

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

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

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

VII.1.1 Entorno social y ambiental

Los discursos observados entre los diferentes tipos de proveedores son divergentes entre sí, por un lado entre los prestadores públicos prevalece la idea de que los usuarios son personas “sin educación” y muy “marginadas”, apreciación que está anclada a las condiciones sociales, culturales y económicas que predomina en estas zonas y que se convierten en un factor clave que explica el hecho de que la población no acuda a los servicios de salud “[...] *es una población realmente muy difícil porque no están educados para prevenir, para cuidar de su salud, por lo que acuden cuando ya está la enfermedad [...]*” (Farmacéutico de una institución pública, Iztapalapa).

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

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

La sensación que tienen los proveedores públicos sobre la población, es que ésta es hermética, que no consultan sus dudas, que no asisten a los servicios de salud, que en algunos casos anteponen los criterios de amigos y familiares para resolver sus necesidades en salud “*[...] son personas, son mujeres adultas que se dejan llevar por lo que dice la mamá, lo que dice la suegra, lo que dice la tía y a todo el mundo le creen, menos al médico [...]*” (Enfermera de una institución pública, Iztapalapa). Sobre este último aspecto, los prestadores de servicios de salud públicos consideran que hay una desvaloración progresiva de la imagen del médico quien ya no es visto como una autoridad que está facultado para resolver y legitimar las decisiones concernientes con la SSR del individuo “*[...] en otros lugares la gente cree en usted como médico, en Iztapalapa ¡No!*” (Médica de una institución pública, Iztapalapa). Este “desprestigio” del oficio es mucho más visible entre las enfermeras quienes son tomadas por los usuarios como simples asistentes de la red médica.

A pesar que los servicios públicos que se ofrecen en las zonas marginales son la mayoría de las veces gratuitos o de muy bajo costo, los proveedores –principalmente trabajadores sociales- han encontrado que algunas personas no se acercan al centro de salud porque carecen del acta de nacimiento, el cual es un documento indispensable para el otorgamiento de cualquier tipo de servicio, esto ha llevado a que personas que no requieren la gratuidad lleguen a pedirla “*[...] hay mucha gente que obtiene la gratuidad pero porque tiene documentos y que a veces es gente que no la necesita*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa), el motivo de que lo hagan es porque a través de este medio pueden adquirir también medicamentos de forma gratuita, de otra manera tendrían que pagar por ellos, “*gente que tiene un seguro social,*

ISSSTE, que tiene dinero y tiene gratuidad y vienen aquí. Fueron al particular, les pidieron estudios que no alcanzan a cotizar o ya no quieren gastar tiempo, entonces vienen a reclamar [...]” (Médico de una institución pública, Iztapalapa).

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

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

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

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

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

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

Horarios más amplios de atención, duración de la consulta mucho mayor son las características que tienen a favor –según los propios proveedores privados- con respecto a los servicios públicos “[...] se tiene una buena escucha de las necesidades del paciente, se realiza una mejor exploración clínica, prescripción del tratamiento y seguimiento del padecimiento” (Médico de una institución privada, Iztapalapa).

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

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

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

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

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

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

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

Además de todos estos aspectos mencionados, los prestadores aludieron el temor y vergüenza de las mujeres como un factor que dificulta el acceso a los servicios ginecológicos y es por ello que muchas de ellas prefieren ser atendidas por profesionales de su mismo sexo. “*Mejor que sea doctora porque si no, no paso [...] es que si es doctor no me lo voy a hacer*” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa), es una de las razones que dio una

paciente cuando una enfermera daba instrucciones sobre detección de cáncer cérvico uterino. Ante estos tabúes que siguen imperando en los servicios de SSR algunos médicos sugieren a las usuarias que lleguen acompañadas por su cónyuge o algún familiar recalcando además “*¿Qué quiere sentir, pena o cáncer?*” (Médico de una institución pública, Tlalpan).

Ciertas mujeres que declaran no usar métodos anticonceptivos manifiestan a los proveedores que lo hacen por prohibición de sus compañeros, pues con ello demuestran el “afecto” y “fidelidad” hacia el varón, aunque a ellas aparentemente no les interesa o simplemente se resignan a que su compañero tenga más de una pareja sexual, según lo confirma un médico “*ella lo dice en interrogatorio: ‘soy la tercera oficial’*” (Médico de una institución pública, Iztapalapa). Cuando finalmente se logra hacer conciencia en las mujeres sobre la importancia de utilizar métodos, éstas buscan hacerlo sigilosamente, en tanto tienen miedo de la reacción de sus parejas. El uso subrepticio de anticonceptivo es algo común “*sus parejas no están de acuerdo*” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa).

Varones, servicios de salud y SSR: Hablar de los varones que se atienden por cuestiones de SSR es un fenómeno prácticamente inexistente tanto en los servicios públicos como privados, según lo expresan los proveedores médicos. Sólo unos pocos proveedores médicos concordaron en decir que el número de varones que se acercan a los servicios a solicitar información sobre métodos va en aumento “*se están interesando por la planificación familiar, algunos acuden por métodos definitivos*” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa).

