

Capítulo I

I. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

I.1 Planteamiento del problema

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I.1.2 Justificación

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

I.2 Preguntas de investigación

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

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

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

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

I.3 Objetivos e hipótesis central

I.3.1 Objetivo general

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

I.3.2 Objetivos específicos

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

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

I.3.3 Hipótesis

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

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

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

I.4 Resumen de la estrategia metodológica

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

I.4.1 Fuentes de información

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

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

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

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

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

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

I.5 Estructura del documento

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

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

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

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

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

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

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

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