

Capítulo VIII

VIII. CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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