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

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

La promiscuidad es más común entre los hombres, señalan los profesionales de la salud. En la población es frecuente que los varones establezcan relaciones y tengan hijos con más de una mujer a la vez, además es común que ellos no se involucren en la salud reproductiva de las mujeres, como quedó evidenciado anteriormente.

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

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

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

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

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

VII.1.3 Maltrato y violencia intrafamiliar en la población

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

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

Tal vez la violencia que más ha sido percibida en los servicios de salud ha sido la violencia en contra de las mujeres ejercida por los hombres. Para empezar, hay que mencionar la coerción de las mujeres sobre la libertad del cuerpo y las decisiones que ella pueda tomar en torno a él, es decir, el número de hijos que quiere tener -o no - y el momento de tenerlos; si bien esta es una decisión que debe ser compartida (hombre - mujer) ya se vio que no siempre se cumple esta premisa.

Pareciera que la violencia entre las parejas (especialmente del hombre hacia la mujer) es vivida con naturalidad y asumida con “resignación”, de ahí que las mujeres ignoran que son abusadas, “[...] desconocen que son violadas por sus propios maridos y no pueden ejercer el derecho [...]” (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa). Cuando los proveedores van más allá en sus interrogatorios en las consultas se encuentran que las agresiones trascienden hasta los golpes y que las mujeres callan por miedo de las represalias de los cónyuges en su contra.

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

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

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

Resultó interesante saber que no sólo la violencia se ha filtrado en el ámbito meramente privado de las familias, sino que ha pasado a ser un problema que trascendió los muros del hogar y pasó a la esfera institucional, urbana y que ahora toca directamente a los prestadores de servicios de salud, lo que los hace también vulnerables de la situación. Tal es la agresividad de ciertos pacientes que en una ocasión el farmacéutico de un centro relató “*una señora me pegó una patada*” (Farmacéutico de una institución pública, Iztapalapa) y esto se debió a que no había el medicamento que le habían recetado; una médica entre tanto, estaba siendo víctima de acoso sexual por parte de un paciente, y como éstas hay muchas historias más.

VII.2 Necesidades en salud reproductiva y planificación familiar

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

Al momento de instar a los proveedores para que mencionaran las necesidades específicas de los adolescentes y jóvenes la reacción fue similar, en casi todas las entrevistas, tanto los proveedores públicos y privados consideraron que esta población se encuentra totalmente desvinculada de los servicios “*sólo una vez*” (Médica de una institución pública, Tlalpan), dice una médica, “*vino una joven de 15 años a pedir métodos anticonceptivos*” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan) y esto se debe la falta de interés que los jóvenes le

proporcionan a los cuidados en SSR pese a que muchos de ellos comienzan a tener prácticas sexuales a temprana edad.

Junto con la desinformación aparece la timidez y los tabúes existentes alrededor del tema lo que hace que los jóvenes traten de solucionar sus inquietudes independientemente o apoyándose de terceros que por lo general son sus propios amigos. Lo que sí queda claro en estas zonas es que el embarazo en jóvenes va en aumento y estas personas se sienten desorientadas y preocupadas ante una maternidad que las sorprende desde muy chicas *“Antes decíamos, se embarazó muy chavita, de 17, 18 años, pero ahora no, ahora nos estamos dando cuenta que es todavía más jóvenes las que se están embarazando por falta muchas veces de orientación, de educación sexual, de métodos de planificación [...]”* (Médico de una institución pública, Tlalpan), agrega un médico. Se aludió que las jóvenes embarazadas pocas veces tienen a su lado al padre del bebé.

Las jóvenes que experimentan embarazos son poco conscientes de la necesidad de utilizar métodos anticonceptivos por lo que es común ver que lleguen al centro *“niñas de 14, 15 años embarazadas que cuando ya tienen los 17 vienen por el tercer niño, entonces es cuando uno les empieza a hablar de lo que es planificación familiar, de prevención de enfermedades de transmisión sexual, todo ese tipo de cosas”* (Trabajadora Social de una institución pública, Iztapalapa).

Para algunos profesionales de la salud, esto no debería estar sucediendo debido a la cantidad de información disponible y las campañas que se lanzan en los centros de salud sobre planificación familiar, uso de métodos, entre otros, incluso en algunos lugares se llega a repartir condones, lo cual muchas veces es tomado jocosamente por los jóvenes *“se embarazan porque quieren o porque se les pasó”* (Médico de una institución pública, Tlalpan).

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

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

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

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

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

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

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

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

VII.2.2 Necesidades de las mujeres

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

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

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

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

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

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

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

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

VII.2.3 Necesidades de los varones

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

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

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

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

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

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

VII.3.1 Las barreras en la población

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

El primer aspecto que identifican los proveedores como obstáculo es el mismo hecho de que la pobreza y marginalidad de la población que trae consigo el desconocimiento, los tabúes y el miedo para acercarse a los servicios de salud. A la vez, la educación (que es muy baja en estas zonas) es un factor que juega desfavorablemente sobre la vida SR de la población. Esta “pasividad” de la población frente a su sexualidad impacta negativamente de generación a generación, ya que se considera que tanto la pobreza y todo lo que ello encierra, impacta sobre los padres y los hijos de igual manera, incluso a los propios ancianos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Las mujeres tienen temores y están desinformadas sobre los métodos anticonceptivos, en especial sobre el DIU. Por experiencias ajenas y algunas veces propias, las mujeres han quedado embarazadas utilizando este dispositivo. Con respecto a otros métodos las pacientes preguntan: “*¿Se siente algo con el condón? Es que mi marido dice que no siente nada*” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan) o algunas veces ellas han tenido efectos colaterales “*¿qué cree doctora? Que me duele la cabeza con el inyectable*” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan), esto provoca que algunas mujeres abandonen definitivamente los métodos.

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

VII.3.2 Las barreras de los proveedores y los servicios de salud

No fue difícil que los proveedores de servicios identificaran las fallas del sistema de salud e incluso las falencias que tienen al interior de las instituciones en las que labora y que repercuten negativamente en la población que recibe sus servicios.

Para empezar, los proveedores públicos declararon que existe una sobre carga de trabajo que no les permite dedicar el tiempo suficiente a los pacientes o simplemente no se puede explorar a fondo otros problemas que quisieran atender, incluyendo la PF; otros trabajadores consideran que debido a la dinámica de atención los médicos están en los centros para “curar” y no para escuchar las necesidades de los pacientes “*he visto por ejemplo a médicos que*

cuando va a pasar el paciente, que tiene una necesidad de tratar cosas de cuestión emocional y no tanto físico, así como que ¿sabe qué?, pase con trabajo social y como que a veces ellos se cierran un poquito a escuchar a los pacientes” (Trabajadora Social de una institución pública, Tlalpan). Las presiones institucionales para atender un número determinado de pacientes al día hacen que los médicos no se humanicen en el servicio sino que conciban al usuario como una meta por cumplir.

Sobre todo el personal de instituciones públicas reitera que sus funciones están circunscritas meramente a la curación y en la parte preventiva sólo pueden llegar a la información más no a la educación de la población. Los proveedores privados por su parte creen que precisamente su fortaleza radica en la calidad y tiempo dedicado a los usuarios que acuden a ellos.

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

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

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

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

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

Los espacios designados para la atención son de regular calidad, como se describió en la caracterización de los servicios. Se visitaron lugares (públicos primordialmente) que sus instalaciones eran precarias y carecían de elementos mínimos necesarios como sillas, salas de espera, cortinas, etc. Algunos otros estaban abandonados y presentaban grietas en muros y techos o simplemente no había servicio de agua potable. Ante estas necesidades los proveedores prefieren subsanar estas falencias llevando objetos personales o invirtiendo parte del salario en mejoras para los centros. Este desabasto de herramientas también es para los médicos quienes tienen que llevar sus propios instrumentales médicos para poder atender a los pacientes.

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

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

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

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

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

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

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

Por último, los mismos proveedores reconocieron la influencia e interferencia de sus ideas, valores, creencias y juicios, admitieron que no es fácil apartar el criterio médico del criterio personal *“llega un momento en que se pierde ese límite de la relación médico-paciente y entonces es cuando se mezcla esta cuestión de lo personal y hace uno una antipatía o una simpatía con el paciente, [...] puede que mi existencia en cuanto a mi trayectoria familiar y mis valores choquen en un momento con equis persona que es gay, o que es prostituta, o que tiene once años y se embaraza [...]”* (Médico de una institución pública, Tlalpan), continua diciendo *“[...] tenemos que tener la preparación para poner límites y no permitir que mis valores se mezclen en [...] la postura que tengo que tener con el paciente y el respeto que le debo”* (Médico de una institución pública, Tlalpan).

Otros de los ejemplos los realizó una doctora que dijo: *“por las experiencias, por la educación y todo eso, a veces influye mucho el pensar de cada uno, el mismo personal de salud tiene una*

serie de puntos de vista muy personales que creo que sí influyen e influyen mucho” (Médica de una institución pública Tlalpan). La misma profesional indicó que lo adecuado sería *“ver cuáles son sus necesidades (las del paciente) sin tomar en cuenta el juicio personal del profesional”* (Médica de una institución pública, Tlalpan). También se manifestó que aunque todos siguieran las normas técnicas (como debería ser), cada personal las resignifica en la consulta cara a cara con el paciente a partir de sus ideas personales. *“llevamos la norma técnica, lo que tenemos que llevar con el paciente, pero como dicen: cada quien te truena las chinchas como quiere, y somos diferentes, somos individualizados [...]”* (Médica de una institución pública, Tlalpan).

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

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

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

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

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

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

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

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